

Profil virologique de l'infection virale B chronique au service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka

Diallo D.

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Kanté M.A.

Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Souaré O.

CDC Africa (African center for diseases control)

Diallo M.L.

Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Diallo K.

Diallo M.S.

Diallo A.T.

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Sow O.

Doumbouya N.B.

Barry F.D.

Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Sylla D.

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Doi: 10.19044/esipreprint.8.2025.p279

Approved: 13 August 2025

Posted: 15 August 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As: Diallo, D., Kanté, M.A., Souaré, O., Diallo, M.L., Diallo, K., Diallo, M.S., Diallo, A.T., Sow, O., Doumbouya, N.B., Barry, F.D. & Sylla, D.(2025). *Profil virologique de l'infection virale B chronique au service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka* . ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2025.p279>

Résumé

Objectif : était de décrire le profil virologique de l'infection virale B chronique au service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif qui a concerné une période de 6 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2022. Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers médicaux des patients vus en consultation pour une infection virale B chronique et disposant du bilan minimal requis pour la détermination du profil virologique (biochimie, virologie et histologie), conformément aux critères définis par les recommandations de l'EASL 2017. **Résultats :** Sur un total de 1436 patients porteurs de l'hépatite virale B recensés sur la période d'étude, 464 cas répondaient à nos critères soit une prévalence de 32,3%. Le sexe masculin était prédominant (60,1%) avec un sex-ratio de 1,5. L'âge moyen était de 36 ans \pm 16,15 avec des extrêmes de 11 et 74 ans. Les commerçants représentaient la couche socioprofessionnelle la plus fréquente avec 16,6 % des cas. Les professionnelles de santé (Médicale et paramédicale) étaient représentées dans 7,1%. Les facteurs de risque liés aux soins médicaux (extraction dentaire et la chirurgie) sont les plus représentés soit 45 % et 24,8 % suivi de la scarification dans 8,2 %. On notait un antécédent familial de portage du VHB dans 23,3 % dont une atteinte de la mère dans 20,4 % des cas. La découverte de la maladie était fortuite dans 80,2 %. La charge virale B était détectable dans la majorité des situations soit 89,4%. Elle était cependant inférieure à 2000 UI/ml dans 71,6%, entre 2000 et 10000UI/ml (11,8%) et supérieure à 10000 UI/ml (16,6%). Les transaminases, ALAT et ASAT étaient dans les valeurs normales dans la majorité des cas, respectivement chez 86,2 % et 89,7 % des patients. La fibrose hépatique significative a été retrouvée dans 25% des cas. Le profil virologique dominant était l'infection virale B chronique à AgHBe négatif (70%), suivi de l'hépatite virale B chronique à AgHBe négatif (18,1%). L'hépatite virale B occulte a été retrouvée dans 3 cas soit 0,6 %. **Conclusion :** Le VHB atteint le plus souvent l'homme adulte jeune et est de découverte fortuite dans la majorité des cas. L'infection virale B chronique à Ag HBe négatif était le profil dominant suivi de l'hépatite virale B chronique à Ag HBe négatif.

Mots clés : Infection virale B, profil virologique, Donka

Virological profile of chronic B viral infection in the Department of Internal Medicine at Donka National Hospital

Diallo D.

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Kanté M.A.

Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Souaré O.

CDC Africa (African center for diseases control)

Diallo M.L.

Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Diallo K.

Diallo M.S.

Diallo A.T.

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Sow O.

Doumbouya N.B.

Barry F.D.

Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Sylla D.

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry. Service de Médecine Interne, Hôpital National Donka, CHU Conakry, Guinée

Abstract

Objective: The aim of this study was to describe the biochemical, virological, and histological profile of chronic hepatitis B (CHB) in a hospital setting in Guinea. **Materials and Methods:** This was a retrospective descriptive study covering a 6-year period from January 1, 2017, to December 31, 2022. All medical records of patients seen in consultation for chronic hepatitis B infection and who had the minimum required workup for virological classification (biochemistry, virology, and histology) were included, in accordance with the criteria defined by the 2017 EASL recommendations. **Results:** Out of a total of 1,436 patients diagnosed with

hepatitis B during the study period, 464 met the inclusion criteria, representing a prevalence of 32.3%. Males were predominant (60.1%) with a sex ratio of 1.5. The mean age was 36 ± 16.15 years, with extremes ranging from 11 to 74 years. Traders were the most represented socio-professional group (16.6%), followed by healthcare professionals (medical and paramedical) at 7.1%. Medical care-related risk factors, such as dental extraction (45%) and surgery (24.8%), were the most commonly reported, followed by scarification (8.2%). A family history of hepatitis B infection was noted in 23.3% of cases, with maternal transmission accounting for 20.4%. The diagnosis was incidental in 80.2% of cases. HBV DNA was detectable in most patients (89.4%), although the viral load was less than 2000 IU/ml in 71.6% of cases, between 2000 and 10,000 IU/ml in 11.8%, and above 10,000 IU/ml in 16.6%. Transaminase levels (ALT and AST) were within normal ranges in the majority of cases: 86.2% for ALT and 89.7% for AST. Significant liver fibrosis was observed in 25% of cases. The most common virological profile was HBeAg-negative chronic hepatitis B infection (70%), followed by HBeAg-positive chronic hepatitis B (18.1%). Occult hepatitis B was identified in 3 cases (0.6%). **Conclusion:** Chronic hepatitis B in Guinea predominantly affects young adult males and is often discovered incidentally. The dominant virological profile was HBeAg-negative chronic hepatitis B infection, followed by the HBeAg-positive form.

Keywords: Hepatitis B infection, virological profile, Donka

Introduction

L'hépatite B est définie par une inflammation du parenchyme hépatique due à un virus hépatotrope (Berrajah-Fki et al., 2006) . Malgré la disponibilité d'un vaccin efficace contre l'hépatite B, cette infection virale demeure un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, par sa fréquence, ses complications et ses conséquences socio-économiques (Lee et al., 1997 ; Pirateepkumar et al., 2014). L'histoire naturelle de l'infection par le VHB est caractérisée par la diversité des profils clinico-virologiques allant du portage inactif au portage actif pouvant se compliquer de cirrhose ou du carcinome hépato-cellulaire (CHC). En effet, elle constitue la principale cause des hépatopathies chroniques en Afrique (Barbare, 2009).

La présence ou l'absence d'AgHBe, le niveau d'ADN du VHB et le taux sérique de l'ALAT permettent d'identifier la phase de l'infection indispensable pour sa prise en charge (EASL, 2017). Seulement, dans certaines situations, on se trouve devant des profils difficiles à interpréter (c'est le cas de l'infection virale B occulte) caractérisée par la perte de l'AgHBs sérique en présence d'anticorps anti-HBc, avec ou sans apparition

des anticorps anti-HBs associée à un ADN \pm détectable (Berrajah-Fki et al., 2006).

L'hépatite B chronique constitue la principale cause de mortalité liée aux maladies du foie, avec environ 260 millions de personnes atteintes dans le monde. Près de 68 % des cas sont concentrés dans les Régions Afrique et Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle dépasse désormais le VIH, la tuberculose et le paludisme en termes de morbidité et de mortalité (Paccoud et al., 2019).

En France, selon l'enquête nationale menée en 2004 par Santé publique France (SPF), la prévalence des anticorps anti-HBc était estimée à 7,3 %, soit environ 3,1 millions de personnes ayant été infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) au cours de leur vie (Steinmetz et al., 2010).

L'Afrique subsaharienne demeure une région de forte endémicité pour le VHB, avec environ 65 millions de porteurs chroniques et 56 000 décès enregistrés chaque année (Ott et al., 2012 ; Mokdad et al., 2014).

Au Maroc, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait en 2017 que la prévalence de l'hépatite virale B dans la population générale était d'environ 2,5 % (Mokdad et al., 2014).

Au Mali, Katilé et al. (2018) ont rapporté une séroprévalence de 11,1 %. Parmi les cas confirmés, la charge virale était détectable et supérieure à 2 000 UI/ml dans 30 % des cas.

En Guinée, une revue littéraire menée par Souaré et al., en 2024 a révélé une prévalence de 7,54 % pour l'hépatite virale B. Une autre étude réalisée par Camara et al. (2022) avait montré que la charge virale B était détectable chez 24,5 % des patients, avec des valeurs supérieures à 2 000 UI/ml dans 29,2 % des cas. Le profil virologique dominant dans cette cohorte était l'hépatite virale B chronique à AgHBe négatif, représentant 48,7 % des cas.

L'objectif de la présente étude était de décrire le profil virologique de l'infection virale B chronique au service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Conakry.

Patients et méthodes :

Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, de type descriptif, qui a été menée au service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Conakry. Elle a couvert une période de six ans, allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2022.

Population d'étude :**Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers médicaux des patients reçus en consultation externe pour une infection virale B chronique, ayant bénéficié du bilan minimal requis pour l'évaluation du profil virologique, conformément à la classification de l'EASL 2017 (l'ADN viral B, l'AgHBe, les transaminases ainsi que l'Actitest/Fibrotest ou le Fibroscan).

Critères de non-inclusion :

N'ont pas été inclus tous les dossiers des patients reçus durant la période d'étude n'ayant pas réalisés le bilan minimum nécessaire pour la classification virologique.

Collecte des données :

Les informations ont été collectées sur une fiche d'enquête individuelle à partir des registres de consultation et des dossiers médicaux.

Définition opérationnelle des variables :

Les variables étudiées comprenaient des données qualitatives et quantitatives. Les paramètres analysés portaient sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, profession), cliniques (circonstances du diagnostic, antécédents, facteurs de risque, signes physiques), biologiques (paramètres biochimiques et virologiques), ainsi que morphologiques.

Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 18.0.2. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs fréquences, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec écart-type ou en médianes selon leur distribution.

Considérations éthiques :

Les données ont été collectées sous anonymat et les informations obtenues ont été utilisées dans un but purement scientifique.

Résultats :

Sur un total de 1 436 cas d'infection virale B identifiés sur la période d'étude, 464 dossiers répondaient aux critères d'inclusion, soit 32,3%. L'âge moyen des 464 patients inclus était de $36 \pm 16,15$ ans, avec des extrêmes allant de 11 à 74 ans. Une prédominance masculine a été observée, représentant 60,1 % des cas, soit un sexe-ratio de 1,5.

Sur le plan socioprofessionnel, les commerçants constituaient le groupe le plus représenté (17 %), suivis des ménagères (14 %) et des

étudiants (11 %). Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, représentaient 7,1 % de l'échantillon. Un antécédent familial de premier degré d'hépatite virale B était rapporté chez 23,3 % des patients, dont une atteinte maternelle dans 20,4 % des cas. Les soins dentaires et la chirurgie représentaient les principaux facteurs de risque retrouvés dans respectivement 45% et 24,8%. (Tableau 1)

Tableau 1 : Facteurs de risque de l'infection virale B des 464 patients

Facteurs de risque	Effectif N=464	Pourcentage (%)
Soins dentaires	209	45
Chirurgie	115	24,8
Piercing	44	9,5
Scarification	38	8,2
Transfusion sanguine	24	5,2
Endoscopie	20	4,3
Tatouage	5	1,1
Accident d'exposition au sang	5	1,1
Pédicure/Manucure	5	1,1
Pratique sexuelle à risque	2	0,4
Acupuncture	5	1,1

La découverte de l'infection virale B était fortuite dans 81,1% et les patients étaient asymptomatiques dans 85,9% des cas. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des 464 patients selon les circonstances du diagnostic et les manifestations cliniques

Caractéristiques	Nombre N=464	Pourcentage %	
Circonstance du diagnostic	Fortuite	377	81,1
	Manifestations cliniques	65	14
	CPN	18	3,9
	Dépistage familial	2	0,4
	Don de sang	1	0,2
	Bilan pré-opératoire	1	0,2
	Manifestations cliniques	Asymptomatique	399
Asthénie physique		51	10,9
Ictère		8	1,5
Hépatomégalie		6	1,3

L'antigène HBs (AgHBs) était négatif chez 3 patients. Une co-infection par les virus de l'hépatite B et C (VHB/VHC) a été observée dans 3,4 % des cas. L'ADN du VHB était détectable dans 89,4 % des cas. Les transaminases (ALAT et ASAT) présentaient des valeurs normales chez la majorité des patients, respectivement dans 86,2 % et 89,7 % des cas. (Tableaux 3 et 4)

Tableau 3 : Répartition des 464 patients selon les paramètres biologiques

Paramètres		Effectif N= 464	Pourcentage %
ALAT	< LSN	400	86,2
	>LSN	64	13,8
ASAT	< LSN	416	89,7
	>LSN	48	10,3
Bilirubine totale	Normale	432	93,1
	>Normale	32	6,9
AgHBs	Positif	461	99,4
	Négatif	3	0,6
AgHBe	Positif	54	11,6
	Négatif	410	88,4
AcantiHVC	Positif	16	3,4
	Négatif	448	96,6

Tableau 4 : Répartition des 464 patients selon les valeurs de la charge virale

ADN Viral B	Effectif N=464	Pourcentage (%)
Indétectable	49	10,6
Détectable	415	89,4
• < 2000 UI/ml	297	71,6
• 2000<ADN<10000 UI/ml	49	11,8
• ≥ 10000 UI/ml	69	16,6

Dans notre série, les résultats de l'Actitest ont révélé la répartition suivante : A0 (75,5 %), A1-A2 (2,7 %) et A3 (1,4 %). En ce qui concerne la fibrose hépatique, l'absence de fibrose (F0) a été observée chez 56,4 % des patients. La fibrose légère, regroupant les stades F0-F1 et F1, a été présente respectivement chez 11,3 % et 7,3 % des cas. Une fibrose modérée (F1-F2 et F2) a été notée dans respectivement 11,3 % et 3,2 % des patients, tandis que la fibrose avancée, correspondant aux stades F3 et F4, a été retrouvée chez 6,8 % et 3,7 % des cas.

Le profil virologique dominant était l'infection virale B chronique à AgHBe négatif (70%), suivi de l'hépatite virale B chronique à AgHBe négatif dans 18,1% des cas. (Tableau 5)

Tableau 5 : Répartition des 464 patients selon le profil virologique selon EASL 2017

Paramètres	Effectif N= 464	Pourcentage %
Infection virale B chronique à AgHBe négatif	325	70,0
Hépatite virale B chronique à AgHBe négatif	84	18,1
Hépatite virale B chronique à AgHBe positif	27	5,8
Infection virale B chronique à AgHBe positif	25	5,4
Hépatite virale B occulte	3	0,6

Discussion :

Cette étude avait pour objectif de décrire le profil virologique de l'infection virale B chronique au service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Conakry.

Le taux d'inclusion observé dans notre travail (32,3 %) se rapproche de celui rapporté par Camara et al. En,2022 à Siguiri (Guinée), où 37,6 % des patients avaient réalisé le bilan virologique minimal nécessaire à la détermination du profil virologique de l'hépatite B chronique.

La faible proportion de patients ayant réalisé ce bilan s'expliquerait principalement par le coût élevé des examens nécessaires à cette classification. L'âge moyen de nos patients était de 36 ans \pm 16,15 avec des extrêmes de 11 à 74 ans. Ce résultat contraste avec celui de Lawson-Ananissou et al en 2017 en Côte-d'Ivoire où l'âge moyen était de 46 \pm 12,4 ans, avec des extrêmes de 25 et 77.

La prédominance d'une population plus jeune dans notre série peut s'expliquer, d'une part, par le profil démographique de la Guinée, caractérisé par une population majoritairement jeune (EDS,2018), et d'autre part, par l'adoption de comportements à risque plus fréquents dans cette tranche d'âge, notamment le tatouage et le piercing.

Cette prédominance masculine de 60,1 % de notre étude était en cohérence avec celle rapportée dans plusieurs travaux menés en Afrique (Pamatika et al., 2022 ; Musa et al., 2015 ; Boumansour et al.,2016). Les données épidémiologiques européennes vont également dans le même sens : 59 % en France rapportées par Pioche et al. en 2014, 60,9 % au Royaume-Uni rapportées par Tedder et al., en 2013 et 76,2 % en Italie rapportées par Leluzzi et al., en 2014.

Cette surreprésentation masculine pourrait s'expliquer, d'une part, par le tropisme masculin de l'hépatite B décrit dans la littérature par Trepo et al., en 1984, et d'autre part, par certaines pratiques plus fréquentes chez les hommes, telles que le tatouage, le piercing ou la fréquentation de barbiers, qui augmentent le risque d'exposition aux infections transmises par le sang.

Le taux d'atteinte virale B retrouvés chez les professionnels de santé de 7,1 % était comparable à celui rapporté par Zida et al., en 2023 au Burkina Faso, qui était de 7,4 %.

Dans notre étude, la découverte de l'hépatite virale B était fortuite dans 81,1 % des cas, tandis que 14 % des patients avaient été diagnostiqués à la suite de manifestations cliniques. Ce résultat diffère de celui de Touahar et al., qui, en 2020 en Algérie, qui avaient observé que le dépistage prénatal représentait le mode de découverte le plus fréquent, avec une proportion de 30,2 %. La forte proportion de découvertes fortuites dans notre série pourrait s'expliquer par le caractère souvent asymptomatique de l'hépatite B en l'absence de complications (HAS, 2006).

L'atteinte virale B dans la famille représentait 23,3 % des cas, dont une atteinte maternelle dans 20,4 % des cas. La transmission précoce du virus de l'hépatite B (VHB) de la mère à l'enfant, suspectée par Gillespie et al., en 1970 semble résulter de transferts de virus du fait de lésions

placentaires pendant la grossesse, de micro-perfusions du sang maternel dans la circulation du nourrisson lors de l'accouchement, de l'ingurgitation de sang maternel, de liquide amniotique et des sécrétions vaginales lors du passage dans le canal vaginal, ou d'abrasions cutanées lors de l'utilisation d'instruments pendant l'accouchement (Lee et al., 1988).

L'examen physique était normal dans la majorité des cas soit 85,9% ; l'ictère et l'hépatomégalie étaient retrouvés dans respectivement 1,5 % et 1,3%. Kpossou et al., en 2019 au Bénin avaient rapporté que la majorité des patients présentant une hépatite B consultait pour la positivité de l'Ag HBs (57,6%) sans aucune symptomatologie clinique. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'hépatite virale B reste asymptomatique pendant la phase chronique en dehors de la survenue des complications.

L'ADN viral du VHB était détectable chez la majorité des patients de notre étude (89,4 %), bien que dans 71,6 % des cas, la charge virale soit inférieure à 2000 UI/ml. Ce taux élevé de détection contraste nettement avec les résultats rapportés par Camara et al., en 2022 en Guinée (Siguiri), qui avaient trouvé une proportion bien plus faible de charge virale détectable (24,5 %).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette différence, notamment le profil des populations étudiées, les critères d'inclusion, le moment du dosage ou encore les outils techniques utilisés pour la quantification de l'ADN viral. La forte proportion de charges virales faibles dans notre étude pourrait refléter une phase inactive de la maladie chez de nombreux patients, caractérisée par une réplication virale minimale et une activité nécro-inflammatoire modérée, comme le suggère également le profil Actitest majoritairement A0. Cela soulève néanmoins l'importance d'un suivi longitudinal pour évaluer l'évolution virologique et biologique des patients, car une charge virale faible n'exclut pas le risque de progression vers la fibrose ou le carcinome hépatocellulaire (Terrault et al., 2018 ; EASL 2017). L'absence de fibrose observée chez 56,4 % de nos patients est en accord avec les résultats rapportés par Diallo et al., en 2020 en Guinée, ainsi que par Dembélé et al. En, 2011 au Mali, qui avaient retrouvé respectivement une absence de fibrose dans 58,2 % et 46,94 % des cas.

Cette proportion élevée de patients sans fibrose pourrait refléter une détection relativement précoce de l'infection ou une phase inactive de l'hépatite B chronique, caractérisée par une faible activité nécro-inflammatoire et une réplication virale modérée ou absente (Terrault et al., 2018). Elle souligne également l'importance d'un dépistage systématique et d'un suivi régulier, car même en l'absence de fibrose initiale, une progression silencieuse vers des formes plus avancées reste possible chez certains patients (EASL, 2017). Des études longitudinales ont montré que l'évolution de la fibrose hépatique peut être influencée par plusieurs facteurs,

notamment l'âge, la charge virale persistante, la co-infection, l'alcool, et les comorbidités métaboliques (Poynard et al., 1997).

Le profil virologique observé chez nos patients diffère de celui rapporté par Camara et al., en 2022 en Guinée, qui avaient trouvé une prédominance de l'hépatite virale B chronique à AgHBe négatif (48,7 %), suivie de la forme à AgHBe positif (1,8 %).

Cette divergence pourrait s'expliquer par des différences dans les caractéristiques des populations étudiées, notamment l'âge, le statut immunitaire ou les phases évolutives de l'infection. En effet, l'hépatite B chronique à AgHBe négatif est généralement observée dans les formes plus tardives de l'infection, souvent associée à des mutations du pré-Core ou du promoteur basal du core, responsables d'une répllication virale persistante sans expression de l'AgHBe (EASL, 2017 ; Lok et al., en 2009). Ce profil est également plus fréquent chez les patients plus âgés et dans les zones de forte endémie, il est également souvent associé à un risque accru de progression vers la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire (Brunetto en 2010).

Conclusion

Il ressort de notre étude un faible taux d'inclusion due au coût élevé de l'évaluation des marqueurs virologiques et de la fibrose hépatique des patients infectés. Alors que l'infection virale B constitue un motif fréquent de consultation dans notre service. Elle est découverte de façon fortuite, sans aucune symptomatologie clinique chez l'adulte jeune de sexe masculin majoritairement. Le profil virologique dominant est celui de l'infection virale B chronique à AgHBe négatif.

Sur la base des recommandations internationales en matière de suivi et de traitement du VHB, il serait judicieux de fournir des efforts supplémentaires en termes de réalisation des examens paracliniques afin d'optimiser la prise en charge en Guinée.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Berrajah-Fki, L., Ben Halima, S., Guermazi, F., Hammami, A., & Karray-Hakim, H. (2006). Signification du profil sérologique "anticorps anti HBc isolés" chez 284 patients suspects d'être infectés

- par le virus de l'hépatite B. *Annual Biology Clinical*, 64, 451-455.
2. Lee, WM. Hepatitis B virus infection. (1997). *N Engl J Med*; 337 : 1733-45. doi: 10.1056/NEJM199712113372406. PMID: 9392700.
 3. Piratheepkumar ,V., Kulendran, S., Nadarajah, S., & Muruganathan, K. (2014). Hepatitis B vaccine immunogenicity among nurses of a hospital. *Ceylon Medical Journal*; 59: 59-60. <https://doi.org/10.4038/cmj.v59i2.7065>
 4. Barbare, JC. (2009). Déclaration de Rabbat. *Cancero dig.1(2)*: 104-106.
 5. European Association for the Study of the Liver. *EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol.* 2017 Aug;67(2):370-398. doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.021.
 6. Paccoud, O., Surgers, L. & Lacombe, K. (2019). Infection par le virus de l'hépatite B : histoire naturelle, manifestations cliniques et principes thérapeutiques. *Rev Médecine Intern*;40 :590-8. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.03.333>.
 7. Steinmetz, J., Coste, D., Meyer, JF., Leiser, S., Giordanella, JP., Gueguen, R., & Desenclos, JC. (2010). Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol.* 82(4):546-55. doi: 10.1002/jmv.21734.
 8. Ott, JJ., Stevens, GA., Groeger, J., & Wiersma, ST. (2012). Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBs Ag seroprevalence and endemicity. *Vaccine.* 30(12):2212-19. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.12.116.
 9. Mokdad, AA., Lopez, AD., Shahrz, S., Lozano, R., Mokdad, AH., Stanaway, J., Murray, CJL., & Naghavis, M. (2014). Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Med.*12:145. doi: 10.1186/s12916-014-0145-y.
 10. Katilé, D., Konaté, I., Goita, D., Koboré, M., Dicko, MY., & Mallé, O. (2018). Prévalence de l'AgHBs et profil sérologique du virus de l'hépatite B en consultation de Médecine Générale de l'hôpital régional de Kayes au Mali. *Health sc and disease.* 19(4); 165-168. <https://doi.org/10.5281/hsd.v19i4.1193>
 11. Souaré, OIL., Huws, J., Diallo, D., & Diallo, K. (2024). Epidemiology of Viral Hepatitis B and C in Guinea : Scooping Review. *Health Research in Africa.* 2(4):1-10. <https://doi.org/10.5281/hra.v2i4.5456>
 12. Camara, T., Fa, T., Camara, M., & Diakité, M. (2022). Profil Immuno-Virologique des Patients Infectés par le Virus De l ' Hépatite B à Siguiri (Guinée) Immuno-virologic profile of patients infected by hepatitis B virus at Siguiri (Guinea). *Heal Sci Dis.* 23(6):36-9. <https://doi.org/10.5281/hsd.v23i6.3718>

13. Lawson-Ananissoh, LM., Attia, KA., Diallo, D., Doffou, S., & Kissi, YH BD. (2017). Distribution et implications cliniques des génotypes du virus de l' hépatite B chez 33 porteurs chroniques du virus de l' hépatite B en Côte-d' Ivoire. *J Afr Hépatol Gastroentérol.* 5(2):1-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s12157-017-0726-4>
14. Enquête Démographique et de Santé -Guinée. INS. 2018;24(1).
15. Pamatika, CM., Mossoro-Kpindé, CD., Diemer, SH., Kongo, GN., Lenguetama Kodja, RE., Nguida, H., & Longo, J. (2022).Prévalence de l'hépatite virale B chronique à Bangui et Bimbo en République Centrafricaine : cas des donneurs bénévoles réguliers non éligibles pour les dons de sang. *Ann Afr Med.*15 (4): e4810-e4817. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i4.7>
16. Musa, BM., Bussell, S., Borodo, MM., Samaila, AA., & Femi, OL. (2015).Prevalence of hepatitis B virus infection in Nigeria, 2000-2013 : a systematic review and meta-analysis. *NigerJ Clin Pract.* 18(2) :163-172. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.151035>
17. Boumansour, N., Midoun, N., Mallem, L., & Hakem, S. (2016). Profil épidémiologique de l'hépatite virale B à l'ouest Algérien, 2010–2012. *Rev d'Epidémiologie Santé Publique.* 64:S207. Doi : 10.1016/j.respe.2016.06.100
18. Pioche, C., Brouard, C., Chevaliez, S., Alric, L., Couzigou, P., Delarocque-Astagneau, E., Denis, F., Gorja, O., Guyader, D., Marcellin, M., Roudot Thoraval, F., Roulot, D., Silvain, S., Zarski, JP., Semaille, C., & Larsen, C. (2014). Hépatite B chronique : prise en charge en France entre 2008 et 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 12: 210-6.
19. Tedder, RS., Rodger, AJ., Fries, L., Ijaz, S., Thursz, M., Rosenberg, W., Naoumov, N., Banatvala, J., Williams, R., Dusheiko, G., Chokshi, S., Wong, T., Rosenberg, G., Moreea, S., Bassendine, M., Jacobs, M., Mills, PR., Mutimer, D., Ryder, SD.,
20. Bathgate, A., Hussaini, H., Dillon, JF., Wright, M., & al. (2013). The diversity and management of chronic hepatitis B virus infections in the United Kingdom: a wake-up call. *Clin Infect Dis.* 56(7):951-60. doi: 10.1093/cid/cis1013.
21. Leluzzi, D., Covolo, L., Donato, F., & Fattovich, G. (2014). Progression to cirrhosis, hepatocellular carcinoma and liver-related mortality in chronic hepatitis B patients in Italy. *Dig Liver Dis.* 46(5):427-32. doi: 10.1016/j.dld.2014.01.003.
22. Trepo, C., Bouvet, B., & Bertarnd, L. (1984). Viral Hepatitis: The Causative Agents of the Hepatitis B Virus. *Encyclopédiemédico-Chirurgicale (Foie-Pancréas)* :10 p.
23. Zida, S. Ouedraogo, HG., Kambire, D., Soubeiga, ST., Dabire, SC.,

- Compaore, TR., Ouedraogo, O., Bicaba, B., Ilboudo, S., & Kouanda, S. (2023). Portage de l'Antigène de surface du virus de l'hépatite B chez les professionnels de santé à Ouagadougou, au Burkina Faso en 2021. *Jr Sc de la santé*. 46 (2) :75-84.
24. Touahar, M. (2020). Le profil épidémiologique et biologique de l'hépatite virale B dans la ville de Ouagadougou durant l'année 2020. Thèse. 1-60.
25. Haute Autorité de santé. Guide-Affection de longue durée. Hépatite chronique B. Octobre 2006. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/07-007.
26. Gillespie, A., Dorman, D., Walker-Smith, J.A., & Yu, J.S. (1970). Neonatal hepatitis and Australia antigen. *Lancet*. 2(7682):1081. doi: 10.1016/s0140-6736(70)90308-9.
27. Lee, S.D., Lo, K.J., Tsai, Y.T., Wu, J.C., Wu, T.C., Yang, Z.L., & Ng, H.T. (1988). Role of caesarean section in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. *Lancet*. 2(8615):833-4. doi: 10.1016/s0140-6736(88)92792-4.
28. Kpossou, A.R., Séhonou, J., Wanvoegbe, F.A., Abattan, C., Sokpon, C.N.M., & Vignon, R.K. (2019). Hépatite virale B et C : aspects épidémiologiques et cliniques au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. *Rev Panafricaine, Int*. 8(3).
29. Terrault, N.A., Lok, A.S.F., McMahon, B.J., Chang, K.M., Hwang, J.P., Jonas, M.M., Brown, R.S., Jr., Bzowej, N.H., & Wong, J.B. (2018). Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*. 67(4):1560-1599. doi: 10.1002/hep.29800.
30. Diallo, D., Diallo, K., Diallo, A.M., & Diallo, M.M. (2020). Epidemiological, Clinical and Biological Characteristics of Patients with Chronic Hepatitis B Infection Followed-Up at the University Hospital of Conakry. *J Gastroenterol*. 10:256-65. DOI: 10.4236/ojgas.2020.1010025
31. Dembelé, R. Profil épidémiologique et sérologique du virus de l'hépatite B dans un milieu urbain Bamako. Thèse mali. 2011;1-62.
32. Poynard, T., Bedossa, P., & Opolon, P. (1997). Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. *Lancet*. 349(9055):825-32. doi: 10.1016/s0140-6736(96)07642-8.
33. Lok, A.S., & McMahon, B.J. (2009). Chronic hepatitis B: update 2009. *Hepatology*. 50(3):661-2. doi: 10.1002/hep.23190.
34. Brunetto, M.R. (2010). A new role for an old marker, HBsAg. *J Hepatol*. 52(4):475-7. doi: 10.1016/j.jhep.2009.12.020.