

Euro surveillance

BULLETIN EUROPÉEN SUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES / EUROPEAN COMMUNICABLE DISEASE BULLETIN

FINANCÉ PAR LA DG SANTÉ ET PROTECTION DU CONSOMMATEUR
DE LA COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES



FUNDED BY DG HEALTH AND CONSUMER PROTECTION OF THE COMMISSION
OF THE EUROPEAN COMMUNITIES

HÉPATITE C / HEPATITIS C

Le défi de la surveillance de l'hépatite C en Europe

J.C. Desenclos, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

L'hépatite C est devenue un problème important de santé publique, en raison de sa prévalence élevée, des complications hépatiques sévères, de la transmission persistante chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI), du risque de transmission iatrogénique et de la disponibilité des mesures préventives et de traitements efficaces. En Europe occidentale, la prévalence de l'infection chronique est faible, bien qu'elle passe de 0,1% environ dans le nord à plus de 1% dans le sud (1). La prévalence est plus élevée en Europe de l'est (médiane : 2%, étendue de 0,4% à 4,9%) (1). En Europe occidentale, les transfusions sanguines et la consommation de drogues injectables sont les deux principaux modes de transmission, alors qu'en Europe de l'est, la transmission iatrogène et la consommation de drogues injectables dominent la transmission. L'impact en santé publique de cette épidémie restée longtemps silencieuse devient à présent visible dans les communautés les plus touchées, en particulier les transfusés et, plus récemment, les utilisateurs de drogues injectables co-infectés par le VIH.

La lutte contre l'infection à VHC repose sur la sécurité transfusionnelle, la prévention de l'échange du matériel d'injection chez les UDI, la mise en œuvre stricte des précautions standards dans les établissements de soins, le dépistage des groupes à risque et le traitement des hépatites chroniques par la bithérapie (interféron pégylé et ribavirine). Cependant, malgré son impact en santé publique, les modalités de la surveillance de l'hépatite C demeurent toujours un sujet de discussions. Les enquêtes transversales en population ou au sein des groupes à risque sont indispensables pour évaluer le poids de l'infection à VHC et décrire les personnes touchées, qui devront être ciblées par les programmes de dépistage et traitées. Cependant, elles reflètent la transmission passée et ne four-

The challenge of hepatitis C surveillance in Europe

J.C. Desenclos, National public health Institute, InVS, Saint-Maurice, France

Hepatitis C has become an important public health issue because of its high prevalence, severe liver complications, ongoing transmission among intravenous drug users (IDUs), the risk of iatrogenic transmission and the availability of prevention measures and treatment. In western Europe the prevalence of chronic infection is low, although it increases from about 0.1% in the north to more than 1% in the south (1). Prevalence of HCV infection is greater in eastern Europe (median : 2%, range : 0.4% to 4.9%) (1). In western Europe blood transfusion and intravenous drug use are the two main transmission modes, while in eastern Europe, iatrogenic transmission and intravenous drug use are mainly involved. The public health impact of this long-time silent epidemic is now becoming visible in the most affected communities, particularly blood recipients and, more recently, intravenous drug users (IDUs) with an HIV co-infection.

The pillars of HCV infection control are blood safety, the prevention of needle sharing among IDUs, the strict implementation of standardised preventive measures in healthcare settings, screening of at risk groups and treatment of chronic hepatitis with multiple drug therapy (pegylated interferon and ribavirin). Despite its public health importance, however, how surveillance systems for hepatitis C should be designed is still a matter of debate. Cross sectional surveys on at risk population or groups are essential to estimate the burden of HCV infection and to describe affected persons who will need to be targeted for screening and treatment. However, they reflect past transmission routes, provide no information on the current

S O M M A I R E

- Editorial**
- Le défi de la surveillance de l'hépatite C en Europe
- Rapports de surveillance**
- Surveillance des activités de dépistage et contrôle de dépistage de l'hépatite C au sein du réseau de laboratoires RENA-VHC, France, 2000-2001
 - Surveillance des infections à VHC aux Pays-Bas
 - L'hépatite C en Autriche de 1993 à 2000 : l'épidémiologie du VHC faussée par les biais de notification
- Actualités**
- SRAS

"Ni la Commission européenne, ni aucune personne agissant en son nom n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations ci-après."

C O N T E N T S

- Editorial**
- The challenge of hepatitis C surveillance in Europe
- Surveillance reports**
- Surveillance of screening for hepatitis C through the laboratory network RENA-VHC, France, 2000-2001
 - Surveillance of hepatitis C infections in the Netherlands
 - Hepatitis C in Austria 1993-2000: reporting bias distort HCV epidemiology in Austria
- News**
- SARS

"Neither the European Commission nor any person acting on behalf of the Commission is responsible for the use which might be made of the following information"

► nissent pas d'information sur la dynamique actuelle de la transmission du VHC ni sur les personnes contaminées actuellement. La surveillance des hépatites aiguës à VHC, pratiquée en Italie (2), donne un aperçu des modes actuels de la transmission. Toutefois, les infections aiguës à VHC ne sont pas souvent symptomatiques (10% environ), ce qui réduit la sensibilité du système et ne permet pas d'apprécier la réelle importance. En France, la surveillance des hépatites chroniques nouvellement prises en charge a été mise en place dans les pôles de référence hépatite C, généralement des centres d'hépatologie et de gastro-entérologie. L'objectif de ce système est de suivre les changements des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients atteints d'hépatite chronique lors de la 1^{ère} prise en charge et ainsi, évaluer le programme national de dépistage et de traitement (3). Ce système opérationnel depuis deux ans a montré une proportion de cirrhose à la première admission de 10% en 2001, alors qu'elle atteignait plus de 20% entre 1993 et 1995 (3), ce qui est en faveur d'un dépistage plus précoce en 2000-2001.

Ce numéro d'*Eurosurveillance* présente l'expérience de la surveillance de la sérologie VHC à partir des laboratoires aux Pays-Bas (4) et en France (5). Bien qu'ils soient relativement faciles à obtenir, les résultats issus des sérologies réalisées par les laboratoires doivent être interprétés avec précautions : l'infection à VHC étant généralement asymptomatique, les données collectées reflètent davantage la politique de dépistage que l'incidence réelle. Aux Pays-Bas, les pics observés en 1992 et 1997 s'expliquent par l'introduction du test ELISA de seconde génération et par une meilleure disponibilité des techniques de PCR (4). En France, où un système basé sur un échantillon de laboratoire a été mis en place pour évaluer le programme national de dépistage, le nombre de tests a augmenté de 10% entre 2000 et 2001, alors que le taux de positivité diminuait, suggérant une progression du dépistage plus importante chez les personnes à faible risque que chez celles à risque plus élevé (5). Par ailleurs, la surveillance à partir du laboratoire limite la collecte d'information épidémiologique ou clinique. Les Pays-Bas ont rendu obligatoire la déclaration du VHC en 1999, en complément du système basé sur les laboratoires (4). Bien que ce nouveau système décrit les cas les plus touchés (hommes, tranches des 15-54 ans, et UDI) il est encore trop récent pour mettre en évidence des tendances significatives et des données cliniques devraient y être ajoutées pour une meilleure évaluation des tendances (4). En Autriche, où l'hépatite est à déclaration obligatoire, les données sur l'infection à VHC ne reflètent que partiellement l'ampleur réelle et les tendances de la maladie, comparées aux données hospitalières par région (6). Cette évaluation du système de notification en Autriche souligne la nécessité d'avoir une définition de cas claire (signes cliniques associés à une confirmation biologique), et un système de notification électronique qui faciliterait la collecte automatique des données.

Contrairement aux maladies infectieuses aiguës symptomatiques pour lesquelles les définitions de cas sont maintenant pratiquement standardisées au niveau européen, la surveillance des infections chroniques à VHC demeure un défi méthodologique. La solution ne repose pas tant sur un système universel de notification que sur une approche où des systèmes complémentaires sont conçus avec des objectifs bien identifiés, pouvant aller d'une estimation de l'ampleur du problème, à la définition des personnes à risque ou l'évaluation d'un programme national de prévention et de contrôle. Les systèmes de surveillance du VHC devront s'ajuster et rester flexibles en fonction de ces objectifs, qui peuvent évoluer dans le temps. ■

► dynamic of HCV transmission and no data on people currently getting infected. The surveillance of acute infection, as undertaken in Italy (2) gives some insight on the current transmission pattern. However, HCV acute infections are not often symptomatic (about 10% are) which limits the sensitivity of the system and the appreciation of the true burden of HCV infection. In France, the surveillance of newly diagnosed chronic hepatitis has been implemented in some hospital wards, mostly hepatology and gastro-enterology centres. Its objectives are to assess the changes in the epidemiological and clinical characteristics of chronic hepatitis patients during the first treatment and therefore, to evaluate the national screening and treatment programme (3). This system has been running for two years and has revealed that the proportion of cirrhosis at the first admission for treatment was 10% in 2001, while it was above 20% between 1993 and 1995 (3). This was in favour of an earlier screening in 2000-2001.

This issue of *Eurosurveillance* reports the experience of laboratory-based surveillance of HCV serology in the Netherlands (4) and France (5). Although, relatively easy to collect, the results of laboratory reporting must be interpreted with caution: since HCV infection is most often not symptomatic, data collected are mainly reflecting the screening policy and not the real incidence. In the Netherlands, the peaks observed in 1992 and 1997 are explained by the introduction of the second generation ELISA test and the greater availability of PCR techniques (4). In France, where a reporting system based on laboratory samples was implemented to evaluate the national screening programme, the number of tests increased by 10% between 2000 and 2001 while the positivity rate decreased, suggesting a more important increase in testing among people at low risk than among those at greater risk (5). Also, laboratory based surveillance does not permit to collect very much epidemiological and clinical information on each case. In the Netherlands, in addition to the laboratory-based system, HCV became a mandatory notifiable disease in 1999 (4). However, this new system describes the most affected cases (male, aged 15 to 54 years and IDUs), and is still too recent to identify significant trends. Clinical data should be included to better assess future changes (4). In Austria, where hepatitis is notifiable by law, data on HCV infection poorly reflect the true magnitude and trends of HCV infection when compared to hospital discharge data by region (6). This evaluation of the notifiable system in Austria stressed the need for a clear case definition (clinical signs associated with laboratory confirmation) and the use of an electronic reporting system which should facilitate automatic gathering of data.

Unlike acute symptomatic infectious diseases for which case definitions are quite standardised at the European level, the surveillance of HCV chronic infections remains a methodological challenge. The solution stands less in a universal notifiable system, but rather in an approach where complementary systems are designed with well identified objectives, ranging from the evaluation of the burden of the problem, the definition of people at risk or the evaluation of a national prevention and control programme. HCV surveillance systems will need to be adjusted and remain flexible according to these objectives, which may change overtime. ■

References

1. Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite C: prévalence mondiale. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire 1999; **74**:421-8.
2. Spada E, Mele A, Ciccozzi M, Tosti ME, Bianco E, Sziklo A, Ragni P, et al.; SEIEVA collaborating group. Changing epidemiology of parenterally transmitted viral hepatitis: results from the hepatitis surveillance system in Italy. *Dig Liver Dis* 2001; **33**:778-84
3. Delarocque-Astagneau E, Campèse C, Bronowicki JP, Couzigou P, Gorio O, Guyader D, et al.. Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires : années 2000-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2003; **16-17**: 90-3
4. Chaves SS, Widdowson M-A., Bosman A., Surveillance of hepatitis C infections in the Netherlands, *Eurosurveillance* 2003; **8**: 108-13
5. Meffre C, Larsen C, Perin A, Bouraoui L, Delarocque-Astagneau E. Surveillance of screening for hepatitis C through the laboratory network RENA-VHC, France, 2000-2001, *Eurosurveillance* 2003; **8**: 101-7
6. Strauss R, Fülöp G, Pfeifer C, Hepatitis C in Austria 1993-2000 : reporting bias distort HCV epidemiology in Austria, *Eurosurveillance* 2003; **8**: 113-8