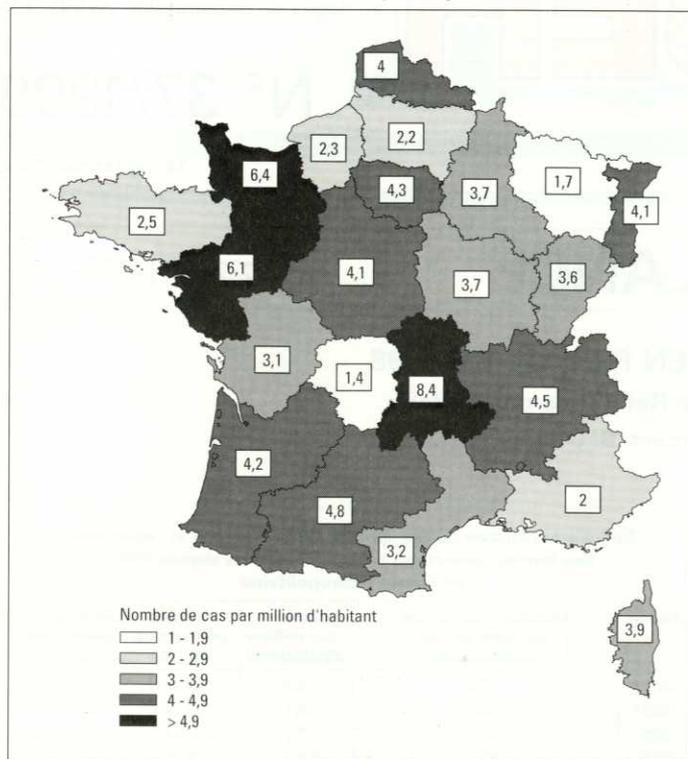


Figure 1. Incidence régionale des cas sporadiques de listériose en 1998



- 3 cas (1 %) dus à des souches du séro groupe 3 : sérovar 3a, 2 cas et sérovar 3b, 1 cas ;
- 107 cas (47 %) dus à des souches du sérovar 4b ;
- 5 cas (2 %) dus à des souches de sérovar non désigné.

Il n'y a pas de distribution particulière pour un sérovar donné en fonction de l'origine géographique ou l'âge des patients. Les principaux sérovvars, 1/2a, 1/2b et 4b regroupent 89 % et 98 % des souches responsables respectivement des formes périnatales et des formes non périnatales.

LISTERIOSE HUMAINE EN 1998 DANS LES DOM-TOM

Huit cas de listériose ont été identifiés dans les DOM-TOM en 1998 : Réunion, 2 formes non périnatales (bactériémie et anévrisme de l'aorte) et 1 forme périnatale ; Martinique, 1 forme périnatale ; Nouvelle-Calédonie : 2 formes périnatales et 1 forme non périnatale (bactériémie) ; Polynésie Française : 1 forme non périnatale (bactériémie).

DISCUSSION / CONCLUSION

En 1996, 1997 et 1998, le nombre de cas sporadiques de listériose recensés par le CNR a été compris entre 220 et 230 cas. Les résultats de l'année 1998 confirment donc la baisse importante du nombre de ces cas observés depuis 1996 (301 cas en 1995). Cette baisse est à mettre en relation avec les mesures relatives aux denrées alimentaires (de la production à la distribution) et aux recommandations aux populations à risque qui font l'objet de rappels réguliers dans la presse.

Une diminution importante du nombre des formes périnatales a été observée en 1994 et depuis cette date, le nombre de ces cas diminue régulièrement (Tab. 1). Les données de 1998 confirment cette tendance. En ce qui concerne la distribution des cas non périnataux selon la forme clinique, l'âge ou le sexe des patients, les données sont comparables à celles des années précédentes en France et dans d'autres pays [4, 5].

La répartition des principaux sérovvars est similaire à celle observée en 1996 et 1997, avec une prédominance du sérovar 4b retrouvé pour près de 45 % des souches. Cette prédominance du sérovar 4b est spécifique aux souches d'origine humaine ; en effet, ce sérovar caractérise 12 % des souches d'origine alimentaire reçues au CNR durant l'année 1998. Cette différence de distribution des sérovvars entre souches d'origine humaine et souches isolées d'aliments est classiquement observée, sans qu'aucune explication puisse être apportée, dans l'état actuel des connaissances.

Le système de surveillance de la listériose du CNR est un système passif, basé sur le volontariat des biologistes médicaux. Ce système n'est donc pas exhaustif. Néanmoins, la caractérisation fine des souches de *L. monocytogenes* responsables d'infections humaines ainsi que la centralisation des informations et des résultats permet de détecter des cas groupés voire des épidémies mais également de dégager des tendances en matière de cas sporadiques. Le système de déclaration obligatoire, mis en place en mars 1998, permettra de compléter les informations du CNR et de comparer les systèmes.

L'envoi régulier au CNR des souches de *L. monocytogenes* isolées par les biologistes est fondamental pour la surveillance de la listériose : qu'ils soient ici remerciés pour leur active participation.

RÉFÉRENCES

- [1] Goulet V. - Investigations en cas d'épidémie de listériose. — *Méd. Mal. Infect.* 1995 ; 25 : 184-90.
- [2] Goulet V., Jacquet Ch., Vaillant V., Rebiere I., Mouret E., Lorente C., Maillot E., Stainer F., Rocourt J. - Listeriosis from consumption of raw-milk cheese. — *Lancet* 1995 ; 345 : 1581-2.
- [3] Goulet V., Rocourt J., Rebiere I., Jacquet Ch., Moysse C., Dehaumont P., Salvat G., Veit P. - Listeriosis outbreak associated with the consumption of rillettes in France in 1993. — *J. Infect. Dis.* 1998 ; 177 : 155-60.
- [4] Jacquet Ch., Saint-Clement C., Brouille F., Catimel B., Rocourt J. - La listériose humaine en France en 1997. Données du Centre National de Référence des *Listeria*. — *Bull. Épidémiol. Hebdom.* 1998 ; 33 : 142-3.
- [5] Rocourt J., Jacquet Ch., Bille J. - Human listeriosis 1991-1992. WHO/FNU/FOS/97.1. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1997.

ÉTUDE

PRIMO-INFECTION À CMV RECONNUE DANS LE CADRE DU SUIVI APRÈS EXPOSITION SEXUELLE AU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

C. Leprot¹, M. Andreu¹, N. Houhou², X. Duval¹, V. Le Moing¹, M. H. Prevot³, J. L. Vildé¹

INTRODUCTION

La primo-infection à CMV est le plus souvent inapparente chez le sujet immunocompétent. La surveillance clinique et sérologique (circulaire DGS/DH/DRT/

¹ Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris, France.

² Laboratoire de Virologie, Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris, France.

³ Unité de Maladies Infectieuses du Service de Réanimation médicale, Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris, France.

Correspondance : Professeur Catherine Leprot, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Bichat - Claude Bernard, 4, rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18. Téléphone : 01.40.25.78.03 - Fax : 01.40.25.88.60.

DSS n°98/228 du 9/4/98) des accidents d'exposition sexuelle a pour but de prévenir et de détecter une possible contamination par le VIH, le VHB, le VHC. La mise en place de ce suivi a été l'occasion de détecter une primo-infection à CMV chez deux patients qui n'avaient été contaminés par aucun des trois autres virus faisant l'objet de cette surveillance. Ces deux patients immunocompétents étaient séronégatifs pour le VIH.

OBSERVATIONS

Le premier patient, âgé de 29 ans, ayant comme seul antécédent une maladie de Gilbert, consultait le 4/4/98, 24 heures après un accident d'exposition sexuelle à risque avec un partenaire séropositif pour le VIH depuis 1991, traité par stavudine-lamivudine, ayant des CD4 à 378/mm³, et une charge virale non précisée. Il était proposé au patient une quadrithérapie antirétrovirale pen-

dant 48 heures, par stavudine-lamivudine-indinavir-néviparine, relayée par une trithérapie stavudine-lamivudine-indinavir pendant quatre semaines. À J23, il consultait en urgence pour une éruption papuleuse diffuse sans lésion muqueuse, accompagnée d'une asthénie, de céphalées et d'une fièvre à 37,6° C. Il existait un ictère conjonctival, des urines foncées, une splénomégalie.

Il existait un syndrome mononucléosique, une insuffisance rénale modérée (créatininémie à 120 µmol/l), une cytolysse à 2N avec hyperbilirubinémie libre, sans cholestase, ni syndrome inflammatoire. Les sérologies VIH 1 et 2, l'antigénémie p24, la charge virale VIH, la sérologie VHC, les IgM VHA étaient négatives. Il existait une immunité ancienne contre le VHB (Ac anti HBS positif) et l'EBV. L'indinavir était arrêté dans l'hypothèse d'une intolérance médicamenteuse.

En fait, l'ensemble de ces manifestations était rapporté à une primo-infection à CMV sur une culture rapide du CMV positive (6 à 20 images) à partir du sang, confirmée par la culture lente. La sérologie montrait une séroconversion récente avec présence d'IgM confirmant le diagnostic. L'évolution clinique était spontanément favorable et les anomalies biologiques se normalisaient après 15 jours. À M3, la virémie CMV s'était négativée. À M3 et M6, les sérologies VIH et VHC étaient négatives. La virurie CMV persistait à M6.

Le second patient, âgé de 32 ans, consultait le 3/6/98, 48 heures après un accident d'exposition sexuelle à risque avec un partenaire séropositif pour le VIH ayant une charge virale indétectable depuis septembre 1996, traité par stavudine-lamivudine-nelfinavir depuis avril 1998. Un traitement était proposé associant zidovudine-lamivudine-indinavir pendant quatre semaines. Jusqu'à M3, l'état clinique était normal en dehors d'une asthénie modérée et de quelques nausées en début de traitement. À M3, une cytolysse (ALAT à 4N, ASAT à 2N), sans cholestase ni syndrome inflammatoire, était constatée. Les sérologies VIH, VHB, VHC, la PCR VHC restaient négatives. L'immunité pour l'EBV était de type ancienne. La culture rapide du sang était positive à CMV, ainsi que la culture des urines. Il existait une séroconversion récente pour le CMV avec présence d'IgM. À M6, les transaminases s'étaient normalisées, la virémie CMV s'était négativée mais la virurie persistait.

DISCUSSION

Ainsi en cas de survenue d'un syndrome fébrile, d'une cytolysse hépatique, d'un rash, ou d'un syndrome mononucléosique chez un patient recevant un traitement anti-rétroviral prophylactique, après un accident d'exposition à risque, le diagnostic de primo-infection à CMV doit être évoqué, au même titre que celui d'une contamination par le VIH, le VHB, le VHC, l'EBV ou d'une toxicité médicamenteuse.

Ces observations soulignent l'intérêt du suivi des personnes après exposition sexuelle au risque de transmission d'agents viraux. Elles permettent de rappeler que la transmission sexuelle, par relation homosexuelle ou hétérosexuelle, est un mode habituel reconnu de contamination par le CMV chez l'adulte [1, 2]. Hansfield a montré la similitude des souches virales des deux partenaires d'un couple par analyse du profil de restriction enzymatique de l'ADN viral [1]. Les observations décrites ici suggèrent que ce risque peut être plus élevé après exposition avec un partenaire homosexuel infecté par le VIH.

Il a en effet été rapporté une prévalence élevée de la séropositivité pour le CMV, 94 %, chez les patients homosexuels [3] et une excrétion accrue, environ deux fois plus fréquente, de CMV dans le sperme des patients homosexuels infectés par le VIH, par comparaison à des patients homosexuels séronégatifs pour le VIH [4]. Des constatations similaires ont été faites pour les sécrétions cervico-vaginales [5]. Il a été également suggéré que l'infection par le CMV pourrait augmenter la sensibilité à l'infection par le VIH.

Ces observations illustrent comment la mise en place d'un dispositif de surveillance peut conduire à identifier un risque de transmission d'un agent viral qui n'avait pas été initialement pris en compte. La recherche d'une virémie, d'une virurie et d'une séroconversion pour le CMV devrait donc être réalisée en même temps que la recherche des marqueurs d'infection par le VIH, le VHB ou le VHC, après un accident d'exposition sexuelle ou sanguine chez les patients séronégatifs pour le CMV [6]. En effet, le diagnostic de certitude de primo-infection à CMV peut permettre de rassurer la personne exposée, sur l'origine des manifestations qu'elle présente et leur bénignité. La primo-infection à CMV chez l'adulte immuno-compétent guérit, en effet, dans la très grande majorité des cas, sans séquelle et ne nécessite aucun traitement. L'affirmation de ce diagnostic permet d'informer le patient d'un certain risque de contagiosité, à considérer particulièrement en cas de contact avec une personne immunodéprimée ou une femme enceinte. Elle a de plus l'intérêt important de ne pas imputer les anomalies cliniques et biologiques observées au traitement prophylactique antirétroviral, et de ne pas compromettre sa poursuite durant le temps prescrit.

RÉFÉRENCES

- [1] Handsfield H.H., Chandler S.H., Caine V.A., Meyers J.D., Corey L., Medeiros E., McDougall J.K. – Cytomegalovirus infection in sex partners: evidence for sexual transmission. – *J. Infect. Dis.* 1985 ; 151 : 344-8.
- [2] Coonrod D., Collier A.C., Rhoda A., DeRouen T., Corey L. – Association between cytomegalovirus seroconversion and upper genital tract infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: a prospective study. – *J. Infect. Dis.* 1998 ; 177 : 1188-93.
- [3] Drew W.L., Mintz L., Miner R.C., Sands M., Ketterer B. – Prevalence of cytomegalovirus infection in homosexual men. – *J. Infect. Dis.* 1981 ; 143 : 188-92.
- [4] Rinaldo C.R., Kingsley L.A., Ho M., Armstrong J.A., Zhou S.Y.J. – Enhanced shedding of cytomegalovirus in semen of human immunodeficiency virus-seropositive homosexual men. – *J. Clin. Microbiol.* 1992 ; 30 : 1148-55.
- [5] Clarke L.M., Duerr A., Feldman J., Sierra M.F., Daidone B.J., Landesman S.H. – Factors associated with cytomegalovirus among human immunodeficiency virus type 1-seronegative and -seropositive women from an urban minority community. – *J. Infect. Dis.* 1996 ; 173 : 77-82.
- [6] Gerberding J.L. – Incidence and prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and cytomegalovirus among health care personnel at risk for blood exposure: final report from a longitudinal study. – *J. Infect. Dis.* 1994 ; 170 : 1410-7.