**Monsieur** 1992, hospitalisé depuis le 30/05 et sort le 05/06 du Service d’Infectiologie.

**Motif d’Hospitalisation** :

Patient âgé de 26 ans, adressé par le service des Urgences pour découverte d’hépatite B.

**Antécédents**:

Sciatique en 2020

**Comorbidités** :

Allergie à la Nivaquine.

Tabagisme actif estimé à 3 paquets/année

**Mode de vie:** Autonome au domicile, originaire de Côte d’ivoire, arrivé en France il y a 15 ans.

**Histoire de la maladie** :

Rapport sexuel non protégé en avril dernier. Depuis fin mai, le patient rapporte des myalgies chroniques.

Il reçoit en vile un traitement par CLAMOXYL + SOLUPRED par son médecin généraliste. Un EMG réalisé le 29/05 montre un syndrome poly radiculaire chronique de L4-L5 bilatéral, sans signe de polyneuropathie.

Le 30/05, le médecin traitant fait pratiquer une sérologie VHB qui revient positive accompagnée d’une cytolyse hépatique et d’une rhabdomyolyse avec des CPK à 45 000 UI/l, il n’y a pas d’insuffisance rénale aigue associée.

Le patient est adressé aux Urgences par son médecin traitant. A l’arrivée aux Urgences le patient est apyrétique, présente des myalgies diffuses. Il n’y é pas de signe d’insuffisance hépatique.

Le bilan biologique retrouve une rhabdomyolyse avec des CPK totaux à 56 903 UI/l.

**Examens**  :

Bilan biologique :

Leucocytes à 4.9 G/l, Hb à 14.8 g/dl, plaquettes à 256 G/l, CRP à 9.9 mg/l, sodium à 133 mmol/l, le reste du bilan hydro électrolytique est normal.

Fonction rénale normale.

CPK totaux à 56 903 UI/l, ASAT à 1056 UI/l, ALAT à 436 UI/l, pas de cholestase hépatique.

Protéinurie su créatininurie à 0.64 g/g de créatininurie.

Bilan auto immun négatif

Bilan microbiologique :

ECBU stérile

Sérologie VHA immunité ancienne

Sérologies VHE, VHC, VIH négatives

Sérologie VHB positive avec anticorps anti Hbc positif en IgM.

Charge virale VHB à 7.2 log

Anticorps anti Hbe positif, antigène Hbe négatif

Sérologie Syphilis positive

**Evolution :**

A l’arrivée dans le service, le patient est apyrétique et se plaint toujours de myalgies diffuses. La sérologie hépatite B complète réalisée dans le service montre une hépatite B aigue devant une charge virale très élevée et la positivité des anticorps anti Hbc en IgM. L’évolution de la rhabdomyolyse et du bilan hépatique est favorable sous hydratation simple, il n’y a pas de retentissement rénal.

Nous concluons à une myosite post infectieuse sur primo infection VHB.

Après avis auprès du Dr CCC, hépatologue, devant la bonne évolution spontanée, un suivi est prévu avec le Pr XXX avec consultation dans 1 mois avec bilan biologique et viral de contrôle.

Aucun traitement n’est entrepris.

**CONCLUSION**  :

Infection aigue au virus de l’hépatite B

Myosite d’origine virale avec rhabdomyolyse

Hyponatrémie

Syphilis latente

Le patient sort ce jour pour retour à domicile.

**Vaccinations :**

DTcP non à jour, ordonnance remise

**Evénements intercurrents / Effets secondaires médicamenteux :**

Aucun

**Traitement de sortie** :

Pathologie en cours :

Aucun

En rapport avec l’hospitalisation :

BOOSTRIX TETRA : 1 injection dès que possible

**Suivi**:

Hospitalier :

Consultation de gastroentérologie avec le Pr XXX le 11/07 à 10h30

Bilan biologiques de contrôle : à réaliser avant la consultation avec le Pr T : NFS, ionogramme sanguin, charge virale VHB, ASAT, ALAT, GGT, PAL, CPK, urée, créatinine

Bilan biologique à réaliser en consultation d’infectiologie le lundi 18 Juin à 10h00 : TPHA VDRL, écouvillon rectal avec PCR *Chlamydia trachomati*s et Gonocoque

Par vos soins :

Surveillance clinique

Documents établis à la sortie :

CR d’hospitalisation remis au patient : X

Ordonnances de traitement : X

Patient porteur de BMR ou BHRe : NON