CIRE
OCÉAN INDIEN

Le point épidémio

Surveillance de la leptospirose à la Réunion en 2010

Point épidémiologique - N° 34 du 11 août 2011

| Contexte |

Le nombre de cas de leptospirose dans le monde est estimé par l'Organisation mondiale de la santé entre 0,1 et 1,0 pour 100 000 habitants par an dans les climats tempérés et 10,0 ou plus pour 100 000 habitants par an dans les zones tropicales humides.

A la Réunion, la surveillance reposait sur les données du Centre national de référence jusqu'en 2004, date à laquelle le système de surveillance régional a été mis en place par la Cire OI. Cette réorganisation a permis d'améliorer le suivi des tendances spatio-temporelles de la maladie et de caractériser les cas grâce à l'augmentation des signalements et des investigations sur le terrain.

| Méthode |

Définition de cas de leptospirose

Cas possible
Signes cliniques évocateurs (fièvre avec syndrome algique)
ET Sérologie ELISA positive en IgM
ET Sérologie par test de microagglutination (MAT) négative ou non réalisée

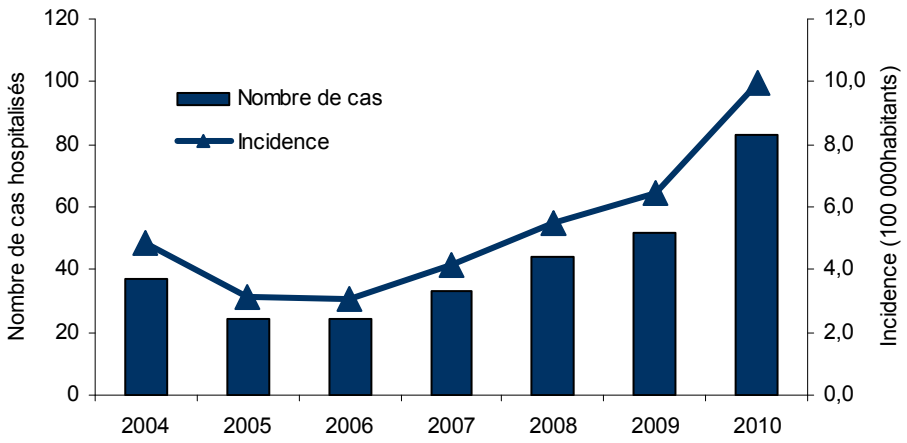
Cas confirmé
PCR positive
OU MAT positive dans 1 ou plusieurs sérogroupes pathogènes (multiplication par 4 du titre entre 2 prélèvements réalisés à au moins 2 semaines d'intervalle OU titre unique > 1/400)
OU Culture positive

| Résultats|

Description des cas et évolution de l'incidence

Au cours de l'année 2010, la plateforme d'alerte et de veille sanitaire de la Réunion a reçu 98 signalements d'infection à leptospirose dont 92 cas confirmés et 6 cas possibles. Parmi ces malades, 83 ont nécessité une hospitalisation dont un quart (n=21) en service de réanimation.

| Figure 1 | Nombre annuel et taux d'incidence des cas de leptospirose hospitalisés , Réunion, 2004-2010



Depuis 2007, le nombre de patients hospitalisés est en augmentation (cf. Figure 1). Le taux d'incidence annuel atteint 10 pour 100 000 habitants en 2010. Une part de cette augmentation résulte probablement d'une meilleure exhaustivité des signalements grâce à la mobilisation des partenaires de la surveillance épidémiologique à la Réunion.

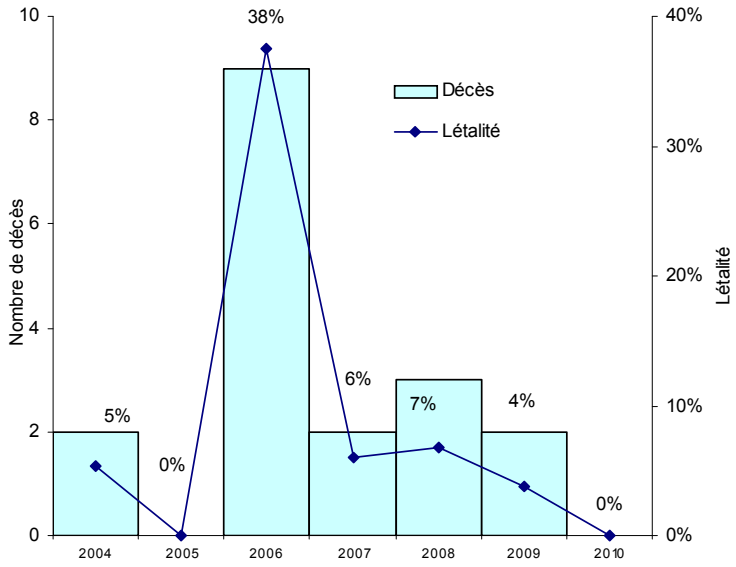
L'âge des malades varie entre 14 et 75 ans avec un âge médian de 41 ans. L'incidence de la maladie s'élève jusqu'à 21 pour 100 000 dans la tranche d'âge des 40-59 ans. Les hommes représentent 94% des malades.

Lorsqu'elle est renseignée, l'évolution de l'état de santé des patients hospitalisés s'est avérée favorable, à l'exception du patient le plus âgé qui conservait des séquelles après son hospitalisation.

Aucun décès lié à la leptospirose n'a été recensé en 2010, néanmoins le taux moyen de létalité sur la période 2004-2009 est de l'ordre de 5 décès pour 100 malades hospitalisés (cf. Figure 2). Cette mesure ne tient pas compte du pic de létalité observé en 2006 concomitant avec l'épidémie de chikungunya (cf. Bulletin de veille sanitaire océan Indien 2009 Nov;(2):5-8).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse de la létalité, notamment une réduction du délai de prise en charge. Ce délai moyen entre le début des signes et l'hospitalisation est en effet passé de 6 jours en 2009 à 4 jours en 2010.

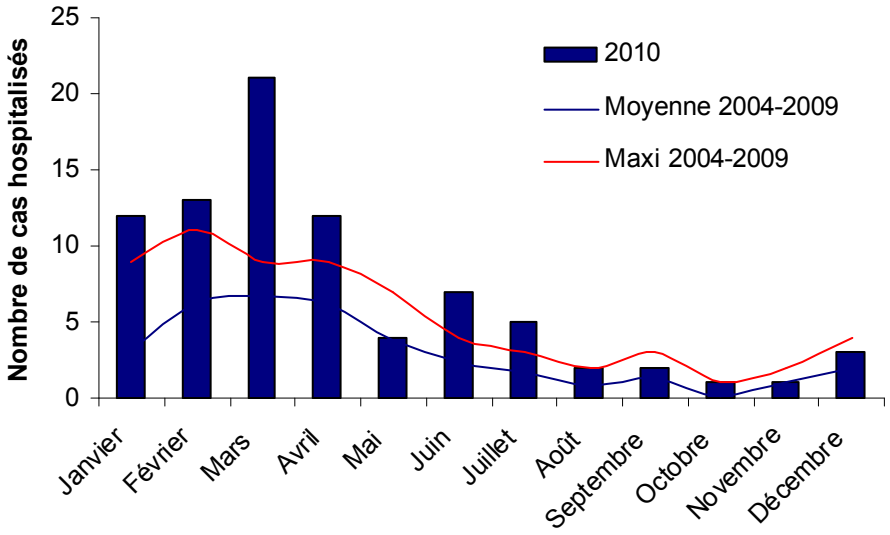
| Figure 2 | Nombre annuel de décès liés à la leptospirose et taux de létalité , Réunion, 2004-2010



Tendances temporelles

La distribution mensuelle des patients hospitalisés en 2010 suit la saisonnalité habituelle de la maladie avec l'essentiel des cas durant la saison des pluies (cf. Figure 3). Le nombre de cas de leptospirose hospitalisés se situe au dessus des moyennes des années précédentes. Cette augmentation est particulièrement marquée au cours des 4 premiers mois de l'année et dépasse les maxima enregistrées depuis 2004. Le nombre élevé de malades en juin et juillet coïncide avec un début d'hiver austral plus humide qu'à l'accoutumée.

| Figure 3 | Distribution mensuelle cumulée par date de début des signes des cas de leptospirose hospitalisés, Réunion, 2004-2010



Facteurs d'exposition

Une enquête environnementale a été réalisée auprès de 81 des malades afin de déterminer leurs modalités de contamination. Dix sept patients n'ont pu être interrogés car ils étaient injoignables (n=13) ou ont refusé de répondre (n=4).

Le nombre de facteurs d'exposition retrouvés varie de 1 à 4 par malade. Le mode de contamination reste donc difficile à déterminer avec certitude en raison de la multiplicité des facteurs d'expositions possibles pour chaque patient et d'une période d'incubation potentiellement longue.

Les loisirs agricoles (jardinage et élevage ‘‘la cour’’) apparaissent comme le principal facteur d’exposition à la leptospirose.

Une exposition professionnelle est envisagée dans 22% des cas, en particulier chez les agriculteurs.

Les loisirs en eau douce sont fréquemment retrouvés comme facteurs d’exposition. Les sites de pêche et de baignade incriminés sont essentiellement sur le pourtour de l’île aux embouchures des rivières.

Une notion de blessure favorisant la pénétration du germe est suspectée pour 12 des malades.

Il faut aussi rappeler le risque de contamination lors de la chasse aux tangues identifié chez 9 cas.

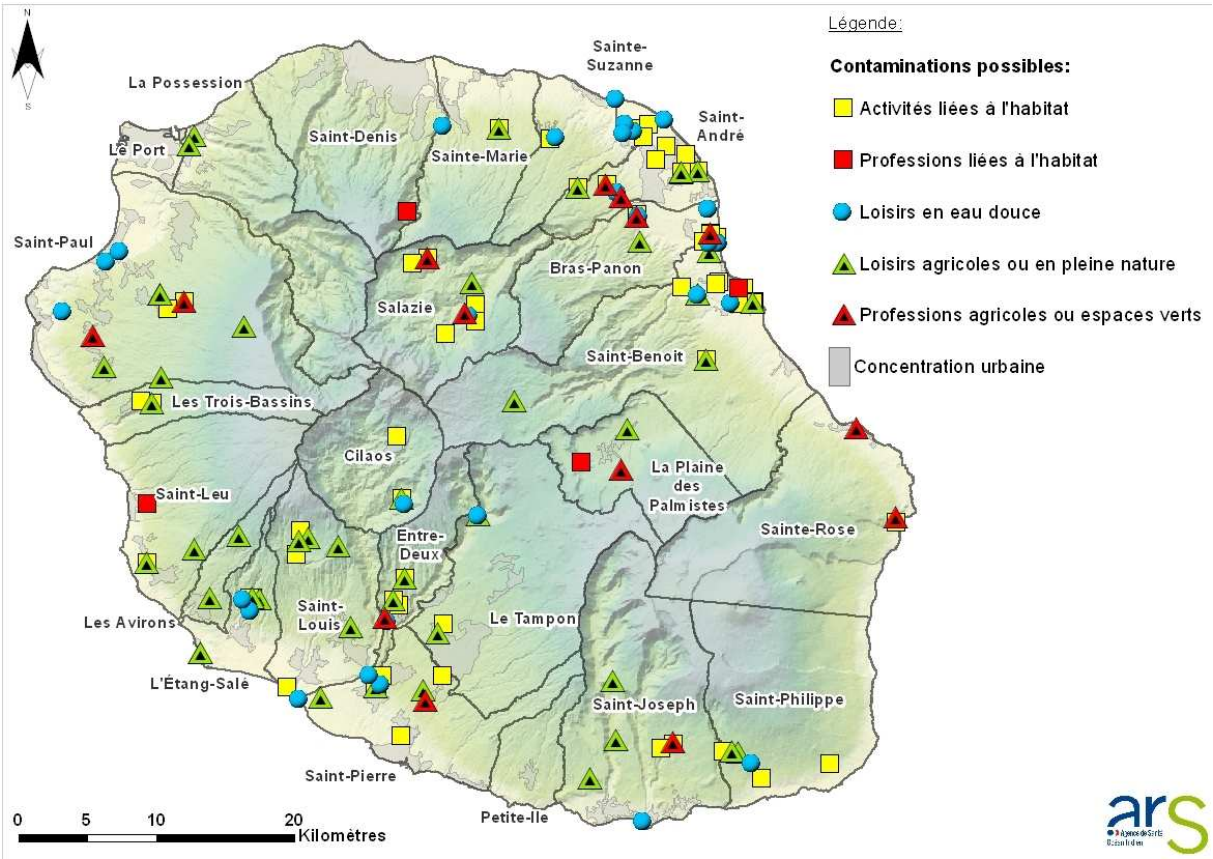
Le domicile est un lieu de contamination possible pour 2/3 des malades qui signalent la présence de rats à proximité ou dans leur habitation. D’autant plus que 10% des malades rapportent des inondations occasionnelles de leur résidence.

| Tableau 1 | Facteurs d’exposition des cas de leptospirose, Réunion, 2010

Principaux facteurs d'exposition	N*	%**
Activités liées à l'habitat		
Vie courante	54	67
Bricolage	5	6
Professions liées à l'habitat		
Artisan ou ouvrier du bâtiment	3	4
Loisirs en eau douce		
Pêche	17	20
Baignade	16	20
Canyoning	2	2
Consommation d'eau non traitée	2	2
Loisirs agricoles ou en pleine nature		
Jardinage, élevage "la cour"	37	46
Chasse aux tangues	7	9
Camping	3	4
Recherche de nids de guêpe	2	2
Professions agricoles ou espaces verts		
Profession agricole	10	12
Agent d'entretien des espaces verts	2	2
Abattage de volaille	1	1
Employé de pépinière	1	1

* Un malade peut avoir plusieurs facteurs d'exposition
** Calculés par rapport aux 81 cas enquêtés

| Carte 1 | Facteurs d’exposition des cas de leptospirose, Réunion, 2010



Le nord-est de l’île regroupe un grand nombre des hypothèses de contamination, notamment celles liées à l’habitat dans les concentrations urbaines.

Une part importante des lieux possibles de contamination est située dans le sud-ouest de l’île avec une prédominance des facteurs d’exposition liés aux loisirs agricoles et de pleine nature.

| Rappel sur la leptospirose |

Les leptospires sont les bactéries susceptibles d'infecter un grand nombre de mammifères sauvages (rongeurs, ruminants,….) et domestiques (bovins, ovins, caprins, porcs, chiens) qui les excrètent dans leur urine. Les bactéries peuvent survivre plusieurs mois dans un milieu humide et chaud.

Les leptospires sont responsables de manifestations cliniques allant du syndrome grippal bénin jusqu'à un tableau de défaillance multi viscérale potentiellement létale. Des formes asymptomatiques sont couramment décrites au cours d'enquête épidémiologiques.

Dans son expression typique, la leptospirose débute après une incubation de 4 à 19 jours, par l'apparition brutale d'une fièvre avec frissons, myalgies, céphalées, troubles digestifs fréquents puis évolue en septicémie avec atteintes viscérales : hépatique, rénale, méningée, pulmonaire…

| Recommandations |

Mesures de prévention et de protection individuelle contre la leptospirose

- Dans la mesure du possible, se protéger par le port de bottes et de gants lors d'une activité à risque (agriculture, élevage, jardinage,…).

- Eviter de se baigner en eau douce lorsqu'on est porteur de plaies et limiter les contacts des muqueuses avec l'eau.

- Lutter contre les rongeurs.

Ces mesures sont à renforcer en période de pluie.

Mesures de prise en charge de la leptospirose

En raison de la diversité des formes cliniques de la leptospirose, le diagnostic de leptospirose doit être évoqué précocement selon le contexte épidémiologique pour permettre une prise en charge sans délai des malades et éviter les décès.

| Pour signaler un cas de letptospirose |

Tous les médecins et les laboratoires d'analyse et de biologie médicale de l'île de la Réunion aussi bien du secteur ambulatoire qu'hospitalier sont sollicités sur la base du volontariat pour participer au signalement des cas de leptospirose.

Pour signaler un cas, contacter la Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS océan Indien:

Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS océan Indien

A la Réunion
Tel : +262 (0)2 62 93 94 15
Fax : +262 (0)2 62 93 94 56
ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

Points clés

Augmentation de l'incidence de la leptospirose

Aucun décès en 2010

Principaux facteurs d'exposition liés à l'habitat et au jardinage

Remerciements

Nous remercions les médecins généralistes et hospitaliers, les biologistes des laboratoires de l'île, privés et hospitaliers ainsi que les agents de la LAV et la CVAGS pour leur participation à la surveillance et au recueil des données.

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à
ars-oi-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice Générale de l'InVS

Rédacteur en chef :
Laurent Filleul, Coordonnateur de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :
Cire océan Indien
Lydéric Aubert
Elsa Balleydier
Elise Brottet
Benjamin Larras
Sophie Larrieu
Tinne Lernout
Pierre Magnin
Isabelle Mathieu
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 60050
97408 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57