

GRIPPE .....	4
<i>GRIPPE AVIAIRE HUMAINE CHEZ UN ENFANT EN INDONÉSIE (RIAU) .....</i>	4
<i>CONFIRMATION PAR L'OMS D'UN CAS DE GRIPPE AVIAIRE HUMAINE EN INDONÉSIE (RIAU),.....</i>	4
<i>GRIPPE AVIAIRE HUMAINE: INDONÉSIE (BALI), COQS DE COMBATS IMPLIQUES .....</i>	5
<i>GRIPPE: SÉROPRÉVALENCE CROISÉE DU H3N2V EN NORVÈGE.....</i>	7
<i>GRIPPE : MISE A JOUR N° 159 DE L'OMS.....</i>	9
<i>SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS GRIPPALES CHEZ LES MANIPULATEURS D'OISEAUX SAUVAGES .....</i>	11
<i>DÉCÈS HUMAIN PAR GRIPPE AVIAIRE AU CAMBODGE (KAMPONG SPEU).....</i>	13
HÉPATITE C .....	13
<i>HÉPATITE C - USA: (CALIFORNIE), BABY BOOMERS, ALERTE.....</i>	13
<i>HÉPATITE C - ÉCOSSE : (LOTHIANS) .....</i>	15
CHOLERA .....	17
<i>CHOLERA À HAÏTI, MISE À JOUR 2012. ....</i>	17
<i>CHOLERA EN HAITI : MODIFICATION DU SEROTYPE.....</i>	18
<i>ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN HAÏTI : «ON VA DROIT À LA CATASTROPHE» .....</i>	21
<i>CHOLÉRA - RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (ÉQUATEUR) .....</i>	22
<i>CHOLERA SOMALIE.....</i>	24
<i>CHOLÉRA - GHANA (OUEST) .....</i>	24
<i>CHOLERA - GHANA (RÉGION DE L'OUEST).....</i>	25
<i>CHOLERA - ZIMBABWE (PROVINCE DE MASVINGO).....</i>	26
PALUDISME.....	27
<i>LE PALUDISME TUE 26 PERSONNES AU SUD-EST DE MADAGASCAR .....</i>	27
<i>LE NIGERIA A LE NOMBRE LE PLUS ÉLEVÉ DE CAS DE PALUDISME DANS LE MONDE.....</i>	28
<i>PALUDISME - NIGERIA .....</i>	29
<i>LE PALUDISME TUE, CHAQUE ANNÉE, 200.000 PERSONNES AU NIGÉRIA.....</i>	30
SCHMALLEMBERG VIRUS .....	32

<i>PAS D'INFECTIONS HUMAINES PAR LE SCHMALLEMBERG VIRUS AUX PAYS BAS,</i> .....	32
<i>LE VIRUS SCHMALLEMBERG - EUROPE : PAS DE RISQUE POUR LES HUMAINS,</i> .....	34
<i>ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIRUS SCHMALLEMBERG - EUROPE : BELGIQUE,</i> .....	38
<i>SCHMALLEMBERG VIRUS - EUROPE (ANALYSE DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES (AVRIL 2012))..</i>	40
<i>SCHMALLEMBERG VIRUS - EUROPE : RÉASSORTIMENT GÉNÉTIQUE</i> .....	43
COQUELUCHE .....	45
<i>COQUELUCHE - ARGENTINE</i> .....	45
<i>COQUELUCHE - USA (08)</i> .....	46
<i>COQUELUCHE - CANADA (04): (NEW BRUNSWICK)</i> .....	66
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE .....	67
<i>INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE: SITUATION DANS LA CEINTURE AFRICAINE DE LA MÉNINGITE ...</i>	67
<i>MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE FATALE, ACQUISE EN LABORATOIRE - USA: (CALIFORNIE)</i> .....	68
<i>DES CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE - MAURITANIE (02): (EST)</i> .....	71
ROUGEOLE.....	72
<i>UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE TUE 25 ENFANTS DANS LE CAMP DE GEREIDA AU DARFOUR DANS LE SUD - SOUDAN</i> .....	72
<i>ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE CHEZ LES IMMIGRANTS: ÉTRANGERS DEMANDEURS D'EMPLOI EN ISRAËL</i> .....	73
<i>ROUGEOLE AU VENEZUELA (EX LIBAN)</i> .....	73
TUBERCULOSE .....	74
<i>TUBERCULOSE BOVINE, HUMAINE - ROYAUME-UNI (ANGLETERRE) EX ALPACA</i> .....	74
<i>LA TUBERCULOSE DE RETOUR ?</i> .....	75
FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO MALADIE DE LYME.....	77
<i>ACCROISSEMENT DE L'INCIDENCE DE LA MALADIE DE LYME AUX USA (NEW YORK)</i> .....	77
<i>MALADIE DE LYME CANINE ET FÉLINE - CANADA: (NOUVELLE ÉCOSSE)</i> .....	78
<i>MALADIE DE LYME CANINE ET FÉLINE - CANADA: (NOUVELLE ÉCOSSE) COMMENTAIRE</i> .....	82
<i>FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE - CONGO - PAKISTAN: (BALOCHISTAN)</i> .....	82
<i>FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO EN TURQUIE</i> .....	84

DIVERS .....	87
<i>ÉPIDÉMIE DE NOROVIRUS - LIAISON AVEC LES SACS RÉUTILISABLES : USA (OREGON, WASHINGTON)</i> .....	87
<i>LÈPRE - NIGERIA: (KEBBI)</i> .....	89
<i>CHARBON BACTÉRIEN, HUMAIN, ANIMAL - GHANA (02): (ORIENTAL HAUT)</i> .....	90
<i>POLIOMYÉLITE - NIGERIA</i> .....	92
<i>LISTÉRIOSE : CAS NOSOCOMIAL MORTEL AU ROYAUME UNI (IRLANDE DU NORD)</i> .....	94
<i>INTOXICATION AU PLOMB - NIGERIA: (ZAMFARA)</i> .....	96
<i>CAS NOSOCOMIAL, FATAL D'INFECTION PAR BACILLES PORTEURS DE METALLO BETALACTAMASE NEW DELHI - CANADA (ALBERTA)</i> .....	97
<i>CYSTICERCOSE, ÉPILEPSIE - MONDE</i> .....	102
<i>38 CAS DE LEPTOSPIROSE HUMAINE EN 4 MOIS - ÎLE DE LA RÉUNION</i> .....	106
<i>AUGMENTATION DES CAS DE COCCIDIOÏDOMYCOSE (FIÈVRE DE LA VALLÉE) EN CALIFORNIE</i> .....	108
<i>TRYPANOSOMIASE - HEMISPHERE OUEST</i> .....	110
<i>CAS MORTEL DE LÉGIONELLOSE À L. LONGBEACHAE, LIÉ AU COMPOST ROYAUME UNI: (ÉCOSSE)</i> .....	111

# GRIPPE

## ***GRIPPE AVIAIRE HUMAINE CHEZ UN ENFANT EN INDONÉSIE (RIAU)***

Date: Wed 2 May 2012

Source: The Jakarta Post [edited]

<<http://www.thejakartapost.com/news/2012/05/02/riau-boy-157th-bird-flu-fatality.html>>

Le ministère de la Santé a confirmé qu'un garçon de 2 ans est décédé de grippe aviaire [infection par le virus aviaire A/H5N1] le 27 avril 2012, dans un hôpital public dans l'État de Riau,

La direction générale du ministère pour le contrôle de la maladie et la santé environnementale a déclaré dans un communiqué de presse publié le 1er mai 2012, qu'une équipe du ministère a enquêté dans le voisinage de l'enfant et a noté qu'il a peut-être eu des contacts avec des œufs de caille parce que ses parents en vendent.

Le garçon, un résident de Sialk à Pekanbaru, a été amené dans une clinique privée le 20 avril 2012, après avoir développé une fièvre le 17 avril 2012, indique le communiqué. Il a ensuite été transporté dans un hôpital privé dans la nuit du 20 avril 2012 vu que son état ne s'était pas amélioré. Le 21 Avril 2012, il a été traité dans un autre hôpital identifié seulement comme étant l'hôpital EB, où les médecins ont rapporté le cas à la direction de l'Agence de la santé de Riau. Il a été transféré dans un hôpital public, identifié seulement comme étant AA. «L'état du garçon s'est détérioré, et il décède le 27 avril 2012 à 23h45 à l'Hôpital AA», indique le communiqué.

Suite à ce dernier cas, le nombre total de cas de grippe aviaire depuis 2005 s'élève maintenant à 189, dont 157 décès. Le Directeur général, Dr Tjandra Yoga Aditama a rapporté ce dernier cas à l'OMS précise le communiqué.

### **Commentaire ProMED-mail**

Tous les signalements de cas humains d'infection virus de la grippe aviaire ne sont ensuite confirmés, en Indonésie. Toutefois, ce rapport émane du ministère de la Santé d'Indonésie et il est probablement correct. Par conséquent, ce cas sera le 7<sup>ème</sup> cas et le 7<sup>ème</sup> décès à être enregistré en Indonésie en 2012.

Riau est une province de l'Indonésie située dans le centre de l'île de Sumatra. Sa capitale et sa plus grande ville est Pekanbaru. La carte interactive HealthMap de la province de Riau peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/2iLo>>.

## ***CONFIRMATION PAR L'OMS D'UN CAS DE GRIPPE AVIAIRE HUMAINE EN INDONÉSIE (RIAU),***

Date: Wed 2 May 2012

Source: World Health Organisation (WHO), CSR, Disease Outbreak News [edited]

<[http://www.who.int/csr/don/2012\\_05\\_02/fr/index.html](http://www.who.int/csr/don/2012_05_02/fr/index.html)>

2 MAI 2012 - Le point focal national RSI au Ministère de la Santé en Indonésie a notifié à l'OMS un nouveau cas d'infection humaine par le virus A(H5N1) de la grippe aviaire.

Il s'agit d'un petit garçon de 2 ans dans la province de Riau. Après apparition d'une fièvre le 17 avril 2012, il été hospitalisé le 21 et il est décédé le 27 avril.

L'enquête épidémiologique est en cours. Les constatations préliminaires révèlent que ses parents sont des vendeurs d'œufs de caille.

Le cas a été confirmé par l'Institut national de la recherche et du développement pour la santé (NIHRD, National Institute of Health Research and Development) au Ministère de la Santé.

Jusqu'à présent, sur les 189 cas notifiés en Indonésie depuis 2005, 157 ont été mortels.

#### **Commentaire ProMED-mail**

Ceci est la confirmation par l'OMS du cas d'infection par le virus de la grippe aviaire mortel survenu dans la province de Riau signalé dans un message précédent de ProMED (N°20120502.1120713). Aucune autre information n'est fournie concernant les circonstances de l'exposition de l'enfant.

Cette confirmation de l'OMS est publiée même si elle n'ajoute aucune nouvelle information, parce que de nombreux cas de suspicion d'infection humaine par le virus grippe aviaire en Indonésie ne sont jamais confirmés officiellement.

Riau est une province de l'Indonésie située dans le centre de l'île de Sumatra. Sa capitale et sa ville la plus importante est Pekanbaru. La carte interactive de HealthMap de la province de Riau peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/2iLo>>.

### ***GRIPPE AVIAIRE HUMAINE: INDONÉSIE (BALI), COQS DE COMBATS IMPLIQUES***

Date: Sun 29 Apr 2012

Source: Bali Discovery Tours [edited]

<<http://www.balidiscovery.com/messages/message.asp?ID3D8145>>

Des responsables de la santé Animale à Bali ont enregistré de nouveau une nouvelle épidémie de grippe aviaire parmi les populations de volailles de Bali. Les responsables avertissent que Bali, étant une zone d'endémie pour le virus H5N1 de la grippe aviaire, doit s'attendre que des cas sporadiques de la maladie se déclarent dans n'importe quel endroit à travers l'île de temps à autre.

Cité par Beritabali.com [All About Bali], le directeur du département de l'Élevage et de la santé animale de Bali, Putu Sumantra, a mis l'apparition de la grippe aviaire à Bali au cours de l'année écoulée sur le compte du faible niveau de biosécurité, en particulier dans les marchés d'oiseaux et les marchés traditionnels où les commerçants accordent peu d'importance aux lignes directrices suivantes pour l'élimination de la maladie. La mise en œuvre des mesures de biosécurité, à la fois par les commerçants et les consommateurs, est peu prise en compte. Pour cette raison, la maladie survient de façon sporadique, avec 12 cas identifiés à ce jour, a expliqué Sumantra. Un autre facteur contribue à rendre Bali vulnérables à la maladie est la tendance générale de permettre la volaille de circuler librement dans les zones de populations humaines. Environ 230 coqs de combat ont été saisis et détruits par les responsables du marché aux oiseaux de Satria dans le centre-ville de Denpasar le 26 avril 2012. Cette opération a suivi le décès d'un enfant de 8 ans de Kintamani qui a eu un test de laboratoire préliminaire confirmant son infection par le virus aviaire A/H5N1 [ProMed N° 20120426,1114894] et la mort soudaine d'un poulet acheté sur le marché des oiseaux de Satria.

Dr (vétérinaire) Wayan Sukandi du laboratoire du Département de l'Élevage et de la Santé Animale a déclaré: «La destruction de centaines de poulets a été faite pour interrompre le cycle de contamination par le virus H5N1. "L'abattage massif des oiseaux a eu lieu après un test rapide qui a confirmé que le virus était présent dans les populations d'oiseaux du marché. Les oiseaux, en provenance de Probolinggo et Jember dans l'Est de Java, ont été euthanasiés par des injections mortelles avant que leurs cadavres ne soient brûlés.

En 2012, Bali a enregistré 2 décès humains liés à des infections par le virus A/H5N1 aviaire. En Février 2012, un résident de Tabanan est décédé de grippe aviaire. Le dernier décès de l'enfant originaire de Bangli, Kintamani le 24 Avril 2012 a été lié au virus, mais par la suite des tests de confirmation effectués à Jakarta auraient donné des résultats négatifs pour le virus H5N1.

### **Commentaire ProMED-mail**

La mort de l'enfant de 8 ans originaire de Bangli, Kintamani sur l'île indonésienne de Bali a été d'abord suspecté être le résultat d'une grippe aviaire à virus A / (H5N1) [Voir ProMED N° 20120426,1114894], et cette suspicion peut avoir contribué à la destruction des coqs de combat dans le marché aux Oiseaux de Satria dans le centre de Denpasar rapporte le rapport précédent. Toutefois, selon le rapport actuel, le diagnostic d'infection par le virus de la grippe aviaire n'a pas été confirmé par la suite de l'enquête, et la mort de cet enfant est probablement sans rapport avec la vaste épidémie de grippe aviaire chez les volailles sur l'île.

De plus amples informations clarifiant la cause de la mort de l'enfant sont attendues.

Des cartes des districts de Denpasar et Bangli sur l'île indonésienne de Bali peuvent être consultées à [http://www.bali-maps.com/badung\\_bali\\_map.html](http://www.bali-maps.com/badung_bali_map.html) et [http://www.bali-maps.com/bangli\\_bali\\_map.html](http://www.bali-maps.com/bangli_bali_map.html), respectivement.

La carte interactive HealthMap / ProMED-mail de l'Indonésie peut être consultée à <http://healthmap.org/r/1nkj>.

Depuis le début de la panzootie d'influenza aviaire hautement pathogène H5N1 en Asie de l'Est en 2004, les coqs de combat, souvent objet d'un commerce national et international, illégal ont été incriminé en tant que vecteurs du virus. De telles suspicions ont été signalées dans au moins 84 messages ProMED-mail au fil des ans dans plusieurs pays, y compris par la Thaïlande, le Viet Nam, la Malaisie et l'Indonésie. À titre d'exemple, la contrebande de coqs de combat en provenance de Thaïlande a été signalée par les Malaisiens comme étant le mode de l'introduction, chez eux, du virus H5N1 de la grippe aviaire en Août 2004. De même, l'Indonésie a signalé que le virus a été introduit par la contrebande des coqs de combat.

## ***GRIPPE: SÉROPRÉVALENCE CROISÉE DU H3N2V EN NORVÈGE***

Date: Thu 10 May 2012

Source: Eurosurveillance edition 2012; 17(19) Rapid Communication [summ. edited]  
<<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20170>>

### **Prévalence sérique, selon l'âge, des anticorps croisés du virus grippal (H3N2) variant dans des sérums recueillis en Norvège en 2011.**

-----  
[Auteurs: Waalen K, Kilander A, Dudman SG, Ramos-Ocao R, Hungnes O. Département de Virologie, Institut norvégien de santé publique, Oslo, Norvège]

#### Résumé

-----  
Les anticorps croisés avec un virus grippal A (H3N2) variant [A/H3H2v] récemment signalé aux États-Unis, ont été explorés dans des sérums norvégiens. La séroprévalence était globalement de 40%, et de 71% chez les personnes nées entre 1977 et 1993. Les groupes d'âge les plus sensibles étaient les enfants et les personnes âgées autour de 50 ans. L'immunité élevée chez les jeunes adultes est probablement due à une primo infection massive par des virus similaires dans les années 1990. Des études plus poussées sont nécessaires pour expliquer la faiblesse de l'immunité dans la classe des 45-54 ans.

#### Introduction

-----  
entre août 2011 et avril 2012, 13 cas d'infections humaines ont été identifiés aux États-Unis par un variant du virus grippal A (H3N2) qui a circulé chez les porcs en Amérique du Nord. Le variant a été désigné comme un (H3N2)v par l'OMS [1]. Presque tous les cas sont survenus chez des enfants, certains d'entre eux sans aucune exposition reconnue aux porcs, et une transmission interhumaine limitée semble s'être produite [2-5]. Ces virus n'ont pas été prouvé avoir circulé chez les porcs européens, et à ce jour aucun cas humain de grippe A (H3N2)v n'a été signalé en Europe.

L'hémagglutinine du virus H3N2v descend des virus H3N2 qui ont circulé à travers le monde, chez l'homme, dans le milieu des années 1990 [6], avec des virus A/Wuhan/359/1995 (H3N2)-like la souche la plus semblable à la souche vaccinale [7].

Afin d'évaluer le risque et l'impact possible de propagation de la grippe A (H3N2) v dans la population humaine, nous avons besoin de clarifier si l'exposition antérieure de variants antigéniques viraux humains antérieures H3N2, soit par infection ou par vaccination, peuvent avoir abouti à une immunité persistante qui pourrait protéger des groupes de la population actuelle contre le virus H3N2v actuel.

Bien que les similitudes génétiques avec les virus ayant préalablement circulé suggèrent qu'une immunité préexistante peut exister, il est important de confirmer cela par des preuves séro-épidémiologique. Cette étude présente une première analyse des anticorps croisés du virus H3N2v dans des sérums humains recueillis en Norvège, en Août 2011.

## Méthodes

-----

[Se reporter au texte original via l'URL source ci-dessus]

## Résultats

-----

Globalement, une proportion considérable, 40%, des sérums analysés contiennent des anticorps contre le virus H3N2v avec un titre HI en corrélation avec une protection (titre HI de 40 ou plus).

Une tendance caractéristique liée à l'âge a été observée. Une très forte proportion de [protection] d'environ 71% a été observée chez les personnes nées entre les années 1970 et le début des années 1990. Des proportions élevées de 40 à 50% d'anticorps sans doute séroprotecteurs ont également été observés dans le groupe d'âge nés entre 1967 et 1976 ainsi que chez les personnes nées dans le milieu des années 1950 ou avant. En particulier, chez les enfants nés en 1999 ou après, aucun titre HI de protection contre le virus H3N2v n'a été observé. Les enfants nés dans la dernière partie des années 1990 ont un taux de séropositivité de 16%.

Curieusement, la prévalence des anticorps séroprotecteurs contre le virus H3N2v était faible, à 14 %, chez les personnes nées dans la dernière partie des années 1950 et la 1ère partie des années 1960. Cette séroprévalence était significativement faible par rapport aux autres groupes d'âge adultes. Les résultats de séroprévalence ont été en général également reflétés par la répartition des moyennes géométriques des titres, dans les groupes d'âge respectifs. Une signification statistique a été obtenue pour la plupart des différences entre les groupes d'âge pour les séroprévalence et les niveaux de l'anticorps.

## Conclusions et perspectives

-----

Nos observations fournissent de nouvelles connaissances sur une possible susceptibilité de la population à l'actuel virus grippal H3N2v. Ces données appuient et amplifient les résultats antérieurs de 2 études séro-épidémiologiques récentes qui n'ont pas étudié la totalité des groupes d'âge. La prévalence considérable des anticorps croisés suggère qu'il peut exister une limite éventuelle à une épidémie de ces virus dans leur forme actuelle. La séroprévalence du virus grippal A (H3N2) v la plus élevée est observée chez les jeunes adultes, en concordance avec une immunité persistante causée par une exposition dans l'enfance à des virus antigéniquement et génétiquement apparentés qui avaient circulé chez



l'homme au milieu des années 90. La séroprévalence est très faible chez les enfants et les adolescents qui n'ont probablement pas été exposés à des virus H3N2 avant qu'ils ne s'éloignent antigéniquement du variant du milieu des années 1990. Cependant, nous constatons également une forte séroprévalence chez les personnes âgées, tandis que, de façon surprenante, les adultes nés à la fin des années 50 ou dans les années 60 représentent un groupe qui semble avoir une immunité limitée contre le virus H3N2v. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre la nature des différences dans l'immunité entre les groupes d'âge qui devraient avoir été exposés au même éventail de variants antigéniques H3N2 mais à des stades différents de leurs vies.

### **Commentaire ProMED-mail**

L'année dernière (2011) et cette année, 13 cas de H3N2v ont été confirmés aux États-Unis, principalement chez les enfants ayant été en contact avec des porcs, mais la souche n'a pas été identifiée en Europe. Cette enquête évalue le risque d'une exposition au H3N2v en Norvège, impliquant une analyse de 253 échantillons de sérum prélevés en août 2011 dans 3 zones différentes du pays. La séroprévalence globale (basé sur un titre d'inhibition de l'hémagglutinine supérieur ou égal à 40) a été trouvée à 40 %, allant de 0 % chez les enfants de 12 ans ou moins, à 71% chez les adultes de 18 à 34 ans. La répartition par groupe d'âge était la suivante:

Groupe d'âge	Prévalence
0 - 12 ans	0%
13 - 17 ans	16%
18 - 24 ans	71%
25 - 34 ans	71%
35 - 44 ans	28%
45 - 54 ans	14%
55 - 64 ans	41%
65 - 74 ans	50%
75 - 97 ans	53%

La séroprévalence la plus élevée pour le virus grippal A (H3N2)v observée chez les jeunes adultes en Norvège est concordante avec une immunité résiduelle après exposition à l'enfance à des virus antigéniquement et génétiquement apparentés qui étaient en circulation chez l'homme au milieu des années 90.

Le texte intégral, figures, tableaux, et des références sont disponibles à l'URL de la source ci-dessus.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/1FEs>>

### ***GRIPPE : MISE A JOUR N° 159 DE L'OMS***

Date: Thu 10 May 2012

Source: World Health Organisation (WHO), Surveillance and Monitoring,

Influenza Update [edited]

<[http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/2012\\_05\\_10\\_surveillance\\_update\\_159.pdf](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2012_05_10_surveillance_update_159.pdf)>

#### **Résumé :**

- Le pic saisonnier de la grippe est dépassé dans la plupart des pays des régions tempérées de l'hémisphère nord.

- Différents virus ont prédominé dans les différentes parties du monde, pendant la saison grippale 2011-12 à l'hémisphère nord. En Amérique du Nord, le Canada avait une légère prédominance de la grippe B sur la grippe A (H3N2) (respectivement 67% vs 33%), en particulier en fin de saison, tandis qu'aux États-Unis d'Amérique (USA), les proportions étaient inversées et A (H3N2) était plus fréquent. Au Mexique la saison du était en quasi-totalité liée à la grippe A(H1N1) pdm09. En Europe, la grande majorité des virus grippaux ont été le virus de la grippe A (H3N2) avec de très petits nombres de A(H1N1) pdm09 et B. En Asie, le nord de la Chine et la Mongolie ont rapporté la plupart du temps de la grippe B au début de la saison, avec une apparition plus tardive de la grippe A (H3N2), bien que cette séquence ait été inversée en République de Corée et au Japon où le virus A (H3N2) était prédominant initialement et la grippe B n'est apparue que plus tard.

- Au début de la saison grippale, la plupart des virus testés étaient antigéniquement étroitement apparentés aux virus inclus dans le vaccin saisonnier trivalent actuel. Toutefois, vers la mi-saison, une divergence a été notée à la fois aux États-Unis et en Europe chez les A (H3N2) testés et un nombre significatif de virus A (H3N2) testés dans les derniers mois ont montré une réduction de leur réactivité croisée avec les virus vaccinaux. Les virus grippaux B détectés ont été à la fois des lignées Victoria et Yamagata avec une fréquence légèrement plus élevée du premier en Chine et dans certaines régions de l'Europe.

- La résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase a été faible ou indétectable pendant la plus grande partie de la saison, mais une augmentation légère des niveaux de résistance à l'oseltamivir ont été signalés dans des isolats de grippe A (H1N1) pdm09 aux États-Unis. La plupart (11/16) de ces cas résistants à l'oseltamivir ont été signalés au Texas, où la grippe A(H1N1) pdm09 a été le virus le plus fréquent en circulation.

La version complète de la mise à jour N° 159 de l'OMS peut être consultée via <[http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/2012\\_05\\_10\\_surveillance\\_update\\_159.pdf](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2012_05_10_surveillance_update_159.pdf)>

#### **Commentaire ProMED-mail**

Selon le Rapport hebdomadaire le plus récent de l'ECDC [Centre européen pour la Prévention et le contrôle des maladies] (<<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120511-SUR-WISO.pdf>>):

Tous les pays d'Europe, à part la Slovaquie ont signalé de faibles intensités de l'activité grippale. Parmi 154 échantillons sentinelles testés, 23 (14,9%) étaient positifs pour le virus de la grippe. Cette proportion a été continuellement en baisse au cours des 10 dernières semaines.

Les virus de grippe A (H3N2) examinés au Centre collaborateur de l'OMS à Londres montrent des signes d'une dis concordance de plus en plus grande entre le virus en circulation et l'antigène du vaccin A (H3N2) utilisé en 2011.

Il y'a eu également une augmentation significative de la proportion du virus B / Yamagata parmi les virus de type B détectés cette saison. Ces résultats corroborent la recommandation de l'OMS de modifier deux composants du vaccin trivalent pour la saison 2012/2013 de l'hémisphère Nord.

La saison grippale 2011-12 dans l'hémisphère nord est arrivée à sa fin, et il est difficile de prédire quelle sera la principale la souche de la prochaine saison d'infection grippale. Une caractéristique curieuse de la saison écoulée a été la persistance du virus A / (H5N1)v au Mexique et son déclin et éclipse partielle ailleurs, au contraire.

## ***SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS GRIPPALES CHEZ LES MANIPULATEURS D'OISEAUX SAUVAGES***

Date: Thu 24 May 2012

Source: Journal of Clinical Virology. in press [edited]

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386653212001734>

### **Une étude nationale portant sur les sujets qui manipulent des oiseaux migrateurs pour mettre en évidence des infections virales grippales d'origine aviaire et porcine**

-----  
Auteurs: C. Shira Shafir, Trevon Fuller, Thomas B. Smith, et Anne Rimoin

#### **Résumé**

##### **Contexte:**

-----

Les personnes ayant une exposition professionnelle ou de loisir aux oiseaux migrateurs peuvent être à risque pour l'infection par le virus hautement pathogène de la grippe aviaire et autres virus grippaux aviaires, par les oiseaux sauvages puisque ces derniers sont le réservoir naturel des virus grippaux A. Par ailleurs, les manipulateurs d'oiseaux peuvent héberger des coïnfections par des virus grippaux aviaires et virus d'origine porcine (pH1N1), qui engendrent des virus réassortis à haute virulence pour les mammifères.

##### **Objectifs:**

-----

Nous avons évalué la prévalence des virus de la grippe aviaire et porcine chez des manipulateurs d'oiseaux aux États-Unis et estimé leur exposition à différentes espèces d'oiseaux sauvages, dont les oiseaux d'eau –savagines- (Anseriformes), les oiseaux chanteurs (Passeriformes), et les oiseaux de rivage –limicoles- (Charadriiformes).

### **Méthodologie de l'étude:**

-----  
C'est une enquête sérologique transversale accompagnée d'un questionnaire pour estimer les facteurs de risque comportementaux. Cette enquête est la 1<sup>ère</sup> concernant des manipulateurs d'oiseaux résidant aux États-Unis qui travaillent également sur des sites internationaux.

### **Résultats:**

-----  
401 participants ont été recrutés et testés sur 3 ans. Un participant ayant une exposition professionnelle aux oiseaux migrateurs avait une preuve d'une infection antérieure, par un virus H5N2 antigéniquement liés à l'A/Nopi/MN/07/462960-02, qui représente le 1er cas d'infection par ce sous-type grippal chez un hôte humain associé à une exposition à des oiseaux sauvages plutôt que domestiques. Nous n'avons détecté aucune coïnfection par des virus grippaux d'origine aviaire et porcine. L'exposition des manipulateurs d'oiseaux à des oiseaux chanteurs était 4 fois supérieure à l'exposition à des oiseaux de rivage ou des oiseaux d'eau.

### **Conclusions:**

-----  
Bien que rare, la transmission des virus grippaux aviaires à partir d'oiseaux migrateurs à des manipulateurs d'oiseaux aux États-Unis a potentiellement des conséquences de santé publique et économiques importantes. Un seul, parmi 401 sujets, sur une période de 3 ans, montre des preuves d'une exposition à une infection. Les personnes manipulant des oiseaux migrateurs ne semblent pas avoir un risque élevé de contracter une infection à virus grippal par cette voie.

### **Commentaire par: Ken Cokanasiga**

<kenc@spc.int>

Les résultats de cette étude indiquent que la transmission des virus de la grippe A par les oiseaux migrateurs aux personnes susceptibles manipulant de tels oiseaux ne se produit que rarement. Un seul parmi 401 sujets étudiés a montré des preuves d'une infection par le virus de la grippe, un virus grippal de type H5N2. Cette voie d'infection ne semble pas être un facteur important dans l'évolution de nouveaux agents pathogènes humains. Les études d'autres espèces d'oiseaux migrateurs dans d'autres régions du monde, pourrait bien entendu, aboutir à des résultats différents.

## ***DÉCÈS HUMAIN PAR GRIPPE AVIAIRE AU CAMBODGE (KAMPONG SPEU)***

Date: Mon 28 May 2012

Source: The Strait Times [edited]

<[http://www.straitstimes.com/BreakingNews/SEAsia/Story/STIStory\\_804095.html](http://www.straitstimes.com/BreakingNews/SEAsia/Story/STIStory_804095.html)>[http://www.straitstimes.com/BreakingNews/SEAsia/Story/STIStory\\_804095.html](http://www.straitstimes.com/BreakingNews/SEAsia/Story/STIStory_804095.html)>

Une fillette cambodgienne de 10 ans est décédée de grippe aviaire, l'OMS l'a déclaré le [28 mai 2012], C'est le 3ème décès dans le pays par cette maladie virulente, cette année [2012].

L'enfant a développé une fièvre et une dyspnée, le 20 mai 2012 et elle est décédée le 26 mai 2012, l'OMS l'a annoncé dans une déclaration commune avec le Ministère Cambodgien de la Santé.

Les analyses pratiquées à l'hôpital ont confirmé qu'elle avait contracté la souche H5N1 du virus de la grippe aviaire. Il existe des observations de décès chez les volailles dans le village, et la patiente avait préparé des poulets malades pour la nourriture avant de tomber malade, indique le communiqué.

La jeune fille, de la province de Kampong Speu du sud-ouest, est la 21ème personne au Cambodge à être infectée par le virus H5N1 depuis 2003. 19 parmi ces cas ont été mortels.

### **Commentaire ProMED-mail**

Une carte des provinces du Cambodge, montrant l'emplacement de Kampong Speu, peut être consultée à <<http://www.canbypublications.com/maps/simpleprov.htm>> et la carte interactive HealthMap / ProMED-mail du pays au <<http://healthmap.org/r/28rb>>.

## **HÉPATITE C**

### ***HÉPATITE C - USA: (CALIFORNIE), BABY BOOMERS<sup>1</sup>, ALERTE***

Date: Wed 2 May 2012

Source: Los Angeles Times [abbreviated & edited]

<<http://www.latimes.com/news/local/la-me-boomers-hepatitis-20120502,0,4558891.story>>

Les Centres for Disease Control and Prevention exhortent les personnes nées entre 1945 et 1965 à se faire tester, en notant que près de 75 pour cent des personnes atteintes de la maladie sont des baby-boomers. Le nombre de baby-boomers décédant de l'«épidémie silencieuse» d'infections par le virus de l'hépatite C est en augmentation si rapide que les responsables fédéraux sont en train de planifier une nouvelle campagne nationale de dépistage. Trois sur 4, parmi les 3,2 millions de personnes ayant une hépatite C chronique - et une proportion similaire chez ceux qui meurent de la maladie - sont des baby-

---

<sup>1</sup> Les baby-boomer sont des personnes nées entre les années 1946 et 1965, au cours du « pic de natalité » (augmentation importante du taux de natalité) observé dans certains pays, juste après la fin de la Seconde Guerre.

boomers. Les décès dus à ce virus ont presque doublés entre 1999 et 2007, pour atteindre plus de 15 000 cas, selon une étude récente du Centre for Disease Control and Prevention.

L'hépatite C est la principale cause infectieuse de cirrhose et de cancer du foie et elle est la cause la plus courante des transplantations hépatiques aux États-Unis, selon le CDC. En 2007, les décès dus à cette maladie ont dépassé ceux liés au VIH, et le nombre de décès devrait continuer à augmenter, ont signalé les chercheurs. "Nous avons affaire à une sorte d'une parfaite tempête d'une vague d'âge de personnes qui évoluent dans le temps et qui deviennent progressivement plus malade d'une infection qui a été acquise il ya plusieurs décennies », a déclaré John Ward, directeur de la division hépatite virale au CDC. "Nous pensons que nous sommes à un niveau très critique. "

Beaucoup de baby-boomers ont contracté le virus sans le savoir dans leurs jeunes années suite à la consommation de drogues ou suite à des transfusions sanguines avant que le dépistage ne soit amélioré au cours de la crise du sida. Ignorant le risque et asymptomatiques, la plupart d'entre eux n'ont jamais été testés pour l'hépatite C et ne savent pas qu'ils en sont atteints.

La maladie – transmise principalement par le sang - reste souvent invisible pendant des décennies alors qu'elle est en train de détruire lentement les cellules du foie. Il n'ya pas de vaccin. [Cependant, Il ya, actuellement des traitements efficaces, en fonction du génotype du virus].

«L'hépatite C est vraiment un virus sournois», a déclaré Elizabeth Bancroft, médecin épidémiologiste au département de Santé publique du comté de Los Angeles. "Il peut vivre en vous pendant de très nombreuses années."

Selon les responsables sanitaires, Il ya au moins 530 000 personnes vivant avec une hépatite C en Californie, dont environ 134.000 dans le comté de Los Angeles. Préoccupée par la maladie chez les baby-boomers, la CDC prévoit de publier, cette année [2012], une recommandation stipulant que toutes les personnes nées entre 1945 et 1965 soient dépistées. Jusqu'à présent, l'organisme fédéral n'exhortait qu'au dépistage chez les personnes suspectées d'être à risque. Cette stratégie n'a pas fonctionné, en partie à cause de la stigmatisation, les médecins ne posant pas de questions sur l'usage antérieur de drogues, et les patients ne donnant souvent pas l'information.

La recommandation du CDC vient à un moment où des traitements médicamenteux plus sûr, plus rapide et plus efficaces sont désormais disponibles, et sont de plus en plus essayés. Les nouveaux médicaments ont encore des effets secondaires, mais augmenter les chances de neutraliser le virus et ses complications, a montré une étude. Les responsables sanitaires estiment que les nouveaux médicaments, bien qu'ils ne soient pas bon marché, sont encore de loin moins coûteux que les greffes de foie et le traitement du cancer du foie, qui peuvent atteindre des centaines de milliers de dollars.

En Californie, cette maladie est "un problème important et très coûteux" a déclaré Gil Chavez, directeur adjoint du centre des maladies infectieuses du département de santé publique de l'État. En Californie, affirment des responsables sanitaires, les frais d'hospitalisation pour une maladie du foie, un cancer et les transplantations ont totalisé plus

de 2 milliards de dollars en 2010. L'État a adopté un plan en 2009 pour améliorer l'éducation sur la maladie et à accroître l'accès au dépistage et aux soins, mais il reste encore beaucoup à faire a déclaré M. Chavez. La recommandation fédérale attendue, pour le dépistage chez les baby-boomers, aidera les prestataires de soins et les patients à en comprendre les risques, a-t-il dit.

### **Commentaires ProMED-mail + alertes HealthMap**

La fiche d'information de l'OMS sur l'hépatite C peut être consultée à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>.

Une carte HealthMap/ProMED-mail peut être consultée à : <http://healthmap.org/r/1hcv>, <http://healthmap.org/r/1hiS>.

### ***HÉPATITE C - ÉCOSSE : (LOTHIANS)<sup>2</sup>***

Date: Thu 3 May 2012

Source: The Scotsman Newspaper [edited]

<http://www.scotsman.com/news/health/hepatitis-c-cases-reach-record-level-in-lothians-1-2271235>

#### **Le nombre de cas d'hépatite C atteint un niveau record dans « les Lothians ».**

Le nombre de personnes diagnostiquées atteintes d'hépatite C aux Lothians a atteint des niveaux record. Un total de 333 personnes ont été diagnostiquées atteintes de cette maladie en 2011 - soit plus du double du nombre de cas observés il y'a une décennie. Le nombre de cas a augmenté en 2011, après avoir été de 276 en 2010, et 202 en 2009. Les experts sanitaires se sont cependant félicités de cette information, disant que cela prouve que les efforts visant à accroître la vigilance et le dépistage envers la maladie ont été payants.

La propagation de l'hépatite C a été appelé épidémie silencieuse, parce que les victimes peuvent, dans certains cas ne pas avoir pratiquement aucun symptômes pendant jusqu'à une décennie. Les premiers symptômes, qui incluent dépression, fatigue, problèmes cutanés, insomnie, douleurs et troubles digestifs, souvent attribuées par erreur à d'autres causes. 20 % des personnes atteintes éliminent le virus de leurs organismes dans les 6 mois suivant l'infection, mais les 80% restants développent une infection chronique qui peut entraîner une cirrhose du foie, cancer du foie ou une maladie hépatique en phase terminale.

En Février 2012, les patients des Lothians ont été parmi les 1<sup>ers</sup> à se voir proposer l'option de 2 nouveaux médicaments que l'on espère aider à guérir plus de personnes. L'été dernier, une campagne a également placé des affiches, dans les toilettes des pubs et clubs à travers la capitale [Edinburgh], mettant en exergue les risques liés à l'hépatite C, expliquant comment la maladie peut être contractée, et faisant connaître les associations de soutien.

---

<sup>2</sup> Le **Lothian** est une région traditionnelle d'Ecosse connue pour étant la seule partie Anglo-Saxonne d'Ecosse, et une des rares où l'écossais n'a pas pris racine, car à travers l'histoire, la langue des Lothians y est venue se substituer à l'écossais. Elle est divisée en 3 comtés d'où l'expression "les Lothians".

Il ya plus de 3700 personnes vivantes, au Lothians, qui sont connues pour avoir une hépatite C, mais le coordinateur spécial écossais pour l'hépatite C, Dr. Petra Wright, a déclaré que le chiffre réel des infections était probablement le double des chiffres officiels. Elle a également dit que l'augmentation du nombre de cas notifiés, était en partie due à l'introduction en 2009 de projets de sensibilisation et de dépistage, et l'introduction de la sensibilisation aux virus à transmission sanguine, l'année dernière, dans les programmes gouvernementaux écossais de santé sexuelle. "Nous nous félicitons de l'augmentation du nombre de cas, car elle démontre que le plan d'action fonctionne », a-t-elle dit. "Nous pouvons également voir qu'on a diagnostiqué un grand nombre de personnes dans les groupes d'âge les plus jeunes (de 40 ans et moins), et cela démontre que le dépistage ciblé fonctionne, mais il reste encore beaucoup à faire pour obtenir que les baby-boomers, nés entre 1945 et 1965, qui ont été à risque par le passé, soient testés."

Le facteur de risque le plus connu pour l'hépatite C est l'usage de drogues par voie intraveineuse, les tatouages , mais les utilisateurs de stéroïdes et ceux qui se sont fait tatouer à l'étranger ou lors d'événements non autorisés sont également à risque. L'hépatite C, fait l'objet en même temps que le VIH, d'une investigation publique menée par Lord Penrose chez des patients qui ont été infectés par les produits sanguins du NHS.

Dr Ewan Stewart, le clinicien qui dirige le réseau des soins coordonnés (MCN) pour hépatite virale du Lothian NHS, a déclaré: "Ces chiffres reflètent le travail acharné accompli à travers le Lothian pour sensibiliser à l'égard de l'hépatite C et d'avoir rendu plus facile pour les gens à se faire tester. Le Viral Hepatitis Lothian MCN travaille en étroite collaboration avec les médecins généralistes et autres professionnels clés de la santé à identifier les personnes à risque pour l'infection, à promouvoir le dépistage dans les milieux communautaires et dans les prisons et fournit un accès facile aux cliniques de dépistage. Nous savons que l'hépatite C peut avoir des conséquences graves si elle n'est pas diagnostiquée et traitée. Il est important d'en parler avec un professionnel de santé si vous êtes inquiet au sujet de l'hépatite C. "

Le nombre de personnes diagnostiquées au Lothian par an (Taux pour 100 000 hab.) sont les suivants :

Année	Nombre de personnes diagnostiquées au Lothian par an	Taux pour 100 000 habitants
2001	150	19.3
2009	202	24.7
2010	276	33
2011	333	39.8
Écosse en 2011	2147	41.1

### **Commentaire ProMED-mail Alertes HealthMap**

La fiche d'information de l'OMS sur l'hépatite C peut être consultée à: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>>.

Une vigilance accrue à l'égard l'hépatite C est devenue d'autant plus pertinente en raison du



développement de nouvelles options thérapeutiques. La détermination du génotype spécifique du virus de l'hépatite C responsable de la maladie chez un patient est également devenue un élément de plus en plus important pour la prédiction de la réponse au traitement antiviral: par exemple, le génotype 1 est associé généralement avec une mauvaise réponse à l'interféron seul, alors que les génotypes 2 et 3 sont associés à des réponses plus favorables. Le top thérapeutique actuel - l'interféron pégylé (pegylated interferon) en combinaison avec la ribavirine - améliore considérablement la réponse à tous les génotypes.

La combinaison de l'interféron pégylé pegylated interféron (peginterféron) et la ribavirine a été le traitement standard recommandé pour l'hépatite C. Les inhibiteurs de la protéase Telaprevir et boceprevir ont été approuvés par la FDA des États-Unis en mai 2011 pour le traitement de l'hépatite C de génotype 1 en association avec le peginterféron et ribavirine. Trois essais thérapeutiques en phase 3 sont disponibles pour telaprevir, et ont fourni des données qui étaient à la base de l'approbation de la FDA. La Boceprevir a démontré son efficacité et son innocuité dans 2 essais thérapeutiques charnières en phase 3. Les deux agents ont démontré de manière statistiquement significative des taux plus élevés de réponse virologique par rapport aux normes standards du traitement associant à peginterferons et ribavirine. L'efficacité du Telaprevir et du boceprevir a été également démontrée dans le traitement des patients qui avaient eu un échec d'une bithérapie pour hépatite C. les problèmes de sécurité d'emploi pour les deux agents comprennent les anémies, les interactions médicamenteuses, des éruptions cutanées et des effets gastro-intestinaux indésirables.

Les décideurs doivent prendre en considération de nombreux facteurs dans l'élaboration d'une stratégie concernant l'hépatite C. L'augmentation des coûts des médicaments, la gestion des patients, l'adhésion, la comparaison sécurité / efficacité, et l'utilisation appropriée des contrôles de gestion sont des questions importantes. (Voir: Tunglo A, Rademacher K, Schafer JA. J Manag Care Pharm. 2011 Nov;17(9):685-94.).

La région Lothians de l'Écosse comprend la ville d'Edinburgh (la capitale de l'Écosse) et les comtés environnants de West Lothian, mid Lothian et East Lothian. La région Lothians peut être située sur la carte interactive HealthMap <<http://healthmap.org/r/02uA>>.

# CHOLERA

## ***CHOLERA À HAÏTI, MISE À JOUR 2012.***

Date: Tue 1 May 2012

Source: Defend.ht, MSF (Medecins sans Frontieres/Doctors Without Borders) report [edited] <<http://defend.ht/news/articles/community/3005-cholera-cases-have-increased-in-several-regions-in-haiti>>

Le nombre de cas de choléra a triplé dans les centres de traitement du choléra de Médecins sans frontières (MSF) à Port-au-Prince et à Leogane en moins d'un mois. Selon un rapport MSF, 134 personnes dans la ville de Martissant à la fin d'Avril 2012 et près de

400 au total ont été pris en charge dans les différents centres de traitement du choléra de MSF à Port-au-Prince et Léogane.

L'arrivée de la saison des pluies favorise la propagation de la maladie. Pour faire face à cet afflux de patients, MSF a dû rouvrir des centres de traitement à Carrefour, au sud de la capitale dans des institutions à Martissant, Delmas, et Drouillard, plus proches que les centres du nord submergés.

"Les égouts débordent dans mon quartier et nous vivons dans des conditions insalubres, sans eau potable ni savon," a déclaré une femme. " J'avais de la diarrhée et je vomissais beaucoup, alors je me suis évanouie, » a-t-elle raconté.

Depuis que l'épidémie a débuté en Octobre 2010, le choléra a tué plus de 7000 personnes (parmi environ 500.000 cas enregistrés, ce qui représente environ 5 pour cent de la population).

### **Commentaire ProMED-mail**

Comme on s'y attendait, avec le début de la saison des pluies, le nombre de cas d'infection à *Vibrio cholerae* est en hausse à Haïti. Les infrastructures sanitaires du pays sont encore dans un état tel que les inondations peuvent facilement augmenter la propagation de l'infection. Il se pourrait bien que la situation la maladie devienne comme en Afrique et en Asie, endémique avec des flambées provoquées par les inondations ainsi que par les épisodes de sécheresse.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consulté à: <http://healthmap.org/r/22DW>.

## ***CHOLERA EN HAITI : MODIFICATION DU SEROTYPE***

Date: Thu 3 May 2012

Source: Morbid Mortal Week Rep 61:309-309 [edited]

[http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6117a4.htm?s\\_cid=mm6117a4\\_e](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6117a4.htm?s_cid=mm6117a4_e)

Le 20 oct. 2010, une épidémie de choléra a été confirmée en Haïti, pour la 1ère fois depuis plus d'un siècle. Au 10 avril 2012, un total de 534 647 cas, 287 656 hospitalisations et 7091 décès ont été signalés en Haïti à la suite de l'épidémie (1). La souche *Vibrio cholerae* qui a causé l'épidémie en Haïti a été caractérisée comme étant un *V. cholerae*, toxigène sérotype O1, sérotype Ogawa, biotype El Tor (2).

Récemment, 2 isolats de *V. cholerae* collectés le 12 et le 13 mars 2012, dans l'Anse Rouge, département de l'Artibonite, ont été caractérisées au Laboratoire National de santé publique en Haïti comme des sérotypes non-Ogawa. Les isolats ont été ensuite confirmés par le CDC comme appartenant au sérotype Inaba. Des analyses moléculaires (électrophorèse en champ pulsé, Analyse du nombre variable de répétitions multilocus en tandem, et séquençage du gène de virulence [ctxB et tcpA]), [(pulsed-field gel electrophoresis, multilocus variable number of tandem repeat analysis, and virulence gene sequencing [ctxB and tcpA]),] ces 2 isolats sont indiscernables de la souche *V. cholerae* du sérotype Ogawa actuellement en circulation à Haïti. Les analyses moléculaires réalisées à ce jour suggèrent qu'elles ont émergé suite à une commutation de sérotype, qui est un phénomène

couramment observé au cours des épidémies de choléra, souvent sous l'effet de l'immunité de la population à l'égard du sérotype circulant. Des efforts de caractérisation complémentaires sont en cours. La découverte de ces 2 isolats ne modifie en rien les recommandations pour la gestion clinique des patients (3).

Les sérotypes Ogawa et Inaba ne semble pas différer du point de vue de la gravité ou de la durée de la maladie qu'ils causent; la plupart des personnes infectées par le *\_V. cholerae\_* de l'un quelconque de ces sérotypes ne se développeront pas de maladie cliniquement apparente. Une immunité spécifique du type est induite par l'infection, mais, l'immunité protectrice croisée entre les 2 sérotypes est incomplète (4). Des études antérieures ont indiqué que le sérotype Ogawa offre une immunité protectrice contre une réinfection moindre que celle induite par le sérotype Inaba à l'égard d'un sérotype hétérologue (5). Ainsi, si la souche Inaba s'installe en Haïti, les personnes qui avaient été infectés par le sérotype Ogawa, de *\_V. cholerae\_* pourrait être relativement plus sensibles à une réinfection par le sérotype Inaba qu'à une surinfection par le sérotype Ogawa, car il a tendance provoquer une immunité protectrice fortement spécifique du sérotype. Les personnes immunologiquement naïves sont également sensibles aux deux sérotypes. Étant donné que la souche Inaba appartient également au biotype El Tor, sa capacité à survivre en dehors d'un hôte est probablement la même que celle de la souche Ogawa.

Les 2 vaccins pré qualifiés par l'OMS donnent une protection contre les sérotypes Ogawa et Inaba. Par ailleurs, les tests de diagnostic rapide du choléra détectent toutes les infections par le sérotype O1, dont les sérotypes Ogawa et Inaba.

Cette transformation du sérotype illustre la diversité croissante de *\_V. cholerae\_* en Haïti (2) et souligne l'importance de la poursuite de la surveillance de santé publique par le laboratoire national de santé publique et le CDC, qui se sont associés pour créer un système de surveillance sentinelle, laboratoire-renforcée, pour une série de maladies infectieuses, dont le choléra et autres maladies diarrhéiques. Le système fournira des données pour déterminer la charge de maladies diarrhéiques attribuable au choléra et à aider les efforts directs de prévention et les programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité par choléra en Haïti.

## Références

-----

1. Ministry of Public Health and Population, Haiti: Rapports journaliers du MSPP sur l'évolution du cholera en Haiti. Port-au-Prince, Haiti: Ministry of Public Health and Population, Haiti; 2012. Available at <<http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php>> Accessed 25 Apr 2012.
2. Talkington D, Bopp C, Tarr C, et al: Characterization of toxigenic *Vibrio cholerae* from Haiti, 2010-2011. *Emerg Infect Dis* 2011;17: 2122-2129.
3. CDC: Defeating cholera: clinical presentation and management for Haiti cholera outbreak. Available at <<http://www.cdc.gov/haiticholera/clinicalmanagement>>. Accessed 27 Apr 2012.
4. Longini I, Yunus M, Zaman K, et al: Epidemic and endemic cholera trends over a 33-year period in

Bangladesh. J Infect Dis 2002;186: 246-251.

5. Ali M, Emch M, Park JK, Yunus M, Clemens J: Natural cholera infection-derived immunity in an endemic setting. J Infect Dis 2011;204: 912-918.

### **Commentaire ProMED-mail**

En bref, les antigènes flagellaires (H) du *V. cholerae* sont partagés avec de nombreux vibrions aquatiques et ne sont, par conséquent, d'aucune utilité pour identifier les souches provoquant l'épidémie de choléra. cependant, les antigènes O (somatiques), permettent de distinguer les souches de *V. cholerae* en plus de 200 sérotypes connus. La quasi-totalité de ces souches de *V. cholerae* ne sont pas virulentes. Jusqu'à l'apparition de la souche Bengale (O139) (Qui est "non O1"), un seul sérotype, désigné par O1, était responsable des épidémies de choléra.

Il existe 3 sérotypes O1 distincts, désignés par Ogawa, Inaba, et Hikojima, chacun d'eux peut afficher soit le phénotype «classique» ou le phénotype El Tor. Les biotypes se distinguent par leur expression des antigènes de surface A, B, et C. Ogawa contient des antigènes A et B; Inaba les antigènes A et C, et Hikojima les antigènes A, B et C. ce dernier sérotype est relativement rare.

Le résumé du rapport de l'ONU concernant les circonstances de l'importation et de la propagation de choléra en Haïti dans les mois qui ont suivi du tremblement de terre en Haïti <http://www.un.org/News/dh/infocus/haiti/UN-cholera-report-final.pdf> a caractérisé les isolats haïtiens:

- La souche était d'origine sud-asiatique et a été importée en Haïti à la faveur des activités humanitaires;
- elle a pu se propager en raison d'un mauvais système sanitaire rendu encore pire dans la période qui a suivi le tremblement de terre;
- La souche spécifique a été plus virulente que les souches El Tor habituelles. Il peut s'agir des variantes dites Matlab, qui possèdent certaines des caractéristiques phénotypiques du biotype classique, qui les rendent encore plus virulentes. Décrites par Nair et al (1) du Centre international pour la recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh, les souches ont été obtenues à partir patients atteints de choléra de l'hôpital de Matlab, et elles sont souvent désignées par variantes Matlab.

Formellement, les 2 biotypes établis peuvent être distingués l'un de l'autre par un certain nombre de propriétés, dont l'hémolyse des cellules sanguines rouges du mouton, l'agglutination des globules rouges du poulet, la réaction de Voges-Proskauer, ainsi que la sensibilité à la poly myxine B et au biotype spécifique de bactériophages viraux. Nair et al ont décrit trois types Matlab sur la base des hybrides de ces traits phénotypiques. Une souche hybride a également été trouvée au Mozambique (2) qui avait une parenté génétique avec les souches Matlab (3). Mais les variants Matlab se sont surtout, montrées être dotées de tous les gènes nécessaires au déclenchement d'une pandémie (3).

## Références

1. Nair GB, Faruque SM, Bhuiyan NA, et al: New variants of *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor with attributes of the classical biotype from hospitalized patients with acute diarrhea in Bangladesh. J Clin Microbiol 2002; 40(9): 3296-99; available at <<http://jcm.asm.org/cgi/content/full/40/9/3296?view=long&pmid=12202569>>.
2. Ansaruzzaman M, Bhuiyan NA, Nair GB, et al: Cholera in Mozambique, variant of *Vibrio cholerae*. Emerg Infect Dis 2004; 10(11): 2057-9; available at <<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol10no11/04-0682.htm>>.
3. Safa A, Bhuyian NA, Nusrin S, et al: Genetic characteristics of Matlab variants of *Vibrio cholerae* O1 that are hybrids between classical and El Tor biotypes. J Med Microbiol 2006;55(Pt 11): 1563-9; available at <<http://jmm.sgmjournals.org/cgi/content/full/55/11/1563>>.

La carte HealthMap/ProMED-mail peut être consultée au: <<http://healthmap.org/r/22DW>>.]

## **ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN HAÏTI : «ON VA DROIT À LA CATASTROPHE»**

Date : 10/5/2012

Source : Libération [http://www.liberation.fr/monde/2012/05/10/epidemie-de-cholera-en-haiti-on-va-droit-a-la-catastrophe\\_817804](http://www.liberation.fr/monde/2012/05/10/epidemie-de-cholera-en-haiti-on-va-droit-a-la-catastrophe_817804)

Le choléra est de retour en Haïti. Avec le début imminent de la saison des pluies, l'épidémie réapparaît. Thierry Goffeau, chef de mission de MSF France sur l'île, alerte sur un phénomène récurrent, qui a touché 535 000 personnes depuis deux ans et en a tué 7 000.

### ***Les premiers chiffres dont vous disposez témoignent-ils d'une aggravation par rapport à l'an dernier ?***

La semaine passée, on a traité dans nos centres 935 cas de choléra, contre 500 l'année dernière à la même période. Mais c'est aussi dû au fait que beaucoup d'organisations internationales ont quitté Haïti et que les financements sont en baisse. Du coup, les patients se tournent davantage vers nous. On peut aussi noter que le taux de létalité est en hausse : il était de 2,23 pour 100 cas en 2010, il est supérieur à 3 cette année.

### ***L'épidémie avait déjà frappé Haïti en 2011. Comment expliquer que la situation se réédite cette année ?***

Il y a eu un manque de préparation des autorités durant la saison sèche. Le choléra est tombé dans l'oubli. Pourtant, les facteurs de risque sont toujours présents, et ont même augmenté. Le choléra se transmet via les matières fécales infectées, et notamment par le

biais de l'eau. Or, dans les camps de déplacés, les latrines ne sont plus vidées ! Le taux de défécation à l'air libre est passé de 38% à 50%. L'accès à l'eau propre, au savon, ou encore au chlore est insuffisant. Pourtant, le choléra est facile à soigner s'il est pris en charge assez tôt. Il faut simplement réhydrater le patient avec des solutions toutes faites. En revanche, si on tarde, le malade peut être tué en quelques heures, après des diarrhées liquides et des vomissements.

### ***Aucune leçon de l'an passé n'a donc été retenue ?***

Si, des choses ont été faites, notamment au niveau de la sensibilisation. Il faut savoir que le choléra n'existait pas en Haïti avant le séisme de 2010. Désormais, les gens savent ce qu'est le choléra, et comment s'en protéger. Mais s'ils n'ont pas de savon ou d'aquatab, ces petites pilules de chlore qu'on plonge dans l'eau pour la nettoyer, ça ne sert à rien. En fait, il y a un manque criant de financements. Les salaires des staffs dans les centres de traitement ne sont plus versés. Si on continue comme ça, on va droit à la catastrophe.

### ***De combien ont diminué les financements versés par les Nations unies et les bailleurs de fonds ?***

Sur le volet eau et assainissement, 35 millions de dollars [27 millions d'euros, *ndlr*] avaient été demandés en 2012 au titre d'un appel de fonds coordonné par les Nations Unies pour l'ensemble de ses partenaires humanitaires [dont MSF ne fait pas partie, *ndlr*]. Pour l'heure, seuls 4,3 millions de dollars ont été trouvés. C'est largement insuffisant. Même topo pour le volet santé : 2,5 millions de dollars ont été reçus sur les 33,5 millions demandés.

### ***Une campagne de vaccination a été lancée par l'ONG PIH. Cela va-t-il dans le bon sens ?***

Oui, cela permet d'ouvrir les esprits à la vaccination. Mais il faudrait que ce soit encore plus massif pour être efficace. Cela suppose de l'argent, du savoir-faire, des doses de vaccin... Néanmoins, il ne faut pas se réfugier derrière la vaccination : l'action principale, c'est de travailler sur l'eau et la sanitation

## ***CHOLÉRA - RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (ÉQUATEUR)***

Date: ven. 18 mai 2012

Source: La Prospérité (Kinshasa) [édité]

<<http://www.laprosperteonline.net/show.php?id=10779&rubrique=Nation>>

## Le choléra de nouveau à l'Équateur!

---

Considéré comme une maladie des mains sales, le choléra frappe de nouveau la province de l'Équateur. Cette fois-ci, il entraîne des pertes en vies humaines en nombre exagéré. Cette maladie affecte les intestins et se développe plus rapidement dans les milieux ruraux.

Déjà, 12 291 cas de choléra dont 244 décès ont été enregistrés depuis le 2 mai 2012 en RD Congo. Malgré les efforts que consent l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Ministère de la Santé Publique, le choléra persiste de plus en plus en République Démocratique du Congo. Cette épidémie mortelle dite des mains sales, crée une situation sanitaire inquiétante dans la province de l'Équateur où l'on enregistre encore plus de 300 cas.

Pour mettre fin à cette épidémie, les acteurs humanitaires continuent à déployer des efforts pour la prise en charge des personnes affectées. Ils militent aussi pour le renforcement de l'hygiène et l'assainissement du milieu mais également, la sensibilisation des populations menacées par ce fléau. En dépit de cela, le nombre total des personnes affectées cette année a, cependant, augmenté par rapport à l'année dernière. Par ailleurs, il y a eu quelques améliorations dans certaines zones de l'Est du pays où des interventions essentielles ont été menées. Selon les statistiques de l'OMS, 12 291 cas de choléra dont 244 décès ont été enregistrés depuis le 2 mai 2012 en RD Congo.

Ces statistiques dressent un tableau sombre. 56,7 pour cent du taux de personnes infectées a été prélevé l'année dernière. 33 983 cas ont été enregistrés sur l'ensemble du territoire, l'année en cours. Des efforts Depuis la résurgence de cette épidémie dangereuse dans les provinces situées le long du fleuve Congo en 2011, le Fonds Central d'intervention pour les urgences des Nations Unies (CERF), a déjà octroyé 13,1 millions de dollars. Somme toute, le manque d'eau potable, surtout en milieu rural, ainsi que l'affaiblissement des infrastructures d'hygiène, des installations hygiéniques et d'assainissements, dans les milieux urbains; la précarité des conditions de vie, constituent les causes de la propagation de cette maladie. Qu'a cela ne tienne, les mesures concernant la prise en charge médicale se poursuivent mais également la distribution des kits et la sensibilisation.

### **Commentaire ProMED-FRA**

Une recrudescence des cas de choléra dans la localité devait être prévue. Des efforts de lutte doivent encore une fois être renforcés le long du fleuve Congo. L'accent doit être mis sur la mise à la disposition des populations de l'eau potable surtout en milieu rural, et renforcer les infrastructures d'hygiènes en milieu urbain.

On peut accéder à la carte de la République Démocratique du Congo à: [http://www.lib.utexas.edu/maps/africa/congo\\_demrep\\_pol98.jpg](http://www.lib.utexas.edu/maps/africa/congo_demrep_pol98.jpg).

## ***CHOLERA SOMALIE***

Date: Mon 21 May 2012

Source: Press TV [edited]

<http://www.presstv.ir/detail/2012/05/21/242265/un-warns-of-cholera-outbreak-in-somalia/>

L'agence humanitaire des Nations Unies a mis en garde contre une épidémie de choléra dans la capitale somalienne, Mogadiscio, et dans le sud du centre de la Somalie en raison de conditions de vie insalubres, rapportent la Presse TV. Le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) a signalé une augmentation persistante des cas suspects de choléra entre le 9 avril 2012 et le 6 mai 2012 dans les régions du sud et du centre de la Somalie. La région de Banadir dans le sud de la Somalie, compte 49% des 777 cas rapportés durant cette période, ce qui représente une augmentation de 11% par rapport à la semaine précédente de la fin Avril 2012.

OCHA indique que, bien que ces chiffres ne suggèrent pas une épidémie majeure, il ya de sérieuses inquiétudes quant à un risque accru d'une épidémie de choléra dans la région de Banadir et les couloirs de Balcad et d'Afgooye, où il ya une forte densité de déplacés internes (internally displaced persons) (IDPs).

«La plupart des cas sont des personnes déplacées, en raison du manque d'eau," déclare Wardhere Hassan de l'American Refugee Council.

La Somalie reste l'un des pays du monde générant le plus grand nombre de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur.

Commentaire ProMED-mail

Une carte HealthMap ProMED-mail de la Somalie peut être trouvée à <http://healthmap.org/r/1Ahv>.

## ***CHOLÉRA - GHANA (OUEST)***

Date: lun. 14 mai 2012

Source: GhanaWeb [en anglais, traduit, Mod.BM, édité]

<http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/NewsArchive/artikel.php?ID=238847>

### **2 morts et 33 hospitalisés dus à une épidémie de choléra à Elubo**

-----

Une épidémie de choléra à Elubo dans le quartier Jomoro de la région de l'Ouest, depuis mardi dernier [8 mai 2012] a coûté la vie à 2 personnes, avec 33 autres essayant de combattre



la maladie.

L'adjoint à la santé en charge du Centre de santé d'Elubo, M. Thomas Kwesi Addai, a fait cette révélation à une équipe de hauts fonctionnaires du district de Jomoro qui a visité le Centre pour évaluer la situation dimanche [13 mai]. M. Amadou Abudu, Directeur de Coordination du District de Jomoro, M. Raymond Serwoh, agent de santé de l'environnement du dit district et M. Joseph Azabire, directeur du district de contrôle des maladies faisaient partie de la délégation menée par le directeur général du district, M. Sylvester Dadieh.

M. Addai a dit à l'équipe que 8 des personnes touchées avaient répondues au traitement au centre, les autres avaient été soignées et renvoyées chez elles.

Il a affirmé que les morts, tous 2 résidents d'Elubo avaient été inhumés par les fonctionnaires du ministère de la Santé.

Selon l'adjoint à la santé, la cause de l'épidémie de choléra est due à la pollution de la rivière Tano qui sert de source d'eau potable à plus de 10 communautés le long du fleuve.

Le directeur général du district a promis que l'assemblée allait aider à la mise en place d'un camp spécial pour les cas de choléra pour éviter la propagation de la maladie.

M. Dadieh a demandé aux habitants de la région de bouillir l'eau de la rivière Tano avant de la boire.

### **Commentaire ProMED-FRA**

Le Ghana connaît une épidémie de choléra dans la région Ouest du pays due à la consommation d'eau de rivière non traitée. Les autorités sanitaires et communales doivent conjuguer leurs efforts pour sensibiliser la population afin de l'amener à un changement de comportement. La population doit bénéficier d'un approvisionnement en eau potable pour qu'elle évite de boire de l'eau non traitée. La lutte contre le choléra qui passe par une hygiène individuelle et collective est une lutte de longue et difficile et qui fait intervenir beaucoup de secteurs de développement.

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Ghana est disponible à: <<http://healthmap.org/r/OrCF>>.

## ***CHOLERA - GHANA (RÉGION DE L'OUEST)***

Date: Sat 19 May 2012

Source: My Joy Online [edited]

<http://edition.myjoyonline.com/pages/news/201205/86873.php>

La Direction du Service de Santé du district de Jomoro au Ghana a lancé un appel à l'intension du gouvernement, des sociétés de bienfaisance et des philanthropes pour l'aider à acquérir les médicaments nécessaires pour faire face à une épidémie de choléra à Elubo. Madame échalote Dankwa, directeur par intérim du district de Santé, a lancé cet appel à Half Assini le 18 mai 2012,

quand elle s'est adressée à l'équipe de district de riposte rapide aux épidémies de choléra nouvellement formée.

Madame Dankwa a déclaré que les cas de choléra au Centre de santé d'Elubo se sont élevés à 33 cas le 12 mai 2012 et à 110 cas le 17 mai 2012, ajoutant que 2 personnes sont décédées à ce jour. Elle a également déclaré que 20 parmi les cas viennent du côté ivoirien de la frontière, ajoutant que la flambée était due à la pollution de la rivière Tano qui fournit l'eau de boisson pour les habitants riverains.

Madame Dankwa dit que les médicaments et autres articles pour le traitement du choléra sont épuisés à Half Assini, et qu'une demande de médicaments adressée à la banque centrale régionale de l'Ouest à Effia Nkwanta au Sekondi n'a pas encore reçu l'attention.

Pendant ce temps, la direction a commencé un programme de sensibilisation des communautés atteintes sur la nécessité d'assurer l'hygiène de l'environnement et les invite également à faire bouillir l'eau avant de la boire.

#### **Commentaire ProMED-mail / HealthMap alertes**

Une carte HealthMap/ProMED-mail du Ghana peut être trouvée à <http://healthmap.org/r/1jUt>.

## ***CHOLERA - ZIMBABWE (PROVINCE DE MASVINGO)***

Date: Thu 17 May 2012

Source: Voice of America [edited]

<http://www.voanews.com/zimbabwe/news/Health-Officials-Confirm-Cholera-Outbreak-In-Chiredzi-Amin-Water-Shortages-151928535.html>

Les responsables de la province de Masvingo, dans le sud du Zimbabwe, ont confirmé une nouvelle épidémie de choléra dans la ville, productrice de sucre, de Chiredzi qui a tué 2 personnes depuis le 14 mai 2012. Environ 100 cas ont été enregistrés, et les autorités attribuent cette récurrence aux graves pénuries d'eau.

La nouvelle de l'épidémie est une nouvelle particulièrement mauvaise pour la ville, qui a perdu plus d'une douzaine de vies plus dans une épidémie en 2011. Depuis, les autorités sanitaires ont déployé des équipes pour administrer les traitements et évaluer la situation. La plupart des habitants de Chiredzi recourent à des forages pour s'approvisionner en eau de boisson, mais beaucoup d'autres utilisent l'eau d'un canal destiné à l'irrigation des plantations de canne à sucre. Cette eau est très sensible à la contamination.

Les responsables sanitaires disent que la lutte pour contenir la maladie est entravée par de graves pénuries alimentaires dans la région. Moïse Mare, Député Central de Chiredzi a déclaré que la

situation était tendue et que la population craint le pire. Il a déclaré que le manque de bon fonctionnement des pompes purification de l'eau a touché fortement les populations de la région, étant donné que 2 pompes ne sont pas fonctionnelles, et la restante est insuffisante.

Le Zimbabwe a connu le début d'une grave épidémie de choléra en 2008 qui a fait au moins 4293 morts jusqu'en 2010. Un effondrement profond politique et économique, rend difficile pour les autorités de réagir efficacement.

#### **Commentaire ProMED-mail / HealthMap alertes**

Une carte HealthMap ProMED-mail du Zimbabwe peut être trouvée au <http://healthmap.org/r/1AY4>.

## **PALUDISME**

### ***LE PALUDISME TUE 26 PERSONNES AU SUD-EST DE MADAGASCAR***

Date: ven. 4 mai 2012

Source: L'Express de Madagascar (Antananarivo) [édité]

<<http://www.lexpressmada.com/5215/sud-est-madagascar/34189-le-paludisme-tue-26-personnes.html>>

La loi de la nature et les crises ont défié la prévision de l'élimination du paludisme à Madagascar. Il y a eu une recrudescence des morts et des malades. Les moustiques font des ravages dans la partie Est de Madagascar. "21 personnes ont été victimes de paludisme durant ces 3 derniers mois, dans la région de Vatovavy Fitovinany et cinq à Atsimo Atsinana. Le nombre de patients a doublé, voire multiplié par 8 dans certains districts de ces deux régions", a déclaré Johanita Ndahimananjara, ministre de la Santé publique, hier [jeudi 3 mai 2012] à Ambohidahy, lors d'une conférence de presse.

Mais il n'y a pas que ces régions qui subissent de plein fouet cette recrudescence de la malaria. "En janvier 2012, 1908 cas de paludisme ont été enregistrés contre 862 cas en janvier 2011", a fait savoir Raymond Marcel Rajerison, médecin inspecteur du district de Vatomandry.

#### **Situation inquiétante**

Dans le district de Brickaville, "2004 cas de paludisme ont été constatés en mars 2012 selon Étoile Intsiraka, médecin inspecteur de Brickaville, contre 555 en mars 2011. Le taux de mortalité est passé de 1,9 pour cent entre janvier et mars 2011 à 2,6 durant la même période en 2012".

Les causes de cette épidémie semblent multiples, à part la succession des intempéries. "La région de Vatovavy Fitovinany est victime chaque année du paludisme. Mais cette année, le chiffre a explosé par le biais des porteurs sains. Ils sont infectés par le paludisme alors qu'ils ne présentent aucun signe de maladie", a expliqué Louissette Razanavelo, responsable du paludisme dans la région de

Vatovavy Fitovinany.

Les enfants ne sont pas épargnés non plus par cette épidémie. "La banque de sang est rare dans notre région. Pourtant, il faut faire une transfusion sanguine, avant de donner des médicaments aux enfants victimes de grande malnutrition. Cette situation a entraîné leur mort, enchaîne-t-elle. Le manque de financement se fait sentir également.

"Le budget de l'État est défini au début de l'année. Nous n'avons pas de budget pour faire face à une épidémie. Aussi, nous profitons de la journée mondiale du paludisme, pour mobiliser nos partenaires financiers", a avoué Johanita Ndahimananjara.

Mais tous les responsables restent optimistes, malgré la situation inquiétante. "C'est une situation particulière", répond Céline Seignon, représentant résident de l'OMS, face à l'impact de cette recrudescence du paludisme sur l'étape franchie vers l'élimination de cette malaria à Madagascar.

"Le montant de 103 000 000 de dollars, pour lutter contre cette épidémie, est déjà acquise. Nous allons renouveler ainsi les moustiquaires, grâce à une distribution massive", conclut Benjamin Ramarosandrana, directeur du programme national de lutte contre le paludisme.

### **Commentaire ProMED-FRA**

La grande île est une zone d'endémie palustre. Les cas sont le plus souvent sous-estimés. Ils constituent la partie visible de l'iceberg. Beaucoup de cas surviennent au niveau des ménages et ne sont pas pris en compte dans les statistiques officielles. Le salut de nos pays repose sur la mise sur le marché d'un vaccin efficace dans les années à venir.

Une carte interactive de HealthMap/ProMED-mail de Madagascar est disponible à: <http://healthmap.org/r/018m>.

## ***LE NIGERIA A LE NOMBRE LE PLUS ÉLEVÉ DE CAS DE PALUDISME DANS LE MONDE***

Date: mer. 2 mai 2012

Source: Nigerian Tribune, quotidien nigérien [en anglais, traduit Mod.BM, édité]

<http://tribune.com.ng/index.php/news/40220-nigeria-has-highest-malaria-cases-in-the-world-health-minister>

Le ministre de la Santé, le professeur Onyebuchi Chukwu, a relevé que le Nigeria a le nombre de cas de paludisme le plus élevé dans le monde, ajoutant que le pays à lui seul contribue 23 pour cent, ce qui est presque un quart des cas mondiaux de paludisme.

Chukwu, qui était représenté par Mme Fatima Bamidele, Secrétaire permanente, Ministère fédéral de la Santé, l'a déclaré à Lagos, lundi [30 avril], lors d'un dîner organisé à l'occasion de la Journée mondiale du paludisme, et a également révélé que le pays a contribué pour environ 11 pour cent des décès maternels et 30 pour cent des décès chez les enfants, ajoutant que 47 pour cent de la charge mondiale du paludisme provenaient de 5 pays seulement, dont le Nigéria.

Il a déclaré que le pays avait fait des efforts pour contenir le fléau grâce à des mesures telles que la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, avec 46,8 millions de moustiquaires distribuées à ce jour dans 30 états du pays.

D'autres mesures prises pour lutter contre le paludisme, selon lui, comprennent l'utilisation de façon échelonnée de la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) et larvicides, la distribution massive de médicaments antipaludiques et des produits de base; le renforcement des capacités des agents de santé tant au niveau local que national (états) et la mise en place de structures de coordination efficaces au niveau local et national.

Selon lui, l'enquête palustre sur les ménages menée en 2010 dans 9 états à savoir les états de Kano, Jigawa, Bauchi, Gombe, Kaduna, Anambra, Delta, Akwa Ibom et Rivers a révélé une augmentation du pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), passant de 2,2 à 88 pour cent.

"Le taux de pourcentage chez les enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire la veille de l'enquête est passé de 3 à 44,6 pour cent," à t-il ajouté.

### **Commentaire ProMED-FRA**

On ne finira jamais de dénombrer l'impact négatif du paludisme sur le développement du continent: impact sur la santé, sur la croissance démographique, la déperdition et le retard scolaires, sur la croissance économique, sur les investissements et sur le Produit intérieur Brut (PIB).

Le paludisme constitue de ce fait le principal facteur de sous-développement de nos pays au sud du Sahara. Bien que beaucoup d'efforts aient été consentis dans la lutte contre le paludisme, l'impact de ces efforts est très peu perceptible, car la maladie continue à faire la une et est la première cause de mortalité et de morbidité. Cela s'explique par la qualité des données collectées, l'utilisation de faux médicaments antipaludiques (ou des médicaments sous-dosés), l'automédication qui contribuent à l'émergence de résistance aux médicaments. On pourrait aussi ajouter la faible utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides. En effet, on peut avoir un taux élevé de distribution des moustiquaires et un faible taux d'utilisation au niveau des ménages. Dans certains pays, des enquêtes au niveau des ménages ont montré l'utilisation de ces moustiquaires à d'autres fins comme la pêche. Dans tous les cas, la lutte contre le paludisme doit être maintenue et renforcée, en assurant une prise en charge rapide et précoce des cas, une sensibilisation des populations à l'utilisation adéquate des moustiquaires, le recours aux relais communautaires et aux pairs éducateurs, un vaccin efficace et disponible serait un grand soulagement pour les populations.

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Nigeria est disponible à: [http://healthmap.org/r/007\\*](http://healthmap.org/r/007*).

## ***PALUDISME - NIGERIA***

Date: Wed 2 May 2012

Source: Nigerian Tribune [edited]

<http://tribune.com.ng/index.php/news/40220-nigeria-has-highest-malaria-cases-in-the-world-health-minister>>

Le ministre de la Santé, le professeur Onyebuchi Chukwu, a révélé que le Nigeria a le plus grand nombre de cas de paludisme dans le monde, ajoutant que le pays contribue à lui tout seul pour 23 pour cent, donc presque le quart, des cas mondiaux de paludisme.

Chukwu, qui était représenté par Mme Fatima Bamidele, Secrétaire permanent du Ministère fédéral de la Santé, a déclaré ce lundi à Lagos [30 avril 2012] lors d'un dîner organisé à l'occasion de la Journée mondiale contre le paludisme et a également révélé que le pays a contribué pour environ 11 pour cent des décès maternels et 30 pour cent des décès d'enfants, ajoutant que 47 pour cent de la charge mondiale du paludisme provenaient de seulement 5 pays, dont Le Nigeria.

Il a déclaré que le pays avait fait des efforts pour contenir le fléau par des mesures telles que la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, en disant 46,8 millions de moustiquaires ont été distribués à ce jour dans 30 états du pays.

D'autres mesures prises pour lutter contre le paludisme, selon lui, comprennent l'accroissement de l'utilisation des pulvérisations à effet rémanent (IRS) et les traitements larvicides; distribution massive de médicaments antipaludiques et des produits de base; renforcement des capacités des professionnels de la santé tant au niveau national qu'au niveau des États, et la mise en place de structures de coordination efficaces aux niveaux national et des États.

Selon lui, l'Enquête sur les ménages menée en 2010 contre le paludisme dans 9 États de Kano, Jigawa, Bauchi, Gombe, Kaduna, Anambra, Delta, Akwa Ibom et de la rivière a révélé une augmentation du pourcentage des ménages avec au moins un moustiquaire imprégné d'insecticide (MII), passant de 2,2 pour cent à 88 pour cent.

"Il ya aussi une augmentation du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans d'âge qui dorment la nuit sous un moustiquaire qui est passé selon une enquête de 3 pour cent à 44,6 pour cent, "a-t-il ajouté.

### **Commentaire ProMED-mail d'alertes HealthMap**

Les données en provenance du Nigeria présentées dans le Rapport mondial sur le paludisme peuvent être trouvées à <[http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile\\_nga\\_en.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_nga_en.pdf)>.

Les données déclarées sont très incomplètes, mais il n'y a aucune raison de contester, le fait souligné plus haut que le contrôle du paludisme est loin d'être satisfaisant. Les médicaments contrefaits sont aussi un problème et contribuent à l'échec du traitement et au développement de la résistance.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consulté à: <<http://healthmap.org/r/1qGF>>.]

## ***LE PALUDISME TUE, CHAQUE ANNÉE, 200.000 PERSONNES AU NIGÉRIA***

Date: ven. 4 mai 2012

Source: Leadership, quotidien nigerien [e anglais, traduit Mod.BM, édité]

[http://www.leadership.ng/nga/articles/23738/2012/05/04/malaria\\_kills\\_200000\\_people\\_nigeria\\_annually\\_programme\\_coordinator.html](http://www.leadership.ng/nga/articles/23738/2012/05/04/malaria_kills_200000_people_nigeria_annually_programme_coordinator.html)>

Dr Chioma Amajor, le président du Programme national de lutte contre le paludisme, a déclaré le vendredi [4 mai 2012] que plus de 200.000 nigériens meurent de paludisme chaque année.

Amajor a déclaré lors de la commémoration de la Journée mondiale du paludisme dans l'état de Rivers à Port Harcourt que le chiffre est inquiétant et que quelque chose d'urgent doit être fait.

Elle dit que le programme avait distribué plus de 60,4 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à travers le pays et conseille les nigériens à pratiquer la fumigation de leur environnement et à dormir sous les moustiquaires pour prévenir les piqûres de moustiques.

Elle dit que la lutte contre le paludisme était la responsabilité de toutes les parties prenantes et qu'il devrait être traité avec des médicaments efficaces.

"Nous devons tous travailler ensemble et lutter contre le paludisme afin d'atteindre les Objectifs de développement du Millénaire (OMD) dans le secteur de la santé d'ici à 2015", a déclaré Amajor.

Dr Tarilah Tebepah, le président du conseil d'administration de la Commission pour le développement du Delta du Niger (NDDC), a déclaré que l'organisation a prévu de dépenser plus de 1 Milliard de Naira cours de l'année sur la santé.

Tebepah, qui était le président par intérim de l'organisation, a déclaré que la NDR serait partenaire avec les autres organisations pour améliorer la santé des populations.

Il s'est félicité du programme de santé du gouvernement d'état, en disant qu'il avait planté la graine contre le paludisme dans la région du Delta du Niger.

Le ministre de la Santé, le professeur Onyebuchi Chukwu, a déclaré que divers gouvernements et organisations humanitaires, ont travaillé dur sur l'élimination du paludisme au cours des 20 dernières années. Il a déclaré que plus de 50 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans le pays depuis que le programme Faire reculer le paludisme a commencé.

Le ministre a également expliqué que la maladie avait été réduite et qu'il était temps d'éliminer le fléau.

Chukwu a affirmé que toute personne malade devait de subir un test de la malaria, ajoutant que le coût pour traiter la maladie dans les hôpitaux publics avait été réduit.

Il dit que la campagne contre la maladie touchait le secteur public et le secteur privé et a déclaré avec optimisme que la maladie serait éliminée d'ici à 2015.

Le thème de la Journée mondiale du paludisme, qui s'est tenue le 25 avril [2012], était "Maintenir les progrès, Sauver des vies: Investir dans la lutte contre le paludisme", tandis que le slogan était: "Travaillons ensemble".

### **Commentaire ProMED-FRA**

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Nigeria est disponible à: [http://healthmap.org/r/007\\*](http://healthmap.org/r/007*)>.

# SCHMALLEMBERG VIRUS

## ***PAS D'INFECTIONS HUMAINES PAR LE SCHMALLEMBERG VIRUS AUX PAYS BAS,***

Date: Tue 1 May 2012

From: Chantal Reusken <[chantal.reusken@rivm.nl](mailto:chantal.reusken@rivm.nl)> [edited]

### **Enquête sérologique pour l'évaluation de la transmission zoonotique du Schmallenberg virus chez des éleveurs et des vétérinaires aux Pays-Bas**

-----  
Veuillez, s'il vous plaît, trouver ci-dessous un résumé de notre étude sur les risques zoonotiques du Schmallenberg virus [SBV] que vient d'être diffusée pour les décideurs et pour la presse.

#### **Résumé**

-----  
Au total, 301 personnes ont été testées pour les anticorps du SBV par le test de neutralisation viral. Tous les sérums testés étaient négatifs, tandis que des niveaux élevés d'anticorps ont été trouvés dans le sérum d'un animal infecté qui a été utilisé comme témoin. La population étudiée se composait de 234 personnes qui travaillent ou vivent dans des fermes infectées par le SBV et 67 vétérinaires – ayant tous une notion connue d'exposition à des troupeaux infectés par le SBV-. Parmi ceux-ci, 229 personnes avaient été exposées directement à des veaux nouveau-nés, des agneaux, et / ou des matières d'accouchement de troupeaux infectés par le SBV et 150 personnes ont déclaré une exposition à des piqûres d'insectes. Nous concluons qu'il n'y a aucune preuve d'une infection zoonotique.

#### **Introduction**

-----  
le virus Schmallenberg (SBV) a été détecté dans le sang de bovins fébriles en Allemagne, et a été par la suite identifié comme étant la cause de malformations graves chez des agneaux et des veaux après infection intra-utérine aux Pays-Bas et dans 7 autres pays. Ces effets tératogènes chez les ruminants reflètent une circulation du virus à la fin de l'été / automne. Le virus a été identifié comme un Orthobunyavirus à transmission vectorielle appartenant au séro groupe Simbu, qui comprend des virus similaires affectant les ruminants (Bovins, ovins, caprins). Étant donné que la famille des Bunyaviridae comprend plusieurs zoonoses médicalement importantes, l'émergence du SBV aux Pays-Bas a déclenché une réponse commune des secteurs de santé vétérinaire et publique pour résoudre les problèmes éventuels pour la santé humaine. Une évaluation initiale des risques a conclu que les infections humaines étaient peu probables, mais ne pouvait pas être exclues.

Par conséquent, une enquête sérologique a été effectuée chez les personnes présentant les



plus fortes probabilités d'exposition au SBV.

## **L'étude**

-----

L'exposition a été définie comme étant la présence dans les exploitations agricoles au cours de la période fin de l'été / automne ou le contact direct avec des animaux malades, ou avec des matériaux d'accouchement. Les fermiers, les employés, et les autres résidents dans des fermes où la présence d'animaux infectés par le SBV a été confirmée ou fortement suspectée (sur la base de lésions typiques chez les veaux nouveau-nés ou des agneaux) étaient invités à participer. En outre, les vétérinaires impliqués dans le traitement de ruminants ont été recrutés pour l'étude. Le sérum a été élaboré par le personnel à partir du service de santé municipal, qui a également administré un court questionnaire. En se basant sur une revue de la littérature des études de séroprévalence dans les régions touchées par des épidémies connues d'orthobunyavirus, une séroprévalence de 2% a été considérée comme la limite inférieure dans une population humaine touchée. Dans ce scénario d'une séroprévalence de 2 pour cent, le fait de tester, par exemple, 200 personnes exposées donnerait une probabilité de 98 pour cent de détecter un ou plusieurs séropositifs. Les sérums ont été testés par un test de neutralisation virale, utilisant un virus isolé, chez un agneau touché, par l'Institut vétérinaire central [Lelystad], et le sérum témoin positif recueilli chez une brebis par le Service de santé animale. Au total, 301 personnes ont été testées (99,8 pour cent de chances de détecter un ou plusieurs cas, en supposant la limite la plus basse de séroprévalence de 2 pour cent). Aucun anticorps n'a été trouvé dans aucun des échantillons de sérum, alors qu'un titre élevé d'anticorps neutralisants a été trouvé dans le sérum de l'animal de contrôle.

## **Résultats**

-----

Tous les sérums ont été testés négatifs pour les anticorps SB. Les groupes testés comprennent 150 personnes qui ont déclaré avoir été exposés aux piqûres d'insectes durant la saison de prolifération du vecteur, et 229 exposés par contact direct avec des agneaux ou des veaux nouveau-nés de troupeaux infectés par le SBV, dont 50 ont confirmé les contacts directs avec les agneaux ou les veaux malformés et / ou des produits de délivrance.

## **Conclusion**

-----

Sur la base de cette enquête, il n'existe aucune preuve d'une infection par le SBV chez ces participants à l'étude, très exposés. Ces résultats suggèrent que le risque d'infection des personnes exposées au SBV est absent ou extrêmement faible.

[Chantal Reusken (1), Kees van den Wijngaard (1), Piet Vellema (2), Paul van Beek (1), Leslie Isken (1), Hans van den Kerkhof (1), Wilfrid van Pelt (1), and Marion Koopmans (1).

(1) Center for Infectious disease control, National Institute of Public Health & the Environment, Bilthoven, The Netherlands

(2) Animal Health Service, Deventer, The Netherlands]

-

Chantal Reusken, Ph.D.

Responsable du département des infections émergentes et des diagnostics spéciaux

Département de Virologie, Centre de contrôle des maladies infectieuses

Institut national de la santé publique et de l'environnement.

Bilthoven, Pays-Bas.

<Chantal.Reusken@RIVM.nl>

Nous sommes reconnaissants au Dr Reusken et ses co-auteurs pour ce rapport scientifique. Cette étude approfondie confirme et donne plus de valeur aux études antérieures, confirmant l'exclusion de la transmission zoonotique du SBV.

Bien que cela n'affecte en rien la significativité des résultats et la clarté des conclusions, il serait intéressant de noter que s'il y'avait et combien de femmes ont été incluses dans les personnes testées.

Pour les évaluations antérieures des éventuels aspects zoonotiques du SBV, voir en particulier la première évaluation néerlandaise "profil du risque humain Schmallenberg virus" (ProMed archive N°20111221.3645) et le rapport de l'Institut Robert Koch, en Allemagne, "Les sérums humains, PCR, Allemagne - aucune preuve d'infection humaine" (ProMed archive N°20120402.0755).

## ***LE VIRUS SCHMALLEMBERG - EUROPE : PAS DE RISQUE POUR LES HUMAINS,***

Date: Fri 11 May 2012

From: Celine Gossner <[Celine.Gossner@ecdc.europa.eu](mailto:Celine.Gossner@ecdc.europa.eu)> [edited]

### **Mise à jour commune ECDC / RIVM / RKI de l'évaluation rapide des risques pour le virus Schmallenberg**

-----  
Le Centre européen de prévention et contrôle des maladies (ECDC), en collaboration avec l'Institut Robert Koch (RKI) en Allemagne et de l'Institut national de santé publique et l'environnement (RIVM) aux Pays-Bas, viennent de publier une nouvelle évaluation des risques commune.(<<http://tinyurl.com/c8y87v3>>) sur les risques en santé humaine du virus Schmallenberg.

#### **Informations de fond sur la maladie**

-----  
le Schmallenberg virus (SBV) est un nouveau orthobunyavirus qui a été associé à une maladie chez les ruminants (bovins, ovins, et caprins) en Europe. Des anticorps ont été également détectés chez le

chevreuil, le cerf rouge, et un bison.

La maladie provoque des symptômes cliniques transitoires chez les bovins adultes (fièvre, diarrhée, une production de lait réduite, etc.) et des malformations congénitales chez les ruminants nouveau-nés.

L'analyse génétique du génome du SBV montre que ce virus fait partie du séro groupe Simbu de la famille des *Bunyaviridae*, genre *Orthobunyavirus*.

Les études d'observation ont révélé que le virus est transmis par l'intermédiaire d'insectes vecteurs, principalement des moucheron. Le virus a été identifié dans les pools de têtes de *Culicoides obsoletus* et *C. dewulfi*. La transmission d'animal à l'animal a été exclue à ce stade.

Un kit commercial ELISA pour la détection des anticorps anti-SBV dans le sérum et plasma de ruminants est disponible.

### Informations de base sur l'événement

1. Santé animale: le SBV a été isolé chez des ruminants en Union européenne. Depuis Novembre 2011, le SBV a été signalé chez les bovins, ovins et caprins dans 8 États membres de l'UE: Belgique, Allemagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, l'Espagne, et le Royaume-Uni.

Étant donné que les moucheron sont considérés être la principale voie de transmission, une propagation significative est peu probable au cours de la période hivernale, durant laquelle ces insectes sont habituellement inactifs. L'activité du vecteur devrait commencer de nouveau d'ici la fin Avril.

Sur demande de la Commission européenne, l'Autorité Européenne de sécurité des aliments (European Food Safety Authority –EFSA-) a fourni en Février [2012] une analyse préliminaire des scénarios épidémiologiques probables (<http://www.efsa.europa.eu/en/supporting/pub/241e.htm>) qui pourraient être observés chez les animaux en Europe. Cette analyse a été basée sur les connaissances disponibles au sujet des virus du séro groupe Simbu et les autres épizooties à transmission vectorielle (comme BTV8) en Europe. Les scénarios hypothétiques montrent qu'en fonction de la température et le nombre de vecteurs, le SBV peut se propager parmi les populations animales sensibles. Chaque fois que le nombre de vecteurs par hôte et les températures sont au-dessus d'un seuil spécifique, il existe une possibilité de propagation à d'autres états membres additionnels.

Afin d'évaluer l'ampleur de l'épidémie dans l'Union européenne, l'EFSA a recueilli des données épidémiologiques, au niveau des cheptels / troupeaux et au niveau des animaux, dans les États membres concernés. Les données recueillies ont couvert la période comprise entre le 1 août 2011 et le 16 avril 2012, mettant à jour le rapport sur la situation épidémiologique du SBV, déjà publié.

Les résultats de l'analyse des données recueillies ont été présentés en 2 rapports techniques (« Schmallenberg virus »: analyse des données épidémiologiques <http://www.efsa.europa.eu/en/supporting/doc/261e.pdf>), publiés le 2 avril 2012 et le 4 mai

2012. Le nombre total de troupeaux confirmés SBV en Europe au 16 avril 2012 est de 3444. Jusqu'à jour de cette année, aucun cas aigu n'a été confirmé chez les animaux adultes. Après un pic à la 9<sup>ème</sup> semaine (27 fév. -4 mars 2012), le nombre de cas déclarés de troupeaux confirmés SBV a diminué. Cette baisse est clairement observée chez les ovins, tant en nombre de cas confirmés qu'en nombre de troupeaux suspectés. Cependant, aucune baisse claire de ce type n'est observée chez les bovins. La diminution du nombre de troupeaux confirmés est le plus probablement liée à la fin de la saison d'agnelage dans les pays touchés. Des cartes représentant la répartition spatiale de cas sont disponibles dans les rapports.

2. Des études visant à évaluer les conséquences pour la santé humaine: Afin d'évaluer l'impact potentiel de cette épizootie sur la Santé publique, Le RKI et le RIVM ont tous deux achevé les études suivantes:

**a- Étude par l'institut Robert Koch, Allemagne**

Dans une étude transversale de séroprévalence, le RKI a testé des bergers vivant dans la zone d'épidémie en Allemagne (Rhénanie du Nord-Westphalie) pour la présence d'anticorps SBV. Lors d'une réunion d'information des bergers, au sujet du SBV, 60 participants ont été recrutés pour l'étude (après qu'un consentement éclairé ait été obtenu). Ils ont été interrogés pour leurs modes de contact avec le bétail infecté par le SBV et un échantillon de sang a été recueilli auprès de chaque personne. La majorité des participants avaient été exposés de manière significative par contact directs et répétés avec les ovins infectés par le SBV et du matériel de mise bas réputé contenir des charges virales élevées. Les entretiens, n'ont fourni aucune preuve d'une augmentation inhabituelle de la fréquence des symptômes cliniques.

Le RAKI a développé un test en immunofluorescence pour les anticorps (IFAT) et un test de neutralisation (TN) pour la détection d'anticorps spécifiques SBV chez les humains. Tout échantillon de sang testé négatif pour les anticorps spécifiques contre le SBV. **POUR** détecter les ARN spécifique du SBV, le RKI a effectué un RT-PCR en temps réel sur tous les sérums, qui se sont tous révélés négatifs.

**b. Étude par l'Institut national de la santé publique et de l'Environnement, Pays-Bas**

301 personnes ont été testées pour les anticorps du virus SBV par le test de neutralisation du virus. La population étudiée se composait de 234 personnes travaillant ou vivant des fermes infectées par le SBV, et 67 vétérinaires, ayant tous une exposition connue des troupeaux infectés par le SBV. Parmi ceux-ci, 229 personnes avaient une exposition directe à des agneaux /veaux nouveau-nés, ou à des matériaux d'accouchement de troupeaux infectés par le SBV, et 150 personnes ont déclaré une exposition aux piqûres d'insectes. Tous les résultats de sérologie ont été négatifs, tandis que des niveaux élevés d'anticorps ont été trouvés dans le sérum d'un animal infecté qui a été utilisé

comme

témoïn.

Plus d'informations sont disponibles à  
<<http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:120203&type=org&disposition=inline>>

### 3. Évaluation du risque pour l'UE, par l'ECDC:

Les résultats des études du RKI et le RIVM a confirmé l'enquête préliminaire l'évaluation formulée par l'ECDC et le RIVM.

L'ECDC soutient pleinement les résultats des évaluations fournies par le RIVM et RKI, qui concluent tous deux que le risque d'infection de personnes exposées au SBV est absent ou très faible et qu'il est très peu probable que le SBV pose un risque pour les humains.

Ces résultats de l'évaluation sont basés sur les observations suivantes:

- Les virus qui sont génétiquement les plus proches (Shamonda, Aino, et Virus Akabane) n'ont jamais été associés à la maladie chez les humains.

- Les personnes qui ont été en contact étroit avec des animaux infectés (tels que les ouvriers manipulant des animaux, fermiers et vétérinaires) n'ont signalé aucune maladie inhabituelle.

- Il n'y a aucune preuve de séroconversion chez les personnes qui, sont présumées avoir été exposées au virus.

### 4. Conclusions

En Novembre 2011, les autorités de santé publique dans les États membres de l'UE ont été alertées au sujet d'une épidémie de virus de Schmallenberg (SBV) chez les ruminants. Depuis lors, les autorités de la santé animale et humaine, tant au niveau national qu'au niveau européen, ont collaboré étroitement sur ce sujet pour assurer la détection rapide de tout changements dans l'épidémiologie chez les animaux et chez les humains, en particulier chez les personnes qui avaient été en étroite contact avec des animaux infectés.

Les études épidémiologiques et microbiologiques réalisées par l'Institut Robert Koch (RKI) en Allemagne et l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM) aux Pays-Bas ont confirmé que le potentiel zoonotique du SBV est nulle ou très faible. L'ECDC confirme pleinement les résultats des évaluations fournies à la fois par le RIVM et RKI, qui concluent toutes deux qu'il est très peu probable que le SBV pose un risque pour les humains.

Par mesure générale de précaution, les ouvriers manipulant les animaux, les fermiers et les vétérinaires sont priés de suivre les mesures d'hygiène préventives existantes pendant qu'ils travaillent avec le bétail et les matériaux d'avortement.

Prière de trouver l'évaluation rapide des risques commune ECDC / RIVM / RKI sur le virus Schmallenberg à

<[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DisForm.aspx?ID=881](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=881)>

-

Céline Gossner

Unité de Surveillance et de riposte soutien

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), Stockholm Suède

<[Celine.Gossner@ecdc.europa.eu](mailto:Celine.Gossner@ecdc.europa.eu)>

## ***ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIRUS SCHMALLEMBERG - EUROPE : BELGIQUE,***

Date: Thu 10 May 2012

From: Thierry van den Berg <[thierry.vandenberg@coda-cerva.be](mailto:thierry.vandenberg@coda-cerva.be)>

[edited]

### **Schmallenberg virus - Belgique: Des veaux nouveau-nés, positifs en rRT-PCR, cliniquement asymptomatiques**

-----  
Depuis le 7 mars 2012, le Centre de santé animale de la Flandre (DG Vlaanderen) a reçu 48 veaux nouveau-nés (Holstein Friesienne et **blanc bleu belge**) pour examen post-mortem. Les veaux sont nés à terme entre le 1<sup>er</sup> mars 2012 et le 1<sup>er</sup> mai 2012, sans aucune malformation anatomique externe et sont morts dans les 7 jours suivant la naissance. Aucune manifestation clinique montrant une infection par le virus Schmallenberg (SBV) ni aucun autre signe clinique pathognomonique (diarrhée, pneumonie, etc..) n'a été observé avant le décès. Alors que certains parmi les veaux ont montré un malaise général, d'autres sont morts sans signe clinique.

Parmi ces 48 veaux, 3 veaux avaient une hydranencéphalie à l'autopsie, tandis que chez 7 autres veaux, a observé des lésions histopathologiques du système nerveux central fortement évocatrices d'une infection par un agent tératogène. Des tissus cérébraux prélevés chez les 48 veaux ont été envoyés au Laboratoire belge de référence pour les maladies animales (CODA-CERVA) pour diagnostic du SBV. Le SBV a été détecté dans les tissus cérébraux par RT-PCR (FLI protocole, Allemagne) chez 10 veaux (= 20,41 %). Un seul parmi les 3 veaux ayant une hydranencéphalie et 3 parmi les 7 veaux ayant des lésions histopathologiques cérébrales étaient RT-PCR positifs pour le SBV. Les 6 autres veaux RT-PCR positifs pour le SBV n'ont montré ni des lésions macroscopiques histopathologiques témoignant d'une infection à SBV. Les tissus spléniques de tous les veaux ont également été analysés pour le BVDv [virus de la diarrhée virale bovine] par antigène ELISA, et tous les échantillons ont été BVDv-négatifs.

Il semble plus probable que ces veaux rRT-PCR positifs au SBV qui ont été viables à leur naissance ont été infectés par le SBV in utero, mais que cette infection n'a pas conduit à des malformations congénitales qui ont été décrites jusqu'à présent. Toutefois, pour le moment, il ne peut pas être

exclu que ces veaux rRT-PCR positifs au SBV aient été infectés après la naissance. Cela semble toutefois peu probable compte tenu de la faible activité vectorielle entre Février et mai 2012 en Belgique et le fait qu'aucune transmission SBV horizontale n'ait été décrite jusqu'ici.

Les autopsies post-mortem ont été financées par "Veepeiler Rund".

Le centre de santé animale de la Flandre (Vlaanderen DGZ): Hans Van Loo, Jo Maris, Marieke Strubbe, et Koen De Bleecker CODA-CERVA: Nick De Regge, Brigitte Cay, et Thierry van den Berg

-

Dr Thievery van den Berg  
Directeur opérationnel du centre des Maladies virales  
et de Recherche vétérinaires et agro-chimiques (VAR)

B-1180 Bruxelles

Belgique  
[thvan@var.fgov.be](mailto:thvan@var.fgov.be)

L'information ci-dessus est une contribution supplémentaire bienvenue apportée par l'équipe belge à la communauté scientifique étudiant le SBV émergent.

Le rapport traite de 48 veaux nouveau-nés, de 2 races d'élevage en Belgique, investigués au cours de la période Mars-Avril 2012, qui sont morts au cours de leur 1ère semaine, sans malformations anatomiques externes ou nettes ni symptômes cliniques observables de la maladie à l'exception, dans certains cas, d'une faiblesse générale.

Chez 10 parmi ces veaux, des modifications du système nerveux central qui peuvent être attribuées à un agent pathogène tératogène, ont été mises en évidence, soit par macro anatomie ou par le biais de moyens d'histopathologie (d'où groupe A). Aucune de telles ou autres modifications n'étaient détectées suite à des examens similaires chez les 38 autres veaux (d'où le groupe B). Lorsque les cerveaux de l'ensemble des 48 veaux ont été analysés par rRT-PCR (le test actuellement en vigueur dans les 8 pays de l'UE affectés par le SBV) à la recherche de la présence de SBV, 4 veaux sur 10 dans le groupe A et 6 veaux sur 38 dans le groupe B ont été trouvés positifs. **Alors** que les résultats négatifs chez 6 veaux apparemment touchés peuvent être expliqués (comme par le délai de temps écoulé depuis l'infection), la cause des résultats positifs chez 6/38 (15,8%) des veaux apparemment indemnes nécessite une/des explication(s).

Il serait intéressant de noter si des tests positifs chez des veaux apparemment indemnes ont été observés dans d'autres pays affectés par le SBV. Un test sérologique validé, à appliquer chez la progéniture et chez leurs mères et des études particulièrement renforcées sur l'épidémiologie du SBV, dont les aspects liés au vecteur et à son activité annuelle sont prévues pour aider à clarifier ces résultats.

Une mise à jour récente sur l'épidémiologie du SBV, présentée lors de la réunion du 8 mai 2012 du SC (Comité directeur) à Bruxelles, dont une représentation graphique de la propagation temporelle du SBV chez les différentes espèces sensibles entre la 51<sup>ème</sup> semaine de 2011 et la 15<sup>ème</sup> semaine de 2012 (19 déc. 2011 au 15 avril 2012), est disponible à <<http://tinyurl.com/csx675c>>.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/1zJs>>.

## ***SCHMALLEMBERG VIRUS - EUROPE (ANALYSE DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES (AVRIL 2012)***

### **Schmallenberg virus: analyse des données épidémiologiques (Avril 2012)**

#### **Résumé**

Suite à une requête de la Commission européenne, l'Autorité européenne de la sécurité des aliments (EFSA) a publié un rapport technique en Février 2012 sur les scénarios épidémiologiques probables en Europe en rapport avec une détection récente d'un virus provisoirement nommé virus "Schmallenberg" (SBV) (séro groupe Simbu, famille des Bunyaviridae, genre Orthobunyavirus), retrouvé chez les ruminants. Le rapport contient également des recommandations sur les données à collecter dans les États membres, avec des définitions de cas et des signalements harmonisées et des guidelines de déclaration pour un minimum de données au niveau du troupeau et un plus vaste recueil de données au niveau des animaux. Ce deuxième rapport épidémiologique présente une analyse des données présentées (1 août 2011 - 16 avril 2012), mettant à jour le rapport publié précédemment sur la situation épidémiologique du SBV.

À l'heure actuelle, 8 États membres (Belgique, France, Allemagne, Italie, Luxembourg, les Pays-Bas, Espagne et Royaume-Uni) ont confirmé des cas de SBV. Tous les États membres concernés ont communiqué le nombre de troupeaux confirmés atteints après une détection virale par PCR, Test de neutralisation virale ou test de confirmation sérologique et la France, l'Italie, le Luxembourg, Pays-Bas, Espagne et Royaume-Uni, ont également signalé le nombre de troupeaux suspects. La Suisse a signalé les troupeaux chez lesquels les malformés ont été testés par RT-PCR et les vérifications par des tests sérologiques, tous les résultats se sont révélés négatifs. L'Irlande a signalé des tests de surveillance des troupeaux et tous les troupeaux se sont révélés négatifs. L'Estonie a indiqué qu'il n'y a eu aucun cas suspect ou confirmé dans les troupeaux dans le pays. Par ailleurs, le Danemark et la Norvège ont des troupeaux suspects, dans tous ces troupeaux, les fœtus ou les nouveau-nés ont été testés par RT-PCR et les résultats étaient négatifs. Le nombre total de troupeaux confirmés SBV, en Europe au 16 Avril 2012, est de 3444. Aucun cas aigu confirmé n'a été rapporté chez les animaux adultes au cours de l'année 2012.

Les données montrent une diminution du nombre de signalements de troupeaux confirmés SBV après un pic durant la semaine 9 (27 Février - 4 Mars) de 2012. La diminution après la semaine 9 est clairement observée chez les moutons à la fois dans les chiffres de troupeaux confirmés et suspects. Cependant chez les bovins il n'y a pas de diminution claire et toute baisse du nombre de



troupeaux confirmés et suspects pourrait être due aux recueils incomplets pour le mois d'Avril. La diminution du nombre de troupeaux confirmés est très probablement liée à la fin de la saison d'agnelage dans les pays touchés, le fait que les petits des brebis et des chèvres nés en Avril avaient été à des stades de gestation potentiellement vulnérables au SBV au moment où les niveaux de vecteurs ont été faibles et d'autres facteurs dont les priorités de signalement chez les États membres.

Les données disponibles ne permettent qu'une évaluation de l'impact sur la base d'une comparaison entre le nombre de troupeaux confirmés SBV et le total nombre de troupeaux dans chaque pays touché par espèces. Pour tous les pays touchés, le nombre de troupeaux avec au moins un animal SBV confirmé est faible par rapport au nombre total de troupeaux. Cette analyse doit être interprétée avec prudence, car la sous-déclaration ou l'absence de confirmation du diagnostic peut altérer le rapport.

Les données fournies permettent de comprendre la répartition géographique et temporelle de l'épidémie SBV. Afin de caractériser pleinement l'épidémie et l'épidémiologie du SBV en Europe, des efforts pour obtenir des données comparables sur le nombre de troupeaux testés, le nombre de nouveau-nés et fœtus dans un troupeau ayant des signes cliniques type syndrome arthrogrypose hydranencéphalie (AHS), et le nombre d'animaux testés à la fois par les méthodes de laboratoires directes ou indirectes, dans un troupeau, sont nécessaires. Cela pourrait être réalisé par le suivi de troupeaux sélectionnés ou en réalisant des enquêtes visant à évaluer correctement l'impact et l'ampleur de la propagation de l'infection SBV. Au fur et à mesure que de plus en plus de données deviennent disponibles, l'évaluation de l'impact du SBV, (en particulier au sein des troupeaux et pour l'impact local) pourraient être sujette à changement.

Commenaire par:  
Sabine Zentis  
Gut Laach  
52385 Nideggen  
Allemagne

La table des matières du rapport est la suivante:

Résumé:	p1
Table des matières:	p3
Contexte tel que décrit par la Commission européenne:	p4
Termes de référence tels que fournis par la Commission européenne:	p4
Cadre:	p4
Évaluation:	p5
1. Introduction:	p5
2. Activités de collecte de données dans les États membres et les signalements à l'EFSA:	p5
3. Ensemble minimum de données - au niveau du troupeau:	p6

3,1. Nombre de troupeaux touchés:	p6
3,2. Propagation temporelle:	p8
3,3. Répartition spatiale:	p13
3,4. Caractérisation des troupeaux touchés:	p15
3,5. Analyse de l'impact:	p18
4. Recommandations:	p22
Annexe:	p23
A. Guidelines pour la notification des données SBV:	p23
Glossaire:	p31
Abréviations:	p31

Les abonnés sont invités à télécharger le rapport complet à la source URL.

## La sérologie ELISA pour le SBV en cours d'évaluation

Date: Sat, 5 May 2012

Source: Veterinary Record 2012;170:453 doi:10.1136/vr.e3155 - News & Reports, Emerging Diseases [edited]

<<http://veterinaryrecord.bmj.com/content/170/18/453.1.full>> (subscription)

Les récents développements dans la situation de la maladie enveloppant le virus Schmallenberg (SBV) dans le nord de l'Europe ont été discutés dans la dernière évaluation de l'épidémie par l'équipe de la surveillance internationale des maladies (IDM) à Defra.

Dans l'évaluation, qui a été publié le 23 avril 2012, l'équipe IDM a déclaré que les laboratoires sont actuellement en train de valider un test sérologique ELISA qui est devenu disponible dans le commerce en Europe. Defra est en train d'examiner la façon dont le test pourrait être utilisé pour la surveillance et si il y avait un éventuel coût-bénéfice à une telle utilisation. L'équipe ajoute que la répartition géographique de la maladie est toujours limitée au nord-ouest de l'Europe, mais que cela pourrait changer au fur et à mesure que plus de bétail qui a été infecté l'année dernière continuent à mettre bas, ou au fur et à mesure que la surveillance sérologique donne une image plus claire de l'exposition passée.

L'évaluation note également que des moucheron infectés, dont *Culicoides dewulfi* et *Culicoides obsoletus*, ont été identifiés en Belgique, au Danemark et en Italie. L'Allemagne a signalé la découverte des anticorps dirigés contre le SBV chez le cerf rouge et le chevreuil, mais l'équipe IDM dit, l'importance de cela en termes d'hôte réservoir sauvage potentiel de SBV n'est pas encore connue.

Pendant ce temps, les enquêtes de l'Institut Robert Koch en Allemagne chez 60 éleveurs de moutons qui avaient été en contact étroit avec des animaux infectés n'avaient trouvé aucune preuve d'infection en utilisant un test par anticorps immunofluorescent et un test de séro-

neutralisation. [Dans le même temps, l'implication des humains a été également exclue par les enquêtes néerlandaises, voir ProMED archive N° 20120501,1119639.

En ce qui concerne le modèle de l'infection, l'équipe IDM note que l'Allemagne, les Pays-Bas et la Belgique continuent à signaler des flambées chez les bovins, mais il ya eu moins de signalements de moutons touchés. Le même modèle a été observé au Royaume-Uni, dit-on, et coïncide avec la fin de la saison d'agnelage dans les zones à risque.

Notant que tous les cas confirmés au Royaume-Uni ont été retrouvés dans des comtés qui étaient dans les zones à risque pour l'incursion de moucherons infectés en 2011, l'équipe IDM ajoute: «Il convient de noter qu'il est possible que des moucherons autochtones aient été également infectés en même temps pendant l'été dernier et pourraient avoir contribué à quelques-unes des infections».

Le AHVLA à signalé sur son site qu'au 30 avril 2012, 254 exploitations agricoles en Angleterre avaient signalé des cas de SBV. Parmi elles, 219 étaient des fermes d'ovins et 35 étaient des fermes bovines. [Les chiffres respectifs étaient, au 4 mai, de 256, 220 et 36].

La dernière Évaluation de l'équipe DM, de l'épidémie est disponible à <[www.defra.gov.uk/animal-diseases/monitoring/](http://www.defra.gov.uk/animal-diseases/monitoring/)>.

## ***SCHMALLEMBERG VIRUS - EUROPE : RÉASSORTIMENT GÉNÉTIQUE***

Date: Tue 22 May 2012

Source: Archives of Virology 2012, DOI: 10.1007/s00705-012-1341-80,  
Rapid Communication [summarised, edited]

<<http://www.springerlink.com/content/87q6wk20x3kx5241/>> (subscription)

Reçu: le 16 février 2012; Accepté: le 9 avril 2012; Disponible en ligne: 16 Mai 2012.

Un réassortiment génétique entre les virus Sathuperi et Shamonda du genre *Orthobunyavirus* dans la nature: les implications sur la relation entre leur patrimoine génétique et virus Schmallenberg

---

### **Résumé:**

L'épidémie récente de malformations chez les ruminants, en Europe du Nord, causées par le virus de Schmallenberg [SBV] a conduit à l'analyse des propriétés génétiques des orthobunyaviruses proches et à clarifier leurs relations.

Le séquençage de 3 segments génomiques de l'ARN des virus Sathuperi, Shamonda et Douglas (SATV, Shav et Douv) a révélé que les segments M ARN des SATV et Douv ont un degré élevé d'identité de séquence avec celui de SBV, mais les segments ARN S et L sont

étroitement proches de ceux du Shav.

L'analyse phylogénétique des 3 segments génomiques d'ARN ont indiqué que le SBV est un réassortant, avec un segment ARN M du SATV et des segments ARN S et L du Shav.

[Signature: Tohru Yanase, Tomoko Kato, Maki Aizawa, Yozo Shuto, Hiroaki Shirafuji, Makoto Yamakawa et Tomoyuki Tsuda]

**Communiqué par:**

Sabine Zentis

Gut Laach

52385 Nideggen, Allemagne

[CVLonghorns@aol.com](mailto:CVLonghorns@aol.com)

Le passage suivant dans la conclusion de l'article complet comprend des données de base utiles (références omises):

"SATV et Shav ont les mêmes distributions géographiques en Afrique et en Asie et utilisent les mêmes vecteurs arthropodes (*Culicoides* moucheron piqueurs) et des hôtes vertébrés (ruminants), suggérant que l'ancêtre du SBV a été généré par une coïnfection par les deux virus dans le passé. Les souches Japonaises du SATV sont génétiquement stables, mais ont légèrement divergé du SBV dans le segment M de l'ARN, ce qui suggère que leur évolution a eu lieu indépendamment dans des régions géographiquement séparées. Il n'est pas certain que la virulence élevée du SBV soit ou non le résultat du réassortiment. Dans les zones touchées [Europe], il a été observé une augmentation du nombre de veaux et agneaux malformés en raison de l'infection par le SBV. DOUV est largement répandu dans tout le nord et l'est Australien, mais il n'a pas encore été associé à des maladies. Trois parmi les cas de malformation chez les veaux qui étaient séropositifs pour le Shav mais négatifs pour d'autres agents pathogènes tératogènes, comme le virus Akabane (AKAV) et le virus Aino (AINOV), ont été signalés au Japon en 2003. Par ailleurs, en 2008, 2 veaux avaient eu des déformations qui ont été suspectées avoir été causées par une infection SATV (données non publiées). Toutefois, le nombre de cas d'avortement et de malformations signalés chez les bovins n'a pas augmenté nettement dans les zones où le virus a été isolé, à la différence des zones où des épidémies d'infections AKAV et AINOV se sont produites. Les brebis ont probablement une plus grande réceptivité au SBV que n'ont pas les bovins dans le nord de l'Europe. Par conséquent, les virulences des SATV et Shav, chez le fœtus ovins, doivent également être évaluées.

Les données sur les séquences déterminées ici contribueront au développement d'outils de diagnostic pour une meilleure compréhension de l'incidence et la distribution de ces virus. Malheureusement, les souches Indienne et Africaine du SATV n'étaient pas disponibles dans cette étude, mais leur analyse sera nécessaire pour clarifier l'origine géographique des SBV en détail.

Par ailleurs, la caractérisation génétique des orthobunyavirus, y compris la caractérisation des membres de la même espèce avec différentes origines géographiques, sera essentielle

pour la compréhension de leur épidémiologie moléculaire et évolution ".

L'incidence des cas SBV cliniques (Arthrogrypose et / ou hydranencéphalie) a diminué en mai [2012]. Le dernier cas au Royaume-Uni a été enregistré le 14 mai [2012] (comme annoncé le 18 mai [2012]). Il a été prédit que l'apparition de cas va cesser au cours de Juin 2012 (7 mois après la fin de la saison vectorielle 2012).

Jusqu'ici, le virus Sathuperi a été identifié en Inde et au Japon et le Virus Shamonda au Nigeria et au Japon. Démêler l'origine du SBV et son itinéraire (s) d'introduction dans le nord-ouest l'Europe est essentiel pour la prévention des introductions futures de maladies à arbovirus. "

Les décisions sur les mesures pour contrôler ou prévenir d'autres dégâts liées au SBV en Europe méritent d'être précédée par une enquête sérologique visant les populations de ruminants dans les pays touchés ainsi que les zones de l'Europe qui ne sont pas touchées.

## COQUELUCHE

### ***COQUELUCHE - ARGENTINE***

Date: Tue 15 May 2012

Source: La Voz [machine trans. edited]

<<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/2012-crecieron-90-casos-tos-convulsa>>

Bien qu'il existe des vaccins pour prévenir la coqueluche, cette infection est devenue une maladie ré-émergente, qui est actuellement l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants. Les principales victimes de cette infection respiratoire aiguë (coqueluche), causée par la bactérie *Bordetella pertussis*, sont les enfants de moins de 6 mois, qui acquièrent généralement, la maladie par leurs parents ou par leurs frères et sœurs adolescents, voire même par un membre de l'équipe de soins de santé. Chez le nourrisson, la coqueluche peut être une maladie grave qui peut entraîner de graves complications, voire le décès, contrairement à ce qui se voit chez les adultes ou les enfants plus âgés. La réémergence de la coqueluche peut être constatée par l'augmentation du nombre de cas dans le pays.

Au 30 Avril 2012, 597 cas de coqueluche ont été confirmés par un test de laboratoire. Au cours de la même période de l'année 2011, il y avait eu 315 cas: Ce qui représente 90% en plus. Ces données proviennent du laboratoire national de référence pour *Bordetella Pertussis* en Argentine.

Les cas déclarés pendant cette période ont été de 1028 en 2011 et de 2399 en 2012, ce qui signifie une augmentation de 133%, s'expliquant peut-être par le renforcement de la surveillance épidémiologique qui se traduirait par une plus grande déclaration des cas suspects.

Le ministère de la Santé Argentin a signalé qu'en 2011, les cas rapportés ont été plus que prévu, situation similaire à celle enregistrée dans d'autres pays de la région, tels que le Chili, l'Uruguay, le Cuba et les États-Unis, qui ont également eu des flambées de la maladie. En 2012, cette situation n'a pas changé, a prévenu cette semaine, Carla Vizzotti, directeur du programme national de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, qui a souligné que les chiffres "indiquent un niveau de cas suspects qui confirme que nous sommes en plein épidémie, comme cela s'est produit en 2011. "

### **Commentaires ProMED-mail**

Aux États-Unis comme en Argentine, des recommandations sur l'utilisation des vaccins anticoquelucheux acellulaires ont continué à développer des efforts de Cocooning des nouveau-nés susceptibles afin de prévenir la morbidité et la mortalité chez les nourrissons qui n'ont pas été encore complètement vaccinés, comme ceux qui sont décrits dans le présent rapport. L'utilisation du vaccin chez la femme enceinte pour lui conférer une immunité passive est une extension de ces recommandations. Il est probable, vu le nombre limité de contacts, que les jeunes nourrissons ont, que la source de l'infection du nourrisson soit un membre de sa famille.

La susceptibilité croissante des enfants plus âgés et des adultes à la coqueluche, se manifestant, le plus souvent, par une toux chronique sans le «Chant du coq » typique, après une primo-vaccination appropriée continue d'être de plus en plus signalée. Une baisse de l'immunité est généralement considérée comme étant la cause du problème, mais il devient de plus en plus clair que ce vaccin acellulaire, sélectionne des clones de *Bordetella pertussis*, contre lesquels, nous ne sommes pas bien protégés par les vaccins actuels.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à:<<http://healthmap.org/r/1yJb>>.

## ***COQUELUCHE - USA (08)***

### **Cas confirmés et probables signalés en 2012 et à ce jour (YTD) au 28 avril 2012} (semaine 17) dans l'État de Washington (L'ensemble de l'État).**

Date: Mon 30 Apr 2012

Source: Washington State Department of Health [edited]

<<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/documents/pertupdate.pdf>>

Cette mise à jour synthétise les déclarations de coqueluche chez les personnes reçues en 2012 par les autorités sanitaires locales (LHJs) au cours des semaines 1-17, rendues accessibles au département de Santé de l'État de Washington (DOH) -Épidémiologie des maladies transmissibles, et contenant une quantité d'informations suffisante pour qu'une

classification DOH des cas puisse être attribuée.

Il ya eu un total de 1132 cas signalés à l'échelle de l'État jusqu'à la semaine 17, contre 117 cas signalés en 2011 durant la même période. Les dates pour la comparaison 2011/2012 étaient fondées sur les dates de notification LOH. 12 comtés n'ont signalé aucune activité de la coqueluche en 2012.

Parmi les 27 comtés ayant eu une activité de la coqueluche, le nombre des cas signalés de coqueluche dans un comté donné, varie jusqu'à présent en 2012 de 1 à 234, et le taux de maladie dans un comté donné varie de 1,1 à 196,1 par 100 000 habitants par an, à ce jour (voir le tableau 1 [pour les tableaux voir l'URL original]). Les taux médian et le nombre moyen de cas de coqueluche par comté rapportant une activité sont à ce jour, respectivement de 11,7 et de 23,1 pour 100 000 habitants année.

le taux d'incidence annuel global est, à ce jour, de 16,8 cas de coqueluche par 100 000 résidents de Washington et le taux de maladie chez les nourrissons de moins de 1 an d'âge, de 88,1 pour 100 000, reste plus élevé que dans tous les autres groupes d'âge (voir tableau 2). Cela équivaut à une augmentation globale annualisée du taux de coqueluche chez les résidents de Washington de 51,4 par 100 000 personnes avec un taux chez les nourrissons de 269,5 pour 100 000, en considérant que cette tendance va se poursuivre tout au long de 2012. 78 nourrissons de moins de 1 an ont été signalés comme présentant une coqueluche et 20 parmi eux ont été hospitalisés. Parmi ceux qui ont été hospitalisés, 16 (80 %) étaient très jeunes (de 3 mois d'âge ou moins).

### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte montrant les comtés de l'État de Washington, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/washington.shtml>>.

## **Décès infantile au Massachusetts (Comté de Hampden)**

Date: Sun 27 Apr 2012

Source: WBUR [edited]

<<http://commonhealth.wbur.org/2012/04/death-from-pertussis>>

Un bébé bienheureux et en bonne santé de 6 semaines – qui a eu son 1<sup>er</sup> rhume peu après le nouvel an. Sa mère avait eu sa part de rhumes (elle a 2 filles, plus âgées 8 et 5 ans) et ne s'inquiète pas beaucoup de celui-ci. « Il toussait et éternuait juste un peu », dit-elle. « Je n'étais pas trop inquiète. »

Mais quelques jours plus tard, le 6 janvier 2012, sa fièvre culmine à 104 degrés F. Aussi, et au milieu de la nuit, les parents ont décidé d'emmener le bébé au service des urgences à l'Hôpital Baystate d'enfants à Springfield, au Massachusetts près de leur domicile à Chicopee. Il a testé négatif pour la grippe et un virus respiratoire commun. En début de matinée, sa fièvre avait disparu et la famille a été renvoyée chez elle. 3 semaines plus tard,

ce bébé va décéder de coqueluche, ou toux coquelucheuse, une maladie bactérienne évitable, mais très contagieuse qui a été en hausse au cours des dernières décennies.

À la maison, sa respiration devint un peu plus laborieuse, il avait reçu un diagnostic de bronchiolite, une inflammation et accumulation de mucus dans les petites voies aériennes des poumons, habituellement dues à une infection virale.

Après une nouvelle consultation à la fin de la semaine, un pédiatre lui prescrit de l'albutérol pour faciliter ses symptômes.

Le 16 janvier 2012, pendant la journée fériée à la mémoire du Dr. Martin Luther King Jr., l'enfant a commencé à expectorer encore plus et sa respiration s'est aggravée. Cette fois, il a été admis aux soins intensifs pédiatriques Baystate, selon sa mère. Une équipe médicale a procédé à son évaluation, et un spécialiste en maladies infectieuses a suggéré qu'il pourrait avoir la coqueluche, mais le diagnostic demeura incertain. En effet, la famille n'a eu la confirmation de la coqueluche qu'après sa mort, quand un test pour la maladie est revenu positif. «J'aurais pu parier toute ma vie que ce n'était pas la coqueluche, "dit la mère, se souvenant de sa réaction lorsque la maladie lui a été mentionnée en premier. "Il ne toussait pas, comme je l'aurais imaginé. Et je n'ai jamais entendu parler de bébés qui ont eu la coqueluche. "

Mais la coqueluche, ou toux coquelucheuse, ou «la toux de 100 jours» en raison de sa durée généralement longue, a été en hausse depuis les années 1980, selon les CDC. La maladie est caractérisée par une toux violente, incontrôlable (dont le caractéristique son de "chant du coq») qui peut rendre difficile la respiration. Mais parfois, il n'y a pas de «chant du coq » et les nourrissons atteints de coqueluche ne toussent pas toujours, mais peuvent avoir des apnées : une longue pause respiratoire. La maladie est plus fréquente chez les jeunes enfants; les bébés de moins d'un an sont particulièrement vulnérables et courent un plus grand risque de décès.

Selon le CDC, il y'aurait eu en 2010, 27 550 cas déclarés de coqueluche à l'échelle nationale. Cette année-là, il y'avait en en Californie, 9143 cas de coqueluche, dont 10 décès de nourrissons, qui ont été rapportés, c'est le plus grand nombre de cas en 63 ans, selon les CDC. Le Vermont avait eu une épidémie de coqueluche en 2011. Et le 3 avril 2012, les responsables sanitaires de l'État de Washington ont déclaré une «Épidémie» de coqueluche, avec plus de 1000 cas déclarés.

Le CDC recommande les vaccins anticoquelucheux pour les nourrissons, les adolescents et adultes (et plus récemment, les femmes enceintes), résumées ici:

- Aux Nourrissons et enfants il est recommandé une dose du vaccin DTaC (diphtérie, tétanos et anti coquelucheux acellulaire) à 2, 4 et 6, 15 à 18 mois, et 4 à 6 ans.
- À tous les sujets âgés de 11 ans et plus, dont les femmes enceintes, il est recommandé une dose de Tdac (vaccin combinant l'anticoquelucheux acellulaire tétanos, et diphtérie), de préférence à 11-12 ans. Aux femmes enceintes il est recommandé de recevoir une dose de vaccin TdaC, de préférence au cours du 3ème trimestre ou à la fin du 2e trimestre (après 20 semaines de gestation). En recevant le



vaccin Tdac pendant la grossesse, les anticorps maternels contre la coqueluche seront transférés au nouveau-né, lui conférant probablement une protection contre la coqueluche en début de vie, avant que le bébé ne reçoive ses doses de TDaC. Tdac permettra également de protéger la mère au moment de la délivrance, en la rendant moins susceptibles de transmettre la coqueluche à son enfant. Un porte-parole des CDC ajoute: «Tout le monde a besoin du vaccin Tdac comme les adolescents / adulte, même s'il a été complètement vacciné avec le vaccin DTaC ou le DTC dans son enfance. »

Les raisons précises qui ont conduit à l'augmentation des cas de coqueluche ne sont pas tout à fait claires. Les experts parlent d'une convergence de facteurs, dont une baisse de l'immunité post vaccinale, une couverture vaccinale faible chez les adultes (Qui avaient un taux de couverture de seulement 8,2 % en 2010, selon le CDC) et une perception générale que la coqueluche n'est pas une maladie bien grave. Un autre facteur est, peut être, que la coqueluche reste sous-diagnostiquée dans de nombreux cas - puisque tous les malades ne n'ont pas "le chant de coq" - permettant à la maladie de se propager. En plus (bien que la CDC conteste cette hypothèse) la baisse de l'utilisation des antibiotiques par les médecins qui se méfient de la sur utilisation et de la résistance aux médicaments peut être également une cause. Certains attribuent la faute à des parents qui refusent de faire vacciner leurs enfants. Mais les responsables du CDC disent qu'il est plus probable que c'est la baisse de l'immunité chez les personnes vaccinées, plutôt que le refus vaccin qui contribue à l'augmentation.

### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte montrant les comtés du Massachusetts, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/massachusetts.shtml>>.

### **Décès infantile dans l'Idaho (comté de Bannock)**

Date: Thu 3 May 2012

Source: Local News 8 [edited]

<<http://www.localnews8.com/news/31002886/detail.html>>

Un nourrisson originaire de Pocatello, est décédé jeudi d'une maladie presque éradiquée dont nous assistons actuellement à la réémergence, la coqueluche. À 9 semaines, ce nourrisson était trop jeune pour être vacciné, mais les professionnels de santé ont déclaré que si plus de personnes dans l'entourage de l'enfant s'étaient faites vacciner, le bébé n'aurait probablement pas contracté cette maladie. Le bruit de sifflements particulier qu'émet un enfant infecté par la coqueluche fait quand il est à bout de souffle entre deux quintes de toux, a donné la maladie de son surnom, la toux coqueluchoïde.

"La coqueluche est une maladie très contagieuse. Elle est un très invalidante, c'est également une maladie mortelle pour les petits qui ne peuvent lutter contre »,

Quand un enfant décède d'une maladie, c'est d'autant plus tragique qu'il y'a des vaccins contre elle. "C'est très triste quand un enfant jeune, ou de n'importe quel âge, meurt de coqueluche, parce que cela aurait pu être évité. Il s'agit d'une situation très triste ".

Le département de santé publique du Sud-Est d'Idaho [SIPH] dit que si 90% des enfants étaient vaccinés, la maladie serait presque inexistante. Mais de nombreux parents choisissent de ne pas faire vacciner leurs enfants, certains craignant une relation entre vaccins et autisme. Le SIPH insiste qu'il n'y avait aucun danger important de se faire vacciner. «Les vaccins sont très, très sûres. Ils sont surveillés de très près pour n'importe quel type d'effet indésirable, et les avantages du vaccin, l'emportent de très loin, loin, loin, sur les risques minimales», dit le directeur de district SIPH. C'est un choix des parents de se faire vacciner leurs enfants, mais les gens devraient se rappeler que quand un enfant n'est pas vacciné signifie tous les autres enfants sont plus susceptibles de tomber malades. "Bien que cela relève totalement leur désir, qu'il faille ou non faire vacciner leurs enfants, il est d'une importance cruciale de protéger les enfants contre des types de maladies infantiles vraiment sérieuses».

Selon le SIPH, dans les collectivités locales 72% des enfants sont vaccinés.

### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte montrant les comtés de l'Idaho, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/idaho.shtml>>.

### **Iowa (comté de Howard)**

Date; Wed 2 May 2012

Source: Cresco Times [edited]

<<http://www.crescotimes.com/articles/2012/05/02/news/doc4fa167dc61c09477724134.txt>>

Dans l'information donnée par le département de Santé publique de l'Iowa, au 19 avril 2012, 92 cas confirmés de coqueluche ont été signalés dans l'Iowa. Il s'agit d'une augmentation de 83 % par rapport à la moyenne des 5 dernières années pour l'État.

Bien que les cas soient principalement survenus dans l'est de l'Iowa, des cas isolés sont signalés à travers tout l'état.

Pendant les épidémies, les agences locales de Santé publique investigate les cas pour s'assurer qu'ils ont été pris en charge de façon appropriée pour l'isolement et le traitement, identifier les proches contacts, et leur recommander des antibiotiques prophylactiques pour prévenir la maladie et arrêter la transmission.

Howard County santé publique a tenu à informer la communauté que la coqueluche est présente dans le comté de Howard. Au 27 avril 2012, des cas confirmés de coqueluche ont été détectés dans le comté de Howard. Le département de Santé publique du comté de Howard et les fournisseurs de soins de santé locaux travaillent avec les personnes touchées et leurs contacts étroits. Les fournisseurs de soins de santé locaux sont conscients de la situation. Le Département de Santé publique de l'Iowa n'a pas recommandé que des classes

entières soient traitées pour coqueluche et / ni que des écoles soient fermées.

Commentaire ProMED-mail

Pour une carte montrant les comtés de l'Iowa, voir

<<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/iowa.shtml>>.

## **L'Iowa (comté de Fayette)**

Date: Tue 1 May 2012

Source: KWWL [edited]

<<http://www.kwwl.com/story/18005010/north-fayette-schools-confirm-whooping-cough-cases>>

L'école du District Nord de Fayette a confirmé une épidémie de coqueluche. Le district rapporte que 15 à 20 enfants d'âge scolaire sont atteints de la maladie au cours de la semaine dernière.

Les élèves ayant des cas confirmés de coqueluche ont été isolés de la population scolaire, en restant chez eux. Les administrateurs affirment que ces élèves seront également interdits de toute activité scolaire, jusqu'à ce que les tests de la coqueluche soient négatifs.

Les Écoles de Clear Creek Amana ont également confirmé une épidémie de coqueluche, mais n'ont pas indiqué le nombre d'élèves malades.

**Commentaire ProMED-mail / alertes HealthMap**

Pour une carte montrant les comtés de l'Iowa, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/iowa.shtml>>.

## **New York (comté de Suffolk)**

Date: Tue 1 May 2012

Source: Patch. Com [edited]

<<http://hauppauge.patch.com/articles/district-confirms-whooping-cough-case-at-hauppauge-high-school>>

Un cas isolé de coqueluche a été diagnostiqué dans le lycée de Hauppauge, selon un message sur le site Web du district du 30 avril 2012.

Commentaire ProMED-mail / alertes HealthMap

Pour une carte montrant les comtés de l'État de New York, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/new-york.shtml>>.

## **Washington (le comté de Grant)**

Date: Wed 2 May 2012

Source: NCW-TV [edited]

<http://www.ncwtv.com/two-pertussis-cases-with-exposures-at-ephrata-middle-school-and-high-school-1809/>>

Le personnel du district de Santé du comté de Grant (GCHD) est en train d'investiguer 2 cas de coqueluche chez des résidents du comté de Grant, qui ont fréquenté des établissements scolaires pendant qu'ils étaient encore contagieux, du 16 au 27 avril 2012. Personne n'a été hospitalisé.

Dans un effort pour contrôler la propagation de la maladie, les agents de santé recommandent un traitement antibiotique pour toutes les personnes qui sont entrées en contact étroit avec les cas de coqueluche. Le GCHD recommande que tous les proches contacts qui toussent soient testés pour la coqueluche. "Ce n'est pas une épidémie de coqueluche. Cependant, nous travaillons avec les Écoles pour aviser rapidement les parents d'élèves, les tuteurs et le personnel de leur exposition possible afin de contrôler la propagation de cette maladie très contagieuse ».

### **Commentaire ProMED-mail / HealthMap alertes**

[Pour une carte montrant les comtés de l'État de Washington, voir  
<<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/washington.shtml>>.

## **Coqueluche au Montana (L'ensemble de l'État)**

Date: Mon 30 Apr 2012

Source: Montana Department of Public Health and Human Services  
[edited]

<<http://www.dphhs.mt.gov/newsevents/newsreleases2012/april/pertussis.shtml>>

Le département de la Santé publique et des Services sociaux du Montana (DPHHS) ont rapporté que des épidémies de coqueluche ont été signalées dans plusieurs régions du Montana et recommande instamment de vacciner tous les enfants et adultes pour aider à prévenir la maladie. Depuis Janvier 2012, près de 90 cas de coqueluche ont été signalés au niveau de l'État, contre environ 50 cas pour la même période en 2011. Des cas récents ont été signalés dans 6 comtés différents. Les responsables de la Santé publique locaux et de l'état craignent que le nombre de cas notifiés ne continue à augmenter si les personnes n'appliquent pas les mesures pour se protéger eux même et protéger les autres.

L'État de Washington a signalé une augmentation importante des cas de coqueluche signalée, avec près de 800 cas signalés au cours des 4 derniers mois. Les responsables de la Santé du Montana ne veulent pas que ce qui est arrivé dans l'État de Washington se reproduise chez eux.

«La plupart des cas de coqueluche sont évitables», a déclaré le Directeur du DPHHS. «Tous les parents et les soignants d'enfants doivent veiller à ce que leurs enfants soient à jour pour ce vaccin comme pour les autres. Tous ceux qui s'occupent d'enfants devraient également mettre à jour leurs vaccinations pour prévenir la propagation de la coqueluche. »

### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte montrant les comtés du Montana, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/montana.shtml>>.

## **Coqueluche au Wisconsin (Comté de Dane)**

Date: Thu 26 Apr 2012

Source: Maidson.com [edited]

<[http://host.madison.com/ct/news/local/health\\_med\\_fit/whooping-cough-cases-take-huge-leap-in-dane-county-health/article\\_a82c021e-8ef8-11e1-93c2-001a4bcf887a.html](http://host.madison.com/ct/news/local/health_med_fit/whooping-cough-cases-take-huge-leap-in-dane-county-health/article_a82c021e-8ef8-11e1-93c2-001a4bcf887a.html)>

Selon les responsables de la Santé publique, le nombre de cas de coqueluche s'est accru de façon dramatique dans le comté de Dane.

Le département de Santé publique du comté de Madison & Dane County a déclaré dans un communiqué diffusé le 25 avril 2012, que plus de 90 cas de coqueluche ont été signalés depuis le 1 mars 2012, et que plus de cas sont attendus.

En 2012, plus de 160 cas ont été signalés.

«Ces chiffres sont particulièrement alarmants parce qu'ils sont beaucoup plus élevés que les 2 ou 3 cas par mois, nous observions dans le passé pendant de nombreuses années », a déclaré un épidémiologiste des maladies transmissibles du département de santé publique du comté de Madison & Dane.

La plupart des cas sont des enfants d'âge scolaire, en particulier dans le groupe d'âge de 10 à 14 ans. Le deuxième groupe d'âge à être touché est celui des adolescents de 15 à 19 ans, et le troisième groupe le plus durement touché est celui des 5 à 9 ans.

Les Centers for Disease Control and Prevention CDC ont déclaré que la coqueluche est une maladie endémique, ce qui signifie qu'il est assez commun que des foyers épidémiques se produisent régulièrement, tout au long de l'année dans diverses régions du pays.

### **Commentaire ProMED-mail/ HealthMap alertes**

Pour une carte montrant les comtés du Wisconsin, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/wisconsin.shtml>>.

## Arizona (comté de Maricopa), mortalité infantile

Date: Thu 25 Apr 2012

Source: AZ Central [edited]

<<http://www.azcentral.com/news/articles/2012/04/25/20120425phoenix-area-whooping-cough-death-1st-since-2009.html>>

Le département de la santé publique du comté a annoncé qu'un nourrisson est décédé de coqueluche, en Avril 2012, dans le comté de Maricopa. C'est le 1<sup>er</sup> décès de ce type depuis 2009.

Le bébé était trop jeune pour être vaccinés et a probablement contracté la maladie auprès d'un adulte.

Les autorités sanitaires ont exhorté les habitants à se faire vacciner s'ils ont des contacts étroits avec des enfants de moins de 12 mois.

Environ 700 cas ont été signalés en 2011, soit plus du double des cas déclarés en 2009. Le porte-parole du département de santé publique du comté a attribué l'augmentation à l'existence de plus de cas de coqueluche et au fait que les médecins demandent plus souvent des tests pour confirmer la coqueluche.

### Commentaire ProMED-mail/ HealthMap alertes

Pour une carte montrant les comtés de l'Arizona, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/arizona.shtml>>.

Des études menées à la fois par le Dr Frits Mooi R des Pays-Bas (ProMed N° 20120322.1078115) et le Dr Lyn Gilbert d'Australie (ProMed N° 20120321.1076103) déjà publiées dans ProMED-mail reflètent des changements antigéniques dans les clones de *Bordetella Pertussis* en circulation qui peuvent être la cause du nombre accru de cas de coqueluche à travers le monde. Ces changements peuvent se traduire par un besoin de modifications du vaccin acellulaire actuellement utilisé pour la coqueluche.

Les recommandations actuelles pour le cocooning des nourrissons contre la coqueluche comprennent la vaccination dTaC des femmes enceintes après le 1<sup>er</sup> trimestre ainsi que du père, oncles et tantes et grands-parents.

Compte tenu des préoccupations susmentionnées concernant le vaccin acellulaire, il serait important de savoir si les réservoirs de la coqueluche à risque pour les nourrissons sont essentiellement parmi les personnes vaccinés avec des vaccins acellulaires ou plutôt parmi ceux qui sont vaccinés par le vaccin composé de cellules totales de *B. Pertussis* tués.

## Minnesota (L'ensemble de l'État)

Date: Thu 17 May 2012

Source: Minnesota Public Radio [edited]

<http://minnesota.publicradio.org/display/web/2012/05/17/pertussis-whooping-cough/>

Selon le département de Santé du Minnesota, le nombre de cas de coqueluche dans le Minnesota est en pleine progression, approchant les 700 cas de cette maladie respiratoire très contagieuse.

C'est plus que le double du nombre de cas rapportés plus tôt en ce mois de mai 2012 et dépasse le nombre total de cas signalés l'année dernière 2011.

La coqueluche provoque une toux violente incontrôlable. La maladie est souvent désignée par coqueluche à cause du bruit que de nombreux patients font pour respirer.

Il s'agit d'une maladie grave et parfois mortelle. Les nourrissons sont les plus à risque pour les complications graves, notamment la pneumonie, la déshydratation et les convulsions. Même les adultes peuvent avoir du mal à guérir de la toux intense.

L'infirmière praticienne, chef du service des Maladies infectieuses à l'Hôpital d'enfants du Minnesota a déclaré que « Parfois, les patients peuvent tousser si fort qu'ils se fracturent les côtes ou rompre des vaisseaux sanguins de l'œil », on l'appelle la toux de 100 jours. Et il est vrai qu'on peut avoir ces spasmes de toux pour un maximum de 100 jours, "dit-elle.

Les gens qui ont la coqueluche sont habituellement contagieux pendant les 3 premières semaines de leur maladie. La maladie se propage facilement pendant ce temps, ce qui explique pourquoi les épidémies sont souvent observées dans des clusters au niveau communautaire.

Épidémie du Minnesota est disséminée à plusieurs comtés. Le comté de Wright rapporte le plus de cas, 77 à ce jour, les clusters de coqueluche sont centrés principalement à l'Est du comté.

"Pendant, toute l'année 2010, nous avons eu 97 cas pour l'année entière, contre 77 dans le seul comté de Wright, cette année alors qu'on n'est même pas encore à la moitié de l'année."

La plupart des enfants sont vaccinés contre la coqueluche avant de s'inscrire à l'école. Mais la protection vaccinale commence à s'estomper à l'adolescence. Un vaccin de rappel est recommandé les adolescents et les adultes depuis 2005, mais beaucoup de personnes ne font pas ce rappel.

L'État a de bons taux de couverture vaccinale chez les, dus au vaccin de rappel, car ces adolescents, ont tendance à voir régulièrement leurs fournisseurs de soins de santé. Mais le taux de vaccination pourrait être meilleur chez les adultes.

"Nous n'avons pas une bonne façon de mesurer la couverture vaccinale chez l'adulte dans la population, mais nous craignons que nous n'ayons pas un taux de couverture nécessaire pour réduire l'incidence de la coqueluche ". «La coqueluche est une maladie évitable par la vaccination, et nous devons vraiment ne plus voir des centaines de cas chaque année, si nous avons une bonne couverture vaccinale. "

La coqueluche est une infection bactérienne et peut être traitée avec des antibiotiques. Toutefois, les médicaments n'agissent pas beaucoup sur les symptômes, mais contribuent surtout à réduire la quantité de particules infectieuses, qu'une personne peut transmettre à d'autres.

### **Commentaire ProMED-mail**

[Pour une carte du Minnesota avec ses régions, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/minnesota.shtml>>.

### **Coqueluche au Maine (L'ensemble de l'État)**

Date: Thu 17 May 2012

Source: Portland (ME) Press Herald [edited]

<[http://www.onlinesentinel.com/news/whooping-cough-on-rise-in-maine-across-nation\\_2012-05-17.html](http://www.onlinesentinel.com/news/whooping-cough-on-rise-in-maine-across-nation_2012-05-17.html)>

Le nombre de cas de coqueluche dans le Maine est à la hausse, reflétant une tendance nationale que les autorités de la santé attribuent en partie aux enfants et adultes défaillants pour les rappels qu'ils sont sensés recevoir tous les 10 ans. Les responsables sanitaires ont commencé à remarquer une augmentation des cas de coqueluche en 2011, principalement dans les comtés du nord du Maine. En mai 2012, une épidémie de 8 cas chez des enfants a été signalée à Skowhegan, et les autorités scolaires de Scarborough ont alerté les parents au sujet de 4 cas dans des écoles élémentaires et intermédiaires.

Le CDC du Maine a confirmé 67 cas en 2012, soit une hausse de 34% par rapport aux 50 cas signalés au 17 mai 2011. Seuls 53 cas ont été signalés pour l'ensemble de 2010.

Les 67 cas signalés dans le Maine, à ce jour de 2012 comprennent 13 dans le comté de Cumberland, 10 dans le comté de York et 12 dans le comté de Somerset.

En 2011, un total de 205 cas a été signalé dans le Maine, dépassant de loin les 53 cas signalés en 2010 et la moyenne de 82 cas par an enregistrée sur 10 ans.

"Les gens pensaient que cette maladie avait disparu, et nous savons actuellement qu'il n'en est pas ainsi, «Le moyen le plus efficace pour se protéger de la coqueluche est la vaccination. La plupart des enfants reçoivent la primo-vaccination, mais seuls 60 à 70 % pour cent d'entre eux reçoivent le rappel prévu vers l'âge de 11 ans.



Une pédiatrie de première ligne a déclaré que, l'année e passée, elle a traité 10 enfants atteints de coqueluche, dont 3 au cours des 3 derniers mois. Tous les patients étaient âgés entre 4 et 10 ans et avaient leurs vaccinations à jour.

#### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte de Maine avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/maine.shtml>>.

### **Pennsylvanie (comté d'Allegheny)**

Date: Thu 17 May 2012

Source: Patch.com [edited]

<<http://plum-oakmont.patch.com/articles/county-health-department-reports-growing-incidence-of-whooping-cough>>

Le département de Santé du comté d'Allegheny a annoncé cette semaine qu'un nombre croissant de cas de coqueluche sont signalés dans le comté. Il ya eu 46 cas confirmés ou probables de coqueluche depuis le début de 2012, c'est bien au-dessus de la moyenne de 7 cas signalés dans la même période au cours de ces dernières années.

#### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte de Pennsylvanie avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/pennsylvania.shtml>>.

### **Montana (Comté de Flathead)**

Date: Thu 17 May 2012

Source: KCFW [edited]

<<http://www.nbcmontana.com/news/31080535/detail.html>>

Les responsables de la santé du comté de Flathead sont débordés par l'offensive de demande de tests de coqueluche. Six nouveaux cas ont été confirmés dans le comté, pour un total de 36. Quatre parmi les nouveaux confirmés sont dans la même classe qu'un enfant diagnostiqué le 15 mai 2012.

Actuellement, la coqueluche a touché 9 écoles dans le comté de Flathead. Les responsables de la santé du Comté disent que les laboratoires sont débordés par les cultures en attente d'être testées. Les administrateurs des écoles à qui nous avons parlé avaient fait beaucoup d'éloges pour le département de la Santé. "Le département de la Santé a été superbe. Nous

avons échangé avec eux, sans doute environ 3 ou 4 fois le 16 mai 2012, et ils nous ont livré plein de toutes sortes d'informations utiles, " a déclaré le Directeur de l'école Hélène Flats. "Leur directives ont été claire et simple. Nous dépendions réellement d'eux, mais nous n'avons jamais été dans une situation comme celle-ci auparavant, ainsi nous apprécions toute l'aide qu'ils nous ont fourni. "

### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte du Montana avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/montana.shtml>>.

### **Montana (Comté de Lewis and Clark)**

Date: Thu 17 May 2012

Source: Helenair [edited]

<[http://helenair.com/news/local/four-new-whooping-cough-cases-found-in-county/article\\_13cbe2c8-9fe8-11e1-bebf-0019bb2963f4.html](http://helenair.com/news/local/four-new-whooping-cough-cases-found-in-county/article_13cbe2c8-9fe8-11e1-bebf-0019bb2963f4.html)>

Il ya 4 nouveaux cas de coqueluche dans la région de Helena, portant le nombre total de cas depuis la fin de Mars 2012, à 23, ce qui est significativement plus élevé que 2011, année où 11 cas ont été signalés durant toute l'année.

Les responsables du Département de la Santé du comté de Lewis and Clark County disent qu'il est probable que d'autres cas n'ont pas été diagnostiqués et ont publié une annonce demandant aux personnes malades de rester chez elles. La persistance de l'épidémie a incité les responsables de santé du comté également à exhorter tous les habitants, adultes et enfants, de s'assurer d'avoir leurs vaccinations contre la coqueluche à jour.

La coqueluche n'est pas rare, mais il ya eu un pic dans les infections en 2012. Selon le Département de l'État de la santé publique et des Services humains du Montana, il y' a eu jusqu'à présent, en 2011, au Montana, 155 cas confirmés contre 54 à la même époque en 2011. La maladie a été signalée dans 17 comtés.

### **Commentaire ProMED-mail**

Pour une carte du Montana avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/montana.shtml>>.

### **Montana (Comté de Yellowstone)**

Date: Wed 16 May 2012

Source: Laurel Outlook [edited]

<[http://www.laureloutlook.com/news/article\\_91b949f2-9f6e-11e1-ad44-0019bb2963f4.html](http://www.laureloutlook.com/news/article_91b949f2-9f6e-11e1-ad44-0019bb2963f4.html)>

Six cas confirmés de coqueluche, ont été signalés aux autorités sanitaires dans le comté de Yellowstone. Parmi eux il y'a un habitant de Laurel.

La High School de Laurel (LHS) a publié une alerte dans un message aux parents en milieu de matinée le 11 mai 2012, déclarant: "Nous avons reçu la confirmation de la famille d'un élève du secondaire qui ils ont un cas confirmé de coqueluche à la maison. Si vous avez un enfant avec un déficit immunitaire, nous vous encourageons à prendre des mesures préventives dont celle de contacter votre prestataire de soins médicaux. "

### **Commentaire ProMED-mail/ HealthMap alertes**

Pour une carte du Montana avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/montana.shtml>>.

### **Mortalité infantile au Nouveau-Mexique (l'ensemble de l'État)**

Date: Wed 16 May 2012

Source: Associated Press [edited]

<[http://www.necn.com/05/16/12/NM-whoop-cough-cases-up-as-fewer-get-sho/landing\\_health.html?&apID=0b788266a3e6414fa858d16378d59b61](http://www.necn.com/05/16/12/NM-whoop-cough-cases-up-as-fewer-get-sho/landing_health.html?&apID=0b788266a3e6414fa858d16378d59b61)>

Selon les responsables de la Santé publique, le nombre d'enfants, au Nouveau-Mexique, exemptés pour les vaccinations obligatoires a triplé, tout autant que le nombre de cas de coqueluche déclarés dans l'état ces dernières années.

Un rapport récent sur l'état montre que le nombre des exemptions pour les vaccinations obligatoires été multipliée par 3, de 1999 à près de 3400. En même temps, le nombre de cas de coqueluche dans l'État est passé de 85 en 2009 à 274 en 2011, selon les données du département de santé de l'état.

La loi du Nouveau-Mexique permet aux parents d'exempter leurs enfants des vaccinations obligatoires en affirmant une conviction religieuse ou personnelle qui interdit la vaccination. Le taux de ces exonérations était de 5,8 pour 1000 enfants en 2011, alors qu'il était de 2 pour 1000 en 1999.

Selon « Albuquerque Journal » près de 112 cas de coqueluche ont été signalés en 2012 au 5 mai 2012,

les responsables de la santé des États restent incertaines quant au rôle que jouent les exemptions de vaccins dans l'apparition de maladies évitables telles que la coqueluche, a déclaré un épidémiologiste au département de la Santé de l'état. «Lorsqu'on examine les cas de coqueluche, on constate que dans les zones où il ya une augmentation du nombre d'exemptions de vaccins, il existe un risque accru pour les clusters de coqueluche. Le vaccin est la meilleure protection que nous ayons contre la coqueluche, mais il n'est probablement efficace que dans environ 80 à 85 pour cent des cas. "

Un bébé de 2 mois du comté de San Miguel est décédé en mai 2012, ce qui en fait le 1er décès lié à la coqueluche d'un enfant, au Nouveau-Mexique depuis 2005. Les nourrissons de 6 mois et moins sont plus vulnérables à la coqueluche parce qu'ils n'ont pas reçu des doses multiples du vaccin.les responsables de la santé étaient incertains quant à la façon dont le bébé a été exposé à la coqueluche. Le bébé avait a reçu la 1<sup>ère</sup> dose de la série de 4 doses de vaccinations anti coqueluche prévue dans l'enfance.

## Commentaires ProMED-mail/ HealthMap alertes

Pour une carte du Nouveau-Mexique avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/new-mexico.shtml>>.

## L'Iowa (Comté de Cerro Gordo)

Date: Wed 16 May 2012

Source: KIMT [edited]

<<http://www.kimt.com/content/localnews/story/More-Whooping-Cough-Cases-in-North-Iowa/tjYifQxikmVe6VITXI-7Q.csp>>

De plus en plus de cas de coqueluche surviennent dans le nord de l'Iowa. Les responsables de la Santé du comté de Cerro Gordo disent qu'ils ont recensé 9 cas de coqueluche, la semaine dernière. Le Département de Santé de Cerro Gordo exhorte la population à vérifier leurs dossiers médicaux afin de s'assurer ils sont à jour pour les vaccinations contre la coqueluche.

## Commentaire ProMED-mail / HealthMap alertes

Pour une carte de l'Iowa avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/iowa.shtml>>.

## Washington (l'ensemble de l'État)

Date: Mon 14 May 2012

Source: Center for Infectious Disease Research and Policy [edited]

<<http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/other/news/may1412pertussis-br.html>>

L'État de Washington se bat contre sa plus grande épidémie de coqueluche, depuis plus de 3 décennies, et les coupes effectuées dans les budgets locaux des départements de santé sont parmi les facteurs cités comme compliquant la réponse de l'État à l'épidémie.

Plusieurs États ont signalé des épidémies de coqueluche en 2012, mais l'épidémie de Washington semble être la plus importante. Jusqu'à présent en 2012, 1284 cas ont été signalés, soit une augmentation de près de 10 fois par rapport à 2011, selon la mise à jour la plus récente du département de la Santé de l'État de Washington (WSDH). Le 3 avril 2012, le secrétaire d'état à la santé, Mary Selecky, a annoncé que la maladie avait atteint des niveaux épidémiques. Incitée par des inquiétudes concernant les risques pour les bébés qui sont trop jeune pour être vaccinés, la WSDH a exhorté la population de l'État à vérifier leur statut vaccinal et a lancé des annonces à travers la radio publique.

Le 3 mai 2012, le gouverneur de Washington, a mobilisé des fonds d'urgence pour aider à freiner l'épidémie de coqueluche, a exhorté les professionnels des soins de santé à se faire vacciner et à faire vacciner leurs patients, et a annoncé que le CDC a été autorisé par l'État à réaffecter des fonds pour acheter 27 000 doses de vaccin anti coquelucheux pour les

adultes non-assurés et insuffisamment assurés.

le New York Times a rapporté le 12 mai 2012, qu'un nombre croissant de cas, dans le comté de Skagit, a mis sous pression le système local de santé, et que les autorités sanitaires du comté ont demandé aux médecins d'arrêter de demander des analyses, qui augmentent les coûts et retardent le diagnostic et le traitement, et de recourir à la place à une antibiothérapie empirique chez les patients ayant des symptômes de coqueluche.

Le directeur de la santé pour le comté de Skagit, a déclaré au Times que les effectifs du personnel des services de santé publique sont la moitié de ce qu'ils étaient en 2008, en raison de plusieurs années de compressions budgétaires. Les agents de la Santé du comté de Skagit estiment qu'un cas sur 5 est signalé, ce qui pourrait signifier que le nombre de cas de coqueluche est beaucoup plus élevé que les chiffres officiels.

Dans une mise à jour sur l'activité nationale de la coqueluche un message ProMED-mail (le système de déclaration en ligne de la Société internationale de maladies infectieuses) du 13 mai 2012, a publié 10 articles parus dans les médias détaillant des décès infantiles ou des épidémies, depuis la fin d'Avril 2012 dans 8 États différents. Les décès de nourrissons ont été signalés dans le Massachusetts, l'Idaho, et Arizona. En outre, le département de la Santé du Nouveau-Mexique a rapporté, le 7 mai 2012 la mort par coqueluche d'un bébé de 2 mois, la première dans l'état, par cette maladie depuis 2005.

Outre les questions de financement, les départements de la santé œuvrent pour le ralentissement de l'épidémie de coqueluche et ont 2 autres défis principaux: la sous-vaccination et les indications que le vaccin n'offre pas une protection aussi prolongée qu'on ne le pensait auparavant. Par exemple, un rapport de 2011 du CDC sur la couverture vaccinale chez les enfants en maternelle au cours de l'année scolaire 2009-2010 a constaté que le niveau des exemptions de vaccins scolaires varie selon l'État, et que l'État de Washington avait le plus haut niveau national. En conséquence, Les législateurs ont resserré les lois sur l'exemption de vaccin dans l'état de Washington en 2011. La loi, exige maintenant des parents de montrer qu'ils ont consulté un médecin avant de retirer leurs enfants de la vaccination, Rapporte le Times.

Cependant, un épidémiologiste au département de la méningite et maladies évitables par la vaccination au CDC, a déclaré au Times que de nombreuses personnes touchées par l'épidémie dans l'États de Washington et d'autres états ont reçu leurs primo-vaccination infantile, mais des changements intervenus dans la nature du vaccin au début des années 1990, visant à réduire les effets secondaires peuvent avoir eu une incidence sur la durée l'immunité résultant du vaccin.

Des épidémies de coqueluche, en particulier au cours de l'année 2010 un en Californie qui ont touché plus de 9100 personnes et entraîné la mort de 10 bébés, ont déclenché des actions de la part des experts en vaccins du CDC. Plus tôt en 2012, le Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP) a rationalisé ses recommandations sur le vaccin anticoquelucheuse chez les adultes, en recommandant que toute personne de plus de 19 ans reçoive une dose de vaccine anti tétanique, anti diphtérique et anti coquelucheux (Tdac)

si elle n'en a pas déjà reçu. À la fin de 2010, l'ACIP a également ajusté sa recommandation vaccin contre la coqueluche afin de consolider une lacune dans la protection chez les enfants âgés de 7 à 9 qui n'ont pas reçu toutes les vaccinations contre la coqueluche recommandées ou dont le statut vaccinal n'est pas connu.

### **Commentaire ProMED-mail / alertes HealthMap**

Pour une carte de l'État de Washington avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/washington.shtml>>.

### **Le Wisconsin (Comté de La Crosse)**

Date: Fri 18 May 2012

Source: La Crosse (WI) Tribune [edited]

<[http://lacrossetribune.com/news/local/county-reports-spike-in-whooping-cough-cases/article\\_aac24a22-a101-11e1-b8f2-001a4bcf887a.html](http://lacrossetribune.com/news/local/county-reports-spike-in-whooping-cough-cases/article_aac24a22-a101-11e1-b8f2-001a4bcf887a.html)>

Le nombre de cas de coqueluche dans le Wisconsin est à un niveau jamais atteint, depuis 2004. Dans le seul comté de La Crosse, il ya eu 33 cas confirmés, dont 17 cas, la semaine dernière.

«Nous sommes préoccupés, nous observons », a déclaré l'infirmerie du département de la santé publique pour le comté de La Crosse. L'État compte 914 cas confirmés et 542 cas probables jusqu'à présent en 2012, près d'atteindre 1078 cas confirmés en 2012. Le comté de la Crosse a environ 8 cas en moyenne par an.

### **Commentaire ProMED-mail / alertes HealthMap**

Pour une carte du Wisconsin avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/wisconsin.shtml>>.

### **Illinois (comté de Madison)**

Date: Fri 18 May 2012

Source: Highland News-Democrat [edited]

<<http://www.bnd.com/2012/05/18/2180254/another-five-cases-of-whooping.html>>

Bien que le pic de cas de coqueluche observé dans comté de Madison se soit ralenti, les responsables de la santé sont toujours préoccupés par l'augmentation soudaine des cas de coqueluche. Cinq autres cas de coqueluche ont été signalés au département de la Santé du comté de Madison, depuis que les 14 premiers cas sont apparus brusquement à la fin Avril 2012. Cela fait 19 cas dans le comté de Madison rien qu'en Avril et Mai de 2012, alors qu'il y avait seulement 16 dans toute l'année 2011.

"Nous ne sommes pas en train de trouver des liens épidémiologiques entre les cas," le

porte-parole du département de santé. "Ils n'ont pas été tous à une même fête de l'école, un barbecue ou un anniversaire. "

### **Commentaire ProMED-mail / HealthMap alertes**

Pour une carte de l'Illinois avec les comtés, voir <<http://www.digital-topo-maps.com/county-map/illinois.shtml>>.

L'augmentation importante actuelle des cas de coqueluche a probablement des étiologies multiples, dont les exemptions de la vaccination demandées par les parents, de l'insuffisance générale de la couverture vaccinale, et le déclin de la protection vaccinale. Le vaccin anticoquelucheux acellulaire actuellement utilisé, est beaucoup moins réactogène chez les enfants comparativement au vaccin cellulaire entier tué précédemment utilisé, et il peut être administré aux adultes. Toutefois, une étude menée à la fois par le Dr Frits Mooi R des Pays-Bas (ProMED-mail archive N° 20120322.1078115) et le Dr Lyn Gilbert d'Australie (ProMED-mail archive N°20120321.1076103) ont déjà été mis en évidence des changements antigéniques dans les clones en circulation de *Bordetella Pertussis* qui peuvent être la cause du nombre accru de cas de coqueluche à travers le monde. Si c'est le cas, ces modifications peuvent entraîner le besoin d'apporter des modifications dans le vaccin acellulaire de la coqueluche actuellement utilisé, et sans de telles modifications, une sélection ou d'avantage de propagation de clones non couvertes par le vaccin continueront à progresser.

Ce qui suit est une discussion sur la coqueluche du Site web du CDC: <<http://www.cdc.gov/Features/Pertussis/>>):

La coqueluche est une maladie très contagieuse causée par une bactérie appelée *Bordetella pertussis*. Parmi les maladies évitables par vaccination, la coqueluche est l'une des plus couramment observées aux États-Unis.

#### La protection vaccinale contre la coqueluche

Il existe une couverture vaccinale élevée contre la coqueluche parmi les enfants dans tout le pays. Toutefois, la protection conférée par le vaccin pratiqué dans la petite enfance diminue avec le temps.

Préadolescents, adolescents et adultes doivent être revaccinés, même quand ils ont été complètement vaccinés dans leur enfance.

Par ailleurs, les vaccins anticoquelucheux sont très efficaces mais ne sont pas efficaces à 100 %. Lorsque la coqueluche circule dans la communauté, il existe encore un risque que des personnes complètement vaccinées puissent attraper cette maladie très contagieuse. Lorsque vous ou votre enfant développez un rhume qui comprend une toux prolongée ou sévère, cela peut être une coqueluche. Le meilleur moyen de le savoir est de contacter votre médecin.

#### Symptômes de la coqueluche

-----  
La coqueluche peut provoquer une maladie grave chez les nourrissons, les enfants et les adultes.

La maladie commence comme un rhume, un nez qui coule ou une congestion nasale, des éternuements, et parfois une légère toux ou de la fièvre. Mais 1 à 2 semaines après, une toux sévère peut s'installer.

Contrairement au rhume, la coqueluche peut devenir une série de quintes de toux qui se poursuivent pendant des semaines. La coqueluche peut provoquer une toux violente et rapide, tenace et persistante, jusqu'à ce qu'il n'est plus d'air dans les poumons et que le malade soit forcé d'inhaler avec un fort son "caverneux". Chez les nourrissons, la toux peut être minime voire même absente.

Lorsque la source de la coqueluche a été identifiée, les mères étaient responsables de 30 à 40% des infections chez les nourrissons. Les femmes enceintes qui n'ont pas déjà été vaccinées par le Tdca (vaccin anticoquelucheux de rappel), doivent en parler avec leur médecin pour obtenir une dose de Tdca, de préférence au cours du 3ème trimestre ou à la fin du 2ème trimestre, ou immédiatement après l'accouchement, avant de quitter l'hôpital ou la maternité.

#### Complications de la maladie

-----

La coqueluche est plus grave chez les bébés; plus de la moitié des nourrissons de moins d'un an de l'âge qui attrapent la maladie doivent être hospitalisés. Environ 1/5 ème des enfants atteints de coqueluche développent une pneumonie (infection des poumons), et environ 1/100 développeront des convulsions. Dans de rares cas (un sur 100), la coqueluche peut être mortelle, particulièrement chez les nourrissons.

#### Mode de propagation de la coqueluche

-----

Les personnes atteintes de coqueluche propagent généralement la maladie par la toux ou les éternuements pendant les contacts étroits avec les autres, qui vont ensuite inhaler la bactérie de la coqueluche. Beaucoup de nourrissons qui attrapent la coqueluche sont infectés par leurs parents, frères et sœurs aînés, ou autres soignants qui pourraient même ne pas savoir qu'ils ont la maladie.

#### Tendances de la coqueluche

-----

les cas de coqueluche déclarés varient d'année en année et ont tendance à culminer tous les 3-5 ans. En 2010, 27 550 cas de coqueluche ont été signalés aux États-Unis, tandis que de nombreux autres cas ne sont pas signalés. 27 décès ont été signalés, 25 de ces décès étaient des enfants âgés de moins de un an. Depuis les années 1980, il ya eu une augmentation du nombre de cas de coqueluche, en particulier chez les adolescents (10-19 ans d'âge) et les bébés de moins de 6 mois d'âge. En 2010, une augmentation de cas déclarés parmi les 7-10 ans a été observée. Cette nouvelle tendance souligne la nécessité de recommander une dose systématique de rappel du Tdca à l'âge de 11 ou 12 ans.



## Prévention de la coqueluche

-----

La meilleure façon de prévenir la coqueluche est de se faire vacciner. Les parents peuvent aussi contribuer à protéger les nourrissons en les éloignant autant que possible des personnes qui ont des symptômes de rhume ainsi que de ceux qui toussent.

## Recommandations concernant la vaccination

-----

Pour les nourrissons et les enfants: Aux États-Unis, le vaccin anti coquelucheux recommandé pour les enfants est appelé DCaT. C'est un vaccin combiné sûr et efficace qui protège les enfants contre 3 maladies: la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Pour une protection maximale contre la coqueluche, les enfants ont besoin 5 prises de DCaT. Les 3 premières prises sont données à 2, 4, et 6 mois d'âge. La 4ème est donnée entre 15 et 18 mois d'âge, et une 5ème prise est donnée quand l'enfant entre à l'école, entre 4 et 6 ans. Si un enfant un enfant âgé de 7 à 10 ans n'a pas mis à jour ses vaccinations avec le DCaT, une dose de dTca doit être administrée avant le check up de l'âge de 11 à 12 ans.

Pour les préadolescents et les adolescents: la protection accordée par les vaccins contre la coqueluche, le tétanos et la diphtérie peut diminuer avec le temps. Les préadolescents qui consultent chez le médecin pour leurs rendez-vous régulier à l'âge de 11 ou 12 ans devraient recevoir une dose de rappel par le vaccin, appelé dcaT. Les adolescents et les jeunes adultes qui n'ont pas eu un rappel de dcaT en tant que préadolescent doivent recevoir une dose quand ils consultent leur fournisseur de soins de santé.

Pour les femmes enceintes: Les femmes enceintes qui n'ont pas été préalablement vaccinées avec dcaT devraient recevoir une dose de dcaT au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre ou la fin du 2<sup>ème</sup> trimestre, ou immédiatement après l'accouchement, avant de quitter l'hôpital ou le centre de maternité. En recevant le dcaT au cours de la grossesse, les anticorps anticoquelucheux maternels sont transférés au nouveau-né, lui conférant probablement une protection contre la coqueluche dans la première période de sa vie, avant que le bébé commence ne reçoive les vaccins DCaT. Le Tdac permettra également de protéger la mère au moment de la délivrance, en la rendant moins capable de transmettre la coqueluche à son enfant.

Pour les adultes: Les adultes qui n'ont pas reçu à la préadolescence ou à l'adolescence le dcaT devraient recevoir une dose de Tdca. Se faire vacciner avec le Tdca, 2 semaines au moins avant d'entrer en contact étroit avec un bébé est particulièrement important pour les familles et les aidants qui ont des nouveau-nés ou des nourrissons. Les adultes de 65 ans et plus qui ont des contacts étroits avec des nourrissons devraient également recevoir une dose de Tdca, si elles n'en ont jamais reçu auparavant.

Le plus facile à faire pour les adultes est de recevoir un Tdca à la place de leur prochain rappel régulier contre le tétanos étant donné que le vaccin Td est recommandé chez les adultes tous les 10 ans. La dose de Tdca peut être donnée avant le délai de 10 ans, il est donc bon que les adultes discutent avec leur fournisseur de soins de santé de ce qui est le mieux adapté à leur situation spécifique.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/1hiS>>.

## ***COQUELUCHE - CANADA (04): (NEW BRUNSWICK)***

Date: Wed 23 May 2012

From: Noortje Kunnen <[Noortje.Kunnen@gnb.ca](mailto:Noortje.Kunnen@gnb.ca)>

New Brunswick Department of Health [edited]

Depuis Janvier 2012, le Nouveau-Brunswick (NB) a connu une épidémie de coqueluche. En date du 22 mai 2012, 548 cas confirmés ont été signalé à l'administration de la Santé publique, qui représente une augmentation significative par rapport aux dernières années non épidémiques (Au New-Brunswick la dernière épidémie provinciale a été signalée en 2004 avec 300 cas).

L'épidémie est largement concentrée dans les zones urbaines et dans les zones environnantes de Moncton et Saint John, qui sont situées respectivement dans la région sanitaire 1 et la région sanitaire 2 du New-Brunswick. Environ 53% des cas sont des résidents de la région sanitaire 1 et 18% des cas sont des résidents de la région sanitaire 2. Une carte décrivant les 7 régions sanitaires de la province peut être trouvée à l'adresse: <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-583-x/2010001/article/11222-eng.pdf>>.

Cependant, des cas continuent d'être signalés dans d'autres zones de la province.

La plus forte proportion de cas sont des enfants âgés de 10-14 ans (47% des cas), suivie par les personnes âgées de 20 ans et plus (19% des cas), les enfants âgés de 5-9 ans (16 % des cas), les adolescents âgés de 15-19 ans (8 % des cas); les enfants âgés de 1-4 ans (6 % des cas) et les nourrissons de moins de 1 an d'âge (3% des cas). Le taux d'incidence de la maladie le plus élevé est dans le groupe d'âge 10-14 ans (637 pour 100 000), suivie par les 5-9 ans (242 pour 100 000), les moins d'un an (227 pour 100 000); les 1-4 ans (114 pour 100 000); les 15-19 (93 pour 100 000), et les 20 ans et + (18 pour 100 000).

Au New-Brunswick les vaccins comprenant l'anticoquelucheux sont administrés en primo vaccination à 2, 4, et 6 mois d'âge; un rappel à l'âge de 18 mois et un autre entre 4 et 6 ans. 2 doses de vaccin sont recommandées pour les adolescents et les adultes. La plupart des cas qui surviennent dans le groupe d'âge 10-14 ans (68%) et le groupe d'âge 4-9 ans (59 %) ont été vaccinés par 5 de doses de vaccin contenant l'anticoquelucheux : la primo vaccination et la dose de rappel à 4-6 ans.

Le Bureau du médecin en chef de la Santé du New-Brunswick, en collaboration avec les autorités régionales de la santé a mis en œuvre des mesures pour améliorer la couverture vaccinale des personnes qui n'ont pas été vaccinées au cours des 5 dernières années et qui sont en contact étroit avec des nourrissons de moins d'une année d'âge et les femmes enceintes. L'immunisation des femmes enceintes ou la vaccination en post-partum des mères sont recommandées. Un Tdcp dans le programme de vaccination en milieu scolaire pour les élèves des niveaux 6, 7 et 8 dans la plupart les zones touchées va démarrer immédiatement pour prévenir la hausse continue de la coqueluche chez

les enfants d'âge scolaire et de continuer à interrompre sa transmission aux nourrissons. Les élèves dans les zones moins touchées seront vaccinés au cours de l'année scolaire 2012-2013.

Plus d'informations sur l'épidémie de coqueluche, des recommandations aux médecins et au grand public sont disponibles sur le site Web du bureau du médecin en chef de la Santé: [http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/cdc/content/whooping\\_cough.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/cdc/content/whooping_cough.html)

Communiqué par:  
Noortje Kunnen  
Conseiller principal de programme  
Prévention des maladies transmissibles  
Bureau du médecin hygiéniste en chef de la Santé  
Ministère de la Santé  
Gouvernement du New-Brunswick, Canada  
<Noortje.Kunnen@gnb.ca>

Pro-MED remercie sincèrement Noortje Kunnen du Ministère de la Santé du New-Brunswick pour ce 1er rapport préliminaire sur la coqueluche au New Brunswick. Comme on le voit dans les statistiques, les sujets de 20 ans ou plus avaient le taux le plus bas de la maladie. Il serait intéressant de diviser encore davantage ce groupe afin d'évaluer s'il existe une preuve que les sujets vaccinés avec l'ancien vaccin, le vaccin à germes entiers tués, ont ou non un taux inférieur à celui observés chez les vaccinés avec le vaccin acellulaire anatoxinique.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/1GBH>>.

## MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

### ***INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE: SITUATION DANS LA CEINTURE AFRICAINE DE LA MÉNINGITE***

Date : 24/05/2012

Source : [http://www.who.int/csr/don/2012\\_05\\_24/fr/index.html](http://www.who.int/csr/don/2012_05_24/fr/index.html)

24 MAI 2012 - Du 1er janvier au 17 avril 2012 (semaine épidémiologique n°17), des flambées d'infections à méningocoque ont été notifiées dans 42 districts de 10 des 14 pays de

la ceinture africaine de la méningite<sup>3</sup>. Ces flambées ont été détectées dans le cadre de la surveillance renforcée.

Les 10 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Mali, Nigéria, République centrafricaine, Soudan et Tchad) ont notifié au total 11 647 cas de méningite, dont 960 mortels, ce qui donne un taux de létalité de 8,2%. Les flambées ont été principalement dues au sérotype W135 de *Neisseria meningitidis*.

En réponse à ces flambées, les ministères de la santé ont mis en œuvre une série de mesures de prévention et de lutte, avec le renforcement de la surveillance, la prise en charge des cas, la sensibilisation des populations, le renforcement des collaborations transfrontalières et la fourniture de vaccins par l'intermédiaire du Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique (ICG).

Celui-ci a débloqué sur demande au total 11 000 flacons d'antibiotique (Ceftriaxone) et 1 665 673 doses de vaccin pour les six pays (voir tableau ci-dessous<sup>2</sup>) les plus touchés par l'épidémie. Les vaccins débloqués ont été 919 023 doses de vaccin polysidique ACW/ACYW, 746 650 doses de vaccin conjugué contre la méningite A et 81 418 doses de vaccin polysidique bivalent A/C.

Le Groupe travaille avec des fabricants et des partenaires pour maintenir des stocks suffisants de vaccins adaptés, afin de riposter efficacement contre les épidémies à l'avenir. Les partenaires de l'ICG sont l'OMS, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Fonds des Nations Unies (FICR) pour l'enfance (UNICEF) et Médecins sans Frontières (MSF).

Le stock d'urgence a été créé avec l'aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Les campagnes de vaccination se sont déroulées avec l'appui de MSF, de l'UNICEF, de la FICR, de l'Office d'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) et des Nations Unies, par l'intermédiaire de son Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF).

L'OMS continue de suivre attentivement la situation épidémiologique, en collaboration avec ses partenaires et les ministères de la santé dans les pays touchés.

## ***MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE FATALE, ACQUISE EN LABORATOIRE - USA: (CALIFORNIE)***

Date: Thu 3 May 2012

Source: guardian.co.uk [édité] <<http://www.guardian.co.uk/world/2012/may/04/lab-worker-killed-bacteria-vaccine>>

---

<sup>3</sup>Les 14 pays de la ceinture africaine de la méningite ayant une surveillance renforcée des infections à méningocoque sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan, Tchad et Togo.

Un jeune chercheur collaborateur tué par une souche très virulente de méningocoque est suspecté d'avoir contracté la bactérie dans le laboratoire de San Francisco, où il travaille sur un vaccin contre cette bactérie, ont déclaré des responsables de santé publique jeudi.

Des experts du CDC cherchent à confirmer ce qu'ils suspectent déjà: que le chercheur, 25 ans, est décédé samedi dans des circonstances inhabituelles d'un scientifique mortellement infecté par un agent pathogène provenant de son propre laboratoire. Tom Skinner, un porte-parole des CDC d'Atlanta, a déclaré qu'on procédera à l'analyse de prélèvements biopsiques du chercheur et d'échantillon de l'agent pathogène du laboratoire, et qu'il a travaillé pour obtenir les empreintes digitales des 2 agents. "Si les empreintes digitales correspondent, on saura qu'il est très probable que le chercheur a acquis l'infection en travaillant dans le laboratoire," a-t-il dit. "Qu'un laborantin tombe malade et meure en contractant le microorganisme qu'il manipule en laboratoire est extrêmement rare », a-t-il ajouté.

Pendant ce temps, des dizaines de personnes, y compris les parents, des amis proches, le personnel médical qui a traité le chercheur et certains de ses collègues au département de recherche du centre médical des anciens combattants de San Francisco ont reçu des antibiotiques à titre de précaution.

Harry Lampiris, responsable des maladies infectieuses au VA de San Francisco, a déclaré qu'il est probable que le chercheur soit décédé à la suite d'une contamination professionnelle par *Neisseria Meningitidis*, une souche bactérienne qui provoque une méningococcémie, laquelle peut conduire à une méningite et une septicémie. "C'est de notre responsabilité de défendre nos collaborateurs de laboratoire, jusqu'à preuve du contraire," a-t-il dit.

Depuis les années 1960, des vaccins ont été disponibles seulement pour certaines souches de méningocoques. Mais les chercheurs du laboratoire de San Francisco ont passé plus de 20 ans à tenter en vain de développer un vaccin contre le sérotype B, la souche qui a tué le jeune chercheur. "Il a eu le sort de Saint Graal<sup>4</sup> pour développer le vaccin contre le sérotype B", a dit Lampiris.

Le chercheur est mort d'une défaillance multi viscérale causée par l'infection méningococcique et le choc septique, a déclaré Eileen Shields, un porte-parole du département de Santé publique de San Francisco. Il est décédé moins d'une journée après être tombé malade. La maladie peut apparaître rapidement avec des symptômes dont une forte fièvre, des maux de tête, une raideur de la nuque, des vomissements, une éruption cutanée, confusion mentale et de la fatigue.

Lampiris a déclaré que ses collègues décrivent le chercheur, qui a commencé à travailler dans le laboratoire en Octobre, comme «un sujet très talentueux, qui travaille dur et accomplit un travail fastidieux. C'était une personne très brillante, qui était probablement au tout début d'une longue carrière de chercheur," a-t-il dit.

La méningite, une inflammation des membranes protectrices qui revêtent le cerveau et la moelle épinière, frappe souvent les nourrissons et les lycéens du niveau secondaire qui vivent dans des internats, a dit Lampiris. Il a dit que le jeune chercheur n'avait pas eu de contacts avec des sujets de ces deux groupes.

Environ 1000 Américains attrapent, chaque année, une maladie à méningocoque, et on estime que

---

<sup>4</sup> La recherche d'un objet sacré comme but dans la vie, et même au risque de sa vie

10 à 15% en meurent, a déclaré M. Skinner. Ce dernier n'a pas pu préciser, la proportion parmi eux, des cas dus à un méningocoque du sérotype B.

La Division de Sécurité et Santé au travail de Californie est en train d'enquêter sur les circonstances de la mort du chercheur, en même temps que son homologue fédéral et le CDC, le Département de la santé publique de la ville et les affaires de vétérans (VA) de San Francisco.

Commentaire par:  
Robert Spencer  
<Robert.Spencer@UH Bristol.nhs.uk>

Ce qui suit a été extrait d'un rapport de « Journal Watch » sur les microbiologistes à risque pour les maladies à méningocoques (<<http://infectious-diseases.jwatch.org/cgi/content/full/2002/322/1>>):

"\_Neisseria Meningitidis\_ cause des méningites bactériennes et des septicémies. Le diagnostic est habituellement fait par la culture des microorganismes sur milieu microbiologique standard. La maladie est acquise, le plus souvent, par inhalation, et le personnel de microbiologie peut être exposé lors du traitement des isolats de laboratoire. Après la mort de 2 microbiologistes en 2000 suite à une maladie méningococcémique contractée après une exposition professionnelle, le CDC a affiché sur Internet un appel au signalement de cas similaires de maladies méningococciques d'origine professionnelle

[Voir Laboratory-acquired meningococcal disease -United States, 2000. CDC MMWR 2002 Feb 22; 51(7): 141-4; available at <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5107a1.htm>> & Sejvar JJ, et al: Assessing the risk of laboratory-acquired meningococcal disease. J Clin Microbiol 2005; 43(9): 4811-4; available at <<http://jcm.asm.org/cgi/reprint/43/9/4811.pdf>>].

"Un total de 16 cas ont été signalés, dont 8 aux États-Unis 9 (56%) ont été causés par \_N. meningitidis\_ du sérotype B et 7 (44%) par le sérotype C. 8 patients (50 %) sont décédés. Les patients ont été exposés pendant la lecture des plaques (50%), en pratiquant des ensemencements de subcultures (50%), et en réalisant une identification du sérotype (38%). Tous les patients travaillaient dans les laboratoires de microbiologie. Le risque d'infection chez les microbiologistes est estimé être 7 fois plus élevé que celui dans la population générale (intervalle de confiance 95 pour cent, 1-19).

"Commentaire: Bien que la maladie méningococcique soit rare, les microbiologistes manipulant \_N. meningitidis\_ devraient prendre des précautions particulières, parce que leur le risque d'infection est élevé, et le taux de létalité est élevé. Un excès de risque est probablement associé à l'exposition aux cultures plutôt qu'aux prélèvements des patients. Des précautions doivent comprendre l'utilisation d'une hotte de biosécurité lors de la manipulation des isolats et le port de protections anti éclaboussures et des masques. Quand un laboratoire ne dispose pas de ces protections, les isolats doivent être adressés à d'autres laboratoires pour le sérotypage. La vaccination du personnel peut également, être envisagée, mais les vaccins anti méningococciques actuels ne protègent pas contre la maladie occasionnée par le \_N. meningitidis\_ de type B et n'éliminera donc pas le risque d'infection.

- C Robert Horsburgh Jr, MD "

Il existe cinq sérotypes fréquents de méningocoques : A, B, C, W135 et Y, et un sixième type (X) a récemment vu le jour en Afrique. Les vaccins protéiniques conjugués ou polysaccharides capsulaires immunisent contre la maladie causée par les sérotypes A, C, W-135, et Y. Le

sérogroupe B reste une cause majeure de maladie invasive grave chez les nourrissons et les adolescents partout dans le monde, mais, parce que le polysaccharide de sérogroupe B ressemble à une molécule humaine d'adhésion des cellules neuronales, le polysaccharide capsulaire du sérogroupe B est peu immunogène. Le vaccin MeNZB" précédemment utilisé en Nouvelle-Zélande a été développé pour protéger contre une souche particulière du méningocoque B existant en Nouvelle-Zélande. Toutefois, le Vaccin MeNZB" protège seulement contre cette souche B spécifique, et ne protège pas contre les méningocoques A, C, Y ou W135 ainsi que de nombreuses autres souches B.

Un nouveau vaccin (4CMenB) basé sur 4 composantes protéiniques du méningocoque du sérogroupe B comprend la souche épidémique de la Nouvelle-Zélande. La membrane vésiculaire externe plus trois antigènes semi-conservés de protéines surface : facteur H de la protéine de liaison variante 1 (fHbp1), antigène Neisserial de liaison à l'héparine (NHBA), et l'adhésine Neisseriale A (NadA) est à l'étude (Gossger N, Snape MD, Yu L-M, et al. Immunogenicity and tolerability of recombinant serogroup B meningococcal vaccine administered with or without routine infant vaccinations according to different immunization schedules: a randomized controlled trial. JAMA 2012;307(6):573-582; and Santolaya ME, O'Ryan ML, Valenzuela MT, et al. Immunogenicity and tolerability of a multicomponent meningococcal serogroup B (4CMenB) vaccine in healthy adolescents in Chile: a phase 2b/3 randomised, observer-blind, placebo-controlled study. Lancet 2012;379(9816): 617-624) Il est à espérer que ce sera un vaccin B à large spectre (Cohn AC, Messonnier ME. Inching Toward a Serogroup B Meningococcal Vaccine for Infants. JAMA 2012;307(6):614-615; and, Stephens DS. Comment. Prevention of serogroup B meningococcal disease. Lancet 2012;379(9816):592-594).

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à : <<http://healthmap.org/r/1hcv>>.

## ***DES CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE - MAURITANIE (02): (EST)***

Date: mar. 8 mai 2012

Source: Afriquejet.com [édité]

<<http://www.afriquejet.com/sante-des-cas-de-meningite-cerebro-spinale-en-mauritanie-2012050838096.html>>

Des cas de méningite cérébro-spinale signalés à l'Est de la Mauritanie. Plusieurs cas de méningite cérébro-spinale ont été signalés dans les régions orientales de la Mauritanie (Assaba et Hodh occidental) et trois décès enregistrés, selon l'Agence mauritanienne d'information (AMI), citant mardi les services sanitaires des régions concernées.

Selon AMI, depuis le mois de mars dernier, 18 cas ont été recensés dans les départements de Kiffa et kankossa, à 600 kilomètres au sud-est de Nouakchott, et des cas dans la ville de Tintane, à plus de 700 kilomètres de Nouakchott.

Les services sanitaires informent avoir pris toutes les mesures nécessaires pour maîtriser la maladie.

### **Commentaire ProMED-FRA**

[La vigilance doit être de rigueur. Les pays voisins doivent prendre des dispositions pour prévenir la

survenue d'une épidémie. Les autorités doivent tenir des réunions de sensibilisation et d'information pour éviter l'effet de panique au sein des populations.

Une carte topographique de l'Afrique est disponible à:

<<http://www.e-voyageur.com/atlas/afrique.htm>>.

Une carte cliquable de l'Afrique est disponible à:

<<http://www.tlfq.ulaval.ca/axl/afrique/AFRIQUE-MAP-clic.htm>>.

La carte de la ceinture africaine de la méningite est disponible à:

<[http://www.meningvax.org/images/map-meningitis-belt-french\\_000.gif](http://www.meningvax.org/images/map-meningitis-belt-french_000.gif)>.

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail de la Mauritanie est disponible à: <<http://healthmap.org/r/0hQ0>>.

## ROUGEOLE

### ***UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE TUE 25 ENFANTS DANS LE CAMP DE GEREIDA AU DARFOUR DANS LE SUD - SOUDAN***

Date: ven. 4 mai 2012

Source: Radio Dabanga [en anglais, traduit Mod.BM, édité]

<<http://www.radiodabanga.org/node/29939>>

Au moins 25 enfants sont morts de la rougeole au cours d'une récente épidémie dans le camp de Gereida au Sud-Darfour. Un responsable de camp a déclaré qu'un taux élevé de l'infection se propageait chez les enfants. Elle a lancé un appel aux organisations humanitaires, responsables de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé pour qu'ils interviennent immédiatement afin d'arrêter la propagation de la maladie et qu'elle ne fasse plus de victimes.

#### **Commentaire ProMED-FRA**

La rougeole est une maladie virale qui peut s'éviter par la vaccination. Des mesures urgentes doivent être prises pour assurer une large vaccination dans ce camp de Darfour. Les cas doivent aussi bénéficier d'une prise en charge précoce et adéquate pour prévenir les complications et les décès.

Une carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Soudan est disponible à <<http://healthmap.org/r/0112>>.



## ***ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE CHEZ LES IMMIGRANTS: ÉTRANGERS DEMANDEURS D'EMPLOI EN ISRAËL***

Date: 9 May 2012

Source: Arutz Sheva [edited]

<[http://www.israelnationalnews.com/News/Flash.aspx/239403#.T6\\_dSe2aCQg](http://www.israelnationalnews.com/News/Flash.aspx/239403#.T6_dSe2aCQg)>

Le ministère de la Santé a rapporté le 9 mai 2012, que plusieurs cas de rougeole ont été signalés parmi les étrangers demandeurs d'emploi et leurs enfants depuis Janvier 2012. Sept ressortissants étrangers vivant à Tel-Aviv ont été diagnostiqués atteints de rougeole au cours de la dernière semaine, 6 d'entre eux étaient des bébés qui ont nécessité des soins hospitaliers. Le ministère a lancé une campagne visant à vacciner les jeunes enfants des demandeurs d'emploi étrangers ainsi que de leurs parents. Les bébés de 6 mois et moins seront vaccinés dans l'espoir de prévenir la propagation de la maladie.

### **Commentaires ProMED-mail/ HealthMap alertes**

La carte interactive HealthMap d'Israël indiquant l'emplacement de Tel-Aviv peut être consultée à:

<<http://healthmap.org/r/2mIH>>.

## ***ROUGEOLE AU VENEZUELA (EX LIBAN)***

Date: Mon 7 May 2012

Source: AVN (Agencia Venezolana de Noticias) [In Spanish, trans. & edited - Mod.CP]

<<http://www.avn.info.ve/node/111273>>

Le ministre vénézuélien de la Santé, Eugenia Sader, a nié l'existence d'épidémie de rougeole au Venezuela. Elle a déclaré qu'il n'existe actuellement aucune épidémie de rougeole dans le pays, malgré les rumeurs affirmant le contraire [Voir archive ProMed N° 20120506.1124592]. Elle a également expliqué qu'une personne qui a voyagé au Liban avec sa famille a développé une fièvre pendant le vol de retour, mais n'a pas d'autres symptômes. Le ministre a déclaré que: "Ce passager avait déjà été en contact avec une personne qui a eu la rougeole." Le ministre a fait observer que la Pan American Health Organisation avait déclaré le Venezuela indemne de rougeole et de rubéole depuis 2007, grâce au programme de vaccination gratuite de l'ensemble de la population, qui contrastait avec la situation existant alors dans certains pays européens.

Eugenia Sader a déclaré que le passager fébrile avait été traité dans une clinique privée où on lui a administré des antibiotiques et ses prélèvements cliniques ont été envoyés à l'Institut national d'hygiène pour les tests diagnostiques. "Un diagnostic positif de rougeole a été confirmé le 30 avril 2012 et le 01 mai 2012, les 160 personnes qui avaient voyagé sur le même vol ont été contactés par l'équipe de surveillance épidémiologique. Le ministre a réitéré qu'il n'y avait aucun risque pour la population générale, car il s'agit d'un cas importé, et non pas d'un cas autochtone de rougeole. Elle a rappelé que 18 millions de personnes avaient été vaccinés, l'an dernier au Venezuela.

## Commentaire ProMED-mail/ HealthMap alertes

ProMED-mail se félicite de cet éclaircissement qui clarifie des rapports précédents confus. Il semblerait, cependant, que le voyageur vénézuélien qui a contracté la rougeole au Liban était une personne qui n'est pas couverte par le programme national de vaccination.

# TUBERCULOSE

## ***TUBERCULOSE BOVINE, HUMAINE - ROYAUME-UNI (ANGLETERRE) EX ALPACA***

Date: Wed 9 May 2012

From: Finn Twomey <[Finn.Twomey@ahvla.gsi.gov.uk](mailto:Finn.Twomey@ahvla.gsi.gov.uk)> [edited]

[Re: ProMED-mail N° 20120430.1118567]

-----  
Suite au cas récent de tuberculose bovine dans un troupeau d'alpaga au Royaume-Uni, nous avons approché le Dr DF Twomey, du laboratoire Agency-Exeter de santé animale et vétérinaire, Devon, Royaume-Uni, pour lui demander son opinion concernant cette affaire ainsi que sur quelques notions d'arrière-plan. Les réponses suivantes, qui nous ont été gentiment fournies par lui, sont très appréciées, nous tenons à lui exprimer notre gratitude et nos remerciements.

J'ai été impliqué dans plusieurs enquêtes sur la tuberculose chez les camélidés mais je n'ai aucune implication directe dans le cas récemment signalé de tuberculose chez une personne ayant eu un contact avec un alpaga infecté. Le lien suivant fournit de plus amples détails, sans doute au sujet de ce même cas: <<http://www.alpacatb.com/news.html>>.

Cette personne était à un risque anormalement élevé d'exposition à *Mycobacterium Bovis* du fait de son contact professionnel avec les alpagas infectés. Tous les animaux infectés par *M. bovis* constituent une source potentielle d'une contamination humaine par cette bactérie et des alpagas tuberculeux ne font pas exception. Des cas « initiaux » d'infections tuberculeuses zoonotiques, bien que très rares dans les pays développés, peuvent se produire occasionnellement. Ce cas particulier ne change rien au fait qu'il ya un risque très faible d'infection tuberculeuse zoonotique au Royaume-Uni.

Même si *M. bovis* a été diagnostiqué pour la première fois chez des camélidés en GB en 1999, ce cas n'est que le 2ème cas documenté d'une infection humaine associée au contact avec des lamas ou des alpagas tuberculeux depuis. Le premier incident a également été attribué à une exposition professionnelle d'une personne à un alpaga infecté en GB et a eu lieu en 2004-05, chez un chirurgien vétérinaire qui a opéré pour traitement et prélèvement un alpaga qui est mort de tuberculose par la suite, et qui contracté une forme cutanée d'infection à *M. bovis*. Le cas a été publié ensuite : Twomey DF, Higgins RJ, Worth DR, et al: Cutaneous TB caused by *Mycobacterium bovis* in a veterinary surgeon following exposure to a tuberculous alpaca (*Vicugna pacos*). Vet Rec 2010. 166(6): 175-7 [abstract available at <<http://veterinaryrecord.bmj.com/content/166/6/175.extract>>].

-  
DF Twomey  
Veterinary Laboratories Agency  
Staplake Mount, Starcross, Exeter, Devon  
UK <[Finn.Twomey@ahvla.gsi.gov.uk](mailto:Finn.Twomey@ahvla.gsi.gov.uk)>

Selon une étude de 2006 (voir la référence ci-dessous), au cours de la période 1990-2003, entre 17 et 50 nouveaux cas d'infection humaine à *M. bovis* ont été confirmés chaque année au Royaume-Uni. Cela représente entre 0,5 et 1,5 % de tous les cas de tuberculose confirmés par culture, cette proportion est similaire à celle observée dans les autres pays industrialisés. La plupart des cas de TB zoonotique diagnostiqués au Royaume-Uni étaient, à ce moment-là, attribués à (i) la réactivation d'infections latentes acquises de longue date avant l'adoption généralisée de la pasteurisation du lait, ou (ii) infections *M. bovis* contractées à l'étranger. Tout au long de la période citée de 14 ans, un seul cas d'infection humaine autochtone confirmée, de *M. bovis* acquise récemment, auprès d'une source animale, a été documenté au Royaume-Uni.

Compte tenu de l'augmentation de l'incidence de la tuberculose bovine chez les bovins et les autres animaux, le nombre de cas humains est appelé à augmenter.

L'auteur a conclu: "Un risque important d'infection à *M. bovis* persiste chez certaines catégories de la population du Royaume-Uni sous la forme de (i) la poursuite d'une consommation en ferme de lait de vache non pasteurisé, (ii) les ventes au détail par des établissements agréés de lait non pasteurisé et de produits laitiers, et (iii) l'exposition professionnelle à des aérosols infectieux provenant d'animaux tuberculeux et de leurs cadavres. "

«Les médecins et autres professionnels de la santé publique doit être conscients que la TB zoonotique n'est pas seulement une maladie historique. "

## Référence

De la Rua-Domenech R: Human *Mycobacterium bovis* infection in the United Kingdom: Incidence, risks, control measures and review of the zoonotic aspects of bovine tuberculosis. Tuberculosis (Edinb). 2006; 86(2): 77-10; abstract available at<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16257579>>.

## ***LA TUBERCULOSE DE RETOUR ?***

Vendredi 25 Mai 2012 –  
[http://www.zinfos974.com/La-tuberculose-de-retour\\_a42079.html](http://www.zinfos974.com/La-tuberculose-de-retour_a42079.html)

**Neuf cas de tuberculose ont été détectés. Huit dans le Val de Marne (Île de France) et un cas dans les Pyrénées Orientales. Cette poussée pose la question d'un retour de la maladie. Selon l'ARS, les cas de tuberculose sont pourtant en baisse depuis une dizaine d'années.**

Après l'hospitalisation d'un élève du lycée Eugène-Delacroix de Maisons-Alfort pour une tuberculose, sept autres cas ont été diagnostiqués dans son entourage, dont cinq dans son lycée, selon un communiqué de l'ARS Île-de-France.

Un camarade de classe et un professeur du jeune malade étaient atteints, ainsi qu'un adolescent qui faisait du sport avec lui et deux élèves d'autres classes. Le premier patient avait aussi contaminé un membre de sa famille et un employé de l'hôpital où il était soigné. Des dépistages vont être organisés dans ces deux foyers.

La tuberculose est "*potentiellement grave*" mais, détectée à temps, elle peut être "*maîtrisée rapidement avec des antibiotiques*", a souligné à l'Associated Press Eric Véchard, délégué territorial de l'ARS dans le Val-de-Marne.

### **Baisse du nombre de cas annuels**

il y a quelques mois. A Clichy-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis, une vingtaine de personnes habitant un quartier très défavorisé avaient été diagnostiquées comme tuberculeux. Face à la multiplication des cas de tuberculose, peut-on parler d'un retour de la maladie en France ?

Pas vraiment, selon Laurent Chambaud, directeur de la santé publique à l'Agence régionale de santé, interrogé dans les colonnes de Libération. "*Certes, le taux d'incidence de la tuberculose est deux fois plus élevé en Île-de-France que dans le reste du pays*", explique-t-il (16,3 cas pour 100 000 habitants, contre 8,1 pour 100 000 en France). Mais depuis l'an 2000, "*il y a une baisse du nombre de cas annuels, d'environ 3 000 à l'époque à un peu plus de 1 900 aujourd'hui*".

Pour Laurent Chabaud "*la tuberculose est un marqueur de précarité sociale. Or, il y a en Île-de-France une proportion plus importante de personnes en situation de grande vulnérabilité : des sans-domicile, des migrants, des victimes d'habitat insalubre*".

Gabriel Kenedi

# FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO

## MALADIE DE LYME

### ***ACCROISSEMENT DE L'INCIDENCE DE LA MALADIE DE LYME AUX USA (NEW YORK)***

Date: Sat 5 May 2012

Source: [edited]

<<http://www.examiner.com/article/lyme-disease-cases-increasing-new-york>>

Avec la concentration de l'intérêt national sur la hausse spectaculaire du nombre de cas de maladie de Lyme en Pennsylvanie et du New Jersey [voir ProMed-mail N° d'archive 20120423.1111304], peu d'attention a été accordé à la situation dans l'état de New York. Pourtant, les dernières données des Centers for Disease Control révèlent que l'état de New York se range au troisième rang national du point de vue du nombre de cas signalés. 357 cas de maladie de Lyme ont été diagnostiqués à New York selon le recueil de données fourni dans le rapport du 28 Avril 2012, <[http://wonder.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_reps.asp?mmwr\\_table=2F&mmwr\\_year=2012&mmwr\\_week=17](http://wonder.cdc.gov/mmwr/mmwr_reps.asp?mmwr_table=2F&mmwr_year=2012&mmwr_week=17)>.

La CDC affirme dans une note de pied de page que le compte de cas déclarés pour l'année 2011 et 2012 est provisoire et sujet à changement.]

New York a rapporté 8,2 % de l'ensemble des cas de maladie de Lyme signalés dans la période du premier Janvier au 28 Avril 2012. 357 cas de la maladie ont été diagnostiqués cette année, soit une augmentation par rapport aux 339 cas déclarés durant la même période en 2011. Seuls quatre cas ont été détectés à New York Ville, tandis qu'il y'en avait eu 143 cas l'année dernière [<[http://wonder.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_reps.asp?mmwr\\_table=2F&mmwr\\_year=2012&mmwr\\_week=17](http://wonder.cdc.gov/mmwr/mmwr_reps.asp?mmwr_table=2F&mmwr_year=2012&mmwr_week=17)>].

Le New York Times, avait rapporté dans un article de Mars 2012, un grand accroissement de la population de tiques, à travers tout le pays [<<http://www.nytimes.com/2012/03/19/us/a-mild-winter-means-a-longer-tick-season.html>>.

Une citation dans cet article disait qu'en fait, «Bien que les entomologistes disent que le climat doux qui a sévit cet hiver dans une grande partie du pays, ne puisse probablement pas provoquer une telle explosion de la population de tiques, au printemps et en été, ils suggèrent que tout comme les humains et les chiens, ces bestioles nuisibles, devront apprécier se trouver, cette année, dans le milieu extérieur, un ou deux mois plus tôt que d'habitude. "]. Les tiques, principalement la tique du chevreuil, véhiculent la maladie de Lyme et peuvent infecter à la fois les animaux et les humains. Le bas de l'état de New York, la basse Hudson Valley, New York city et Long Island ont été l'un des sites historiques des cas humains de la maladie de Lyme.

Le New Jersey occupe le premier rang national avec 1.677 cas de maladie de Lyme en 2012, suivi par la Pennsylvanie avec 969 cas. New York est frontalier de ces deux États, ce qui peut contribuer à rendre compte de l'augmentation du nombre de cas dans l'état au cours de cette année. Neuf États

ont plus de 100 cas, situés tous en Nouvelle-Angleterre ou dans l'Atlantique central, [sauf pour la Virginie, le Maryland et le Delaware, qui sont classés parmi les États de l'Atlantique Sud] [[http://wonder.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_reps.asp?mmwr\\_table=2F&mmwr\\_year=2012&mmwr\\_week=17](http://wonder.cdc.gov/mmwr/mmwr_reps.asp?mmwr_table=2F&mmwr_year=2012&mmwr_week=17)].

Les Centers for Disease Control fournissent une mine d'informations sur La maladie de Lyme sur leur site web [<http://www.cdc.gov/lyme/>]. Le Department de Santé de L'état de New York a également dédié un site à l'information sur la maladie de Lyme [[http://www.health.ny.gov/diseases/communicable/lyme/fact\\_sheet.htm](http://www.health.ny.gov/diseases/communicable/lyme/fact_sheet.htm)].

### **Commentaire ProMED-mail d'alertes HealthMap**

Pour une discussion sur la maladie de Lyme aux États-Unis, voir les messages ProMED-mail antérieurs N° 20120423.1111304, 20110618.1867, 20110606.1727, et N° 20110603,1694.

New York, la Pennsylvanie et le New Jersey peuvent être situés sur la carte interactive HealthMap / ProMED-mail au <http://healthmap.org/r/OWFZ>.

## ***MALADIE DE LYME CANINE ET FÉLINE - CANADA: (NOUVELLE ÉCOSSE)***

**Date:** Mon 28 May 2012

**Source:** The News [edited]

<http://www.ngnews.ca/News/Local/2012-05-28/article-2990211/Dogs-with-Lyme-disease-on-rise/1>

### **Résumé :**

Les vétérinaires du comté de Pictou sont en train d'observer un grand nombre d'animaux infestés par les tiques cette année [2012]. Nombreux ont été testés positifs pour la maladie de Lyme, une maladie transmise par les tiques.

Des cliniques vétérinaires à travers le comté sont en train de déclarer des incidents de chiens atteints de la maladie de Lyme, une maladie transmise par les tiques à pattes noires, qui sont maintenant connue pour coloniser les différentes zones du comté.

La Clinique vétérinaire de Pictou a eu, ce printemps, 2 cas confirmés de des chiens atteints de la maladie de Lyme.

Les cliniques vétérinaires dans le comté, voient de plus en plus de canins venants avec des tiques et des morsures de tiques, phénomène que les gens dans cette zone n'avaient jamais connu

auparavant. Même en [2011], le problème n'avait pas une telle ampleur.

Beaucoup de chiens qui ne sont pas testés, pourraient également être porteurs de la maladie, mais ils ne sont pas symptomatiques.

À l'hôpital vétérinaire East River parmi environ 50 chiens testés l'année dernière 5 se sont avérés être positifs pour la maladie de Lyme. 4 ont pu être traités, tandis que le 5<sup>ème</sup> a dû être euthanasié.

Toutes les tiques ne sont pas porteuses de la maladie de Lyme et même celles qui en portent ne transmettent pas la maladie avant d'être engorgées, ce qui peut prendre jusqu'à 48 heures, mais en raison de la présence des tiques à pattes noires dans la région, les vétérinaires recommandent aux propriétaires d'animaux de vacciner leurs chiens. Bien que le vaccin ne prévienne pas l'infestation des chiens par les tiques, il réduit considérablement la probabilité de les voir contracter la maladie de Lyme.

Il existe aussi des médicaments pour qui repoussent les tiques et qui les tuent quand elles mordent les chiens.

Les vétérinaires mettent en garde que ces médications sont toxiques pour les chats et les personnes possédant à la fois des chiens et des chats doivent prendre la précaution d'éloigner leurs chats de leurs chiens quand ces derniers sont traités.

Bien que les tiques puissent infester les animaux à n'importe quel moment de l'année, nous nous dirigeons vers la haute saison et les gens devraient procéder à la vérification de leurs animaux de compagnie.

De nombreux autres animaux infestés par des tiques ont été observés. Même si quelques-uns étaient des chats, il est plus courant que ce soit des chiens et le risque d'être mordu varie dans une certaine mesure avec la géographie.

Le chat a tendance à être un meilleur toiletteur que le chien, ce qui peut être pourquoi ils ne sont pas aussi sensibles aux tiques. Les chiens qui ont été infectés par la maladie de Lyme peuvent montrer une boiterie, sans raison apparente, et de la fatigue ou de la dépression entre autres signes.

Si vous trouvez une tique sur votre animal de compagnie, vous pouvez l'enlever avec une paire de pince à épiler en le contre-tournant vers la droite, tout en tirant en même temps. Si une partie de la tique persiste, les vétérinaires recommandent le nettoyage de la zone à l'eau savonneuse. Les personnes devraient éviter de toucher la tique avec les mains nues.

Une résidente de New Glasgow croit qu'elle a contracté la maladie de Lyme, pendant qu'elle travaillait dans une clinique vétérinaire et elle croit que les gens doivent être plus sensibilisés au sujet de la maladie et à quel point elle fréquente dans cette zone.

**Commentaire ProMED-mail /alertes HealthMap**

La maladie de Lyme est causée par la bactérie *Borrelia burgdorferi* propagée par les tiques. Les tiques contractent cette bactérie en s'alimentant sur des souris infectées et autres petits animaux. Lorsque les tiques infectées mordent d'autres animaux, elles peuvent transmettre la bactérie à ces animaux. La tique du cerf est petite et peut mordre animaux et personnes sans être détectée.

La maladie de Lyme affecte une grande variété d'espèces, dont chiens, chats, et humains. Jusqu'à 95% des chiens infectés par le *B. burgdorferi* ne développent pas de signes cliniques (les humains sont beaucoup plus susceptibles d'être atteints de la maladie de Lyme). Il n'y a aucune preuve que la maladie de Lyme est transmise par contact direct avec des animaux infectés. Toutefois, les tiques peuvent passer d'un animal de compagnie à un autre, dans une maison, voire même passer à des humains de la famille.

Les chiens qui passent beaucoup de temps à l'extérieur, en particulier dans les bois, buissons, ou zones à herbe haute, sont plus souvent infectés par la maladie de Lyme. Toutefois, les tiques peuvent se déplacer loin sur d'autres animaux et les chiens peuvent s'infecter partout où se trouvent des tiques.

Les infections surviennent au cours de la saison des tiques qui s'étend généralement entre le printemps et le début de l'automne, mais le délai entre l'infection et l'apparition des signes cliniques de la maladie de Lyme peut atteindre jusqu'à 2-5 mois.

Lorsque les signes s'installent, ils peuvent être transitoires ou récurrents, et peuvent comprendre : fièvre, diminution de l'appétit ou manque d'appétit (anorexie), articulations enflées et douloureuses rendant le chien hésitant à se déplacer, boiterie - pouvant être légère au début, et s'aggraver ensuite, et peut également passer d'une jambe à l'autre, léthargie et des adénopathies.

Certains chiens atteints de la maladie de Lyme peuvent développer une maladie rénale. Les signes peuvent comprendre dépression, vomissements, perte d'appétit, augmentation de la soif et du nombre de mictions (parfois c'est une réduction du nombre des mictions qui se voit). Les Chiens ayant développé une atteinte rénale peuvent devenir gravement malades et peuvent ne pas répondre au traitement.

Une atteinte neurologique (changements de comportement, convulsions) et complications cardiaques, qui sont parfois observés chez l'homme, sont rares chez le chien.

Le diagnostic de la maladie de Lyme doit reposer sur une association de facteurs, dont les antécédents (exposition aux tiques; quelques fois la notion d'exposition peut manquer), les signes cliniques, la recherche d'anticorps dirigés contre *B.burgdorferi*, et une réponse rapide à un traitement antibiotiques. Un test aux anticorps positif ne suffit pas à lui tout seul, pour faire le diagnostic parce que tous les chiens qui sont exposés à *B. burgdorferi* ne tombent pas malades, et les anticorps peuvent persister dans le sang pendant une longue période après l'exposition.

D'autres tests diagnostics tels que des tests sanguins et urinaires, peuvent être pratiqués pour



vérifier les signes de l'atteinte rénale et d'exclure d'autres maladies ayant des signes similaires. Des tests supplémentaires peuvent inclure des radiographies et un prélèvement du liquide articulaire.

Le traitement antibiotique produit habituellement une amélioration rapide des signes. Les antibiotiques ont généralement besoin d'être poursuivis pendant plusieurs semaines. Le traitement peut faire disparaître les signes mais ne pas éliminer complètement la bactérie.

S'il existe une atteinte rénale est présente, la cure antibiotique devra être plus longue et d'autres médicaments pour traiter la maladie rénale seront généralement nécessaires.

L'atteinte rénale peut se développer un certain temps après l'infection initiale, ainsi il est utile de consulter régulièrement le vétérinaire pour rechercher un excès de protéines dans les urines des chiens qui ont présenté une maladie de Lyme. Dépister l'atteinte rénale à son début améliore son pronostic.

Lutte contre les tiques est extrêmement importante pour la prévention de la maladie de Lyme et autres maladies transmises par les tiques. Vérifiez tous les jours que votre chien n'a pas de tiques et les retirer dès que possible, car les tiques doivent se nourrir pendant au moins 12 heures et peut-être plus longtemps 24-48 heures avant de transmettre la bactérie de la maladie de Lyme. Ceci est particulièrement important à l'acmé de la saison des tiques et après que le chien ait passé du temps dans la brousse ou des zones de hautes herbes, qu'il vaut peut-être mieux éviter pendant la saison des tiques.

Les produits qui préviennent les tiques parasites tels que les produits préventifs mensuels (Par exemple, Frontline (R), Révolution (R)) ou les colliers à tiques (par exemple, Preventic (R)) peuvent être utilisés. Assurez-vous de suivre les conseils de votre vétérinaire lors de l'utilisation de ces produits. Taillez les herbes et les broussailles dans votre jardin, et dans les zones où les tiques sont un problème grave, vous pouvez également envisager de traiter vos espaces contre les tiques.

Il existe d'excellents vaccins disponibles, mais certaines personnes hésitent à les utiliser parce que la maladie est relativement facile à traiter.

La vaccination avant exposition peut aider à prévenir l'atteinte des chiens par la maladie de Lyme et de les empêcher également de devenir des porteurs de la bactérie. Lorsque des vaccins sont utilisés, il est habituellement recommandé de vacciner aussi bien les chiens que les jeunes chiots, au delà de 12 semaines, avec un rappel 2-4 semaines plus tard. Le vaccin ne donne pas une immunité de longue durée, de sorte qu'une revaccination annuelle avant la saison des tiques est nécessaire. La forme recombinante<sup>5</sup> du vaccin est considéré avoir moins d'effets secondaires potentiels que les formes bactériennes de vaccin.

---

<sup>5</sup> Les vaccins recombinants sont une nouvelle génération de vaccins vivants qui sont fabriqués grâce aux techniques de recombinaison génétique telles que les techniques expérimentales d'assemblage de séquences d'ADN non contiguës à l'état naturel. La conception de vaccins par génie génétique permet aux chercheurs de contrôler avec plus de

Le comté de Pictou, en Nouvelle-Écosse, au Canada peut être localisé sur la carte interactive HealthMap / ProMED-mail au <http://healthmap.org/r/2sBT>

***MALADIE DE LYME CANINE ET FÉLINE - CANADA: (NOUVELLE ÉCOSSE)  
COMMENTAIRE***

Date: Fri 1 Jun 2012

From: Ben Werner <[bwerner@comcast.net](mailto:bwerner@comcast.net)> [edited]

[Re: ProMED-mail la maladie de Lyme - Canada: (NS) canin, félin 20120530,1149745]

-----  
L'affirmation suivante était contenue dans l'article: «Si vous trouvez une tique sur votre animal de compagnie, vous pouvez l'enlever avec une pince à épiler et en tournant dans le sens antihoraire pendant que vous tirez. »

Non, la pince à épiler doit être utilisée sur la tique le plus près de la peau du patient autant que possible, puis la tique doit être tiré vers l'arrière.

SB Werner, MD

<[bwerner@comcast.net](mailto:bwerner@comcast.net)>

[Je vous remercie mes lecteurs attentifs. ProMED-mail ne cautionne pas une méthode incorrecte de retrait des tiques des animaux. Tirer vers l'arrière, sans torsion de la tique, est une technique de loin meilleure et se traduira probablement par l'ablation de toute la tique, plutôt que d'une partie de la tique. Un certain nombre de lecteurs ont écrit pour faire la même suggestion. Merci à tous.

***FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE -CONGO - PAKISTAN: (BALOCHISTAN)***

Date: 11 May 2012

From: WHO Pakistan

---

précision les caractéristiques du vaccin. Il n'est plus nécessaire d'utiliser le virus entier, seul l'antigène (substance capable de déclencher une réponse immunitaire) est inséré.

Le NIH du Pakistan, un centre de virologie collaborateur de l'OMS, a lancé l'alerte suivante à tous les points focaux provinciaux de surveillance des maladies en ce qui concerne le pic saisonnier de Fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC):

Il ya eu une épidémie de 8 cas de FHCC au Pakistan dont 3 décès, qui ont tous une date de début comprise entre le 5 avril et le 28 avril 2012.

Alors que les 8 cas ont été identifiés dans 4 provinces et en Afghanistan, ils sont tous liés au Baloutchistan, qui est un foyer endémique connu de la FHCC:

- 2 cas de DI Khan, Khyber-Pakhtoonkhwa, commerçants en animaux du district de Zhob, au Baloutchistan, et l'épouse de l'un eux, elle aussi tombée malade et a une FHCC confirmée.
- Un mineur de Houille du district Harnai, au Baloutchistan
- Un ouvrier Tanneur du district de Quetta, au Baloutchistan, qui a consulté dans un hôpital à Karachi
- Un Boucher du district de Pishin, au Baloutchistan
- Éleveur de bovins de Multan, au Pendjab, mais qui exerce aussi le métier de commerçant en animaux venant du Baloutchistan.
- Un Afghan travaillant à Kandahar, en Afghanistan, mais vivant à Quetta, au Baloutchistan

Tous les cas cités ci-dessus ont été confirmés par PCR.

Il a été rappelé à tout le personnel hospitalier, l'obligation de prendre des précautions - au moins des gants – devant chaque patient présentant une épistaxis ou toute autre manifestation hémorragique.

La FHCC a un taux de létalité qui peut atteindre les 50%.

La ribavirine orale est un traitement disponible sous la supervision d'un médecin. Des équipes mixtes médicales et vétérinaires, sur le terrain, recommandent des mesures préventives.

#### OMS au Pakistan

ProMED-mail tient à remercier le Dr Kakar pour lui avoir soumis ces informations. Commentaires empruntés à un message précédent sur la Fièvre hémorragique Crimée-Congo au Pakistan (N° d'archive 20081027.3392):

«La FHCC est endémique dans cette région du monde, et le Pakistan est l'un des pays les plus touchés par la maladie. L'agent causal est un bunyavirus appartenant au genre *Nairovirus*. Le virus FHCC est transmis à partir des bovins et ovins à l'homme via une tique vecteur et peut également se propager d'une personne à une autre par le sang infecté. Les cas se produisent généralement sporadiquement chez les bergers ou dans les petits groupes d'individus en contact avec du bétail ou des produits d'origine animale. De temps en temps, des clusters de cas surviennent à la suite d'une transmission nosocomiale dans les hôpitaux. La mortalité peut atteindre les 40% dans des situations extrêmes, mais elle est normalement de 15% dans la région. La distribution de la FHCC suit celle de la principale tique vectrice (*Hyalomma* spp.), et FHCC se maintient à la fois par une alternance entre les hôtes mammifères et la tique ainsi que par une transmission verticale chez la tique.

Une image d'une tique *Hyalomma*, une carte montrant les limites de sa distribution, et autres informations relatives à la FHCC peuvent être trouvées à

<[http://www.who.int/csr/disease/crimean\\_congoHF/en/](http://www.who.int/csr/disease/crimean_congoHF/en/)>.

La carte interactive HealthMap / ProMED-mail du Pakistan est disponible à <<http://healthmap.org/promed?g=1183606&v=30,66,5>>.

Une carte du Baloutchistan peut être consultée à <[http://pakistanmaps.fortunecity.com/BALUCHISTAN%20\\_MAP.jpg](http://pakistanmaps.fortunecity.com/BALUCHISTAN%20_MAP.jpg)>. "

Comme on peut le voir dans les messages ProMED-mail précédents, les épidémies de FHCC ont été signalées au Pakistan annuellement au cours de la dernière décennie voire plus, avec des cas se produisant dans toutes les provinces du pays.

## ***FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO EN TURQUIE***

### **Décès humains en Anatolie**

Date: Wed 16 May 2012

Source: World News UPI.com [edited]

<[http://www.upi.com/Top\\_News/World-News/2012/05/16/5-die-of-tick-borne-disease-in-Turkey/UPI-61191337174372/?spt=hs&or=tn](http://www.upi.com/Top_News/World-News/2012/05/16/5-die-of-tick-borne-disease-in-Turkey/UPI-61191337174372/?spt=hs&or=tn)>

5 personnes ont trouvé la mort dans la région de la mer Noire en Turquie d'une maladie qui peut être transmise par les morsures de tiques, ont indiqué des responsables; 3 habitants de la province de Kastamonu au nord de la Turquie ont été admis à l'Hôpital Numune à Ankara le mardi 15 mai 2012 et sont décédés le même jour de fièvre hémorragique Crimée-Congo. C'est le journal Zaman qui l'a rapporté le 16 mai 2012. Un berger du district de Tokat et un agriculteur de la province de Corum ont également succombé à la maladie mardi.

La maladie, qui affecte principalement les travailleurs agricoles et ceux des abattoirs à la campagne, dans le centre de l'Anatolie et dans les régions de la mer Noire, est normalement transmise par les piqûres de tiques infectées ou par contact direct avec les tissus ou de sangs infectés du bétail. La transmission entre humains par exposition à du sang contaminé est rare.

En conséquence du réchauffement climatique, les tiques porteuses du virus se multiplient plus vite, disent les scientifiques. La maladie, pour laquelle il n'existe pas de vaccin, donne des hémorragies, une forte fièvre, des douleurs musculaires, et des vomissements. Dans les cas graves, la maladie peut provoquer une éruption cutanée, des saignements digestifs et gingivaux et une insuffisance rénale.

La maladie, qui a un taux de mortalité d'environ 30%, a été identifiée en premier en Crimée en 1944 et elle est apparue plus tard au Congo.

### **Commentaire ProMED-mail**

Dans les régions rurales du centre et du nord de la Turquie, la fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) est un risque professionnel pour certaines catégories de travailleurs agricoles. La FHCC est causée par une infection par un virus transmis par les tiques classé dans le genre *Nairovirus* de la famille des *Bunyaviridae*. La maladie a été caractérisée en premier en Crimée en 1944 et reçut l'appellation de fièvre hémorragique de Crimée. Elle a été plus tard reconnue, en 1969 comme étant la cause d'une maladie au Congo, et reçut ainsi son nom actuel. La CCHF sévit dans l'Est de l'Europe, en particulier dans l'ex-Union soviétique. Elle est également distribuée dans toute la Méditerranée, au nord-ouest de la Chine, en Asie centrale, Europe du Sud, en Afrique, dans le Moyen-Orient, et le sous-continent Indien.

Les tiques *Ixodes* (dur), en particulier celles du genre, *Hyalomma*, sont un réservoir et un vecteur du virus CCHF. De nombreux animaux domestiques et sauvages et, tels que les bovins, les chèvres, les moutons et les lièvres, servent d'hôtes amplificateurs du virus. La transmission aux humains se fait par contact avec le sang des animaux infectés ou par les tiques. La FHCC peut être transmise d'un humain infecté à un autre par contact avec du sang infectieux ou des fluides corporels. Une propagation de la FHCC dans les hôpitaux a également été documentée en raison de la stérilisation inadéquate du matériel médical, la réutilisation des aiguilles d'injection, et la contamination de matériels médicaux.

Chez l'homme, la longueur de la période d'incubation de la maladie paraît dépendre du mode d'acquisition du virus. Suite à une infection par l'intermédiaire d'une morsure de tique, la période d'incubation est habituellement de un à trois jours, avec un maximum de 9 jours. La période d'incubation après un contact avec du sang ou des tissus infectés est généralement de 5-6 jours, avec un maximum documenté de 13 jours. Le taux de mortalité s'établit autour de 30 %, le décès survenant dans la 2<sup>ème</sup> semaine de la maladie. Chez les patients qui se rétablissent, l'amélioration débute généralement au 9<sup>ème</sup> ou 10<sup>ème</sup> jour après le début de la maladie. Un traitement symptomatique de soutien est la base de la prise en charge des patients atteints de FHCC. Un suivi intensif du volume sanguin et un remplacement de composants est nécessaire. Le médicament antiviral, ribavirine a été utilisé pour le traitement de l'infection FHCC établie avec un bénéfice apparent. Les formes orales et intraveineuses semblent, être toutes les deux aussi efficaces. (D'autres informations peuvent être obtenues de la Fiche factuelle de l'OMS à l'adresse: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/en/index.html>).

Une image d'une tique *Hyalomma* peut être consultée à: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/cCHF.htm>).

Les provinces de Corum, Kastamonu et Tokat peut être situées sur la carte des provinces de la Turquie à <http://www.mapsofworld.com/turkey/turkey-political-map.html>.

Une carte HealthMap / ProMED-mail peut être consultée à: <http://healthmap.org/r/1Cfs>.

## DÉCÈS HUMAINS À KASTAMONU EN TURQUIE

Date: Fri 18 May 2012

Source: Daily News, DoÄYan News Agency [edited]

<<http://www.hurriyetdailynews.com/3-die-in-crimean-congo-fever-strikes-in-black-sea.aspx?pageID=238&nID=20913&NewsCatID=341>>

### 3 décès au cours d'une épidémie de fièvre Crimée-Congo dans la province de la côte de la mer Noire.

Le gouverneur de la province a déclaré, le 17 mai 2012, au cours d'une conférence de presse conjointe avec d'autres responsables locaux, que 3 personnes sont décédées dans la province de Kastamonu de la région de la mer Noire par une fièvre hémorragique Crimée-Congo, maladie virale transmise par les tiques. 7 personnes dans 5 provinces différentes sont décédées de la maladie au cours des 2 dernières semaines, en Turquie, des dizaines d'autres personnes ont consulté pour morsures de tiques, et ont été traitées sans avoir nécessité une hospitalisation.

Ce fléau, transmis par les tiques, pose une fois de plus problème. En même temps que le réchauffement des conditions climatiques, la fièvre hémorragique virale Crimée-Congo relève de nouveau la tête. Nous avons, à ce jour, a dit le gouverneur, perdu 3 vies à cause de cette maladie. Nous avons un assez grand nombre de patients recevant un traitement pour cette maladie. Certains ont quitté l'hôpital, tandis que d'autres sont encore sous traitement étant donné qu'ils ont des tests de diagnostic positifs. Le gouverneur de Kastamonu a également déclaré : C'est le printemps, et nos concitoyens sortent de plus en plus. C'est pourquoi nous devons mettre en garde nos concitoyens. Il ne s'agit pas de plaisanter : cela peut coûter la vie. Nous avons déjà perdu 3 concitoyens.

Prendre les précautions [nécessaires] n'est pas difficile, a ajouté le gouverneur. À ce jour, 7 patients ont déjà été traités et ont quitté l'hôpital, a dit le gouverneur, ajoutant que la maladie ne devrait pas être fatale si la morsure de la tique est détectée dès le début et si la victime consulte rapidement à l'hôpital. La Turquie a observé la fièvre hémorragique Crimée-Congo, pour la première fois, en 2002. Il s'agit d'une maladie gênante qui pourrait émerger partout en Turquie, même si elle est plus fréquente dans certaines zones, a dit le gouverneur.

La fièvre hémorragique Crimée-Congo affecte principalement les animaux. Les Tiques qui parasitent les ovins et les bovins peuvent parfois transmettre le virus à des humains. C'est un virus Ébola-like qui donne également une fièvre hémorragique, où les patients peuvent saigner jusqu'à la mort s'ils ne sont pas traités rapidement. [Le Virus Ebola et le virus de la fièvre hémorragique Crimée-Congo ne sont pas des virus apparentés], les sujets infectés peuvent transmettre le virus par le sang ou la salive. La maladie est endémique dans certaines régions d'Afrique, d'Asie et d'Europe.

### Commentaire ProMED-mail

Le vecteur de la Fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) est la tique *Hyalomma Marginatum* qui est présente dans toute l'Asie, dans le Sud de l'Europe et en Afrique. Certains signalements du Nord de l'Europe de l'ouest rapportent des stades immatures voyageant sur les oiseaux. Cette espèce a deux hôtes, et le cycle vital de la tique dure 14 semaines au moins, depuis le stade de l'œuf et jusqu'au stade adulte. Les adultes parasitent les animaux domestiques: moutons, bovins, chiens, cerfs, chameaux, chevaux,

tandis que les nymphes et les larves parasitent les petits mammifères sauvages, les lézards et les oiseaux. Les êtres humains sont le plus souvent attaqués par les stades adultes. L'éducation de la population à reconnaître et à retirer rapidement ces tiques sera la stratégie la plus pertinente pour le contrôle de l'infection FHCC en Turquie. L'Image de la tique vectrice peut être consultée à:

<http://www.google.co.uk/search?q=hyalomma+marginatum&hl=en&prmd=imvns&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=n3i3T4z4MYXU8QOWsvnJGg&sqj=2&ved=0CFUQsAQ&biw=1008&bih=404>  
>.

L'augmentation de la mortalité par FHCC, signalée actuellement dans les régions de la mer noire et de d'Anatolie de la Turquie peut être le témoin d'un accroissement des populations de tiques vectrices, ou d'une sous-estimation du risque liés aux morsures de tiques.

La province de Kastamonu peut être située sur une carte des provinces de la Turquie à <http://www.mapsofworld.com/turkey/turkey-political-map.html>.

## DIVERS

### ***ÉPIDÉMIE DE NOROVIRUS - LIAISON AVEC LES SACS RÉUTILISABLES : USA (OREGON, WASHINGTON)***

Date: Wed 9 May 2012

Source: CIDRAP (Center for Infectious Disease Research & Policy) News [summ. edited]

<http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/fs/food-disease/news/may0912noro.html>

#### **Les sacs d'épicerie réutilisables mis en cause dans une épidémie de norovirus**

Le rôle des transporteurs passifs, dans les épidémies de norovirus, a été difficile à cerner, mais les autorités sanitaires de l'Oregon ont décrit, le 9 mai 2012, comment un sac d'épicerie réutilisable abandonné dans une salle de bains utilisée par un malade a propagé le virus aux membres d'une équipe féminine de football et à leurs chaperons. L'épidémie est arrivée à la connaissance du département de santé publique de l'Oregon, lorsqu'ils ont appris qu'un groupe de jeunes filles et leurs chaperons est tombé malade après avoir participé à un tournoi de football dans le comté de King, dans l'État de Washington. Les responsables ont noté que l'épidémie était inhabituelle, parce que la patiente index n'a eu aucun contact avec ses coéquipières après qu'elle soit tombée malade, et l'enquête de santé publique n'a trouvé aucun lien avec les autres malades dans l'hôtel de l'équipe, pendant le tournoi, ou dans les restaurants où ils avaient dîné [voir: Repp KK, Keene WE: A point-source norovirus outbreak caused by exposure to fomites. J Infect Dis 2012; 205(11): 1639-41; available at

<<http://jid.oxfordjournals.org/content/205/11/1639.full>>].

Le premier cas est une patiente qui a commencé à se sentir malade dans la soirée et qui est allée dans la chambre d'un chaperon, où elle s'est mise à vomir et à avoir de la diarrhée dans la salle de bains après minuit. Le lendemain matin, la jeune fille était ramenée à sa maison en Oregon par le chaperon, qui tomba malade plus tard. Aucune des deux n'avait ensuite rejoint le groupe le lendemain, qui était un dimanche. D'autres membres du groupe sont, cependant, tombés malades le mardi après qu'ils étaient rentrés chez eux. Au total, 9 personnes, membres de la délégation de l'équipe, composée de 21 membres, sont tombées malades.

Au cours de l'enquête, des entretiens avec les filles et les accompagnateurs ont révélé que la consommation de biscuits secs préemballés scellés lors d'un déjeuner du dimanche était significativement associée à la maladie. 7 parmi les 11 membres ayant participé au déjeuner sont tombés malades. Les cookies et autres fournitures pour le déjeuner avaient été achetés en Oregon et entreposés à l'hôtel.

Au sujet d'autres questions, les membres du groupe ont déclaré aux équipes de santé publique que les articles avaient été placés dans un sac d'épicerie réutilisable à sommet ouvert qui avait été déposé dans la salle de bains hôtel où la jeune fille avait vomi et avait eu de la diarrhée, à plusieurs reprises, en premier. La jeune fille dit qu'elle n'a jamais touché ou manipulé le sac d'épicerie. Plusieurs heures après que la malade était repartie à son domicile, le sac d'épicerie a été transporté dans une autre chambre de l'hôtel, où son contenu de biscuits secs préemballés, chips et raisins a été mangé pendant le déjeuner. 3 échantillons de selles provenant de membres malades étaient positifs pour le norovirus du génotype GII.2. Deux parmi 10 prélèvements prélevés sur le sac d'épicerie 2 semaines après le repas consommé par l'équipe ont été positifs pour le norovirus du génogroupe GII, même s'ils étaient insuffisants pour le séquençage.

En considérant rétrospectivement l'enquête, Repp et Keene disent que la période d'incubation suggère que la plupart des membres du groupe ont été exposés pendant le déjeuner du dimanche, mais la maladie de la première jeune fille reste inexplicée, parce qu'elle n'a pas eu de contact direct avec ses coéquipières ou avec la nourriture après qu'elle ait commencé à vomir et à avoir de la diarrhée. "Ce n'est que lorsque nous avons appris l'existence du sac dans la salle de bain que l'histoire était devenue cohérente», écrivent-ils. Le virus sous forme d'aérosol dans la salle de bains de l'hôtel probablement se serait déposé sur le sac d'épicerie et son contenu, et le contact avec le sac ainsi que la consommation de son contenu semblent avoir facilité sa transmission. « D'ailleurs, cela illustre aussi un risque peu connu des sacs d'épicerie réutilisables », remarquent les auteurs. Cet événement confirme la possibilité de contamination par aérosol, de fomites<sup>6</sup>, lors des épidémies de norovirus, qui a été suspectée auparavant, mais elle a été difficile à prouver lors des épidémies survenant dans d'autres conditions telles que sur les navires de croisière et dans les établissements de soins infirmiers, écrivent-ils.

---

<sup>6</sup>On appelle « **fomites** » les objets contaminés par des pathogènes et susceptibles de propager une infection d'un individu à un autre lors du phénomène de contagion.



Le message à retenir de l'événement est, bien sûr, ne pas entreposer des aliments dans les salles de bains et là où une exposition aux aérosols peut avoir lieu. Il est important de désinfecter non seulement les surfaces exposées, mais aussi des objets qui peuvent avoir été à proximité concluent Repp et Keene.

### **Commentaire ProMED-mail**

Dans un éditorial accompagnant l'article de Repp et Keene, AJ Salle a écrit que ce rapport est un exemple fascinant de la façon dont des situations originales peuvent conduire à une épidémie de norovirus. La chaîne des événements dans cette épidémie démontre comment ce virus coriace trouve un moyen de passer d'un hôte à un autre même lorsque ces hôtes n'ont aucun contact direct entre eux. Le rapport montre que les Norovirus peuvent, non seulement, être sous forme d'aérosol et être dispersées sur des objets qu'ils contaminent (fomites), l'exposition à ces fomites contaminés peut conduire à la maladie. Cependant l'éditorialiste a averti que de tels résultats doivent être interprétés avec prudence, car les procédures de diagnostic détectent l'ARN viral, lequel n'indique pas toujours la présence du virus infectieux (Hall AJ: Noroviruses: the perfect human pathogens? (Editorial) J Infect Dis 2012; 205(11):1622-4; disponible à <<http://jid.oxfordjournals.org/content/205/11/1622>>).

Les états de Washington et de l'Oregon peuvent être vus sur la carte interactive HealthMap / ProMED-mail au <<http://healthmap.org/r/1hcl>>.

Une carte montrant l'emplacement du comté de King dans l'État de Washington peut être consultée à <<http://www.countymapsowashington.com/>>.

## ***LÈPRE - NIGERIA: (KEBBI)***

Date: Thu 10 May 2012

Source: AllAfrica, Daily Trust report [edited]

<<http://allafrica.com/stories/201205100676.html>>

Al hadji Ibrahim Abubakar, le Coordinateur de l'État de l'Unité lutte contre la lèpre, a déclaré que 254 cas de lèpre ont été détectés dans l'État de Kebbi au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année 2012. Il a fait cette révélation lors d'un atelier au cours d'une journée de sensibilisation organisée par le Bureau de l'État de Kebbi, de La Mission Lèpre au Nigeria, traitant de la façon dont les médias peuvent contribuer à réduire la stigmatisation de la lèpre et la discrimination envers les personnes touchées par la lèpre au Birnin-Kebbi. Le coordinateur a révélé qu'entre 2005 et 2011, un total de 1882 personnes avaient été reconnues atteintes de la maladie, et que l'état local de Kalgo avait le total de cas le plus élevé, de 35% et a promis de veiller à réduire à moins de 35 pour cent d'ici 2015.

### **Commentaire ProMED-mail /HealthMap alertes**

Avant 1998, le Nigeria était l'un des pays les plus endémiques pour la lèpre, dans le monde, avec des taux de prévalence variant de 16 à 390 pour 10000(<[http://www.leprahealthinaction.org/lr/Mar05/Lep065\\_076.pdf](http://www.leprahealthinaction.org/lr/Mar05/Lep065_076.pdf)>).

Après l'introduction de la poly chimiothérapie anti lépreuse en 1985, le Nigeria avait atteint l'objectif d'élimination de l'OMS, de moins de 1 cas pour 10000 habitants au niveau national d'ici la fin de l'année 1998 (<[http://www.leprahealthinaction.org/lr/Mar05/Lep065\\_076.pdf](http://www.leprahealthinaction.org/lr/Mar05/Lep065_076.pdf)>).

La prévalence de la lèpre enregistrée à la fin du 1er trimestre de 2011 était 4531 cas, soit un taux de prévalence de 0,27 pour 10 000(<<http://www.who.int/wer/2011/wer8636.pdf>>).

Les médicaments utilisés pour traiter la lèpre (la dapsonne, la rifampicine, et la clofazimine) sont fournis gratuitement par l'OMS à tous les patients dans le monde depuis 1995 (voir <<http://www.novartis.com/corporate-responsibility/access-to-healthcare/our-key-initiatives/eliminating-leprosy.shtml>>).

Les patients ne sont plus contagieux après l'administration de la 1ère dose, du protocole thérapeutique. Les patients, atteints de lèpre pauci bacillaire, traités avec de la rifampicine et du dapsonne guérissent dans les 6 mois et les patients multi bacillaires traités avec de la rifampicine, la dapsonne, et la clofazimine guérissent en 12 mois. Bien que le nombre annuel de nouveaux cas de lèpre détectés au Nigeria ait diminué de 5276 en 2004 à 3913 en 2010, le Nigeria reste l'un des 17 pays ayant déclaré 1000 ou plus, de nouveaux cas de lèpre au cours de 2010; ces 17 pays représentent 95% des nouveaux cas détectés dans le monde en 2010 (<<http://www.who.int/wer/2011/wer8636.pdf>>).

Birnin Kebbi, une ville située au nord-ouest du Nigeria est la capitale de l'État de Kebbi ayant une population estimée de 115 547 en 2007(<[http://en.wikipedia.org/wiki/Birnin\\_Kebbi](http://en.wikipedia.org/wiki/Birnin_Kebbi)>).

Le Nigeria, avec une population estimée à 170 123 740 en 2012, est le pays le plus peuplé d'Afrique et le 7ème pays le plus peuplé dans le monde (<[http://en.wikipedia.org/wiki/Nigeria#Population\\_of\\_major\\_cities](http://en.wikipedia.org/wiki/Nigeria#Population_of_major_cities)>).

Il est situé en Afrique de l'ouest sur le golfe de Guinée, sur l'Océan Atlantique avec la République du Bénin à l'ouest, le Tchad et le Cameroun à l'Est, et le Niger au nord. Une carte montrant l'emplacement de l'État de Kebbi peut être consultée à<<http://www.firstbanknigeria.com/annualreport/2009/images/map-kebbi.gif>>.

Une carte interactive HealthMap / ProMED-mail du Nigeria peut être consultée à <<http://healthmap.org/r/2ID7>>.

## ***CHARBON BACTÉRIEN, HUMAIN, ANIMAL - GHANA (02): (ORIENTAL HAUT)***

Date: ven. 27 avril 2012

Source: Modern Ghana, Ghanaian Chronicle report [en anglais, traduit Mod.FE, édité]

<<http://www.modernghana.com/news/391744/1/googo-chief-alarmed-over-sale-of-anthrax-infected-.html>>

Le chef du village de Googo alarmé par la vente de viande contaminée par le charbon bactérien

-----  
Le chef du village de Googo dans le district de Bawku ouest de la région du Haut Ghana Oriental, Naaba Akpaam Abugri, est alarmé que plusieurs fermiers dans la communauté possédant des animaux morts du charbon bactérien aient vendu la viande des animaux contaminés à un restaurateur dans le secteur. Mercredi [25 avril 2012], les vétérinaires de la région, ont commencé la vaccination du bétail et d'autres animaux domestiques sauf les oiseaux contre le charbon bactérien, après que la maladie ait fait 2 morts dans la communauté.

Les vétérinaires rapportent que 9 vaches sont mortes de la maladie, mais mercredi, Naaba Akpaam, qui m'a parlé du ravage provoqué par la maladie, a dit que quelques 30 vaches et plusieurs ânes, chèvres, moutons, et chiens ont également succombé à la maladie. Selon lui, un des fermiers, qui a perdu 8 vaches, a indiqué qu'il en avait vendu 6 à un restaurateur local. Les animaux morts ont été vendus entre [cédi ghanéen] GH¢70 et GH¢120 (US \$35 - US \$65). Ce serait un prix dérisoire pour une vache en bonne santé et vivante.

Naaba Akpaam, qui ne connaissait ni le nom du restaurateur, ni l'emplacement spécifique du restaurant, a indiqué qu'il avait commencé à faire une enquête pour connaître le propriétaire et l'emplacement du restaurant, et trouver et détruire la viande restante afin d'empêcher une plus grande propagation de la maladie. Il a dit que plusieurs personnes malades avaient refusé d'être conduites à l'hôpital, parce qu'elles croyaient qu'elles pourraient mourir si les docteurs les vaccinaient.

Le vétérinaire du Haut Ghana Oriental, Dr. Thomas Anyorikeya, qui mène une équipe de vétérinaires chargée d'effectuer les vaccinations, a révélé que mardi [24 avril 2012] - le 1er jour de la vaccination – 497 animaux ont été vaccinés. (384 vaches, 86 moutons, 17 ânes, 8 chèvres, et 5 chiens). Jeudi [26 avril 2012], le 2ème jour de la vaccination, 104 vaches ont été vaccinées vers 10:30 le matin. Jeudi, le nombre d'employés est passé de 5 à 10 et ils ont prévu de vacciner tous les animaux dans le village de Googo et villages limitrophes comme Bazua et Sapelga.

Dr. Anyorikeya se faisait du souci car il a expliqué que pendant les 10 dernières années, aucun recensement animal n'avait été effectué.

Le recensement animal annuel, qui était effectué par le service vétérinaire, a fourni une base de données des animaux dans les régions, zones, et villages, et aidé au fonctionnement du service, notamment par les vaccinations. Plusieurs employés se sont plaints car ils n'avaient pas porté de vêtements de protection, comme des gants, bottes de Wellington, et combinaisons. Ils ont déclaré qu'ils risqueraient d'attraper la maladie. La vaccination est prévue pour éviter que la maladie se propage plus. En attendant, tout déplacement du bétail est absolument interdit.

### **Commentaire ProMED-FRA**

Le village de Googo a continué à rapporter d'autres pertes de bétail dues au charbon bactérien parce que la viande contaminée est disponible dans plusieurs restaurants. L'abattage des animaux et la vente de la viande dans les secteurs affectés doit être fortement réglementée pour éviter la

propagation de la maladie. Les éleveurs doivent être fortement conseillés de rapporter tout animal malade et mort aux autorités vétérinaires et d'enterrer immédiatement toutes les carcasses. Le public doit être mis en garde contre l'achat de la viande dans les points de vente et magasins non réglementés. Toutes les personnes présentant des symptômes gastro-intestinaux après avoir mangé de la viande suspecte devront consulter leurs docteurs pour qu'ils administrent le traitement dans les 48 heures après les 1ers symptômes; tout traitement ensuite s'avérerait inutile. La vaccination continue est une manière sûre de contrôler l'épidémie seulement si un grand nombre d'animaux est vacciné.

Une carte montrant les régions administratives du Ghana est disponible à :  
<[http://www.lib.utexas.edu/maps/africa/ghana\\_pol96.jpg](http://www.lib.utexas.edu/maps/africa/ghana_pol96.jpg)>.

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Ghana est disponible à :  
<<http://healthmap.org/r/1oA->>.

## ***POLIOMYÉLITE - NIGERIA***

Date: jeu. 3 mai 2012

Source: Daily Trust [en anglais, traduit Mod.BM, édité]

<[http://www.dailytrust.com.ng/index.php?option=com\\_content&view=article&id=161450:doctors-march-against-embarrassing-polio&catid=12:health-reports&Itemid=13](http://www.dailytrust.com.ng/index.php?option=com_content&view=article&id=161450:doctors-march-against-embarrassing-polio&catid=12:health-reports&Itemid=13)>

Des médecins marchent contre la poliomyélite "qui est embarrassante"

-----  
Jeudi matin [3 mai 2012], des centaines de médecins et des survivants du virus de la polio ont défilé dans les rues d'Abuja dans le but de "redoubler les efforts" dans le combat contre la transmission du polio virus sauvage au Nigeria.

Au moins 23 cas du virus ont été signalés en avril dernier, à partir du 14 mars.

Les états du Niger et de Sokoto ont enregistré leurs premiers cas, cette année, respectivement 3 cas et 2 cas.

Dr Omede Idris, Président de l'Association médicale du Nigeria, a dit que les médecins feraient tout leur possible pour arrêter la transmission du virus.

"Il est important que nous redoublions nos efforts pour éradiquer la polio", a déclaré M. Idris. "Nous sommes intéressés en tant que de médecins" à assurer une rupture de la chaîne de transmission de la maladie.

Dr Muhammad Ado, Directeur exécutif de l'Agence nationale pour le développement des soins de santé primaires, a dit que la question "du virus sauvage de la polio est devenue une guerre. "Il n'y a aucune raison que les enfants nigériens deviennent les victimes de paralysie", a-t-il dit.

"Maladie qui est embarrassante"

-----  
Un groupe de rescapés du virus de la polio a rejoint les médecins dans la marche à partir du Secrétariat fédéral à 6:30 têt ce jeudi matin.

"Chaque cas d'enfant nigérian paralysé est embarrassant et, pour nous, est une situation qui ne peut

pas continuer", a déclaré Ado. Il a noté qu'un enfant estropié compromet "notre capacité en tant que pays à répondre à nos attentes économiques."

La marche a envoyé un message clair aux médecins pour qu'ils donnent leur soutien aux enfants atteints de paralysie, à t-il dit.

L'Association Médical Nigériane a insisté sur le fait que les cas de polio dans le pays sont incompréhensibles car il n'y a pas de poches de guerre comme au Pakistan et en Afghanistan, 2 pays encore endémiques.

L'Inde, qui a quitté la ligue des 4 pays d'endémie cette année, est également perçue pour avoir plus d'enjeux pressants sur le plan environnemental et de la pauvreté.

Omede a insisté "que le vaccin antipoliomyélitique était sans danger", faisant allusion à des objections à ce vaccin. "Il ne provoque pas de déformation. Il est important que les parents autorisent leurs enfants à être vaccinés", a t-il noté.

Un nouveau cycle de vaccination nationale est prévu pour ce mois-ci [mai 2012].

"Avec cela, nous ferions une bonne chose pour de nombreuses générations de notre pays."

Pas laissés pour compte

-----

Les parents "rejettent toujours la vaccination contre la polio, bien que nous vivons avec elle", a dit Lawan Didi, président de l'Association des Rescapés de la polio du Nigéria, qui a aussi été frappé par le virus étant enfant.

Les enfants frappés par la paralysie à cause par la polio finissent dans des fauteuils roulants ou patins à roulettes à l'âge adulte.

Et leur plus gros problème c'est le déplacement, a dit Didi, dont les parents l'ont aidé à se déplacer en le portant sur leurs dos jusqu'à l'âge de 18 ans. "Partout où nous allons, nous devons chercher de l'aide pour y arriver."

Lui et d'autres rescapés de la polio ont rejoint la marche sur des roulettes, car, a t-il dit, "Nous ne devrions pas être laissés pour compte. "En tant que rescapés de la polio, nous savons où elle blesse. Nous en portons les marques".

[Par Judd-Leonard Okafor]

---

Date: jeu. 10 mai 2012

Source: Chinadaily.com.cn et l'agence de presse Xinhua Xinhua [en anglais, traduit Mod.BM, édité]

<[http://www.chinadaily.com.cn/world/2012-05/10/content\\_15254892.htm](http://www.chinadaily.com.cn/world/2012-05/10/content_15254892.htm)>

L'OMS intervient sur l'épidémie de polio au Nigeria

-----

Emmanuel Katuga, un consultant de l'OMS, a déclaré mercredi [9 mai 2012] que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est intervenue sur la nouvelle flambée de polio virus sauvage (PVS) dans

le nord du Nigeria dans l'état de Bauchi.

La vaccination est actuellement en cours dans la plupart des villages qui avaient été oubliés lors de la vaccination de routine contre la polio et d'autres maladies, à t-il dit.

"Nous sommes également entrain de renforcer nos activités de vaccination de routine dans les centres de santé qui entourent ces villages", a ajouté Kaluga.

"Nos agents de la santé donnent les vaccins chaque semaine -vaccination de routine générale et pas seulement les vaccins contre la polio mais pour toutes les maladies qui touchent les enfants", a-t-il dit.

### **Commentaire ProMED-FRA**

Le polio virus sauvage continue sa progression au Nigeria. Aucun pays ne peut pays à lui seul vaincre la maladie. Les vaccinations de routine doivent être sérieusement préparées et bien organisées: les populations nomades doivent être ciblées et vaccinées; les frontières de part et d'autre doivent aussi être prises en considération. La marche des agents de santé et des rescapés de polio prouve bien que le problème est très sérieux. Les politiques doivent aussi s'impliquer pour que les campagnes de vaccination soient un succès.

Une carte montrant les pays africains où le polio virus sauvage a été isolé est disponible à:

<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring.aspx>.

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Nigeria est disponible à:

[http://healthmap.org/r/007\\*](http://healthmap.org/r/007*).

## ***LISTÉRIOSE : CAS NOSOCOMIAL MORTEL AU ROYAUME UNI (IRLANDE DU NORD)***

Date: Wed 16 May 2012

Source: Antrim Times [edited]

<http://www.antrimtimes.co.uk/news/local/public-health-agency-to-investigate-listeria-outbreak-1-3841394>

L'Agence de santé publique [PHA] mène une investigation approfondie sur la source éventuelle d'une épidémie de listériose chez des patients hospitaliers. 4 cas, dont un décès, dont été précédemment signalés, et 2 autres cas ont été confirmés. Il n'ya pas eu de nouveaux cas identifiés depuis le 18 avril 2012.

Par mesure de précaution, et tandis que cette enquête se poursuit, le PHA a recommandé que certains aliments pré- préparés ne doivent plus être servis aux patients de l'hôpital. Il s'agit d'une mesure de précaution pendant que le PHA, continue, en collaborant avec la Food Standards Agency, les responsables de la santé environnementale et les entreprises HSC, à rechercher la source possible de cette épidémie.

PHA a pris des mesures pour rassurer les patients, leurs proches et le public en présentant un patient et un dépliant d'information aux visiteurs "Prévenir les intoxications alimentaires à

la maison et dans les établissements de soins de santé» et également une courte fiche sur la listériose. Ces dernières ont été distribuées à toutes les entreprises HSC et ils donnent des détails sur les aliments qui peuvent être associés aux infections à *Listeria*, des conseils pratiques pour la salubrité des aliments et des conseils sur la façon de prévenir les intoxications alimentaires. Le PHA travaille également avec toutes les entreprises pour assurer que des conventions solides du point de vue sécurité alimentaire soient maintenues dans le milieu hospitalier.

La listériose est une infection rare dans le milieu hospitalier. Elle est généralement d'origine alimentaire, le plus souvent retrouvée dans les aliments transformés, prêt-à-consommer et réfrigérés, tels que les viandes réfrigérées, fromages à pâte molle, les charcuteries, les pâtés de viande et le poisson fumé. Elle peut également être trouvée dans les produits alimentaires contenant un ou plusieurs de ces produits comme, par exemple, les sandwiches.

On devrait normalement observer entre 3 et 5 cas de listériose par an, en Irlande du Nord. La listériose est une maladie rare mais pouvant être mortelle éventuellement. La plupart des adultes ne développent qu'une infection bénigne de l'œil et la peau ou une gastro-entérite. L'infection peut, cependant, conduire à une maladie grave, avec une septicémie ou une méningite.

Les personnes âgées et les personnes ayant un système immunitaire affaibli, dont celles qui ont un cancer, le sida ou des problèmes d'abus d'alcool, sont toutes sensibles. La listériose peut être particulièrement dangereuse pendant la grossesse comme elle peut se présenter comme un état "pseudo-grippal" modéré qui n'est pas grave chez la mère, mais qui peut provoquer une fausse couche, accouchement prématuré, une mort-fœtale ou une maladie grave chez le nouveau-né.

Le PHA est en train de rappeler aux patients hospitalisés et ceux fréquentant des services d'hôpital du jour qu'ils ne doivent uniquement consommer des aliments fournis sur place par le personnel de l'hôpital et ne pas manger des aliments provenant d'autres sources telles que les cantines des hôpitaux, magasins ou restaurants. Les visiteurs sont priés de ne pas rapporter de la nourriture à l'hôpital, pour les patients, à moins que cela n'ait été discuté et convenu avec les responsables des services. Les patients doivent se laver les mains avant et après avoir mangé, manger la nourriture dès qu'elle est servie, jeter les restes immédiatement et ne pas garder de la nourriture pour une consommation ultérieure.

### **Commentaire ProMED-mail / HealthMap alerte**

Dans un ProMED-mail d'Avril 2012(N° d'archive 20120 415.1101822), le rapport de News indiquait qu'il y avait 3 cas de listériose nosocomiale, dont un était fatal, dans 2 hôpitaux en Irlande du Nord (Hôpital d'Antrim dans la région d'Antrim et l'Hôpital Causeway à Coleraine), probablement en raison d'aliments contaminés préparés à l'extérieur de l'hôpital. Le rapport ci-dessus indique que le nombre de cas nosocomiaux de listériose est actuellement de 6, même si aucun nouveau cas n'a eu lieu depuis le 18 avril 2012. La comparaison des caractéristiques moléculaires, telles que la PFGE, des souches de *L. monocytogenes* isolées chez les 6 cas les unes avec les autres et avec celles des souches isolées à partir

d'aliments suspects aiderait à établir si une source commune était en cause et quelle en serait la source la plus probable.

Antrim est une ville dans le comté d'Antrim avec une population de 20 001 personnes en 2001, située à 35 km au nord-ouest de Belfast,

Coleraine est une ville dans le comté de Londonderry avec une population de 24 042 personnes en 2001, à 88,5 km au nord-ouest de Belfast

(<<http://en.wikipedia.org/wiki/Coleraine>>).

Une carte de l'Irlande du Nord peut être trouvée à <<http://www.nidex.com/map1.htm>>.

Une carte HealthMap / ProMED-mail de l'Irlande du Nord peut être consultée à: <<http://healthmap.org/r/1Kll>>.

## ***INTOXICATION AU PLOMB - NIGERIA: (ZAMFARA)***

Date: mar. 8 mai 2012

Source: Afriquejet.com [édité]

<<http://www.afriquejet.com/contamination-au-plomb-au-nigeria-2012050838072.html>>

Contamination au plomb au Nigeria

-----  
Le gouvernement nigérian invité à prendre des mesures - Le Nigeria a été invité à assurer la participation d'une délégation gouvernementale de haut niveau à la conférence prévue du 9 au 10 mai [2012] pour faire des progrès dans sa lutte contre la contamination au plomb des enfants dans l'État de Zamfara, dans le nord du pays. "Le gouvernement nigérian doit agir maintenant pour aider des milliers d'enfants exposés au plomb qui sont en danger de mort ou de souffrir d'un handicap à long terme", estime un communiqué de Human Rights Watch qui cite Babatunde Olujobi, son directeur adjoint de programme.

"Le gouvernement doit venir à la conférence prêt à s'engager à prendre des mesures concrètes et à fixer un calendrier spécifique pour veiller à ce que ces enfants soient protégés", a-t-il soutenu. Les décès, qui affectent les enfants travaillant dans les mines d'or artisanales et ceux vivant dans les communautés environnantes, sont dus à une forte concentration inhabituelle de plomb dans le sol. Cette situation a suscité l'attention de la communauté internationale, mais peu d'actions concrètes ont été menées sur le terrain par le gouvernement fédéral, déplore l'organisation internationale de défense des droits de l'homme basée à New York.

Alors que le gouvernement nigérian a promis d'entamer un processus de décontamination des villages concernés et de soutenir des initiatives plus sûres dans le secteur de l'exploitation minière, aucune action concrète n'a été enclenchée dans les zones les plus sévèrement affectées. La conférence internationale qui se tiendra à Abuja, la capitale fédérale nigérienne, réunira les



représentants de l'Organisation mondiale de la santé, des agences bilatérales et des organisations non gouvernementales. Elle se focalisera sur l'empoisonnement au plomb des enfants de Zamfara, l'une des pires crises de l'histoire moderne. Plus de 400 enfants sont morts depuis mars 2010 de l'exposition au plomb lié à l'orpaillage.

L'organisation "Médecins sans frontières", qui a aidé à organiser la conférence, a traité plus de 2500 enfants dont le sang contenait une teneur élevée en plomb. Toutefois, des milliers d'autres ne peuvent être traités car ils continuent d'être exposés à ce métal lourd.

#### **Commentaire ProMED-FRA**

L'intoxication au plomb devient un problème réel de santé publique au Nigeria. Les autorités sanitaires et politiques doivent prendre la situation à bras le corps afin d'y trouver une solution rapide. C'est d'autant plus grave que ce sont les enfants qui sont les plus touchés par le phénomène.

La carte interactive de HealthMap/ProMED-mail du Nigeria est disponible à: [<http://healthmap.org/r/007\\*>](http://healthmap.org/r/007*).

### ***CAS NOSOCOMIAL, FATAL D'INFECTION PAR BACILLES PORTEURS DE METALLO BETALACTAMASE NEW DELHI - CANADA (ALBERTA)***

Date: Fri 18 May 2012

Source: edmontonjournal.com [edited]

[<http://www.edmontonjournal.com/health/Health%20officials%20closer%20to%20determining%20source%20of%20antibiotic-resistant%20bacteria%20that%20killed%20patient/6645859/story.html>](http://www.edmontonjournal.com/health/Health%20officials%20closer%20to%20determining%20source%20of%20antibiotic-resistant%20bacteria%20that%20killed%20patient/6645859/story.html)

Les autorités sanitaires soupçonnent qu'un patient de l'Hôpital Royal Alexandra soit décédé après avoir contracté une bactérie résistante aux antibiotiques rapportée à Edmonton par un voyageur infecté. Après la découverte de l'infection les autorités de la santé de l'Alberta ont procédé à la fermeture de différents services du Royal Alexandra aux nouveaux patients, et à un dépistage chez plus de 300 patients qui pourraient avoir été exposés et ont identifié 7 porteurs confirmés ou suspects de bactéries résistantes aux antibiotiques.

Dr Mark Joffe, directeur médical en charge de l'infection, la prévention et le contrôle au sein de l'autorité sanitaire provinciale, a déclaré qu'il soupçonne l'existence d'un lien entre le patient décédé dont l'identité n'a pas été révélée et une femme qui a voyagé dans le sous-continent indien, où elle avait été blessée et a nécessité une intervention chirurgicale. 5 à 6 semaines après son retour à Edmonton, elle a été admise au Royal Alex pour une infection du site opératoire. Elle n'a pas été immédiatement isolée, comme le stipule le protocole, mais il a passé environ 3 jours recevant un traitement avant qu'il ne soit déterminé qu'elle avait 2 types de bactéries. L'une, nommée

\_Acinetobacter\_, a quelquefois infectés les Albertains auparavant. L'autre bactérie porte le gène de la New Delhi métallo-bêta-lactamase, ou NDM, qui confère une résistance à de nombreux antibiotiques. L'Alberta n'a eu qu'un seul cas confirmé il ya environ une année. La patiente du Royal Alexandra avait 2 souches différentes de NDM.

Après cette découverte, diverses unités hospitalières différentes ont été fermées aux nouvelles admissions – Une l'est toujours- et plus de 300 patients dans 5 services ont été testés pour différentes bactéries résistantes aux antibiotiques. 2 personnes ont été confirmées avoir des \_Acinetobacter\_ et 2 autres ont des bactéries qui contiennent des NDM.

2 autres patients, dont le patient qui est décédé dans les 10 derniers jours par une infection post-opératoire, sont encore sous investigation afin de déterminer si elles sont liées à cette épidémie hospitalière.

Nous le suspectons et nous sommes très inquiets, nous investiguons encore, dit Joffe, les premiers résultats des tests devraient être achevés d'ici la semaine prochaine.

Il a également dit que l'Alberta Health Services enquête pourquoi la femme qui a voyagé en Inde n'a pas été isolée immédiatement quand elle est arrivée aux urgences du Royal Alex, comme le stipule le protocole des autorités de santé pour les voyageurs malades. Les bactéries se sont probablement transmises entre les patients par des mains non lavées d'infirmières, de médecins, d'aides ou toute autre personne ayant un contact direct des patients, a déclaré Joffe.

Je peux vous dire qu'ils se lavent les mains, la plupart du temps, peut-être même presque tout le temps, mais je suspecte qu'il y avait au moins une occasion où le nettoyage de leurs mains a du être manquée, dit Joffe, en notant qu'il existe des initiatives en cours pour encourager et assurer le suivi du lavage les mains avant et après les soins aux patients.

Parmi les 7 patients présumés atteints par la bactérie, 3 sont toujours isolés à l'hôpital et le resteront jusqu'à ce que la bactérie disparaisse elle-même, ce qui peut prendre des semaines ou des mois. Tous, les 5 à l'exception de la voyageuse, et le patient qui est décédé sont porteurs de la bactérie et sont asymptomatiques et ne présentent pas de signes d'infection par elle. En général, ce n'est pas dangereux mais les personnes qui ont un système immunitaire compromis, ceux qui ont subi une chirurgie et ont des cathéters ou des abords intraveineux en place sont plus à risque. Si la bactérie s'introduit dans leur corps, de nombreux antibiotiques ne pourront pas permettre d'éliminer l'infection.

Notre espoir est que nous ayons contenu ces souches pour le moment et, espérons-le, définitivement. Mais la réalité est que ces bactéries sont des voyageurs internationaux, dit Joffe, et ça ne sera pas la dernière fois que nous verrons cela. Il s'agit d'une réalité des soins de santé modernes. C'est quelque chose que nous ne pouvons pas éviter et quelque chose envers laquelle que nous devons être très vigilants.

Il a aussi dit que les patients et les visiteurs dans les hôpitaux peuvent aider par le lavage de

leur mains et en demandant aux personnels de la santé s'ils ne se sont pas lavés leurs mains et leurs stéthoscopes.

Le lavage des mains est la mesure à la fois plus simple et la plus importante pour prévenir la propagation de bactéries, dit Joffe, les antibiotiques sont une ressource précieuse et nous devons tous, les manipuler avec responsabilité.

Les Albertains ne devraient pas avoir peur, a-t-il ajouté.

« Il y'a rien qui soit à zéro risque zéro » a-t-il dit à propos des soins hospitaliers. Mais nous sommes très agressifs dans notre approche du contrôle de ces bactéries. Nous sommes convaincus qu'on les a maintenant contrôlées. Nous travaillons très dur tous les jours pour rendre les soins de santé aussi sûrs que possible.

L'enquête pour déterminer les raisons pour lesquelles le cas index n'a pas été isolé lors de l'admission devrait prendre plusieurs semaines.

---

Date: Fri 18 May 2012

Source: CBC News Edmonton [edited]

<<http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/story/2012/05/18/edmonton-hospital-bacteria-death.html>>

Une bactérie résistante aux antibiotiques est suspectée d'avoir causé la mort d'un patient à l'Hôpital Royal Alexandra et de s'être transmise à 4 autres patients, selon Alberta Health Services [AHS].

"L'infection faisait partie de la cause de la mort, nous savons qu'il y avait une bactérie résistante aux antibiotiques qui a contribué à cette infection. Nous ne savons pas encore si cette bactérie est reliée aux autres cas dont nous parlons, a déclaré le Dr Mark Joffe, directeur médical de la prévention et contrôle des infections à l'AHS.

La bactérie est présumée avoir été importée à Edmonton par une autre patiente qui a développé l'infection après avoir été opérée à l'étranger.

Joffe a déclaré que la patiente infectée n'a pas été immédiatement isolée quand elle a été admise à l'hôpital, comme elle aurait dû être en vertu de la politique de l'AHS. "C'est notre stratégie et elle en fait notre politique depuis un certain nombre d'années. Donc, nous y croyons et il est important que nous devons savoir pourquoi, dans ce cas particulier, cela ne s'est pas produit ", a déclaré Joffe. Au lieu de cela, la patiente n'a été placée en isolement que 3 jours plus tard. Dans l'intervalle, Joffe soupçonne que la bactérie a diffusé probablement par les mains du personnel médical - à au moins 5 autres patients-.

Les analyses ont révélé la présence de New Delhi métallo-bêta-lactamase ou NDM, une enzyme qui rend les bactéries résistantes aux médicaments habituellement utilisés contre les souches résistantes aux antibiotiques. Cette enzyme est rarement retrouvée au Canada et elle extrêmement rare en Alberta, a déclaré Joffe. La patiente a également été constaté être porteuse d'une souche de bactéries connues sous le nom *Acinetobacter*.

Joffe a refusé de fournir plus de détails sur la personne décédée, à l'exception que le décès est survenu au cours des 10 derniers jours. Il a dit la cause du décès est toujours sous investigation, mais on suspecte que la bactérie peut avoir joué un certain rôle dans le décès de la personne.

Immédiatement après la découverte des bactéries, 5 unités du Royal Alex ont été isolées, ce qui signifie qu'aucun nouveau patient n'y est admis. Près de 300 patients séjournant dans ces 5 unités qui ont été testés parmi eux, 5 ont été trouvés être porteur de la bactérie. Ils n'ont pas de maladies en rapport avec cette bactérie. 4 sont toujours à l'hôpital en isolement, un patient est rentré chez lui.

Joffe a dit il ya une enquête en cours pour savoir exactement pourquoi le personnel n'a pas immédiatement isolé la femme qui est admise à l'hôpital pour une infection contractée dans un pays étranger. Il n'a pas voulu dire où elle voyageait précisément au moment de l'accident, il a seulement dit que c'était un pays du sous-continent indien. Joffe a déclaré que la bactérie en question, n'est en général, pas dangereuse et que l'épidémie a été contenue.

#### **Commentaire ProMED-mail**

Les données présentées dans ces 2 articles média au sujet de cette épidémie d'infections nosocomiales à l'Hôpital Royal Alexandra à Edmonton, au Canada sont quelque peu confuses. Le cas index est une femme qui a été hospitalisée à l'Hôpital Royal Alexandra pour une infection du site opératoire, 5-6 semaines après son retour du sous-continent indien, où elle a été blessée et nécessité une intervention chirurgicale. La femme a apparemment été infectée par 2 bactéries différentes, une *\_Acinetobacter\_* spp. Et une autre espèce bactérienne non désignée qui porte le gène NDM (New Delhi métallo-bêta-lactamase) de résistance.

L'un des articles dit qu'il y avait 2 souches différentes de NDM, identifiées chez cette femme. Je ne suis pas sûr si cela se réfère à 2 types de NDM différents ou à 2 souches bactériennes différentes portant le même NDM. Une variante de NDM-1, appelée NDM-2, a été décrite dans la littérature médicale, mais NDM-2 n'a été détecté que chez des *\_Acinetobacter\_* et chez des patients qui avaient acquis le germe au Moyen-Orient, et non pas dans le sous-continent indien, à ma connaissance (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21427107>) Et (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2011.03726.x/abstract>).

Un autre patient de cet hôpital a développé une infection mortelle apparemment par un micro-organisme producteur de NDM. Après que cette deuxième infection a été découverte, plus de 300 patients à l'hôpital Royal Alexandra ont été examinés et 4 ou 5 autres patients non infectés ont été apparemment trouvés être colonisés par soit un *\_Acinetobacter\_* soit d'autres bactéries productrices NDM. 2 autres patients sont apparemment suspectés, mais pas encore confirmés être porteurs de l'une de ces bactéries.

La NDM est une bêta-lactamase qui dégrade et confère ainsi une résistance à la classe antibiotique des carbapénèmes. Les carbapénèmes, une classe de bêta-lactamines qui comprend l'ertapénème, doripénème, imipénème, et le méropénème, ont été historiquement les antibiotiques de dernier recours pour traiter de nombreuses infections dues à des Bacilles à Gram négatif multi résistants, mais sensibles à la classe des carbapénèmes. Les Carbapénèmases sont un groupe de bêta-lactamases diverses, plasmidiques pour la plupart, qui ont soit une sérine, tels que les carbapénèmases de *Klebsiella Pneumoniae* (KPC), ou un zinc sur leur site actif, telles que les métallo-bêta-lactamases, qui comprennent le NDM (New Delhi Métallo-bêta-lactamase), IMP (Imipenemase), et le VIM (Verona Integron-codé métallo-bêta-lactamase).

NDM-1 a été détecté pour la première fois chez un *Klebsiella pneumoniae* isolé chez un patient suédois d'origine indienne qui s'était rendu à New Delhi, Inde et y a acquis une infection des voies urinaires en 2008, réf.: Yong D, Toleman MA, Giske CG, et al. Characterization of a new metallo-beta-lactamase gene, bla (NDM-1), and a novel erythromycin esterase gene carried on a unique genetic structure in *Klebsiella pneumoniae* sequence type 14 from India. *Antimicrob Agents Chemother* 2009; 53 (12): 5046-5054. Disponible à l'adresse: <<http://aac.asm.org/content/53/12/5046.full?view=long&pmid=19770275>>

NDM-1 a ensuite été détecté dans des bactéries en Inde, au Pakistan, aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada, au Japon et au Brésil.

Les bactéries qui fabriquent cette enzyme, les plus courantes sont des entérobactéries comme *Escherichia coli* et *K. pneumoniae*, mais NDM a également été trouvé dans *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa* réf.:

(Karthikeyan K, Thirunarayan MA, Krishnan P. Coexistence of blaOXA-23 with blaNDM-1 and armA in clinical isolates of *Acinetobacter baumannii* from India. *J Antimicrob Chemother* 2010; 65 (10): 2253-2254. disponible à : <<http://jac.oxfordjournals.org/content/65/10/2253.full>>).

Les microorganismes producteurs NDM peuvent dégrader tous les bêta-lactames, à l'exception du monobactame, l'aztréonam, mais de nombreux producteurs de NDM sont résistants à l'aztréonam, car possédant d'autres mécanismes. Pour la plupart, les bêta-lactamases, tels que l'acide clavulanique, le tazobactam, et le sulbactam, ne sont pas actifs contre les carbapénèmases. Les gènes codant les carbapénèmases sont fréquemment associés à des gènes qui codent une résistance à d'autres classes d'antibiotiques (par exemple, les aminosides et fluoroquinolones). La Colistine et la tigécycline peuvent conserver leur activité contre les bactéries productrices de carbapénemase, mais ces antibiotiques, ont soit des effets secondaires importants, soit qu'ils sont potentiellement inférieurs à d'autres thérapies plus conventionnelles, soit qu'ils sont plus coûteux, réf.:

(Queenan AM, Bush B. carbapénèmases: La polyvalente  $\beta$ -lactamase *Clin Microbiol Rev* 2007; 20 (3): 440-458.)

En 2010, un patient de l'Ontario, Canada a été signalé être infecté par une bactérie productrice NDM-1-; le patient a été présumé avoir «probablement» contracté l'infection en

Inde après avoir reçu un traitement médical là-bas (<<http://www.ctv.ca/CTVNews/Health/20100821/superbug-case-confirmed-brampton-100821/>>).

Ce bulletin de nouvelles a également dit qu'il y avait d'autres cas confirmés en Colombie-Britannique et en Alberta.

L'hôpital Royal Alexandra, situé à Edmonton, est l'un des plus grands hôpitaux en service dans la province canadienne de l'Alberta, il comprend 678 lits et soigne 450.000 patients par an (<[http://en.wikipedia.org/wiki/Royal\\_Alexandra\\_Hospital,\\_Edmonton](http://en.wikipedia.org/wiki/Royal_Alexandra_Hospital,_Edmonton)>).

Edmonton, au Canada peut être retrouvée sur la carte interactive de HealthMap à <<http://healthmap.org/r/2007>>.

## ***CYSTICERCOSE<sup>7</sup>, ÉPILEPSIE - MONDE***

Date: Tue 15 May 2012

Communicated by: Dr Arve Lee Willingham, <[willinghama@who.int](mailto:willinghama@who.int)> [edited]

Source: Discover Magazine

<[http://discovermagazine.com/2012/jun/03-hidden-epidemic-tapeworms-in-the-brain/article\\_view?b\\_start:int=0&-C=>](http://discovermagazine.com/2012/jun/03-hidden-epidemic-tapeworms-in-the-brain/article_view?b_start:int=0&-C=>) (June 2012 issue; published online May 15, 2012)

### **L'épidémie cachée: des vers vivant dans le cerveau d'humains.**

-----  
Théodore Nash ne voit que quelques dizaines de patients par an, à sa consultation au « National Institutes of Health » à Bethesda, au Maryland. Cela semble être un tout petit nombre par rapport à la pratique médicale courante, mais ce que ses patients n'ont pas du point de vue nombre, ils le compensent par la richesse de leurs tableaux. Certains sont dans le coma, certains ont des paralysies d'un côté du corps. D'autres n'arrivent plus à marcher en ligne droite. D'autres encore viennent consulter Nash, partiellement aveugles, ou avec de telles quantités de liquide dans le cerveau qu'ils ont besoin qu'on leur pose des shunts pour soulager leur pression intracrânienne. Certains ont perdu la capacité de parler et nombreux ont des crises convulsives violentes.

Sous cette panoplie de symptômes différents, existe une même cause, mise en évidence

---

<sup>7</sup> La cysticerose, ou neurocysticerose, est la plus fréquente des infections parasitaires du système nerveux central dans le monde entier. Elle est provoquée par les larves d'un ver plat, *Taenia solium* normalement retrouvées dans le porc. Les larves, appelées cysticerci (pluriel de cysticercus), se transforment en kystes dans l'organisme. Dans l'intestin ces vers provoquent une maladie différente qui s'appelle le taeniasis (*Taenia solium* et *Taenia saginata*).

par les images IRM que Nash effectue pour les cerveaux de ses patients. Chaque cerveau contient un ou plusieurs zones blanchâtres. Vous supposez que ce sont des tumeurs, mais Nash sait que ces zones ne sont pas constituées par les propres cellules du Patient. Ce sont des vers solitaires.

Une lacune dans le cerveau n'est pas l'image que la plupart des personnes évoqueront quand quelqu'un mentionnera le ténia. Ces vers parasites sont les mieux connus dans leur stade adulte, quand ils vivent dans les intestins des gens et leur organisme en forme de ruban peut atteindre jusqu'à 21 pieds (6.5 mètres). Mais ce n'est qu'une étape dans le cycle de vie de ce parasite. Avant qu'ils ne deviennent adultes, les ténias passent un certain temps sous forme larvaire de grands kystes. Et ces kystes peuvent finir dans un cerveau humain, causant une maladie connue sous le nom de neurocysticercose.

Personne ne connaît exactement combien de personnes en sont atteintes aux États-Unis, dit Nash, qui est le chef du département des parasites gastro-intestinaux au NIH. Sa meilleure estimation se chiffre à entre 1500 et 2000 cas.

Dans le monde, les chiffres sont considérablement plus élevés, bien que les estimations à l'échelle mondiale soient encore plus difficiles à faire, parce que la neurocysticercose est plus fréquente, dans les régions pauvres, qui n'ont pas de bons systèmes de santé publique. Il y'aurait, au moins 5 millions de cas d'épilepsie secondaire à une neurocysticercose, déclare Nash.

Il met fortement l'accent sur « au moins ». Même dans les pays développés, estimer avec précision, le nombre de personnes ayant cette maladie, est difficile, car il est facile de prendre les troubles dus à un ténia pour des troubles du cerveau d'une autre origine. Le signe le plus évident est l'image fantomatique d'un kyste dans un scanner du cerveau, ainsi que la présence d'anticorps anti ténias.

Plus les scientifiques approfondissent-t-ils leur connaissance de l'épidémiologie de la maladie, et plus ils s'aperçoivent que la situation est mauvaise. Nash et autres experts de la cysticercose ont voyagé à travers l'Amérique latine, avec des scanners CT et des tests sanguins pour investiguer en population. Dans une étude au Pérou, les chercheurs ont trouvé que 37% des personnes présentaient des signes d'avoir été infectés à un moment donné. Plus tôt, en ce printemps, Nash et ses collègues ont publié une revue de la littérature scientifique, et ont conclu qu'entre 11 millions et 29 millions personnes ont une neurocysticercose rien qu'en Amérique latine seulement. Les ténias sont également fréquents dans d'autres régions du monde, tels que l'Afrique et l'Asie. La Neurocysticercose est une maladie très importante partout dans le monde, dit Nash.

La maladie inquiétante se produit lorsque les larves de ténias se perdent en chemin. Normalement, *Tænia solium* a un cycle vital qui le mène du porc à l'homme et le renvoie ensuite vers les porcs de nouveau. Les Ténias adultes, vivant dans les intestins des humains, produisent jusqu'à 50.000 œufs chacun. Les œufs sont émis dans les excréments de la personne infectée. Les porcs peuvent ingurgiter accidentellement ces œufs pendant qu'ils fouillent le sol pour se nourrir. Lorsque les œufs du parasite atteignent un estomac de cochon, les larves éclosent et font leur chemin dans le système circulatoire de l'animal. Finalement, ils finissent par se déposer dans les petits vaisseaux sanguins,

généralement dans les muscles de l'animal. Là, ils forment des kystes et attendent que leur hôte soit mangé par un humain. (Le porc doit être insuffisamment cuit pour que les ténias puissent terminer leur voyage.)

Mais parfois, les ténias empruntent un mauvais tournant. Au lieu d'atterrir chez un porc, les œufs se retrouvent chez un être humain. Cela peut se produire si quelqu'un excréte des œufs de ténia contaminant des aliments que d'autres personnes mangent ensuite. Lorsque l'œuf éclot, la larve déroutée n'évolue en un adulte dans les intestins de son hôte humain. Au lieu de cela, elle se comporte comme elle le ferait à l'intérieur d'un cochon. Elle circule dans la circulation sanguine de la personne et se laisse entraîner dans tout le corps. Souvent, ces parasites se retrouvent dans le cerveau, où ils forment des kystes.

Les larves de ténia se retrouvent souvent coincées dans les ventricules, ou dans les cavités liquidiennes du cerveau, germant des extensions en grappes. Ainsi, le ver se dérobe activement aux cellules immunitaires. Protégés et bien nourris, ces kystes peuvent prospérer là pendant des années.

Un kyste de cestodes se développe, il peut comprimer une zone du cerveau et perturber son fonctionnement. Il peut être bloqué sur une voie de passage, et faire barrage à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Cette impasse peut provoquer une hydrocéphalie, ou accumulation d'eau dans le cerveau, augmentent dangereusement la pression, il peut en résulter un engorgement cérébral pouvant entraîner un état de stupeur, un coma ou la mort.

Quand un kyste de ténia ne provoque pas de gros problèmes, il peut passer inaperçu durant toute sa vie. En fin de compte, un kyste de ténia qui ne peut évoluer en son stade adulte finira par mourir, ce qui montre que le système immunitaire de l'hôte déclenche une attaque puissante et dévoile sa protection pour en finir. Dans de nombreux cas, les cellules immunitaires anéantissent rapidement le kyste dévoilé, mais souvent des dégâts se produisent. Les attaques du système immunitaire contre le kyste peuvent provoquer œdèmes et inflammation des tissus cérébraux à proximité. Pour des raisons inconnues, un kyste calcifié peut garder sa capacité à déclencher des réactions immunitaires, plusieurs années, après la mort du parasite.

Bien que tout kyste situé dans une zone sensible du cerveau puisse provoquer des convulsions, ceux situés près des zones dont partent des commandes musculaires peuvent déclencher des convulsions violentes. Un des patients de Nash souffrait de kystes de ténia qui s'entortillaient autour de son tronc cérébral. Après la mort des ténias, l'inflammation qui a suivi était si grave qu'elle provoque un coma chez le malade.

Il y'a 30 ou 40 ans, ces patients mouraient simplement. Les chirurgiens interviennent, constatent le gâchis et ne peuvent rien faire de plus, dit Nash. Heureusement, la situation s'améliore. Même son patient comateux s'est réveillé et, après quelques années d'un traitement discontinu, il a complètement récupéré. Actuellement, ce patient se débrouille très bien.

### **Casser le cycle.**

Un grand pas en avant a été réalisé au milieu des années 1980 lorsque le praziquantel, le



premier médicament capable de tuer les larves de ténia dans le cerveau, est devenu largement disponible. Mais le praziquantel était trop efficace. Il ne tue pas seulement les ténias, mais déclenche également une réaction immunitaire qui provoque un œdème cérébral. Paradoxalement, nous engendrons la maladie que nous voulons traiter, dit Nash.

Au fil des années, Nash et d'autres ont affiné le traitement par la combinaison du praziquantel à d'autres médicaments qui dépriment le système immunitaire. Cependant, c'est loin d'être une solution parfaite, parfois encore, le système immunitaire réagit de manière excessive, réclamant des années de soins pour convulsions et autres symptômes. De même les médicaments immunosuppresseurs comme les stéroïdes ont leurs propres effets secondaires.

La chasse à de meilleurs médicaments pour lutter contre la neurocysticercose n'est pas un processus facile. La meilleure façon de tester des médicaments potentiels sur les ténias est de prélever des kystes vivants chez des porcs infectés. Nash et ses collègues ont récemment mis en place un laboratoire au Pérou, où les porcs infectés sont abondants, justement pour faire ceci.

Bien que trouver un meilleur remède soit important, Nash est plus intéressé par la prévention de la pénétration des ténias dans le cerveau de l'homme en premier, en brisant leur cycle vital. La stratégie favorisée est l'identification des personnes qui ont des ténias adultes dans leur corps et en leur administrant des médicaments capables de tuer les parasites. Il est également possible de vacciner les porcs de telle sorte qu'ils détruisent des œufs de ténia dès qu'ils les ingèrent.

Rien de tout cela n'est que science infuse "Ce qui rend Nash d'autant plus frustré c'est de voir que rien n'est fait. Considérer cela comme une maladie qui peut être traitée et prévenue, dit-il. Mais il n'y a que peu de ressources précieuses disponibles pour le traitement et une petite connaissance du problème. Tout cela semble être tout à fait faisable, mais personne ne veut faire quelque chose.

### **Commentaire:**

L'article donne un bon aperçu de la maladie et de ses rapports avec l'épilepsie grâce aux informations fournies par le Dr Théodore Nash du NIH aux États-Unis, dont l'estimation à au moins 5 millions les cas d'épilepsie dus à la NCC (neurocysticercose) dans le monde. Il ya même une jolie photo d'un fromage suisse infecté par la NCC qui accompagne l'article. Par ailleurs, le Huffington Post a repris l'article du magazine Discover et le numéro spécial NCC et sont en train de mettre en évidence sur leur page couverture la photo et un slogan Le ténia du cerveau: Plus fréquent que vous ne le pensez, avec un lien vers leur rubrique Nouvelles étrange et un blog par Andy Campbell au sujet de l'article intitulé le ténia du cerveau provoque la neurocysticercose, une maladie parasitaire fréquente et rampante. Le blog contient quelques inexactitudes (par exemple confusion au sujet de personnes qui développent des kystes en mangeant du porc contaminé au lieu de l'ingestion d'œufs de ténia disséminés par des hôtes humains) mais il fournit un lien vers l'article du magazine Discover.[http://www.huffingtonpost.com/2012/05/18/brain-tapeworms-cause-neurocysticercosis\\_n\\_1527681.html](http://www.huffingtonpost.com/2012/05/18/brain-tapeworms-cause-neurocysticercosis_n_1527681.html)

-  
Communiqué par

Dr Arve Lee Willingham

Scientist

TDR/Vectors, Environment and Society (VES)

<[willinghama@who.int](mailto:willinghama@who.int)>

ProMED remercie Arve Lee Gillingham pour l'envoi de cette information. La cysticercose est en effet une maladie de la pauvreté cachée et probablement la plus importante à provoquer des épilepsies chez l'enfant dans les pays pauvres.

### ***38 CAS DE LEPTOSPIROSE HUMAINE EN 4 MOIS - ÎLE DE LA RÉUNION***

Date: ven. 4 mai 2012

Source: Linfo.re [édité]

<<http://www.linfo.re/-Sante-/38-cas-de-leptospirose-en-quatre-mois>>

Entre le 1er janvier et le 23 avril 2012, 38 cas de leptospirose ont été confirmés à la Réunion.

Selon le dernier point de la CIRE portant sur la surveillance de la leptospirose à la Réunion, 38 cas ont été confirmés sur l'île depuis le début de l'année 2012.

A la même période en 2011, "seuls 20 cas (soit 42 pour cent de l'ensemble des cas de 2011) et 52 cas en 2010 (soit 54 pour cent de l'ensemble des cas de 2010) avaient été identifiés". Bien que le nombre de cas identifiés soit plus important cette année qu'en 2011, il reste bien en dessous du nombre de cas identifiés en 2010 selon les autorités sanitaires.

Il faut savoir que "la Réunion réunit les conditions propices au risque de contracter la leptospirose". En effet, les nombreux animaux réservoirs et le climat tropical favorable à la survie de la bactérie dans l'environnement se conjuguent avec les modes de vie et les activités humaines pour potentialiser l'exposition de la bactérie.

Ainsi, une recrudescence des cas est observée chaque année lors de l'été austral, saison chaude et humide notamment dans les régions est et sud de l'île qui sont les plus soumises aux précipitations. Les malades atteints de la leptospirose en 2012 étaient "âgés entre 14 et 74 ans soit une moyenne d'âge de 40 ans". Toutes les personnes contaminées ont été hospitalisées, pour une durée moyenne d'une semaine, allant de 1 jour à 32 jours maximum. Parmi eux, 43 pour cent ont nécessité un passage en réanimation. Aucun décès n'est à déplorer parmi ces 38 cas confirmés. Les cas sont répartis sur toute l'île avec une prédominance dans le nord-est du département avec "43 pour cent des cas dans l'est, 24 pour cent dans le nord, 18 pour cent dans l'ouest et 14 pour cent dans le sud".

Selon les autorités sanitaires, 9 personnes auraient été contaminées dans le cadre de loisirs en plein air.

### **Autres hypothèses de contamination:**

-----

- Activités liées à l'habitat: 5 cas
- Loisirs en eau douce: 5 cas dont 1 dans le cadre de son activité professionnelle
- Activités professionnelles agricoles ou espace vert: 5 cas

Pour certains cas, plusieurs hypothèses ont été identifiées, et pour d'autres aucune n'a pu être mise en évidence.

### **Rappels sur la leptospirose:**

-----

La leptospirose est une maladie transmissible de l'animal à l'homme (zoonose) répandue dans le monde entier, particulièrement en zone tropicale. Elle est due à une bactérie spiralée de l'ordre des Spirochètes du genre *Leptospira* dont il existe plusieurs variétés (sérogroupes).

Les mammifères sont les hôtes habituels de la maladie. Les rongeurs constituent en France et dans la grande majorité des pays du monde le réservoir principal, bien que de nombreux autres animaux, domestiques ou sauvages, puissent être impliqués comme les chiens, bovins, porcs, sangliers, hérissons, musaraignes etc. L'homme est un hôte accidentel.

La bactérie résiste plusieurs mois dans le milieu extérieur humide (eau douce). Les urines des animaux infectés souvent de façon inapparente, contaminent les bassins d'alimentation des cours d'eau et donc les eaux douces de surface dans lesquelles les leptospires survivent.

### **Commentaires ProMED-FRA**

La leptospirose se manifeste sous des formes variées, qui rendent son diagnostic difficile car elle peut être confondue avec une forte grippe (forte fièvre et courbatures). Elle peut commencer par des douleurs diffuses, ou localisées (ex: douleurs méningées) qui si elles ne sont pas diagnostiquées à temps conduisent à une divagation de la parole et du raisonnement. Dans certains cas, elle est accompagnée de jaunisse (environ 40 pour cent des cas dans les tranchées, lors de la première guerre mondiale) et/ou néphrite.

La période d'incubation est 7 à 14 jours (extrêmes de 2 à 21 jours). Il existe un vaccin (le spirolept), mais qui ne protège que contre le sérotype ictero-haemorrhagiae (qui représente environ 45 pour cent des leptospiroses). Cependant, les différents sérotypes partagent des antigènes communs, et on peut se poser la question d'une immunité partielle par le vaccin contre les autres sérotypes. Par ailleurs, c'est le *\_s. Icterohemorrhagiae\_* qui est responsable de la forme la plus grave de leptospirose dite "maladie de Weil". Le reste de la prévention repose sur la lutte contre l'exposition aussi bien dans le milieu professionnel que lors des loisirs (bottes, gants), la dératisation hors période de pluie (sinon on risque de voir une augmentation des cas par "lessivage" des cadavres par les eaux pluviales), par la vaccination des animaux domestiques, et la lutte contre les chiens errants). [Source: <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Leptospirose>>]

La carte de l'île de la Réunion est disponible à: <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Location-Reunion-France.png>>.

## **AUGMENTATION DES CAS DE COCCIDIOÏDOMYCOSE<sup>8</sup> (FIÈVRE DE LA VALLÉE) EN CALIFORNIE**

Date: Sat, 26 May 2012

Source: ABC local news [edited]

<[http://abclocal.go.com/kfsn/story?section=news/health/health\\_watch&id=8674705](http://abclocal.go.com/kfsn/story?section=news/health/health_watch&id=8674705)>

Des médecins de l'Hôpital pour enfants du Centre de la Californie disent qu'ils ont observé une augmentation significative des cas de fièvre de la vallée.

Les médecins disent qu'ils traitent habituellement un ou 2 cas de la maladie à tout moment. Le Centre hospitalier pour enfants, en même temps que d'autres zones de la Vallée Centrale, a observé une augmentation significative des cas de fièvre de la vallée. En Mars [2012], le nombre de patients parmi les enfants hospitalisés pour fièvre de la Vallée a culminé à 16.

Habituellement, l'hôpital pédiatrique n'a seulement qu'environ un ou 2 cas d'hospitalisation en même temps. Actuellement il ya 11 patients traités pour Fièvre de la Vallée, dont 8 ont été admis au cours du mois de mai [2012].

La Fièvre de la vallée peut être difficile à détecter, mais un traitement précoce est essentiel pour prévenir une évolution grave de la maladie. La maladie est essentiellement causée par un champignon appelé *Coccidioides immitis*, qui se transmet par des spores, dans l'air, lorsque les sols contaminés sont remués tel que par les constructions, les tempêtes de poussière, et les tremblements de terre.

La fin de l'été et l'automne sont les périodes de pointe pour l'infection fièvre de la vallée mais les pluies tardives de cette année ont entraîné des périodes de temps sec plus longues. Les sujets s'infectent en inhalant des spores aéroportées du champignon colonisant les souillures domestiques et les conditions de sécheresse permettent au champignon d'être aéroporté.

La maladie ne peut se manifester que plusieurs mois après l'infection de la personne. Il n'y a aucun vaccin pour prévenir la fièvre de la vallée, mais des efforts sont en cours pour en développer un. "La meilleure chose que les personnes peuvent faire est d'éviter d'inhaler excessivement de grandes quantités de poussière - en particulier dans la vallée du Sud », a conseillé le Dr James McCarty, un spécialiste des maladies infectieuses infantiles à l'Hôpital d'enfants Central de la Californie.

Dr. McCarty recommande aux familles et aux médecins de penser à une fièvre de la vallée en

---

<sup>8</sup>La **coccidioïdomycose**, également connu sous le nom de **fièvre de la vallée** (*valley fever*), **fièvre de la vallée de San Joaquin**, **fièvre de la vallée de Californie** ou encore **fièvre du désert** est une infection mycosique causée par le champignon *Coccidioides immitis* ou le *Coccidioides posadasii*<sup>1</sup>. Elle est endémique du sud-ouest des États-Unis (Californie, Nevada, Utah, Arizona, Nouveau-Mexique, Texas), et du nord-ouest du Mexique.

particulier chaque fois que: "L'enfant a une pneumonie, l'enfant présente des symptômes qui ne peuvent pas être expliqués ou qui persistent sans aucune amélioration".

Lorsque la fièvre de la vallée est suspectée, un médecin peut demander un test sérologique sanguin avec recherche d'anticorps ou une culture. Le traitement comprend habituellement des médicaments antifongiques par voie orale ou par voie injectable et la durée du traitement peut atteindre 3 à 6 mois voire des années chez les cas les plus graves.

"Il n'y a aucune raison de paniquer, pour que le public, mais la sensibilisation est la clé pour l'obtention d'un traitement rapide de cette maladie," a déclaré le Dr McCarty.

Depuis l'été dernier, l'Hôpital d'enfants a admis, environ 20 enfants atteints de Fièvre de la Vallée. Alors que la plupart de ces cas viennent de la vallée Sud, dont 6 de la seule Avenal, l'hôpital a également reçu des patients de Fresno, Clovis et Los Banos.

Le Fièvre de la Vallée est une maladie qui affecte généralement les poumons. Parfois d'autres parties du corps sont affectés, tels que le cerveau, les os, la peau et d'autres organes. C'est ce qu'on appelle fièvre de la vallée diffuse. Sans traitement approprié, la maladie peut entraîner une pneumonie sévère, une méningite voire même la mort.

Les personnes à risque pour une forme grave de Fièvre de la Vallée comprennent:

- les sujets ayant un système immunitaire affaibli
- Les femmes dans le 3e trimestre de grossesse

Environ 60 % des personnes infectées ne présentent jamais de symptômes. Les autres développent les symptômes suivants, qui peuvent durer un mois:

- Toux
- Fièvre
- Douleurs thoraciques
- Maux de tête
- Douleurs musculaires
- Fatigue
- Rash

### **Commentaire ProMED-mail d'alertes HealthMap**

La Coccidioïdomycose est une infection causée par les champignons *Coccidioides immitis* et *C. posadasii*. L'infection est à transmission aérienne par inhalation de spores, qui provoquent une pneumonie aiguë généralement bénigne (fièvre de la vallée). Une dissémination de la maladie peut être observée chez les patients immunodéprimés. L'infection est fréquente dans la partie sud-ouest

des États-Unis et se retrouve également dans certaines régions du Mexique, Amérique centrale et Amérique du Sud.

Une augmentation substantielle de l'incidence de la coccidioïdomycose a été observée en Californie et en Arizona, ces dernières années. En Arizona, les cas déclarés de coccidioïdomycose ont augmenté, passant de 21 cas pour 100 000 en 1997 à 155 cas pour 100 000 en 2009 (Hector RF et al. The public health impact of coccidioidomycosis in Arizona and California. Int J Environ Res Public Health 2011;8:1150). En Californie, l'incidence de la coccidioïdomycose a augmenté, passant de 2,4 cas pour 100 000 en 2000 à 8 pour 100 000 en 2006 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Increase in coccidioidomycosis - California, 2000-2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58:105. Available at: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5805a1.htm>>).

Localisation HealthMap: [http://healthmap.org/r/2r\\*n](http://healthmap.org/r/2r*n)

## ***TRYPANOSOMIASE - HEMISPHERE OUEST***

Date: Tue 29 May 2012

Source: New York Times [edited]

<[http://www.nytimes.com/2012/05/29/science/spread-of-chagas-is-called-the-new-aids-of-the-americas.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2012/05/29/science/spread-of-chagas-is-called-the-new-aids-of-the-americas.html?_r=1)>

### **La maladie de Chagas se propage dans les Amériques**

-----  
La maladie de Chagas, causée par des parasites transmissibles à l'homme par insectes suceurs de sang, a été surnommée " le nouveau Sida des Amériques" dans un long éditorial publié dans la revue PLoS Neglected Tropical Diseases.

Les auteurs, dont plusieurs d'entre eux sont des experts en maladies tropicales du Baylor College of Medicine à Houston, font valoir que la propagation dangereuse de la maladie de Chagas à travers ce continent ressemble un peu à la propagation rapide de H.I.V. [Infection par le virus d'immunodéficience humaine].

La maladie de Chagas est également connue par l'appellation de trypanosomiase américaine, parce que son agent est un parasite unicellulaire appelé trypanosome. (Proche parent du parasite plus connu, transmis par la mouche tsé-tsé en Afrique, qui provoque la maladie du sommeil.) Comme le SIDA [syndrome d'immunodéficience acquise], disent les auteurs, la maladie de Chagas a une longue période d'incubation et elle est difficile, voire impossible à guérir. Chagas infecte plus de 8 millions de personnes dans l'hémisphère ouest, la plupart du temps en Bolivie, au Mexique, en Colombie et en Amérique centrale. Mais plus de 300000 infectés vivent aux États-Unis, beaucoup parmi eux sont des immigrants.

La maladie peut être transmise par la mère à son enfant ou par les transfusions sanguines. Environ

un quart de ses victimes finiront par développer une hypertrophie cardiaque ou des intestins, qui peut défailir ou éclater, provoquant une mort subite. Le traitement consiste en médicaments agressives prises pour un maximum de 3 mois et qui n'agissent que si la maladie est détectée rapidement. Les médicaments ne sont pas aussi chers que les médicaments contre le SIDA, mais il ya des pénuries dans les pays pauvres. Vu que c'est une maladie des pauvres, peu d'argent est investi dans la recherche de nouveaux traitements.

"Ces deux maladies sont très stigmatisantes," a noté l'éditorial. Les immigrants ne peuvent pas obtenir le traitement médical, ce qui rend la maladie de Chagas plus susceptible de se propager.

#### **Commentaire ProMED-mail/ HealthMap alertes**

L'article se réfère à un éditorial: Hotez1 PJ et al. Chagas Disease: The New HIV/AIDS of the Americas- PLoS Negl Trop Dis 2012; 6(5): e1498. doi:10.1371/journal.pntd.0001498 <<http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0001498>>

Il est important de souligner que les modes de transmission sont différents entre le VIH et la maladie de Chagas, et leurs épidémiologies sont donc très différentes. On sait maintenant que la maladie de Chagas se transmet par la nourriture et de la mère à l'enfant, en plus de la transmission par les triatomes, les transfusions sanguines et les greffes d'organes. Pour contrôler et lutter contre la maladie de Chagas, des stratégies de dépistage des femmes enceintes ayant une maladie de Chaggas doivent être développées, pour arrêter la transmission mère-enfant est arrêté, et des recherches plus poussées doivent être entreprises pour quantifier le risque de transmission d'origine alimentaire.

### ***CAS MORTEL DE LÉGIONELLOSE À L. LONGBEACHAE, LIÉ AU COMPOST ROYAUME UNI: (ÉCOSSE)***

Date: Mon 28 May 2012

Source: BBC News Scotland [edited]

<<http://www.bbc.co.uk/news/uk-scotland-18206191>>

Les jardiniers sont prévenus qu'ils doivent se laver les mains après l'utilisation du compost suite à une série de cas de légionellose en Écosse au cours des 5 dernières années. Un homme est mort et 5 autres sont tombés malades après avoir contracté une souche rare de Légionelles \_Legionella longbeachae\_, qui proviendrait apparemment du compost. Cette souche inhabituelle est bien connue en Australie et en Nouvelle-Zélande, où les sacs de compost portent des étiquettes d'avertissement. Mais ce sont là les 1ers cas liés au compost à être confirmés au Royaume-Uni.

Étant donné que beaucoup de jardiniers sortent dehors pour profiter de leurs jardins et lotissements par temps chaud, les experts sont les appellent à se laver les mains après l'utilisation du compost, en particulier avant de manger ou de fumer. «Le jardinage est un passe-temps très sain, mais comme tout dans la vie il comprend quelques risques », a déclaré le Dr Martin Donaghy, directeur médical de la protection de la santé d'Écosse. «Au cours des 5 dernières années, nous avons eu 3 cas confirmés de Légionellose dus à *Legionella longbeachae*, plus 2 cas "probables" et un cas «possible», aussi nous devons prendre des mesures pour réduire le risque encore plus ».

Les médecins partout dans tout le Royaume-Uni sont invités à être vigilants pour tout lien avec le jardinage, quand ils voient des patients atteints de pneumonie inhabituelle. Les symptômes de la légionellose à *L. longbeachae* comprennent des Maux de tête, diarrhée, ou une toux sèche suivis d'une pneumonie. La plupart des personnes se rétablissent après un traitement par antibiotiques et le Dr Donaghy a aussi dit que d'autres cas n'ont peut-être pas été signalés.

"L'une des caractéristiques de ce phénomène est que nous que nous l'avons observé uniquement en Écosse, "a-t-il dit." Nous collaborons étroitement avec des collègues en Angleterre pour connaître les raisons de cela. Nos services font-ils ce qu'il faut pour dépister les cas, ou y'a-t-il quelque chose à voir avec la nature du compost ici en Écosse? Nous n'avons aucune preuve que cela a quelque chose à voir avec le compost, nous pensons plutôt que cela est dû à un meilleur dépistage. "

Comme toutes les autres formes de la maladie du légionnaire, *L. longbeachae* est transmis par des très petites gouttelettes d'eau dans l'air. Tous ceux et celles qui ont contracté la maladie à ce jour étaient des jardiniers très passionnés, utilisant différentes marques de compost. Les spécialistes cherchent actuellement à déterminer si de récents changements apportés aux formules du compost pourraient être responsables étant donné que les fabricants se sont éloignés du milieu de culture traditionnel à base de tourbe. L'agence de protection de la santé de l'Écosse est en discussions avec le gouvernement écossais pour que des étiquettes d'avertissement du style australien soient recommandées aux fabricants.

Un porte-parole de l'Association Growing Media a déclaré: «Depuis 1990, parmi les 12 cas de légionellose signalés en Grande-Bretagne, éventuellement liés au germe *L. longbeachae*, 3 seulement sont considérés être liés au jardinage.

"Dans la même période, le public au Royaume-Uni a utilisé plus d'un milliard de sacs de compost. L'exceptionnelle rareté de ces cas semble indiquer que les risques associés sont très minimes. " Le porte-parole a ajouté: «Néanmoins, l'industrie croissante des milieux doit s'engager à agir de manière responsable sur cette question importante et donc conduire une analyse mondiale détaillée de la situation. Pour le moment, les mesures de précaution/ hygiène appropriées ne sont pas claires, une remarque appuyée par la protection de la santé d'Écosse. "



Un porte-parole de l'Association du recyclage matières organiques a ajouté que compost est régulièrement chauffé à au moins 60 °C pendant 48 heures dans le cadre du processus de fabrication, ce qui est considérablement plus chaud que la température préférée par les bactéries *Legionella*.

### Commentaire ProMED-mail

La légionellose est une maladie infectieuse causée par des bacilles Gram négatif du genre *Legionella*, le plus souvent *Legionella pneumophila*. La légionellose est la forme aiguë pneumonique de la maladie, plus de 70% des cas sont dus à *L. pneumophila* séro groupe 1, sauf en Australie et en Nouvelle-Zélande, où *L. pneumophila* séro groupe 1 ne représente que 45,7% des cas

de légionellose acquis en communautaire, et *Legionella longbeachae* représentaient 30,4 % des cas (Yu VL, et al: Distribution of *Legionella* species and serogroups isolated by culture in patients with sporadic community-acquired legionellosis: An international collaborative survey. J Infect Dis. 2002; 186(1): 127-8. Available at <[http://www.legionella.org/lp\\_distribution.pdf](http://www.legionella.org/lp_distribution.pdf)>).

Contrairement à *L. pneumophila* », qui peut être trouvée dans les entités aquatiques naturelles, dont les rivières, les lacs et les eaux thermiques infectées, *L. longbeachae* se trouve principalement dans le sol et terreau (Ross IS, Mee BJ, Riley TV: *Legionella longbeachae* in Western Australian potting mix. Med J Aust 1997; 166(7): 387). Le terreau australien ne serait pas stérilisé lors de la fabrication pas et contient un mélange complexe de bactéries et amibes vivantes libres, les températures de stockage élevées semblent favoriser la croissance la croissance intra-amibienne de *L. longbeachae* dans le terreau. Le géotypage n'a montré que des différences mineures entre les isolats cliniques et environnementaux de ce microorganisme (<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183249/>>).

Le mode de transmission principal est supposé être l'inhalation de poussières de mélanges de compost mis en pot contaminés, ou de sols. L'humidification du terreau pour réduire la poussière et le port d'un masque facial lorsque vous manipulez des terreaux mélangés ont été suggéré comme méthodes pour prévenir l'infection par ce micro-organisme (<<http://www.health.nsw.gov.au/factsheets/infectious/legionnaires.html>>).

*L. longbeachae* a d'abord été isolé chez un patient à Long Beach, Californie. En plus de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, les cas de légionellose due à *L. longbeachae* ont été signalés dans d'autres pays dont les États-Unis (ProMED-mail, N° d'archives 20000904.1503), le Japon (Koide M, Saito

A, Okazaki M, et al. Isolation of *Legionella longbeachae* serogroup 1 from potting soils in Japan. Clin Infect Dis 1999; 29(4): 943-4; disponible à <<http://cid.oxfordjournals.org/content/29/4/943.long>>; et <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17929472>>), et au Royaume-Uni (ProMED-mail N° d'archives 20110328.0974).

Le géotypage des isolats cliniques environnementaux est devenu un moyen utile pour établir les voies de transmission. La prédominance d'un géotype de *Legionella* isolé dans les échantillons de plusieurs patients suggère une transmission à partir d'une source commune. Étant donné que *Legionella* peut être trouvée dans des échantillons environnementaux sans lien avec aucun cas de légionellose, le réservoir infectieux causal réel peut être confirmé par la confrontation des géotypes des isolats cliniques et environnementaux (voir <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC86783/> et <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730281/>). Toutefois souvent les isolats cliniques ne sont pas disponibles parce que le diagnostic clinique de la maladie des légionnaires est fait communément sur la base d'un examen sérologique ou urinaire, et non pas par une culture des échantillons des patients.

Écosse peut être située sur la carte interactive HealthMap / ProMED-mail à <http://healthmap.org/r/1h2A>.