

HEPATITE E AIGUE : RESULTATS D'UN OBSERVATOIRE NATIONAL FRANCAIS

C Renou (1), X Moreau, JF (2), JF Cadranel (3), E Nicand (4), T Morin (5), M Bourlière (6), Y Botreau (7), F Combet (8), Y Imbert (9), F Heluwaert (10), D Louvel (11), V Oules (6), A Pariente (12), JL Payen (13), E Poncin (14), H Rifflet (15), I Rosa (16), V Rossi (17), N Pavio (18), et l'ANGH.

CH d'Hyères (1), Polyclinique Malartic, Ollioules (2), CH de Creil (3), Service de Biologie, HIA Val de Grâce (4), CH de Tarbes (5), Hôpital Saint-Joseph, Marseille (6), CH de Cahors (7), CH de Privas (8), CH d'Agen (9), CH de la Région d'Annecy (10), CH de Cayenne (11), CH de Pau (12), CH de Montauban (13), CH de Dax (14), CH d'Ajaccio (15), CHI de Créteil (16), CH du Haut Anjou (17), AFSSA, Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, Maisons-Alfort (18)

Le nombre de cas d'hépatites aiguës E sporadiques, déclaré dans les pays non endémiques est en augmentation depuis plusieurs années. Plusieurs travaux récents ont souligné le caractère autochtone de ces différents cas sans toutefois pouvoir en authentifier les sources de contamination ni les voies de transmission. Le but de cet observatoire national était : 1) de réaliser une cartographie des cas d'hépatite E aiguë recensés dans les hôpitaux participants depuis janvier 2004, 2) de confirmer (ou non) la prépondérance actuelle des cas autochtones et d'en décrire les caractéristiques et, 3) de préciser l'origine potentielle de la contamination des différents cas d'hépatite E autochtone.

Le taux de réponses, suite à un courriel adressé en octobre 2006, à l'ensemble des hôpitaux répartis sur le territoire national participant à l'étude, était de 34% (65/190). Quatorze des 65 centres ayant répondu rapportaient un total de 34 cas (10, 8, 3, 2 et 1 cas dans 1, 1, 1, 1 et 11 centres). Un gradient nord (5 cas)/sud (28 cas) ainsi qu'un gradient est (22 cas)/ouest (11 cas) était retrouvé (1 cas à Cayenne). Toutefois, le gradient nord/sud était lié à une surreprésentation des cas d'hépatite E aiguës dans le département du Var (18 cas rapportés par 2 centres) pouvant ainsi témoigner de l'existence d'un foyer localisé. A l'instar du nombre de cas déclaré au CNR, le nombre de cas rapporté était en augmentation au cours des 3 dernières années (3 cas en 2004, 10 cas en 2005, 21 cas en 2006).

Le diagnostic d'hépatite E aiguë était un diagnostic d'élimination qui reposait sur la présence d'anticorps spécifiques associée ou non à la détection d'ARN viral par PCR (sérum et/ou selles) associée à des ALAT à plus de 500 UI/ml. L'âge moyen des 34 malades (23 hommes, 11 femmes) était de 53±15 ans. La présence d'un ictère cutanéomuqueux isolé ou associé (hyperthermie, syndrome grippal) était le mode de révélation le plus fréquent (19 cas). Le diagnostic était sérologique dans 30 cas et séro-virologique dans les 4 derniers. Trente-deux malades n'avaient effectué aucun déplacement hors Europe et n'avaient eu aucun contact avec une personne ayant séjourné en zone d'endémie dans les 3 mois qui précédaient les premiers signes cliniques alors que 2 malades avaient effectué un déplacement dans un pays endémique (Pakistan, Algérie) au cours de cette période. Parmi les malades n'ayant pas effectué de séjour à l'étranger, les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés étaient une consommation directe ou indirecte (arrosage d'un potager) d'eau provenant d'un forage personnel ou d'une rivière (13 cas) et la consommation de fruits de mers (8 cas).

Cette enquête confirme la recrudescence récente des cas d'hépatite E autochtone en France qui pourraient résulter majoritairement d'une ingestion d'eau ou d'aliments souillés.

ANGH Copyright 2007