



LE POINT SUR...

LA PROPHYLAXIE DE LA RAGE HUMAINE EN FRANCE EN 1991

P. ROLLIN et P. SUREAU

Centre national de référence pour la rage, Institut Pasteur, Paris

En 1991, le Centre national de référence pour la rage a recueilli les informations épidémiologiques concernant les sujets ayant consulté un des centres de traitement antirabique de France pour une suspicion de contamination. Au cours de l'année considérée, 15 660 personnes sont venues consulter pour morsures, griffures ou simple contact avec un animal en France. Du fait du diagnostic de rage porté chez l'animal en cause, ou, plus fréquemment du fait de l'impossibilité de mise sous surveillance vétérinaire de cet animal, un traitement antirabique a été instauré pour 9 661 (62 %) d'entre eux.

Âge et sexe

Respectivement, 37 % des consultants et 36 % des sujets traités ont moins de 20 ans, 45 % et 46 % ont de 20 à 50 ans et 18 % ont plus de 50 ans. Les sujets de sexe masculin forment la majorité des consultants (58 %) et des traités (59 %). Ces chiffres semblent être réguliers au cours des années.

Modes de contamination

Les morsures sur peau nue sont à l'origine de 68 % des consultations et de 63 % des mises en traitement. Le reste concerne des griffures, léchages, morsures à travers des vêtements ou de simples contacts avec des animaux suspects.

Espèce animale et confirmation du diagnostic

Les suspicions de contamination ayant pour origine un carnivore domestique sont la cause de la majorité des consultations (83 %) et des mises en traitement (78 %). Les animaux sauvages n'ont été en cause que pour 9 % des consultations et 12 % des traitements, dont respectivement 4 % et 6 % ayant pour origine des renards (qui représentent plus de 78 % des animaux enragés en 1991). L'animal responsable de la contamination n'a été confirmé enragé au laboratoire que pour 16 % des sujets mis en traitement. Alors que les animaux non examinables (« animaux disparus ») sont responsables de 45 % des mises en traitement.

Les traitements

Le début du traitement a eu lieu dans 41 % des cas dans les 24 heures suivant la suspicion de contamination et dans 36 % entre 2 et 5 jours. Parmi les personnes ayant subi un traitement complet, 9 014 (93 %) ont reçu un traitement vaccinal et 615 un traitement sérovaccinal. Deux types de vaccins ont été utilisés en 1991 : le vaccin sur cellules diploïdes humaines (294 sujets : 3 %), et surtout, le vaccin produit sur cellules Vero (9 329 : 97 %). En cas de sérothérapie, les gammaglobulines humaines (Centre de transfusion sanguine de Nancy-Brabois) ont été utilisées dans 98 % des cas, les autres sujets ont reçu le sérum équin purifié (Pasteur-Mérieux, sérums et vaccins). La vaccination antirabique est très bien supportée : sans réaction dans 99 % des cas, réactions locales à types de rougeurs, douleurs et réactions générales à type de fièvre, fatigue, malaise sont rapportés dans 1 % des cas. Aucun échec de traitement n'a été signalé.

CAS DE RAGE IMPORTÉS

Mexique

Lors d'un séjour touristique au Mexique, un homme de 28 ans et sa compagne ont tous les 2 été mordus par un chien errant, trouvé blessé au

bord de la route, le 20 décembre 1990. Aucune mesure thérapeutique préventive vis-à-vis de la rage n'a été pratiquée. Le 5 février 1991 (47 jours après la morsure), l'homme se plaint de fièvre et de diarrhées calmées par un traitement symptomatique. Le 12 février, la jeune femme remarque chez son compagnon des troubles du comportement avec des alternances de périodes d'apathie et d'agitation, accompagnés de mouvements anormaux des membres supérieurs. En quelques jours apparaissent insomnies, anorexie et hydrophobie. À son retour en France, le 17 février, et à son admission à l'hôpital, malgré la déshydratation, le patient refuse toute boisson et présente des spasmes pharyngés et une hypersialorrhée. Le malade décède rapidement. Le diagnostic de rage a été confirmé par immunofluorescence directe et isolement du virus à partir d'une biopsie cérébrale. La compagne du patient a reçu une séro-vaccination dès que le diagnostic de rage a été porté et n'a présenté aucun symptôme anormal malgré ce traitement très tardif. Elle n'avait certainement pas été contaminée.

Algérie

Le 23 avril 1992, un enfant de 3 ans 1/2 vivant en Algérie est transféré d'un hôpital de Batna (Algérie) à l'unité de soins intensifs de l'hôpital Necker-Enfants-Malades (Paris, France) pour une encéphalite virale d'étiologie indéterminée. Les premiers symptômes, parmi lesquels hydrophobie et aéro-phobie, sont apparus le 15 avril et ont conduit à l'hospitalisation à Batna, le 19 avril. Le jeune garçon est mort le 9 mai, 25 jours après le début des symptômes et 17 jours après son hospitalisation à Necker.

La détection d'anticorps spécifiques dans le sérum et le liquide céphalorachidien (L.C.R.) était négative le 24 avril mais, à partir du 5 mai, des anticorps étaient détectables dans le sérum. Les biopsies de peau et calques cornéens pratiqués les 5 et 9 mai sont restés négatifs par le test d'immunofluorescence. Aucun virus n'a pu être isolé des L.C.R. prélevés les 24 et 27 avril, 5 et 9 mai. Des prélèvements de salive ont été effectués journalièrement entre le 5 et le 9 mai. De l'antigène rabique n'a été détecté (R.R.E.I.D.) que sur ceux des 7 et 9 mai.

Un échantillon de substance nerveuse obtenu par ponction rétro-orbitaire post-mortem a permis de confirmer le diagnostic de rage par les tests d'immunofluorescence indirecte, isolement sur cellules et souris, détection d'antigène (R.R.E.I.D.).

Parmi le personnel hospitalier et les membres de la famille résidant à Paris, 143 traitements antirabiques après exposition ont été pratiqués. Ce nombre important est lié à la longue durée de l'hospitalisation avant que le diagnostic de rage n'ait été porté et à la manipulation sans précautions de prélèvements biologiques par le personnel de laboratoire.

L'enfant avait été poursuivi et renversé par un chien le 17 mars dans son village (Khenchela, Algérie). Il présentait une plaie du front, mais les témoins n'ayant pas observé de morsures ou léchage, aucun traitement antirabique n'avait été pratiqué. L'enquête épidémiologique, à postériori, a révélé que le chien en cause, contrairement aux premières affirmations, était mort (ou avait été tué par la famille) peu après cet épisode. Ce chien a pu également être à l'origine de la mort d'un autre enfant décédé fin avril avec des symptômes compatibles avec le diagnostic de rage.

COMMENTAIRES

Aucun cas de rage humaine autochtone n'a été observé en France depuis 1968, date à partir de laquelle la rage animale a été à nouveau observée dans

notre pays. La prophylaxie de la rage humaine s'effectue donc de manière satisfaisante du point de vue thérapeutique.

Cette année encore, plus de la majorité des traitements (5,005 ; 61 %) ont été débutés pour des suspicions de contamination par des carnivores domestiques « non examinables », 361 traitements pour suspicion de contamination par des rongeurs alors que ces animaux ne sont pas impliqués dans le cycle de la rage en France.

Les indications de la vaccination antirabique à titre préventif, classiquement réservée aux professions exposées au risque rabique (vétérinaires, gardes-chasses, maîtres-chiens, animaliers, etc.) doivent être étendues aux voyageurs se rendant, **pour un séjour long**, dans des zones d'endémie rabique canine, principalement les régions tropicales. Les sujets se rendant dans ces mêmes zones pour un court séjour, doivent bénéficier de conseils aux voyageurs incluant la conduite à tenir en cas de morsure ; le cas de rage humaine survenu au Mexique en est la meilleure preuve.

Un renard enragé dans le Cher après 16 mois de silence !

Information communiquée par le C.N.E.V.A., laboratoire d'études sur la rage.

Le 30 avril, M. L., qui habite une propriété isolée sur la commune d'Allogny, dans le Cher, trouve un renard mort dans son jardin. L'animal, qui a réussi à franchir la clôture doublée d'un fil électrique, a été tué la nuit par des chiens.

M. L. dont l'attention avait été attirée par les aboiements et le comportement anormal de ce renard qui rôdait depuis plusieurs jours autour de sa maison, apporte le cadavre à la Direction des services vétérinaires.

Le prélèvement adressé au laboratoire de Malzéville permet un diagnostic de certitude : le renard était enragé.

Ce cas est survenu dans une zone :

- qui n'a jamais été contaminée depuis l'arrivée de la rage vulpine en France ;
- qui n'a jamais été soumise à une vaccination des renards ;
- qui n'était pas considérée comme menacée.

Les cas de rage les plus récents sont localisés à quelque 100 km au nord, au-delà de la Loire, large en cet endroit.

Le dernier cas de rage enregistré dans ce département était un renard, à 30 km de là, mais 16 mois auparavant (en décembre 1990).

Depuis cette date, aucun cas n'a été diagnostiqué malgré l'envoi régulier de prélèvements :

- en 1991, 123 renards, 11 autres animaux sauvages, 34 chats, 13 chiens, 12 bovins et 6 autres animaux domestiques ;
- en 1992, de janvier à avril : 10 renards et 14 autres animaux sauvages et domestiques.

La vigilance s'est donc exercée sans discontinuer en tirant en particulier profit de la motivation d'un public généralement conscient de la proximité de la zone d'enzootie de rage et du danger qu'elle représentait. Il apparaît donc peu vraisemblable que pendant 16 mois la rage ait progressé sans provoquer des incidents qui, à notre sens, auraient été signalés. Il n'apparaît pas davantage vraisemblable que la rage se soit rapidement déplacée de plus de 100 km sans que nous n'ayons pu suivre sa trace, franchissant les ponts comme nous pouvons le constater rétrospectivement dans d'autres situations.

Faut-il croire alors à un déplacement artificiel de renards ? Le fait ne serait pas nouveau. Un promeneur inconscient peut fort bien avoir pris devant un terrier un renardeau au regard si attendrissant dans la zone d'endémie (si proche en voiture)... puis il aurait ensuite relâché ce compagnon charmant mais turbulent et déprédateur. À moins qu'il s'agisse du relâché d'un renardeau déterré lors d'action de chasse ?

Quoi qu'il en soit, il va nous falloir maintenant vacciner les renards de cette zone : il s'agit là d'une dépense importante.

Cet incident souligne une fois de plus la nécessité de toujours informer le public sur les graves conséquences que peut avoir un transport de carnivore sauvage.

ENQUÊTE

REGISTRE DU CANCER DE L'ISÈRE (*)

F. MÊNÉGOZ, secrétaire du réseau FRANCIM

INTRODUCTION

Il est essentiel, pour mettre en œuvre une politique de santé cohérente, de connaître la part prise par le cancer par rapport aux autres maladies. Les statistiques de **mortalité** apportent des informations largement disponibles à travers le monde. Elles sont centralisées par l'O.M.S. à Genève. Elles jouent un rôle non négligeable pour connaître le poids du cancer sur la santé au niveau national, et au niveau mondial. Elles ont cependant des limites, ce qui justifie la mise au point de statistiques, non plus au moment du décès, mais au moment de l'apparition du cancer. Les registres des cancers sont ainsi chargés de mettre au point les statistiques de **morbidity**. Le registre du Connecticut, le plus ancien registre dans le monde, a vu le jour en 1936, et celui du Danemark, le plus ancien en Europe, en 1942. Le premier registre du cancer en France est celui du Bas-Rhin (Pr. P. Schaffer), qui a commencé à publier des données d'incidence pour l'année 1975, soit 40 ans après le Connecticut.

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Les chiffres de mortalité présentent l'inconvénient de sous-estimer la fréquence de la maladie dans la population. En effet, pour la période 1978-1982, la comparaison des chiffres de 5 registres français fait apparaître que (cancers de la peau exclus) l'incidence pour le sexe masculin est de 370/100 000, et la mortalité* seulement de 297/100 000. La mesure de l'impact du cancer sur la santé des hommes est donc sous-estimée de près de 20 % par les chiffres de mortalité en France. Comme, décès ou pas, les malades sont pris en charge par le système de soins, cette notion a son importance. Pour le sexe féminin, ces chiffres sont respectivement de 232 et 136, soit une sous-estimation de 40 %.

Un autre inconvénient des chiffres de mortalité, est qu'ils se situent plus à distance dans le temps d'un facteur causal éventuel, rendant sa recherche plus difficile. C'est pour cette raison que les études d'épidémiologie analytique s'adressent plus souvent aux données d'incidence qu'aux données de mortalité.

Les chiffres de mortalité gardent cependant de l'importance, car ils existent à l'échelon de tous les départements, alors qu'il est hors de question de susciter des registres de morbidité dans tous les départements du fait des dépenses très élevées qui en résulteraient.

ORGANISATION DES REGISTRES DES CANCERS EN FRANCE

Jusqu'en 1982, le nombre des registres en France était limité à 5 : Bas-Rhin, Côte-d'Or, Doubs, Calvados et Isère. Depuis 1982, ce chiffre a rapidement augmenté, puisqu'en 1988, le Comité national des registres dénombrait plus de 25 structures pratiquant un enregistrement du cancer. En 1991, le réseau

des registres français (FRANCIM), regroupant les registres dont la qualité scientifique a été reconnue par le Comité national des registres, comprenait 16 registres, dont 8 spécialisés et 8 généraux (carte n° 1). Les registres spécialisés de ce réseau s'intéressent aux cancers digestifs, aux hémopathies malignes, aux cancers de l'enfant, aux cancers gynécologiques et aux cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Dans un premier temps, en l'absence de politique officielle, les registres se sont mis en place à la suite d'initiatives locales. Puis le Comité national des registres, structure mixte émanant de la Direction générale de la Santé et de l'I.N.S.E.R.M., a émis en 1987 un avis sur l'intérêt que représentent les registres pour la recherche et la santé publique. Suite à cet avis, 6 registres ont obtenu un financement public national et sont devenus des équipes associées à l'I.N.S.E.R.M. et à la Direction générale de la Santé (Bas-Rhin, Bourgogne [digestif], Calvados, Doubs, Isère, Martinique). En 1990, sont

Carte 1. - Registre des cancers, membres du réseau FRANCIM (1991-1992)



(*) Registre du cancer de l'Isère, 21, chemin des Sources, 38240 Meylan.