

Bulletin de veille sanitaire — N°5-PC / Juin 2011

Maladies à déclaration obligatoire 2009 dans le Poitou-Charentes

Marie-Eve Raguenaud, Cellule de l'InVS en Régions Limousin et Poitou-Charentes

| Editorial |

La complétude et la validation des données 2009 de surveillance est l'occasion d'une mise à jour de la situation régionale des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Le contexte épidémique particulier de la rougeole et la journée mondiale de lutte contre la tuberculose ont été des occasions particulières de présentation de la situation régionale dans le cadre d'un point épidémiologique hebdomadaire (N° 13) et d'un bulletin de veille sanitaire (BVS N°4) en ce début d'année.

Afin de poursuivre cette mise à jour le présent BVS décrit la situation épidémiologique de 7 MDO pour lesquels des cas ont été déclarés en région Poitou-Charentes en 2009. Il présente un descriptif des cas déclarés et rappelle également les définitions de cas pour chacune de ces maladies.

Un prochain BVS dédié aux infections sexuellement transmissibles présentera les données 2009 de l'infection VIH ainsi que l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B.

Nous remercions vivement tous les médecins déclarants et rappelons ci-dessous les coordonnées pour envoyer les déclarations.

Pour en savoir plus sur les MDO

Lien pour accéder au dossier MDO sur le site de l'InVS (fiche de notification, aide-mémoire, etc.) :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>

A qui signaler et notifier?

Au Point focal de l'ARS Poitou-Charentes :

Tél : 05 49 42 30 30

Fax : 05 24 84 51 43

Courriel : ars-pch-alerte@ars.sante.fr

Où se procurer des formulaires de notification et les fiches d'information des personnes?

Par internet, sur le site de l'InVS: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire>

ou

En contactant le Point focal de l'ARS Poitou-Charentes au 05 49 42 30 30

| Sommaire |

Page 1 | Editorial |

Page 2 | Légionellose, 2009

Page 3 | Infection invasive à méningocoque, 2009

Page 4 | Toxi-infections alimentaires, 2009

Page 4 | Botulisme, 2009

Page 5 | Hépatite A, 2009

Page 5 | Listériose, 2009

Page 6 | Tularémie, 2009

| Les 30 maladies à déclaration obligatoire |

Botulisme
Brucellose
Charbon
Chikungunya
Choléra
Dengue
Diphtérie
Fièvres hémorragiques africaines
Fièvre jaune
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
Hépatite aiguë A
Infection aiguë symptomatique par virus de l'hépatite B
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
Infection invasive à méningocoque (IIM)
Légionellose
Listériose
Orthopoxviroses dont la variole
Paludisme autochtone
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Peste
Poliomyélite
Rage
Rougeole
Saturnisme de l'enfant mineur
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Tétanos
Toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
Tuberculose
Tularémie
Typhus exanthématique

Définitions de cas

Cas confirmé: pneumopathie associée à au moins 1 des critères :

- isolement de *Legionella* spp.
- augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2ème titre minimum de 128
- immunofluorescence directe positive
- présence d'antigène soluble urinaire

Cas probable: pneumopathie associée à un titre d'anticorps élevé (>256)

Nombre de cas déclarés en 2009

En 2009, 30 cas de légionellose ont été déclarés en région Poitou-Charentes, dont 2 domiciliés à l'extérieur de la région.

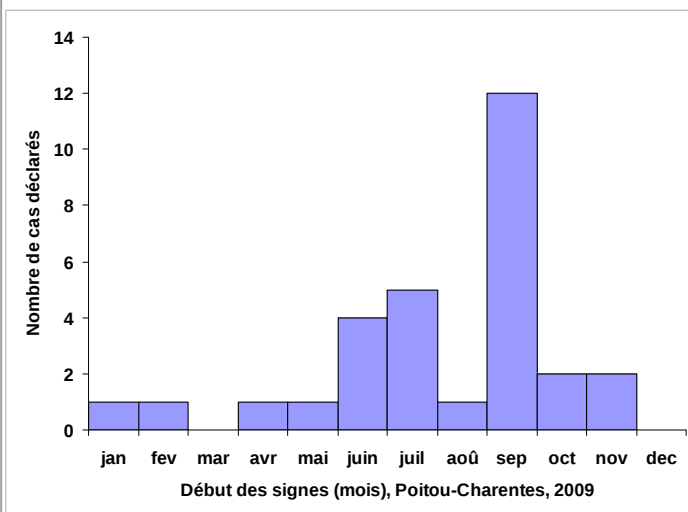
La majorité des cas (80%) ont été déclarés dans deux départements: la Charente-Maritime et la Charente (tableau 1).

| Tableau 1 |

Nombre de cas de légionellose par département de déclaration, Poitou-Charentes, 2009

Département de déclaration	Nombre de cas déclarés (%)
Dep 16	12 (40%)
Dep 17	12 (40%)
Dep 79	1 (3%)
Dep 86	5 (17%)
Total région Poitou-Charentes	30

Pour 21 des 30 cas (70%), la date des premiers signes se situait en juin, juillet, ou septembre (figure 1).



| Figure 1 |

Cas de légionellose par date de début des signes, Poitou-Charentes, 2009

Age et sexe des cas

Le sex-ratio homme/femme était de 1,7.

L'âge médian des cas déclarés était de 68 ans (étendue 31 à 88 ans).

Clinique, hospitalisation et évolution clinique

Vingt-huit des 30 cas ont présenté une pneumopathie confirmée ra-

diologiquement.

Vingt-neuf cas (97%) ont été hospitalisés et 1 cas est décédé.

Diagnostic biologique

Parmi les 30 cas, 29 ont été diagnostiqués par antigène soluble urinaire et 1 cas par sérologie. La culture demandée pour 3 cas était positive pour 1 cas.

Facteurs de risque

La présence d'au moins un facteur de risque a été identifiée pour 22 des 30 cas (73 %). Le tabagisme est le facteur le plus fréquemment rencontré (tableau 2).

| Tableau 2 |

Facteurs favorisants identifiés chez les cas de légionellose déclarés en Poitou-Charentes, 2009

Facteurs favorisants (non mutuellement exclusifs)	N
Tabagisme	8
Hémopathie	5
Diabète	5
Cardiopathie	5
Corticothérapie ou autre immunosuppresseur	3
Pathologie respiratoire	2
Ethylisme	1

Le nombre de cas de légionellose déclarés en Poitou-Charentes est stable ces trois dernières années : 27 cas en 2007, 29 en 2008, et 30 en 2009. Aucun foyer de cas groupés n'a été identifié en 2009. On observe une saisonnalité des cas avec un pic de cas notifiés en septembre.

La recherche de *Legionella* par la mise en culture de prélèvements broncho-pulmonaires est recommandé devant tout cas de légionellose et reste encore limitée en Poitou-Charentes.

Diagnostic de la légionellose

(Source : Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Juillet 2005. Ministère de la Santé et des Solidarités, DGS, CSHPF)

La recherche d'antigènes solubles urinaires est primordiale pour poser un diagnostic rapide précoce. Elle reste possible même après un traitement antibiotique adapté. L'inconvénient majeur de cette méthode est que les tests actuellement commercialisés ne détectent que *Legionella pneumophila* sérotype 1 ; ce sérotype est néanmoins responsable d'environ 90 % des légionelloses. Un test urinaire négatif n'exclut donc pas une légionellose, notamment à une autre espèce ou sérotype de légionelles.

La recherche de *Legionella* par la mise en culture de prélèvements broncho-pulmonaires (expectorations, aspiration trachéale, lavage broncho-alvéolaire ...) est recommandée devant tout cas de légionellose. Cette culture doit notamment être systématique devant toute positivité de la recherche d'antigènes urinaires. Elle est indispensable pour confirmer les cas groupés et aider à identifier la source de contamination, par comparaison moléculaire de la souche clinique avec les souches environnementales.

Définitions de cas

Définition de cas d'IIM probables et confirmés (depuis juillet 2002) :

Tout patient répondant à l'un des 4 critères suivants:

1. isolement de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile ou d'une lésion cutanée purpurique ;
2. présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR ;
3. présence d'un purpura fulminans ;
4. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) associé à un des éléments suivants: a) présence d'éléments purpuriques cutanés, b). présence d'antigènes solubles méningococciques dans le LCR, sang ou urines.

Nombre de cas déclarés en 2009

En 2009, 20 cas d'IIM ont été déclarés en Poitou-Charentes, tous domiciliés dans la région. Le département avec le taux d'incidence le plus faible était les Deux-Sèvres (tableau 1).

| Tableau 1 |

Nombre de cas d'IIM déclarés en Poitou-Charentes et taux d'incidence par département, 2009

Département	Nombre de cas par département de domicile	Taux d'incidence pour 100 000 habitants
Charente	5	1,4
Charente-Maritime	8	1,3
Deux-Sèvres	1	0,3
Vienne	6	1,4

Caractéristiques des cas

Le sex-ratio homme/femme était de 1,2.

L'âge médian des cas était de 9 ans (étendue : 1 à 95 ans).

Au total, 30% des cas avaient moins de 5 ans et 45% des cas avaient entre 5 et 19 ans (tableau 2).

| Tableau 2 |

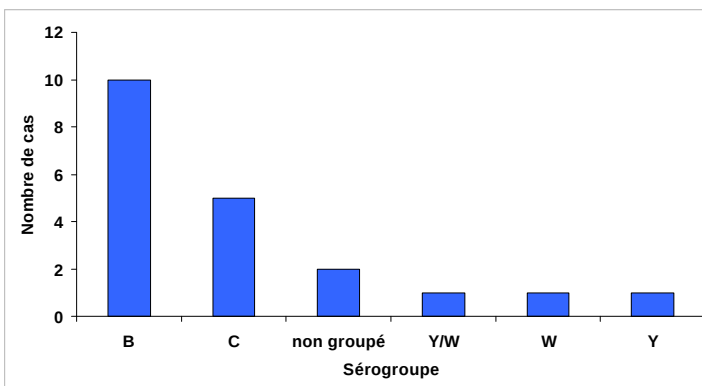
Tranches d'âges des cas d'IIM déclarés en Poitou-Charentes, 2009

Groupes d'âges	Nombre de cas (%)
0-4 ans	6 (30%)
5-14 ans	5 (25%)
15-19 ans	4 (20%)
20-29 ans	3 (15%)
30-39 ans	0 (0%)
40-64 ans	0 (0%)
> 65 ans	2 (10%)

Sept cas (39%) ont présenté la forme sévère purpura fulminans (information renseignée pour 18 cas).

Un décès est survenu. Aucune information n'était disponible sur les séquelles des autres cas.

Les sérogroupe prédominants étaient le sérogroupe B (56%) suivi du sérogroupe C (28%) (figure 1).



| Figure 1 |

Distribution des sérogroupe pour les cas d'IIM déclarés en Poitou-Charentes, 2009

Le nombre médian de personnes traitées par chimioprophylaxie dans l'entourage proche d'un cas était de 8 personnes (1 cas avec > 40 personnes traitées dans l'entourage).

Le nombre médian de personnes traitées par chimioprophylaxie dans une collectivité était de 39 personnes (4 cas avec > 40 personnes traitées dans l'entourage).

Autour d'un cas d'infection par un sérogroupe pour lequel un vaccin est disponible (A,C,W135,Y), le nombre médian de personnes vaccinées était de 8 personnes dans l'entourage familial et de 30 personnes dans la collectivité.

En 2009, aucune situation épidémique ou hyperendémique n'a été identifiée dans la région. L'incidence régionale de 1,1 cas pour 100 000 habitants en 2009 était semblable à celle observée en 2008 (1,0 / 100 000 habitants). Le sérogroupe B était prédominant. Les trois-quarts des cas étaient des enfants ou adolescents âgés de moins de 20 ans ; plus d'un tiers des cas avait moins de 5 ans.

Vaccination contre les IIM non B

Recommandations générales 20101
du Haut conseil de la santé publique

La vaccination systématique avec une seule dose de vaccin méningococcique C conjugué est recommandée chez tous les nourrissons âgés de 12 à 24 mois.

Durant la période initiale de mise en place de cette stratégie et en attendant son impact optimal par la création d'une immunité de groupe, l'extension de cette vaccination systématique jusqu'à l'âge de 24 ans révolus est aussi recommandée selon le même schéma vaccinal à une dose.

| Les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac), 2009 |

Définitions de cas

Une Tiac est définie comme la survenue d'au moins 2 cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

On distingue les foyers de Tiac:

- **confirmés** : lorsque l'agent pathogène est isolé dans un prélèvement d'origine humaine (sang/selles) ou dans des restes alimentaires ou des repas témoins;
- **suspectés** : lorsque l'agent pathogène n'a pas été confirmé, il est alors suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation étiologique prenant en compte les signes cliniques, la durée médiane d'incubation et le type d'aliments consommés ;
- **d'étiologie inconnue** lorsque l'agent pathogène n'a été ni confirmé ni suspecté à l'aide de l'algorithme.

Nombre de Tiac déclarées

En 2009, 28 Tiac ont été déclarées en Poitou-Charentes. On observe une grande variabilité entre les départements avec 46 % des Tiac déclarées en Charente-Maritime et 32% dans les Deux-Sèvres, les deux départements avec le plus grand nombre de déclarations (tableau 1). Le nombre médian de cas par foyer était de 6 cas (étendue 2 à 38 cas).

| Tableau 1 |

Nombre de Tiac déclarées par département en Poitou-Charentes, 2009

Département de repas	Nombre de Tiac (%)	Nombre de cas (%)
Dep 16	1 (4%)	2 (1%)
Dep 17	13 (46%)	96 (46%)
Dep 79	9 (32%)	45 (22%)
Dep 86	5 (18%)	66 (32%)
Région Poitou-Charentes	28 (100%)	209 (100%)

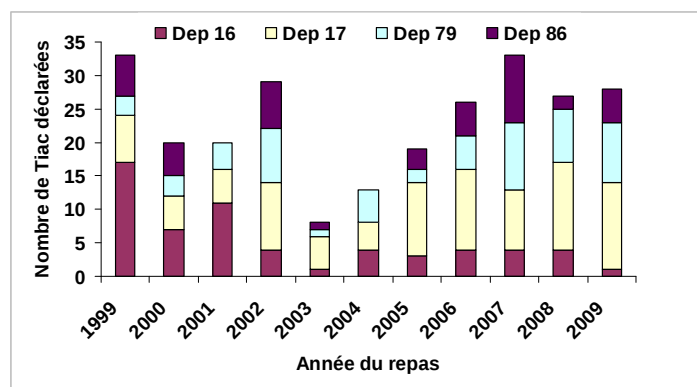
Après une augmentation régulière du nombre de déclaration de Tiac entre 2003 et 2007, le nombre de Tiac a connu un ralentissement depuis 2008 (Figure 1). La Charente-Maritime est le département avec le nombre le plus élevé de Tiac déclarées ces 5 dernières années.

La répartition mensuelle des déclarations de Tiac ne montre pas de saisonnalité particulière (Figure 2).

En 2009, la fréquence d'hospitalisation était de 12 % (25 cas hospitalisés sur 209). Aucun décès n'a été rapporté.

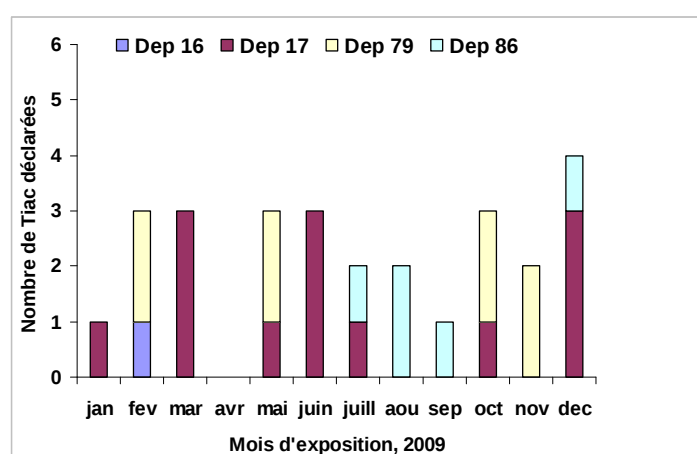
L'agent pathogène étiologique a pu être confirmé pour 7 Tiac, suspecté à l'aide d'un algorithme d'orientation pour 10 Tiac, et était inconnu pour 11 Tiac (40%). Les agents confirmés ou suspectés étaient : *Salmonella* (8), *enterotoxine staph* (5), *virus entérique* (2), *Bacillus* (1) et *Clostridium perfringens*(1).

Aucune recherche de germe n'a été réalisée pour 8 Tiac (29%).



| Figure 1 |

Nombre de Tiac déclarées par département en Poitou-Charentes, 1999-2009



| Figure 2 |

Nombre de Tiac déclarées en Poitou-Charentes en 2009 en fonction du mois d'exposition

Au total, 50% (14) des Tiac sont survenues en milieu familial, 21% (6) au restaurant, 11% (3) en milieu scolaire, 7% (2) dans un institut médico-social, 4% (1) en entreprise, et 7% (2) dans un autre type de collectivité.

Parmi les 15 Tiac pour lesquelles l'information était renseignée, 8 avaient des facteurs ayant contribué à la survenue de la Tiac. Les facteurs en cause retrouvés étaient : un problème d'équipement (6), un problème de chaîne de froid (4), le non-respect des températures de la chaîne chaude (3), une erreur dans le processus de préparation (2), et un délai important entre la préparation et la consommation (1).

Le nombre de Tiac déclarées est restée stable en 2008 et 2009. La majorité des Tiac en 2009 a été déclarée en Charente-Maritime, comme en 2008.

En 2009, 71% des Tiac ont donné lieu à une recherche étiologique, ce qui représente une augmentation par rapport à 2008 (56%).

| Botulisme, 2009 |

Définition de cas

Cas clinique : présence d'au moins 1 des signes d'atteinte neurologique suivants : diplopie, troubles oculomoteurs, dysphagie, sécheresse de la bouche, paralysie des membres et des muscles respiratoires.

En 2009, 1 cas isolé de botulisme a été déclaré en Charente. Il s'agissait d'un cas sans confirmation biologique qui n'a pas nécessité d'hospitalisation. Une origine alimentaire était suspectée.

Des cas sporadiques de botulisme surviennent chaque année en Poitou-Charentes pour lesquels la source de contamination prédominante est alimentaire.

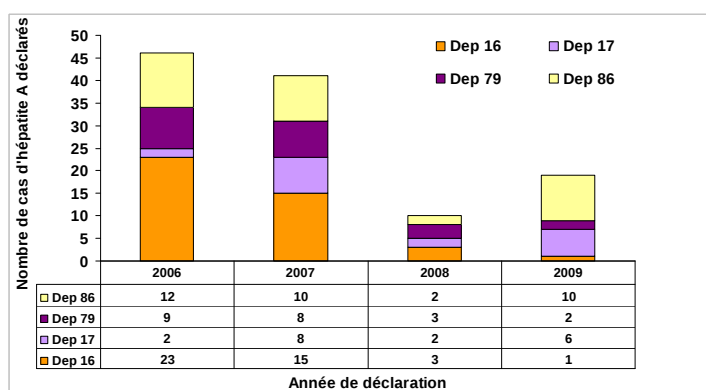
Définition de cas

Un cas d'hépatite A est défini par la présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Un cas groupé est suspecté lorsqu'un autre cas dans l'entourage est signalé, lorsque deux cas ou plus sont signalés dans certaines collectivités d'enfants, dans un village/ville/quartier en moins de 2-3 semaines, par un même laboratoire ou par plusieurs laboratoires géographiquement proches.

Evolution du nombre de cas déclarés 2006-2009

En 2009, 19 cas d'hépatite A ont été déclarés en Poitou-Charentes, ce qui représente une augmentation par rapport à 2008 (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre de cas d'hépatite A déclarés en Poitou-Charentes, 2006-2009

Caractéristiques des cas déclarés en 2009

Le sex-ratio homme/femme était 1,1.

L'âge médian était 26 ans (étendue 3 à 63 ans). Neuf des 19 cas étaient âgés de moins de 24 ans.

Seize cas (84 %) ont présenté un ictère et 5 (26 %) ont été hospitalisés.

Expositions à risque

Les expositions à risque identifiées étaient (un cas pouvait présenter plus d'une exposition à risque) :

- Cas dans l'entourage (6 cas)
- Consommation de fruits de mer sauf huîtres (6 cas)
- Séjour hors France métropolitaine (4 cas en Afrique)
- Présence d'un enfant de < 3 ans (3 cas)

En Poitou-Charentes, l'hépatite aiguë A a été à l'origine de cas sporadiques en 2009. Aucune épidémie n'a été identifiée.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour des cas particuliers ainsi que pour des personnes exposées professionnellement à un risque de contamination (personnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté, personnels des structures collectives de garde pour personnes handicapées, personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective).

Vaccination contre l'hépatite A

*Recommandations générales 2011
du Haut conseil de la santé publique*

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les :

- jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologies hépatobiliaires chroniques susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique (notamment dues au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- enfants à partir de l'âge de un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- homosexuels masculins.

| Listériose, 2009 |

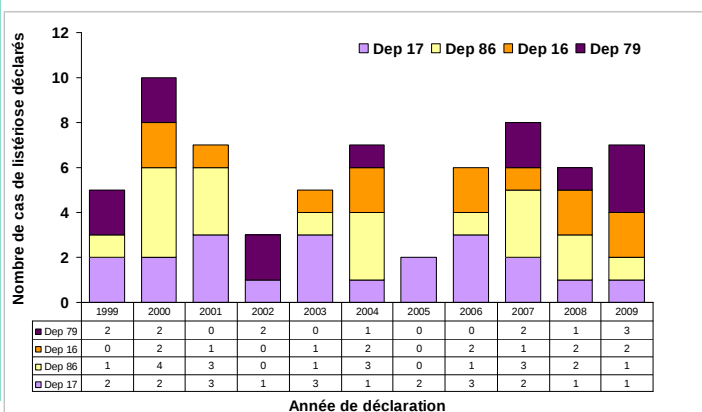
Définition de cas

Un **cas confirmé** correspond à l'isolement de *Listeria monocytogenes* dans un prélèvement clinique (sang, LCR, liquide amniotique, placenta, ...).

Un cas *materno-néonatal* concerne une femme enceinte, un « produit » d'avortement, un nouveau-né mort-né ou un nouveau-né de moins d'un mois. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.

Un cas *non materno-néonatal* est un cas n'appartenant pas à un des groupes ci-dessus.

année depuis 1999, en moyenne, 6 cas sont déclarés par an (Figure 1).



| Figure 1 |

Nombre de cas de listériose déclarés en Poitou-Charentes, 1999-2009

Evolution du nombre de cas déclarés, 1999-2009

En 2009, 7 cas de listériose ont été déclarés dans les 4 départements du Poitou-Charentes, tous de forme non materno-néonatale. Chaque

Caractéristiques des cas déclarés en 2009

Le sex-ratio homme/femme était de 6.

L'âge moyen était de 75 ans et tous les cas avaient plus de 60 ans.

Quatre cas présentaient une bactériémie / septicémie et 1 cas une forme neuroméningée.

Les 7 cas ont été confirmés par hémoculture dont 2 associés à un prélèvement de LCR.

Six cas présentaient une pathologie sous-jacente et 1 cas prenait un traitement immunosuppresseur.

Six des cas pour lesquels l'évolution clinique était connue sont guéris.

Des cas sporadiques de listériose surviennent encore chaque année en Poitou-Charentes, touchant essentiellement des personnes âgées avec une pathologie sous-jacente.

La meilleure prévention pour les sujets à risque, notamment les sujets immunodéprimés, consiste à éviter la consommation des aliments les plus fréquemment contaminés (fromage au lait cru, poissons fumés, coquillages crus ...) et à respecter les règles de conservation, cuisson suffisante et hygiène lors de la manipulation et de la préparation des aliments.

| La tularémie 2009 |

Définitions de cas

Un cas probable correspond à un tableau clinique évocateur* associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps compris entre 20 et 50 ou une exposition commune à celle d'un cas confirmé.

Un cas confirmé correspond à un tableau clinique évocateur* associé à une sérologie positive avec un titre en anticorps supérieur ou égal à 50, ou à l'isolement de *Francisella tularensis* à partir de prélèvements cliniques, ou à une amplification génique positive.

* La maladie débute de manière soudaine, quelle que soit la porte d'entrée (contact direct, morsures de tiques, ingestion d'aliments ou d'eau contaminés, inhalation de poussières contaminées), avec une fièvre ondulante, des frissons, une asthénie, des douleurs articulaires et musculaires, des maux de gorge, des céphalées et parfois des nausées et vomissements.

Nombre de cas déclarés

En 2009, 3 cas sporadiques et confirmés de tularémie ont été déclarés en Poitou-Charentes: 1 dans la Vienne, 1 dans les Deux-Sèvres, et 1 en Charente. Le nombre de cas déclarés a baissé par rapport à 2008 (figure 1).

Le début des signes était en novembre (2 cas) et décembre (1 cas).

Le délai de notification à partir de la date de début des signes s'étalait entre 34 et 90 jours.

Caractéristiques des cas

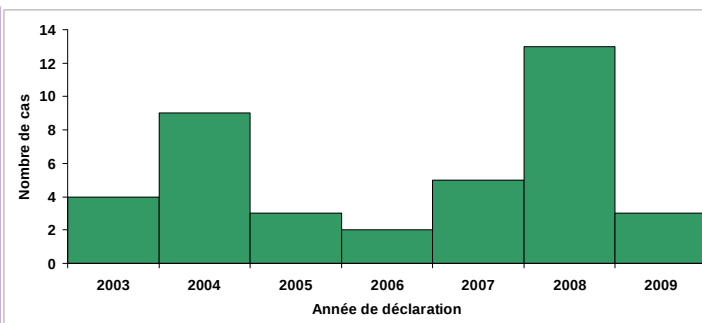
Le sex-ratio (H/F) était de 2.

L'étendue des âges était de 41 à 56 ans.

Deux cas ont présenté une forme ulcéro-ganglionnaire et un cas a présenté une forme pleuropulmonaire.

Parmi les 3 cas, 1 a été hospitalisé. Aucune information sur l'évolution clinique n'a été renseignée.

Les 3 cas ont été diagnostiqués par sérologie.



| Figure 1 |

Nombre de cas de tularémie déclarés par année en Poitou-Charentes, 2003-2009

Modes de contamination

Parmi les expositions à risque sur les 15 jours précédant le début des symptômes, les 3 cas ont rapporté avoir manipulé des lièvres. Un cas a également rapporté un contact avec de la terre (jardinage, remblayage) et un cas un contact avec l'eau d'un cours d'eau ou d'un puits.

Le nombre de cas déclarés de tularémie a baissé en 2009 comparé à 2008 et aucun foyer de cas groupés n'a été détecté dans les Deux-Sèvres, zone pourtant particulièrement concernée par la tularémie les années antérieures.

Les caractéristiques des cas déclarés dans la région en 2009 indiquent que les chasseurs, les personnes dont la profession est en rapport avec l'agriculture et celles pratiquant des loisirs en plein air doivent être en priorité la cible des actions de prévention (manipulation du gibier avec des gants voire des lunettes de protection, lavage des mains après contact avec l'animal, cuisson suffisante des viandes, port de gants pour le jardinage et de vêtements longs lors de randonnées).