

World Hepatitis Day



Table of content/ Table des matières

1-	Hepatitis A immunisation in persons not previously exposed to hepatitis A	5
	<i>L'immunisation contre l'hépatite A pour les personnes non encore exposées à l'hépatite A</i>	<i>6</i>
2-	Booster dose for preventing hepatitis B infection	7
	<i>Dose de rappel pour la prévention de l'infection par le virus de l'hépatite B</i>	<i>7</i>
3-	Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection	8
	<i>Vaccination contre l'hépatite B pendant la grossesse en prévention de l'infection des nourrissons</i>	<i>8</i>
4-	Direct-acting antivirals for chronic hepatitis C.....	9
	<i>Les antiviraux à action directe pour l'hépatite C chronique</i>	<i>10</i>
5-	Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs	11
	<i>Les programmes d'échange des aiguilles et seringues et la thérapie de substitution aux opiacés pour prévenir la transmission de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables.....</i>	<i>12</i>
6-	Interferon alpha for chronic hepatitis D	13
	<i>Interféron alpha destiné aux patients souffrant d'hépatite D chronique</i>	<i>13</i>

Introduction

Hepatitis is an inflammation of the liver, most often caused by a viral infection. There are five major viruses of hepatitis, called A, B, C, D and E.

In general, hepatitis A and E are caused by ingestion of contaminated water or food. Hepatitis B, C and D usually occur after parenteral contact with contaminated body fluids (eg blood transfusions, or invasive medical procedures with contaminated material). Hepatitis B can also be sexually transmitted.

The symptoms of hepatitis are: jaundice (yellowing of the skin and eyes), dark urine, fatigue, nausea, vomiting and abdominal pain.

Viral hepatitis B and C are major health challenges, affecting 325 million people globally. They are root causes of liver cancer, leading to 1.34 million deaths every year. Hepatitis B and C are chronic infections that may not show symptoms for a long period, sometimes years or decades. At least 60% of liver cancer cases are due to late testing and treatment of viral hepatitis B and C. Low coverage of testing and treatment is the most important gap to be addressed in order to achieve the global elimination goals by 2030 (WHO, 2018).

«Agir contre l'hépatite: dépister, traiter»

L'hépatite est une inflammation du foie, le plus souvent provoquée par une infection virale. Il y a cinq virus principaux de l'hépatite, que l'on appelle A, B, C, D et E.

En général les hépatites A et E sont causées par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Les hépatites B, C et D surviennent habituellement après un contact parentéral avec des liquides biologiques contaminés (transfusions sanguines par exemple, ou procédures médicales invasives avec du matériel contaminé). L'hépatite B peut également se transmettre par voie sexuelle.

Les symptômes de l'hépatite sont les suivants: ictère (jaunissement de la peau et des yeux), urines foncées, grande fatigue, nausées, vomissements et douleurs abdominales.

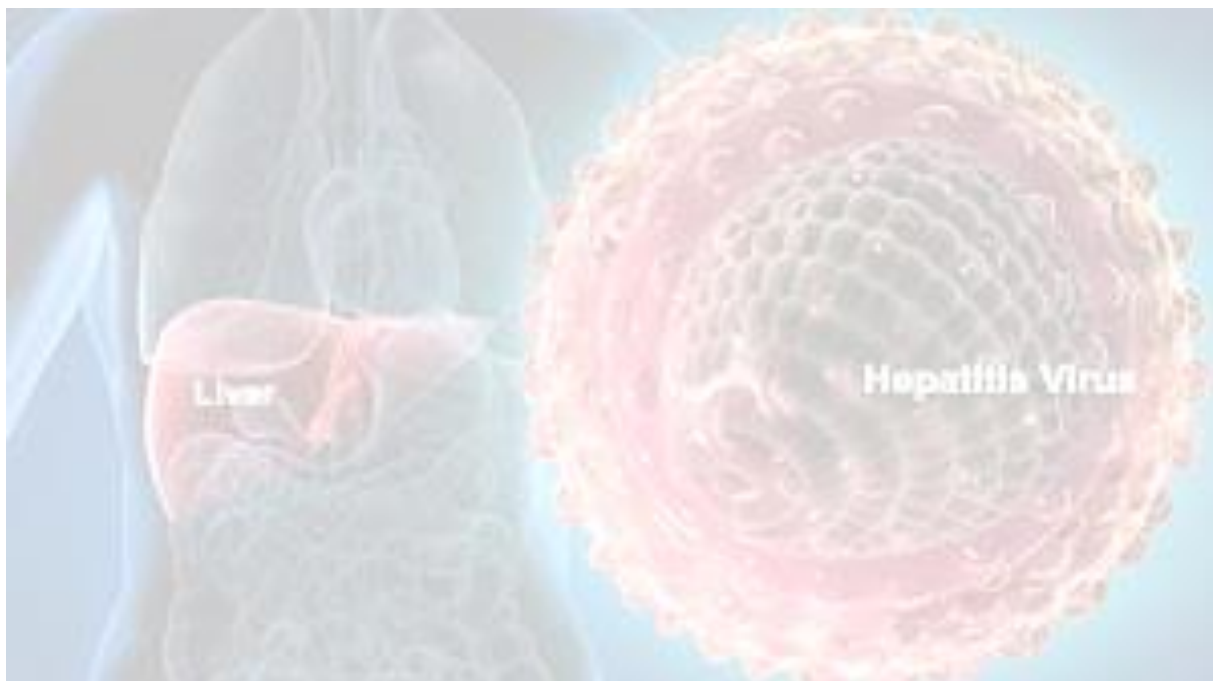
Les hépatites virales B et C sont de graves problèmes de santé qui touchent 325 millions de personnes dans le monde. Elles comptent parmi les causes premières du cancer du foie, qui entraîne 1,34 million de décès chaque année.

Les hépatites B et C sont des infections chroniques qui peuvent rester asymptomatiques pendant de longues périodes - parfois des années, voire des décennies.

Au moins 60% des cas de cancer du foie sont dus à un dépistage et un traitement tardifs de ces affections. La faible couverture du dépistage et des traitements est la principale lacune à combler pour atteindre les objectifs mondiaux d'élimination d'ici à 2030 (OMS, 2018).



Bilingual Abstracts of Systematic Reviews



1- Hepatitis A immunisation in persons not previously exposed to hepatitis A

Background

In many parts of the world, hepatitis A infection represents a significant cause of morbidity and socio-economic loss. Whilst hepatitis A vaccines have the potential to prevent disease, the degree of protection afforded against clinical outcomes and within different populations remains uncertain. There are two types of hepatitis A virus (HAV) vaccine, inactivated and live attenuated. It is important to determine the efficacy and safety for both vaccine types.

Objectives

To determine the clinical protective efficacy, sero-protective efficacy, and safety and harms of hepatitis A vaccination in persons not previously exposed to hepatitis A.

Main results

We included a total of 11 clinical studies, of which only three were considered to have low risk of bias; two were quasi-randomised studies in which we only addressed harms. Nine randomised trials with 732,380 participants addressed the primary outcome of clinically confirmed hepatitis A. Of these, four trials assessed the inactivated hepatitis A vaccine (41,690 participants) and five trials assessed the live attenuated hepatitis A vaccine (690,690 participants). In the three randomised trials with low risk of bias (all assessing inactivated vaccine), clinically apparent hepatitis A occurred in 9/20,684 (0.04%) versus 92/20,746 (0.44%) participants in the HAV vaccine and control groups respectively (RR 0.09, 95% CI 0.03 to 0.30). In all nine randomised trials, clinically apparent hepatitis A occurred in 31/375,726 (0.01%) versus 505/356,654 (0.18%) participants in the HAV vaccine and control groups respectively (RR 0.09, 95% CI 0.05 to 0.17). These results were supported by trial sequential analyses. Subgroup analyses confirmed the clinical effectiveness of both inactivated hepatitis A vaccines (RR 0.09, 95% CI 0.03 to 0.30) and live attenuated hepatitis A vaccines (RR 0.07, 95% CI 0.03 to 0.17) on clinically confirmed hepatitis A. Inactivated hepatitis A vaccines had a significant effect on reducing the lack of sero-protection (less than 20 mIU/L) (RR 0.01, 95% CI 0.00 to 0.03). No trial reported on a sero-protective threshold less than 10 mIU/L. The risk of both non-serious local and systemic adverse events was comparable to placebo for the inactivated HAV vaccines. There were insufficient data to draw conclusions on adverse events for the live attenuated HAV vaccine.

Authors' conclusions

Hepatitis A vaccines are effective for pre-exposure prophylaxis of hepatitis A in susceptible individuals. This review demonstrated significant protection for at least two years with the inactivated HAV vaccine and at least five years with the live attenuated HAV vaccine. There was evidence to support the safety of the inactivated hepatitis A vaccine. More high quality evidence is required to determine the safety of live attenuated vaccines.

L'immunisation contre l'hépatite A pour les personnes non encore exposées à l'hépatite A

Contexte

Dans de nombreuses régions du monde, l'hépatite A constitue une cause importante de morbidité et de pertes socio-économiques. Alors que les vaccins contre l'hépatite A ont le potentiel de prévenir la maladie, une incertitude subsiste sur le degré de protection offert contre les conséquences cliniques ainsi qu'au sein de populations différentes. Il existe deux façons de vacciner contre l'hépatite A (VHA) : les vaccins à base de virus inactivés et ceux à base de virus vivants atténués. Il est important de déterminer l'efficacité et l'innocuité de chacun de ces deux types de vaccins.

Objectifs

Déterminer l'efficacité protectrice clinique, l'efficacité de séro-protection ainsi que l'innocuité et les risques de la vaccination contre l'hépatite A chez les personnes non préalablement exposées à l'hépatite A.

Résultats principaux

Nous avons inclus un total de 11 études cliniques, dont trois seulement ont été considérées à faible risque de biais ; deux étaient des études quasi-randomisées dans lesquelles nous ne sommes intéressés qu'aux préjudices causés. Neuf essais randomisés avec 732 380 participants avaient étudié le critère de jugement principal d'hépatite A confirmée cliniquement. Parmi ceux-ci, quatre essais avaient évalué le vaccin à base de VHA inactivé (41 690 participants) et cinq essais avaient évalué le vaccin à base de VHA vivant atténué (690 690 participants). Dans les trois essais randomisés à faible risque de biais (tous portant sur le vaccin inactivé), une hépatite A cliniquement apparente était survenue chez 9 participants sur 20 684 (0,04 %) du groupe de vaccination anti-VHA, à comparer à 92 sur 20 746 (0,44 %) dans le groupe témoin (RR 0,09 ; IC à 95 % 0,03 à 0,30). Dans les neuf essais randomisés, une hépatite A cliniquement apparente était survenue chez 31 participants sur 375 726 (0,01 %) du groupe de vaccination anti-VHA, à comparer à 505 sur 356 654 (0,18 %) dans le groupe témoin (RR 0,09 ; IC à 95 % 0,05 à 0,17). Ces résultats étaient soutenus par des analyses séquentielles d'essais. Des analyses en sous-groupes ont confirmé l'efficacité clinique du vaccin anti-hépatite A inactivé (RR 0,09 ; IC à 95 % 0,03 à 0,30) comme du vaccin anti-hépatite A vivant atténué (RR 0,07 ; IC à 95 % 0,03 à 0,17) sur l'hépatite A confirmée cliniquement. Le vaccin à base de virus inactivé de l'hépatite A avait eu un effet significatif de réduction de la carence de séro-protection (moins de 20 mIU / L) (RR 0,01 ; IC à 95 % 0,00 à 0,03). Aucun essai n'avait fait état d'un seuil de séro-protection inférieur à 10 mIU / L. Le risque d'effets indésirables non-graves, tant locaux que systémiques, était comparable au placebo pour ce qui concerne les vaccins anti-VHA inactivés. Les données étaient insuffisantes pour tirer des conclusions sur les événements indésirables liés au vaccin à base de VHA vivant atténué.

Conclusions des auteurs

Les vaccins anti-hépatite A sont efficaces pour la prophylaxie pré-exposition de l'hépatite A chez les personnes sensibles. Cette revue a mis en évidence une protection significative pour au moins deux ans avec le vaccin inactivé et pour au moins cinq ans avec le vaccin vivant atténué. Il y avait des preuves étayant l'innocuité du vaccin à base de VHA inactivé. Des données probantes de meilleure qualité seront nécessaires pour déterminer l'innocuité des vaccins à base de virus vivant atténué.

Citation: Irving GJ, Holden J, Yang R, Pope D. Hepatitis A immunisation in persons not previously exposed to hepatitis A. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD009051. DOI: 10.1002/14651858.CD009051.pub2.

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009051.pub2/pdf>

2- Booster dose for preventing hepatitis B infection

Background

Antibodies against hepatitis B surface antigen (HBsAg) wane over time following hepatitis B immunisation; hence, it is unclear whether people vaccinated in 3-dose or 4-dose schedules of the hepatitis B vaccine during their primary vaccination are still immune when the hepatitis B surface antibody (anti-HBs) level in their body is undetectable, or lower than the level usually considered protective. This question may potentially be answered indirectly by measuring the anamnestic immune response to a booster dose of vaccine given to people previously immunised with the hepatitis B vaccine.

Aim

The authors selected to assess the benefits and harms of a booster dose of hepatitis B vaccine, more than five years after the primary vaccination.

Selection criteria

Randomised clinical trials addressing immune response (i.e., the way your body recognises and defends itself against bacteria, viruses, and substances that appear foreign and harmful to the body) to a booster dose of hepatitis B vaccine, more than five years after the primary vaccination in apparently healthy participants, vaccinated in a three-dose or four-dose schedule of hepatitis B vaccine during their primary vaccination, without receiving an additional dose of the hepatitis B vaccine or immunoglobulin.

Main results and conclusions

We were unable to find any eligible randomised clinical trials to include in this review. There is no scientific evidence, based on randomised clinical trials, to support or reject the need for booster doses of hepatitis B vaccine in healthy individuals with normal immune status. We need evidence, based on randomised clinical trials, to formulate future booster vaccination policies.

Dose de rappel pour la prévention de l'infection par le virus de l'hépatite B

Contexte

Les anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) déclinent avec le temps après l'immunisation contre l'hépatite B ; par conséquent, il est difficile de savoir si les personnes vaccinées contre l'hépatite B selon un schéma en 3 doses ou en 4 doses au cours de leur primovaccination sont encore immunisées lorsque le niveau d'anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-HBs) de leur organisme est indétectable ou plus faible que le niveau généralement considéré comme protecteur. Cette question peut potentiellement être adressée indirectement en mesurant la réponse anamnestic (ou secondaire) à une dose de rappel du vaccin administrée à des personnes précédemment vaccinées contre l'hépatite B.

Objectif

Les auteurs ont choisi d'évaluer les bénéfices et les effets délétères d'une dose de rappel du vaccin contre l'hépatite B plus de cinq ans après la primovaccination.

Critères de sélection

Les essais cliniques randomisés portant sur la réponse immunitaire (c'est-à-dire, la manière dont votre corps identifie et se défend contre les bactéries, les virus, et les substances qui semblent étrangères et dangereuses pour le corps) à une dose de rappel du vaccin contre l'hépatite B plus de cinq ans après la primovaccination auprès de participants apparemment en bonne santé, vaccinés contre l'hépatite B selon un schéma en trois ou quatre doses au cours de leur primovaccination, et n'ayant pas reçu de dose supplémentaire du vaccin ou d'immunoglobuline de l'hépatite B.

Principaux résultats et conclusions

Nous n'avons trouvé aucun essai clinique randomisé éligible à inclure dans cette revue. Il n'existe pas de preuves scientifiques, basées sur des essais cliniques randomisés, permettant de soutenir ou réfuter le recours à des doses de rappel du vaccin contre l'hépatite B chez des personnes en bonne santé présentant un statut immunitaire normal. Nous avons besoin de preuves, basées sur des essais cliniques randomisés, pour élaborer des politiques en matière de rappel de vaccination.

Citation: Poorolajal J, Hooshmand E. Booster dose vaccination for preventing hepatitis B. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD008256. DOI: 10.1002/14651858.CD008256.pub3.

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008256.pub3/epdf>

3- Hépatite B vaccination during pregnancy for preventing infant infection

Hepatitis B is an infection caused by the hepatitis B virus and occurs worldwide. For infants and children, the two main sources of the infection are transmission from an infected mother or living in an infected household. Perinatal transmission is common in highly endemic areas. Hepatitis B vaccines are available and require a series of three doses over six months. The most common side effects are pain at the vaccination site and mild to moderate fever. Maternal hepatitis B vaccine immunization may be a way of preventing hepatitis B infection in infants before hepatitis B vaccine can be administered and provide protection to the infant. Infected hepatitis B virus infants are more likely to develop complications such as chronic infection, cirrhosis or liver cancer (hepatocellular carcinoma). This review found no evidence from randomized controlled trials regarding the effects of hepatitis B vaccine for preventing infant infection.

Vaccination contre l'hépatite B pendant la grossesse en prévention de l'infection des nourrissons

L'hépatite B est une infection causée par le virus de l'hépatite B, présente dans le monde entier. Pour les nouveau-nés et les enfants, les deux principales sources d'infection sont la transmission par la mère infectée ou le contact proche avec une personne infectée. La transmission périnatale est fréquente dans les régions fortement endémiques. Des vaccins contre l'hépatite B sont disponibles et nécessitent une série de trois injections sur six mois. Les effets secondaires les plus

fréquents sont la douleur au site d'injection et une fièvre légère à modérée. La vaccination des mères contre l'hépatite B peut être un moyen d'éviter l'infection des nouveau-nés avant qu'ils ne puissent être eux-mêmes vaccinés et ainsi protégés. Les nouveau-nés infectés par le virus de l'hépatite B sont plus susceptibles de développer des complications, telles qu'une infection chronique, une cirrhose ou un cancer du foie (carcinome hépatocellulaire). Cette revue n'a identifié aucune preuve issue d'essais contrôlés randomisés concernant les effets du vaccin contre l'hépatite B dans la prévention de l'infection des nouveau-nés.

Citation: Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD007879. DOI: 10.1002/14651858.CD007879.pub3.
<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007879.pub3/epdf>

4- Direct-acting antivirals for chronic hepatitis C

Background

Millions of people worldwide suffer from hepatitis C, which can lead to severe liver disease, liver cancer, and death. Numerous previous interferon-based interventions have been used for hepatitis C, but none of these interventions have proven effective on patient-centred outcomes and their use was associated with serious side-effects. DAAs are relatively new but expensive interventions for hepatitis C, and preliminary results have shown that DAAs seem to eradicate hepatitis C virus from the blood (sustained virological response) much more frequently. In addition, these agents do appear to create much less serious adverse-effects. In this Cochrane Review, we assessed the evidence on the clinical effects of DAAs for hepatitis C.

Key results

We could not reliably determine the effect of DAAs on hepatitis C-related morbidity or death from any cause. There were no data on hepatitis C-related morbidity and very few deaths occurred over the course of the trials (15 deaths/2377 direct-acting antiviral participants (0.63%) versus 1 death/617 control participants (0.16%), very low quality evidence). Based on very low quality evidence, 5.2% people treated with DAAs had one or more serious adverse events versus 5.6% participants who were untreated during the observation period. When analysed separately, simeprevir was the only direct-acting antiviral that showed evidence of a beneficial effect when assessing risk of a serious adverse event. Our analyses, however, showed that the validity of this result is questionable and that 'play of chance' might be the cause for the difference. There was not enough information to determine if there was any effect of DAAs on other clinically relevant outcomes. Our results confirm that DAAs seem to reduce the number of people who have the hepatitis C virus in their blood from 54.1% in untreated people to 23.8% in those who were treated. Because the loss of detectable hepatitis C virus in the blood stream is only a blood test, the studies could not tell what this result means in the long term.

Quality of the evidence

Due to several limitations (e.g. lack of blinding, lack of relevant data, missing data, no published protocol) we assessed the quality of the evidence in this review as very low or low quality. First, all trials and outcome results were at high risk of bias, which means that our results presumably overestimate the beneficial effects of DAAs and underestimate any potential harmful effects. Second, there were limited data on most of our clinical outcomes, that is, there were only relevant clinical data for meta-analyses on all-cause mortality and serious adverse events, and for these, data were sparse. There are no long-term trials that have assessed whether or not DAA treatment improves morbidity or mortality.

Les antiviraux à action directe pour l'hépatite C chronique

Contexte

Des millions de personnes dans le monde vivent avec une hépatite C pouvant conduire à une maladie grave du foie, à un cancer du foie, et au décès. De nombreux traitements à base d'interférons ont été utilisés dans le passé pour l'hépatite C, mais aucun de ces traitements ne s'est avéré efficace sur les résultats axés sur les patients et l'utilisation de ceux-ci a été associée à de graves effets secondaires. Les antiviraux à action directe (AAD) sont une relativement nouvelle approche thérapeutique aux coûts élevés pour le traitement de l'hépatite C, et des résultats préliminaires ont montré que les AAD semblent éradiquer le virus de l'hépatite C contenu dans le sang (on parle alors de réponse virologique soutenue) beaucoup plus fréquemment. En outre, ces agents semblent mener à beaucoup moins d'effets indésirables graves. Dans cette revue Cochrane, nous avons évalué les preuves portant sur les effets cliniques des AAD pour l'hépatite C.

Principaux résultats

Nous n'avons pas pu déterminer de manière fiable les effets des AAD sur la morbidité liée à l'hépatite C ou sur la mortalité toutes causes confondues. Il n'y avait pas de données concernant la morbidité liée à l'hépatite C et très peu de décès sont survenus pendant les essais (15 décès/2377 participants ayant reçu des antiviraux à action directe (0,63 %) versus 1 décès/617 participants dans les groupes témoins (0,16 %), preuves de très faible qualité). Sur la base de preuves de très faible qualité, 5,2 % des personnes traitées avec des AAD ont présenté un ou plusieurs effets indésirables graves, contre 5,6 % des participants n'ayant pas été traités pendant la période d'observation. Dans les analyses individuelles, le simeprevir était le seul antiviral à action directe ayant montré des preuves d'un effet bénéfique lors de l'évaluation du risque d'événements indésirables graves. Nos analyses ont cependant montré que la validité de ce résultat est discutable et que « l'effet du hasard » pourrait être la cause de cette différence. Il n'y avait pas suffisamment d'informations pour déterminer si les AAD ont eu un quelconque effet sur d'autres résultats cliniquement pertinents. Nos résultats confirment que les AAD semblent réduire le nombre de personnes dont le sang contient le virus de l'hépatite C (virus présent chez 54,1 % des patients non traités et chez 23,8 % des patients traités). La disparition du virus de l'hépatite C lors des

analyses sanguines n'est néanmoins qu'un test indirect et les études n'ont pas pu déterminer ce que ce résultat signifie à long terme.

La qualité des preuves

En raison de plusieurs limitations (par exemple, absence de mise en aveugle, manque de données pertinentes, données manquantes, absence de plan d'étude publié), nous avons évalué la qualité des preuves dans cette revue comme étant de faible ou très faible qualité. Tout d'abord, tous les essais et tous les résultats étaient à risque élevé de biais, ce qui signifie que nos résultats surestiment probablement les effets bénéfiques des AAD et sous-estiment les potentiels effets indésirables. Deuxièmement, les données concernant la plupart de nos résultats étaient limitées, c'est-à-dire qu'il y avait uniquement des données pertinentes et possibles à combiner statistiquement à propos de la mortalité toutes causes confondues et des effets indésirables graves, et même pour ces résultats, les données étaient rares. Aucun essai n'a évalué si le traitement à base d'AAD améliorerait la morbidité ou la mortalité à long-terme.

Citation: Jakobsen JC, Nielsen EE, Feinberg J, Katakam KK, Fobian K, Hauser G, Poropat G, Djuricic S, Weiss KH, Bjelakovic M, Bjelakovic G, Klingenberg SL, Liu JP, Nikolova D, Koretz RL, Gluud C. Direct-acting antivirals for chronic hepatitis C. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD012143. DOI: 10.1002/14651858.CD012143.pub3.
<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012143.pub3/epdf>

5- Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs

Review question

We examine research on the effect of needle syringe programmes (NSP) and opioid substitution treatment (OST) in reducing the risk of becoming infected with the hepatitis C virus.

Background

There are around 114.9 million people living with hepatitis C and 3 to 4 million people newly infected each year. The main risk for becoming infected is sharing used needles/syringes. Almost half the people who inject drugs have hepatitis C. The provision of sterile injecting equipment through NSPs reduces the need for sharing equipment when preparing and injecting drugs. OST is taken orally and reduces frequency of injection and unsafe injecting practices. We examined whether NSP and OST, provided alone or together, are effective in reducing the chances of becoming infected with hepatitis C in people who inject drugs.

Key results

Current use of OST (defined as use at the time of survey or within the previous six months) may reduce risk of acquiring hepatitis C by 50%. We are uncertain whether high coverage NSP (defined as regular attendance at an NSP or all injections being covered by a new needle/syringe) reduces the risk of becoming infected with hepatitis C across all studies globally, but there was some evidence from studies in Europe that high NSP coverage may reduce the risk of hepatitis C infection

by 76%. The combined use of high coverage NSP with OST may reduce risk of hepatitis C infection by 74%.

Quality of the evidence

Quality of evidence ranged from moderate to very low because none of the studies used the gold standard design of randomised controlled trials.

Les programmes d'échange des aiguilles et seringues et la thérapie de substitution aux opiacés pour prévenir la transmission de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables

Question de la revue

Nous avons examiné les recherches portant sur l'effet des programmes d'échanges des aiguilles et seringues (PEAS) et du traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour réduire le risque que des personnes soient infectées par le virus de l'hépatite C.

Contexte

Environ 114,9 millions de personnes dans le monde vivent avec une hépatite C et 3 à 4 millions de nouvelles personnes sont infectées chaque année. Le principal risque de contracter une infection provient du partage des aiguilles/seringues utilisées. Près de la moitié des utilisateurs de drogues injectables ont une hépatite C. Offrir du matériel d'injection stérile au travers des PEAS réduit le besoin de partager le matériel durant la préparation et l'injection des drogues. Le TSO est pris par voie orale et réduit la fréquence des injections et des pratiques d'injection dangereuses. Nous avons examiné si les PEAS et le TSO, seuls ou combinés, sont efficaces pour réduire le risque d'être infecté par l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables.

Principaux résultats

L'utilisation actuelle d'une TSO (définie comme étant une utilisation au moment des sondages ou dans les six derniers mois) pourrait réduire de 50 % le risque de contracter l'hépatite C. Nous ne savons pas si les PEAS ayant une large couverture (c'est-à-dire ceux impliquant des contacts réguliers entre les utilisateurs et le programme ou ceux permettant que l'ensemble des aiguilles/seringues utilisées pour les injections soient neuves) réduisent le risque d'être infecté par l'hépatite C, au travers des études de manière globale, mais il y avait des preuves issues d'études réalisées en Europe indiquant que les PEAS ayant une large couverture peuvent réduire de 76% le risque d'infection par le virus de l'hépatite C. L'utilisation combinée de PEAS ayant une large couverture et d'un TSO pourrait réduire de 75 % le risque d'infection par le virus de l'hépatite C.

La qualité des preuves

La qualité des preuves était modérée à très faible car les études n'étaient pas des essais contrôlés randomisés (les études préférées pour ce type de question).

Citation: Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, Jordan A, Degenhardt L, Hope V, Hutchinson S, Maher L, Palmateer N, Taylor A, Bruneau J, Hickman M. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD012021.

DOI:10.1002/14651858.CD012021.pub2.

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012021.pub2/epdf>

6- Interferon alpha for chronic hepatitis D

Background

Hepatitis D virus is a small defective RNA virus that requires the presence of hepatitis B virus infection to infect a person. Hepatitis D is a difficult-to-treat infection. Several clinical trials have been published on the efficacy of interferon alpha for hepatitis D virus (HDV) infection. However, there are few randomised trials evaluating the effects of interferon alpha, and it is difficult to judge any benefit of this intervention from the individual trials.

Objectives

To evaluate the beneficial and harmful effects of interferon alpha for patients with chronic hepatitis D.

Authors' conclusions

Interferon alpha does not seem to cure hepatitis D in most patients. The agent seems effective in suppressing viral and liver disease activity in some patients, but this improvement is not sustained in the majority of patients. We cannot exclude overestimation of benefits and underestimation of harms due to high risk of bias (systematic errors) and high risk play of chance (random errors). Therefore, more randomised trials with large sample sizes and less risk of bias are needed before interferon can be recommended or refuted.

Interféron alpha destiné aux patients souffrant d'hépatite D chronique

Contexte

Le virus de l'hépatite D est un petit virus à ARN défectueux qui nécessite la présence d'une infection par le virus de l'hépatite B pour infecter une personne. L'hépatite D est une infection difficile à traiter. Plusieurs essais cliniques ont été publiés sur l'efficacité de l'interféron alpha sur l'infection par le virus de l'hépatite D (VHD). Cependant, il existe peu d'essais randomisés évaluant les effets de l'interféron alpha, et il est difficile de juger de l'effet bénéfique de cette intervention à partir d'essais individuels.

Objectifs

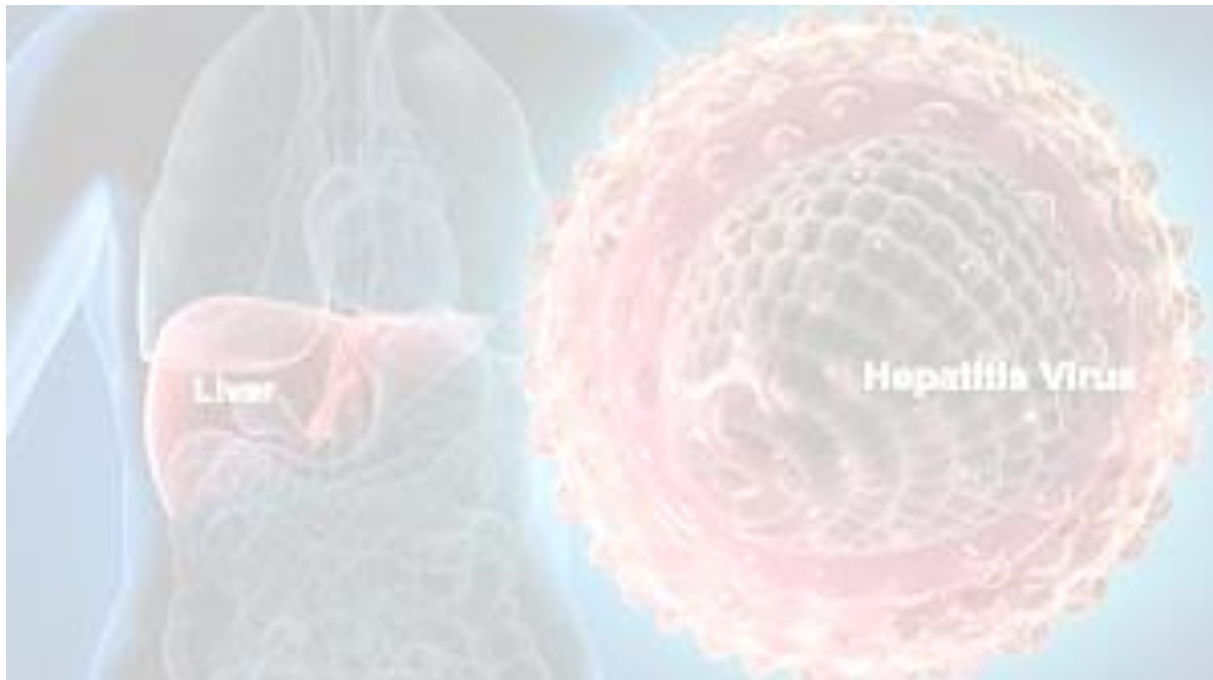
Évaluer les effets bénéfiques et néfastes de l'interféron alpha chez les patients souffrant d'hépatite D chronique.

Conclusions des auteurs

Le virus de l'hépatite D est unique en ce qu'il ne peut affecter que les personnes déjà infectées par le virus de l'hépatite B. L'hépatite D chronique est une infection difficile à traiter. Plusieurs agents antiviraux et immunomodulateurs ont été évalués dans le traitement de l'hépatite D. Cependant, à l'exception de l'interféron, tous se sont avérés inefficaces. Cette méta-analyse de six essais contrôlés randomisés sur l'interféron indique que même l'interféron alpha n'est pas un médicament idéal pour cette infection. Parmi les 169 participants inclus dans la méta-analyse primaire, l'interféron alpha a induit une disparition du virus, une normalisation des analyses du foie et une

amélioration de la biopsie du foie chez plus de patients que ceux ne recevant pas de traitement. Malheureusement, la plupart de ces patients n'ont pas présenté de réponse durable après arrêt du traitement. Une analyse supplémentaire de deux essais comparant une dose plus élevée d'interféron alpha à une dose plus faible chez des participants répartis de manière aléatoire n'a montré aucune différence significative du résultat entre les deux groupes. Il existait des différences de dosage et de durée d'utilisation de l'interféron alpha entre les essais inclus ainsi que certaines autres faiblesses méthodologiques, d'où un risque de biais élevé dans cette méta-analyse.

Citation: Abbas Z, Khan MA, Salih M, Jafri W. Interferon alpha for chronic hepatitis D. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006002. DOI: 10.1002/14651858.CD006002.pub2.
<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006002.pub2/epdf>



Additional sources

<http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-b-guidelines/fr/>
<http://origin.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-b-guidelines/en/>
<http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-policy/fr/>
<http://origin.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>