

Épidémie de fasciolose dans la Région Nord-Pas-de-Calais, printemps 2002

Alexandra Mailles¹, Véronique Vaillant¹, Chrystelle Schepens², Faïza Ajana³, Isabelle Capek¹, Danièle Ilef², Catherine Fillebeen⁴, Monique Lefort⁵, Max Théroouanne⁴, Pierre Volant⁶, Marie-Claude Flavigny⁷, Henriette DeValk¹

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ²Cellule interrégionale d'épidémiologie Nord, Lille

³Service des maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier, Tourcoing ⁴Direction départementale des actions sanitaires et sociales du Pas-de-Calais, Arras ⁵Direction départementale des actions sanitaires et sociales du Nord, Lille

⁶Direction régionale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes Nord, Lille

⁷Direction départementale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes Pas-de-Calais, Arras

INTRODUCTION

La douve du foie (*Fasciola hepatica*) est un parasite dont les hôtes définitifs sont des ruminants et l'hôte intermédiaire un mollusque d'eau douce, la limnée tronquée (*Lymnaea truncatula*). L'homme intervient dans le cycle parasitaire accidentellement en ingérant les larves métacercariaires rejetées par la limnée et enkystées sur les feuilles de végétaux aquatiques (mâche, cresson, pissenlit, etc.). Chez l'homme, la fasciolose évolue en deux phases : une phase d'invasion persistant pendant plusieurs semaines, due à la migration larvaire du parasite dans le parenchyme hépatique, et, en l'absence de traitement, une phase chronique pendant laquelle le parasite parvenu au stade adulte vit dans les voies biliaires. Le diagnostic, lors de la phase d'invasion, est évoqué sur des signes d'hépatite toxico-infectieuse associés à une hyperéosinophilie. Lors de cette phase, le diagnostic ne peut être confirmé que par la sérologie. Lors de la phase chronique, la symptomatologie est dominée par les complications d'angiocholite à répétition et le diagnostic est confirmé par la présence d'œufs de *F. hepatica* dans les selles. Le traitement médical de l'infection doit être débuté le plus précocement possible (de préférence avant la fin de la période d'invasion) [1].

Le 15 avril 2002, le CHU de Tourcoing signalait 5 cas de fasciolose diagnostiqués depuis trois semaines. Parmi ces cas, 4 habitaient dans le Nord et le 5^e dans le Pas-de-Calais. Une investigation était alors entreprise pour identifier la source de l'épidémie et prendre les mesures de contrôle utiles. Les médecins de la région étaient informés par courrier et la population par voie de presse pour favoriser l'identification rapide d'éventuels autres cas et leur prise en charge précoce, et conduire au mieux l'investigation [2].

MÉTHODE

Enquête épidémiologique

Un cas était défini comme une personne habitant la région Nord-Pas-de-Calais avec une sérologie fasciolose positive depuis le 1^{er} janvier 2002.

Les cas ont été recherchés auprès des deux laboratoires qui réalisent des sérologies fasciolose dans la région.

Cette recherche a été complétée par un recensement des patients présentant une leucocytose supérieure ou égale à 10 000 cellules/mm³ et une éosinophilie supérieure ou égale à 1 000 cellules/mm³, depuis le 1^{er} janvier 2002 auprès de tous les laboratoires d'analyses biologiques et médicales (LABM) de la région. Les prescripteurs des numérations et formules sanguines (NFS) répondant à ces critères étaient ensuite contactés pour rechercher parmi ces patients ceux dont les symptômes étaient compatibles avec une

fasciolose et proposer, le cas échéant, la réalisation d'un test sérologique.

Une enquête exploratoire menée auprès des 5 premiers cas a révélé la consommation de cresson et de mâche, achetés en grandes surfaces dans la région. Une enquête cas-témoin a été réalisée pour tester l'hypothèse d'une consommation de cresson ou de mâche cultivés à l'origine des cas et si l'hypothèse était confirmée, identifier les lieux de production infestés. Tous les cas identifiés avant le 15 juin ont été inclus. Les témoins étaient recherchés auprès du médecin traitant du cas, parmi ses patients pour lesquels une NFS réalisée après le 1^{er} mars ne montrait ni leucocytose ni éosinophilie.

Le questionnaire, proposé par téléphone à tous cas et témoins, explorait les signes cliniques et biologiques des cas, et les expositions alimentaires et les lieux d'achats de végétaux depuis le 1^{er} janvier. La comparaison de la fréquence des expositions entre les cas et les témoins a été effectuée par des χ^2 et la force de l'association mesurée par des odds ratio et leur intervalle de confiance à 95 % calculés par la méthode exacte (Epi Info 6.04fr).

Enquête administrative

L'origine des salades étaient recueillies pour chaque cas. L'enquête des Directions départementales et régionale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes (DDCCRF et DRCCRF) a permis de lister les grossistes et producteurs des salades distribuées dans les lieux d'achat des cas et de rechercher un éventuel producteur commun à tous les cas. L'inspection des cultures de ces producteurs a ensuite été effectuée par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du département concerné.

RÉSULTATS

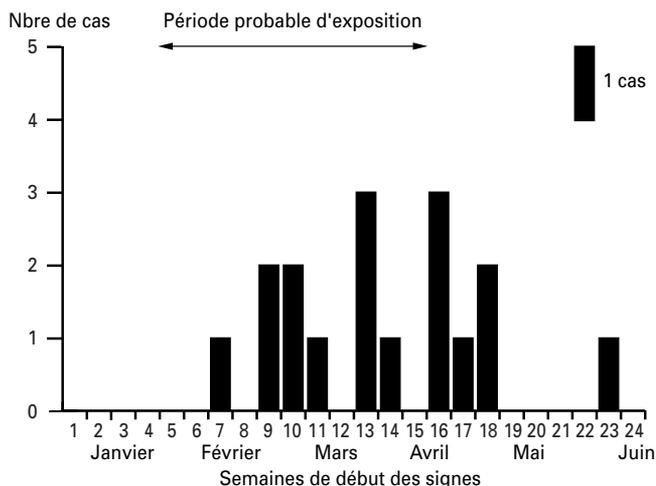
Enquête épidémiologique

Entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juin 2002, 505 cas d'hyperéosinophilie associée à une leucocytose ont été identifiés. Pour 76 (15 %) d'entre eux, la suspicion de fasciolose ne pouvait être éliminée directement par un appel au prescripteur, mais cette hypothèse a ensuite été écartée par un examen sérologique pour les 76 patients. Aucun cas de fasciolose n'a été retrouvé par la recherche active des hyperéosinophilies.

Au total, 18 cas ont été identifiés, directement diagnostiqués par un test sérologique, dont les 5 cas à l'origine de l'alerte ; 11 habitaient dans le Nord et 7 dans le Pas-de-Calais. Les dates de début des signes, connues pour 17 cas, s'échelonnaient du 2 mars au 2 juin, suggérant une infestation entre fin janvier et début mars (incubation de 15 jours à 2 mois) (figure 1). Le délai entre le début des signes et le diagnostic variait de 4 à 103 jours (médiane 32 jours).

Figure 1

Répartition hebdomadaire des cas de fasciolose en fonction de la date de début des symptômes d'après les cas, Nord-Pas-de-Calais 2002



Tous les cas étaient des adultes âgés de 20 à 82 ans (médiane 56 ans) dont 9 femmes (50 %). Les signes les plus fréquents étaient l'asthénie (89 %), la fièvre (67 %), des myalgies (61 %), des douleurs de l'hypochondre droit (61 %) et le prurit (39 %). Aucun cas n'a présenté d'ictère ou de cholangite grave. Pour 1 cas, la suspicion reposait sur la découverte fortuite d'une éosinophilie chez un sujet asymptomatique. 11 cas ont été hospitalisés ; 2 cas ont présenté un syndrome de lyse parasitaire suite au traitement.

La formule leucocytaire, connue pour 14 personnes, montrait une médiane des leucocytes à 10 200/mm³ [7 500 - 23 000] et la médiane des éosinophiles à 4 909/mm³ [1 691-14 100] (tableau 1).

Tableau 1

Fréquence des éosinophilies en valeur absolue, cas groupés de fasciolose, Nord-Pas-de-Calais 2002

Eosinophilie (cellules /mm ³)	Nombre de cas	%
< 2000	1	8
>= 2000 et <5000	5	38
>= 5000 et <10 000	5	38
>= 10 000	2	15

La consommation de cresson concernait 17 cas sur les 18, la consommation de mâche 15 cas, de pissenlit 3 cas et de menthe fraîche 3 cas. Parmi les 17 cas consommateurs de cresson, tous en avaient mangé au moins une fois cru et 8 sous forme de soupe. Les lieux d'achats du cresson étaient connus pour 16 cas : 11 l'avaient acheté dans un magasin d'un même groupe de distribution, 4 dans un magasin d'un autre groupe et 1 cas chez deux marchands de primeurs. Parmi les 15 cas qui avaient consommé de la mâche pendant la période étudiée, 12 autres l'avaient achetée et 3 l'avaient cueillie dans leur jardin au moins une fois (dont le cas qui n'avait pas consommé de cresson).

L'enquête cas-témoin a inclus 14 cas et 23 témoins. La fasciolose était significativement associée à la consommation de cresson cru (OR = 86,7, p < 10⁻³) et de soupe de cresson (OR = 22, p = 0,04). Aucune autre association décrivant des expositions à risque n'a été mise en évidence (tableau 2).

Tableau 2

Fréquence des expositions et association à la survenue d'une fasciolose, analyse univariée, cas groupés de fasciolose, Nord-Pas-de-Calais 2002

Expositions	Nb d'exposés (%) Cas (N = 14)	Témoins (N = 23)	OR [IC 95%]	p
Cresson cru	13 (93)	3 (12)	86,7 [1,3-374,9]	<10 ⁻³
Soupe de cresson	7 (50)	1 (4)	22 [2,0-1 034,7]	0,04
Mâche	12 (86)	15 (65)	3 [0,3-15,2]	0,31
Pissenlit	3 (21)	0 (0)	6,27 [0,48-177]	0,13
Menthe fraîche	3 (21)	3 (13)	3 [0,2-118]	0,43

La relation entre fasciolose et soupe de cresson n'était plus significative lorsqu'elle était ajustée sur la consommation de cresson cru.

Enquête administrative

La mâche distribuée dans les magasins fréquentés par les cas provenait de producteurs de trois départements français et de Belgique.

En revanche, le cresson acheté par 15 cas sur les 17 consommateurs de cresson provenait d'un même producteur. Ce producteur exploitait quatre sites dans le Pas-de-Calais dont un particulièrement exposé à l'infestation par des limnées : fossé non nettoyé, absence de protection contre la pénétration d'eaux de ruissellement, nombreuses résurgences d'eau inexplicables, présence proches de bovins. Ce site était en cours de production en janvier et février, mais ne l'était plus au moment de l'inspection.

DISCUSSION - CONCLUSION

Il s'agit de la première épidémie de fasciolose due à la consommation de cresson cultivé identifiée en France.

La description des cas a montré la difficulté du diagnostic (délai médian de diagnostic de 32 jours) de cette maladie, souvent tardivement évoquée en raison de sa rareté et de signes cliniques peu spécifiques.

Le seuil d'éosinophilie fixé à 1 000 cellules/mm³ associé à un seuil de leucocytose fixé à 10 000 cellules/mm³ pour la recherche des cas a généré 505 signalements de cas suspects par les laboratoires. La majorité des cas suspects qui ont pu être écartés par un simple appel au médecin prescripteur s'expliquait par des affections allergiques, cancéreuses ou inflammatoires chroniques. Cette recherche de cas reposait sur une définition non spécifique et a engendré un travail long et peu rentable, mais, associé à la précocité de l'information faite aux médecins et au grand public, le recueil des cas a sans doute été exhaustif. En outre, une définition plus spécifique aurait conduit à une perte de sensibilité et au risque d'ignorer des formes aiguës qui, sans prise en charge, auraient évolué vers des formes chroniques et des complications graves à long terme.

L'enquête autour des lieux d'achat a permis de déterminer un producteur commun à 15 cas sur les 17 consommateurs de cresson. Les infractions relevées chez ce producteur (absence de protection contre les eaux de ruissellement, proximité de bovins, etc.) sont fortement en faveur de l'infestation de la majorité des cas par cette cressonnière et permettent d'écartier l'hypothèse d'une contamination globale des cressicultures de la zone suite à une forte pluviométrie. En outre, cette épidémie a mis en évidence l'impossibilité pour les services concernés de procéder aux contrôles prévus par la législation (contrôle annuel dans le mois précédent l'exploitation, etc.). L'enquête n'a pas été prolongée au niveau du troupeau avoisinant en raison de l'absence de réglementation de cette parasitose chez les animaux, en dehors des saisies d'abattoir.

Des recommandations peuvent être proposées pour prévenir la survenue de nouveaux cas groupés. La sensibilisation des cressiculteurs par des interventions de conseil et la rédaction d'un guide de bonnes pratiques de cressiculture serait une première étape préalable à des interventions d'experts sur les sites ou auprès des groupements demandeurs. Une mise à jour de la réglementation applicable aux cressonnières est aussi à envisager, incluant par exemple la recherche de limnées infestées [3].

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les médecins et biologistes du Nord et du Pas-de-Calais et le Dr Thierry Ancelle pour leur contribution active à cette investigation.

RÉFÉRENCES

- Ripert C. Les distomatoses hépatiques. *Epidémiologie des maladies parasitaires*, tome 2 : Helminthoses. Editions médicales internationales, Cachan 1998 : 115-47.
- Epidémie de fasciolose dans la région Nord-Pas de Calais, avril 2002. Rapport d'investigation, CIRE Nord, sous presse.
- Protection des cressonnières et des cultures maraîchères immergées. Règlement sanitaire départemental, section 6, article 143 : 71 - 73.