

# Poliomyélite : état des lieux en France en 2005

Nicole Guérin<sup>1</sup>, Michel Rey<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Comité technique des vaccinations, Paris

<sup>2</sup> Commission nationale de certification de l'éradication de la poliomyélite, Paris

Depuis la dernière revue de la situation vis-à-vis de la poliomyélite en France, en novembre 2000 [1] la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été déclarée exempte de poliomyélite le 21 juin 2002. Les politiques vaccinales nationales, les modalités de surveillance de la couverture vaccinale, de la surveillance épidémiologique et de la conduite à tenir devant un cas suspect sont rappelées ici.

## LE CALENDRIER VACCINAL ET LA COUVERTURE VACCINALE

En France, l'obligation de vaccination contre la poliomyélite a été instituée par la loi N° 64-643 du 1<sup>er</sup> juillet 1964 [article L. 3111-3 du Code de la santé publique (ancien article L. 7-1)]. Le calendrier vaccinal actuel inclut 3 doses de vaccin injectable inactivé (VPI) à l'âge de 2, 3 et 4 mois, un premier rappel à 16-18 mois, un 2<sup>ème</sup> rappel à 6 ans, un 3<sup>ème</sup> à 11-13 ans et un 4<sup>ème</sup> à 16-18 ans. Après cet âge, une dose de rappel est recommandée tous les 10 ans tout au long de la vie [2].

Depuis 1994, la couverture vaccinale à 24 mois se maintient à des taux élevés (97 % pour les 3 premières doses et 89 % pour 3 doses et premier rappel, données nationales Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé, Dresss 2003).

En revanche, une enquête récente portant sur les patients vus en consultation pour une vaccination DTpolio a montré une couverture vaccinale des adultes moins élevée. Sur 6 269 adultes inclus dans l'enquête (âge moyen 45 ans +/- 15 ans), 92,6 % avaient été vaccinés contre la poliomyélite, mais seuls 63,4 % étaient à jour de leurs rappels [3]. Ces résultats sont en accord avec les données d'une enquête sérologique européenne (*European Sero-Epidemiology Network, ESEN, 1998*) : après 50 ans, 8 à 16 % des personnes sont négatives vis-à-vis du sérotype 1, 6 à 11 % négatives vis-à-vis du type 2, 10 à 21 % vis-à-vis du type 3. La recommandation de poursuivre la vaccination des nourrissons pour maintenir la couverture des trois premières doses supérieure à 95 % et d'améliorer l'entretien de l'immunité de adultes par rappels décennaux se justifie donc pleinement : les dernières épidémies survenues en Europe concernaient bien sûr des pays où la couverture vaccinale des jeunes enfants était insuffisante (Albanie, 1995-1996) mais aussi des pays où la couverture vaccinale, globalement élevée, cachait des poches de populations non vaccinées pour des motifs religieux (Pays-Bas, 1992-1993). De plus, de nombreux cas surviennent encore, sous forme endémo-épidémique, dans les pays d'Afrique subsaharienne et dans le sous-continent indien, constituant un réservoir de virus et faisant persister le risque d'exportation de cas vers d'autres pays.

## DÉCLARATION DES CAS

La déclaration des cas est obligatoire depuis 1938 ; les critères de déclaration ont été modifiés en 2003, incluant désormais :

- Poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique ;
- Isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale.

La fiche de déclaration a été anonymisée (disponible en ligne sur le site de l'Institut de veille sanitaire, InVS : [http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche\\_poliomyelite.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/fiches/fiche_poliomyelite.pdf))

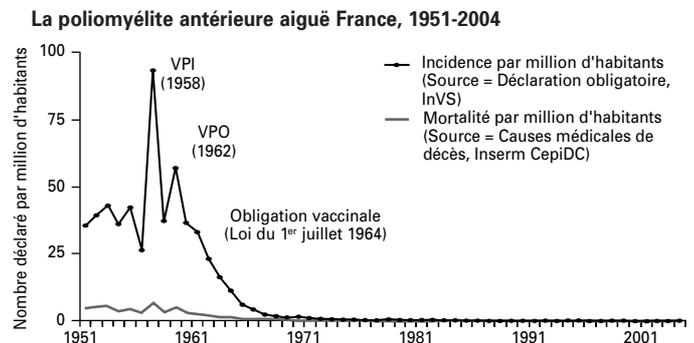
Cette fiche recueille des informations sociodémographiques sur le patient, la description de la clinique, l'évolution et l'évaluation des séquelles, le bilan biologique /virologique, la situation vaccinale du malade et de son entourage, et les notions de séjour en pays endémique et de contagion. Les données épidémiologiques [4] en France sont rappelées sur la figure 1.

## CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS CLINIQUEMENT SUSPECT OU UN ISOLEMENT DE POLIOVIRUS

Le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë est une urgence, tant pour le patient en raison des conséquences fonctionnelles de la maladie, que pour son entourage, en raison des mesures de prévention à mettre en place sans attendre la confirmation du cas.

**Tout cas cliniquement suspect de poliomyélite aiguë doit être immédiatement signalé au médecin inspecteur de santé publique de la Direction des affaires sanitaires et sociales, Ddass (décret du 06-05-1999) qui doit lui-même, sans attendre, alerter les autorités sanitaires (Direction générale de la santé (DGS) et InVS).**

Figure 1



## Suspicion clinique de poliomyélite aiguë

Le plus souvent asymptomatique, cette infection peut s'exprimer par des signes infectieux aigus peu caractéristiques. Les cas de paralyse, très minoritaires, sont en fait à peu près les seuls à pouvoir faire évoquer le diagnostic de poliomyélite.

Les formes non paralytiques se manifestent par un épisode fébrile aigu, éventuellement accompagné d'algies diffuses (myalgies, rachialgies), de diarrhée, de signes méningés. La notion d'un séjour récent dans un pays endémique associée ou non à une vaccination insuffisante permet d'évoquer la poliomyélite.

Les formes paralytiques se caractérisent par l'installation rapide (< 48 h, suivant ou non un bref épisode infectieux, en l'absence de traumatisme) de paralysies flasques aiguës, souvent localisées aux membres inférieurs mais pouvant toucher tous les muscles, y compris les muscles respiratoires. Elles sont généralement asymétriques, motrices pures, rapidement amyotrophiantes, non évocatrices d'un syndrome de Guillain-Barré, d'une compression médullaire aiguë, d'une myélite transverse aiguë. La notion d'un séjour récent dans un pays encore ou nouvellement endémique, ainsi que l'absence ou l'insuffisance de la vaccination, confortent la suspicion de poliomyélite. Une vaccination récente du patient ou de son entourage par le vaccin polio oral (VPO) peut être à l'origine de paralysies post-vaccinales.

## Informations à recueillir et bilan à pratiquer chez le patient suspect

### Informations à recueillir pour tout patient suspect [5]

Statut vaccinal du patient : nombre de doses de VPO ou VPI, dates et numéros de lots. Une dose de VPO reçue par le patient dans les 30 jours précédant le début des signes, ou par quelqu'un de son entourage, dans les 60 jours antérieurs peut faire suspecter une paralysie post-vaccinale.

Voyages effectués dans les 30 jours précédant le début des signes.

Terrain et pathologies chroniques (immunodépression).

### Bilan biologique du cas suspect

- Recherche de poliovirus dans les selles : un premier prélèvement doit être effectué le plus tôt possible (dans les 7 jours après le début des signes), suivi d'un 2<sup>ème</sup> prélèvement à 24-48 h d'intervalle. Chaque échantillon doit avoir le volume d'une noix, être placé dans un flacon sec, propre, hermétique, et entreposé dans un réfrigérateur. A défaut, on effectuera un écouvillonnage rectal. Le prélèvement doit être envoyé au laboratoire de virologie le plus proche, et lui parvenir dans les 72 h suivant le recueil. Si ce délai ne peut être respecté, le prélèvement doit être congelé à -20°C et expédié congelé au laboratoire. Le prélèvement doit être accompagné d'une fiche précisant : nom, prénom, âge, sexe, statut vaccinal et signes cliniques présentés par le patient, ainsi que les nom et adresse du prescripteur. Les entérovirus isolés par les laboratoires de virologie seront adressés au Centre national de référence (CNR) des Entérovirus pour complément d'identification (*Pr B. Lina, Laboratoire de Virologie, Domaine Rockefeller, 8 avenue Rockefeller, 69373 Lyon Cedex 08*).

Les prélèvements nasopharyngés, pour culture d'entérovirus, constituent un examen complémentaire utile.

- Recherche d'entérovirus dans le Liquide céphalo-rachidien (LCR) : la détection d'un entérovirus par PCR doit être complétée par une deuxième PCR pour identifier un poliovirus (avec conservation impérative d'un deuxième tube de LCR au congélateur)

- Recherche d'une séroconversion ou d'une augmentation significative (au moins x 4) d'anticorps neutralisants (spécifiques des poliovirus) : un premier prélèvement sérologique doit être réalisé immédiatement et un deuxième échantillon 15 jours plus tard.

**Mesures de contrôle à mettre en œuvre immédiatement.**

Autour d'un cas suspect de poliomyélite, il n'existe pas de mesure d'hygiène spécifique à prendre en plus du strict respect des précautions standard<sup>1</sup>, avec désinfection simultanée de tous les objets souillés par des déjections du patient. L'élimination des déchets peut s'opérer selon les normes habituelles. Le recours à la chambre isolée est rarement justifié.

**Conduite à tenir vis-à-vis de l'entourage d'un cas suspect de poliomyélite (sans attendre les résultats des tests effectués pour confirmer le cas)**

L'entourage du cas est défini comme toute personne vivant à proximité du patient, vivant sous le même toit, partageant les mêmes sanitaires, et/ou fréquentant les mêmes lieux collectifs (crèches, écoles maternelles, institutions spécialisées, internats, même classe dans l'établissement scolaire), à l'exclusion des milieux professionnels.

- Informations à recueillir : recherche d'autres cas suspects dans l'entourage du cas et vérification du statut vaccinal des personnes de l'entourage, incluant la recherche de vaccination par le VPO dans les 2 mois précédents.

- Bilan à réaliser : prélèvement systématique, chez toute personne vivant sous le même toit que le cas suspect, de 2 échantillons de selles, de façon contemporaine aux examens réalisés chez le patient. Si le cas suspect fréquentait une crèche ou une maternelle, les prélèvements seront aussi pratiqués chez toutes les personnes fréquentant cet établissement.

- Mesures de contrôle à mettre en œuvre immédiatement : mise à jour du statut vaccinal de l'entourage avec le VPI.

**Cas confirmé ou isolement d'un poliovirus par un laboratoire**

Tout polio virus isolé dans un laboratoire de virologie, qu'il soit ou non typé sur place doit être envoyé au Centre national de Référence (CNR) des Entérovirus de Lyon, pour identification du virus. Le résultat est confirmé par le Centre Européen OMS de la poliomyélite (RKI-Berlin, Allemagne) auquel toutes les souches de poliovirus sauvages ou vaccinales doivent être adressées dans les délais les plus brefs.

**S'il s'agit d'un poliovirus vaccinal ou d'une paralysie post-vaccinale (définie par la présence de poliovirus Sabin-like dans les selles)**

- Informations à recueillir : pas de poursuite des investigations, mais si cela a été omis, il faut vérifier le statut vaccinal du cas et de l'entourage et s'assurer de l'absence de sujets à risque (immunodéprimés).

- Bilan à réaliser : dans le cas de sujets immunodéprimés (cas et/ou entourage) ou de paralysie post-vaccinale, un examen de

contrôle des selles sera effectué après 6 semaines pour vérifier la disparition du portage.

- Mesures de contrôle à mettre en œuvre immédiatement : mise à jour du statut vaccinal du patient et de son entourage (VPI). Surveillance des sujets à risque.

**S'il s'agit d'un poliovirus sauvage ou non Sabin-like**

- Informations à recueillir : il est impératif de préciser, si le poliovirus identifié est autochtone ou importé (en précisant le pays) : voyage récent en pays d'endémie, contact avec une personne ayant récemment voyagé en pays d'endémie.

- Bilan à réaliser : examen virologique des selles (Deux prélèvements à 24-48 h d'intervalle) de toute personne de l'entourage. Recherche du virus dans le milieu extérieur par un laboratoire spécialisé, dans les environs de la résidence du cas (eaux usées, de surface).

- Mesures de contrôle à mettre en œuvre immédiatement : qu'il s'agisse d'un cas clinique ou d'un isolement virologique, il faudra mettre à jour (VPI) le calendrier vaccinal de toute personne de l'entourage et assurer un suivi virologique du patient ainsi que de toute autre personne chez qui l'examen de selles aurait pu mettre en évidence le virus, jusqu'à négativation des selles.

**CONCLUSION**

Le dernier cas de poliomyélite importé en France date de 10 ans, la couverture vaccinale des jeunes est très élevée. Cependant la protection des adultes est suboptimale. La vigilance doit donc perdurer, avec l'aide des cliniciens, pédiatres réanimateurs, infectiologues et neurologues, et la contribution des virologues, pour qu'un éventuel cas importé soit diagnostiqué et pris en charge au plus vite.

**RÉFÉRENCES**

- [1] Élimination de la poliomyélite. Bull Epidemiol Hebd 2000; 46-4 :201-11.
- [2] Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France relatifs à la vaccination. Bull Epidemiol Hebd 2005; 29-30:141-56.
- [3] Beytout J, Denis F, Giet R, Allaert FA. Variations régionales du statut vaccinal de la population adulte française. Med Mal Infect. 2004; 34:460-8.
- [4] Lina B, Aymard M, Chomel J-J, Thouvenot D, Antona D. Surveillance des entérovirus en France en 2000. In: Surveillance nationale des maladies infectieuses, 1998-2000, Institut de veille sanitaire, St-Maurice, 2003; pp 97-102. <http://www.invs.sante.fr/publications/2003/snmi/>
- [5] Antona D. L'éradication des maladies infectieuses: l'exemple de la poliomyélite. Médecine/Sciences 2002; 18:55-61.
- [6] Rey M, Guérin N. Poliomyélite. Encycl Méd Chir, Ed Elsevier Paris 1997; Pédiatrie, 4-310-A-10; Maladies infectieuses, 8-058-A-10.

<sup>1</sup> Circulaire DGS/DH du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé.

**Arbre de décision pour la conduite à tenir devant un cas suspect ou confirmé de poliomyélite antérieure aiguë**

