

I Rappel sur la maladie I

L'hépatite A est une infection hépatique provoquée par un hépatovirus de la famille des *Picornaviridae* dont le réservoir est uniquement humain et la porte d'entrée digestive. Cette maladie du péril fécal survient de manière sporadique ou épidémique. Le virus (VHA) se transmet :

- soit **directement de personne à personne** (maladie des mains sales ou transmission oro-fécale)
- soit **indirectement**
 - par consommation d'eau contaminée ou d'aliments consommés crus contaminés au niveau de la production (coquillages, végétaux contaminés par de l'eau souillée) ou lors de la préparation des plats par une personne infectée excrétrice ;
 - par des objets souillés portés à la bouche par de jeunes enfants.

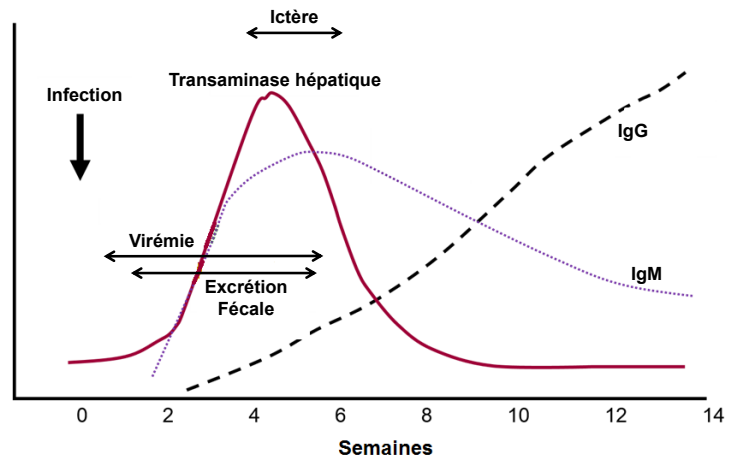
La **période d'incubation** est de 15 à 50 jours (moyenne 30 jours).

La **période de contagiosité** (excrétion virale dans les selles) débute 3 à 10 jours avant l'apparition des signes cliniques et ne dépasse pas en moyenne 3 semaines après le début des signes cliniques.

L'**expression clinique** de l'hépatite A se caractérise par deux phases :

- pré-ictérique avec anorexie, nausées, douleur abdominales, asthénie, syndrome grippal, arthralgies, urticaire ;
- ictérique avec un ictère plus moins prononcé parfois limité aux conjonctives, décoloration des selles, urines foncées, prurit.

| Figure 1 | Evolution clinique et diagnostic biologique de l'hépatite A



Les signes de la phase pré-ictérique s'atténuent puis disparaissent dans les jours qui suivent l'installation de l'ictère. Chez l'enfant de moins de 6 ans, les formes asymptomatiques sont fréquentes (70 %). La proportion de formes symptomatiques et la sévérité augmentent avec l'âge avec une évolution possible vers une hépatite fulminante voir décès en l'absence de transplantation.

Le **diagnostic biologique** repose sur :

- la mise en évidence d'IgM anti-VHA, qui restent élevés pendant environ 1 mois pour diminuer progressivement et disparaître en 6 mois ;
- D'autres paramètres biologiques peuvent être modifiés avec une augmentation des transaminases hépatiques et une élévation de la bilirubine

L'hépatite A est une **maladie à déclaration obligatoire**. Le signalement sans délai d'un cas, **biologiquement confirmé**, entraîne la mise en œuvre immédiate des mesures de contrôle (mesure d'hygiène autour du malade, éviction individuelle scolaire ou professionnelle, vaccination des sujets contacts, etc.) qui sont le seul moyen de limiter le risque de transmission. A distance, la notification permet d'assurer un suivi épidémiologique de la situation afin d'adapter les mesures de gestion.

| Situation à la Réunion |

Depuis le début de l'année 2017, 32 cas d'hépatite A ont été signalés et notifiés à la Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS-OI dont 13 importés et 19 autochtones (vs. 3 cas autochtones en moyenne par an sur la période 2006-2016) (Figure 2).

Parmi les cas importés (n=13), 10 ont séjourné à Madagascar. Les trois autres cas ont été importés des Comores (n=1), de Maurice-Seychelles (n=1) et d'Asie (n=1).

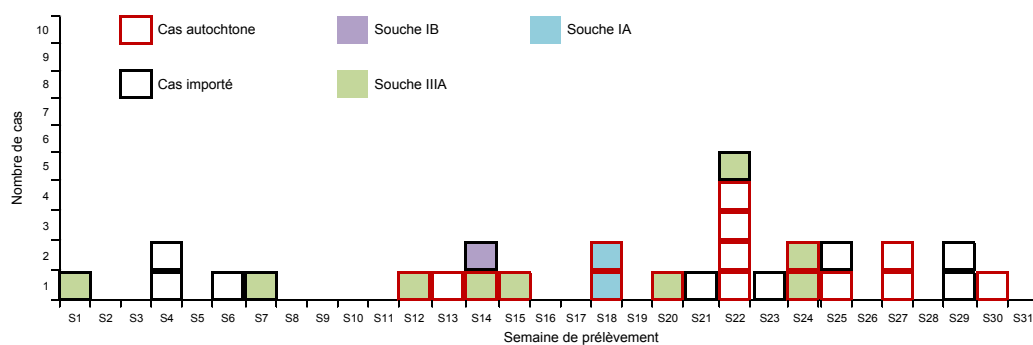
Parmi les 19 cas autochtones, 14 sont survenus chez des hommes et 5 chez des femmes. L'âge moyen (min– max) des patients était de 22 (0-45) ans. Les investigations épidémiologiques ont permis d'identifier plusieurs cas groupés intrafamiliaux ou dans l'entourage proche des malades (n=13). Trois cas ont reçu à leur domicile, les semaines précédant le début des signes, des personnes revenant de Maurice ou de Madagascar. Seulement trois patients n'ont pas pu être reliés à un autre cas (importé ou autochtone) ou à une personne ayant voyagé dans une zone d'endémie (Figure 3). Il est à noter que 10 cas sont survenus chez des enfants ou des personnes travaillant dans le milieu de la petite enfance (assistante maternelle, animateur périscolaire, soutien scolaire).

Les laboratoires hospitaliers de l'île ont transmis 12 souches au Centre national de référence des hépatites pour analyse phylogénétique. La souche IIIA a été identifiée chez 9 patients (6 cas autochtones et 3 cas importés de Madagascar) dont 4 étaient porteurs de la souche IIIA-AUV, responsable de plusieurs cas groupés en France en 2004-2007 à partir d'un cas index ayant voyagé à Madagascar. Une souche IB a été identifiée chez un cas importé de Maurice et la souche IA chez deux patients avec un lien épidémiologique entre eux. Contrairement à la plupart des épidémies actuellement en cours (France et Europe) où des souches spécifiques liées à une transmission sexuelle sont majoritairement identifiées, ces souches ne semblent pas activement circuler à la Réunion et ne sont pas à l'origine de la recrudescence de cas autochtones.

Il est noter que la souche IIIA que l'on trouve majoritairement a été identifiée dès le début d'année 2017 chez des patients revenant de Madagascar puis les premiers cas autochtones liés à cette souche sont survenus un mois après, dans des délais compatibles avec la durée d'incubation de l'hépatite A.

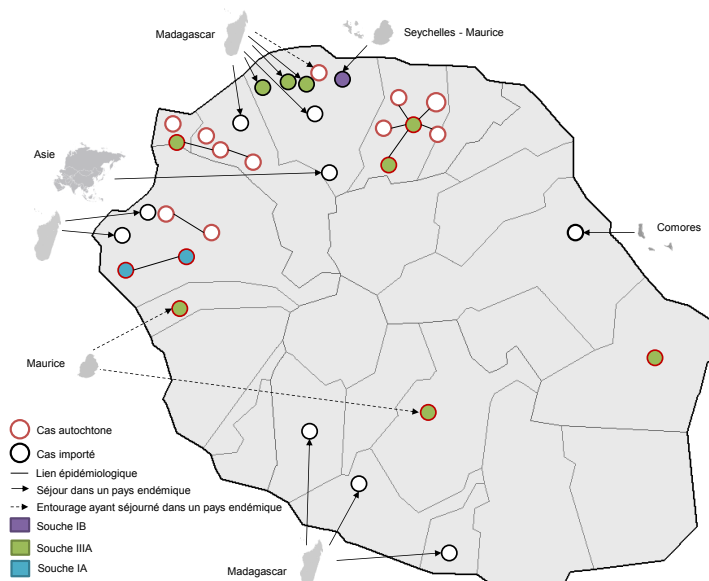
| Figure 2 |

Courbe épidémique du nombre hebdomadaire de cas d'hépatite A selon le statut, le type de souches et par date de prélèvement, La Réunion, 2017



| Figure 3 |

Répartition géographique des cas d'hépatite A selon le statut, le type de souches et les liens épidémiologiques, La Réunion, 2017



| Conclusion |

Depuis le début de l'année 2017, un nombre inhabituel de cas autochtones d'hépatite A a été identifié à la Réunion. Les données épidémiologiques sont en faveur d'une circulation autochtone suite à des importations du virus par des voyageurs de retour de Madagascar au premier trimestre. La majorité de ces cas est survenue chez des jeunes enfants ou des professionnels de la petite enfance. L'hépatite A étant la plupart du temps asymptomatique chez les jeunes enfants, une circulation à bas bruit s'est peut être installée et le système de surveillance ne détecte que les rares cas symptomatiques chez les enfants ou les cas symptomatiques survenant chez des adultes en contact régulier avec des enfants. Une grande vigilance des professionnels de santé est donc recommandée pour détecter les cas et éviter la diffusion de la maladie. D'autant plus que les retours de séjours de Madagascar peuvent être à l'origine de nouveaux cas importés.

La rentrée scolaire s'accompagne souvent dans les semaines qui suivent d'une épidémie de gastro-entérite. Dans ce contexte de possible circulation d'hépatite A chez les jeunes enfants, une grande attention doit être apportée à l'hygiène en milieu scolaire (lavage des mains, etc.).

| Conduite à tenir devant un cas d'hépatite A |

1 - Signaler sans délai le cas à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires. A distance, notifier le cas *via* la fiche de déclaration obligatoire (cf. liens utiles).

2- Prévenir la transmission de la maladie :

- **Identifier les contacts intrafamiliaux** et vacciner dans un délai de 14 jours suivants l'apparition des signes cliniques :
 - les personnes de l'entourage familial réunissant toutes les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité ;
 - si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie, une sérologie préalable est fortement recommandée (recherche d'anticorps témoins d'une immunité ancienne), si elle est compatible avec le délai de 14 jours ;
 - la population exposée, définie par l'investigation épidémiologique, sera vaccinée dès l'apparition du premier cas, afin d'éviter une extension épidémique au sein de la communauté et une diffusion hors de la communauté (cf. calendrier vaccinal 2017).

Les vaccins pédiatriques sont disponibles dans les pharmacies de ville. Les vaccins adultes sont disponibles dans les centres de consultations pour voyageurs (CHU sites nord et sud).

- **Recommander les mesures d'hygiènes** suivantes :
 - Lavage des mains (à défaut, friction avec un produit hydro alcoolique) après être allé aux toilettes, après avoir changé la couche d'un bébé, avant de préparer les repas, avant de manger, avant de donner à manger aux enfants
 - Nettoyage des sanitaires (cuvette, battant, bouton de chasse d'eau, lavabo, robinetterie, poignées de porte) avec de l'eau de javel diluée tous les jours
 - Pas de partage des couverts
 - Utiliser uniquement de l'eau potable pour la cuisine ou pour boire et à défaut de l'eau minérale provenant d'une bouteille capsulée, peler soi-même les légumes et les fruits, bien cuire les aliments...
- **Recommander l'éviction scolaire ou professionnelle pendant 10 jours après l'apparition de l'ictère** pour les enfants, les professionnels de bouche et les professionnels de santé ou de la petite enfance.
- **Recommander la vaccination pour les personnes voyageant vers des pays d'endémie** notamment Madagascar pour la sous-région (cf. recommandations aux voyageurs).



Nous tenons à remercier les professionnels de santé, les laboratoires hospitaliers et libéraux, et le Centre national de référence des hépatites pour leur collaboration.

Le point épidémiologique Hépatite A à la Réunion

Points clés

Recrudescence des cas d'hépatite A

19 cas autochtones avec plusieurs clusters intrafamiliaux

13 cas importés dont 10 de Madagascar

Liens utiles

Fiche de déclaration

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12614.do

Calendrier vaccinal 2017

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccination_2017.pdf

Recommandations aux voyageurs

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/archives/2017/BEH-hors-serie-Recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2017>

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à ars-oi-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication :

François Bourdillon, Directeur Général de Santé publique France

Rédacteur en chef :

Laurent Filleul, Responsable de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :

Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brotte
Youssef Hassani
Frédéric Pagès
Marc Ruello
Jean-Louis Solet
Marion Subiros
Pascal Vilain

Diffusion

Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 51
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57