

Driven by **science**
dedicated to
healthcare



SOCIÉTÉ
ALGÉRIENNE
D'INFECTIOLOGIE
الجمعية الجزائرية للأمراض المعدية

Prise en charge thérapeutique de l'hépatite virale B en 2025 (Nouvelles recommandations) et place du Ténofovir alafénamide (TAF)

Pr. Gasmi Abdelkader

06^{ème} congrès national société Algérienne d'Infectiologie
03^{ème} congrès francophone des maladies infectieuses et de microbiologie clinique

Alger : 21 au 23/11/2025



Plan

- Introduction
- Bases de l'indications du traitement anti VHB
- OMS: Lignes directrices
- Place du TAF
- Conclusion

Introduction

- L'Hépatite B: véritable problème de santé publique:
 - ✓ Morbidité et une Mortalité élevées
 - ✓ Évolution chronique et risque majeur : Cirrhose et carcinome hépatocellulaire
- Virus de l'hépatite virale B : Famille Hepanaviridae : virus à ADN.

OMS 2022:

254 millions personnes vivaient avec hépatite B chronique

1,2 Millions nouvelles infections/année.

1,1 Millions décès: cirrhose ou carcinome hépatocellulaire

HVB: **Infection évitable : vaccination+++**

Algérie: Zone de moyenne prévalence

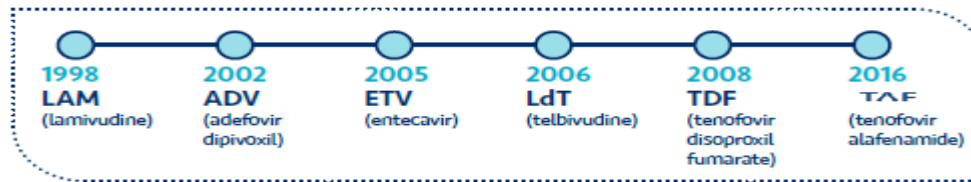
Enquête Nationale Séro-épidémiologique 1998

Prévalence de l'Ag HBs: 2.15% [1,40-3,23]

❑ Traitement hépatites chroniques B:

- ✓ Inhibiteurs nucléosi(ti)ques transcriptase inverse VHB (NUC).
- ✓ Anti-nucléosiques: Entécavir
- ✓ Anti-nucléotiques: Ténofovir (TDF) Ténofovir alafénamide (TAF)

Timeline of FDA Approvals: Oral Antiviral Treatments for Chronic Hep B



This timeline is not intended to compare the efficacy or safety of the products listed above.

Enquête Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. 1998

O. Paccoud et al. La Revue de médecine interne 40 (2019) 590–598

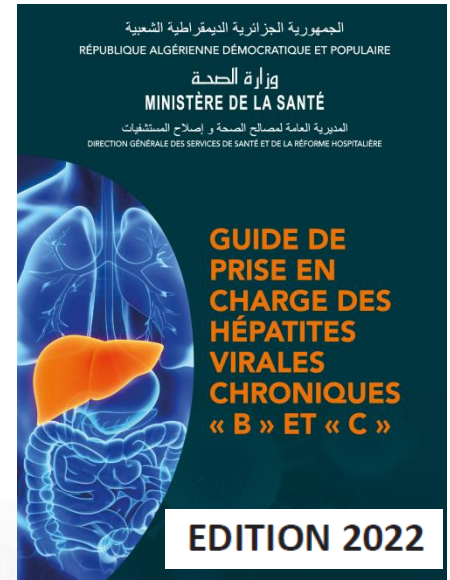
Guide de prise en charge

Tout patient avec hépatite virale chronique AgHBe positif ou négatif doit être traité si :

1-ALAT >2N, confirmée en l'absence d'une autre cause, ADN VHB > 20.000UI / ml (AgHbe+) et >2.000UI/mL (AgHbe-) indépendamment du stade de fibrose.

2-Cirrhose: traiter dès que l'ADN du VHB est détectable, quel que soit le taux des ALAT.

3-ALAT > à la limite supérieure de la normale, ADN du VHB >20.000UI/ml (AgHBe+) et >2000 UI/ml (AgHBe-) et lésions histologiques du foie modérées à sévères (l'activité ≥ 2 et/ou fibrose $\geq F2$).



A- 3.d. -Traitements disponibles [4, 8,9]:

- Les inhibiteurs de la réplication virale:
- Les analogues nucléotidiques:

Ténofovir (TENOFOVIR DISOPROXYL FUMARATE, TDF® cp 300) 1cp/ jour

Le ténofovir alafénamide (TAF) pro-drogue du ténofovir développée pour diminuer les concentrations plasmatiques de ténofovir d'améliorer la toxicité rénale et osseuse. Chaque comprimé pelliculé content du fumarate de ténofovir alafénamide équivalent à ténofovir alafénamide, la posologie est de 1cp /j. En cours de fabrication locale

Les analogues nucléotidiques:

Entécavir (BARACLUDE® cp à 0.5 mg) 1cp/j

- Par immuno- modulation:

• Interféron pégylé alpha -2a (PEGASYS® 180 microgrammes) 1 injection sous cutanée par semaine.

HVB: Traitement antiviral

- **Bénéfices du traitement antiviral**

Antiviraux : Suppression durable ADN VHB



Améliore significativement résultats cliniques



- ❖ Prévention progression: maladie et carcinome hépatocellulaire (CHC)
- ❖ Réversion fibrose et cirrhose
- ❖ Amélioration de la survie

- **Logique d'un élargissement du TRT**

- ❖ Initiation précoce traitement: principe de base pour prévenir les complications.
- ❖ Élargir le TRT à tous les individus ADN VHB positif pourrait optimiser la prise en charge et minimiser les occasions de traitement manquées.



Analogues nucléos(t)idiques (NA) actuels

☑ Sûrs ☑ Puissants ☑ Largement disponibles (génériques)

• Infection chronique VHB: hétérogène ; patients "porteurs inactifs" AgHBe négatif : risque très faible CHC.

• Perte Ag HBs rare (< 0,33 % par an), TRT quotidien à long terme.

• TRT: approche universelle incertaine (systèmes de santé aux ressources limitées)



Décision de traiter: Facteurs déterminants

- Décision de traiter repose sur l'évaluation du risque individuel de progression et de CHC.

- **Facteurs virologiques**

- ❖ **Niveau d'ADN du VHB: plus important.**

Risque cirrhose et CHC augmente pour taux > 2 000 UI/ml.

- ❖ **Ag.HBs** : Risque plus élevé CHC si **taux > 1 000 UI/ml** (AgHBe négatif , charge virale faible)
- ❖ **Autres marqueurs** : HBcrAg, génotypes viraux (C, A, F)

HBcrAg : Hepatitis B core-related antigen

• Facteurs liés à l'hôte

- ❖ Cirrhose et Fibrose avancée (Ishak \geq F4/Metavir \geq F3)
- ❖ Âge: risque CHC \uparrow après 30-35 ans.
- ❖ Sexe: Risque Hommes > Femmes.

❖ Antécédents familiaux de CHC

- ❖ Ethnicité/Origine géographique: Risque accru lié à des facteurs combinés (génotypes, expositions environnementales « aflatoxine », transmission verticale

- **Autres facteurs de risque et comorbidités**

- ❖ **Taux ALAT élevés : Risque CHC**

Valeurs seuils: ♂: 30 U/L et ♀: 19 U/L

AASLD: ♂: <35 U/L, ♀: <25 U/L

- ❖ **Facteurs métaboliques et style de vie :**

Obésité, Syndrome métabolique, Diabète de type 2, Alcool, Tabagisme

- **Autres considérations et approche pratique**

- ❖ TRT réduit transmission,

- ❖ Amélioration : manifestations extra-hépatiques

- ❖ Diminution risque réactivation virale.

Table 8. Risk factors that have been associated with HCC risk in individuals with chronic HBV infection.

Risk factor	Comments and references
Viral factors	
HBV DNA*	Non-linear risk starting with >2,000 IU/ml ^{111,161,163} Highest risk in HBeAg-positive individuals with 6-7 log ₁₀ IU/ml (lower risk if HBV DNA is ≥8 log ₁₀) ²⁰⁷
HBsAg	High HBsAg (≥1,000 IU/ml) in HBeAg-negative individuals ¹⁶³
HBeAg*	In overall analyses, positive HBeAg (in individuals older than 30 years) is associated with HCC ^{163,166,167}
HbCrAg	Prognostic marker for occurrence and recurrence; ^{164,165,208} importance of HbCrAg in HBeAg-negative infection ²⁰⁹
HBV genotype	Genotype C, ¹⁹⁷ genotype A (e.g. in The Gambia ¹⁹⁸), genotype F in Alaska native persons, ¹⁹⁷ genotype D in India ²¹⁰
Core promoter mutations	Present ^{169,211}
Viral coinfections	HDV, ^{212,213} HCV, ^{167,184,214} HIV ²¹⁵
Host factors	
Cirrhosis	Strongest risk factor for HCC ^{161,167,169} HCC risk remains after viral suppression ^{170,171}
Low platelets*	Indicator for cirrhosis ¹⁹⁵
Family history of HCC	Independent risk factor in all phases of chronic HBV infection ^{192,193,216}
Age*	HCC risk increases with age, with most studies focusing on individuals older than 30 years. ^{161,185} Evidence increases with age ≥35, ¹⁶⁶ ≥40, ¹⁶³ ≥50. ¹⁶⁷ HCC risk varies in different age groups for men and women and for different ethnic groups. ¹⁹¹
Sex*	Higher risk among males ^{161,166,169,185}
ALT*	Elevated (or in the upper normal range) ^{163,166,167,185}
Type 2 diabetes mellitus (T2D)	T2D is independently associated with HCC. ^{183,217,218} Glycaemic burden is associated with HCC. ²¹⁹ T2D is included in HCC risk scores ^{168,218} However, one analysis showed that T2D was not independently associated with HCC in chronic HBV infection ¹⁷⁹
Steatotic liver disease (SLD)	Conflicting data: - Increased risk of HCC and cirrhosis ¹⁸⁸ - Lower risk of HCC, cirrhosis, and mortality ^{180,182,189}
Body mass index (BMI)	High BMI ≥30, ¹⁷⁹ HR stronger in females ¹⁷⁸
Metabolic syndrome	Multiple (≥3) metabolic risk factors or increasing burden of metabolic dysfunction are associated with HCC ^{180–182,190}
Cigarette smoking	Present ^{181,184–187}
Alcohol consumption	Heavy alcohol intake ≥60 g/d ¹⁶¹
Ethnicity	Evidence low or absent: - Birth in Africa/Oceania: linked to very early-onset HCC ¹⁹⁴ - Sub-Saharan Africans with HBV in Europe: lower HCC incidence, similar risk factors to general population ¹⁹⁵ - Western vs. Eastern studies: no significant age-adjusted differences in HCC incidence ¹⁶¹
Environmental factors	
Aflatoxin B1 (AFB1)	In high-exposure areas, AFB1 and HBV synergistically increase HCC risk; reducing aflatoxin exposure could lower HCC cases by 23% ¹⁹⁸
Air pollution	Association between fine particulate matter and HCC ^{200,201}

ALT, alanine aminotransferase; EGD, esophagogastroduodenoscopy; HbCrAg, hepatitis B core-related antigen; HBeAg, hepatitis B e antigen; HBsAg, hepatitis B surface antigen; HBV, hepatitis B virus; HCC, hepatocellular carcinoma; HIV, human immunodeficiency virus.

*Part of the REACH-B score.

Nouvelles recommandations



© Organisation mondiale de la Santé 2024



**Lignes directrices pour la prévention,
le diagnostic, la prise en charge et le
traitement des personnes atteintes
d'une hépatite B chronique**

Note d'orientation

Clinical Practice Guidelines

**JOURNAL
OF HEPATOLOGY**

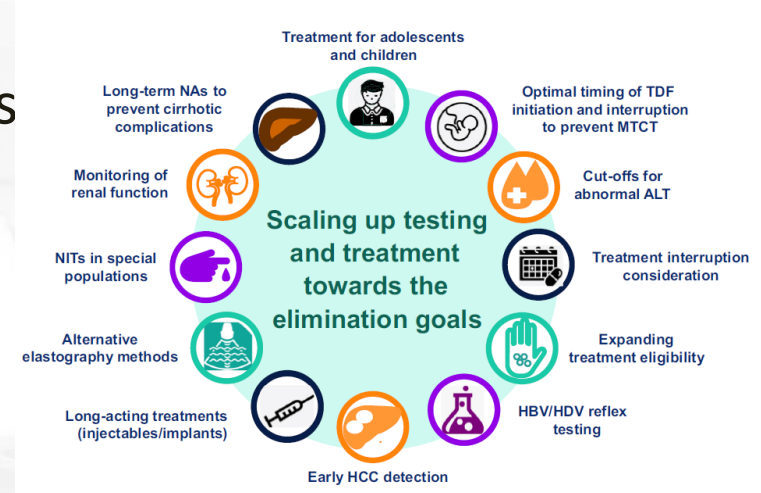
EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection[☆]

European Association for the Study of the Liver^{*}

2025 American Association for the Study of Liver Diseases.

OMS: Les lignes directrices 2024

- L'objectif : fournir des recommandations actualisées et fondées sur des données probantes: 11 chapitres actualisés contenant de nouvelles recommandations :
- Critères élargis et simplifiés de mise sous traitement: adultes et adolescents
- Elargissement critères d'éligibilité au traitement antiviral prophylactique femmes enceintes afin de prévenir la transmission mère-enfant du VHB



Élargissement des critères de mise sous traitement et de mise sous traitement antiviral prophylactique

1- TRT ensemble personnes fibrose significative (score APRI >0,5 ou élastométrie impulsionnelle >7KPa) , quels que soient les taux d'ADN VHB et ALAT.

Auparavant: TRT était réservé personnes atteintes de cirrhose

Recommandation OMS : couvrira environ **20 à 25 %** personnes Ag.HBs +

Nouvelle recommandation
[concernant les seuils des tests non invasifs permettant de déterminer la présence ou non d'une fibrose significative ($\geq F2$) ou d'une cirrhose (F4)]

La détection d'une fibrose significative ($\geq F2$) doit être basée sur un score APRI >0.5 ou sur une valeur de l'élastométrie impulsionnelle >7.0 kPa.^a et la détection d'une cirrhose (F4) sur des critères cliniques^b (ou sur un score APRI >1,0 ou sur une valeur de l'élastométrie impulsionnelle (FibroScan[®]) >12,5 kPa^a).

(adultes : recommandation forte, degré de certitude des données probantes modéré ; adolescents : recommandation forte, degré de certitude des données probantes faible)

Score APRI: Précision inf. chronique VHB limitée Taux élevé faux positifs

- Patients with cirrhosis should be treated if HBV DNA is detectable, regardless of the level of viraemia and serum ALT (**LoE 3, strong recommendation, strong consensus**).
- Patients with advanced liver disease (corresponding to Metavir fibrosis score \geq F3 on liver histology or defined by a LSM $>$ 8 kPa) can be treated if HBV DNA is detectable, regardless of the level of viraemia and serum ALT (**LoE 5, weak recommendation, strong consensus**).

Score A.P.R.I.

ASAT (SGOT) : UI/l
Plaquettes : $10^9/l$

Normale ASAT : UI/l

Si la valeur normale du laboratoire n'est pas renseignée, la valeur par défaut est de 40 UI/l

Score :

Interprétation:
Chez les patients porteurs d'une hépatite C, pour un score $<$ 0,5 la probabilité de fibrose \leq F2 est de 86%. La fibrose est supérieure ou égale \leq F2 dans 88% des cas pour un score $>$ 1,5.
Ce score semble être valide également pour les patients alcooliques chroniques. Dans les autres pathologies, ce score n'est pas valide.

Références:
Formule: Score = (ASAT * 100 / Ref(Asat)) / Plaquettes.
Wu J, CT Greenon, JK Fontana R, et al. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 1317-1325.

BEKER LABORATOIRES

Age : ans
Plaquettes : $\times 10^9/l$
ASAT : UI/l
ALAT : UI/l

Score :

Interprétation:
Le score Fibrosis-4, ou FIB4 peut correctement identifier les malades avec une fibrose sévère (F3-F4). Un FIB4 \leq 1,45 a une valeur prédictive négative de 93,7% et un FIB4 $>$ 4 a une valeur prédictive positive de 66%.

Références:
Formule: FIB4 = (Age \times ASAT) / (Plaquettes \times ALAT).
Sterling RK,issen E,Chernock N, et al. Development of a simple noninvasive index to predict significant fibrosis pathologic with HIV/HCV co-infection. *Hepatology* 2006; 43: 1317-1325.
Kim BK, et al. Validation of FIB-4 and comparison with other simple noninvasive indices for predicting liver fibrosis and cirrhosis in hepatitis B virus-infected patients. *Liver Int* 2010 Apr;30(4):546-53. doi: 10.1111/j.1478-3231.2009.02192.x. Epub 2010 Jan 13.

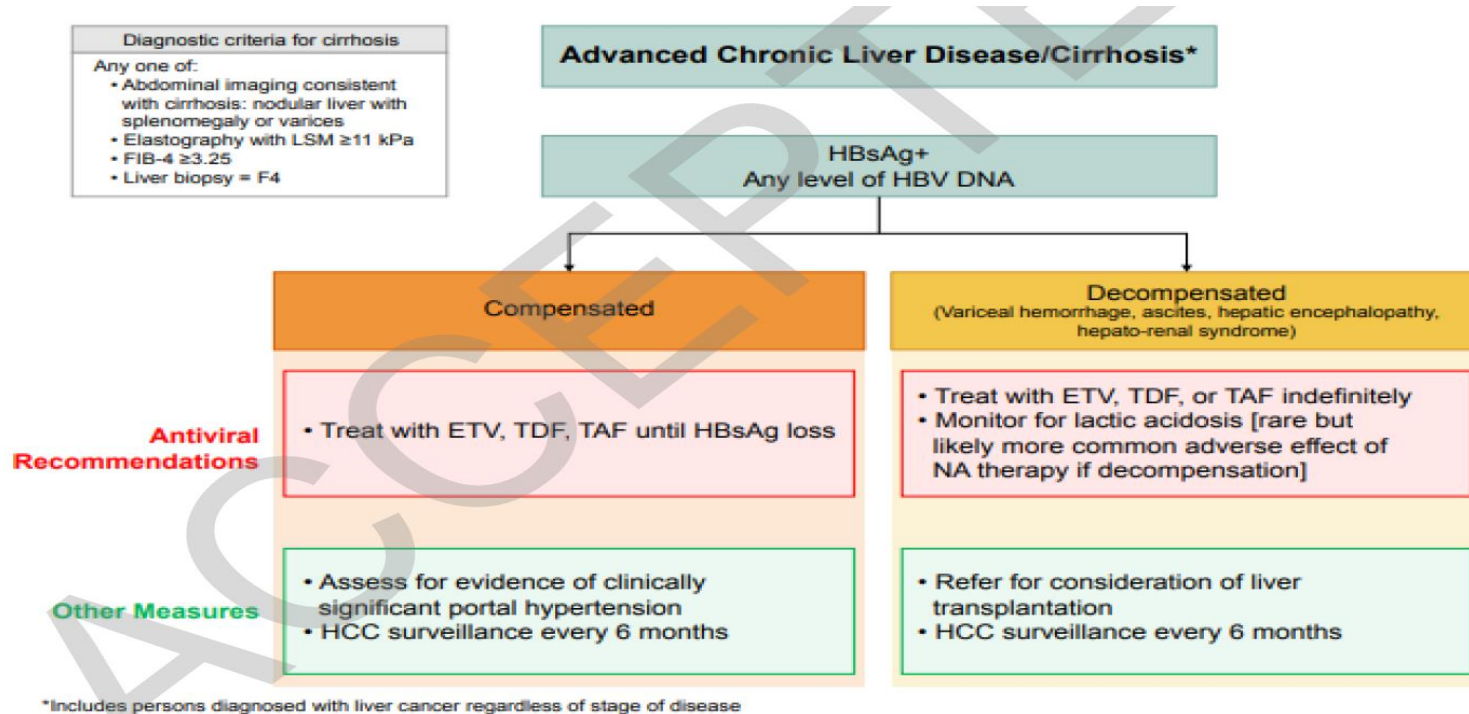
Table 6. VCTE-based LSM thresholds.

Fibrosis stage	Thresholds
Significant fibrosis (F2 or F3 or F4 Metavir)	$>$ 7 kPa
Advanced fibrosis (F3 or F4 Metavir)	$>$ 8 kPa
Cirrhosis (F4 Metavir)	$>$ 11 kPa

LSM, liver stiffness measurement; VCTE, vibration-controlled transient elastography. The values derived from the literature⁷⁶⁻⁷⁹ are approximated for practical application. The lower end of these thresholds is used as a precautionary measure to minimise the risk of underestimating fibrosis severity. The sensitivity and specificity values for the thresholds are between 69-89%.

EASL: Situations incertaines: si facteurs risque supplémentaires présents, Traitement peut être justifié, si absence de détermination fibrose (fibroscan...): utilisation marqueurs (FIB-4 ou APRI)

- ❖ Persons with advanced fibrosis (F3/F4) are recommended for treatment.
- ❖ The non-invasive tests thresholds with high sensitivity for advanced fibrosis:
FIB-4 of >1.45 and vibration-controlled elastography of ≥ 8 kPa.



2- Traitement ensemble personnes

ADN du VHB >2000 UI/mL) et

ALAT > limite supérieure de la normale (LSN)

Auparavant, la limite était >20 000 UI/mL

Recommandation OMS couvrira environ **20 à 35 %** personnes Ag.HBs +

Intérêt: patient HVB chronique sans classement précis «zone grise»:

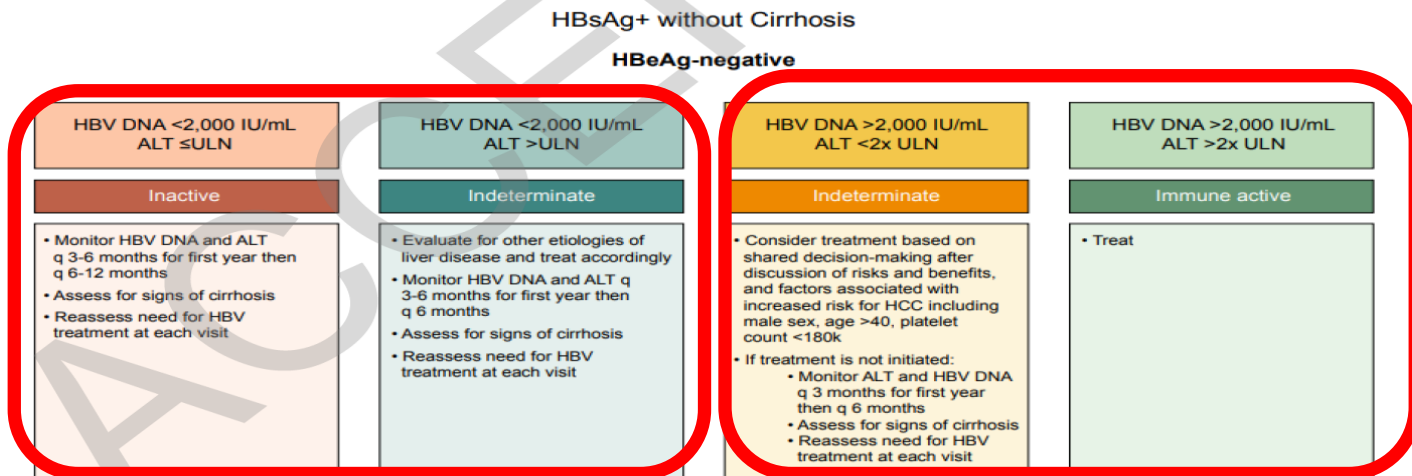
30 à 40%

- ☐ AgHBe négatif
- ☐ ALAT normales
- ☐ ADN VHB > 2000UI/ml
- ☐ Fibrose hépatique légère ou non significative.

Taiwan (Etudes rétrospectives): Taux plus faibles progression vers cirrhose et développement d'un CHC chez ce groupe si traitement antiviral prescrit

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection[†]European Association for the Study of the Liver[†]**Recommendations**

- Patients with HBeAg-positive or HBeAg-negative chronic hepatitis B, HBV DNA level $\geq 2,000$ IU/ml and elevated ALT ($>ULN$) and/or significant fibrosis should receive anti-viral therapy (**LoE 1, strong recommendation, strong consensus**).
- Patients with persistently low HBV DNA ($<2,000$ IU/ml) and persistently elevated ALT ($>ULN$) can be treated. However, it should be considered that other liver diseases may also be implicated (**LoE 5, weak recommendation, consensus**).

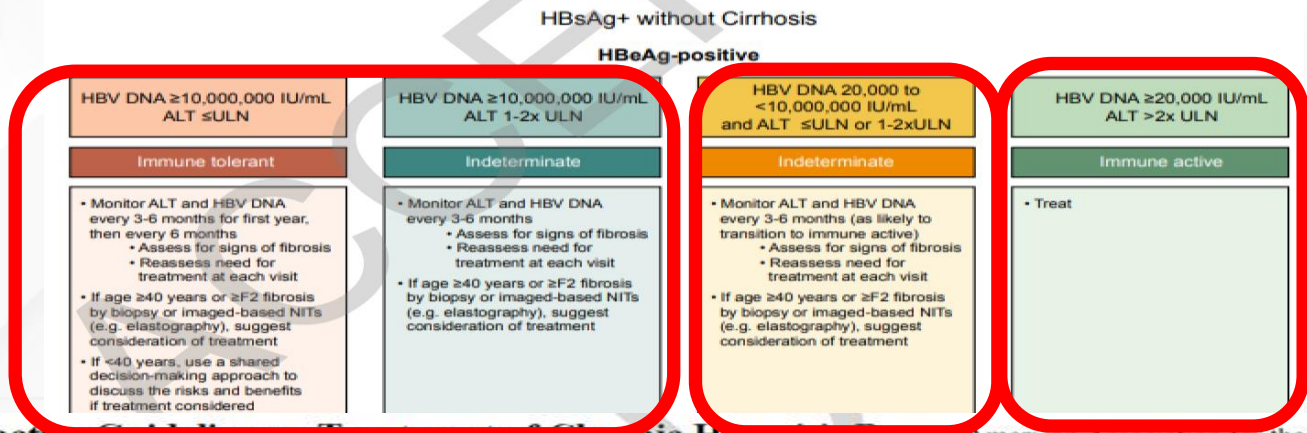
Algorithm for Persons without Cirrhosis who are HBsAg-positive and HBeAg-negative

Intérêt patient HVB chronique sans classement précis «zone grise»:

AgHBe positif
ALAT normales
ADN VHB > 6log UI/ml

- **Etudes antérieures** : TRT antiviral pendant 4ans : aucun bénéfice
- **Corée**: Taux CHC plus élevés chez groupe de patients
- **TRT non systématique sauf si âge > 40ans**

Management Algorithm for Persons without Cirrhosis who are HBsAg-positive and HBeAg-positive



3- Traitement ensemble personnes:

- Coïnfection : VIH, VHD ou VHC
- ATCD familiaux cancer du foie ou de cirrhose
- Immunodépression (corticoïdes ou greffe d'organe solide ou de cellules souches)
- Comorbidité: diabète ou une maladie hépatique avec une stéatose + anomalies métaboliques
- Manifestation extra-hépatique (glomérulonéphrite ou une vascularite)

Quels que soient les taux d'ADN du VHB et ALAT

Recommandation OMS couvrira environ **5 à 8 %** personnes Ag.HBs +

4- Si impossibilité pratiquer charge virale VHB: Traitement personne VHB avec augmentation persistante des ALAT

Recommandation OMS couvrira environ 20 % des personnes Ag.HBs +

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of
hepatitis B virus infection*

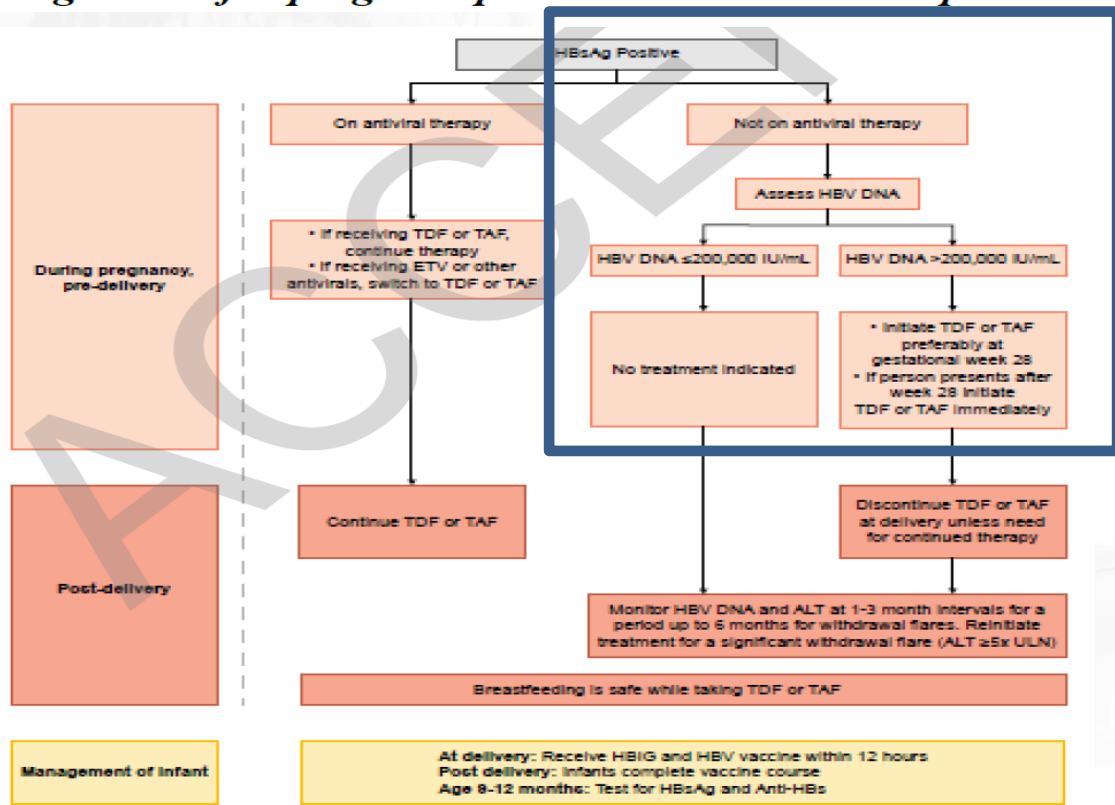
2025 American Association for the Study of Liver Diseases

Charge virale VHB

- **Elargissement des critères d'éligibilité au traitement antiviral prophylactique pour femmes enceintes afin de prévenir la transmission mère-enfant du VHB**

Nouvelle recommandation : Traitement antiviral prophylactique femmes et adolescentes enceintes dans les situations **où ni le test de recherche de l'ADN du VHB ni la recherche de l'AgHBe ne sont disponibles**

TRT antiviral prophylactique chez les femmes et les adolescentes enceintes : Charge virale :ADN du VHB est $\geq 200\ 000$ UI/mL ou Ag. HBe positif



En résumé



Revised WHO guidelines for adults and adolescents (≥12 years old), (WHO, 2024)

>2,000	>19 IU/L (women) >30 IU/L (men) On at least 2 occasions		Treat
		APRI >0.5 or LSM >7 kPa (F2)	Treat
		Clinical cirrhosis or APRI >1 or LSM >12.5 kPa (F4)	Treat
If not accessible	>19 IU/L (women) >30 IU/L (men) for 6–12 months on at least 2 occasions		Treat
			Treat if: <ul style="list-style-type: none"> • Coinfections (HIV, HCV, HDV) • Immunosuppression • Extrahepatic manifestations • Family history of HCC or cirrhosis • Hepatic comorbidities (T2DM, MASLD)**
+	And/or >200,000		Treat if pregnant woman
If not accessible	If not accessible		Treat if HBsAg-positive pregnant woman

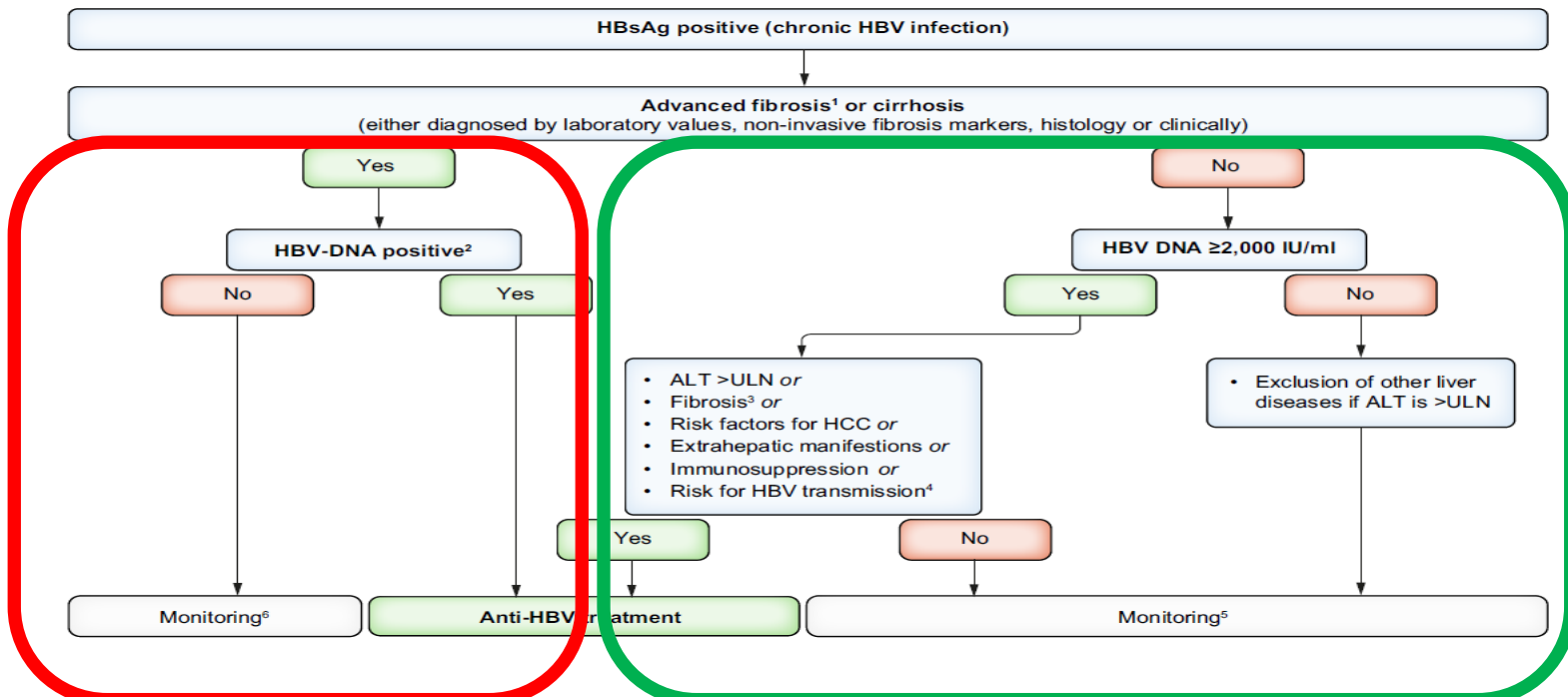
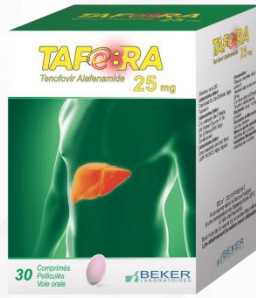
EASL Clinical Practice Guidelines on the management of
hepatitis B virus infection²European Association for the Study of the Liver³

Fig. 1. Treatment indication for chronic HBV infection. ¹Equivalent of ISHAK F 24/Metavir F 23 (non-invasive assessment is preferred, LSM > 8 kPa). ²Sensitive NAT assay (lower limit of detection <20 U/L). ³Equivalent of ISHAK ≥F3/Metavir ≥F2 (non-invasive assessment is preferred, LSM > 7 kPa). ⁴The threshold values for HBV DNA vary depending on the activity and risk of transmission. Important: Tenofovir in pregnant women with HBV DNA ≥200,000 IU/ml. ⁵Anti-HBV treatment in HCC, HIV co-infection, extrahepatic manifestations, immunosuppression. ⁶Anti-HBV treatment in immunosuppression. ALT, alanine aminotransferase; HBV, hepatitis B virus; HCC, hepatocellular carcinoma; HIV, human immunodeficiency virus; LSM liver stiffness measurement; ULN, upper limit of normal.

Place et Apport du Ténofovir alafénamide dans le traitement de l'hépatite Virale B

Prodrogue du ténofovir: Antiviral à usage systémique

- ✓ Analogue nucléotidique synthétique de l'adénosine monophosphate (analogue de la 2'-désoxyadénosine monophosphate).
- ✓ inhibiteurs nucléotiques de la transcriptase inverse



**TAF: antiviral à haute barrière
génétique à la résistance**

Traitement 1^{ère} ligne

hépatite chronique B

TAF is a preferred first-line therapy for adults with chronic hepatitis B, as recommended by 5 treatment guidelines/algorithms¹⁻⁵



SABA 2022
Simplified Approach
Hepatitis B Algorithm



USTA 2021
United States Treatment
Algorithm



AATA 2018
Asian American
Treatment Algorithm



AASLD 2018
American Association for
the Study of Liver Diseases



EASL 2017
European Association for
the Study of the Liver

TAF: recommandés monothérapie de première ligne chez les patients atteints d'hépatite B chronique AgHBe positif et AgHBe négatif

- TAF offre :
 - ❖ Une efficacité antivirale prévisible et durable
 - ❖ Un profil de sécurité favorable
 - ❖ Une facilité d'administration par voie orale

- Efficacité antivirale démontrée dans de nombreuses études

TAF, TDF et ETV: Données à long terme sur plus de 5 ans

Table 10. Key data from pivotal studies with treatment response to entecavir and tenofovir (TDF, TAF).

Nucleos(t)ide analogue	HBeAg-positive	HBeAg-negative
Entecavir (ETV)		
ETV 48 weeks n = 715 HBeAg-positive ²⁵⁷ n = 648 HBeAg-negative ²⁵⁸	HBV DNA <LOD: 67% HBeAg/anti-HBe sc: 21% HBsAg loss: 2%	HBV DNA <LOD: 90% HBsAg loss: <1%
ETV 96 weeks (n = 354 HBeAg-positive) ²⁵⁹	HBV DNA <LOD: 80% HBeAg/anti-HBe sc: 31% HBsAg loss: 5%	n.a.
ETV 7 years (n = 222) ²⁶⁰ n = 90 HBeAg-positive n = 132 HBeAg-negative ETV 10 years (n = 1,094) n = 458 HBeAg-positive ²⁶¹	HBV DNA <LOD: 96.8% HBeAg loss: 16%, 23%, 30%, 35%, 37% and 38% at years 1–6, respectively; 38% at year 10	HBV DNA <LOD: 100%
Tenofovir disoproxil (TDF)		
TDF 48 weeks ²⁶² n = 176 HBeAg-positive n = 250 HBeAg-negative	HBV DNA <LOD: 76% HBeAg/anti-HBe sc: 21% HBsAg loss: 3.2%	HBV DNA <LOD: 93% HBsAg loss: 0%
TDF 48 weeks n = 292 HBeAg-positive ²⁶³ n = 140 HBeAg-negative ²⁶⁴	HBV DNA <LOD: 67% HBeAg/anti-HBe sc: 8% HBsAg loss: <1%	HBV DNA <LOD: 93% HBsAg loss: 0%
TDF 96 weeks (n = 432) ²⁶⁵ n = 290 HBeAg-positive n = 142 HBeAg-negative	HBV DNA <LOD: 75% HBeAg/anti-HBe sc: 12% HBsAg loss: 1%	HBV DNA <LOD: 91% HBsAg loss: 0%
TDF 7 years (n = 437) ²⁶⁶	HBV DNA <LOD: 99.4% HBeAg/anti-HBe sc: 39.6% HBsAg loss: 11.8%	HBV DNA <LOD: 99.3%
TDF 10 years (n = 203) ²⁶⁷	HBV DNA <LOD: 98% HBeAg/anti-HBe sc: 27%	HBV DNA <LOD: 100%
Tenofovir alafenamide (TAF)		
TAF 48 weeks n = 581 HBeAg-positive ²⁶³ n = 285 HBeAg-negative ²⁶⁴	HBV DNA <LOD: 64% HBeAg/anti-HBe sc: 10% HBsAg loss: 1%	HBV DNA <LOD: 94% HBsAg loss: 0%
TAF 96 weeks (n = 866) ²⁶⁵ n = 569 HBeAg-positive n = 297 HBeAg-negative	HBV DNA <LOD: 73% HBeAg/anti-HBe sc: 18% HBsAg loss: 1%	HBV DNA <LOD: 90% HBsAg loss: <1%
TAF 5 years (n = 741) ²⁵² n = 492 HBeAg-positive n = 249 HBeAg-negative	HBV DNA <LOD: 80.9% HBeAg/anti-HBe sc: 23.6% HBsAg loss: 0.8%	HBV DNA <LOD: 92.4% HBsAg loss: 1.2%

ETV, entecavir; HBeAg, hepatitis B e antigen; HBsAg, hepatitis B surface antigen; HBV, hepatitis B virus; LOD, limit of detection (cut-offs vary between assays from 20–60 IU/ml); sc, seroconversion; TAF, tenofovir alafenamide; TDF, tenofovir disoproxil fumarate.

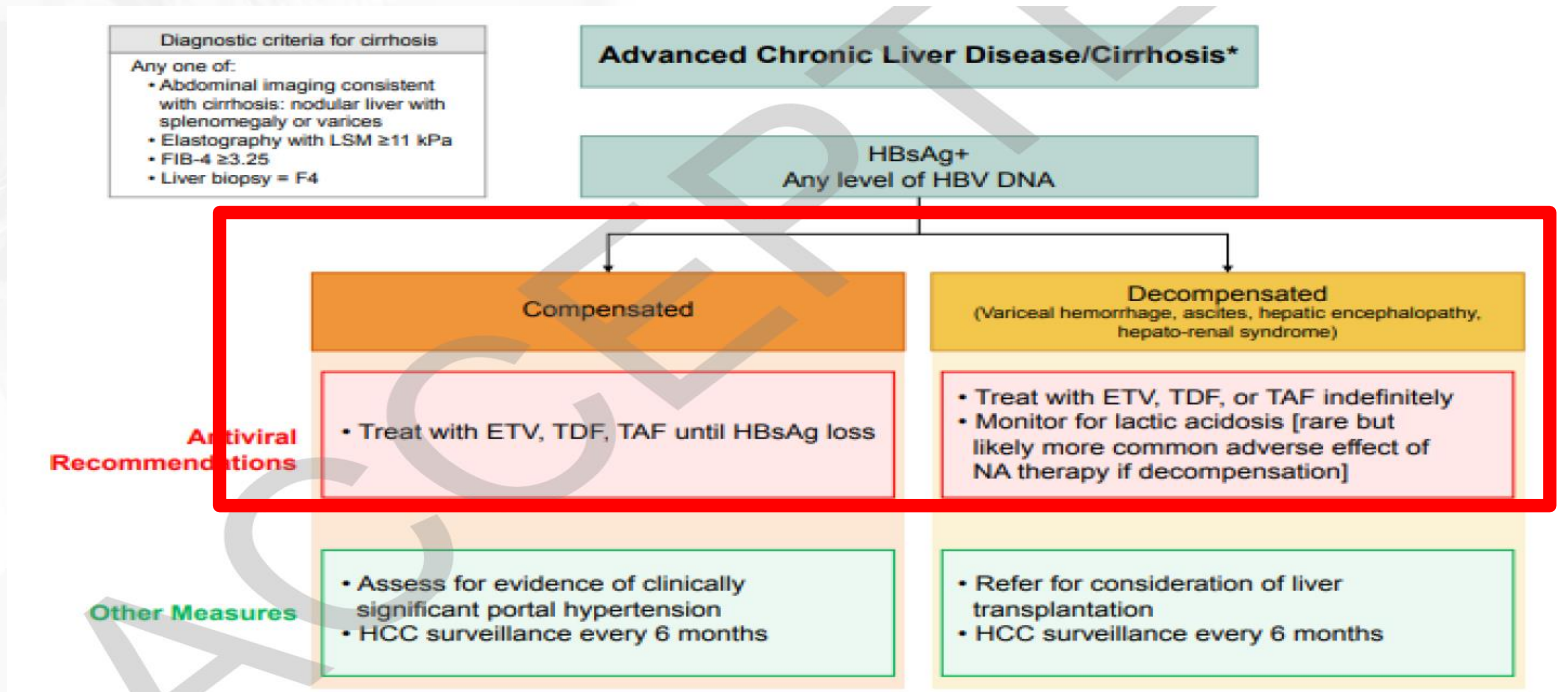
TDF ou TAF doivent être administrés comme médicament de choix aux femmes enceintes et à celles en âge de procréer qui nécessitent un traitement immédiat contre le VHB.

Femmes enceintes sous traitement antiviral, ténofovir (TDF, TAF) doit être poursuivi et entécavir (ETV) ou l'adéfovir doivent être remplacés par le ténofovir (TDF, TAF).

Allaitement autorisé sous ténofovir (TDF, TAF) .

- For breastfeeding persons who require or are on HBV treatment, AASLD suggests the use of TDF or TAF.

TAF: Indication en cas de cirrhose



*Includes persons diagnosed with liver cancer regardless of stage of disease

Conclusion

- Nouvelles recommandations TRT VHB: Critères élargis et simplifiés de mise sous traitement
- TAF: recommandés monothérapie de première ligne chez les patients atteints d'hépatite B chronique
- TAF offre une efficacité antivirale prévisible et durable

**TAF: antiviral à haute barrière
génétique à la résistance**

Driven by **science**
dedicated to
healthcare

**Merci de votre
attention**