

Surveillance épidémiologique du virus de l'Hépatite B - 2017

Auteurs: Gaëtan Muyldermans¹, Chloé Wyndham-Thomas¹, Vanessa Suin²

Révision: Paloma Carrillo³, Tinne Lernout¹, Romain Mahieu⁴, Sophie Quoilin¹, Carole Schirvel⁵, Mireille Thomas⁶, Geert Top⁷

¹Epidémiologie des Maladies Infectieuses, Sciensano ; ²Centre National de Référence des hépatites, Sciensano ; ³Office de la Naissance et de l'enfance ; ⁴Commission communautaire commune ; ⁵Agence pour une vie de qualité ; ⁶Deutschsprachige Gemeinschaft ; ⁷Agentschap Zorg en Gezondheid.

Messages Clés

- En 2017, les laboratoires vigies ont rapporté 1650 nouveaux cas d'infection active par le virus de l'hépatite B (VHB).
- Le VHB survient le plus souvent dans le groupe d'âge des 25-44 ans, tant chez les femmes que chez les hommes
- En Belgique, la vaccination contre le VHB a été introduite en 1999 et atteint, depuis 2008, une couverture de plus 95% pour la troisième dose chez les nourrissons ce qui se manifeste au travers d'une diminution de la proportion des infections par le VHB chez les moins de 25 ans.
- La réalisation d'études de séroprévalence et l'établissement d'un registre des patients infectés par le virus de le VHB sont recommandés afin de suivre l'impact du programme de vaccination et l'effet des nouveaux traitements.
- Afin d'éliminer l'hépatite virale des problèmes de santé publique, l'OMS a défini comme objectifs la réduction de 90% le nombre des nouveaux cas et de 65% le nombre des décès dus à l'hépatite virale d'ici à 2030.

Sources d'information

- [Réseau des laboratoires vigies](#) : Sciensano a commencé ses activités de surveillance du virus de l'hépatite B (VHB) en 2005, grâce au réseau sentinelle de laboratoires de microbiologie humaine, également appelés 'laboratoires vigies'. Seuls les nouveaux cas d'infection active confirmés en laboratoire ([définition des cas](#)) sont enregistrés, sans distinction entre les formes aiguës ou chroniques [1]. Les doublons enregistrés pendant la période de l'étude (2005-2017) ont été supprimés sur la base de la date de naissance, du sexe et du code postal [2].
- Notification obligatoire : la notification des infections aiguës par le VHB est obligatoire en [communauté flamande](#) et en [région Bruxelles-Capitale](#).

Résultats de la surveillance 2017

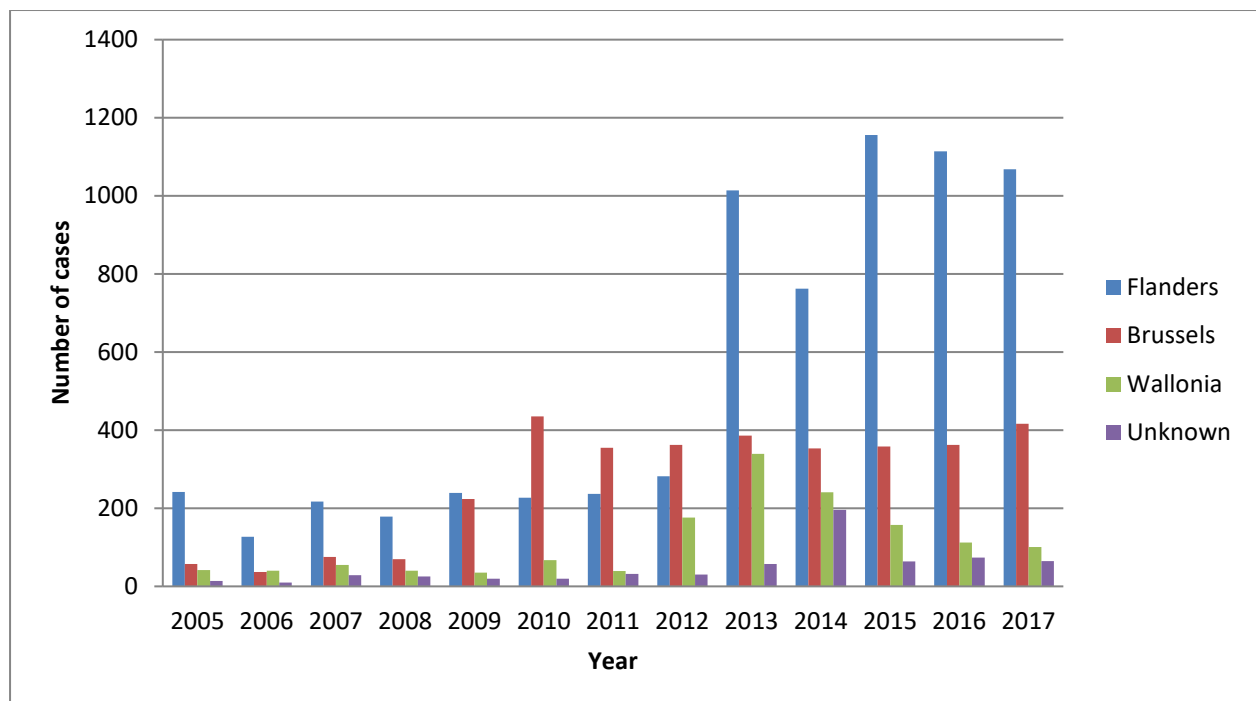
- [Réseau des Laboratoires vigies](#)

En 2017, les laboratoires vigies ont confirmé 1.650 nouveaux cas de VHB, ce qui représente un nombre équivalent à l'année précédente (2016, n = 1.662). L'évolution du nombre de cas rapportés par région et par année depuis 2005, est illustrée dans la Figure 1. Au total, 42 des

71 laboratoires vigies (59 %) ont participé au rapportage des diagnostics de VHB en 2017. Le nombre de cas rapportés par laboratoire allait de 1 à 426 (médiane = 12,5). Etant donné que les laboratoires vigies participants représentent seulement une partie du nombre total des laboratoires de microbiologie en Belgique, le nombre de cas rapportés ne représente pas une incidence mais permet de suivre une tendance. Il est important de souligner qu'il s'agit du nombre de nouveaux diagnostics dans l'année et non de nouvelles infections (certaines infections pouvant rester non diagnostiquées pendant une durée prolongée). Ces éléments doivent être tenus en compte dans l'interprétation des données. De manière générale, la hausse du nombre de cas de VHB observées jusqu'en 2013 (Figure 1) est également liée à une participation croissante des laboratoires au rapportage des cas, elle-même résultant de changements historiques dans la prise en charge thérapeutique et diagnostique du VHB (ex. introduction du remboursement de la PCR en 2008).

Depuis 2014 en Wallonie et 2015 en Flandre, la tendance est à la baisse, mais ceci reste à être confirmé au cours des prochaines années.

Figure 1 : Nombre de cas confirmés de VHB enregistrés par année et par région, 2005-2017
(Source : réseau des laboratoires vigies, Sciensano)



Parmi les cas enregistrés en 2017, on comptait 892 hommes et 741 femmes (rapport M/F = 1,2/1) ; pour 17 personnes, le sexe n'était pas connu (non enregistré). Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, le VHB survient le plus souvent dans le groupe d'âge des 25-44 ans (50,5%) (Figure 2).

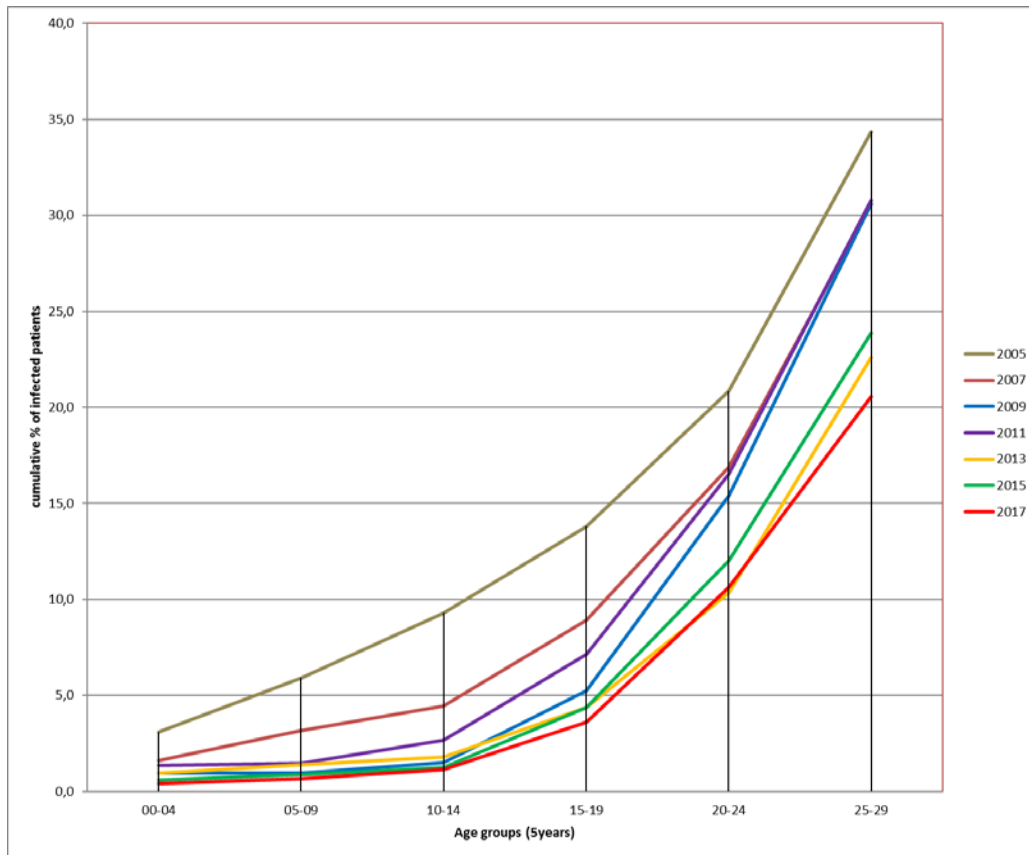
Figure 2 : Distribution par âge et par sexe des cas de VHB, 2017, Belgique
 (Source : réseau des laboratoires vigies, Sciensano)



Comme montré dans la figure 3, une diminution de la proportion des infections par le VHB chez les moins de 25 ans (groupe d'âge ayant bénéficié de la gratuité de la vaccination, initiée en 1999) est observée : 10,8 % (range : 9,9-11,8) du nombre de cas enregistrés entre 2013 et 2017 étaient âgés de moins de 25 ans alors que cette proportion était de 16,6 % au cours des années 2008-2012 (range : 15,4-17,8). La question de savoir si cette évolution est le résultat de la politique de vaccination devra être répondue dans les prochaines années.

Figure 3 : Courbe cumulative de la proportion des cas enregistrés de VHB par groupe d'âge et par année, 2005-2017, Belgique

(Source : réseau des laboratoires vigies, Sciensano)



- Notification obligatoire

Depuis 2009 (où 70 ont été enregistrés), le nombre de cas de VHB aiguë déclarés en Flandre diminue [3]. En 2017, 30 cas ont été enregistrés.

Selon une étude descriptive des cas de VHB aiguë déclarés dans la province d'Anvers, le pourcentage de cas survenant chez les moins de 30 ans a chuté de 21% en 2009-2012 à 3% en 2013-2015 [4].

Implications pour la santé publique

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) peut être asymptomatique, mais également donner lieu à une inflammation hépatique aiguë ou évoluer vers une forme chronique qui elle-même peut, après plusieurs années, provoquer une cirrhose ou un cancer primaire du foie. Les nourrissons et les enfants en bas âge ne présentent habituellement pas de symptômes cependant, le risque de chronicité est plus important si l'infection est acquise à un très jeune âge.

La vaccination universelle des nourrissons est un pilier de la prévention contre cette maladie. Suite à une recommandation du Conseil supérieur de la Santé (CSS) en 1996, la vaccination systématique contre le VHB a débuté en 1999 pour les nourrissons et les pré-adolescents (les enfants de la sixième année primaire en Communauté française et les enfants de la première

année de l'enseignement secondaire en Communauté flamande). Depuis 2014-2015, les adolescents ont en principe tous bénéficiés de la vaccination à la naissance et la vaccination systématique des pré-adolescents a été remplacée par une vaccination de rattrapage pour les non vaccinés. En l'an 2000, la couverture vaccinale des nourrissons (18-24 m) pour la troisième dose du vaccin contre le VHB en Belgique était estimée autour de 60% [5]. Entre 2004 et 2006, suite à l'utilisation des vaccins hexavalents, la [couverture vaccinale](#) s'est progressivement améliorée pour atteindre et se maintenir au-delà de 95% dans les 3 régions. La vaccination contre le VHB est également recommandée pour certains groupes à haut risque, tels que les professionnels de la santé, les personnes voyageant dans des régions endémiques, les patients immuno-déficients, les travailleurs du sexe etc. [6].

Des premiers éléments indiquent une modification de l'épidémiologie en Belgique suite à cette politique vaccinale sont la diminution du nombre de cas aigus de VHB déclarés en Flandre et la modification de la distribution des cas entre les différents groupes d'âges (diminution de la proportion de cas de VHB survenant chez les <25 ans). Néanmoins, il faudra attendre que la cohorte d'enfants ayant bénéficié d'une haute couverture vaccinale atteigne l'âge le plus à risque d'acquisition du VHB (25-44 ans) pour observer l'impact de la politique vaccinale actuelle.

Pour évaluer l'impact de la stratégie de vaccination, il est nécessaire de suivre la distribution d'âge des infections aiguës et chroniques de VHB ainsi que de réaliser des études de séroprévalence [7,8]. En Belgique, les dernières données de séroprévalence remontent à près de 15 ans. En 1993-1994, la séroprévalence du VHB dans la population flamande sur la base de la présence de l'antigène HBs était estimée à 0,7 % [9]. Une nouvelle étude de séroprévalence en Flandre menée en 2003 à l'aide de tests salivaires a mis en avant une prévalence de 0,66 % du même marqueur [10].

La « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) vise à éliminer l'hépatite virale des problèmes de santé publique. Pour ce faire, les cibles mondiales établies sont la réduction de 90 % du nombre de nouveaux cas et de 65 % du nombre de décès dus aux hépatites virales d'ici à 2030 [11]. À cette fin, l'OMS encourage les pays à élaborer leurs propres programmes nationaux d'élimination. En Belgique, parmi d'autres actions, la mise en place d'un registre des patients infectés par le VHB faciliterait la surveillance de l'impact du programme de vaccination et des traitements à long terme.

Déclarer une infection à VHB ?

Bruxelles (nouveau cas d'hépatite) : [Cliquez ici](#)
Flandre (VHB aiguë) : [Cliquez ici](#)

Références

1. Réseau des laboratoires vigies. <https://epidemiowiv-isp.be/ID/Surveillance/Pages/sentinellabs.aspx>
2. Muyldermans G, Ducoffre G, Leroy M, Dupont Y, Quoilin S and participating sentinel laboratories. Surveillance of infectious diseases by the sentinel laboratory network in Belgium: 30 years of continuous improvement. PlosOne. 2016 Aug. 29;11(8).

3. Agentschap zorg en gezondheid. Meldingen infectieziekten 2006-2015. Disponible sur : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-over-meldingsplichtige-infectieziekten>
4. Van Goethem N, Flipse W, De Schrijver K. Wat leert de leeftijdsdistributie van acute hepatitis B-gevallen ons over het effect van vaccinatie? Een verkennend onderzoek in de provincie Antwerpen. Vlaams Infectiebulletin 2017-3.
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Vaccination, vaccins et produits biologiques. Disponible sur : https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/fr/
6. Conseil supérieur de la santé: Fiche de vaccination. CSS N° 8809. 2013. Disponible sur : <http://www.vaxinopro.be/spip.php?rubrique32&lang=fr>
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Documenting the impact of Hepatitis B immunization: best practices for conducting a serosurvey. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70808/1/WHO_IVB_11.08_eng.pdf
8. ECDC. Hepatitis b and c surveillance in Europe. Disponible sur : http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Pages/index.aspx
9. Beutels M, Van Damme P, Aelvoet W, Desmyter J, Dondeyne F, Goilav C, Mak R, Muylle L, Pierard D, Stroobant A, Van Loock F, Waumans P, Vranckx R. Prevalence of hepatitis A, B and C in the Flemish population. Eur J Epidemiol. 1997 Apr;13(3):275-80.
10. Quoilin S, Hutse V, Vandenberghe H, Claeys F, Verhaegen E, De Cock L, Van Loock F, Top G, Van Damme P, Vranckx R, Van Oyen H. A population-based prevalence study of hepatitis A, B and C virus using oral fluid in Flanders, Belgium. Eur J Epidemiol. 2007;22(3):195-202.
11. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021. Disponible sur : <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/fr/>

Ce projet est soutenu financièrement par :

