

SITUATION INTERNATIONALE

RICKETTSIOSES

Fièvre pourprée des montagnes Rocheuses

États-Unis d'Amérique : pour 1985, on a notifié 700 cas (total provisoire) de fièvre pourprée des montagnes Rocheuses (F.P.M.R.), soit une incidence de 0,29 cas pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence le plus élevé a été noté en Oklahoma (94 cas, soit 2,8 pour 100 000) et le plus grand nombre de cas a été noté en Caroline du Nord (143 cas, soit 2,3 pour 100 000). Deux autres États ont eu un taux d'incidence supérieur à 1 pour 100 000; la Caroline du Sud avec 73 cas, soit 2,2 pour 100 000, et le Kansas avec 27 cas, soit 1,1 pour 100 000.

Les États ont communiqué les fiches de déclaration pour 587 cas (84 %) sur les 700 cas notifiés. Parmi ces 587 cas, 335 (57 %) ont été confirmés au laboratoire par sérologie, isolement des rickettsies du groupe de la fièvre pourprée, ou immunofluorescence sur du matériel biopsique ou autopsique. On considère un cas comme sérologiquement confirmé si on obtient un titre au moins égal à 1:64 en immunofluorescence indirecte, un titre au moins égal à 1:16 en fixation du complément ou un quadruplement du titre dans les épreuves de fixation du complément, immunofluorescence indirecte, micro-agglutination, agglutination de particules de latex ou hémagglutination indirecte. 34 autres cas (6 %) ont été classés comme probables sur les critères d'un quadruplement du titre ou d'un titre isolé égal ou supérieur à 1:320 dans l'épreuve de Weil-Félix, ou encore d'un titre égal ou supérieur à 1:128 en agglutination de particules de latex, micro-agglutination ou hémagglutination indirecte. Les 218 cas restants (37 %) n'ont fait l'objet que d'un diagnostic clinique.

Les données de la surveillance pour 1985 ont donné pour tous ces cas des caractéristiques analogues à ce qu'on connaissait déjà. Dans 95 % des cas, la maladie a débuté entre le 1^{er} avril et le 30 septembre, 66 % des cas étant survenus en mai, juin ou juillet. Dans 60 % des cas, il s'agissait de sujets de sexe masculin et 41 % des malades étaient âgés de moins de 20 ans. Les symptômes consistaient en fièvre (94 %), céphalées (88 %), et myalgies (85 %). Une éruption a été notée dans 83 % des cas, dont 73 % ont présenté une éruption sur la paume des mains ou la plante des pieds. 73 % des malades

ont été hospitalisés. Le taux de létalité global était de 4 %. Il était plus élevé chez les sujets de 40 ans et plus (9 %) que chez les sujets de moins de 40 ans (2 %). Parmi les sujets ayant mentionné des antécédents d'exposition, 68 % ont mentionné une morsure ou une incrustation de tique et 24 % avaient séjourné dans une région infestée par des tiques dans les 14 jours précédant la maladie (mais n'avaient noté ni morsure ni incrustation de tique). Dans 8 % des cas, il n'existait aucun antécédent connu d'exposition.

Le nombre de cas notifiés de fièvre pourprée des montagnes Rocheuses a notablement baissé depuis le pic de 1981, année au cours de laquelle 1 192 cas (0,51 pour 100 000) avaient été notifiés. L'augmentation du nombre de cas notifiés au début des années 70 s'est manifestée simultanément dans de nombreuses régions des États-Unis et a été intensifiée par le lancement en 1970 d'un programme de surveillance par les *Centers for Disease Control* (C.D.C.). Le taux de F.P.M.R. notifié dans les États atlantiques du sud, qui a d'abord augmenté régulièrement, passant de 0,76 pour 100 000 en 1970 à un maximum de 1,91 pour 100 000 en 1980, est maintenant retombé à 0,82 pour 100 000. En dehors de ces États, le taux de F.P.M.R. a augmenté jusqu'à 1977 et est resté sensiblement constant entre 1978 et 1985. Pour la troisième année consécutive, c'est l'Oklahoma qui a notifié la plus forte incidence de cette maladie.

Bien que le nombre de décès notifiés ait diminué avec le nombre de cas, le taux de létalité a peu varié au cours des cinq dernières années. Il est possible d'abaisser la morbidité et la mortalité en connaissant l'épidémiologie et les signes cliniques précoces de la F.P.M.R. Celle-ci doit être suspectée, et un traitement par le chloramphénicol ou la tétracycline doit être envisagé, chez les résidents ou les visiteurs de zones d'endémie à F.P.M.R. qui se plaignent de fièvre, de céphalées et de myalgies, même sans éruption, notamment pendant les mois d'avril à octobre. Des signes et symptômes touchant le système pulmonaire (toux, râle), le système gastro-intestinal (nausées, vomissements ou douleurs abdominales) ou le système nerveux central (stuteur, méningisme ou ataxie) sont observés en cas

de F.P.M.R. et ne doivent faire différer ni le diagnostic ni le traitement.

La plus grande attention sera accordée aux sujets de 40 ans et plus, pour lesquels le risque de mortalité est plus élevé, et aux sujets à peau foncée, chez lesquels une éruption peut être plus difficile à reconnaître.

Lors d'une étude récente sur la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses dans une zone d'hyperendémie, une morsure de tique ou une exposition à des tiques a été retrouvée dans 85 % des cas sérologiquement confirmés, et chez 54 % des témoins appariés. Une éruption a été signalée chez 84 % des cas sérologiquement confirmés, mais chez 16 % de ces malades, aucune éruption n'a été notée et chez 10 %, l'éruption n'est apparue qu'après le cinquième jour suivant le début de la maladie.

La prévention de la F.P.M.R. consiste en une inspection attentive des personnes susceptibles d'avoir été exposées à des tiques. Celles-ci seront extraites à l'aide de pinces le plus près possible du point d'attachement et en tirant lentement et régulièrement. Si une partie de la bouche de la tique reste fixée à la peau, on la traitera comme tout autre petit corps étranger; elle peut provoquer une irritation, mais n'augmentera pas le risque de contracter une F.P.M.R. Si on n'a pas de pinces, on peut aussi extraire la tique à l'aide des doigts en les protégeant par des mouchoirs en papier, mais on devra toujours se laver les mains après cette opération. Chez les chiens, on n'enlèvera pas les tiques avec les doigts. Les personnes résidant et travaillant dans des zones infestées de tiques devront recevoir une information concernant la prévention, les symptômes et les signes de la maladie. Il n'existe actuellement aucun vaccin contre la F.P.M.R.

La F.P.M.R. existe également au Brésil, au Canada, en Colombie, au Costa-Rica, dans l'ouest et le centre du Mexique, ainsi qu'au Panama. Le Mexique a signalé 8 cas en 1979.

Sources : R.E.H. n° 30.

PALUDISME

Cinq cas de paludisme d'aéroport en Belgique

Tableau 1
Date des premiers symptômes
et évolution pour 5 cas
de paludisme d'aéroport
rapportés à Bruxelles (Belgique, juin 1986)

Cas	Date des premiers symptômes	Évolution
1.....	21-6-1986	Favorable
2.....	22-6-1986	Convalescent, troubles neurologiques persistants.
3.....	24-6-1986	Décès
4.....	27-6-1986	Favorable
5.....	27-6-1986	Favorable

Dans le courant du mois de juin dernier, 5 cas de paludisme ont été rapportés parmi les douaniers travaillant à l'aéroport international de Bruxelles dans un terminal spécial réservé en particulier au transport de marchandises.

Le tableau 1 présente pour chaque cas la date des premiers symptômes et l'évolution.

Le patient n° 2 présentait lors de son hospitalisation des signes d'atteinte cérébrale, avec état subcomateux, insuffisance rénale, troubles de la déglutition, hyponatrémie, acidose et mydriase bilatérale. Le patient n° 3 a été hospitalisé le 27 juin dans un état comateux, avec bradypnée grave, bradycardie et arrêt cardiaque subit. L'examen post-mortem indique une atteinte du cortex et du tronc cérébral.

Plasmodium falciparum est l'espèce parasitaire responsable dans les cinq cas. Les conditions climatiques exceptionnelles (temps chaud, humidité importante) ont probablement joué un rôle important dans la survie de l'anophèle.

Ce n'est pas la première fois que des cas de paludisme d'aéroport sont signalés en Belgique. En 1982, une infection sévère à *P. falciparum* a été observée chez 2 frères habitant à proximité de l'aéroport de Bruxelles. En 1983, une infection à *P. falciparum* a été constatée chez un homme âgé de 27 ans occupé à la manutention des colis au même aéroport (1).

(1) Voir n° 45, 1984, p. 347.
Sources : R.E.H. n° 30.