

28 avril 2022

Objet : Hépatite aiguë de cause inconnue chez l'enfant

Chers collègues,

Le 6 avril 2022, le Royaume-Uni a signalé une augmentation du nombre de cas d'hépatite grave de cause inconnue chez les jeunes enfants. Depuis, plusieurs autres pays ont également signalé des cas, avec au 21 avril, au moins 169 cas dans 11 pays de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé¹.

A l'heure actuelle, une cause infectieuse semble la plus probable pour expliquer ces cas d'hépatite (à l'exclusion des virus de l'hépatite A, B, C, D et E), compte tenu du tableau épidémiologique et des caractéristiques cliniques de la maladie. Une infection à adénovirus a été identifiée dans plusieurs cas, mais pas dans tous. D'autres causes ne peuvent donc être exclues.

L'ECDC a demandé à tous les États membres de l'Union européenne de signaler les cas éventuels. En outre, un certain nombre d'enquêtes ont également été lancées à l'échelle européenne, notamment par la Société européenne des maladies infectieuses pédiatriques ([ESPID](#)) et le Réseau européen de référence pour les maladies hépatologiques ([ERN RARE-LIVER](#)). Afin d'avoir une vue d'ensemble de tous les cas possibles en Belgique, il est demandé à tous les médecins de signaler, à l'inspection régionale de santé, les cas d'hépatite aiguë chez l'enfant qui répondent à la définition de cas (voir ci-dessous)².

Un cas est défini comme suit :

un enfant (jusqu'à 16 ans inclus) présentant une hépatite aiguë avec élévation des transaminases (ASAT/ALAT > 500 UI/L), chez qui les hépatites A à E ont été exclues, avec un premier jour de maladie à partir du 1er octobre 2021.

Il est également recommandé de signaler une cholestase sans cause chez les enfants présentant des valeurs de transaminases inférieures à 500 UI/L, c'est-à-dire une bilirubine directe anormale > 1 mg/dl, ainsi que les cas d'hépatite aiguë de cause inconnue chez les adultes, en excluant les causes les plus fréquentes.

Après avoir signalé un cas, l'inspection sanitaire vous contactera pour vous demander des informations plus détaillées.

Vous trouverez ci-joint des recommandations pour le suivi et les examens laboratoires en cas de nouveau cas possible.

¹ OMS. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/multi-country-acute-severe-hepatitis-of-unknown-origin-in-children>

² Flandre : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

Bruxelles : notif-hyg@ccc.brussels

Wallonie : surveillance.sante@aviq.be pour signaler un cas, sans identification du patient. La déclaration de cas individuel s'effectue via MATRA afin de respecter le RGPD.

RMG Risk Management Group

Je vous remercie d'avance pour votre coopération,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués,

Cécile van de Konijnenburg,
au nom du Risk Management Group
Contact : rmgsec@health.fgov.be

Annexe : Points d'attention pour l'anamnèse et les tests de laboratoire pour un cas possible

1. Clinique et antécédents médicaux

- Symptômes gastro-intestinaux : anorexie, vomissements, douleur abdominale ou douleur dans le quadrant supérieur droit, diarrhée
- Myalgie, douleurs articulaires
- Fièvre
- Fatigue
- Démangeaisons
- Urine colorée, selles décolorées
- Ingestion de médicaments (AINS, stéroïdes, remèdes à base de plantes), de substances toxiques (solvants, produits de nettoyage, etc.), consommation de champignons (cueillis)
- Voyages à l'étranger
- Contact étroit avec une personne atteinte d'hépatite ou d'une autre maladie
- Antécédents médicaux (y compris l'infection par le SRAS-CoV-2, immunodépression), informations disponibles sur les tests antérieurs de la fonction hépatique
- Antécédents familiaux

2. Tests de laboratoire :

- Cellules sanguines périphériques + différenciation des globules blancs
- INR
- AST, ALT, GGT, CK, LDH
- Bilirubine (totale, directe)
- Glucose sérique
- Protéines totales, albumine
- Fonction rénale et électrolytes
- Sérologie et cultures virales : voir les recommandations de la [UK Health Security Agency](https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-increase-in-acute-cases-of-unknown-aetiology-in-children/increase-in-acute-hepatitis-cases-of-unknown-aetiology-in-children) : <https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-increase-in-acute-cases-of-unknown-aetiology-in-children/increase-in-acute-hepatitis-cases-of-unknown-aetiology-in-children>.
Pour exclure l'hépatite E (qui n'est pas proposée en routine dans de nombreux laboratoires), un échantillon de sérum et de selles peut être envoyé au CNR pour l'hépatite (https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref_centra_lab/hepatitis/default.aspx)
- Immunoglobulines (IgG, IgM), auto-anticorps (ANF, anti-SMA, anti-LKM, SLA, LC-1, ANCA, C3, C4)
- Sérum de cuivre, sérum de céruloplasmine
- Examen toxicologique (y compris AINS), teneur en paracétamol
- Lactate, NH3

Suivi supplémentaire si la définition de cas est remplie

- Surveillance de l'état clinique, stade de l'encéphalopathie hépatique (HE)
- Tests de laboratoire :
 - Cellules sanguines périphériques + différenciation des globules blancs
 - INR
 - AST, ALT, GGT, CK, LDH
 - Bilirubine (totale, directe)
 - Glucose sérique
 - Protéines totales, albumine
 - Fonction rénale et électrolytes
- Lorsque les cas répondent à la définition de la PALF³ (voir ci-dessous), il faut contacter d'urgence un centre de transplantation hépatique :
Apparition aiguë d'une maladie hépatique sans maladie hépatique chronique connue, avec des preuves biochimiques et/ou cliniques d'un dysfonctionnement hépatique grave :
 - coagulopathie d'origine hépatique (TP > 20 sec ; INR ≥ 2) non corrigée par la vitamine K parentérale et/ou
 - encéphalopathie hépatique (doit être présente si le TP est de 15 - 19,9 sec ; INR 1,5 - 1,9, mais pas si le TP ≥ 20 sec ; INR ≥ 2).

³ Pediatric ALF Study Group