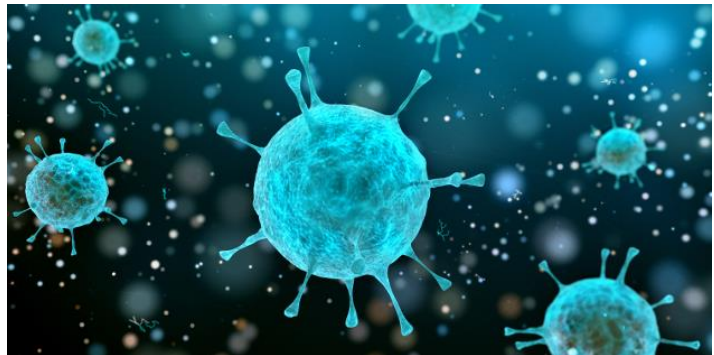




Le 30/05/2023

HEPATITE E

Dans les pays industrialisés, les hépatites entéro-transmissibles sont encore trop souvent considérées comme des maladies importées des régions endémiques. Les avancées réalisées dans l'épidémiologie de l'hépatite E (VHE) ont révélé qu'elle était le plus souvent autochtone et qu'elle avait une origine zoonotique.

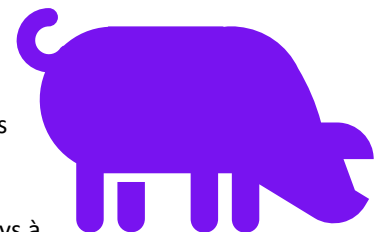


Dans le monde, on estime qu'il y a 20 millions de cas par an et 56 000 décès (source OMS). Dans plusieurs pays, comme la France, le Royaume-Uni ou le Japon, l'hépatite E est désormais plus fréquente que l'hépatite A. **La recherche d'une infection par le VHE doit donc être proposée devant toute élévation des ALAT sériques.**

TRANSMISSION

Le VHE se transmet principalement :

- par des produits alimentaires contaminés, consommés crus ou peu cuits, d'animaux réservoirs du VHE (porc, sanglier, cerf). Une transmission est également suspectée par consommation de coquillage. (Pays industrialisés)
- par de l'eau contaminée par des fèces d'origine humaine ou animale (pays à faible niveau d'hygiène).



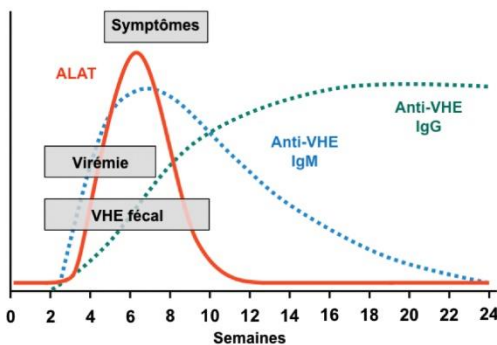
D'autres voies de transmission ont été recensées : transmission manuportée par contact direct ou indirect avec des animaux réservoirs (chez les chasseurs, les vétérinaires...), transmission materno-fœtale et transmission transfusionnelle.

CLINIQUE

L'infection par le VHE est le plus fréquemment asymptomatique (plus de 90% des cas). Mais l'hépatite E peut entraîner, après une incubation de 2 à 8 semaines (40 jours en moyenne) :

- des formes aiguës ressemblant à celle de l'hépatite A : fièvre, fatigue, nausées, vomissements, anorexie et douleurs abdominales, souvent suivies par un ictère. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable en 3 à 5 semaines. Cependant l'hépatite E peut évoluer vers une forme fulminante (entre 1 % et 4 % de décès chez les adultes). Les populations à risque sont les patients déjà atteints d'hépatites chroniques et les femmes enceintes (jusqu'à 20% de mortalité)
- des formes chroniques décrites chez les immunodéprimés en raison d'une greffe d'organe, d'une hémopathie maligne ou d'une infection VIH
- des manifestations extra-hépatiques (atteintes rénales mais aussi neurologiques).

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

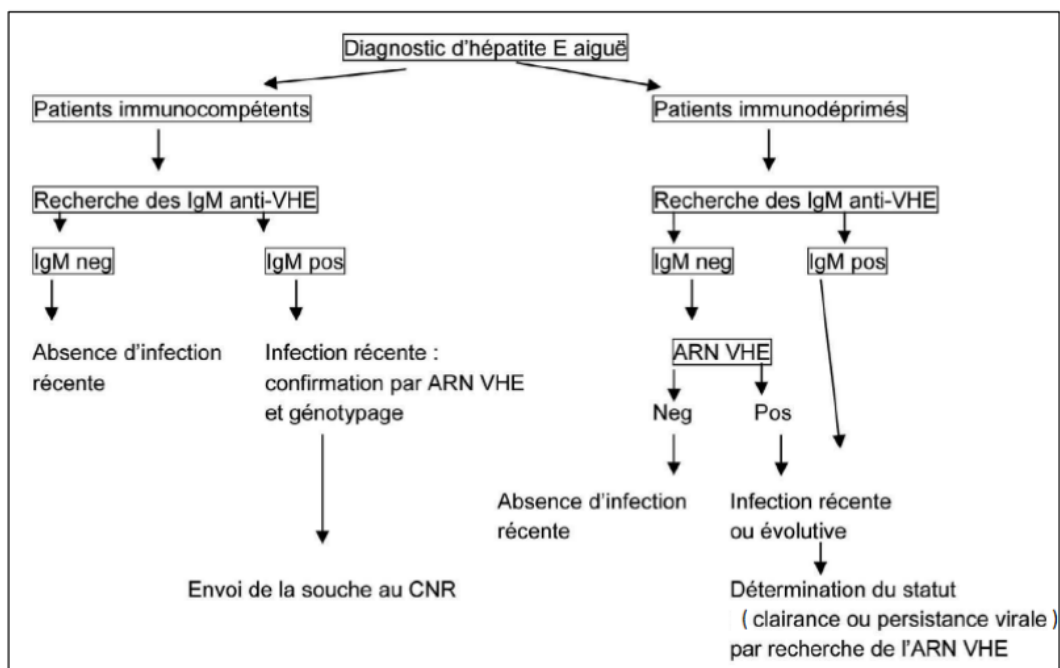


La virémie est transitoire, survient environ 1 semaine avant la phase ictérique puis disparaît au moment du pic de transaminases. Quant à l'excrétion du virus dans les selles, elle précède de quelques jours la phase ictérique et persiste 3 à 4 semaines.

Les anticorps anti-VHE de type IgM sont détectables dès le début de la symptomatologie, avec un taux maximum des IgM au bout d'un mois et disparition en 8 à 12 semaines.

Une infection aiguë est définie par la présence d'IgM anti-VHE dans le sang ou par la présence du virus dans le sang ou les selles. La présence d'IgG anti-VHE témoigne d'une exposition antérieure au VHE.

Un algorithme diagnostique est proposé par le Centre National de Référence (CNR) du VHE :



TRAITEMENT ET PREVENTION

Il n'y a pas de traitement spécifique de l'hépatite E, ni de vaccin commercialisé.

En conséquence, la prévention constitue l'approche la plus efficace contre la maladie :

- La prévention des cas autochtones d'hépatite E repose sur :
 - Les mesures générales d'hygiène individuelle (lavage des mains, nettoyage des ustensiles de cuisine, des surfaces...)
 - La cuisson à cœur des produits les plus à risque à base de foie cru de porc (saucisses de foie fraîches ou sèches, figatelli) ou à base de sanglier ou de cerf (viande et abats crus ou mal cuits). La consommation de ces produits même cuits est à déconseiller chez les personnes à risque de développer une forme grave d'hépatite E (immunodéprimés, femmes enceintes et patients atteint d'une hépatite chronique).
- La prévention de l'hépatite E pour un voyageur à destination de zones d'endémicité VHE repose sur les recommandations aux voyageurs sur les risques entériques.

Selon les préconisations de la HAS et du CNR, il faut rechercher conjointement le VHE et le VHA devant toute suspicion d'hépatite aiguë. Nous avons mis cette recherche conjointe en place depuis le 19 janvier 2023.

Suite à cette modification de pratique, de nombreux cas d'hépatite E ont été détectés. Ces résultats sont très encourageants et seront certainement confirmés lorsque nous ferons le bilan en fin d'année.

BILAN BIOLOGIQUE devant une cytolyse hépatique :	
<ul style="list-style-type: none">- Cholestase : GGT, PAL, bilirubine libre et conjuguée- Virus :<ul style="list-style-type: none">• Hépatite A (IgM)• Hépatite E (IgM)• Hépatite B (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)• Hépatite C• EBV, CMV- Alcool : NFS, TP, facteur V, Albumine, CDT- NASH : EAL, glycémie- TSH- Electrophorèse des protéines sériques	<p>En seconde intention :</p> <ul style="list-style-type: none">• Hépatite médicamenteuse (paracétamolémie)• Hépatites auto-immunes (ACAN, Ac anti-muscles lisses, Ac anti-LKM1)• Hémochromatose (ferritine, CST)• Maladie cœliaque (Ac anti-transglutaminase)• Maladie de Wilson (céruléoplasmine, cuprurie des 24h)• Déficit en alpha-1 antitrypsine

Bibliographie : HAS (Haute Autorité de santé) ([has-sante.fr](http://has.sante.fr)), CNR des hépatites A et E www.cnrvha-vhe.org ; Institut de veille sanitaire (INVS) <http://www.invs.sante.fr> ; Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) <http://www.anses.fr> ; OMS www.who.int