

Epidémie saisonnière de bronchiolite à la Réunion

Point épidémiologique - N° 04 au 16 janvier 2015

I Situation épidémiologique I

Il a été observé depuis début décembre une recrudescence des passages aux urgences pour bronchiolite. Le pic épidémique a été atteint la dernière semaine de 2014 et une diminution des passages pour bronchiolite est observée depuis début janvier 2015. Cependant, le nombre de passages aux urgences pour les quatre dernières semaines est nettement supérieur à ce qui a été observé les années précédentes, montrant une épidémie particulièrement marquée cette année.

Cette situation est habituelle à cette période de l'année et marque la poursuite en phase décroissante de l'épidémie saisonnière de bronchiolite à la Réunion. Les données virologiques montrent que le VRS circule sur l'île depuis le mois d'octobre.

Au final, l'évolution des indicateurs souligne l'importance de rappeler les mesures de prévention adéquates en ce début d'été austral (cf page 2).

I Résultats I

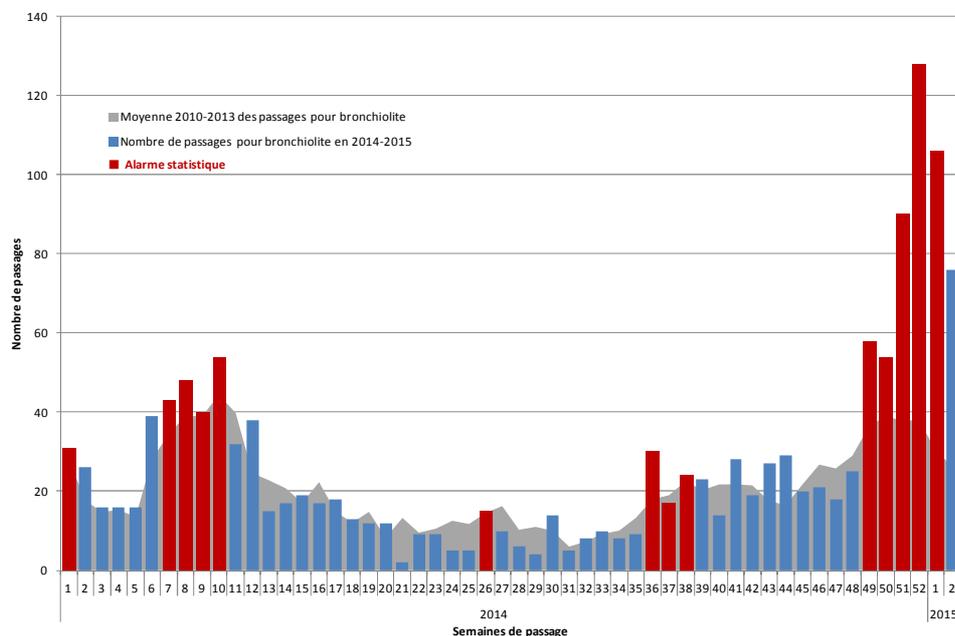
Réseau OSCOUR®

D'après le système de surveillance des urgences hospitalières OSCOUR®, après une augmentation durant 4 semaines au mois de décembre, on observe une diminution du nombre de passages aux urgences pour bronchiolite pour les deux premières semaines de janvier 2015 (Figure 1). Le pic épidémique a été atteint en semaine 52.

En semaine 02 (du 5 au 11 janvier), 76 passages avec un diagnostic de bronchiolite ont été enregistrés, se situant nettement au dessus des moyennes saisonnières. Ces passages représentent 18% de la fréquentation totale des urgences pour cette classe d'âge contre 8% en moyenne au cours du mois de novembre 2014.

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages pour bronchiolite dans les services d'urgences de la Réunion en 2014-2015 (comparé à la période 2010-2013)



Remerciements

Nous remercions les partenaires de la surveillance épidémiologique à la Réunion :

- Le GCS TESIS
- Les laboratoires hospitaliers du CHU de Saint Denis et de Saint-Pierre, du CHGM et du GHER
- L'ensemble des services d'urgence de la Réunion
- L'ensemble des services de pédiatrie et de réanimation pédiatrique de la Réunion

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 :
François Bourdillon, Directeur Général de l'InVS

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

Comité de rédaction :
Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brotte
Nadège Caillere
Kheira Gadouri
Sophie Larrieu
Isabelle Mathieu
Frédéric Pagès
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

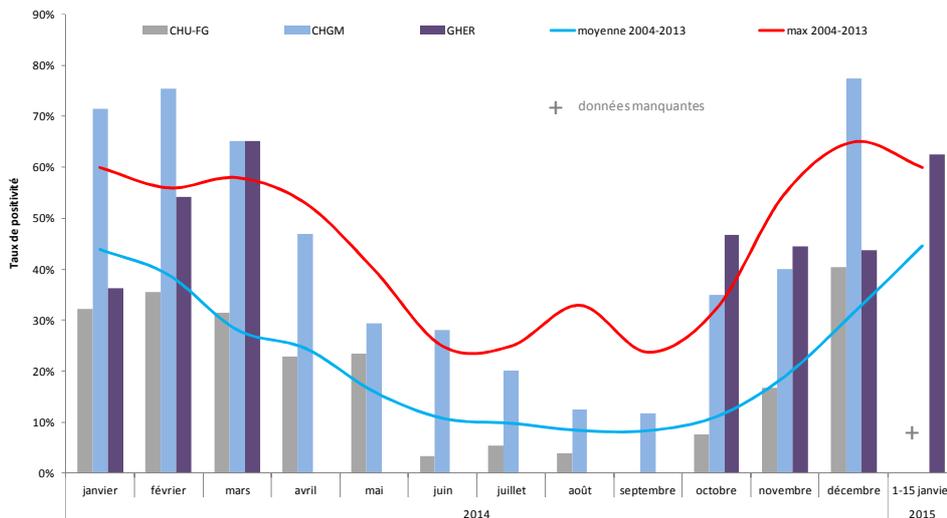
Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 61002
97743 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57

Surveillance virologique hospitalière

Les laboratoires hospitaliers de Saint-Denis, Saint-Paul et Saint-Benoît transmettent chaque mois le nombre de prélèvements analysés pour virus respiratoire syncytial (VRS) ainsi que le nombre de résultats positifs. Pour la première quinzaine de janvier, on note un taux de positivité du virus toujours élevé pour le laboratoire de Saint-Benoît. Le taux moyen de positivité des trois laboratoires pour le mois de décembre est de 55%, et se situe au-dessus des moyennes saisonnières habituellement observées. Une circulation du VRS est donc avérée sur l'île.

| Figure 2 |

Taux de positivité du VRS en 2014–2015 au CHU FG de Saint-Denis, au CHGM de Saint-Paul, et au GHER de Saint-Benoît, la Réunion (comparé aux moyennes et maxima observés entre 2004 et 2013)



I Rappel sur la maladie I

En zone tropicale, la recrudescence des cas de bronchiolite est habituellement observée pendant la saison des pluies, mais peut parfois survenir plus précocement. Cette maladie virale touche principalement les enfants avant l'âge de 2 ans. Dans la très grande majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable, spontanément ou plus souvent avec l'aide d'une kinésithérapie. Dans de rares cas, cette pathologie impose l'hospitalisation. Les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont très rares.

Dans plus de 7 cas sur 10, la bronchiolite de l'enfant est due au virus respiratoire syncytial (VRS). Les autres agents responsables sont les virus parainfluenza, adénovirus... Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains. Ainsi, un rhume de l'enfant et de l'adulte peut être à l'origine d'une bronchiolite chez le nourrisson.

La bronchiolite qui est facilement diagnostiquée par le médecin ou le pédiatre relève dans la très grande majorité des cas (95 %) d'une prise en charge en ville.

| Recommandations |

L'application de mesures d'hygiène simples permet de prévenir la transmission de la maladie :

- le lavage des mains à l'eau et au savon de toute personne qui approche le nourrisson,
- l'aération correcte de la chambre du nourrisson tous les jours,
- le nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines...),
- éviter le contact du nourrisson avec les personnes enrhumées et les lieux enfumés.

Les mesures à prendre en période d'épidémie ou quand on est enrhumé :

- porter un masque avant de s'occuper d'un nourrisson,
- éviter d'embrasser les enfants sur le visage.

Quand l'enfant est malade, il faut :

- désencombrer le nez du nourrisson avec du sérum physiologique,
- donner à boire régulièrement au nourrisson,
- l'emmener rapidement chez le médecin en cas de gêne respiratoire et difficulté à s'alimenter. Si besoin, le médecin prescrira des séances de kinésithérapie respiratoire.