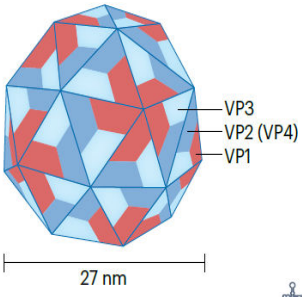
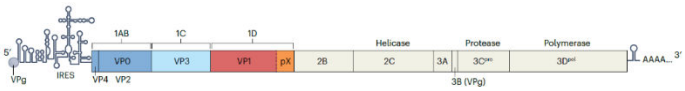
VIRUS DE L'HÉPATITE A (VHA)





CARTE D'IDENTITÉ

Picornaviridae, Virus nu à ARN simple brin positif

TRANSMISSION

Fécal-oral, direct par contact avec une personne infectée, ou indirect par des objets, des aliments ou des milieux environnementaux contaminés

Foyers familiaux ou dans les communautés infantiles, situations de précarité et communauté homosexuelle masculine

Contamination alimentaire soit par un professionnel de la restauration ayant contaminé accidentellement une préparation, soit par des aliments contaminés ou de coquillages filtreurs contaminés

EPIDÉMIOLOGIE

Grande résistance dans le milieu extérieur avec maintien du pouvoir infectieux après action du froid, de la chaleur, de désinfectants, d'acides ou de bases => explique l'épidémiologie du virus

Zones de forte prévalence liées à l'absence de traitement approprié des eaux usées et au faible niveau d'hygiène global. > 170 millions d'infections annuelles dans le monde

- Dans les zones de forte prévalence (Afrique subsaharienne), les enfants se contaminent et s'immunisent avant 10 ans
- Dans les zones d'endémicité intermédiaire ou faible, une partie de la population atteint l'adolescence et l'âge adulte sans avoir rencontré le virus
- Dans les zones d'endémicité faible : contamination surtout lors de voyages en zone endémique

Maladie à déclaration obligatoire

Surveillance épidémiologique et clinique nationale (Centre National de Référence)

PRÉVENTION

Toute mesures visant à améliorer les conditions d'hygiène et le traitement des eaux usées

Vaccins inactivés très efficaces (>90%). Protection est acquise après 2 injections séparées de 6 à 12 mois, pas de rappel

Recommandations vaccinales :

Contexte	Personnes ciblées
Risque accru d'infection	**Risque professionnel** • Personnels s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté • Personnels des structures collectives de garde pour personnes handicapées • Personnels de traitement des eaux usées **Comportement ou mode de vie** • Adultes non immunisés et enfants de plus d'1 an voyageant en zones d'endémie • Enfants à partir de l'âge d'1 an, des familles dont l'un des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et qui seront susceptibles d'y séjourner • Jeunes des structures collectives de garde pour personnes handicapées • Homosexuels masculins
Risque de transmission	• Personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective
Risque de forme grave	• Patients atteints de mucoviscidose ou de pathologies hépato-biliaires chroniques
Post-exposition	• Entourage familial d'un cas • Communauté à risque en contexte épidémique

PHYSIOPATHOLOGIE

Le virus atteint les hépatocytes par transcytose de la barrière intestinale

Réplication dans les hépatocytes sans provoquer de lyse cellulaire

Virémie contemporaine de la multiplication du virus dans le foie et de son excrétion dans les selles précède d'une quinzaine de jours l'apparition de la cytolyse qui résulte de la réponse immune et intervient après une incubation d'environ 4 semaines (de 2 à 6 semaines).

Les formes très sévères conduisant à une hépatite fulminante résultent d'une réponse immune exacerbée

SIGNES CLINIQUES

De l'infection asymptomatique à l'hépatite fulminante.

Symptômes moins fréquents et moins sévères chez le jeune enfant

Tableaux plus bruyants à un âge plus avancé => mortalité > 1% au-delà de 50 ans

Symptômes prodromiques non spécifiques : fièvre, maux de ventre, céphalées, asthénie, altération de l'état général

Phase d'état : ictère associé à la cytolyse biologique.

Sévérité appréciée par la cholestase et l'insuffisance hépatocellulaire (bilirubine et facteur V).

Sauf évolution fulminante pouvant nécessiter une greffe hépatique : normalisation du bilan hépatique en quelques semaines

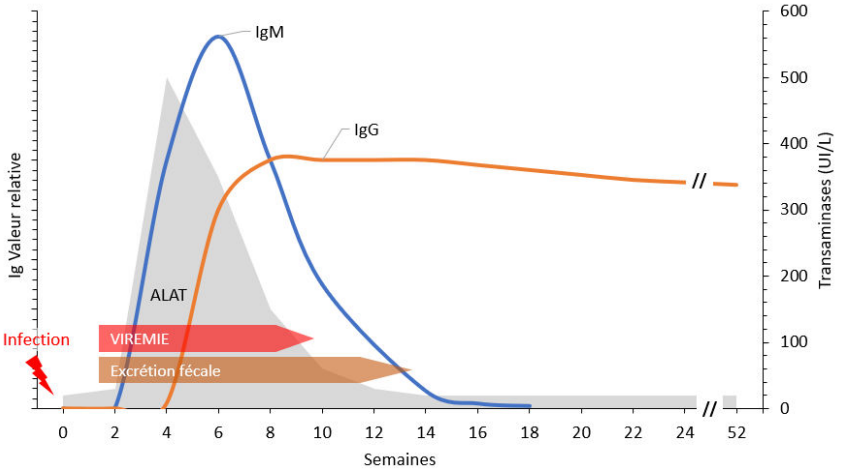
Pas de forme chronique

DIAGNOSTIC VIROLOGIQUE

Méthodes et indications :

- **Sérologie IgM anti-VHA** : Hépatite aiguë (élévation des ALAT)
- **Sérologie IgG ou anticorps totaux anti-VHA** : Une détection positive (après infection ou vaccination) indique une protection.
- Le diagnostic sérologique n'est pas indiqué en post exposition chez les sujets contact et ne doit pas retarder la vaccination

- **RT-PCR** : peut aider à résoudre des formes atypiques



Cinétique des marqueurs virologiques

TRAITEMENT

Pas de traitement antiviral spécifique

Auteur Vincent Thibault
Relectrice Anne-Marie Roque-Afonso

Légende *Rang A* *Rang B* *Rang C*

Cette fiche a été rédigée par les enseignants de bactériologie-virologie-hygiène des facultés de médecine de France
Elle est la propriété du groupe AZAY de la Société Française de Microbiologie (SFM)
Toute reproduction ou utilisation hors contexte d'enseignement académique est interdite