

SURVEILLANCE

LE BOTULISME EN FRANCE EN 1997

Jérôme SALOMON¹, Elisabeth DELAROCQUE-ASTAGNEAU¹, Michel POPOFF² et Jean-Philippe CARLIER²

1. Modalités et qualité du système de surveillance

Le principal outil de surveillance du botulisme est la déclaration obligatoire. Par ailleurs, le Centre National de Référence des anaérobies (CNR) a transmis au RNSP pour l'année 1997 les recherches de toxine positives sur les prélèvements d'origine humaine.

1.1. Objectifs de la déclaration obligatoire

La déclaration permet à la DDASS et au service vétérinaire départemental d'enquêter pour identifier l'aliment responsable, de retirer les restes éventuels d'un aliment de production familiale contaminé ou de retirer de la vente un aliment de production industrielle ou artisanale qui serait incriminé.

1.2. Définition de cas

Le diagnostic clinique d'un seul cas doit donner lieu à une déclaration. La déclaration peut être faite en l'absence de confirmation de laboratoire. Un foyer de botulisme est défini par un ou plusieurs cas liés à un repas ou à un aliment commun. Une seule fiche est utilisée pour déclarer tous les cas liés à la consommation d'un même aliment ou repas.

1.3. Qualité du système de surveillance

1.3.1. Proportion de fiches reçues et respect des critères

En 1997, 16 cas ont fait l'objet d'une déclaration par minitel : 8 fiches de déclaration relatives à ces foyers, correspondant à 17 cas, ont été reçues par la suite au RNSP et font l'objet de l'analyse.

Pour les foyers notifiés par le CNR (et non communs avec la DO), seules la taille et la répartition géographique des foyers sont présentées.

1.3.2. Exhaustivité et représentativité de la déclaration

Aucune étude sur l'exhaustivité et la qualité de la déclaration obligatoire n'a été réalisée. Cependant, en 1997, 8 foyers ont fait l'objet d'une déclaration et de la transmission d'une fiche au RNSP et 9 ont été notifiés par le CNR des anaérobies ; 4 foyers seulement sont communs aux deux sources.

1.3.3. Délai de déclaration

Seulement 3/8 (37 %) foyers ont été déclarés dans la semaine suivant le début des signes. Le délai moyen de déclaration est de 27 jours et varie de 6 à 80 jours.

2. Principales caractéristiques épidémiologiques

2.1. Évolution du nombre de foyers

Sur la période 1993-1997, le nombre de foyers de botulisme déclarés a varié entre 5 (en 1996) et 13 (1994) (figure 1).

2.2. Taille des foyers

Au total, les 8 foyers déclarés en 1997 représentent 17 cas. Six des foyers déclarés ne sont constitués que d'un cas. Un foyer est constitué de 4 cas et un autre de 7 cas.

En associant les deux sources de données que constituent la DO et les notifications au CNR on recense 22 cas en 1997.

2.3. Répartition par âge et sexe

Parmi les cas ayant fait l'objet d'une déclaration, l'âge moyen est de 37 ans (18 à 69 ans). L'âge n'est pas renseigné pour un cas (il s'agit probablement d'un enfant, le médecin déclarant étant pédiatre). Le ratio homme/femme est de 1,1.

Deux cas de botulisme, non déclarés mais recensés par le CNR, ont été observés chez de jeunes enfants (2 et 7 ans).

2.4. Répartition géographique

Les deux foyers les plus importants, 7 et 4 cas, ont été respectivement déclarés par les départements de la Saône et Loire et de l'Yonne pour le premier et les départements de la Haute-Vienne et de la Meurthe et Moselle pour le second. Les autres foyers ont été déclarés par les départements de la Seine maritime, de l'Aveyron, de la Haute-Vienne, de la Marne, des Yvelines et du Bas-Rhin.

Parmi les cinq foyers identifiés par le CNR et n'ayant pas fait l'objet d'une déclaration, un foyer est survenu dans le département du Nord, un dans les Côtes d'Armor et un dans la Vienne et deux dans les Hauts de Seine.

2.5. Éléments du diagnostic

2.5.1. Signes cliniques

Des troubles digestifs ont été observés dans 16/17 cas (94 %). Il s'agissait de troubles du transit : diarrhée dans 4/17 cas (24 %) ou constipation dans 2/17 cas (12 %), de vomissements dans 4/17 cas (24 %) et de dysphagie dans 10/17 cas (59 %). Des troubles visuels ont été notés dans 15/17 cas (88 %) ; il s'agissait d'une diplopie ou de troubles de l'accommodation dans 8/17 cas (47 %). Une mydriase aréactive était signalée dans 7/17 cas (41 %). Un ptosis a été signalé une fois. Un cas de paralysie faciale a été observé. Des

atteintes motrices périphériques accompagnées d'une paralysie diaphragmatique ont été rapportées dans les deux cas de botulisme sévère ayant nécessité une assistance respiratoire.

2.5.2. Confirmation du diagnostic

Le diagnostic a été confirmé en évidence de toxine botulinique dans 6 des 8 foyers déclarés (75 %) : la toxine a été identifiée dans le sérum des cas dans cinq foyers et uniquement dans l'aliment dans un foyer. Il s'agissait d'une toxine de type B dans quatre foyers et de type E dans 2 foyers.

En dehors des cas communs déclarés au RNSP, le CNR a identifié 5 fois de la toxine botulinique dans des sérums humains. Il s'agissait d'une toxine de type B pour trois cas et de type A pour deux cas.

2.6. Pronostic

Tous les cas déclarés ont été hospitalisés, dont 3 en unité de soins intensifs. Aucun patient n'est décédé. La gravité modérée des signes cliniques et l'absence de décès sont en relation avec une atteinte par la toxine de type B qui donne des manifestations cliniques moins sévères que le type A ou E [1]. Les deux cas de botulisme E ont été hospitalisés en unité de soins intensifs pour une période prolongée et ont tous deux eu besoin d'une assistance respiratoire.

2.7. Aliment en cause

Un aliment a été suspecté ou identifié dans 6 foyers sur 8 (75 %). Il s'agissait de jambon dans 4 foyers, de coquilles Saint-Jacques dans 1 foyer (type E) et de conserve de haricots verts dans 1 foyer. Les aliments impliqués étaient de préparation familiale dans la moitié des foyers et commerciale dans l'autre moitié (production artisanale pour 2 foyers et industrielle dans 1 foyer).

3. « Investigation des 2 foyers les plus importants »

Sur les 8 foyers déclarés, les deux foyers responsables du plus grand nombre de cas et survenus en novembre 1997 ont fait l'objet d'une investigation complète par les services vétérinaires. Pour le foyer responsable de 7 cas, les symptômes sont apparus 48 heures après le repas potentiellement contaminant ; le taux d'attaque était de 70 % (7/10). La toxine n'a pas été identifiée dans les aliments et le véhicule suspecté était un jambon salé de fabrication artisanale.

Pour le deuxième foyer de 4 cas, également survenu au décours d'un repas familial, le taux d'attaque était de 22 % (4/18). Les symptômes sont apparus trois à quatre jours après le repas potentiellement contaminant. Une toxine botulinique de type B a été identifiée dans un jambon salé de fabrication artisanale. Les services vétérinaires ont souligné les conditions de fabrication précaires dans lesquelles le jambon avait été préparé. De nombreuses erreurs ont été associées : contamination profonde de la carcasse lors de la saignée, stress à l'abattage, absence de contrôle lors de la salaison, absence de fumage, absence de réfrigération. Cette toxo-infection confirme les risques sanitaires liés à la préparation artisanale de jambon lorsque les bonnes pratiques ne sont pas respectées.

4. Conclusions

La déclaration doit être incitée et les délais de déclaration réduits afin d'augmenter les possibilités d'identification du produit responsable.

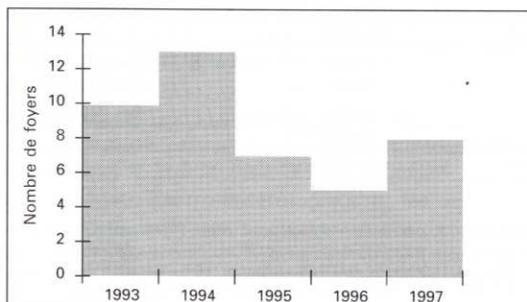
Les deux foyers les plus importants ont fait l'objet d'une investigation complète. Il est important de souligner que chaque cas de botulisme devrait faire l'objet d'une enquête afin de déterminer si des mesures rapides de prévention doivent être prises.

Deux foyers de botulisme de type E ont été déclarés en 1997. Le botulisme de type E est rarement observé en France, en effet, aucun foyer de botulisme E n'avait été déclaré depuis 1987 ; il est souvent véhiculé par des produits issus de la mer et responsable de formes sévères.

5. Références

[1] Woodruff BA, Griffin PM, McCroskey LM et al. Clinical and laboratory comparison of botulism from toxin A, B and E in the United States, 1975-1955. *J Infect Dis*, 1992 ; 166 : 1281-6

Figure 1 - Évolution du nombre de foyers de botulisme déclarés en France de 1993 à 1997



1. Réseau national de santé publique, Hôpital National de Saint-Maurice, 12, rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice cedex.

2. Centre National de Référence des bactéries anaérobies, Institut Pasteur, 28, rue du docteur Roux, 75724 Paris cedex 15.