

SURVEILLANCE

22 SEPT 1999

LA LISTÉRIOSE HUMAINE EN FRANCE EN 1998

Données du Centre National de Référence des *Listeria*

Ch. Jacquet, F. Brouille, C. Saint-Clément, B. Catimel, J. Rocourt

INTRODUCTION

Le Centre National de Référence (CNR) des *Listeria* participe à la surveillance épidémiologique de la listériose humaine en France en évaluant l'incidence de cette infection, en surveillant l'évolution des différentes formes cliniques, en prenant part à l'étude de la transmission alimentaire et en détectant toute augmentation anormale du nombre de cas. Lors de l'augmentation du nombre de cas dus à des souches présentant les mêmes caractéristiques phénotypiques ou non, le CNR alerte immédiatement la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) (anciennement Réseau National de Santé Publique (RNSP)), la Direction Générale de l'Alimentation (DGA) et la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) ; si une augmentation du nombre de cas, due à une souche unique, est confirmée, un dispositif d'enquête épidémiologique associant ces différents intervenants est mis en place afin d'identifier le véhicule alimentaire à l'origine des cas [1]. Le CNR caractérise également un certain nombre de souches de *L. monocytogenes* d'origine alimentaire et l'intérêt de ce typage a été démontré lors des épidémies de 1993, 1995 et 1997 [2, 3].

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La surveillance de la listériose est effectuée à partir des souches envoyées par les biologistes hospitaliers (représentant 89 % des souches en 1998) et plus rarement par les biologistes privés.

Les cas de listériose sont classés en listériose périnatale et listériose non périnatale selon les définitions suivantes : un cas de listériose périnatale est un cas où *L. monocytogenes* est isolée d'un site le plus souvent normalement stérile de la femme enceinte ou du nouveau-né ou du fœtus, la mère et l'enfant comptant pour un seul cas ; les cas ne répondant pas à cette définition sont des cas de listériose non périnatale, avec isolement d'une souche de *L. monocytogenes* à partir, en principe, d'un site normalement stérile.

Un cas sporadique est un cas non épidémique. Un cas épidémique est lié à une augmentation du nombre de cas suffisante pour nécessiter une information médiatique des populations à risque, cette augmentation se traduisant par l'émergence d'un clone (souches appartenant au même lysovar et au même pulsovar).

Le plus souvent, l'information sur la forme clinique présentée par le patient est mentionnée sur la feuille de renseignements accompagnant une souche, et à défaut, elle est déduite du prélèvement d'où la souche a été isolée ou renseignée lors d'un appel téléphonique au biologiste expéditeur de la souche. Age du patient, affection sous-jacente, département de résidence, date de prélèvement sont également collectés sur la feuille de renseignements.

Pour le calcul des incidences en million d'habitants, la source des populations utilisée est l'estimation INSEE (via le BEH).

Les souches sont caractérisées en routine par sérotypie et lysotypie. Le typage moléculaire (principalement profils de macrorestriction d'ADN) est réservé aux situations épidémiologiques particulières.

LISTÉRIOSE HUMAINE EN 1998 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Nombre de cas

Deux cent trente cas sporadiques ont été recensés en 1998, à partir des souches reçues au CNR (Tab. 1). Selon ces données, l'incidence a été de 3,8 cas par million d'habitants.

Centre National de Référence des *Listeria*, Centre Collaborateur de l'OMS pour la listériose d'origine alimentaire, Institut Pasteur, 25-28, rue du Docteur Roux, 75724 Paris Cedex 15.

Tableau 1. Nombre de cas sporadiques, incidence et répartition des formes périnatales et non périnatales depuis 1987 en France métropolitaine

Année	Nombre total de cas (nombre de cas épidémiques)	Incidence (par million d'habitants)	Formes périnatales nb (%)	Formes non périnatales nb (%)
1987*	366	6,3	185 (51)	181 (49)
1988*	397	7,1	171 (43)	226 (57)
1989*	409	7,3	192 (47)	217 (53)
1990*	305	5,4	111 (36)	194 (64)
1991*	387**	6,8	170 (44)	216 (56)
1992	457 (276)	7,9	154 (34)	303 (66)
1993	451** (38)	7,9	144 (32)	306 (68)
1994	336	5,9	73 (22)	263 (78)
1995	301 (37)	5,2	61 (20)	240 (80)
1996	220	3,8	59 (27)	161 (73)
1997	228 (14)	3,9	53 (23)	175 (77)
1998	230	3,8	47 (20)	183 (80)

* Données issues du CNR de Nantes.

** Un cas sans information sur la forme clinique en 1991 et en 1993.

Répartition temporelle des cas

La distribution trimestrielle du nombre de cas sporadiques de listériose en 1998 montre une légère augmentation pour les deuxième et troisième trimestres (1^{er} trimestre : 48 cas, 2^e trimestre : 65 cas, 3^e trimestre : 66 cas et 4^e trimestre : 51 cas).

Répartition géographique

Selon la région, l'incidence a varié de 1,4 à 8,4 cas par million d'habitants. Auvergne, Basse-Normandie et Pays de Loire étaient les régions avec les incidences les plus élevées ; Limousin, Lorraine et Provence-Alpes-Côte d'Azur avaient les plus basses incidences (Fig. 1).

Répartition suivant la forme clinique

Formes périnatales : 47 cas (20 % des cas de listériose).

Formes non périnatales : 183 cas (80 % des cas de listériose), dont 112 (61 %) bactériémies, 55 (30 %) infections du système nerveux central et 16 (9 %) autres formes. Bien qu'un certain nombre de publications mentionne des cas de diarrhée à *L. monocytogenes*, aucune souche isolée de cas de diarrhée n'a été adressée au CNR.

Parmi les 140 cas (77 %) pour lesquels l'information sur une affection sous-jacente ou concomitante était renseignée, 9 % n'avait pas de terrain connu. Cancer, cirrhose, éthyliisme, diabète, dialyse, transplantation d'organes et traitement immunosuppresseur, en association ou non, ont été mentionnés pour 77 % de ces 140 cas.

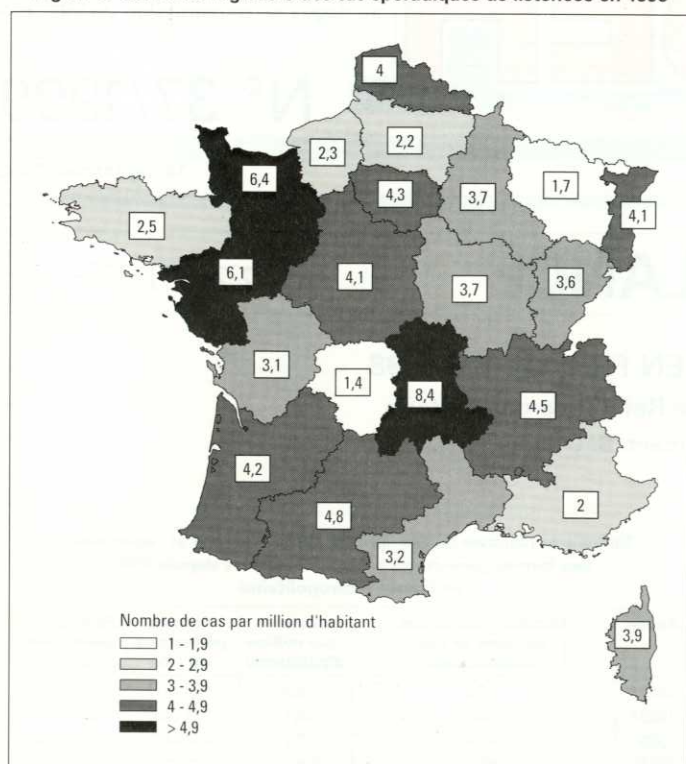
En 1998, la distribution des formes non périnatales par âge a montré que 71 % des cas sont apparus après 60 ans, 25 % entre 21 et 60 ans, et 4 % avant 20 ans, toutes formes cliniques confondues. Soixante sept pour cent des patients étaient de sexe masculin.

Caractéristiques antigéniques des souches

La distribution des sérovars est la suivante :

– 115 cas (50 %) dus à des souches du sérogroupe 1/2 : sérovar 1/2a, 65 cas ; sérovar 1/2b : 37 cas ; sérovar 1/2c : 12 cas et sérovar 1/2 immobile, 1 cas ;

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



- 3 cas (1 %) dus à des souches du sérotype 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 sérovats, 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 sérovats 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 sérovats 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., Rebière 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., Rebière I., Jacquet Ch., Moyse 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-Clément 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. Leport¹, 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 Leport, 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-