

Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: 16 November 1991

Vol. 17-46

Date de publication: 16 novembre 1991

Contained in this issue:

U.S. Public Health Service Inter-Agency Guidelines for Screening Donors of Blood, Plasma, Organs, Tissues, and Semen for Evidence of Hepatitis B and Hepatitis C	251
Comment	257

Contenu du présent numéro:

Lignes directrices interagences à l'intention des services de santé publique des États-Unis pour le dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les dons de sang, de plasma, d'organes, de tissus et de sperme	251
Commentaires	257

U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE INTER-AGENCY GUIDELINES FOR SCREENING DONORS OF BLOOD, PLASMA, ORGANS, TISSUES, AND SEMEN FOR EVIDENCE OF HEPATITIS B AND HEPATITIS C

Hepatitis B

Guidelines for Screening

Testing

- All donations of whole blood, plasma, and other components are required to be tested for HBsAg by a sensitive and specific FDA licensed test, such as radioimmunoassay (RIA) or enzyme immunoassay (EIA)⁽¹⁾.
- If the initial test result is non-reactive, the unit is considered to be non-reactive for HBsAg. The unit may be transfused or used for further manufacture into transfusable components, provided all other requirements are met.
- If the initial test result is reactive, the unit is considered to be initially reactive.
 - The sample should be retested in duplicate in a single test run, using a test kit of the same type and from the same manufacturer as used for the initial test.
 - If the repeat test results are both non-reactive, the unit is considered to be non-reactive and may be used as mentioned earlier. The donor may return for subsequent donations.
 - If either one or both repeat tests are reactive, the result is designated repeatedly reactive and the unit should not be transfused or manufactured into other products that do not require HBsAg reactive source material. The donor with repeatedly reactive test results is deferred, but prior to notification it is recommended that the results be confirmed by neutralization according to the manufacturer's instructions.
 - If the neutralization test is positive, the donor is permanently deferred from future donations.
- The donor of a repeatedly reactive unit that is not confirmed by neutralization may later, at the discretion of the blood centre, be considered for reentry as a donor if the procedures are followed in accordance with the recommendations of the FDA⁽²⁾.

LIGNES DIRECTRICES INTERAGENCES À L'INTENTION DES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTATS-UNIS POUR LE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B ET DE L'HÉPATITE C DANS LES DONNÉS DE SANG, DE PLASMA, D'ORGANES, DE TISSUS ET DE SPERME

Hépatite B

Lignes directrices pour le dépistage

Tests

- Tous les dons de sang total, de plasma et d'autres constituants doivent faire l'objet de tests de dépistage de l'Ag HBs à l'aide d'un test sensible et spécifique autorisé par la FDA, tel que le dosage radio-immunologique (RIA) ou le dosage enzymo-immunologique (EIA)⁽¹⁾.
- Si le résultat au premier test est négatif, l'unité est considérée comme étant négative pour l'Ag HBs. L'unité peut servir à une transfusion ou être utilisée pour la fabrication d'autres constituants pour la transfusion, à condition que toutes les autres exigences soient respectées.
- Si le résultat au premier test est positif, l'unité est considérée comme présentant une réaction initiale positive.
 - L'échantillon devrait être retesté en double dans une seule série d'essais à l'aide d'une trousse du même type et du même fabricant que celle qui a été utilisée pour le premier test.
 - Si les résultats au deuxième test sont tous les deux négatifs, l'unité est considérée comme étant négative et peut servir aux usages mentionnés précédemment. Le donneur peut redonner par la suite de son sang.
 - Si l'un des résultats ou les deux résultats du contrôle en double sont positifs, l'échantillon est considéré comme présentant une réaction positive répétée et l'unité ne devrait pas servir aux transfusions ni être transformée en d'autres produits qui ne requièrent pas de matière première Ag HBs positive. Le sang du donneur qui a obtenu des résultats positifs aux deux tests de dépistage est rejeté, mais avant qu'on avertisse le donneur, il est recommandé que les résultats soient confirmés par des tests de neutralisation suivant les instructions du fabricant.
 - Si le test de neutralisation est positif, le nom du donneur est rayé pour toujours de la liste des donneurs admissibles.
- La personne qui a donné l'unité de sang positive aux deux tests de dépistage mais négative lors du test de confirmation par neutralisation peut, si le centre de transfusion sanguine le permet, être réadmise plus tard comme donneur, si la procédure suivie est conforme aux recommandations de la FDA⁽²⁾.



5. It is recommended that a serum sample from donors of organs, tissues, or semen intended for human use be tested for HBsAg using the same procedures as outlined earlier. Every effort should be made to use material only from donors testing negative for HBsAg. It is recognized that emergency situations involving life-supporting organs may arise that do not permit the use of an HBsAg test before implantation or that involve the use of material from an HBsAg-positive donor. In such situations, the recipients should be informed by their medical-care providers that they will or have received untested tissue or tissue from an HBsAg-positive donor, and prophylaxis with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine (using the dosage recommended for immuno-compromised patients)⁽³⁾ should be considered.

Notification of Donors

1. If the repeatedly reactive HBsAg test is confirmed as positive by neutralization or if neutralization tests are not performed, it is recommended that collection facilities ensure that donors are notified of their test results and their permanent deferral from donation. It is recommended that notification include written information, presented to the donor by sealed letter or at a face-to-face interview. Organ or tissue procurement organizations should report this information to the donor's physician when the donor is deceased.
2. It is recommended that the information contained in such notification inform donors that: a) a positive test result could indicate that they recently developed hepatitis B or that they may have chronic hepatitis; b) they are likely to be infectious to others; and c) there is a safe and effective vaccine that can prevent the spread of HBV to their household contacts and sexual partners. Donors should be referred to their medical-care provider to determine the significance of a positive test and the need for screening and vaccination of contacts. These recommendations are similar to those for HBsAg-positive persons identified in other settings⁽³⁾.
3. Collecting facilities also should be prepared to provide the results of all tests performed related to hepatitis screening (e.g., anti-HBc, alanine aminotransferase (ALT), and anti-HCV) to donors with a repeatedly reactive or confirmed positive HBsAg test result or to their physicians. The facility should transmit this information to the donors or inform donors that this information can be forwarded to their physicians by the facility.
4. Collecting facilities also should comply with state and local requirements for the reporting of HBsAg-positive results⁽⁴⁾. If a transfusion recipient or a recipient of transplanted tissue develops hepatitis B, it is recommended that the diagnosing physician report the case to both the local health department and the collection facility.

Recommendations for Medical Evaluation and Counselling

The following information may be of assistance to the medical-care provider in evaluating and counselling an HBsAg-positive individual:

1. The medical evaluation should first verify that HBsAg is present and whether its presence indicates acute or chronic HBV infection.
 - A follow-up serum specimen should be tested for HBsAg.
 - If negative, the donor most likely had a transient acute infection.
 - If HBsAg is still present, testing for IgM anti-HBc would be helpful in distinguishing between acute and chronic hepatitis B, as this antibody is usually detected only in acute hepatitis B. If IgM anti-HBc is not present and/or HBsAg persists for 6 months, chronic HBV infection is present.
2. If HBsAg is detected in follow-up specimens, the medical evaluation should also include an assessment of the extent of liver disease. This evaluation should include a history, physical examination, and laboratory studies such as ALT, aspartate aminotransferase (AST), bilirubin, albumin, and prothrombin

5. Il est recommandé qu'un échantillon de sérum des donneurs d'organes, de tissus ou de sperme destinés à des applications chez l'homme fasse l'objet de tests de détection de l'Ag HBs utilisant le protocole décrit précédemment. On devrait essayer par tous les moyens d'utiliser seulement le matériel provenant de donneurs négatifs pour l'Ag HBs. On reconnaît cependant que dans certaines situations d'urgence où l'on a besoin d'organes vitaux, il se peut qu'on ne puisse effectuer un test de détection de l'Ag HBs avant l'implantation ou que l'on doive utiliser du matériel provenant d'un donneur Ag HBs positif. Les receveurs devraient alors être informés par les personnes qui leurs dispensent des soins du fait qu'ils recevront ou ont reçu des tissus qui n'ont pas été testés ou qui proviennent d'un donneur positif pour l'Ag HBs, et l'on devrait songer à administrer à titre prophylactique des immunoglobulines antihépatitiques B et le vaccin contre l'hépatite B (selon la dose recommandée pour les patients qui présentent un déficit immunitaire)⁽³⁾.

Notification des donneurs

1. Si les résultats positifs aux deux tests de dépistage de l'Ag HBs sont confirmés par des tests de neutralisation ou si des tests de neutralisation ne sont pas effectués, il est recommandé que le centre de prélèvements fasse en sorte que les donneurs soient informés de leurs résultats et du fait qu'ils ne pourront plus donner de leur sang. Le processus de notification devrait comprendre la présentation d'un rapport écrit au donneur sous pli scellé ou lors d'une entrevue personnelle. L'organisation qui s'occupe de recueillir des organes ou des tissus devrait transmettre ces renseignements au médecin du donneur lorsque le donneur est décédé.
2. L'avis transmis aux donneurs devrait renfermer les renseignements suivants : a) un résultat positif pourrait indiquer qu'ils ont développé récemment une hépatite B ou qu'il peuvent souffrir d'une hépatite chronique; b) ils risquent de transmettre l'infection à d'autres; c) il existe un vaccin efficace et sécuritaire qui peut prévenir la propagation du VHB à leurs contacts familiaux et à leurs partenaires sexuels. Il faut adresser le donneurs à leur médecin, qui déterminera la signification à donner aux résultats positifs et jugera s'il est nécessaire de soumettre les contacts à des tests de dépistage et de les vacciner. Nos recommandations sont les mêmes pour les personnes positives pour l'Ag HBs identifiées dans d'autres établissements⁽³⁾.
3. Les centres de prélèvements devraient également être prêts à communiquer les résultats obtenus à tous les tests de dépistage de l'hépatite (p. ex., anticorps anti-HBc, alanine aminotransférase (ALT) et anticorps anti-HVC) aux donneurs qui présentent une réaction positive répétée aux tests de dépistage de l'Ag HBs ou une réaction positive au test de confirmation, ou à leur médecin. Le centre devrait transmettre ces renseignements au donneur ou informer celui-ci que cette information peut être communiquée à son médecin.
4. Les centres de prélèvements devraient également se conformer aux exigences établies à l'échelle locale et par l'État en ce qui concerne la déclaration des résultats positifs pour l'Ag HBs⁽⁴⁾. Si la personne qui reçoit une transfusion ou un greffon développe une hépatite B, il est recommandé que le médecin responsable du diagnostic signale le cas aux services locaux de santé et au centre de prélèvements.

Recommandations relatives à l'évaluation médicale et au counselling

Les renseignements qui suivent peuvent être utiles au médecin qui doit évaluer un patient positif pour l'Ag HBs et lui dispenser des conseils:

1. Lors de l'évaluation médicale, on devrait vérifier tout d'abord si l'antigène est présent et s'il s'agit, le cas échéant, d'une infection à VHB aiguë ou chronique.
 - Un échantillon de contrôle devrait être prélevé pour un test de dépistage de l'Ag HBs.
 - Si le résultat est négatif, il est très probable que le donneur souffrait d'une infection aiguë transitoire.
 - Si l'antigène est toujours présent, il serait utile d'effectuer des tests de détection des IgM anti-HBc afin de distinguer l'hépatite B aiguë et chronique, car l'on ne retrouve habituellement cet anticorps que dans l'hépatite B aiguë. L'absence d'IgM anti-HBc ou la persistance de l'Ag HBs pendant 6 mois témoignent d'une infection à VHB chronique.
2. Si l'on décèle la présence de l'Ag HBs dans des échantillons de contrôle, l'évaluation médicale devrait alors comprendre une évaluation de l'ampleur de l'hépatopathie: anamnèse, examen physique et épreuves de laboratoire, notamment dosage des ALT, des aspartates aminotransférases (AST), de la bilirubine, de l'albumine et

time. If chronic HBV infection is present, serial determinations of aminotransferases would be appropriate. Patients should also be tested for hepatitis B e antigen (HBeAg), a serologic marker of high levels of virus⁽⁵⁾. Healthy or inactive HBV carriers will have HBsAg but not HBeAg, and will have normal aminotransferase levels. The persistence of HBsAg with elevated aminotransferase values most likely indicates chronic hepatitis B. Most such patients will have HBeAg in serum. These patients should be evaluated for the potential need and benefit of therapy.

3. It is important that medical providers counsel chronic HBV carriers that they can transmit HBV to others or that they refer carriers to their local health department for counselling. Such counselling should also include screening sexual partners and household contacts of HBV carriers for susceptibility to HBV infection and, if susceptible, vaccinating them with hepatitis B vaccine. The best single test for screening in this setting is total (not IgM) anti-HBc. Vaccination of susceptible individuals should be carried out using age-appropriate doses and schedules as recommended for the available hepatitis B vaccines⁽³⁾.
4. The individual should not donate blood, plasma, body organs, other tissue, or semen.
5. Household articles such as toothbrushes and razors that could become contaminated with blood should not be shared, and cuts or skin lesions should be covered to prevent the spread of infectious secretions or blood.
6. When seeking medical or dental care, HBsAg-positive persons should be advised to inform those responsible for their care of their HBsAg status so that they can be appropriately evaluated.
7. If the sexual partner of the HBV carrier is not immune to hepatitis B, the partner should be advised to take precautions. The most effective precaution is vaccination with hepatitis B vaccine. The efficacy of latex condoms in preventing infection with HBV is unknown, but their proper use may reduce the risk of transmission. For the prevention of many sexually transmitted diseases, including hepatitis and HIV infection, the number of sexual partners should be reduced, infected persons should inform prospective sexual partners so that they can take appropriate precautions, and infected persons should protect a partner during sexual activity by taking appropriate precautions to prevent that individual from coming into contact with the infected person's blood, semen, urine, feces, saliva, cervical secretions, vaginal secretions, or mucous membranes⁽⁶⁾.
8. The high risk of perinatal transmission of HBV is well documented. Infants born to HBsAg-positive women should be given hepatitis B immune globulin and the hepatitis B vaccine series⁽³⁾.

Hépatite C

Guidelines for Screening

Testing

1. It is recommended that all donations of whole blood and components for transfusion be tested for anti-HCV by EIA.
2. If the initial test result is non-reactive, the unit should be considered non-reactive for anti-HCV. The unit may be transfused or used for further manufacture into injectable components, provided all other requirements are met.
3. If the initial test result is reactive, the unit is considered to be initially reactive.
 - The sample should be retested in duplicate in a single test run, using a test kit of the same type from the same manufacturer used for the initial test.
 - If the repeat-tests are both non-reactive, the unit is considered to be non-reactive and may be used as mentioned earlier. The donor may return for subsequent donations.

détermination du temps de prothrombine. En présence d'une infection à VHB chronique, il serait indiqué d'effectuer des dosages sériés des aminotransférases. Les patients devraient également être soumis à un test de détection de l'antigène e du virus de l'hépatite B (Ag HBe), marqueur sérologique témoin d'une forte charge virale⁽⁵⁾. Les porteurs sains ou les porteurs du virus inactif de l'hépatite B posséderont l'antigène HBs mais non l'antigène HBe, et leur taux d'aminotransférases sera normal. La persistance de l'Ag HBs accompagnée d'une hypertransaminasémie est un signe probable d'hépatite B chronique. On retrouvera l'Ag HBe dans le sérum de la plupart de ces patients. Il convient d'évaluer s'il est nécessaire et utile de soumettre ceux-ci à un traitement.

3. Il importe que les médecins informent les porteurs chroniques du VHB du risque de transmission du virus à d'autres ou qu'ils orientent les porteurs vers les services locaux de santé pour y recevoir du counselling. Ces services de counselling devraient également inclure le dépistage auprès des partenaires sexuels et des contacts familiaux des porteurs du VHB pour déterminer leur réceptivité à l'infection à VHB; le cas échéant, on pourra leur administrer le vaccin contre l'hépatite B. Le meilleur test de dépistage dans ce contexte est le titrage des anti-HBc totaux et non seulement de la fraction IgM. On devrait vacciner les personnes réceptives en respectant la posologie et le calendrier appropriés pour l'âge qui sont recommandés pour les vaccins existants contre l'hépatite B⁽³⁾.
4. La personne Ag HBs positive ne devrait pas donner du sang, du plasma, des organes ou d'autres tissus ou du sperme.
5. Les articles d'hygiène personnelle, tels que les brosses à dents et les rasoirs, qui pourraient être contaminés par du sang, ne devraient pas être prêtés; il faut en outre recouvrir les coupures ou les lésions cutanées afin de prévenir le transport de sécrétions ou de sang infectieux.
6. Lorsqu'elles consultent un médecin ou un dentiste, les personnes positives pour l'Ag HBs devraient informer ceux-ci de leur séropositivité afin qu'une évaluation adéquate puisse être faite.
7. Si le partenaire sexuel du porteur du VHB n'est pas immunisé contre l'hépatite B, on devrait leur conseiller de prendre des précautions. La meilleure précaution à prendre consiste à se faire vacciner contre l'hépatite B. On ignore si les condoms en latex préviennent efficacement l'infection à VHB; s'ils sont bien utilisés, ils peuvent toutefois contribuer à réduire le risque de transmission. Afin de prévenir de nombreuses maladies transmises sexuellement, y compris l'hépatite et l'infection à VIH, les personnes infectées devraient réduire le nombre de leurs partenaires sexuels, informer leurs partenaires sexuels éventuels de leur état afin que ceux-ci prennent les précautions nécessaires et protéger leur partenaire durant les relations sexuelles en lui évitant tout contact avec leur sang, leur sperme, leur urine, leurs feces, leur salive, leurs sécrétions cervicales, vaginales ou leurs muqueuses⁽⁶⁾.
8. Le risque élevé de transmission périnatale du VHB est bien établi. Les nourrissons nés de mères positives pour l'Ag HBs devraient recevoir des immunoglobulines antihépatitiques B et la série vaccinale contre l'hépatite B⁽³⁾.

Hépatite C

Lignes directrices pour le dépistage

Tests

1. Il est recommandé que tous les dons de sang total et de constituants sanguins destinés à la transfusion fassent l'objet d'un dosage immuno-enzymatique (EIA) des anticorps anti-VHC.
2. Si le résultat au premier test est négatif, l'unité devrait être considérée négative pour les anticorps anti-VHC. L'unité peut être utilisée pour la transfusion ou la fabrication d'autres constituants injectables, à condition que toutes les autres exigences soient respectées.
3. Si le résultat au premier test est positif, l'unité est considérée comme présentant une réaction positive initiale.
 - L'échantillon devrait être retesté en double dans une même série d'essais, à l'aide d'une trousse de dépistage du même type qui provient du même fabricant que celle qui a été utilisée pour le premier test.
 - Si les résultats du contrôle en double sont tous les deux négatifs, l'unité est considérée comme négative et peut servir aux usages mentionnés précédemment. Le donneur peut donner de nouveau de son sang.

- If either one or both of the duplicate tests are reactive, the result is designated repeatedly reactive, and the unit must not be used for transfusion. The donor should be indefinitely deferred from donation of whole blood and components for transfusion.
4. The FDA does not currently recommend testing of plasma collected for fractionation for anti-HCV and currently permits the plasma from repeatedly reactive units to be used for further manufacture into injectable products. This position has been taken because it is unclear whether anti-HCV screening may adversely affect the safety of plasma derived products, particularly immune globulins. This provisional position of the FDA will be reevaluated in the light of additional information that may emerge, including the results of experimental studies that have been initiated.
 5. Donors indefinitely deferred from donation of blood or components for transfusion because of repeatedly reactive anti-HCV test results should not be reentered into the donor pool at this time. When further information about HCV serology becomes available, and if highly sensitive confirmatory tests are developed and licensed, a procedure for reentering donors repeatedly reactive for anti-HCV in an isolated instance may be developed. Collecting facilities should be aware that such a procedure may require the retesting of a stored sample from the original repeatedly reactive donation.
 6. Until the risk of sexual transmission of HCV is better defined, there is no recommendation to exclude sexual partners of anti-HCV repeatedly reactive donors from donating whole blood and components for transfusion provided all other requirements are met.
 7. It is recommended that serum from donors of organs, tissues, or semen intended for human use be tested for anti-HCV by EIA using the same procedures as outlined earlier. This testing policy should apply both to newly acquired tissue and to material in inventory, whether such inventory is stored at the collection facility or at points of use. Every effort should be made to use material only from donors testing negative for anti-HCV. It is recognized that emergency situations involving life-supporting organs may arise that do not permit the use of an anti-HCV test before implantation or that involve the use of material from an anti-HCV repeatedly reactive donor. In such situations, the recipients should be informed by their medical-care provider that they will or have received untested tissue or tissue from an anti-HCV repeatedly reactive donor.

Notification of Donors

1. It is recommended that collection facilities ensure that donors with repeatedly reactive test results are notified of these results and of their indefinite deferral from donation. Blood donors are indefinitely deferred from donation for transfusion products but currently remain eligible to give plasma for fractionation. It is recommended that notification include written information presented to the donor either by sealed letter or at a face-to-face interview. Organ or tissue procurement organizations should report this information to the donor's physician when the donor is deceased.
2. When the EIA is used to screen populations low in the prevalence of HCV infection, the proportion of positive results that are falsely positive will be high. The rate of anti-HCV repeat reactivity among U.S. blood donors has been reported at 0.5%-1.4%⁽⁷⁻⁹⁾. Licensed confirmatory tests are currently not available. Supplemental tests for specificity, as discussed previously, are available as a testing service for research purposes performed by the manufacturers of licensed screening tests, or for distribution on an investigational basis. When such tests are utilized, research studies indicate that their results may be of value in the interpretation of a repeatedly reactive screening test.

- Si l'un des résultats ou les deux résultats du contrôle en double sont positifs, l'unité est considérée comme présentant une réaction positive répétée et ne doit pas servir à la transfusion. Le nom du donneur devrait être rayé indéfiniment de la liste des donneurs admissibles de sang total et de constituants pour la transfusion.
4. La FDA ne recommande pas actuellement de soumettre le plasma recueilli pour le fractionnement à des tests de dépistage des anticorps anti-VHC et autorise l'utilisation pour la fabrication de produits injectables du plasma provenant d'unités qui présentent une réaction positive répétée. Elle en a décidé ainsi parce qu'on ignore si la mise en évidence des anticorps anti-VHC et l'exclusion des porteurs de l'anticorps peuvent compromettre l'innocuité des produits dérivés du plasma, en particulier les immunoglobulines. Cette politique provisoire de la FDA sera réévaluée à la lumière des nouvelles données qui pourront être communiquées, notamment les résultats des études expérimentales en cours.
 5. Pour le moment, les donneurs dont le nom a été rayé indéfiniment de la liste des donneurs admissibles de sang ou de constituants destinés à la transfusion parce qu'ils avaient obtenu des résultats positifs aux deux tests de dépistage des anticorps anti-VHC ne devraient pas être réadmis dans le pool des donneurs. Lorsqu'on disposera de nouvelles données sur la sérologie du VHC et que des tests de confirmation très sensibles auront été mis au point et autorisés, on pourra élaborer un protocole pour la réadmission, dans certains cas isolés, des donneurs présentant une réaction positive répétée aux tests de dépistage des anticorps anti-VHC. Les centres de prélèvements devraient être conscients du fait qu'il faut dans ces cas retester un échantillon entreposé du don original qui présentait une réaction positive répétée.
 6. Jusqu'à ce qu'on ait mieux défini le risque de transmission sexuelle du VHC, il n'est pas nécessaire d'empêcher les partenaires sexuels des donneurs présentant une réaction positive répétée aux tests de dépistage des anticorps anti-VHC de donner du sang total et des constituants destinés à la transfusion, à la condition que toutes les autres exigences soient respectées.
 7. L'on recommande de soumettre le sérum des donneurs d'organes, de tissus ou de sperme destinés à être utilisés chez les humains à des tests de dépistage par EIA des anticorps anti-VHC en utilisant la procédure mentionnée précédemment. Cette politique de dépistage devrait s'appliquer aux nouveaux tissus de même qu'au matériel en stock, que ce matériel soit stocké au centre de prélèvements ou dans les centres où il sera utilisé. On devrait tenter par tous les moyens d'utiliser uniquement le matériel provenant de donneurs négatifs pour les anticorps anti-VHC. Dans certaines situations d'urgence où l'on a besoin d'organes vitaux, il est possible qu'on ne puisse effectuer des tests de dépistage des anticorps anti-VHC avant l'implantation ou qu'il faille utiliser du matériel provenant d'un donneur ayant obtenu une réaction positive répétée aux tests de dépistage des anticorps anti-VHC. Le médecin devrait alors informer les receveurs qu'ils recevront ou ont reçu du tissu qui n'a pas été testé ou du tissu qui provient d'un donneur ayant obtenu une réaction positive répétée aux tests de dépistage des anticorps anti-VHC.

Notification des donneurs

1. Il est recommandé que les centres de prélèvements veillent à ce que les donneurs qui présentent des réactions positives répétées soient informés de leurs résultats et du fait qu'ils sont rayés indéfiniment de la liste des donneurs admissibles. Les donneurs de sang sont rayés indéfiniment de la liste de donneurs de produits de transfusion mais peuvent toujours, à l'heure actuelle, donner du plasma destiné au fractionnement. L'avis devrait comporter un rapport écrit présenté au donneur soit sous pli scellé ou lors d'une entrevue personnelle. Les organisations qui s'occupent de la collecte d'organes ou de tissus devraient communiquer ces renseignements au médecin du donneur lorsque le donneur est décédé.
2. Lorsqu'on utilise le test EIA dans des groupes où le taux de prévalence de l'infection à VHC est faible, la proportion de résultats positifs qui sont faussement positifs sera élevée. D'après les rapports, de 0,5 à 1,4 % des donneurs de sang aux États-Unis présenteraient une réaction positive répétée aux tests de dépistage des anticorps anti-VHC⁽⁷⁻⁹⁾. Aucun test de confirmation n'a encore été autorisé pour le moment. Il existe des tests complémentaires qui sont effectués pour les besoins de la recherche par les fabricants de troupes de dépistage homologuées ou qui sont distribués à des chercheurs. Des études montrent que les résultats obtenus à ces tests peuvent aider à interpréter les réactions positives répétées aux tests de dépistage.

3. It is recommended that donors testing repeatedly reactive for anti-HCV by EIA without supplemental testing be informed that this screening test result has not been confirmed and that the anti-HCV repeatedly reactive result may be a false positive. Donors should also be told that a repeatedly reactive test result could indicate infection with HCV. To determine the significance of a repeatedly reactive test, particularly if the donor also has an elevated ALT level, it is recommended that the donor be referred to a physician for further evaluation.
 4. When a supplemental test* is available and the result is positive, donors may be informed that the test indicates the presence of hepatitis C infection and should be referred to a physician for further evaluation.
 5. When a supplemental test* is available and the result is negative and the ALT level is within normal limits, the donor may be informed that the initial test is likely to be a false positive, although this is impossible to prove at present in the absence of a confirmatory test of proven sensitivity and specificity.
 6. If the donor's ALT level is elevated, the donor should be referred to a physician for further evaluation, regardless of the results of supplemental anti-HCV testing.
 7. Collecting facilities should be prepared to provide all the results of tests performed related to hepatitis screening (e.g., HBsAg, ALT, and anti-HBc) to donors with a repeatedly reactive anti-HCV test result or to their physicians. The facility should transmit this information to the donors or inform donors that this information can be forwarded to their physicians by the facility.
 8. If a transfusion recipient or a recipient of transplanted tissue develops non-A, non-B hepatitis or hepatitis C, it is recommended that the diagnosing physician report the case to both the local health department and the collection facility.
 9. It is recommended that professional societies make a concerted effort to educate physicians and other health-care providers about a) the known and potential risks for HCV infection, including blood transfusion; b) the need to ascertain complete risk behavior histories from their patients; c) the appropriate evaluation of high-risk patients for evidence of infection; and d) the current status of investigations on the use of alpha interferon to treat chronic non-A, non-B hepatitis.
 10. Targeted "lookback" (tracing prior recipients of blood products from donors who now test positive for anti-HCV) or general screening programs for populations at increased risk of HCV infection are not recommended because: a) currently available screening tests cannot distinguish between ongoing infection and recovery, and thus, the meaning of a reactive test result in any one individual is not clear; b) available knowledge about routes of transmission for HCV other than parenteral is limited; and c) only selected persons are eligible for therapy for their chronic liver disease, and the potential long-term benefits of such therapy are unknown.
 11. Screening programs aimed at prior transfusion recipients also are not recommended because they are likely to be ineffective for several reasons: a) most HCV-infected former donors self-deferred or were excluded as a consequence of earlier screening policies; b) few hospitals have transfusion records prior to the early 1980s, thus most recipients at risk will not be traceable; and c) based on the results of "lookback" programs for HIV, response by prior recipients to notification is poor⁽¹⁰⁾.
3. Il est recommandé d'aviser les donneurs qui présentent une réaction positive répétée aux test EIA de dépistage des anticorps anti-VHC et qui n'ont pas subi de tests complémentaires que leur résultat aux tests de dépistage n'a pas été confirmé et que leur réaction positive répétée peut être faussement positive. On devrait également indiquer aux donneurs qu'une réaction positive répétée aux tests peut être le signe d'une infection à VHC. Pour interpréter la signification d'une réaction positive répétée, il convient d'adresser le donneur à un médecin, particulièrement si le donneur présente également une hypertransaminasémie.
 4. Lorsqu'un test* complémentaire peut être effectué et que le résultat est positif, on peut aviser le donneur que le test indique la présence d'une infection à VHC et on devrait l'adresser à un médecin, qui effectuera une évaluation plus approfondie.
 5. Lorsqu'un test complémentaire* peut être effectué, que le résultat à ce test est négatif et que le taux d'ALT ne dépasse pas la normale, on peut informer le donneur que le résultat au premier test risque d'être faussement positif, bien qu'il soit impossible de le prouver à l'heure actuelle en l'absence d'un test de confirmation dont la sensibilité et la spécificité est démontrée.
 6. Si le taux d'ALT du donneur est élevé, celui-ci devrait être adressé à un médecin pour subir une évaluation plus approfondie, peu importe les résultats des tests complémentaires de dépistage des anticorps anti-VHC.
 7. Les centres de prélèvements devraient être prêts à communiquer tous les résultats des tests de dépistage de l'hépatite effectués (p.ex., Ag HBs, ALT et anti-HBc) aux donneurs qui présentent une réaction positive répétée aux tests de dépistage des anticorps anti-HVC ou à leur médecin. Les centres devraient transmettre ces renseignements aux donneurs ou aviser ces derniers qu'ils peuvent communiquer leurs résultats à leur médecin.
 8. Si un transfusé ou un greffé développe une hépatite ni A, ni B ou une hépatite C, il est recommandé que le médecin responsable du diagnostic signale le cas au service local de santé et au centre de prélèvements.
 9. Il est recommandé que les associations professionnelles adoptent une stratégie concertée pour informer les médecins et les autres dispensateurs de soins a) des risques connus et éventuels d'infection à VHC, y compris les risques associés aux transfusions sanguines, b) de la nécessité d'obtenir une description complète des comportements à risque de leurs patients, c) de la nécessité d'effectuer une évaluation adéquate des patients à haut risque afin de déterminer la présence d'une infection, et d) de l'état actuel des recherches sur l'utilisation de l'interféron alpha pour traiter l'hépatite ni A, ni B chronique.
 10. Il n'est pas recommandé d'essayer de retracer les personnes qui ont déjà reçu des produits sanguins de donneurs maintenant porteurs de l'anticorps anti-VHC ou de mettre en place des programmes généraux de dépistage pour les groupes à haut risque d'infection à VHC parce que : a) les tests de dépistage existants ne permettent pas de distinguer les cas d'infection active des cas guéris, ce qui fait que la signification des résultats positifs obtenus par une personne n'est pas claire; b) les données accumulées sur les modes de transmission du VHC autres que la voie parentérale sont limitées; c) seules certaines personnes présentant une hépatopathie chronique peuvent être traitées, et l'on ignore encore les avantages éventuels à long terme d'un tel traitement.
 11. Les programmes de dépistage s'adressant aux personnes qui ont déjà reçu des transfusions ne sont pas non plus recommandés parce qu'ils risquent d'être inefficaces pour plusieurs raisons : a) la plupart des anciens donneurs infectés par le VHC se sont abstenus par la suite de tout don ou ont été rayés de la liste des donneurs admissibles conformément aux politiques antérieures de dépistage; b) quelques hôpitaux seulement disposent de registres de transfusions remontant au début des années 1980, ainsi la plupart des receveurs à risque ne pourront être retracés; et c) si l'on se fie aux résultats des programmes visant à retracer les receveurs qui auraient pu être contaminés par le VIH, peu d'entre eux donnent suite à l'avis qui leur a été transmis⁽¹⁰⁾.

* No supplemental test for anti-HCV has yet been licensed by the FDA. When licensure occurs, specific guidance for notification can be obtained from the package insert or directions that accompany the product, and will be provided by the FDA otherwise as appropriate.

* Aucun test complémentaire de dépistage des anticorps anti VHC n'a encore été autorisé par la FDA. Lorsqu'un permis sera délivré, des indications précises pour la notification seront fournies dans le dépliant de conditionnement ou le mode d'emploi qui accompagnent le produit et seront communiqués par la FDA sous une autre forme s'il y a lieu.

Recommendations for Medical Evaluation and Counselling

The following information may be of assistance to medical-care providers in evaluating and counselling an anti-HCV-positive individual:

1. The medical evaluation should first verify that anti-HCV is present; then, attempt to assess whether the repeatedly reactive test result is a true positive; and finally, determine whether the patient has acute or chronic HCV infection.
 - A follow-up serum specimen should be tested for anti-HCV.
 - If the specimen is positive, supplemental testing should be performed when available.
 - The patient should be asked about risk factors for hepatitis C as a part of a medical history and examined for evidence of liver disease. Laboratory tests might include ALT, AST, bilirubin, albumin, and prothrombin time.

The history of a risk factor, clinical evidence of liver disease, and abnormal aminotransferase levels all support the specificity of an anti-HCV positive result.

2. Currently available tests do not distinguish between acute or chronic HCV infection or between ongoing infection and recovery. Sequential tests for ALT levels may be helpful in distinguishing acute and chronic hepatitis.
 - If ALT levels remain elevated for ≥ 6 months, chronic hepatitis C is likely.
 - If initially elevated ALT levels fall to within the normal range and remain there ≥ 6 months, acute hepatitis C was likely.
 - If ALT levels are initially and repeatedly normal: a) the anti-HCV result may have been a false positive; b) the patient may have resolved acute hepatitis C; or c) the patient may have chronic HCV infection with no or minimal associated liver disease.
3. All individuals found to be anti-HCV positive need to be considered potentially infectious and should be counselled concerning infectivity.
4. Individuals should not donate blood, body organs, other tissue, or semen.
5. Household articles such as toothbrushes and razors that could become contaminated with blood should not be shared, and cuts or skin lesions should be covered to prevent the spread of infectious secretions or blood.
6. When seeking medical or dental care, anti-HCV positive individuals should be advised to inform those responsible for their care of their anti-HCV status so that they can be appropriately evaluated.
7. The magnitude of the risk of infecting others by sexual intercourse is unknown, but appears to be much less than that for other bloodborne sexually transmitted diseases (e.g., HBV, HIV).

Transmission of HCV has rarely been documented from persons with chronic disease to their steady sexual partners despite long-term, ongoing sexual activity. Although anti-HCV-positive individuals should be informed of the potential for sexual transmission, at this time there is insufficient data to recommend changes in current sexual practices for persons with a steady sexual partner.

Having multiple sexual partners has been associated with an increased risk of acquiring hepatitis C. For the prevention of many sexually transmitted diseases, including hepatitis and HIV infection, the number of sexual partners should be reduced, infected persons should inform prospective sexual partners so that they can take appropriate precautions, and infected persons should protect a partner during sexual activity by taking

Recommandations relatives à l'évaluation médicale et au counselling

Les renseignements qui suivent peuvent être utiles aux médecins qui doivent évaluer un patient anti-VHC positif et lui dispenser des conseils:

1. Lors de l'évaluation médicale, on devrait vérifier tout d'abord si l'anticorps est présent, puis essayer d'évaluer si la réaction positive répétée aux tests est vraiment positive, et enfin déterminer si le patient souffre d'une hépatite C aiguë ou chronique.
 - Un échantillon de contrôle devrait être prélevé pour un test de dépistage de l'anticorps anti-VHC.
 - Si le résultat est positif, un test complémentaire devrait être effectué si possible.
 - On devrait interroger le patient au sujet des facteurs de risque d'hépatite C dans le cadre d'une anamnèse et vérifier s'il présente des signes d'hépatopathie. Au nombre des épreuves de laboratoire qui pourraient être effectuées, citons un dosage des ALT, des AST, de la bilirubine, de l'albumine et une détermination du temps de prothrombine.

L'existence d'un facteur de risque ainsi que des signes cliniques d'hépatopathie et une transaminasémie anormale sont tous des indicateurs de la spécificité d'un résultat positif aux tests de dépistage des anticorps anti-VHC.

2. Les tests qui existent aujourd'hui ne permettent pas de différencier les infections aiguës des infections chroniques par le VHC ou les cas actifs des cas guéris. Les dosages séquentiels des taux d'ALT n'aident pas non plus à distinguer l'hépatite aiguë de l'hépatite chronique.
 - Si les taux d'ALT demeurent élevés pendant 6 mois ou plus, il s'agit probablement d'une hépatite C chronique.
 - Si les taux initialement élevés d'ALT se normalisent et demeurent stables pendant au moins 6 mois, il s'agit probablement d'une hépatite C aiguë.
 - Si les taux d'ALT sont normaux au départ et demeurent normaux lors de dosages répétés : a) le résultat positif au test de dépistage des anticorps anti-VHC peut avoir été faussement positif; b) le patient peut avoir souffert d'une hépatite C aiguë et en être guéri; ou c) le patient peut être un porteur chronique de l'infection à VHC sans atteinte hépatique ou avec atteinte hépatique minimale.
3. Toutes les personnes anti-VHC positives doivent être considérées comme étant potentiellement infectieuses et devraient recevoir des conseils concernant leur infectivité.
4. Ces personnes ne devraient pas donner du sang, des organes, d'autres tissus ou du sperme.
5. Les articles d'hygiène personnelle, tels que les brosses à dent et les rasoirs, qui pourraient être contaminés par du sang, ne devraient pas être prêtés; il faut en outre recouvrir les coupures ou les lésions cutanées afin de prévenir le transport de sécrétions ou de sang infectieux.
6. Lorsqu'elles consultent un médecin ou un dentiste, les personnes anti-VHC positives devraient informer ceux-ci de leur séropositivité afin qu'une évaluation adéquate puisse être faite.
7. On ignore l'ampleur du risque de transmission sexuelle du virus, mais il semble que ce risque soit beaucoup moins élevé que dans le cas d'autres maladies transmises sexuellement à diffusion hématogène (p.ex., VHB, VIH).

Rares sont les cas signalés de transmission du VHC d'une personne atteinte d'hépatite chronique à son partenaire sexuel régulier même dans les cas où ces relations sexuelles durent depuis longtemps. S'il faut aviser les personnes anti-VHC positives qu'elles peuvent transmettre le virus lors des relations sexuelles, on ne dispose pas néanmoins de suffisamment de données à l'heure actuelle pour recommander des changements dans les pratiques sexuelles des personnes ayant un partenaire sexuel régulier.

Les personnes qui ont de nombreux partenaires sexuels risquent davantage de contracter l'hépatite C. Afin de prévenir de nombreuses maladies transmises sexuellement, notamment l'hépatite et l'infection à VIH, les personnes infectées devraient réduire le nombre de leurs partenaires sexuels, informer leurs partenaires sexuels éventuels de leur état afin que ceux-ci prennent les précautions nécessaires et protéger leur partenaire durant les relations sexuelles en lui évitant tout contact

appropriate precautions to prevent that individual from coming into contact with the infected person's blood, semen, urine, feces, saliva, cervical secretions, vaginal secretions, or mucous membranes⁽¹¹⁾. The efficacy of latex condoms in preventing infection with HCV is unknown, but their proper use may reduce transmission. Consideration may be given to testing exposed sexual partners for anti-HCV and, if positive, evaluating them for the presence or development of chronic liver disease.

8. The risk of perinatal transmission appears to be very low. At the present time, there is no evidence to support advising against pregnancy based on anti-HCV status alone, or to advise any special treatments or precautions for pregnant women or their offspring.
9. The prognosis for an asymptomatic anti-HCV-positive individual over the long term is not known. Many may not suffer any consequences. Some may develop permanent scarring of the liver and develop severe consequences such as chronic active hepatitis and cirrhosis. It is hoped that in the future more information will become available on the natural history of this infection and the benefits of potential therapies.

References

1. Title 21 of the Code of Federal Regulations, Section 610.40.
2. Food and Drug Administration, Office of Biologics, Research, and Review. *Recommendations for the management of donors and units that are initially reactive for hepatitis B surface antigen (HBsAg)*. Bethesda, Maryland: Department of Health and Human Services, 1987.
3. CDC. *Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)*. MMWR 1990;39(No. RR-2).
4. CDC. *Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians, and mandatory reporting of occupational diseases by clinicians*. MMWR 1990;39(No. RR-9):12-3.
5. Shikata T, Karasawa T, Abe K, et al. *Hepatitis B e antigen and infectivity of hepatitis B virus*. J Infect Dis 1977;136:571-6.
6. CDC. *Additional recommendations to reduce sexual and drug abuse-related transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated virus*. MMWR 1986;35:152-5.
7. Menitove JE, Richards WA, Destree M. *Early US experience with anti-HCV kit in blood donors*. [Letter] Lancet 1990;336:244-5.
8. Zuck TF, Rose GA, Dumaswala UJ, Geer NJ. *Experience with a transfusion recipient education program about hepatitis C*. Transfusion 1990;30:759-61.
9. Stevens CE, Taylor PE, Pindyck J, et al. *Epidemiology of hepatitis C virus: a preliminary study in volunteer blood donors*. JAMA 1989;263:49-53.
10. Busch MP. *Hepatitis C virus lookback: let's look back at HIV-lookback before leaping into HCV-lookback*. Transfusion 1991;(in press).
11. Beasley RP, Hwang LY, Lee GCY, et al. *Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine*. Lancet 1983;2:1099-102.

Source: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 40, No RR-4, 1991.*

Comment

These Inter-Agency Guidelines provided by the U.S. Public Health Service contain useful information concerning the transmission of hepatitis viruses and steps to prevent transmission through infected blood. In Canada, blood collections are regulated by the Bureau of Biologics of the Health Protection Branch of the Department of National Health and Welfare, and approval for the use of specific screen tests has to be obtained from that Bureau. The comments below reflect the current Canadian position with respect to these Guidelines.

avec leur sang, leur sperme, leur urine, leurs fèces, leur salive, leurs sécrétions cervicales, vaginales ou leurs muqueuses⁽¹¹⁾. On ignore si les condoms en latex préviennent efficacement l'infection à VHC; s'ils sont bien utilisés, ils peuvent toutefois contribuer à réduire le risque de transmission. On devrait peut-être songer à soumettre les partenaires sexuels exposés à des tests de dépistage des anticorps anti-VHC et, s'il présentent une réaction positive, vérifier la présence ou le développement d'une hépatopathie chronique.

8. Le risque de transmission périnatale semble très faible. À l'heure actuelle, rien n'indique qu'il faille décourager toute grossesse chez les femmes porteuses de l'anticorps ou recommander des précautions ou des traitements spéciaux pour les femmes enceintes ou leur enfant.
9. On ignore quel est le pronostic à long terme d'une infection asymptomatique chez les personnes anti-VHC positives. Bon nombre n'auront aucune séquelle. Certaines peuvent présenter une cicatrice permanente du foie et développer de graves séquelles, telles que l'hépatite chronique active et la cirrhose. Il est à espérer que dans l'avenir, on disposera de plus de renseignements sur l'histoire naturelle de cette infection et les avantages des différentes avenues thérapeutiques possibles.

Références

1. *Title 21 of the Code of Federal Regulations, Section 610.40*.
2. Food and Drug Administration, Office of Biologics, Research, and Review. *Recommendations for the management of donors and units that are initially reactive for hepatitis B surface antigen (HBsAg)*. Bethesda, Maryland: Department of Health and Human Services, 1987.
3. CDC. *Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)*. MMWR 1990;39(No. RR-2).
4. CDC. *Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians, and mandatory reporting of occupational diseases by clinicians*. MMWR 1990;39(No. RR-9):12-3.
5. Shikata T, Karasawa T, Abe K, et coll. *Hepatitis B e antigen and infectivity of hepatitis B virus*. J Infect Dis 1977, 136: 571-6.
6. CDC. *Additional recommendations to reduce sexual and drug abuse-related transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus*. MMWR 1986;35:152-5.
7. Menitove JE, Richard Wa, Destree M. *Early US experience with anti-HCV kit in blood donors*. (Lettre) Lancet 1990;336:244-5.
8. Zuck TF, Rose Ga, Dumaswala UJ, Geer NJ. *Experience with a transfusion recipient education program about hepatitis C*. Transfusion 1990;30:759-61.
9. Stevens CE, Taylor PE, Pindyck J, et coll. *Epidemiology of hepatitis C virus: a preliminary study in volunteer blood donors*. JAMA 1989;263:49-53.
10. Busch MP. *Hepatitis C virus lookback: let's look back at HIV-lookback before leaping into HCV-lookback*. Transfusion 1991; (sous presse).
11. Beasley RP, Hwang LY, Lee GCY, et coll. *Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine*. Lancet 1983;2:1099-102.

Source: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 40, n° RR-4, 1991.*

Commentaires

Ces lignes directrices interagences élaborées par le U.S. Public Health Service renferment des renseignements utiles sur la transmission des virus hépatitiques et sur les mesures qui permettent de prévenir la transmission de ces virus par le sang infecté. Au Canada, les collectes de sang sont régies par le Bureau des produits biologiques de la Direction générale de la protection de la santé, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. C'est également ce bureau qui est habilité à autoriser l'utilisation de tests de dépistage particuliers. Les commentaires formulés dans les lignes qui suivent résument la position du gouvernement canadien à l'égard de ces lignes directrices.

For hepatitis B screening, all donations with repeatedly reactive results on an HBsAg screen test are subject to a confirmatory neutralization test and an anti-HBc test in the National Reference Laboratory. If positive on either test, the donor is permanently deferred and the donor's physician notified. If the anti-HBc test is negative and the neutralization test is not confirmed, a re-entry procedure may be instituted which requires negative test results on the donor provided at least 70 days have elapsed since the reactive screen donation.

To prevent hepatitis C transmission, all blood donations are screened for antibody to the hepatitis C virus and, if repeatedly reactive, donors are indefinitely deferred. Plasma used in the production of blood products shall, by January 1993, also be derived from anti-HCV screened donations (this position is based on information arising out of experimental studies subsequent to this April 1991 edition of MMWR). At present, Albumin and Factor VIII are manufactured from screened Canadian plasma and, as soon as feasible, immunoglobulin products will also be made from screened plasma.

A more specific supplemental test for hepatitis C using a recombinant immunoblot assay strip (RIBA - Chiron Corporation) is currently being employed to assist physicians in the evaluation of donors. Although not licensed as a confirmatory diagnostic test, donors who are RIBA reactive and have elevated ALT levels should be considered infectious and further evaluated over time.

In Canada, surrogate marker screen testing, i.e., anti-HBc and ALT, was not introduced pending a scientific analysis of their impact on the reduction of post-transfusion NANB hepatitis. This blinded study, funded by the National Health Research Development Program (NHRDP), was ongoing at the time of introduction of anti-hepatitis C testing and an interim assessment of the data is now underway. The value and significance of such testing of blood donors has, in general, been markedly influenced by donor screening for anti-HIV and an increasing awareness of risk practices common to the transmission of hepatitis viruses and retroviruses that has reduced the incidence of post-transfusion hepatitis. There is a need for comprehensive studies to better understand the transmission of hepatitis C virus and populations at risk for acquiring this infection in Canada.

Source: Peter Gill, PhD, Director, National Reference Laboratory, Canadian Red Cross Society, Ottawa, Ontario.

En ce qui concerne le dépistage de l'hépatite B, tous les dons présentant des réactions positives répétées au test de dépistage de l'Ag HBs sont soumis à un test de confirmation par neutralisation et à un test de dépistage des anticorps anti-HBc au Laboratoire central. En cas de résultat positif à l'un ou l'autre de ces tests, le donneur est rayé pour toujours de la liste des donneurs admissibles et les résultats sont communiqués à son médecin. En cas de résultats négatifs au test de dépistage des anticorps anti-HBc et au test de confirmation par neutralisation, la personne peut être réadmise comme donneur selon une procédure précise, c'est-à-dire qu'elle doit présenter des résultats négatifs au moins 70 jours après l'obtention des premières réactions positives au test de dépistage.

Afin de prévenir la transmission de l'hépatite C, on soumet tous les dons de sang à un test de dépistage des anticorps anti-VHC. Les personnes qui présentent des réactions positives répétées sont écartées pour toujours de la liste des donneurs admissibles. À compter de janvier 1993, le plasma destiné à la fabrication de produits sanguins devra également provenir de dons ayant été soumis à des tests de dépistage des anticorps anti-VHC (cette politique est fondée sur les conclusions d'études expérimentales réalisées après la publication du numéro d'avril 1991 du MMWR). À l'heure actuelle, l'albumine et le facteur VIII sont fabriqués à partir de plasma ayant été soumis à de tels tests au Canada et, dès que possible, cette politique s'appliquera également aux produits de l'immunoglobuline.

Afin d'aider les médecins à évaluer les donneurs, on utilise actuellement pour le dépistage de l'hépatite C un test complémentaire plus spécifique faisant appel à une méthode d'immuno-transfert RIBA (recombinant immunoblot assay) mise au point par la société Chiron. Même si l'utilisation de ce test diagnostique à des fins de confirmation n'a pas encore été autorisée, les donneurs présentant une réaction positive au test RIBA et des taux d'ALT élevés devraient être considérés comme étant infectieux et être soumis ultérieurement à d'autres évaluations.

Avant d'autoriser l'utilisation des tests de dépistage des marqueurs indirects (anticorps anti-HBc et ALT) au Canada, on a décidé d'attendre les résultats d'une analyse scientifique visant à déterminer les effets de ces tests dans la réduction de la fréquence des hépatites post-transfusionnelles ni A, ni B. Cette étude à l'aveugle, financée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, était déjà en cours au moment de l'introduction du test de dépistage des anticorps anti-VHC. Les données recueillies font actuellement l'objet d'une évaluation provisoire. La valeur de ces tests de dépistage des donneurs de sang et l'importance qu'on leur accorde résultent en grande partie de l'ampleur des programmes de dépistage des anticorps anti-VIH auxquels sont soumis les donneurs et d'une meilleure connaissance des pratiques à risque favorisant la transmission des virus hépatitiques et des rétrovirus, laquelle a permis de réduire l'incidence de l'hépatite post-transfusionnelle. Il faut réaliser des études de grande envergure afin de mieux comprendre les mécanismes de transmission du virus de l'hépatite C et de reconnaître les populations à risque d'une telle infection au Canada.

Source: Peter Gill, PhD, Directeur, Laboratoire central, Société canadienne de la Croix-Rouge, Ottawa (Ontario).

The Canada Diseases Weekly Report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcomed (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Scientific Advisory Board:	Dr. J. Spika	(613) 957-4243
	Dr. K. Rozee	(613) 957-1329
Editor:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Assistant Editor:	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Desktop Publishing:	Joanne Regnier	(613) 957-7845
Circulation:	Gertrude Tardiff	(613) 957-0842

Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada
K1A 0L2

Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Groupes de conseillers scientifiques:	D' J. Spika	(613) 957-4243
	D' K. Rozee	(613) 957-1329
Rédactrice en chef:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe:	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditrice:	Joanne Regnier	(613) 957-7845
Distribution:	Gertrude Tardiff	(613) 957-0842

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Pré Tunney
OTTAWA (Ontario)
Canada
K1A 0L2