ONMNE

المرصد الوطني للأمراض الجديدة و المستجدّة

# BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DE L'ONMNE

Mois de Janvier 2011

# SOMMAIRE


*GRIPPE* ..... *3*

CAS HUMAINS DE GRIPPE AVIAIRE EN ÉGYPTE _____ 3

CAS DE GRIPPE AVIAIRE EN ÉGYPTE 2010-2011 _____ 3

GRIPPE AVIAIRE ANIMALE EN ÉGYPTE _____ 4

ÉGYPTE : TAUX DE MORTALITÉ PAR GRIPPES H1N1/H5N1 _____ 5

RÉCAPITULATIF DES CAS CONFIRMÉS DU VIRUS H5N1 DE LA GRIPPE AVIAIRE HAUTEMENT PATHOGÈNE DANS LES DIFFÉRENTS PAYS D'AFRIQUE MISE À JOUR DE LA FAO 6

GRIPPE EN EUROPE _____ 7

PUBLICATION SUR LE SITE DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE FRANÇAIS 8

GRIPPE : CARTE DES RÉGIONS DE FRANCE LES PLUS TOUCHÉES AU 9 JANVIER 2011 8

SPÉCIFICITÉ DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MORTALITÉ LIÉE À LA GRIPPE LORS DE LA PANDÉMIE DE GRIPPE A (H1N1) EN 2009-2010 EN FRANCE _____ 9

ROYAUME UNI : LE RAPPORT HEBDOMADAIRE DE LA GRIPPE DU HPA DE LA S2 PUBLIÉ LE 13 JANVIER 2011 _____ 10

ANALYSE VIROLOGIQUE DE CAS MORTELS DE GRIPPE AU ROYAUME-UNI AU COURS DE LA PREMIÈRE VAGUE GRIPPALE DURANT L'HIVER 2010/11. _____ 11

LA GRIPPE SAISONNIÈRE FAIT SES PREMIÈRES VICTIMES EN ALGÉRIE _____ 13

GRIPPE A/H1N1 RUSSIE (SARATOV) _____ 14

GRIPPE : ISRAËL _____ 14

POINT SUR LA GRIPPE SAISONNIÈRE EN MARTINIQUE : 13.000 CAS RÉPERTORIÉS 15

*FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO* ..... *16*

FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO EN AFRIQUE DU SUD : (NORTHERN CAPE) 16

*POLIOMYÉLITE* ..... *17*

POLIOMYÉLITE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO _____ 17

PARALYSIE FLASQUE AIGUE À HAÏTI _____ 18

PARALYSIE FLASQUE AIGUE EN HAÏTI : LE SYNDROME DE DÉMYÉLINISATION OSMOTIQUE, PAHO _____ 21

*CHOLÉRA*.....24

UNE ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA FAIT 8 MORTS AU NIGERIA (ÉTAT DU NIGER)__24

CHOLÉRA - MOZAMBIQUE (NAMPULA) _____25

*FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT*.....25

FLAMBÉE DE FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT CHEZ DES OVINS DANS LE CAP ORIENTAL EN AFRIQUE DU SUD _____25

RAPPORTS OIE SUR LA FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT ANIMALE EN AFRIQUE DU SUD 26

FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT, OVINE – AFRIQUE DU SUD : STRATÉGIE DE VACCINATION _____27

FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT CHEZ LES CAMÉLIDÉS EN AFRIQUE DU SUD 27

*FIÈVRE JAUNE*.....29

FIÈVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE. _____29
FIÈVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE (WORODOUGOU). _____29
LES TROUBLES POLITIQUES BLOQUENT LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE EN CÔTE D'IVOIRE. _____29
COUP D'ENVOI DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE EN CÔTE D'IVOIRE (CENTRE)_____30

FIÈVRE JAUNE AU NORD DE L'OUGANDA _____31
RAPPORT DE L'INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE SUR FIÈVRE JAUNE AU NORD DE L'OUGANDA_____31
OMS : ALERTE ET ACTION AU NIVEAU MONDIAL (GAR) : FIÈVRE JAUNE EN OUGANDA 32
CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE DANS LE NORD DE L'OUGANDA _____33

*DIVERS*.....35

QUATRE PREMIERS CAS DE MÉNINGITES AIGUES À TOSCANA VIRUS DANS LA RÉGION DE MONASTIR _____35

RÉPONDRE AUX MALADIES NOUVELLES GRAVES - CAS DE LA SURVEILLANCE HOSPITALIÈRE DE ROUTINE ET DES RÉSEAUX CLINIQUES EN EUROPE_____36

GASTROENTÉRITE - NIGERIA (KWALI) _____42

HYDROCÉPHALIE POST INFECTIEUSE, MÉNINGITE À ACINETOBACTER EN OUGANDA : (MBALE) _____42

ADOPTION DU PRINCIPE DE « COCOONING » CONTRE LA COQUELUCHE PARMI UNE POPULATION À HAUT RISQUE_____45

GASTRO-ENTÉRITE : ÉPIDÉMIE CONFIRMÉE EN FRANCE_____46

PREMIER RAPPORT CONCERNANT UNE ASSOCIATION ENTRE L'ADÉNOVIRUS TYPE 7, ET DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES SÉVÈRES CHEZ DES ENFANTS EN CHINE : (SHAANXI) _____47

UN CAS DE CHIKUNGUNYA IMPORTÉ EN FRANCE DU BÉNIN _____48

PRÉVENTION DES AFFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS -- USAGE DU VACCIN 13-VALENT ANTIPNEUMOCOCCIQUE CONJUGUÉ ET DU VACCIN 23-VALENT ANTIPNEUMOCOCCIQUE POLYSACCHARIDIQUE NON CONJUGUÉ _____48

LE 1ER CAS IDENTIFIÉ DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTEUR DE VIM, RESISTANT AUX CARBAPENEME, ASSOCIÉ À UNE ISSUE FATALE EN RÉPUBLIQUE D'IRELAND.51

ROUGEOLE - NIGERIA : (BAUCHI) _____52

LEISHMANIOSE, CUTANEE – ISRAEL_____53

SÉNÉGAL / UNE MALADIE INCONNUE MORTELLE, INTOXICATION OU EMPOISONNEMENT ? UNE FAMILLE DÉCIMÉE DANS LE DÉPARTEMENT DE KAFFRINE _____55

# GRIPPE

## CAS HUMAINS DE GRIPPE AVIAIRE EN EGYPTE

*Date : Mon 3 Jan 2011*
*Source : Daily News Egypt [edited]*
*<http://www.thedailynewsegypt.com/health/qena-woman-dies-of-bird-flu-says-health-ministry.html>*

Au 3 Janvier 2011, il y a eu 188 cas humains de grippe aviaire depuis la maladie est apparue en Égypte en 2006. Sur ces 188 cas de grippe aviaire, 39 se sont terminés par le décès. D'autre part, 1272 cas de grippe A / (H1N1) 2009 ayant causé 56 décès ont été signalées en Égypte depuis la maladie a ré-émergé en Octobre 2010, selon une Déclaration du ministère de la Santé Publique à la presse. On s'attend à ce que ce taux continue à baisser dans les prochains mois.

«80% de ceux qui sont décédés des suites de la grippe porcine présentent des maladies chroniques - tels que l'asthme, maladies du foie et des reins ou une grossesse ", a déclaré le vice ministre de la Santé chargé de la prévention. Il a aussi expliqué que la grippe pandémique A/H1N1 2009, devrait circuler en raison de la saison hivernale et ne commencerait à baisser qu'à partir de mi-janvier 2011. Il a noté que le nombre de personnes atteintes par la grippe porcine en 2010 était nettement inférieur à celui de 2009, année pendant laquelle le nombre de cas de grippe porcine a atteint 10 000.

Il a encore ajouté que, étant donné que l'incidence des cas de grippe porcine est actuellement beaucoup plus

faible que les années précédentes, aucune mesure de précaution supplémentaire ne sera prise dans les écoles - telles que des fermetures temporaires de classes ou d'écoles-comme cela a été pratiqué en 2009, lorsque l'épidémie du virus H1N1 a débuté.

«Cette année [2011], les enfants représentent 13 % de ceux qui sont atteints de grippe porcine, tandis que les personnes âgées représentent moins de 2%, la majorité des cas de grippe porcine se voient chez des jeunes adultes âgés de 17 à 35. "

Le Tamiflu, le médicament antiviral qui ralentit la propagation de la grippe, est disponible dans tous les hôpitaux, les salles d'urgence, et les pharmacies pour 70 Livre Égyptiennes [12,00 USD] la boite.

### COMMENTAIRE PROMED-MAIL

Le risque relatif lié à l'infection humaine par un virus grippal en Égypte fourni par ces chiffres est très instructif : 39 décès en 5 ans dans le cas de la grippe aviaire A (H5N1), contre 56 décès en moins de 4 mois dans le cas de la grippe A / (H1N1) 2009.

### CAS DE GRIPPE AVIAIRE EN EGYPTE 2010-2011

| No | Age | sexe | Date de début | Origine | évolution |
|---|---|---|---|---|---|
| **91** | 20 | F | 6 Jan 2010 | Béni Souif | DC |
| **92** | 1 | M | 7 Jan 2010 | Dakahlia | |
| **93** | 3 | M | 19 Jan 2010 | Assiout | |
| **94** | 45 | M | 12 Jan 2010 | Sharguia | |
| **95** | 40 | F | 31 Jan 2010 | Qalyubia | |
| **96** | 29 | F | 27 Jan 2010 | Menoufiya | DC |
| **97** | 37 | M | 6 Jan 2010 | Helwān | DC |
| **98** | 32 | M | 6 Fév. 2010 | Menoufiya | |
| **99** | 29 | F | 6 Fév. 2010 | Menoufiya | DC |
| **100** | 10 | M | 10 Fév. 2010 | Dakahlia | |
| **101** | 13 | M | 10 Fév. 2010 | Kafr El-Sheikh | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **102** | 30 | F | 10 Fév. 2010 | Kafr El-Sheikh | |
| **103** | 14 mois | M | 22 Fév. 2010 | Qalyubia | |
| **104** | 52/53 | M | 27 Fév. 2010 | Qalyubia | DC |
| **105** | 20 | F | 5 Mars 2010 | Qalyubia | DC |
| **106** | 1.5 An | M | 2 Mars 2010 | Kafr El-Sheikh | |
| **107** | 4 | M | 18 Mars 2010 | Béni Suif | DC |
| **108** | 30 | F | date de début inconnue, hospitalisée le 24 Mars 2010 | Damyate | |
| **109** | 18 | F | date de début inconnue, hospitalisée le 31 Mars 2010 | Fayoum | DC |
| **110** | 20 | F | date de début inconnue, hospitalisée au Caire le 21 juillet 2010 | Qalyubia | DC |
| **111** | 2 | F | date de début inconnue, hospitalisée le 4 Aout 2010 | Caire | |
| **112** | 33 | F | date de début inconnue, hospitalisée le 24 Aout 2010 | Qalyubia | DC |
| **113** | 30 | F | *28/11/2010* hospitalisée le 01 décembre 2010 | Gharbia | DC |
| **114** | 25 | F | date de début inconnue | Beheira | |
| **115** | 11 | F | 18/12/2010 | Esna district Louxor | DC le 23/12/2010 |
| **116** | 56 | F | 22 Déc. 2010 hospitalisée le 23 décembre 2010 | Sharia | |
| **117** | 25 | F | 17 Déc. 2010 hospitalisée le 27 décembre 2010 | Quena | DC 29/12/2010 |
| **118** | 27 | M | 23 Déc. 2010 hospitalisée le 28 décembre 2010 | Ismaïlia | |
| **2011** | | | | | |
| **119** | 40 | M | 25 Déc. 2010 hospitalisé le 30 décembre 2010 | Dakahlia | DC 2/1/2011 |
| **120** | 8 | M | 5/01/2011 hospitalisée le 8/1/2011 | Giza | |
| **121** | 1,5 | | 12/01/2011 Hospitalisé le 13/1/2011 | Alexandrie | |
| **122** | 7,5 | M | Annoncé le 26 Jan 2011 | Gharbia | |

Comme lors des années précédentes, les cas observés sont sporadiques, contractés suite à une exposition à des oiseaux domestiques, géographiquement dispersés, et sans preuve de transmission d'homme à homme. 3 parmi le 4 cas de 2011 sont dans un état stable ou guéris. Les mêmes informations détaillées sur les cas enregistrés en 2010 peuvent être obtenus à partir du site Web de FluTtrackers (<http://www.flutrackers.com/forum/showthread.php?p=342273#post342273>)

## GRIPPE AVIAIRE ANIMALE EN EGYPTE

***Date : 28 déc. 2010***
***Source : FAO EMPRES <http://www.fao.org/docrep/013/al840e/al840e00.pdf>***

### RESURGENCE DE LA GRIPPE AVIAIRE CHEZ LA VOLAILLE DE BASSE COURT EN ÉGYPTE.

Au 28 décembre 2010: Confirmation des plusieurs flambée du virus de la grippe aviaire hautement pathogène affectant la volaille en Égypte notamment dans les gouvernorats d'Alexandrie, Dakaklia, Gharbia, Kafr El Shrikh, Luxor, Menia, Menofia, Qualiouba, 6 Octobre.

Entre le 20 et le 25 décembre 2010, un total de 17 flambées de grippe aviaire hautement pathogène se sont produites en Égypte dont 1 dans le gouvernorat d'Alexandrie, 3 à Dakalhia, 2 à Gharbia, 1 à Kafr El Sheikh, 2 à Louxor, 2 à Menia, 2 à Menofia, 3 à Qalioubia et 1 dans le gouvernorat du 6 Octobre. Toutes les flambées ont affecté les volailles de basse cour. Au total 5169 oiseaux sont affectés.

14 parmi ces 17 flambées ont affecté des populations d'oiseaux non vaccinées. Dans l'une des flambées affectant des poules et des canards non vaccinés, des chats supposés être en contact avec la volaille affectée, seraient tous morts lors de la flambée.

### COMMENTAIRES PROMED-FRA

On remarquera que les données d'information sur la grippe aviaire en Égypte ne se prêtent pas à la présentation sous forme de rapport épidémiologique classique du fait que toutes les informations ne sont pas disponibles ; notamment la nature du diagnostic, les tests de laboratoire et les mesures de lutte appliquées. Cependant, il ressort clairement que la grippe aviaire hautement pathogène a été détectée lors des surveillances épidémiologiques passives de routine.

## ÉGYPTE : TAUX DE MORTALITE PAR GRIPPES H1N1/H5N1

***Date : 10 Jan 2011***
***Source : UN Integrated Regional Information Networks (IRIN) News <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportID=91586>***

Lorsque la température corporelle de l'enfant a légèrement augmenté, son père l'a immédiatement emmené à l'hôpital pour s'assurer que l'enfant de 10 ans n'a pas le virus de la grippe A/(H1N1), connu sous le nom de grippe porcine. Les médecins ont tenté de convaincre le père du garçon que la montée de la température de l'enfant ne signifie pas nécessairement qu'il avait la grippe porcine, mais le père a été catégorique : il faut faire le test à son garçon.
Le garçon a été diagnostiqué négatif, bien que les hôpitaux du pays ont été mis en état d'alerte maximale après que 5 personnes sont décédées dans les gouvernorats de Gharbia, Port Saïd, Ismaïlia, et Monofiya en raison du virus de la grippe aviaire A / (H5N1). "Des dizaines de cas suspects d'infection par le virus de la grippe aviaire A/(H5N1) arrivent à l'hôpital tous les jours », a déclaré l'adjoint du ministre de la santé pour la médecine préventive. « Nous avons haussé notre niveau d'alerte pour le cas où une épidémie surviendrait», a-t-il déclaré à IRIN.
Le ministère de la Santé a annoncé, le 4 janvier 2011, qu'il avait détecté 838 nouveaux cas confirmés de H1N1 à travers le pays en Décembre 2010. Il a également dit qu'il avait détecté 2.171 cas depuis Octobre 2010 et que 24 personnes étaient décédées. "Mais les taux d'infection sont encore dans les limites normales par rapport aux infections au cours de la dernière saison hivernale [2009-2010] », a déclaré le porte-parole du ministère.
Il y avait eu 14 846 cas d'infection par la grippe H1N1 confirmés en Égypte l'année dernière [2010], selon le ministère de la Santé. Le porte-parole du ministère a conseillé aux citoyens d'éviter les endroits surpeuplés et de prendre des mesures de précaution, y compris les lavages fréquents des mains et l'usage de mouchoirs. Il a aussi déclaré espérer que le nombre de cas commencera à diminue d'ici la fin de Janvier [2011].
Alors qu'un grand nombre de personnes sont inquiètes au sujet de la grippe H1N1 et regardent avec suspicion les personnes qui éternuent dans les lieux publics en raison de la peur de la contracter, c'est la grippe aviaire (H5N1) - principalement transmise aux humains par les animaux (oiseaux) - qui constitue le véritable risque mortel si l'on considère les statistiques.
Le 5 janvier 2011, l'OMS a déclaré que le ministère de la Santé avait a annoncé 4 nouveaux cas humains de H5N1 en Décembre 2010, ayant conduit à deux décès. Les 2 cas mortels avaient été en contact avec des volailles selon l'OMS qui a ajouté qu'une enquête sur la source de l'infection chez les 2 autres cas non mortels était en cours.
Selon l'OMS parmi la liste des pays où le virus H5N1 avait été signalé, c'est l'Égypte qui a le plus grand nombre de cas (119 à ce jour), en dehors de l'Asie du Sud-est. Avec 40 décès et une létalité de près de 34 %, le H5N1 est beaucoup plus mortel que le H1N1. Par exemple, les 24 décès par H1N1 enregistrés depuis Octobre 2010 (sur 2171 cas), représente un taux de létalité de 1,1% - soit environ 30 fois moins que pour le virus H5N1.

## RECAPITULATIF DES CAS CONFIRMES DU VIRUS H5N1 DE LA GRIPPE AVIAIRE HAUTEMENT PATHOGENE DANS LES DIFFERENTS PAYS D'AFRIQUE MISE A JOUR DE LA FAO

*Date : 28 déc. 2010*
*Source : FAO EMPRES [en anglais, traduit Mod.GNA, édité] <http://www.fao.org/docrep/013/al840e/al840e00.pdf>*

| Pays | Dates de la 1ère et dernière flambée | Populations affectées | Cas humains / cas de décès |
|---|---|---|---|
| **Bénin** | 1ère flambée le 7 novembre 2007 et la dernière flambée en décembre 2007 | Volaille domestique | |
| **Burkina Faso** | la 1ère flambée a été déclarée le 4 mars 2006 et la dernière le 20 mai 2006 | Volaille domestique | |
| **Cameroun** | 1ère flambée observée le 21 février 2006 et la dernière le 28 mars 2006 | Volaille domestique, oiseaux sauvages | |
| **Côte d'Ivoire** | 1ère flambée observée le 30 mars 2006 et la dernière flambée déclarée le 21 mai 2007 | Volaille domestique | |
| **Djibouti** | 1ère flambée déclarée le 24 avril 2006 et la dernière flambée déclarée le 24 avril 2006 | Volaille domestique | 1 / 0 |
| **Égypte** | 1ère flambée observée le 17 février 2006 et la dernière observée le 25 décembre 2010 | | 116 / 38 |
| **Ghana** | 1ère flambée déclarée le 21 avril 2007 et la dernière flambée déclarée le 13 juin 2007 | Volaille domestique | |
| **Niger** | 1ère flambée observée le 6 février 2006 / Dernière flambée observée le 2 mai 2006 / | Volaille domestique | |
| **Nigeria** | 1ère flambée observée le 16 janvier 2006 / Dernière flambée observée le 22 juillet 2008 | Volaille domestique | 1 / 1 |
| **Soudan** | 1ère flambée observée le 25 mars 2006 / Dernière flambée observée le 29 août 2006 / | Volaille domestique | |
| **Togo** | 1ère flambée observée le 15 juin 2007 / Dernière flambée observée le 16 septembre 2008 / | Volaille domestique | |

La mise à jour des données sur la grippe aviaire hautement pathogène est réalisée par le Programme d'urgence de la prévention des maladies animales transfrontalières/Alerte précoce globale pour les maladies animales majeures de l'équipe de la division des productions animales et de la santé animale de la FAO. La version électronique de la carte où les flambées de l'influenza aviaire sont représentées est disponible sur le site <www.fao.org/ag/empres.html>.

### COMMENTAIRE PROMED-FRA

Le récapitulatif des cas confirmés de grippe aviaire en Afrique permet, non seulement, d'avoir une idée de l'évolution spatio-temporelle de l'épizootie mais certainement d'évaluer, également, les efforts fournis en matière de contrôle de l'épizootie. Sur la base de ces données, on remarque qu'en dehors de l'Égypte, les dernières flambées en Afrique datent de 1998, attestant d'une relative accalmie et probablement d'une veille épidémiologique d'un niveau acceptable. Cependant, la réapparition le 28 décembre 2010 de la grippe aviaire en Égypte, est un signal fort que la menace est encore présente et que des efforts soutenus doivent être poursuivis pour un meilleur contrôle de la maladie sur le continent.

# GRIPPE EN EUROPE

*Date : 28 Jan 2011*
*Source : EuroFlu - Weekly Electronic Bulletin, Week 3: 17 - 23 Jan 2011, Issue Number 386 [edited]*
*<http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi>*

## SITUATION ACTUELLE - SEMAINE 3 / 2011

Sur les 44 pays notifiant des données cliniques, 19 ont une tendance à la hausse des taux de consultation pour syndrome grippal aiguë (SG) ou des infections respiratoires aiguës (IRA). En général, les taux de consultation les plus élevés ont été signalés chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.

L'information sur l'intensité de l'activité grippale était disponible pour 41 pays. La plupart des pays ont signalé une activité moyenne (29) ou faible (9), tandis qu'un seul pays (Luxembourg) a signalé une activité grippale très haute et 2 autres pays (la Géorgie et la Norvège) ont signalé une activité élevée. L'activité grippale serait très répandue dans 20 pays, régionale dans 6 pays et locale dans 6 pays, 11 pays ont signalé une activité sporadique ou nulle.

Parmi les 23 pays fournissant des rapports sur l'impact de la grippe sur le système de soins a santé, 17 ont décrit l'impact comme faible et 6 comme modéré.

## SITUATION VIROLOGIQUE - SEMAINE 3 / 2011

Le virus de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a continué à prédominer dans la région, même si la grippe A et grippe B a été co-dominant dans 13 pays. La grippe B a été signalée comme dominante au Kirghizistan, en Norvège et en Ukraine.

Les médecins sentinelles ont collecté 3825 échantillons respiratoires, dont 1674 (44 %) étaient positifs pour le virus de la grippe : 1128 (67%) étaient des virus grippaux A et 546 (33 %) étaient des virus B. Parmi les virus grippaux A, 976 ont été sous-typés : 889 (91 %) sont des virus pandémiques A (H1) et 87 (9 %) sont des virus A (H3). Dans les 32 pays qui testent 20 prélèvements sentinelles ou plus, la positivité des tests pour la grippe variait entre 13% et 78%, avec une médiane à 48 % (moyenne : 45%). Au total, 4688 prélèvements non-sentinelles ont été rapportés positif pour la grippe : 3247 (69 %) pour la grippe A et 1441 (31 %) pour la grippe B. Parmi les virus grippaux A, 2255 ont été sous-typés : 2201 (98 %) sont des virus de la grippe pandémique A (H1) et 54 (2 %) sont des A (H3). Au total, 20 pays ont signalé une circulation du virus respiratoire syncytial.

Depuis la semaine 40/2010, 793 virus grippaux ont été antigéniquement caractérisés : 443 étaient des A(H1) pandémique-like A/California/7/2009 (H1N1) - 262 étaient des B/Brisbane/60/2008 (lignée B/Victoria/2/87), 71 étaient des A(H3) A/Perth/16/2009 (H3N2)-like, et 17 étaient des B/Florida/4/2006 (lignée B/Yamagata/16/88).

## MISE A JOUR DES RESULTATS CUMULATIFS DE LA SURVEILLANCE VIROLOGIQUE - SEMAINE 40/2010-3/2011

Un total de 30 113 détections de virus grippaux ont été signalés au cours de cette période, dont 21 355 (71 %) étaient des virus grippaux A et 8758 (29%) étaient des virus de la grippe B. Parmi les virus grippaux A, 13 924 ont été sous-typés : 13 201 (95 %) sont des virus pandémiques A (H1), 722 (5 %) sont des virus de la grippe A (H3) et 1 (moins de 1%) pour la grippe A (H1).

## COMMENTAIRE

Les taux de consultations pour syndromes grippaux et infections respiratoires aiguës continuent à augmenter, suivant une progression, à travers la région, d'ouest en est. L'activité grippale a déjà atteint son pic dans 3 pays d'Europe occidentale : l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni (Angleterre). En semaine 3 / 2011, 44 % des prélèvements sentinelles testés

sont positifs pour la grippe, semblablement aux semaines précédentes. Le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 reste le virus dominant en circulation dans la plupart des pays, bien que le virus grippal B soit co-dominant dans 13 pays, et dominant dans 3 pays.

### COMMENTAIRE PROMED-MAIL

Il y a eu une augmentation lente et continue de l'activité grippale d'ouest en est à travers l'Europe. Pendant cette période, 44 % des prélèvements sentinelles étaient positifs pour la grippe en semaine 3 / 2011. Le virus respiratoire syncytium continue à figurer dans certains rapports. Le virus pandémique de la grippe A (H1N1) 2009 reste le virus dominant dans la région. Les cas de maladie grave continuent d'être liés essentiellement à l'infection par le virus de la grippe A/H1N12009. La souche saisonnière H1N1 des années précédentes a pratiquement disparu. Dans certains pays, à l'ouest de l'Europe, l'épidémie semble avoir atteint son pic.

## PUBLICATION SUR LE SITE DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE FRANÇAIS

Le 21/01/2011 : Publication d'un avis relatif aux recommandations pour la prévention de la transmission en cas de suspicion de grippe

Après avoir pris l'avis des membres de ses commissions spécialisées Maladies transmissibles et Sécurité des patients, et en association avec la Société française d'hygiène hospitalière, la Société de pathologie infectieuse de langue française et la Société de réanimation de langue française, le Haut Conseil de la santé publique demande que les recommandations pour la prise en charge de patients suspects de grippe soient rappelées par tous les moyens nécessaires aux professionnels de santé.

http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=1&clefr=188&ar=a&menu=09

Lire aussi : Recommandations pour la prise en charge de tout patient suspect d'infection respiratoire aiguë http://www.spilf.fr/.

## GRIPPE : CARTE DES REGIONS DE FRANCE LES PLUS TOUCHEES AU 9 JANVIER 2011

***Date : Le 14 janvier 2011 à 08h30***
***Source : Destination Santé***

***La grippe se répand en France et touche maintenant toutes les régions, dont vingt ont dépassé le seuil épidémique. Selon les estimations du réseau Sentinelles, l'épidémie devrait encore se poursuivre en s'intensifiant.***

L'épidémie de grippe se généralise plus que jamais en France. « *L'épidémie de grippe progresse et touche maintenant toutes les régions* », précisent les représentants des groupes régionaux de l'observation de la grippe (Grog). « *Les prélèvements effectués montrent que le virus A(H1N1)2009 devient dominant. Le virus B représente à peine un tiers des virus grippaux isolés au cours des deux dernières semaines.* »

D'après les médecins du réseau Sentinelles, au 9 janvier dernier, vingt régions avaient dépassé le seuil épidémique, estimé à 178 cas pour 100.000 habitants. Les incidences les plus élevées ont été observées dans le Nord-Pas-de-Calais (2.890 cas pour 100.000), le Limousin (1.390), la Basse-Normandie (677), le Poitou-Charentes (644), l'Île-de-France (556), la Bretagne (490), le Centre (449), la Champagne-Ardenne (440) et Rhône-Alpes (419).

ONMTE

### DOUZE DECES DUS A LA GRIPPE

D'après leurs prévisions, « *le niveau d'activité des syndromes grippaux devrait continuer d'augmenter la semaine prochaine et pourrait atteindre son pic* ». Pour l'heure les principales victimes seraient des jeunes, puisque l'âge médian était la semaine dernière de 28 ans.

De son côté, l'Institut de veille sanitaire (INVS) évoque douze décès dans son dernier bulletin hebdomadaire, publié ce 12 janvier. Quant au ministère de la Santé, il confirme « *une augmentation du nombre de cas graves admis en réanimation. La majorité (61 %) présente un facteur de risque, ce qui confirme l'importance de la vaccination notamment des populations fragiles* ».

## SPECIFICITE DES CARACTERISTIQUES DE LA MORTALITE LIEE A LA GRIPPE LORS DE LA PANDEMIE DE GRIPPE A (H1N1) EN 2009-2010 EN FRANCE

***Date : 11 Jan 2011***
***Source : BEH (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire) 2011, no 1 [edited]***
***<http://www.invs.sante.fr/beh/2011/01/#1_en>***

***Spécificité des caractéristiques de la mortalité liée à la grippe lors de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009-2010 en France.***

***Specific features of influenza related deaths during the A (H1N1) pandemic in 2009-2010 in France.***

*Pavla Vicente[1], Albertine Aouba[1], Daniel Lévy-Bruhl[2], Eric Jougla[1], Grégoire Rey (gregoire.rey@inserm.fr)[1]*
*1/ Inserm, CŭpiDc, Le Vŭsinet, France*
*2/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France*

### RESUME

***Introduction*** Cet article compare les caractéristiques démographiques et médicales des décès liés à la grippe durant la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009-2010 à celles des décès liés à la grippe saisonnière depuis 2000, telles qu'on peut les observer à partir des certificats médicaux de décès en France.

***Méthodes*** – Différents paramètres de distribution par âge et sexe des décès ont été déterminés pour la pandémie grippale de 2009-2010 et pour l'ensemble des saisons grippales antérieures depuis 2000. Le nombre moyen de diagnostics présents sur les certificats de décès et la fréquence des pathologies déclarées concomitamment à la grippe ont été étudiés. Les décès avec mention de « grippe A » et de « grippe sans précision » ont été distingués en 2009-2010.

***Résultats*** – 349 décès liés à la grippe ont été enregistrés pendant la pandémie. L'âge moyen au décès est de 59,4 ans en 2009-2010 vs. 81,7 ans pour les années précédentes. Le nombre de diagnostics déclarés sur les certificats de décès a été plus élevé en 2009-2010. Les pathologies spécifiques étudiées apparaissent avec une fréquence similaire dans les certificats de décès lors des différentes années.

***Conclusion*** – Les caractéristiques démographiques des décès liés à la grippe en 2009-2010 sont atypiques par rapport aux années précédentes. La population touchée est beaucoup plus jeune. Les comorbidités des sujets décédés sont en revanche similaires

OMMIE

## ROYAUME UNI : LE RAPPORT HEBDOMADAIRE DE LA GRIPPE DU HPA DE LA S2 PUBLIE LE 13 JANVIER 2011

Les fermetures de cabinets de généralistes et d'écoles pendant les fêtes de fin d'année auront certainement des effets sur les indicateurs de surveillance et toutes les données doivent être interprétées avec prudence. En effet, plusieurs indicateurs de la grippe paraissent avoir atteint un plateau. Les taux de consultation chez les généralistes « GP » restent au-dessus des niveaux de base dans les quatre pays. Le virus de la Grippe A H1N1 (2009) et B sont les virus en circulation prédominants, avec quelques détections sporadiques du virus A (H3N2). La souche virale H1N1 (2009) est virologiquement et épidémiologiquement similaire à celle observée pendant la pandémie. Les souches virales en circulation sont globalement bien adaptées à la vaccination contre la grippe en cours d'utilisation.

- Au cours de la semaine 1 (se terminant le 9 Janvier), le taux hebdomadaire de consultation pour grippe/syndrome grippal (SG) a augmenté en Angleterre (108,4 pour 100.000), Écosse (55,8 pour 100 000), Pays de Galles (92,8 pour 100.000) et l'Irlande du Nord (274,4 pour 100.000).

- Les proportions hebdomadaires nationales d'appels directs au NHS pour refroidissement / grippe et fièvre ont diminué durant la semaine 1.

- Onze foyers de maladie aiguë des voies respiratoires ont été signalés au Royaume-Uni dans la semaine 1, trois dans des foyers de soins, deux dans des hôpitaux, cinq dans des prisons et une dans une école primaire. Cela porte le total de foyers signalés cette saison, à ce jour, à 146.

- Soixante-six parmi 156 (48,7%) échantillons provenant de patients atteints d'un SG consultant chez des généralistes sentinelles en Angleterre dans la semaine 1, ont été signalés comme positifs pour la grippe. La proportion d'échantillons signalés à DataMart (Angleterre) comme étant positifs pour la grippe a diminué à 27,8% (1.104 de 3968). La proportion d'échantillons positifs pour le VRS a diminué légèrement et a été faible pour les rhinovirus, le virus para influenza, adénovirus et hMPV.
- Actuellement, les principales souches de virus grippal en circulation sont la grippe A (H1N1) et B.
- De la semaine 36, 112 décès associés à l'infection de la grippe ont été signalés.

- En semaine 1, la proportion de personnes en Angleterre plus de 65 ans qui avaient reçu le vaccin contre la grippe 2010/11 était de 70,8%. Pour ceux qui en un groupe à risque âgés de moins de 65 ans il était de 46,3%.

- En Europe, plusieurs pays continuent à signaler une activité grippale en augmentation, principalement associées à la grippe A H1N1 (2009). Dans l'activité grippale États-Unis a légèrement diminué, mais ont continué à augmenté au Canada. En Amérique du Nord de grippe A (H3N2) et B ont été prédominante.

OTMNE

# ANALYSE VIROLOGIQUE DE CAS MORTELS DE GRIPPE AU ROYAUME-UNI AU COURS DE LA PREMIERE VAGUE GRIPPALE DURANT L'HIVER 2010/11.

*Ref : Analyse virologique de cas mortels de grippe au Royaume-Uni au cours de la première vague grippale durant l'hiver 2010/11.*
*Par J Ellis et 11 autres*
*Health Protection Agency, Centre for Infections, Londres, Royaume-Uni*

## RESUME

La saison grippale hivernale 2010/11 est en cours au Royaume-Uni, avec une co-circulation des virus grippaux A (H1N1) 2009 (antigéniquement analogues à la souche vaccinale actuelle 2010/11), B (Principalement B / Victoria / 2 / 87 lignées, similaire à la souche vaccinale 2010/11) et quelques cas sporadiques de grippe A (H3N2). L'activité grippale clinique a été en augmentation. Des formes graves, entraînant des hospitalisations et des décès, sont survenues chez des enfants et des jeunes adultes et elles ont été principalement associées au virus de la grippe A (H1N1) 2009, mais aussi le virus B.

## INTRODUCTION

Le début de cette saison hivernale dans l'hémisphère nord est associé à une plus grande incertitude qu'habituellement quant aux virus grippaux qui seront susceptibles de circuler et de prédominer, compte tenu des proportions variables des différentes souches virales ayant circulé dans l'hémisphère sud entre Juin et Septembre 2010 [1]. Notamment, la grippe A (H3N2) a prédominé sur la grippe A (H1N1) 2009 dans plusieurs pays, par exemple, l'Afrique du Sud et le Chili. La 2ème vague pandémique au royaume Uni (UK) pendant la saison hivernale 2009/10 a été presque exclusivement associée à une circulation de la grippe A (H1N1) 2009 [2].

L'évaluation sérologique au Royaume-Uni de l'immunité existante chez la population contre la souche pandémique après la 2ème vague a suggéré que la réceptivité était la plus faible dans les groupes d'âge les plus jeunes (<15 ans), avec une suceptiblité résiduelle importante chez le groupe d'âge de 15-44 ans [3].

Compte tenu de l'importance des enfants dans la transmission de la grippe A (H1N1) 2009 [4], et de la suscepbilité résiduelle limitée dans ce groupe, la probabilité d'une morbidité importante dans ce groupe d'âge associée à cette souche pendant l'hiver 2010/11 a été jugée peu probable en l'absence de changement antigénique important chez le virus pandémique. L'ampleur, toutefois, avec laquelle, la grippe A (H1N1) 2009 l'emportera sur la grippe A (H3N2) et causera une morbidité chez les autres enfants susceptibles et les jeunes adultes était inconnue.

## ENQUETES

La surveillance virologique au Royaume-Uni exploite les données de laboratoires hospitaliers concernant aussi bien le deuxième niveau de soins que le niveau des soins communautaires de base. Les échantillons contenant des virus grippaux recueillis dans la communauté, les patients hospitalisés et chez les cas mortels sont transmis au centre national de la grippe du Royaume-Uni pour une caractérisation plus poussée. Des échantillons sont également reçus directement de la part des médecins sentinelles opérant dans les soins primaires participant à un système communautaire de surveillance virologique [5]. Un typage du profil antigénique est développé pour chaque isolat de virus et confronté avec les souches vaccinales contre la grippe de référence. Des analyses de la sensibilité Génotypique et, éventuellement, phénotypique aux antiviraux sont effectuées sur du matériel clinique confirmé pour la grippe et/ou sur les isolats viraux. La caractérisation génétique est effectuée par analyse ciblée de la séquence de l'hémagglutinine (HA) et / ou le séquençage complet du génome d'un sous-ensemble d'isolats (amorces des séquences disponibles sur demande).

Les résultats épidémiologiques - les données, les graphiques, tableaux, les références et le texte accompagnant - sont émis et les lecteurs intéressés sont invités à consulter l'article original pour cette information. Seules les discussions et les conclusions sont présentées ici en raison de leur intérêt général.]

## DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les détections précoces de la grippe A (H1N1) 2009 ont été en premier signalées au cours des semaines 40-42 à partir de cas communautaires. Les indicateurs d'activité clinique ont commencé à augmenter dans la semaine 47, pour franchir le seuil de référence habituel qui traduit une activité grippale généralisée en communauté durant la semaine 49, et ont continué à augmenter jusqu'à la semaine 52.

La circulation du virus grippaux est en cours au Royaume-Uni et elle contribue aux pressions saisonnières hivernales exercées sur le système de santé. La circulation d'autres virus hivernaux comme le virus respiratoire syncytial (VRS) et le temps particulièrement froid y contribuent également. L'image virologique est complexe, avec de nombreuses souches de virus grippaux en circulation, mais aucun changement antigénique dans le virus de la grippe A (H1N1) 2009, et pas immédiatement évidentes différences génétiques entre les virus récupéré à partir des cas mortels et ceux causant la maladie bénigne.

L'image de la maladie associée à l'infection par le virus de la grippe A (H1N1) 2009 est conforme à ce que ce qui était vu au cours de la pandémie de 2009, avec un impact démographique similaire, touchant en particulier, les enfants et les jeunes adultes. Tandis que les groupes d'âge les plus jeunes subissent des conséquences moindres de la grippe, et qu'ils sont reconnus comme jouant un rôle important dans la transmission de la grippe, il est également possible que la propension à consulter un médecin soit plus grande dans les groupes d'âge les plus jeunes. Bien que les sujets susceptibles résiduels dans le groupe d'âge des moins de 15 ans comptent pour une proportion élevée dans la positivité des échantillons communautaires au cours des semaines de pointe (comme c'est souvent le cas pendant la grippe saisonnière), il est remarquable que globalement, le taux le plus élevé de positivité se maintient el plus marquée chez le groupe d'âge 15 à 44 ans. Ceci est contraire à ce qui a été constaté dans les vagues pandémiques précoces en 2009, lorsque les taux les plus élevés de positivité au niveau de la communauté ont été observés chez les 5-14 ans.

Le groupe d'âge des 15-44 ans apparait clairement comme étant aussi le groupe qui contribue majoritairement dans les admissions à l'hôpital et les décès. L'augmentation du besoin de recours aux soins intensifs, au cours de la saison actuelle reflète l'impact de la grippe A (H1N1) 2009 dans les jeunes adultes (15-44 ans) résiduellement susceptibles et les groupes à risque dans la population.

La plupart des personnes atteintes de formes graves, et celles décédées, n'ont pas été précédemment vaccinés contre la grippe et n'ont pas bénéficié de l'utilisation précoce de médicaments antiviraux. Des pays Européens qui éprouvent encore une activité grippale substantielle cet hiver souhaiteront peut-être de prendre toutes les mesures raisonnables pour favoriser le recours au vaccin contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque élevé de complications grippales et de veiller à ce que les médicaments antiviraux soient disponibles pour ceux qui sont soit gravement malades soit à risque élevé de forme grave de grippe.

## COMMENTAIRE PROMED-MAIL

Les conclusions provisoires importantes de cette analyse sont que l'image est virologiquement complexe, avec de nombreuses souches de virus grippaux en circulation, mais sans aucun changement antigénique dans le virus de la grippe A (H1N1) 2009, et sans différences génétiques immédiatement évidentes entre les virus isolés à partir des cas de décès et ceux

entraînant une forme légère de la maladie. L'image de la maladie associée à la grippe A (H1N1) 2009 est compatible avec ce qui a été vu lors de la pandémie de 2009.
Pour mettre cette information dans la perspective de la situation correspondante dans toute l'Europe selon le Bulletin Électronique hebdomadaire d'EuroFlu - du 7 janvier 2010 (<http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi>) est le suivant : "une Augmentation des taux de consultation ont été signalés par 12 parmi les 32 pays qui fournissent des données sur le syndrome pseudo grippal (SG) et/ou les infections respiratoires aiguës (IRA), principalement chez les enfants âgés de 0-4 ans. Au Royaume-Uni (Angleterre), le groupe des 5-14 ans était le plus touché.
Sur les 10 pays déclarant seuils de référence calculés, 5 (France, Irlande, Israël, Luxembourg et l'Ukraine) ont déclaré des taux de consultations cliniques au-dessus des seuils. Le Danemark et le Royaume-Uni (Angleterre) ont signalé une forte intensité de l'activité grippale.
"Parmi les 38 pays fournissant une déclaration concernant la répartition géographique de la grippe, 11 ont signalé une activité étendue ; 5 ont déclaré une activité régionale, 6 ont signalé une activité locale et 16 autres ont signalé une activité nulle ou sporadique.
L'impact de la grippe sur les systèmes de soins de santé était faible dans 16 parmi les 21 pays faisant des déclarations sur cet indicateur, avec l'Irlande, Israël, le Royaume-Uni (pays de Galles et Écosse) et la Turquie rapportant un impact modéré. "

## LA GRIPPE SAISONNIERE FAIT SES PREMIERES VICTIMES EN ALGERIE

***Date : 16 jan 2011***
***Source : Le temps d'Algérie, Quotidien National d'Information<http://www.letempsdz.com/content/view/51569/1/>***

La grippe saisonnière qui sévit en ce moment se présente sous une forme virulente. Selon des sources proches du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, outre le décès enregistré dernièrement, plusieurs malades dans un état grave ont été hospitalisés dans les centres sanitaires publics durant la dernière semaine.
Une autre source affirme qu'un 2ème cas est également à déplorer. Il s'agit d'une femme âgée d'une quarantaine d'années décédée au centre hospitalo-universitaire de Bab El Oued, jeudi dernier [13 janvier 2011]. Contacté par nos soins, le professeur Mohamed Tazir, directeur général de l'Institut Pasteur, a estimé que cela est tout à fait normal, puisque la grippe dite classique fait annuellement plus de 2000 morts à l'échelle mondiale, ajoutant que finalement, le virus A/ H1N1 n'a pas fait autant de victimes que le virus en question.
Selon lui, il n'y a pas lieu de s'alarmer, mais il faut rester vigilant. Il précise dans ce cadre que "la grippe tue les personnes fragilisées. C'est pour cette raison que le ministère consacre une enveloppe conséquente pour l'acquisition annuelle de vaccins contre ce virus". Il rappelle que ce dernier infecte les poumons et empêche la personne de respirer correctement. Il devient plus dangereux quand il est renforcé par une maladie chronique. Le professeur Tazir rappelle, par la même occasion, l'importance de la vaccination pour les personnes souffrantes de maladies chroniques, ou âgées de plus de 65 ans.
Il y a lieu de rappeler que le ministère de la Santé a acquis 2 millions de doses de vaccin antigrippal, dont 1 880 000 doses ont été utilisées, selon une source bien informée, qui ajoute que le ministère a augmenté cette année la quantité importée afin de se rapprocher des normes mondiale, en matière de couverture vaccinale.
Cette question a fait l'objet de plusieurs réunions du comité ministériel de lutte contre la grippe, qui a préconisé une progressivité dans cette couverture, sachant que notre pays n'a pas encore atteint le niveau recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, en l'occurrence 75 pour cent de couverture vaccinale chez les personnes âgées de plus de 65 ans. [Par Samira Azeggag]

ONMNE

## GRIPPE A/H1N1 RUSSIE (SARATOV)

*Date : 27 Déc. 2010*
*Source : News agency "Novosti" (in Russian, trans. by ATS, edited]*
<http://www.rian.ru/incidents/20101227/314123383.html>

### EPIDEMIE DE GRIPPE PORCINE AU SEIN DE L'ECOLE DE GYMNASTIQUE DE SARATOV

Selon un porte-parole du ministère régional de la Santé, 12 élèves du gymnasium n° 5 de la ville de Saratov ont été confirmés atteints de la grippe A / (H1N1) 2009. Entre 21 et le 28 décembre 2010 4 classes ont été fermées en raison d'une incidence élevée des infections respiratoires virales. Chez 12 parmi 57 élèves testés pour la grippe A / (H1N1) 2009 l'infection par ce virus a été confirmée par le test de laboratoire. Les infections ont été d'une intensité légère et tous les élèves ont été gardés sous surveillance par les cliniques locales. En outre, 2 autres écoles ont également été fermées pendant plusieurs jours par mesure de précaution. Les autorités sanitaires de la ville ont signalé qu'à l'heure actuelle l'incidence de la grippe dans la population générale est de 2,9 % inférieur à celui observé dans les années précédentes.
Cependant l'incidence chez les enfants de moins de 2 ans, et dans le groupe d'âge 7-14 ans, est respectivement de 6,5% et 2,4%, plus élevée que ce qui précédemment observé.
Le ministère de la Santé a indiqué que 29 cas de grippe porcine ont été enregistrés dans l'ensemble de l'oblast de Saratov depuis le début de l'année 2010, dont 17 ont été enregistrées au début de l'année 2011 et 12 en Décembre 2010.

### COMMENTAIRES PROME-RUS

Ces maigres statistiques suggèrent que l'épidémie actuelle de grippe saisonnière porcine à Saratov pourrait avoir une ampleur similaire à celle de l'année précédente.

## GRIPPE : ISRAËL

*Date : 13 janvier 2022*
*Source : Jweekly.com <http://www.jweekly.com/article/full/60494/swine-flu-hits-israel/>*

Selon le ministère de la Santé, 13 Israéliens, au moins sont hospitalisés dans un état critique pour grippe porcine également connue sous le nom de [grippe A / (H1N1) 2009], dont 5 enfants, tandis qu'au moins 4 autres Israéliens sont morts de cette grippe au cours des dernières semaines.
Radio Israël a rapporté que le 10 janvier 2011, une fillette de 6 ans est devenue semble-t-il la 4ème victime de la grippe quand elle est morte au Centre médical Assaf Harofé. Sa mort est, selon les médecins, probablement due à des complications liées à la grippe porcine.
Le Jérusalem Post a rapporté que le ministère a également précisé que quelques 8000 Israéliens ont déjà rapporté des symptômes de grippe porcine au cours de cet hiver 2010-2011. Environ 15 % de la population générale [vers 7,5 millions] d'Israël , et un peu plus de la moitié de ceux appartenant aux catégories à haut risque ont été vaccinés.

*Date : 14 janvier 2011*
*Source : Daily Maariv [in Hebrew, machine trans. & summ. edited]*
*<http://www.nrg.co.il/online/1/ART2/200/512.html?hp=29&loc=8&tmp=7257>*

À ce jour, 28 patients ont été hospitalisés dans un état grave conséquence de l'épidémie de grippe A / (H1N1) 2009, et 4 sont décédés. En début de la prochaine semaine [semaine du 16

janvier 2011] des médecins devraient porter plainte devant la Haute Cour pour la pénurie de lits. Sur les 28 patients hospitalisés, 24 sont sur les respirateurs et 3 sont dans un état grave. 4 patients sont morts [des suites de la grippe A / (H1N1) 2009]. «Je ne souviens pas que nous nous avions déjà vécu une telle situation" a déclaré le chef de service de chirurgie cardiaque à l'hôpital Beilinson à Petah Tikva.

Il y a 3 jours le nombre de patients en soins intensifs était de 23, dont 19 sous respirateurs. Toutefois, sur la base des données disponibles actuellement au ministère de la santé on peut conclure que l'épidémie avait atteint son pic. 3 parmi les patients sous respirateur ont été transférées à l'hôpital Beilinson qui dispose d'équipements d'ECMO [Oxygénation extracorporelle]. Le chef de service de chirurgie cardiaque à l'hôpital Beilinson a expliqué que l'infection grippale affecte les échanges gazeux dans les poumons et l'ECMO est une procédure complexe qui facilite l'oxygénation du sang mais qui exige une équipe qui lui est dédiée à la fois à l'hôpital Beilinson que pour le transfert des patients à partir d'autres hôpitaux. Au cours des journées du 11 et 12 Janvier 2011, plusieurs autres hôpitaux demandé à l'hôpital Beilinson un traitement ECMO pour leur patients.

«Ce problème est certainement une situation inhabituelle, car 3 patients, parmi les cas sévères, sont des jeunes sans facteurs de risque, a déclaré le même médecin. « L'année dernière nous avons rencontré cette morbidité grave seulement parmi ceux qui avaient graves problèmes de santé sous-jacents. Cette année, c'est différent. "Selon l'hôpital, leur chances de guérison sont plus de 50 %, mais «sans ECMO leurs chance de guérison sont nulles. "

### COMMENTAIRE PROMED-MAIL

ProMED-mail ne diffuse pas systématiquement les messages de données pour tous les pays, mais étant donné qu'Israël a été omis par la dernière mise à jour de l'OMS, ces rapports sont publiés pour remédier à cette omission !!!!!

## POINT SUR LA GRIPPE SAISONNIERE EN MARTINIQUE : 13.000 CAS REPERTORIES

***Date : mar. 18 jan 2011***
***Source : bondaManjak [édité]***
*<http://bondamanjak.com/martinique/28-a-la-une/11092-point-sur-la-grippe-en-martinique-13-000-cas-repertories-.ml>*

Ce jour, l'Agence Régionale de Santé(ARS) a fait le point sur l'épidémie actuelle de grippe qui sévit actuellement en Martinique. On compte actuellement 13 000 cas. Cette grippe saisonnière est identifiée sous le nom H3N2. La maitrise de l'épidémie passe par la vaccination conseillée. La campagne de vaccination se termine le 31 janvier 2011. 16.000 personnes ont été vaccinées lors de la dernière campagne 2009/2010.

### COMMENTAIRE PROMED-FRA

Selon l'InVS, durant le mois de décembre 2010, le nombre de syndromes grippaux vus a régulièrement augmenté, dépassant les valeurs maximales attendues pour la période, avec une forte accélération au cours de la même période. Depuis le début de la saison on observe une co-circulation des virus grippaux de type A/ H3 et B.

(<http://www.invs.sante.fr/regions/antilles_guyane/pe_grippe_martinique_01_2011.pdf>)

Le moyen le plus efficace de se prémunir contre la maladie ou contre une issue grave étant la vaccination, espérons que la présente campagne de vaccination qui prend fin le 31 janvier 2011, puisse toucher le maximum de la population.

# FIÈVRE HÉMORRAGIQUE CRIMÉE-CONGO

## FIEVRE HEMORRAGIQUE CRIMEE-CONGO EN AFRIQUE DU SUD : (NORTHERN CAPE)

***Date : 31 Déc. 2010***
***Source : The New Age [edited]***
*<http://www.thenewage.co.za/6913-1008-53-N_Cape_farmer_contracts_Congo_fever>*

Un agriculteur âgé de 64 ans, originaire de Petrus burg au Northern Cape, qui était tombé malade après avoir été mordu par une tique, a été diagnostiqué comme ayant une fièvre hémorragique Crimée-Congo [FHCC], une maladie qui n'a pas un traitement spécifique et qui peut se révéler mortelle pour le malade en quelques jours. Les symptômes peuvent comprendre des saignements par tous les orifices corporels. Cet agriculteur est devenu la 5ème personne à avoir contracté cette maladie en Afrique du Sud, cette année [2010]. Tous les cas ont été confirmés par un laboratoire public.

L'agriculteur a été mordu par une tique _Hyalomma_ le 30 décembre 2010 et a développé, 2 jours plus tard, des symptômes grippaux dont une fièvre, des maux de tête et des courbatures. L'agriculteur a consulté ensuite au Complexe hospitalier de Kimberley, où il est traité pour FFCC.

Le Professeur Lucille Blumberg de l'Institut national des Maladies transmissibles a confirmé hier que le fermier de Petersburg souffrait d'une FHCC suite à une morsure de tique. Elle a déclaré que ce cas était le troisième cas de cette maladie signalé dans le Cape Nord cette année [2010].

Blumberg a révélé qu'un autre éleveur ovin de 67 ans originaire de Rouxville à Free State, qui présente également une FHCC, répondait bien au traitement, et qu'aucun cas secondaire n'a été signalé. "La fièvre Crimée-Congo n'est pas une maladie fréquente au Northern Cape, mais ce n'est pas surprenant qu'on nous signale un cas. « «La plupart des cas se produisent au cours des mois d'été », a déclaré Philip Blumberg « Heureusement, que les médecins de la région sont familiers avec cette maladie et ses symptômes et qu'ils prennent toujours des précautions de sécurité quand un patient se présente avec des symptômes de la maladie à l'hôpital ».

La FHCC est provoquée par une infection par un virus (Nairovirus de la famille des Bunyaviridae) transmis par les tiques, qui est acquise quand une personne est mordue par une tique _Hyalomma_. Les symptômes comprennent des céphalées, forte fièvre, des maux de dos, douleurs articulaires, douleurs gastriques et vomissements. Les personnes à risque de contracter cette maladie sont les éleveurs d'animaux, les ouvriers s'occupant du bétail et ceux travaillant dans les abattoirs. Les personnes qui sont en contact direct avec les malades atteints de FHCC sont également à risque c'est pour cette raison que les patients ayant une suspicion ou une FHCC confirmée doivent être maintenus en isolement.

Le porte-parole du ministère provincial de la santé a déclaré que le fermier de 64 ans était toujours en isolement à l'Hôpital de Kimberly. "La fièvre du Congo est très contagieuse. Les personnes qui sont entrées en contact direct avec ce patient sont surveillées de près pour s'assurer qu'elles ne présentent pas de symptômes de la maladie. "

La maladie est endémique dans de nombreux pays d'Afrique, d'Europe et d'Asie, et en 2001, des cas ou des épidémies ont été enregistrés au Kosovo, en Albanie, en Iran, au Pakistan et en Afrique du Sud.

ONMNE

La maladie a été décrite en premier dans la péninsule de Crimée en 1944 et désignée par l'appellation de fièvre hémorragique de Crimée. En 1969, il a été découvert que l'agent pathogène qui cause la fièvre hémorragique de Crimée était le même que celui responsable d'une maladie identifiée en 1956 au Congo. La sommation des 2 noms a donné le nom actuel de la maladie et du virus. La maladie est grave chez l'homme, avec un taux de mortalité élevé.

### COMMENTAIRE PAR HEALTHMAP ALERTES VIA PROMED-MAIL

Il ya eu des cas sporadiques de fièvre hémorragique Crimée-Congo en Afrique du Sud au cours des différentes années. Fort heureusement, les hôpitaux qui prennent en charge ces patients ont des installations efficaces de soins en isolement, de sorte qu'il n'y a pas eu, au sein des hôpitaux, de transmission associée à ces 2 cas. Entre 1982 et 1992, 101 cas humains de FHCC ont été signalés en Afrique du Sud (voir archive ProMED-mail 19980318.0515). Comme le note le rapport ci-dessus, ce virus est très répandu.

Jack Woodall de ProMED a été le premier auteur de l'article décrivant l'isolement du virus du Congo, à partir du sang humain dans ce qui était alors le Congo belge, puis le Zaïre. Les infections par le virus FHCC sont souvent asymptomatiques chez les ovins et les bovins, ce qui pose un risque à l'abattoir pour les ouvriers entrant en contact avec le sang d'animaux virémiques. Il y avait eu des cas associés à des abattoirs et fermes d'élevage d'autruches en Afrique du Sud en 1996 (voir ProMED-mail 19961105.1861 archive).

D'autres informations détaillées sur la Fièvre hémorragique Crimée-Congo peuvent être trouvées dans le Centre médias de l'OMS à :
<http://www.whumberint/mediacentre/factsheets/fs208/en/>.

# POLIOMYÉLITE

## POLIOMYELITE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

***Date : Lun 27 déc. 2010***
***Source : Urgences <http://www.urgencesci.net/lire.php?id=1224&PHPSESSID=33c0ef8b0654cc4ecb6f784f18bfeb2a>***

### CONGO-KINSHASA : RESURGENCE DU POLIOVIRUS - LE GOUVERNEMENT MOBILISE

Suite à la réapparition de cette maladie invalidante et qui peut être mortelle en RDC, avec pour épicentre la ville de Kikwit dans le Bandundu, le gouvernement congolais envisage l'organisation d'une vaste campagne de vaccination pour éradiquer le poliovirus sauvage en RDC.

Aussi, le Premier ministre Adolphe Muzito a-t-il présidé vendredi 24 décembre 2010 une importante réunion sur la résurgence du poliovirus sauvage dans certaines provinces de la RD Congo. L'objectif général envisagé par cette réunion était d'examiner les méthodes et les moyens d'organiser une campagne de vaccination en vue d'arrêter la circulation du poliovirus sauvage en RD Congo.

La poliomyélite est une maladie causée par le poliovirus. Cette maladie rend infirme à vie et elle cause la mort, dans un grand nombre de cas. D'ailleurs, le bilan indique qu'il faut amorcer des actions de lutte d'envergure. A ce jour, plus de 82 cas dont 20 suspicions sont constatés. Ils se répartissent entre les provinces du Kassaï Oriental, du Bandundu, du Katanga, de l'Équateur, de la Province Orientale et de Kinshasa, la capitale. Selon les données médicales actuelles du ministère de la Santé, c'est la ville de Kikwit qui est l'épicentre de la maladie.

Pour réussir, il faut une campagne de vaccination générale en vue d'éradiquer cette maladie. Ce qui exige des ressources matérielles importantes. D'où, la nécessité de mobiliser des

ONMNE

ressources financières nécessaires. C'est pour cette raison que le gouvernement sous la coordination du Premier ministre a décidé d'organiser à l'Hôtel du gouvernement (Primature), dès lundi 27 décembre 2010, une collecte de fonds qui recueillerait des contributions individuelles de chaque membre du gouvernement.

M. Adolphe Muzito a annoncé, au cours de cette réunion, la contribution matérielle du gouvernement en vue de la réalisation de la vaccination à travers tout le pays. Plusieurs stratégies sont envisageables pour éradiquer la polio, notamment la vaccination par du porte-à-porte, et dans tous les milieux.

Pour éviter la maladie, le ministère de la Santé, recommande à la population un geste très simple d'hygiène corporelle : se laver souvent les mains.

La couverture vaccinale actuelle estimée à 73 % est faible. Elle justifie la vaccination totale de l'ensemble de la population : les quelques 75 millions d'habitants de la RD Congo.

### COMMENTAIRE PROMED-FRA

Contrairement à son voisin de la République du Congo qui est resté environ 10 ans sans aucun cas de poliomyélite, la RD Congo a connu des cas récents de poliomyélite à polio virus sauvages dans la région du Kasaï Occidental (voir ProMED FRA numéro d'archives 20101002.213732 du 2 octobre 2010).

L'article ici ne précise pas s'il y a des cas de décès ou pas, mais comme en République du Congo, on peut noter que le faible taux de couverture vaccinale est en partie la cause de cette résurgence de cas de poliomyélite.

## PARALYSIE FLASQUE AIGUE A HAÏTI

***Date : 17 Jan 2011***
***From : James Wilson <jim.wilson@qifde.org>***

### *Haïti : cas suspects de VDPV [vaccine derived poliovirus] poliovirus dérivé d'une souche vaccinale[1], de type I*

[1] *Un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) est une souche rare de poliovirus obtenue par mutation de la souche utilisée dans le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).*

*Le vaccin antipoliomyélitique oral contient une version affaiblie du poliovirus qui active une réponse immunitaire dans l'organisme. Le sujet vacciné transmet ce virus affaibli à d'autres personnes qui fabriquent elles aussi des anticorps antipoliomyélitiques, ce qui, en fin de compte, permet d'interrompre la transmission du poliovirus dans une communauté. Dans de très rares cas, le virus présent dans le vaccin peut muter et, sous sa nouvelle forme, provoquer une paralysie. Lorsque ce virus acquiert à nouveau la capacité de circuler, on l'appelle poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant (PVDVc). Comme dans le cas des poliovirus naturels (poliovirus sauvages), la seule protection contre les PVDVc est la vaccination complète.*

*La propagation d'un PVDVc montre que trop d'enfants restent insuffisamment vaccinés. Une population entièrement vaccinée sera protégée contre toutes les souches de poliovirus, qu'elles soient sauvages ou dérivées d'une souche vaccinale.*
*Bien qu'il s'agisse d'un phénomène assez rare, les PVDVc n'ont rien de nouveau et ont déjà été observés dans plusieurs parties du monde. Mais les avantages du vaccin antipoliomyélitique oral l'emportent de loin sur le risque d'une contamination par le PVDVc:*

- *Au cours des dix dernières années dans le monde (jusqu'en septembre 2007), plus de dix milliards de doses de vaccins antipoliomyélitique oral ont été administrées à plus de deux milliards d'enfants.*
- *Au cours de la même période, neuf flambées dues à des PVDVc ont touché neuf pays, dans des communautés à faible couverture vaccinale, provoquant moins de deux cents cas de poliomyélite.*
- *Pendant ce temps, plus de 33 000 enfants ont été paralysés par le poliovirus sauvage et plus de 6,5 millions de cas de poliomyélite ont été évités par le vaccin antipoliomyélitique oral.*

ONMNE

Je me rends compte que nombreux parmi vous attendent avec impatience les résultats du diagnostic chez la personne suspectée atteinte par un VDPV (poliovirus dérivé d'une souche vaccinale) de type I qui a été exposée comme présentant une «paralysie ascendante"/paralysie flasque aiguë (PFA).

Voici les mises à jour telles que nous les saisissons :

1) Trois cas chez des adultes ont été identifiés dans un centre médical au « Port de Paix » durant la semaine du 10 janvier 2011. Deux ont été mortels, tandis que le 3ème demeure paralysé et dépendant d'une ventilation assistée dans une unité de soins intensifs à Port-au-Prince. Plusieurs prélèvements ont été faits chez ce patient à des fins de tests diagnostiques. Le patient survivant a été initialement diagnostiqué comme présentant un « Syndrome de Guillain-Barré ».

2) Un autre cas pédiatrique a été identifiée comme ayant été hospitalisé à Charlotte, en Caroline du Nord, où elle reste ventilation-dépendante dans une unité de soins intensifs. Cette malade serait tombée malade en Octobre 2010, elle vivait à Pétionville. Il est à noter l'équipe médicale impliquée dans sa prise en charge avait diagnostiqué chez cet enfant un « Syndrome de Guillain-Barré ». ... Une fois l'hypothèse VDPV soulevée, il y'a eu préoccupation pour la sécurité de la communauté de Charlotte, étant donné le problème national d'observation des vaccinations dans l'enfance.

3) Un partenaire anonyme du HEAS [Haïti Epidemic Advisory System] a rapporté avoir vu « un jeune âgé entre 16 et 18 ans, de Fermate mourir suite à une paralysie flasque aiguë, mais il ne savait pas à ce moment-là que le gouvernement a annoncé une telle chose. Nous avons passé beaucoup de temps à tenter de démêler quelle partie de moelle épinière aurait pu lui occasionner une paralysie flasque ascendante provoquant la mort par insuffisance respiratoire, en environ 24 heures et la réponse médicale et physiologique voulait que cela ne pouvait être du qu'à un Guillain-Barré. La Poliomyélite ne m'est jamais venue à l'esprit. Il avait eu une fracture de jambe et a eu une rachianesthésie qui s'est résolue, mais il est revenu le lendemain se plaindre de faiblesse et de troubles respiratoires. "

4) l'investigation officielle a permis de retrouver plusieurs autres cas suspects pour les tests diagnostiques à la fois à « Port de Paix » et à Port-au-Prince.

Comme c'est indiqué précédemment, Hispaniola (commençant à Haïti, avec diffusion vers la République dominicaine) a été le site d'une importante épidémie de ***poliovirus dérivé d'une souche vaccinale*** (VDPV) de type I, qui a évolué de 1998 à 2001 et qui a démystifié la fausse croyance antérieur que le vaccin antipoliomyélitique oral n'a jamais causé que de rares cas isolés de réversions. Les deux zones de Port de Paix et de Port-au-Prince ont été impliquées dans l'épidémie. Plusieurs prélèvements environnementaux ont fourni la preuve de la contamination de l'environnement. Le virus, un mutant reversé instable, s'est révélé s'être recombinés avec 4 entérovirus autochtones. Cette série de mutations a abouti à un nouveau virus actuellement capable de transmettre agressivement, une maladie neurologique grave, et la mort. On ne sait pas quel est le taux de létalité réel comparativement au virus polio de type sauvage. Mon opinion personnelle est qu'il est probablement plus élevé étant donné qu'il s'agit d'un mutant instable en train encore de s'adapter à la fois à l'environnement qu'à la population hôte.

La bonne nouvelle est que la vaccination rapide en urgence par le VPO, en 2001, a été présumée avoir permis le contrôle de la situation. Cependant, la situation actuelle remet en question la notion de savoir si le virus a été ou non vraiment contrôlé, d'où la nécessité d'une

*Dans le passé, la circulation des PVDVc a rapidement été interrompue par des campagnes de vaccination de qualité comportant deux ou trois tournées. La solution est la même pour toutes les flambées de poliomyélite : il faut vacciner chaque enfant plusieurs fois avec le vaccin antipoliomyélitique oral pour interrompre la transmission, quelle que soit l'origine du virus.*

évaluation laborantine absolue définitive et crédible des prélèvements aussi bien humains qu'environnementaux.
Nous avons été consternés de connaitre le nombre de personnes impliquées dans le prise en charge initiale et le transport du cluster autour du patient de Port de Paix qui n'ont donné aucune alerte au sujet de la situation. Ils ont été interviewés après la découverte d'une vidéo sur You Tube montrant le transfert de l'un des patients par l'un de nos astucieux membres du HEAS le 9 janvier 2011. Potentiellement exposé, le personnel haïtien et non-haïtiens impliqués dans les équipes des structures sanitaires à Port de la Paix et à Port-au-Prince et 2 équipes de transport. Nous sommes heureux qu'aucun, des membres du personnel concernés, n'a signalé des symptômes. Il est essentiel de noter que le personnel vacciné correctement contre la polio est protégé, mais pour le personnel haïtien et pour la communauté environnante c'est une toute autre affaire ...
Les résultats de laboratoire sont toujours en attente. Nous espérons que cela aboutira à une fausse alerte, mais comme la survenue du choléra nous l'a montré, la complaisance coûte des vies.

***James M. Wilson V, MD***
***Haiti Epidemic Advisory System (HEAS)***
***Executive Director***
***Praecipio International***
***Washington-Houston-Port au Prince***
<***jim.wilson@praecipiointernational.org***>

L'email ci-dessus est la première information que ProMED-mail a reçue concernant la vraisemblable épidémie de paralysie flasque aiguë en Haïti, et nous sommes reconnaissants à M. Wilson pour l'envoi de cette alerte. En recherchant sur le web, ce modérateur a été en mesure de retrouver les alertes plus anciennes relatives à l'identification d'un "cluster" de cas de paralysie flasque aiguë posté sur un blog connu sous le nom de « Milieu de partage d'Informations médicales et de santé publique sur Haïti » au <http://haiti.mphise.com/ru/re-update-alert-acute-flaccid-paralysis>.

La flambée de VDPV dans Hispaniola a été couverte par ProMED et peut être consultée par la lecture des messages antérieurs référencés ci-dessous. Au moment de cette épidémie (2000-2001), il y avait eu un total de 21 cas de paralysie liée au VDPV en Hispaniola (8 à Haïti et 13 en République dominicaine), dont 12 cas ont été signalés en 2000 et 9 cas ont été signalés en 2001.
(<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinederivedpoliovirus.aspx>).
Kew et al. ont démontré que le virus responsable de la flambée de paralysie de poliomyélite en République dominicaine et Haïti était un **poliovirus dérivé d'une souche vaccinale** d'un vaccin atténué poliovirus (PVO) en cours d'utilisation en 1998-1999. (Voir Kew O, et al. Outbreak of Poliomyelitis in Hispaniola Associated with Circulating Type 1 Vaccine-Derived Poliovirus. Science 12 Apr 2002: 356-359. Résumé disponible à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11896235>.)
Kew mentionne qu'il est fréquent que des virus vaccinaux "mutent réversiblement" (retour d'une neurovirulence comparable à celle des poliovirus sauvages), mais les problèmes se posent dans les zones à faible couverture vaccinale et où, par conséquent, l'immunité de groupe (*immunité de communauté) est* faible, de sorte que ces virus mutants se retrouvent dans un environnement favorable pour leur circulation et la propagation d'une épidémie de la maladie paralytique. (Voir les messages ProMED antérieurs sur d'autres événements liés aux VDPVs).
Dans le cadre des activités de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, tous les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) chez les sujets de moins de 15 ans doivent être signalés

et investigués. Un indicateur de référence d'une activité de surveillance adéquate est un taux de déclaration des cas de PFA d'au moins 1 pour 100 000 habitants par année. Selon les données de surveillance, disponibles sur le site de l'OMS de suivi de la vaccination, au cours de la période allant de 1996 à 2010, les taux des PFA non-polio signalées en Haïti ont été inférieurs à 1 pour 100 000 habitants âgés de moins de 15 ans, durant toutes les années au cours de cette période, y compris 2000 et 2001. Or en 2000-2001, il y avait eu la cVDPV (circulation ***poliovirus dérivé d'une souche vaccinale***) et les cas de poliomyélite paralytique associés, et pendant lesquelles la surveillance des PFA a été sensiblement renforcée (de taux de 0.0/0.1 à respectivement 0,6 et 0,8 en 2000/2001,) (données disponibles via une page interactive à l'adresse : <http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm>).

Ces chiffres suggèrent que la surveillance de la maladie paralytique en Haïti a été sous-optimale et pourrait bien ne pas avoir été mesure d'écarter l'éventualité d'avoir eu une circulation du poliovirus «sous les radars", qu'il s'agisse de poliovirus sauvages (PVS) ou d'un ***poliovirus dérivé d'une souche vaccinale*** (VDPV). De plus, comme on le voit avec l'expérience récente de choléra en Haïti, la possibilité d'une introduction du poliovirus sauvage existe, étant donné qu'il y'a eu un afflux important de volontaires internationaux après le tremblement de terre pour les activités de secours.

Malheureusement, la confirmation en laboratoire à ce moment peut être contestée car 2 parmi les cas identifiés l'ont été des cas mortels, dont l'un avait débuté sa maladie en Octobre 2010, et un résultat négatif de l'isolement du virus ne peut pas permettre d'exclure définitivement une infection virale, en délaissant le seul cas actuellement à l'hôpital en Haïti sous respirateur qui est le seul cas chez lequel il existe une probabilité raisonnable de succès du test d'isolement du virus. Cela étant dit, la possibilité d'une série de plusieurs cas de syndrome de Guillain-Barré (SGB) se produisant dans des délais rapprochés existe également. Le SGB a été associée aux infections gastro-intestinales et respiratoires (aussi bien virales que bactériennes), et aux suites de vaccinations, ces 3 événements/situations pré-disposantes coexistent dans le contexte actuel en Haïti.

## PARALYSIE FLASQUE AIGUE EN HAÏTI : LE SYNDROME DE DEMYELINISATION OSMOTIQUE, PAHO

***Date : 26 Jan 2011***
***Source : Pan American Health Organization (PAHO) press release [edited]***
***<http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=4646&Itemid=1926>***

### LA PAHO / OMS ENQUETE SUR DES CAS DE PARALYSIE A PORT-DE-PAIX, EN HAÏTI

Des experts de l'Organisation panaméricaine de la santé PAHO/OMS, avec des collègues du ministère de la Santé d'Haïti et du CDC enquêtent autour de 4 cas de paralysie en convalescence d'un choléra à Port-de-Paix, en Haïti et, en attendant les résultats de laboratoire, qui sont susceptibles d'écarter la polio comme une cause de la paralysie.

Des experts dont des toxicologues enquêtent sur des contaminations éventuelles à l'hôpital ou au domicile par des médicaments, de la nourriture ou une autre source qui aurait été la cause du décès dans ces cas. Les enquêteurs de la PAHO et du CDC mènent des études sur le terrain et rendront un rapport de leurs conclusions dès que les résultats de laboratoire seront disponibles.

La poliomyélite a été l'une des premières éventualités soulevées en raison de ses répercussions sur la santé publique. Toutefois, les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de ces cas, font de la poliomyélite une possibilité peu probable ; en termes

simples, la polio n'a pas un taux de mortalité élevé. Bien que considérée comme hautement improbable, la polio n'a pas été définitivement exclue, en attendant les résultats de laboratoire. La PAO/ OMS a suggéré que les autorités sanitaires restent vigilantes en cas de survenue de nouveaux cas et a soutenu les autorités sanitaires locales dans la conduite de l'enquête avec du personnel technique, dont des épidémiologistes, un clinicien et une infirmière vaccinatrice. Une infirmière qui travaille dans le programme de vaccination la PAHO/ OMS, est retournée d'une visite dans les collectivités touchées, le 24 janvier 2011, ramenant des échantillons prélevés chez quelque unes des familles. Un clinicien et un expert en vaccination participent à la mission d'enquête.

Des épidémiologistes de terrain de la PAHO/ OMS et des autorités sanitaires locales du département du Nord-Ouest ont tout d'abord signalé, le 10 janvier 2011, un cluster de syndromes neurologiques aigus dans ce département. À la date du 24 janvier 2011, 4 cas présentant un syndrome neurologique aigu, dont 3 décès, ont été déclarés, avec des dates de début s'étalant de Novembre à Décembre 2010 dans la zone de la « La Pointe », dans la commune de Port-de-Paix, et dans la commune voisine de « Saint Louis du Nord ». Tous les cas ont été observés dans le même centre de traitement du choléra et sont retournés 2-4 jours plus tard avec des symptômes neurologiques qui ont justifiés leur hospitalisation.

En collaboration avec le Directeur du Département du Nord-Ouest et les fonctionnaires locaux, des entrevues avec le personnel médical et les parents ont montré que les patients ont été admis à l'hôpital entre début novembre et la fin décembre 2010. Ces patients, hospitalisés pour choléra grave, ont présenté une paralysie flasque aiguë ascendante bilatérale apparue entre 24 et 72 heures après la fin du traitement du choléra. Aucun autre cas n'a été détecté après l'enquête de terrain initiale dans le département du Nord-Ouest. Les échantillons de sang, de selles et de LCR ont été prélevés chez un patient, et les résultats de laboratoire sont toujours en attente. Les épidémiologistes de terrain de la PAHO / OMS et les autorités sanitaires locales ont notifié ces cas à l'unité centrale des alertes et d'intervention le 10 janvier 2011.

Parmi les cas suspects, seuls 4 avaient des symptômes et signes compatibles avec une paralysie. 3 sont décédés, et un est hospitalisé à Port-au-Prince. Il se relève lentement. Par mesure de prudence, le vaccin contre la poliomyélite a été adjoint à une campagne de vaccination prévue contre la diphtérie et la rougeole dans le département du Nord-Ouest. La polio a été éradiquée des Amériques en 1994, 3 ans après que le dernier cas a été signalé à Junin, au Pérou. L'initiative mondiale d'éradication de la polio a été lancée en 1988 et a réduit l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99 %. Quand elle a été lancée en 1988, plus de 350 000 enfants étaient atteints de paralysie dans plus de 125 pays endémiques. En 2009, seulement 1595 enfants ont été atteints de paralysie dans 24 pays. Aujourd'hui, seuls 4 pays sont toujours endémique pour la polio : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria, et le Pakistan et dans les pays où le poliovirus a une transmission endémique, les cas de poliomyélite ont diminué de 85% en 2010 par rapport à la même période de 2009.

**Communiqué par :**
***Daniel B Epstein (WDC)***
***Information Officer***
***Pan American Health Organization/World Health Organization***
<***epsteind@paho.org***>

## COMMENTAIRE

*Date : 26 Jan 2011*
*From : Niklas Danielsson <Niklas.Danielsson@ecdc.europa.eu> [edited]*

Après avoir lu la description par le Dr James Wilson sur ProMED-mail du 22 janvier 2011, d'un groupe de patients atteints de choléra en Haïti qui a développé une paralysie flasque aiguë au cours de la phase de convalescence après avoir été traités pour déshydratation sévère / choc hypovolémique, je voudrais proposer un diagnostic différentiel possible. Les symptômes qu'il décrit font évoquer une situation rare, mais bien décrite, appelée le syndrome de démyélinisation osmotique (SDO). Ce syndrome a une mortalité élevée et est liée à la correction d'une hyponatrémie par voie intraveineuse. Le choléra lui-même, ainsi que son traitement de réhydratation par voie orale et IV, peuvent entraîner une hyponatrémie. Une caractéristique des SDO est la présentation bi phasique. Les patients réagissent d'abord bien au traitement de la déshydratation et de l'hyponatrémie, mais ils se détériorent rapidement plus tard. Les patients décrits par Dr Wilson ont d'abord bien récupéré, avant de se détériorer dans les 72 heures. La symptomatologie classique comprend une quadriplégie symétrique, une dysarthrie, dysphagie, une confusion et une paralysie pseudobulbaire. L'hyponatrémie semble être le dénominateur commun pour les SIDO, qui sont également liés aux maladies chroniques : maladies hépatiques, alcoolisme, malnutrition, polydipsie psychogène, et la post-chirurgie.

***Niklas Danielsson***
***Senior expert communicable diseases***
***Scientific communication section***
***Country Cooperation and Communication Unit (CCU), ECDC***
<Niklas.Danielsson@ecdc.europa.eu>

La diffusion de l'information par la PAHO ci-dessus fait mention de 4 cas identifiés de syndrome neurologique aigu dans les 24 à 72 heures suivant un traitement pour le choléra dans le département du Nord-Ouest d'Haïti. Dans un rapport précédent de ProMED-mail concernant cet événement, il était question de 7 cas possibles visés par l'enquête (voir paralysie flasque aiguë - Haïti (02) : après choléra, RFI 20110125.0307). Dans les premiers stades de l'identification d'une épidémie, il n'est pas rare de recueillir des chiffres de cas différents provenant de différentes sources reflétant souvent des différences dans les déclarations des différentes sources d'informations et des définitions de cas souvent différentes. À ce stade, en attendant les résultats de l'enquête approfondie en cours, on ne peut exclure ni une étiologie infectieuse ni une exposition possible à des produits toxiques.

L'évocation du syndrome de démyélinisation osmotique [SIDO] par le Dr Danielsson (voir ci-dessus) est très intéressante. Une recherche dans la littérature a retrouvé la première discussion d'une démyélinisation associée à un traitement post hyponatrémie par Kleinschmidt-DeMasters BK, MD Norenberg dans Science en 1981 (réf. 1). Le premier article publié traitant de ce syndrome qui l'a spécifiquement cité comme syndrome de de démyélinisation osmotique a été publié par Sterns, Riggs, et Schochet dans le NEJM en 1986 (réf 4). La revue des références disponibles, montre que la plupart des publications se référent à des occurrences uniques ou à de petits groupes de patients identifiés, appuyant la mention du Dr Danielsson qu'il s'agit d'un syndrome rare et est associé à une augmentation rapide de sodium la suite d'une hyponatrémie sévère. La description de la présentation clinique SDO (bien résumée par le Dr Danielsson) est compatible avec la présentation des cas en Haïti rapportée par le Dr Wilson dans les 2 rapports ProMED-mail antérieurs. Il est curieux que cela n'ait pas été décrit dans la littérature en association avec des flambées de choléra dans le monde.

Nous attendons de plus amples renseignements sur les résultats du laboratoire et les études et enquêtes épidémiologiques complémentaires.

### RÉFÉRENCES


1. Kleinschmidt-DeMasters BK, Norenberg MD : Rapid correction of hyponatremia causes demyelination : relation to central pontinemyelinolysis. Science. 1981 Mar 6 ; 211(4486) : 1068-70 [abstract available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7466381>].
2. Laureno R: Central pontine myelinolysis following rapid correction of hyponatremia. Ann Neurol. 1983 Mar ; 13(3) : 232-42 [abstract available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6847135>].
3. Norenberg MD, Leslie KO, Robertson AS : Association between rise in serum sodium and central pontine myelinolysis. Ann Neurol. 1982 Feb ; 11(2) : 128-35 [abstract available at<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7073246>].
4. Sterns RH, Riggs JE, Schochet SS Jr : Osmotic demyelination syndrome following correction of hyponatremia. N Engl J Med. 1986 Jun 12 ; 314(24) : 1535-42 [abstract available at<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198606123142402>].
5. King JD, Rosner MH : Osmotic demyelination syndrome. Am J Med Sci. 2010 Jun ; 339(6) : 561-7 [abstract available at<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20453633>].


# CHOLÉRA

## UNE EPIDEMIE DE CHOLERA FAIT 8 MORTS AU NIGERIA (ETAT DU NIGER)

***Date : mer 12 jan 2011***
***Source : All Africa, un rapportage du Daily Trust***
***[en anglais, traduit Mod.SC, édité]***
***<http://allafrica.com/stories/201101120276.html>***

Une épidémie de choléra a fait 8 victimes dans les zones d'Edati et Lavun dans l'administration locale de l'État du Niger. Notre correspondant a remarqué que l'épidémie a d'abord commencé dans le village de Tama-Nku dans la zone d'Edati y a environ 2 semaines et a causé la mort de 7 personnes.

Danchitagi, Sa'achi et Egagi, les autres villages du gouvernement local de Lavun ont aussi été touchés par la pandémie et les rapports ont révélé qu'une personne à Danchitagi a été confirmée morte.

Mallam Mohammed Yusuf Danchitagi du centre de santé rural a confirmé à notre correspondant dans une entrevue téléphonique que les victimes ont contracté la bactérie par l'eau contaminée de la rivière Kaduna.

Yusuf a expliqué que les victimes qui avaient des vomissements et de la diarrhée ont été diagnostiqués et ont été testé positifs au choléra qui a conduit à leur mort car ils n'avaient pas reçu des soins médicaux à temps.

Mallam Yusuf a en outre conseillé aux habitants vivant près de la rivière d'éviter de consommer de l'eau sans la faire bouillir, et leur a dit de toujours faire bouillir et de traiter leur eau avant de l'utiliser pour éviter le choléra.

Le médecin a dit que le premier cas de l'épidémie a été signalé dans Tama-Nku et s'est propagé à environ 8 autres communautés dans la même zone.

Il a également signalé que 27 patients ont été traités au centre de santé rural de Danchitagi, ajoutant que 22 sont guéri et ont été renvoyés chez eux, mais que 5 étaient toujours à l'hôpital sous traitement.

ONIMNE

### COMMENTAIRE PROMED-FRA

Ceci semble indiquer que l'épidémie de choléra qui a secoué plusieurs pays Ouest et Centre africains comme le Cameroun, le Tchad et le Nigeria n'est pas totalement sous contrôle. La crainte est qu'avec le début de l'harmattan[2], intervienne une épidémie de méningite qui va aggraver la situation épidémiologique de ces pays.

## CHOLERA - MOZAMBIQUE (NAMPULA)

***Date : jeu 20 jan 2011***
***Source : All Africa, [en anglais, traduit Mod.SC, édité] <http://allafrica.com/stories/201101210155.html>***

Une épidémie de choléra dans le district de Monapo, dans la province de Nampula au nord du Mozambique, a fait 4 victimes au cours de la semaine dernière, selon un rapport du 20 janvier 2011, paru dans le quotidien de Maputo "Noticias".Il ya eu 176 cas diagnostiqués de la maladie qui sont, selon la directrice nationale adjointe de la Santé, particulièrement graves dans les communautés de Nacuca et Carapira. Les principales raisons de la propagation de la maladie dans Monapo, a t'elle dit, sont l'habitude de déféquer en plein air, et la contamination des puits non protégés, utilisés par la population. Un centre de traitement du choléra a été mis en place, et le chlore est utilisé pour désinfecter les sources d'eau. La direction de la santé locale a également demandé à l'agence de secours, le National Institute gestion des catastrophes (INGC) de fournir 3 réservoirs d'eau, avec une capacité de 20 000 litres chacun, qui vont être installés à Naruca, Carapira et Monapo. Puisque Monapo se situe dans le couloir ferroviaire de Nacala, il ya des craintes que la maladie ne se propage à d'autres parties de la province, dont les 2 principales villes, Nampula et dans le port de Nacala. Des cas de diarrhée sévère ont été rapportés de Nampula, sur l'île de Mozambique et dans les districts de Ribaue et de Murrupula, mais ces cas n'ont pas encore été confirmés comme étant le choléra.

### COMMENTAIRE PROMED-FRA

Dans une telle situation il faut dire qu'il ya une sous notification, car peu de personnes vont dans les hôpitaux lorsqu'ils sont malades. Pour l'OMS, l'épidémie de choléra est due aux mauvaises conditions d'hygiène et surtout à un accès insuffisant à l'eau potable. Dans les zones endémiques, la prévention du choléra consiste essentiellement à des mesures d'hygiène, pour notamment empêcher le croisement de la chaîne alimentaire avec la chaîne des excréments.

# FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT

## FLAMBEE DE FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT CHEZ DES OVINS DANS LE CAP ORIENTAL EN AFRIQUE DU SUD

***Date : 26 jan 2011***
***Source : The New Age [en anglais, traduit Mod.FE, édité]***
***<http://www.thenewage.co.za/8786-1007-53-Rift_Valley_Fever_outbreak_in_ECape>***

[2] *L'**harmattan** est un vent chaud, sec et poussiéreux d'Afrique de l'Ouest qui souffle vers le sud en provenance du Sahara dans le golfe de Guinée en hiver, entre la fin novembre et le milieu du mois de mars.*



ONMIP

Une flambée de la fièvre de la Vallée du Rift (RVF) s'est déclarée à Graaff Reinet et à l'embouchure du fleuve Kei, a indiqué le Département de l'Agriculture du Cap Oriental le 26 janvier 2011. Le porte-parole Thozi Manyisana a déclaré que les vétérinaires de l'état ont confirmé la mort de 3 moutons à l'embouchure du fleuve Kei et d'une vache à Graaff-Reinet. Les vétérinaires travaillent 24h sur 24 pour déterminer l'ampleur de la manifestation", a- t-il déclaré.

Des mesures de contrôle ont été appliquées. Elles comprennent :

- Vaccination des animaux prédisposés à la maladie utilisant une nouvelle aiguille pour chaque animal.
- Notification immédiate de toutes les mortalités, avortements et maladies aux techniciens de santé animale ou aux vétérinaires.
- Les carcasses, fœtus ou produits de l'élevage ne peuvent pas être détruits ou modifiés sauf autorisés par les vétérinaires et doivent être brûlés ou enterrés.
- Des précautions doivent être prises en manipulant les animaux, les fœtus ou les carcasses malades. Les vêtements de protection devraient inclure au moins des gants, des lunettes, des combinaisons et des bottes.
- Des mesures additionnelles de contrôle comprennent la pulvérisation hebdomadaire du bétail avec des produits contre les mouches et moustiques, et le déplacement des animaux loin des eaux stagnantes et le déplacement des animaux en haute altitude.

Selon les vétérinaires la RVF est une zoonose virale endémique en Afrique, qui affecte essentiellement les animaux mais qui peut aussi affecter des humains, a indiqué Manyisana. "La RVF a causé des épizooties importantes avec des taux de mortalité élevés chez les jeunes animaux et des avortements chez les ruminants. L'épizootie s'est typiquement produite après les périodes de grosses précipitations qui favorisent l'éclosion des œufs de moustiques qui sont porteurs du virus de la RVF", a-t-il dit. Les symptômes les plus importants chez les animaux infectés sont une mortalité élevée d'agneaux, de chevreaux ou de veaux, des avortements, des ictères, de la diarrhée sanglante, des saignements de nez, de la fièvre et des décès. Manyisana a indiqué que les humains peuvent aussi être contaminés par le contact avec le sang et d'autres liquides corporels des animaux infectés. Il a conseillé de ne pas consommer la viande d'animaux malades.

## RAPPORTS OIE SUR LA FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT ANIMALE EN AFRIQUE DU SUD

***Date : 28 Jan 2011***
***Source : OIE WAHIS [edited]***
*<http://web.oie.int/wahis/public.php?page=single_report&pop=1&reportid=10193>*

### RESUME DE LA SITUATION DE LA FIEVRE DE A VALLEE DU RIFT ANIMALE EN AFRIQUE DU SUD

Depuis le 17 janvier 2011, 4 foyers de FVR dans des élevages ont été déclarés au total par l'Afrique du Sud à l'OIE. La première épidémie de avait, paraît-il, commencé sur une ferme d'élevage ovin dans le sud (province du Cap occidental) le 24 Décembre 2010, et diagnostiquée en laboratoire le 7 janvier 2011. Au cours du mois de Janvier 2011, 3 autres foyers ont été rapportés, touchant des bovins (2 foyers) et des alpagas (un foyer, qui a débuté le 2 janvier 2011, à Drakenstein, province de Western Cape, ayant entrainé 13 morts animales parmi un groupe de 71).

Les 4 foyers s'étendent à travers tout le pays. L'accroissement de l'incidence de la FVR et sa large diffusion ne font que refléter, sans doute, les conditions météorologiques favorables à l'émergence de vecteurs infectés par la FVR, notamment les fortes pluies.

La vaccination serait largement appliquée par les agriculteurs et les services vétérinaires provinciaux. Un grand nombre d'animaux ont été vaccinés au cours de l'épidémie de 2010 et

la vaccination se poursuit. La Direction de la santé animale Afrique du Sud recommande fortement la vaccination de leurs animaux aux éleveurs avant la saison de la maladie sans la rendre obligatoire.

## FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT, OVINE – AFRIQUE DU SUD : STRATEGIE DE VACCINATION

***Date : 24 Jan 2011***
***Source : Knysna Plett Herald via ShowMe [summarised, edited]***
***<http://showme.co.za/plett/news/first-case-of-deadly-disease>***

Les Services vétérinaire provinciaux du Western Cape ont signalé un cas de fièvre de la Vallée du Rift [FVR] dans la région de Grande rivière Brak. Il s'agit du premier signalement de cette maladie en 2011 et la première réapparition de la maladie depuis la grande épidémie qui a eu lieu en 2010, qui a affecté 26 personnes en plus de 8 500 décès animal de cette maladie.
Les services vétérinaires sud-africains sont très préoccupés par un possible retour de la maladie pendant la saison des pluies de 2011. La pluviométrie généralisée et abondante que le pays a connu au cours de Janvier 2011 pourrait même déclencher une nouvelle épidémie de cette maladie. Il a été fortement recommandé aux agriculteurs de veiller à ce que leurs animaux soient vaccinés et d'être à l'affût des signes de la maladie.

## FIEVRE DE LA VALLEE DU RIFT CHEZ LES CAMELIDES EN AFRIQUE DU SUD

***Date : 31 Jan 2011***
***From : Sophette Gers <sophetteg@elsenburg.com>***

### LA VALLEE DU RIFT CHEZ LES ALPAGAS EN AFRIQUE DU SUD

Concernant votre communication dans ProMED Digest # V2011 47 "fièvre de la vallée du Rift en Afrique du Sud "[archive n° 20110129,0350] :
Je suis une anatomo-pathologiste en diagnostic vétérinaire qui a participé au diagnostic de la flambée initiale de FVR, survenue l'an dernier, chez des alpagas au Western Cape, dans une ferme différente de celle de cette année.
Aucun parmi les troupeaux d'alpagas touchés n'a été vacciné contre la FVR.
Lors de la flambée 2010, c'était surtout les animaux âgés d'un an qui ont été touchés (j'ai présenté les résultats macroscopiques et histopathologiques au collège Américain des anatomo-pathologistes vétérinaires à la réunion ACVP à Baltimore, en Octobre / Novembre 2010). [Voir résumé ci-dessous].
Les résultats préliminaires des enquêtes concernant l'épidémie, plus récente de cette année (2011), semblent montrer que la maladie affecte des sujets mâles plus murs. À ma connaissance, la FVR a n'a pas été rapportée auparavant chez des alpagas et qu'il n'a pas été enregistré une utilisation des vaccins chez les camélidés.
*Dr Sophette Gers*
*State Veterinarian*
*Provincial Veterinary Laboratory*
*Department of Agriculture : Western Cape Private Bag X5020, Stellenbosch, 7599, South Africa email : <sophetteg@elsenburg.com> Departmental website : <http://www.elsenburg.com>*

OMINE

## LE RESUME CONCERNANT LA FLAMBEE DE 2010 :

***Infection par le virus de la fièvre de la vallée du Rift chez les alpagas.***

Par S Gers (Western Cape Provincial Vétérinaire Laboratory, Stellen-bosch, South Africa) and J Grewar (Veterinary Services Western Cape, Epidemiology Section, Elsenburg, South Africa). Veterinary Pathology Online <http://vet.sagepub.com/content/47/6_suppl/3S> (subscription) : Abstract 165 2010 47 : 3S Vet Pathol.

"La fièvre de la vallée du Rift (FVR) est une infection zoonotique aiguë à suraiguë des ruminants domestiques, survenant principalement en Afrique. Elle est causée par un seul stéréotype d'un virus à ARN de la famille des (Bunyavirus) du genre Phlebovirus à transmission vectorielle. Des moustiques de l'espèce des Aèdes se développant dans les eaux de crue jouent un rôle majeur dans le déclenchement de flambées épidémiques après les périodes ayant une pluviométrie moyenne élevée, tandis que des Culex et des Anophèles, et à un degré moindre les mouches anthropophages, sont également considérés comme des vecteurs potentiels d'épidémies. En Afrique du Sud (AS), la FVR se produit à intervalles irréguliers ; le premier foyer identifié a été signalé dans les années 1950, il y'a eu une épidémie majeure en 1974-76 et des petites, flambées localisées en 1981 et 1999. En 2008, la FVR est réapparue, avec des cas sporadiques signalés en 2009, suivis par une vaste épidémie en 2010 touchant la plupart des régions de l'AS. En avril 2010, la FVR a été diagnostiquée chez 4 alpagas subadultes décédés dans une ferme dans la province du Western Cape en AS. La maladie s'est manifestée par un début soudain et son évolution a été, de courte durée, de 4 à 6 heures. Les animaux atteints ont été anorexiques, abattus, fébriles, ont présenté des signes d'inconfort abdominal, et ont développé une détresse respiratoire et en dépit d'un traitement symptomatique de soutien, ils sont finalement morts. À l'autopsie, des pétéchies et des ecchymoses ont été largement observées sur la muqueuse buccale, l'hypoderme, les surfaces séreuses, l'endo-et épicarde, le foie, le thymus, les poumons, et les ganglions lymphatiques. Des hémorragies intraluminales de l'intestin grêle étaient présentes chez 2 des animaux. Histologiquement le foie présentait de vastes zones multifocales à coalescentes, de coagulation voire de nécrose lytique. Des inclusions intranucléaires caractéristiques étaient présentes chez deux animaux. Les réactions de coloration immunohistochimique et rtPCR ont toutes deux confirmé la FVR.

Divers aspects épidémiologiques concernant cette flambée ont été étudiés, y compris le piégeage et l'identification du vecteur. Fait intéressant, bien Il s'agit d'un élevage d'alpaga de d'âges différents, mais seul le groupe d'un an d'âge a été touché. À la connaissance des auteurs, c'est le premier cas rapporté d'infection par le virus de la FVR chez des alpagas ". Au cours de la grande épizootie de 2010, qui aurait commencé le 19 janvier 2010 et qui s'est terminée le 18 septembre 2010, un total de 489 foyers ont été signalés à l'OIE, un résumé de l'épizootie, y compris une carte, est disponible à <http://web.oie.int/wahis/public.php?page=event_summary&reportid=8967>.

Le rapport initial sur des cas de FVR chez des «camélidés» était inclus dans le rapport de suivi n ° 6, publié le 21 avril 2010, concernant 2 cas (et décès) à Bains Game Lodge, Mangaung, Free State, le 12 avril 2010.

La population touchée a été décrite comme suit : "Quelques lamas étaient gardés dans un enclos, avec des antilopes sauteuses, des damalisque à front blanc et des girafes. Les signes de la maladie ont été observés uniquement chez les lamas ". Ultérieurement (rapport de suivi n ° 8, publié le 7 mai 2010 ; voir archives 20, 100, 512,1548) la maladie avait touché, le 18 avril 2010, 3 alpagas (sur 223) qui sont morts à Landskroon, Drakenstein, dans la province de Western Cape. Les moutons (78) de la même exploitation n'auraient pas été affectés. Fait

intéressant, selon la documentation disponible, la FVR a été jusque-ici considérée comme ne donnant que des formes cliniquement inapparentes chez les chameaux (dromadaires), bien que des avortements puissent se produire. Voir la revue de 2004 à <http://web.oie.int/boutique/extrait/613-624gerdes.pdf>.

# FIÈVRE JAUNE

## FIEVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE.

### FIEVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE (WORODOUGOU).

*Date : 30 Déc. 2010*
*Source : FluTrackers, Fraternite Matin report [in French, trans. edited]*
*<http://shopping.abidjan.net/e/product.php?productid=5762> [full article available by subscription]*

Il ya actuellement une épidémie de fièvre jaune [FJ] en cours dans le département de Seguela, [région de Worodougou] : qui a enregistré 9 décès et de nombreux autres cas.
***Commentaires par FluTrackers*** <flutrackers@earthlink.net>
Cette épidémie survient à un endroit éloigné de celui où est survenue la précédente épidémie de fièvre jaune qui a été signalée au cours du mois de juillet 2010 dans le sud de la Côte d'Ivoire. Malheureusement, il n'a pas été fourni plus de détails concernant cette épidémie de FJ à Seguela [région Worodougou].

## LES TROUBLES POLITIQUES BLOQUENT LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE.

*Date : 5 jan 2011*
*Source : IRIN [en anglais, traduit Mod.SC, édité]*
*<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportID=91530>*

Les troubles qui ont suivi les élections présidentielles en Côte d'Ivoire sont en train de bloquer une campagne nationale de vaccination contre la fièvre jaune [FJ], une maladie mortelle transmise par les moustiques qui touche les gens à travers tout le pays. Au cours du mois de décembre 2010, 11 personnes sont mortes dans le centre-nord des départements de Séguéla, Katiola, Béoumi et, 2 cas de fièvre jaune ont été confirmés. Il ya encore 21 cas suspects dans les environs de Mankono, selon les personnels locaux du ministère de santé et les responsables de la santé de l'OMS. L'OMS a déclaré qu'elle continue d'enquêter sur les cas suspects, dont certains pourraient être une dengue, Une campagne de vaccination contre la fièvre jaune initialement prévue pour la fin de novembre 2010 dans le cadre d'une initiative de l'OMS et de l'UNICEF a été reportée à 2 reprises en raison de la situation politique actuelle.
Les deux candidats rivaux, Alassane Ouattara et Laurent Gbagbo, le président en place, revendiquent tous les deux la présidence du pays et ont formé des gouvernements. Il ya eu des affrontements violents, en particulier à l'ouest, dans la capitale commerciale Abidjan où les jeunes pro-Gbagbo ont attaqué le personnel et des véhicules de l'ONU. L'ONU déclare qu'elle ne reconnaît que le président Ouattara. "[La campagne de vaccination] a été prévue du 10 au 15 janvier 2011, mais maintenant encore, il semble que cela ne sera pas possible en raison de l'insécurité" a déclaré John Mulangu, conseiller de l'action humanitaire d'urgence de l'OMS-Afrique, à IRIN. Les campagnes nationales signifient que les agents de santé locaux des Nations Unies vont travailler en équipes dans les communautés pendant plusieurs jours, mais WHO a rapporté que ce n'était pas encore possible actuellement. Un autre problème est que la plupart des directeurs de district de la santé qui se sont rendu à Abidjan pour voter ne sont pas

ORIMME

encore retournés à leurs postes en raison de l'insécurité sur les routes, mais aussi en raison des services de bus qui sont très limité.

La fièvre jaune qui ne dispose pas d'un traitement spécifique, provoque une maladie grave et tue environ la moitié de ses victimes, principalement en raison du manque de traitement de certains de ses symptômes comme la déshydratation. L'OMS affirme que la mesure la plus importante de prévention est la vaccination.

Les responsables de santé de l'OMS et locaux ont déclaré à IRIN que la population était vaccinée à une petite échelle, mais qu'il était essentiel de couvrir le pays entier. Coulibaly Seydou, le directeur du district de santé de Seguela, dit que le personnel de santé a été en mesure de vacciner les personnes touchées, dans certains villages, du 26 au 28 décembre [2010]. "Mais étant donné que la fièvre jaune est transmise par les moustiques, elle se propage facilement, et ne s'arrête pas aux limites du village ou du district", a expliqué Coulibaly à IRIN." Il est important que la campagne de vaccination se déroule dans toutes les régions ciblées dans l'ensemble du pays "a déclaré Mulangu de l'OMS. » Si nous ne le faisons pas, on pourrait avoir une propagation de la maladie avec un taux de morbidité et une mortalité élevés."

### COMMENTAIRE PAR PROMED-MAIL

D'autres pays ont réussi dans le passé à organiser des trêves pendant des guerres civiles en vue de procéder à une vaccination de masse contre les épidémies. Il est possible Peut-être que des personnes ayant une expérience dans la négociation de telles trêves puissent aider à en organiser une dans cette situation.

Avant ce rapport, l'épidémie de fièvre jaune la plus récente, s'est produite en juillet 2010 à Abidjan à l'extrême sud de la Côte d'Ivoire, loin des régions des cas actuels signalés dans la partie centrale du pays. Cette nouvelle situation est une triste illustration de la façon dont les conflits politiques conduisent à l'insécurité et à l'incapacité du secteur de santé publique à fonctionner face à une menace grave de l'épidémie de fièvre jaune et de l'empêcher de se propager. On espère que la situation politique puisse se stabiliser rapidement pour permettre à la campagne de vaccination à aller de l'avant avant que d'autres cas ne se propagent. On espère qu'il y aura assez de vaccins contre le virus amaril, étant donné la forte demande existant pour ces vaccins actuellement pour faire face aux épidémies de la fièvre jaune au Cameroun et dans le nord de l'Ouganda.

## COUP D'ENVOI DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE EN COTE D'IVOIRE (CENTRE)

***Date : 21 jan 2011***
***Source : Voice of America [en anglais, traduit Mod.SC, édité]***
***<http://www.voanews.com/english/news/africa/west/UNICEF-Targets-Yellow-Fever-in-Ivory-Coast-114366179.html>***

L'UNICEF a donné le coup d'envoi d'une campagne de vaccination contre la fièvre jaune [FJ] en Côte d'Ivoire malgré l'instabilité et l'hostilité croissantes envers le personnel des Nations Unies à la suite de contestations politiques lors des élections présidentielles de novembre [2010].

L'UNICEF prévoit de vacciner plus de 800 000 adultes et enfants dans le nord-centre de la Côte d'Ivoire contre la fièvre jaune au cours de la semaine prochaine. Les agents de santé ruraux ciblent 4 districts, y compris Katiola et Béoumi, où 66 cas de la maladie transmise par les moustiques ont été enregistrés depuis novembre [2010], dont 25 décès. Selon l'UNICEF, un seul cas de la très meurtrière maladie constitue une épidémie.

Le porte-parole de l'UNICEF en Côte d'Ivoire, Louis Vigneault-Dubois, a déclaré que la campagne de vaccination a été retardée à cause de la grave impasse politique qui s'est

OMMIE

emparée du pays depuis le scrutin présidentiel du 28 novembre 2010. "Maintenant, nous avons atteint un point où il est très urgent de vacciner les gens pour enrayer l'épidémie dans les 4 districts, concernés par la campagne en cours, pour faire en sorte que la maladie ne se propage pas au-delà de ces 4 districts", a déclaré Vigneault-Dubois.

Le président sortant, Laurent Gbagbo, continue à s'accrocher au pouvoir, bien que les Nations Unies et la majorité de la communauté internationale aient reconnu Alassane Ouattara, le challenger comme le vainqueur de l'élection. Les responsables des droits de l'Homme des Nations Unies rapportent que les violences postélectorales ont entrainé la mort d'au moins 247 personnes en Côte d'Ivoire. La mission des Nations Unies en Côte d'Ivoire a été attaquée à plusieurs reprises. La semaine dernière, 6 véhicules des Nations Unies ont été attaqués par la foule et les forces de sécurité loyales à Mr. Gbagbo. Cette semaine, le Conseil de Sécurité des Nations Unies a augmenté ses effectifs de la force de maintien de la paix en Côte d'Ivoire à 12000 hommes de troupe, bien que Mr. Gbagbo ait exigé, le mois dernier, que les troupes quittent le pays.

Mr. Gbagbo a annoncé le 21 janvier 2011, que tous les véhicules des Nations Unies soumises à des fouilles, ce que les fonctionnaires des Nations Unies ont rejeté estimant que c'est contraire aux lois internationales. Vignault-Dubois de l'UNICEF a dit que la sécurité sera une grande préoccupation pendant cette campagne de vaccination. "La sécurité s'est considérablement dégradée partout en Côte d'Ivoire depuis le début du mois de décembre 2010" a-t'il dit. "En ce moment, aucun personnel de l'UNICEF n'a été attaqué depuis, donc c'est là la différence."

L'UNICEF a annoncé que l'instabilité générale empêche 800 000 enfants à aller à l'école et a averti que la hausse des prix des denrées alimentaires pourrait affecter l'état nutritionnel des enfants venant de familles pauvres.

### COMMENTAIRES PROMED-FRA

La situation de l'épidémie de la fièvre jaune en Côte d'Ivoire dévient de plus en plus préoccupante. Le rapport du 5 janvier 2011 (numéro d'archives ProMED-mail 20110105.0048) a annoncé qu'il y avait 21 cas de suspicion de fièvre jaune et 11 décès. Maintenant, il ya 66 cas et 25 décès. Il est difficile de prédire si les conflits politiques et attaques contre le personnel des Nations Unies vont affecter l'exécution de cette campagne urgente de vaccination. On espère qu'aucune interférence ne se produira. Le virus ne va pas attendre la résolution du problème politique, et d'autres décès se produiront si une solution n'est pas trouvée.

## FIEVRE JAUNE AU NORD DE L'OUGANDA

### RAPPORT DE L'INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE SUR FIEVRE JAUNE AU NORD DE L'OUGANDA

***Date : 5 Jan 2011***
***Source : International Rescue Committee <http://www.rescue.org/news/irc-responds-deadly-yellow-fever-outbreak-uganda-9956>***

Le Comité de secours International - L'**International Rescue Committee** -(IRC) est en train de riposter à une épidémie rare de fièvre jaune qui a déjà coûté près de 50 vies dans le nord de l'Ouganda. Pour contribuer à réduire la propagation de la maladie et traiter les personnes déjà infectées, l'IRC procède à la formation de professionnels de santé et de travailleurs communautaires bénévoles en Ouganda dans les districts septentrionaux de Kitgum et de Lamwo en matière de détection, orientation et traitement de la maladie et il fourni des médicaments, désinfectants, et des équipements de protection, dont des gants et des masques.

L'IRC contribuera également à une campagne de vaccination gérée par le gouvernement qui ciblera 2,5 millions personnes vivant dans les districts du nord de l'Ouganda. Pendant ce temps, des ambulances de l'IRC transportent des malades des communautés isolées vers les



ONMNE

hôpitaux. Lorsque la campagne de vaccination commencera, fin Janvier 2011, les équipes de santé de l'IRC aideront à transporter les vaccins de transport à partir des lieux de stockage vers les sites d'administration.

Dr. Alex Opio Chono, qui dirige les programmes de santé de l'IRC en Ouganda, a déclaré que l'intervention l'IRC est désormais axée sur la promotion de l'hygiène préventive, la livraison d'informations au public, et le renforcement de la participation communauté dans la détection et le signalement de symptômes de la fièvre jaune. "Nos équipes se déplacent dans les campagnes, informent les gens sur la fièvre jaune, sur les endroits où ils peuvent se faire vacciner», a déclaré Dr Chono. « En collaboration avec les autorités sanitaires de district, nous avons également lancé une campagne d'information avec affiches, spots radio, émissions de radio et des réunions communautaires. "

La fièvre jaune, maladie virale, transmise par des moustiques infectés, a été signalée pour la dernière fois en Ouganda il ya 40 ans, selon les dires de fonctionnaires de la santé. La maladie possède une large variété de symptomes : variant des nausées et vomissements à l'ictère, les saignements et l'insuffisance rénale. Environ une moitié de ceux qui développent des symptômes graves et ne sont pas traités meurent de cette maladie.

**COMMENTAIRES PAR : T J ALLEN <tjallen@pipeline.com>**

La désorganisation des services médicaux et le manque de personnel qualifié peut rendre compte de la difficulté à établir un diagnostic valide au début de cette épidémie. Le rapport ci-dessus ne précise pas quand la campagne de vaccination débutera. L'intervention de l'IRC au niveau du transport du vaccin, quand ce dernier sera disponible, devrait assurer qu'il sera manipulé de façon à ce qu'il conserve son efficacité. Pendant ce temps, on espère que les efforts visant à mettre en œuvre des mesures préventives, notamment l'élimination des sites reproduction du moustique vecteur *Aedes aegypti*, de manière significative puissent réduire le risque de transmission du virus de la fièvre jaune.

## DICTIONNAIRE - OMS : ALERTE ET ACTION AU NIVEAU MONDIAL (GAR) : FIEVRE JAUNE EN OUGANDA

***Date : 19 Jan 2011***
***Source : WHO Global Alert and Response (GAR) <http://www.who.int/csr/don/2011_01_19/en/index.html>***

*19 janvier 2011* - Le 23 décembre 2010, le Ministère de la Santé ougandais a notifié 3 cas de fièvre jaune confirmés en laboratoire et détectés lors d'une enquête spéciale faisant suite à une flambée dans le pays en octobre 2010. Ces cas ont été notifiés dans les trois districts d'Abim, Agago et Kitgum, près de la frontière avec le Sud-Soudan.

Au total, cinq cas de fièvre jaune ont été confirmés en laboratoire par les US Centers for Disease Control and Prevention (3 par RT-PCR, 1 par ELISA et 1 par histopathologie). Au total, 226 cas compatibles avec la définition du cas clinique, dont 53 mortels, ont été notifiés dans 12 districts du Nord de l'Ouganda.

Suite aux enquêtes faites sur le terrain par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OMS, de Médecins Sans Frontières (MSF), des États-Unis et d'autres partenaires, la décision a été prise d'organiser une campagne réactive de vaccination de masse dans cinq districts (Abim, Agago, Kitgum, Lamwoo et Pader). Le 31 décembre 2010, l'OMS a déployé trois experts supplémentaires pour soutenir l'évaluation du risque, ainsi que la planification et la mise en œuvre de mesures de lutte comportant le renforcement du système de surveillance et la campagne de vaccination.

ONMNE

Une demande d'un million de doses de vaccin a été soumise au Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccin antiamaril le 4 janvier 2011 et les vaccins, provenant de la réserve d'urgence financée par l'Alliance GAVI, ont été expédiés dans le pays le 11 janvier 2011. La campagne de vaccination débutera le 22 janvier 2011 et ciblera une population de plus de 905 000 habitants.

## CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE DANS LE NORD DE L'OUGANDA

***Date : 27 Jan 2011***
***Source : Alvines [edited] <http://www.allvoices.com/contributed-news/8022744-northern-uganda-health-officials-in-uganda-have-launched-a-yellow-fever-vaccination-drive-in-the-north-where-an-outbreak-of-the-disease-has-caused-5>***

Des responsables sanitaires Ougandais ont lancé une campagne de vaccination contre la fièvre jaune [FJ] dans le nord où un foyer épidémique de la maladie a causé 53 décès et 224 infections dans 10 districts depuis la fin de 2010. Près d'un million de personnes devraient être vaccinées au cours de cette campagne, lancée par ministre de la Santé Nduhura Richard le 23 janvier 2011. La flambée de fièvre jaune a eu, en 2010, un début méconnu parce que la maladie a d'abord prise pour une fièvre virale Ebola, puis pour une peste pulmonaire, avant d'être identifiée, plus tard, par le Ministère de la santé comme étant la fièvre jaune.

La maladie a frappé en premier les districts d'Abim et Agago, mais elle s'est ensuite propagée à Kitgum et 10 autres districts du nord de l'Ouganda. Nathan Kenya-Mugisha, le Directeur général par intérim des Services de Santé du Ministère de la Santé, et des experts de l'OMS et du CDC ont positivement confirmé la maladie. 174 personnes au total ont été touchées par la fièvre jaune. Parmi celles-ci, 45 personnes sont mortes dans 10 districts du nord de l'Ouganda qui comprennent les districts d'Abim, Lamwo, Kitgum, Pader, Gulu, Arua, Kaabong, Nebbi, Agago, et Lira.

La fièvre jaune, qui n'avait pas été observée en Ouganda depuis environ 40 ans, a coûté la vie à 48 personnes dans le nord du pays, et envoyé 187 autres à l'hôpital.

Médecins et les dirigeants locaux du nord de l'Ouganda ont travaillé sans relâche pour identifier la cause et prévenir la propagation de la maladie qui était d'abord non déterminée. Les annonces radio et autres moyens de sensibilisation ont été utilisés par le gouvernement Ougandais et l'OMS. Les habitants ont été informés que toute personne qui présente une fièvre élevée, des douleurs musculaires et du dos, des maux de tête, frissons, perte d'appétit, douleurs abdominales, des vomissements et la diarrhée, devrait le signaler à l'établissement de santé le plus proche pour y recevoir un traitement. Pendant ce temps, le ministère de la santé a également annoncé des plans pour réaliser la vaccination contre la fièvre jaune dans le nord de l'Ouganda. Les mesures de vaccination ont été prises à cause de la survenue de nombreux décès et la poursuite de la propagation des infections dans les districts de Kitgum, Abim, Agago, Lamwo, Pader, Gulu, Arua et Kaabong.

Tous les services diplomatiques étrangers conseillent à leurs ressortissants d'éviter de voyager au nord de l'Ouganda à moins d'être vaccinés. Ainsi, aujourd'hui, le 27 Jan 2011, alors que la vaccination est en cours, les dirigeants locaux ont déclaré qu'ils craignent qu'il n'y ait pas de quantités suffisantes de vaccin pour toutes les personnes qui viennent de loin et de partout.

John Bosco Ogwok, le président du Conseil local du district de Kitgum, a déclaré qu'on est entrain de vacciner même des gens venus du Soudan voisin, pour se former. Ogwok a aussi dit que des centres de vaccination, en particulier ceux qui sont proches de la frontière avec le Sud-Soudan, ont enregistré de grands nombre de Soudanais, tandis que des Ougandais en provenance des districts voisins, tels que Gulu et Lira se présentent également pour la

vaccination. Ogwang Grace, une responsable en soins infirmiers dans le district de Kitgum qui coordonne les points avant-postes de vaccination, a déclaré que les autorités sanitaires sont en train de vacciner tous ceux qui se présentent à la vaccination. «Notre règle d'éthique dans la pratique de la médecine est la non-discrimination ; que vous soyez de Kitgum ou non, nous ne faisons pas de discrimination », a déclaré Ogwang." Nous vaccinons tous ceux qui se présentent au centre de vaccination, pourvu qu'il ait plus de 6 mois. "

Kitgum est l'un des 5 districts où se déroule la 1ère phase de la vaccination dans le nord de l'Ouganda. Les autres sont Paer, Lamwo, Agago, et Abim. Nduhura le ministre de la Santé a déclaré que les autres districts du Nord commenceraient le programme de vaccination au cours d'une 2ème phase dont la date de lancement dépend de la résolution des problèmes de financement.

En Afrique, l'OMS estime que 508 millions de personnes vivant dans 32 pays (dont l'Ouganda) sont à risque. Le nombre de cas de fièvre jaune a augmenté au cours des 2 dernières décennies en raison de la diminution de l'immunité de la population à l'infection, la déforestation, l'urbanisation, les mouvements de population, et le changement climatique.

Dans le cas de l'Ouganda, la séquence génomique de la souche virale responsable de la flambée actuelle de fièvre jaune est à 98% identique au génotype Couman-Éthiopie observé en Afrique de l'Est, selon une note brève de l'OMS. C'est une indication que le virus a déjà circulé dans la région.

Le Kenya, la République démocratique du Congo, et le Soudan ont signalé des flambées de fièvre jaune en 1992-1993. Une épidémie récente a eu lieu au Soudan en 2003.

## COMMENTAIRE PAR PROMED-EAFR

[Le numéro du 27 janvier 2011 du Moniteur (via AllAfrica.com) (<http://allafrica.com/stories/201101270025.html>) A signalé que la vaccination de masse contre la fièvre jaune dans le nord de l'Ouganda a commencé. L'opération, qui a démarré le 22 janvier 2011, est destinée à couvrir au moins un million de personnes dans les 5 districts d'Abima, Arua, Kitgum, Lamwo, et Pader. Le commissaire nationale adjoint de la prévention des maladies, le Dr Issa Makumbi, a déclaré le 26 janvier 2011, que la campagne de vaccination serait terminée d'ici le 29 janvier 2011.

Le Nord de l'Ouganda a été aux prises avec la maladie depuis Octobre 2010. Depuis le début de l'épidémie, au moins 51 personnes ont succombé à la maladie et 200 autres se sont infectés. Il a fallu près de mois au gouvernement pour obtenir la moitié de la quantité de vaccin nécessaire. Le nombre de cas et de décès signalés dans ce rapport est supérieur à ceux signalés dans le rapport cité dans allvoices ci-dessus, mais il est moins important que le total de 226 cas compatibles avec la définition du cas clinique, dont 53 mortels qui est signalé par l'OMS (Alerte et action au niveau mondial (GAR), pour 12 districts en Ouganda du Nord (<http://www.who.int/csr/don/2011_01_19/en/index.html> ; Voir archive ProMED-mail ne 20.110.119,0233).

Est-ce à dire que le nombre de cas déclaré dans 2 parmi ces 3 rapports est incorrect ? Ou cela reflète-t-il peut-être la difficulté de détecter les cas et de les signaler dans cette région relativement éloignées ?

# DIVERS

## QUATRE PREMIERS CAS DE MENINGITES AIGUES A TOSCANA VIRUS DANS LA REGION DE MONASTIR

### QUATRE PREMIERS CAS DE MENINGITES A TOSCANA VIRUS DANS LA REGION DE MONASTIR

### FIRST FOUR CASES OF ACUTE MENINGITIS DUE TO TOSCANA VIRUS OF MONASTIR REGION

*A.Toumi[1], M. Kechida [1], F. Ben Romdhane[1], H. Ben Brahim[1], C. loussaief[1], A. Bouattour[2], M. Chakroun[1].*

1 Service des Maladies Infectieuses, CHU F. Bourguiba, 5019 Monastir. Tunisie

2 Service Entomologie Médicale, Institut Pasteur, Tunis. Tunisie

Le Toscana Virus (TOSV) est un arbovirus qui appartient au genre Phlébovirus, famille des Bunyaviriadae. Il a été isolé pour la première fois en 1971 en Toscanie, une région du Centre de l'Italie, à partir de la mouche du sable Phlébotomus perniciosus. Ce virus peut être transmis à l'homme par deux espèces différentes de mouches volantes : *Phlebotomus perniciosus* et *Phlebotomus perfiliewi*, vecteur de *Leishmania infantum5* [3].

Initialement largement décrite dans plusieurs villes en Italie, mais actuellement plusieurs cas d'infection à TOSV sont été rapportés en France, en Espagne et dans le reste des pays méditerranéens [4,5]. Ceci témoigne de la dissémination de cette infection dans le pourtour méditerranéen, faisant de cette affection une pathologie émergente dans cette région. En Tunisie, un seul travail récent avait étudié la prévalence de TOSV dans les infections neuro-méningées [2]. Ce travail estime à 10% les cas de méningites et de méningo-encéphalites virales dues à TOSV (31/315 prélèvements). Ces cas prédominaient dans les villes du centre du pays (23/31 cas) à climat méditerranéen favorable au développement de plusieurs espèces de phlébotomes et où la densité de la population est la plus élevée de la Tunisie. L'existence de plusieurs villes portuaires avec échanges importants entre les différents pays de part et d'autre de la méditerranée pourrait favoriser un contact plus fréquent avec les porteurs du virus [2]. La période d'incubation est en moyenne de 3 à 6 jours. Le pic de fréquence est observé pendant la période estivale. L'infection à TOSV survient principalement entre le mois de juin et septembre avec un pic durant le mois d'aout [6]. Cela concorde avec l'activité des phlébotomes vecteurs qui débute en juin et se termine, en général, en novembre [7]. Une fréquence plus élevées était notée chez l'adulte jeune de sexe masculin dans les études réalisées dans des pays endémiques ainsi que dans la série Tunisienne [2].

Dans l'étude actuelle de l'équipe de Monastir, tous les malades étaient également de sexe masculin, d'âge jeune, hospitalisés pendant le période automno-estivale et provenant de villes côtières.

Cliniquement, TOSV peut être responsable d'un syndrome grippal banal fait de fièvre, de céphalées et de myalgies. Exceptionnellement, une éruption cutanée et une orchite peuvent se voire [5]. Plusieurs travaux avaient décrits des cas de méningites aseptiques qui se présentent classiquement par une raideur de la nuque, des nausées/ou des vomissements sans autres signes spécifiques [1, 2,5]. Plus rarement, TOSV peut être à l'origine d'une méningo-encéphalite avec confusion et troubles de la conscience [1,3].

Au plan microbiologique, TOSV est responsable d'une méningite lymphocytaire à liquide claire [1,5]. Des études rétrospectives menées en Italie ont rapporté l'imputabilité de ce virus dans 32- 81% des méningites à liquide claire d'origine indéterminée [1]. Dans une étude menée en Espagne sur 81 cas de méningites à liquide clair et de méningo-encéphalites virales

OTMME

testées 15 cas (18.5%) d'infection à TOSV avaient été objectivées bien qu'il ne s'agisse pas d'un pays endémique.

## CONCLUSION

La méningite à TOSV est une pathologie émergente en Tunisie. Il convient de l'évoquer devant toute méningite à liquide claire à prédominance lymphocytaire, survenant pendant la période estivale. Son traitement est symptomatologique et son évolution favorable.

## REFERENCE


1. *Bratio A., Corbisioro R., Corradini S., et Al. Toscana virus infections of the central nervous system in children: A report of 14 cases. J Pediatr 1998; 132: 144-8.*
2. *Bahri O., Fazaa O., Ben Alaya-Bouafif N., et al. Rôle du virus Toscana dans les infections neuroméningées en Tunisie. Pathologie Biologie 2010 ; article in press.*
3. *Venturi G., Mededdu G., Rezza G., et al. Detection of Toscana virus central nervous system infections in Sardinia Island, Italy. J Clin Vitrol 2003; 26:79-84.*
4. *Hammersbach-Miller M., Parola P., Charrel R.N., et al. Sandfly fever due to Toscana virus : an emerging infection in southern France. Euro J Intern Med 2004; 15: 316-7.*
5. *Echevarria J.M., De Ory F., Guisasola M.E., et al. Acute meningitis due to Toscana virus infection among patient from both the Spanish Mediterranean region and the region of Madrid. J. Clin Virol 2003 ; 26: 79-84.*
6. *Vassalina M., Cuppone A.M., Bianchi S., et al. Evidence of Toscana virus variants circulating in Tuscany, Italy, during the summers of 1995 to 1997. J Clin Microbiol 1998 ; 36: 2103-4.*
7. *Coset H., Rioux J.A., Master M., et al. Les phlébotomes de la Tunisie (Dipteria Phlebotomniae). Mise au point systématique, chronologique et étiologique. Ann Parasitol Hum Comp 1978 ; 53 : 711-49.*
8. *Perez-Ruiz M., Collao X., Navarro-Mari J.M., et al. Resersetrascription, real-time PCR assay for detection of Toscana virus. J Clin Virol 2007 ; 39 : 276-81.*


# REPONDRE AUX MALADIES NOUVELLES GRAVES - CAS DE LA SURVEILLANCE HOSPITALIERE DE ROUTINE ET DES RESEAUX CLINIQUES EN EUROPE


***Eurosurveillance, Volume 15, Issue 49, 09 December 2010 ; Responding to new severe diseases – the case for routine hospital surveillance and clinical networks in Europe***



***G Thomson ( Gail.Thomson@hpa.org.uk )[1,2], A Nicoll[3]***

1) ***Health Protection Agency (HPA), PortonUnited Kingdom***
2) ***Intensive Care Society, London, United Kingdom***
3) ***European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden***


Tout examen des émergences les plus importantes de menaces de maladies infectieuses, durant les dernières décennies fera remarquer, que la plupart d'entre elles ont été d'abord détectées ou identifiées en tant que états graves inhabituels, observés chez des malades gravement atteints, se retrouvant en milieu hospitalier (tableau 1).

### TABLEAU 1. EXEMPLES D'IMPORTANTES INFECTIONS EMERGENTES DETECTEES PAR DES OBSERVATIONS HOSPITALIERES DEPUIS 1981

| Nouvelle situation ou menace | Identification initiale de l'émergence et de la gravité | Référence |
|---|---|---|
| HIV (1981) | Infections opportunistes sévères et inhabituelles chez des homosexuels masculins à Los Angeles puis à Newyork USA | [1] |
| Escherichia coli O157 causant une colite hémorragique et insuffisance rénale (1982) | Syndrome urémique et hémolytique causant une insuffisance rénale aigue chez des enfants consultant chez des pédiatres et autres | [2] |

| | | |
|---|---|---|
| | médecins aux USA | |
| Grippe aviaire A/H5N1 chez les humains | Infection respiratoire sévère chez des malades hospitalisés à Hong Kong | [3] |
| Émergence d'un nouveau variant de la maladie Creutzfeldt-Jacob (CJD) et la preuve d'une éventuelle transmission de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) aux humains (1996) | Le nouveau variant de la maladie Creutzfeldt-Jacob a été identifié par des neurologues au royaume uni | [4] |
| Diffusion délibérée de l'Anthrax (2001) | Infection sévères et inhabituelles observées dans les hôpitaux et services d'urgence aux USA | [5] |
| Syndrome aigu respiratoire sévère (SARS) (2003) | Infections sévères à transmission nosocomiale à Hong Kong puis dans d'autres pays | [6] |
| Acinetobacter multi-résistant causant des infections sévères (2004-05) | Observation chez du personnel militaire souffrant de blessures aux USA avec des infections sévères des extrémités | [7] |
| Grippe pandémique A/H1N1 (2009) | Infections respiratoires sévères observées dans les hôpitaux à Mexico | [8] |
| Klebsielle hautement multi-résistant avec un nouveau mécanisme de résistance (2009) | Identification et exploration microbiologique détaillée suite au diagnostic par un médecin hospitalier d'infections résistantes du tractus urinaire et autres. | [9] |

Cela fut aussi le cas de la grippe pandémique 2009 A (H1N1) : Alors que les premiers cas apparus étaient des infections bénignes chez les enfants dans le sud-ouest des États-Unis, c'est les formes sévères de la maladie, survenues dans la ville de Mexico qui ont conduit à la reconnaissance de la gravité potentielle de la menace [8,10]. Dans ce numéro d'Eurosurveillance une série d'articles décrit la surveillance initiale en Union européenne (UE) [11], comment une nouvelle surveillance exhaustive a été instaurée en Islande [12], la riposte en Italie [13], le formulaire pour la détection de la mortalité qui a été adopté en Allemagne [14] et la surveillance clinique des cas graves au Danemark [15]. Le journal danois décrit notamment les efforts fructueux de mise en place d'une surveillance dans les unités de soins intensifs. Il est frappant de constater qu'au moment où l'infection et la maladie existaient en communauté, c'étaient les hôpitaux, et leurs services de pédiatrie et de soins intensifs, en particulier, qui étaient le plus sous pression [16-18]. C'est une banalité que d'affirmer que les cas graves se retrouvent à l'hôpital. Mais, c'est surtout à son niveau que certaines des informations les plus importantes sur cette pandémie ont été remarquées, à savoir les données et les analyses qui ont été indispensables pour guider les contre-mesures. Un certain nombre d'études qui ont comblé les lacunes dans les paramètres inconnus/connus de l'ECDC (les caractéristiques importantes qui varient d'une pandémie à l'autre et qui doivent être connues pour les activités de contrôle) ont finalement dû provenir de sources hospitalières [19]. Il est donc logique qu'un effort soit fait pour recueillir les premières informations cliniques, virologiques et épidémiologiques au cours d'une pandémie dans les hôpitaux et auprès des cliniciens en général et des unités de soins intensifs en particulier.

En même temps, la surveillance hospitalière des infections respiratoires aiguës graves (SARI) a été l'un des deux maillons faibles les plus évidents de la stratégie européenne de surveillance en cas de pandémie [20] - l'autre maillon faible étant l'obtention rapide, de données sérologiques et leur analyse à l'échelle de la population générale, [21]. Ces points faibles relèvent plus de faiblesses dans les systèmes nationaux qu'au niveau européen. Il ya très peu de systèmes formels de surveillance clinique en milieu hospitalier en UE. Ni l'ECDC, ni l'OMS ne peuvent demander aux États membres des analyses complémentaires et des données que ces derniers ne recueillent pas de façon systématique. La collecte de données cliniques détaillées, en temps réel, pendant que les cliniciens sont occupés à gérer une épidémie reste un défi. Même si un recueil rapide de données arrive à être réalisé, par

exemple via des outils Web, il reste également nécessaire que des résultats de son analyse rapide soit réinjectée dans la riposte. Ces raisons sont à elles seules d'excellents arguments pour vouloir établir une surveillance clinique systématique en milieu hospitalier, du moins dans des services sentinelles et pour connecter des services cliniques et de microbiologique aux réseaux internationaux qui collaborent avec les services de santé publique et les autorités. il existe, cependant, d'autres raisons pour lesquelles des réseaux cliniques devraient exister et fonctionner dans les situations d'urgence (tableau 2), l'objectif principal étant toujours l'amélioration des soins aux patients, ces réseaux permettraient aussi de s'assurer que les soins fournis aux malades soient aussi sûrs que possible et que les mesures de contrôle de l'infection prises sont appropriées. Les leçons cliniques apprises devraient également idéalement être recueillies, en temps réel, et reliées aux résultats microbiologiques et épidémiologiques. Une analyse rapide doit être réinjectée dans la riposte, recommandant par exemple une révision des définitions de cas et une amélioration de la prise en charge clinique [22].

**TABLEAU 2. PROPOSITIONS DE RESEAUX DE CLINIQUES EVENTUELS LIES A LA SANTE PUBLIQUE EN EUROPE**

| Activité | Intérêt |
|---|---|
| Habiliter les cliniciens au niveau local, en matière de détection, d'alerte précoce et d'alerte au sujet de nouvelles menaces. | Essentiel pour la mise en œuvre du règlement sanitaire international de 2005 [23] |
| ''Hare'' expérience clinique et fournir un appui aux autres équipes pour contester les décisions cliniques | Particulièrement important lorsqu'il s'agit d'une maladie nouvelle et en cas de l'existence de peu d'informations disponibles dans la littérature |
| Répondre rapidement avec des recommandations cliniques fondées sur des preuves (évidence-based) lorsque cela est possible | Évidences facilement disponibles pour aider à la prise de décision |
| Recueillir, en temps réel, des données cliniques et des données de laboratoire et épidémiologiques | Les données analysées et réintroduites rapidement dans le système aideront la riposte clinique |
| Coordonner et contribuer à la rédaction des guides, en collaboration avec les parties prenantes concernées, notamment les associations professionnelles | Dans un scénario de nouvelle maladie, il est important d'identifier les preuves des meilleures pratiques |
| S'entendre sur une plate-forme de diffusion des recommandations | Recommandations facilement accessibles |
| émettre un avertissement précoce à partir des localités affectées en premier à d'autres pays européens | Les pays ont la possibilité de se préparer à une nouvelle menace et à remplir les obligations de la Décision 2119 de l'UE à diffuser les informations qui sont utiles pour d'autres pays européens européenne [24] |
| Assurer la formation des cliniciens dans les principes de base de la riposte aux flambées, équipement de protection individuelle, l'épidémiologie, les limites des tests de laboratoire et l'interprétation des résultats | Continuer à renforcer la ligne de front clinique, de sorte que lorsque la prochaine nouvelle maladie émerge elle sera plus facile à gérer |
| Aider le Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) et les autorités européennes comme le Département d'aide humanitaire (ECHO) | Possibilité de soutenir d'autres pays et de favoriser les relations internationales ; l'expérience acquise à l'étranger pourrait être réinjectée dans les plans nationaux |

Ces remarques ne sont pas tout à fait neuves. En 2003, l'OMS a rapidement mis en place un réseau clinique pour riposter à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) [25]. Ce réseau se composait de cliniciens d'au moins 10 pays qui discutaient des problèmes de gestion des cas en temps réel, le partage des expériences a été d'un apport inestimable pour les cliniciens de première ligne et, finalement, pour l'amélioration des soins aux patients. Des efforts ont été en permanence faits pour associer les épidémiologistes et les virologues afin

d'assurer une approche plus cohérente et multidisciplinaire [25].

Il existe, bien entendu, une pléthore de réseaux cliniques et de sociétés savantes existants en Europe, dont ceux qui traitent de soins intensifs, de virologie clinique, de maladies respiratoires et d'infections. Cependant, ils ne sont, généralement pas, structurés pour répondre aux situations d'urgence, leurs liens avec les autorités de santé publique ont tendance à être flous et ils ne reçoivent pas des fonds publics durablement. Ils requièrent également, de la part d'un grand nombre d'agents bénévoles qui gèrent ces réseaux pendant leur temps libre, de s'activer plus pendant une situation de crise durant laquelle les membres sont déjà individuellement débordés par une charge de travail accrue. Cependant l'exemple d'un réseau clinique international d'urgence mis en place au cours de la pandémie de grippe 2009 par la Health Protection Agency (HPA) au Royaume-Uni (UK) est encourageant [25]. Des réseaux similaires étaient actifs ou formés de novo en France (REVA-GRIPPE-SRLF), en Espagne et en Ukraine, et sans doute dans d'autres pays [26].

Suite à l'admission, en unités de soins intensifs, des premiers cas graves de grippe pandémique A (H1N1) au Royaume-Uni, la HPA a facilité et coordonné les discussions entre les spécialistes en soins intensifs, et une grande multitude de spécialités, dont des spécialistes en soins intensifs, pédiatrie, pneumologie, virologie, épidémiologie et en maladies infectieuses [22], mais aussi également le ministère britannique de la Santé et l'OMS (Bureau régional de l'Europe et le quartier général de Genève). Des experts en maladies et des cliniciens d'en dehors de l'Europe ont été associés dès le début afin de s'assurer que les expériences acquises, en matière de grippe A (H1N1) 2009 pandémique, au Mexique et dans le reste de l'Amérique du Nord et en Extrême-Orient pour la grippe aviaire A (H5N1) ne soient pas à réapprendre. Ils ont suivi un modèle similaire au traditionnel « Grand cercle » clinique avec des cliniciens praticiens désirant l'évaluation par leurs pairs de leurs propositions de programmes de prise en charge clinique. Les recommandations pratiques pour les soins aux adultes gravement malades et aux enfants ont été diffusées via les sites Internet des sociétés savantes concernées et le HPA [27,28] et des téléconférences dédiées à l'étude de certains aspects particuliers des soins, dont le contrôle des infections en milieu de soins intensifs, les soins pédiatriques, et la grossesse. Ce fut un processus difficile exigeant du temps et des efforts déployé par des cliniciens et des experts de nombreux pays ainsi que la HPA elle-même.

Il est frappant de constater, à quel point les premières impressions fournies par ces réseaux ont tenu jusqu'à ce que des preuves apparaissent finalement dans la littérature scientifique. C'est le cas par exemple, des premières observations concernant les différences avec la grippe saisonnière (les enfants étant relativement surreprésentés et les personnes âgées sous-représentées), des défis particuliers dans la gestion de l'hypoxémie profonde, les groupes à haut risque de maladie grave (les grands obèses, les femmes enceintes, patients souffrant d'asthme, certains groupes ethniques), et le bénéfice de doses supérieures aux doses normales de l'oseltamivir [22]. La combinaison des expériences hospitalières et communautaires était particulièrement utile pour les évaluations initiales des risques. Il était évident dès le début que les cas graves vus à l'hôpital, étaient rares par rapport au grand nombre d'infections identifiées dans les sites disposant d'une bonne surveillance et touchés en début de pandémie (New York et certaines parties du Royaume-Uni) [21]. Cela a permis à l'ECDC d'être prudemment optimiste dans son évaluation des risques au début de 2009 [29].

La première téléconférence du HPA a eu lieu au début de Juin et la première note concernant les pratiques, sur laquelle les cliniciens au Royaume-Uni ont pu s'appuyer pour se guider a été publiée en août sur les sites professionnels [27,28]. Toutefois, la diffusion officielle d'une grande partie de ces informations a été problématique. La publication de la plupart des observations cliniques ne procède que lentement et ceux qui ont disposé d'informations ne se sont pas toujours crus obligés de diffuser les messages de base à travers des systèmes rapides

tels que le système d'alerte précoce et de riposte (pour l'Europe) et le système mondial d'alerte du Règlement sanitaire international. Dans une situation inédite, il y aura forcément un temps de latence avant que les renseignements ne soient recueillis, préalablement à leur plus large diffusion.

Un certain nombre de leçons peuvent être tirées de l'expérience de la pandémie de 2009.

1. Tout d'abord, il ya une nécessité de mettre en place une surveillance de routine des infections graves dans les hôpitaux. Cela pourrait se faire dans des hôpitaux sentinelles ou, dans certaines conditions, au niveau communautaire (aux États-Unis, tous les décès pédiatriques associés à la grippe sont à déclaration obligatoire au CDC) [30,31].
2. Deuxièmement, les activités de surveillance devraient être supervisées par des groupes multidisciplinaires de cliniciens et de microbiologistes ainsi que par des instituts de santé publique.
3. Troisièmement, les spécifications des systèmes d'information hospitaliers devraient faciliter ce genre de taches.
4. Et quatrièmement, lorsque des situations d'urgences surviennent, ces systèmes de surveillance devraient être renforcés en personnels et en ressources.

Ces leçons doivent être mises en œuvre dès maintenant étant donné qu'il ya des indices que montrent qu'il existe en Europe, un désinvestissement envers les systèmes de surveillance mis en place durant la pandémie à un moment où des informations actualisées sur les cas graves reste d'une grande importance en Europe [32]. Le tableau 2 présente les avantages des réseaux cliniques opérationnels. Idéalement, un cadre doit être construit bien avant la survenue des éclosions épidémiques, réunissant des groupes multidisciplinaires de formation et de préparation. Le réseau devrait être activé par des déclencheurs convenus et devrait comprendre un noyau central qui facilite son fonctionnement et ses outputs.

## REFERENCES


1. Centers for Disease Control. Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981;30:250-2.
2. Riley L, Remis R, Helgerson S, McGee H, Wells J, Davis B, et al. (Hemorrhagic colitis associated with a rare Escherichia coli serotype. N Engl J Med 1983;308(12):681-5.
3. Mounts AW, Kwong H, Izurieta HS, Ho Y, Au T, Lee M, et al. Case-control study of risk factors for avian influenza A (H5N1) disease, Hong Kong, 1997. J Infect Dis. 1999;180(2):505-8.
4. Will RG, Ironside JW, Zeidler M, Cousens SN, Estibeiro K, Alperovitch A, et al. A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK. Lancet. 1996;347(9006):921-5.
5. Jernigan JA, Stephens DS, Ashford DA, Omenaca C, Topiel MS, Galbraith M, et al. Bioterrorism-related inhalational anthrax: the first 10 cases reported in the United States. Emerg Infect Dis. 2001;7(6):933-44.
6. Heymann DL, Rodier G. Global surveillance, national surveillance, and SARS. Emerg Infect Dis. 2004;10(2):173-5;
7. Davis KA, Moran KA, McAllister CK, Gray PJ. Multidrug-resistant Acinetobacter extremity infections in soldiers. Emerg Infect Dis. 2005;11(8):1218-24.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection – Mexico, March-May, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58(21);585-9.
9. Yong D, Toleman MA, Giske CG. Characterization of a new metallo-β-lactamase gene, blaNDM-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):5046-54.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2009. Swine influenza A (H1N1) infection in two children--Southern California, March-April 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58(15):400-2
11. Devaux I, Kreidl P, Penttinen P, Salminen M, Zucs P, Ammon A, et al. Initial surveillance of 2009 influenza A(H1N1) pandemic in the European Union and European Economic Area, April – September 2009. Euro Surveill. 2010;15(49):pii=19740. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19740
12. Sigmundsdottir G, Gudnason T, Ólafsson Ö, Baldvinsdóttir GE, Atladottir A, Löve A, et al. Surveillance of influenza in Iceland during the 2009 pandemic. Euro Surveill.


ONMNE

2010;15(49):pii=19742. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19742
13. Rizzo C, Rota MC, Bella A, Giannitelli S, De Santis S, Nacca G, et al. Response to the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in Italy. Euro Surveill. 2010;15(49):pii=19744. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19744
14. Wilking H, Buda S, von der Lippe E, Altmann D, Krause G, Eckmanns T, et al. Mortality of 2009 pandemic influenza A(H1N1) in Germany. Euro Surveill. 2010;15(49):pii=19741. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19741
15. Gubbels S, Perner A, Valentiner-Branth P, Mølbak K. National surveillance of pandemic influenza A(H1N1) infection-related admissions to intensive care units during the 2009–10 winter peak in Denmark: two complementary approaches. Euro Surveill. 2010;15(49):pii=19743. Available online: http://www.eurosurveillance.org
16. European Centre for Disease Prevention and Control. The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe. Stockholm: ECDC; 2010. Available from: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101108_SPR_pandemic_experience.pdf
17. Widgren K, Nielsen J, Mølbak K. Registry-based surveillance of influenza-associated hospitalisations during the 2009 influenza pandemic in Denmark: the hidden burden on the young. PLoS One. 2010;5(11):e13939. doi:10.1371/journal.pone.0013939.
18. Writing Committee of the WHO Consultation on Clinical Aspects of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza, Bautista E, Chotpitayasunondh T, Gao Z, Harper SA, Shaw M, et al. Clinical aspects of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection. N Engl J Med. 2010;362(18):1708-19.
19. Nicoll A, Ammon A, Amato Gauci A, Ciancio B, Zucs P, Devaux I, et al. Experience and lessons from surveillance and studies of the 2009 pandemic in Europe. Public Health. 2010;124(1):14-23.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; Sept 2009. Available from: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TED_Overview_of_Surveillance_of_Influenza_2009-2010_in_EU-EEA.pdf
21. Seroepidemiological studies of pandemic influenza A(H1N1) 2009 virus. Wkly Epidemiol Rec. 2010;85(24):229-35.
22. Walunj A, Thomson G, Gent N, Dunning J, Brett S. Global clinical networking and pandemic influenza. J Int Care Soc. 2010;11(3):165-70.
23. Fifty-eighth World Health Assembly, Resolution WHA58.3: revision of the International Health Regulations. Geneva: World Health Organisation; 2005. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf
24. Council Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council of 24 September 1998 setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community. Official Journal of the European Communities 3. 10. 98 L 268. Available from: http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/1998/l_268/l_26819981003en00010006.pdf
25. Mackenzie JS, Drury P, Ellis A, Grein T, Leitmeyer KC, Mardel S, et al. The WHO Response to SARS and Preparations for the Future. In: Knobler S, Mahmoud A, Lemon S, Mack A, Sivitz L, Oberholtzer K, editors. Learning from SARS. Preparing for the Next Disease Outbreak – Workshop summary. Washington, D.C: The National Academies Press; 2004. p 42 -50.
26. Brun-Buisson C, Richard J-C M, Mercat A, Brochard L for the REVA-GRIPPE-SRLF Registry. Corticosteroid therapy in early ARDS secondary to influenza A(H1N1) (2009) pneumonia: data from the REVA-self registry. E-Poster ESICM Congress; 2010 October 9-13; Barcelona. Available from: http://poster-consultation.esicm.org/ModuleConsultationPoster/posterDetail.aspx?intIdPoster=1162
27. Pandemic H1N1 2009 Clinical Practice Note – Managing critically ill cases. London: Health protection Agency; 2009 August 11. Available from: http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1248854036293
28. Paediatric practice note for the management of critically ill children with pandemic (H1N1) 2009 Influenza. London: Health protection Agency; 2009 October 24. Available from: http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1254510681244
29. Jakab Z. ECDC Director's hearing with the European Parliament's ENVI Committee. European Parliament, Brussels 2009 September 1. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/organisation/Founding%20Director%20%20Speeches/0909_DS_Brussels.pdf

OMNE

30. Reed C, Angulo FJ, Swerdlow DL, Lipsitch M, Meltzer MI, Jernigan D, et al. Estimates of the prevalence of pandemic (H1N1) 2009, United States, April–July 2009. Emerg Infect Dis. 2009;15(12):2004-7.
31. Cox CM, Finelli L. Blanton L, Dhara R, Brammer L. 2009 pandemic influenza A (H1N1) deaths among children – United States, 2009-2010. Clin. Infect. Dis. Forthcoming
32. Nicoll A, Sprenger M. The end of the pandemic – what will be the pattern of influenza in the 2010-11 European winter and beyond? . Euro Surveill. 2010;15(32):pii=19637. Available from: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19637

## GASTROENTERITE - NIGERIA (KWALI)

***Date : mar 4 jan 2011***
***Source : Afrique Jet [en anglais, traduit Mod.SC, édité]***
***<http://www.afriquejet.com/news/africa-news/nigeria-health:-gastro-enteritis-breaks-out-in-kwali-2011010466133.html>***

37 personnes ont été hospitalisées au cours d'une récente épidémie de gastroentérite dans les communes de Bako au Conseil régional de Kwali de la CTF. Le conseiller du comité de santé, M. Godwin Chiya, qui a révélé cela vendredi [3 décembre 2010], a déclaré que le problème dans la commune a été rapporté par le chef du village, M. Yusuf Etsu Bako, après que certains des habitants aient développé la coqueluche, des infections des voies respiratoires et des vomissements de sang.

Après qu'il ait reçu le rapport, il déclaré que la direction du conseil régional a immédiatement mobilisé des experts de santé dans la commune et ont transféré les victimes infectées à centre de santé communautaire et à l'hôpital général de la commune, où des médicaments ont été achetés immédiatement pour traiter les malades.

10 personnes de la commune de Fogbe ont également été infectées, et ceci a également été signalé par les aînés de la commune.

"D'après le rapport que nous avons reçu des experts de santé qui ont été envoyés dans les 2 communes touchées, la cause de la maladie était d'origine hydrique", a-t'il dit. Le président du Conseil, M. Joseph Shazin, a confirmé l'épidémie et a exprimé sa tristesse affirmant que le Conseil après avoir lu le rapport, a commandé le déblocage de 6 millions de Naira pour acheter des médicaments qui vont être utilisés pour traiter les malades.

Le patron du Conseil a déclaré que le Conseil a déjà accordé des contrats pour des pompes à eau pour forages dans les communes touchées.

### COMMENTAIRES PROMED-FRA

L'article ne précise pas les caractéristiques des patients touchés par la gastroentérite. La notion de coqueluche avec vomissement de sang ayant précédé cette épidémie devrait être mieux clarifiée, surtout qu'il y a eu des investigations par des experts en santé.

## HYDROCEPHALIE POST INFECTIEUSE, MENINGITE A ACINETOBACTER EN OUGANDA : (MBALE)

***Date : 3 Jan 2011***
***Source : Eurekalert.org [edited]***
***<http://www.eurekalert.org/pub_releases/2011-01/ps-ihs122210.php>***

Selon une équipe internationale de chercheurs de l'Ouganda et des États-Unis, l'hydrocéphalie chez l'enfant évolue, en Ouganda et dans d'autres pays en développement, selon un mode saisonnier, elle est liée aux animaux de ferme et serait partiellement, causée par des antécédents d'infections bactériennes. Les chercheurs croient que la meilleure approche de ce problème est la prévention.

"L'Hydrocéphalie chez le nourrisson dans les pays en développement est un grand mystère médical », a déclaré Steven Schiff, Professeur de la chair Brush d'ingénierie et directeur du Penn State Center for Neural Engineering.

L'hydrocéphalie est une accumulation du liquide qui entoure normalement le cerveau. L'augmentation de la pression provoque une augmentation du volume de la tête et des dégats du tissu cérébral. Le traitement consiste à placer un shunt pour drainer le liquide, mais ces shunts finissent inévitablement, par s'obstruer et nécessitent de soins d'urgence, qui ne sont pas toujours disponibles dans les régions rurales d'Afrique et d'autres régions à ressources limitées des pays en développement. Les neurochirurgiens essayent résolument l'utilisation de nouveaux endoscopes du cerveau pour dévier le liquide interne accumulé de chez de tels enfants, mais cette approche corrige la circulation du fluide mais ne corrige pas les dégâts infectieux antérieurs occasionnés au cerveau.

«Les cerveaux des enfants ayant une hydrocéphalie peuvent être complètement ou en grande partie détruits soit par la cicatrisation de la maladie ou par la pression du liquide céphalo-rachidien qui ne peut plus circuler normalement, dit Schiff. « Beaucoup parmi ces enfants ayant de grandes séquelles infectieuses auront des déficits mentaux et ne pourront survivre que tant que leurs mères seront en mesure de s'occuper correctement d'eux. Comprendre les causes de l'hydrocéphalie pourrait contribuer à l'éliminer ou à éviter ses coûts énormes en vies et ses conséquences pour les familles qui en sont concernées. "

Hydrocéphalie chez le nourrisson est présumée pour être en Afrique sub-saharienne causée le plus souvent par des infections méningées contractées au cours des 1er mois de vie. Les chercheurs américains et Ougandais ont étudié le LCR de 3 séries de 25 patients consécutifs atteints d'hydrocéphalie infantile au cours des mois de Janvier, Juillet et Octobre 2010, pour tenter de déterminer la cause de la maladie. Lorsque les parents finissent par amener leurs enfants ayant une augmentation rapide du volume de la tête à l'Hôpital CURE pour enfants à Mbale, en Ouganda, l'infection sous-jacente est en général déjà guérie. Les chercheurs ont été incapables de faire pousser la moindre bactérie à partir des prélèvements.

Pour identifier les traces d'une infection bactérienne antérieure, les chercheurs ont recouru au séquençage de l'ADN pour rechercher l'ADN ribosomal 16S qui existe chez toutes les bactéries. Ils ont rapporté leurs résultats dans le numéro actuel de « the Journal of Neurosurgery » : Pediatrics [Lingling L, et al. Association of bacteria with hydrocephalus in Ugandan infants. J Neurosurg Pediatrics 2011 ; 70:73-87. Available at : <http://www.esm.psu.edu/wiki/_media/research:sjs49:li_et_al_association_of_bacteria_with_hydrocephalus_in_ugandan_infants_j_neurosurg_peds_2011.pdf>], montrant que 94 % des échantillons contenaient des restes bactériens. Les chercheurs ont constaté une différence saisonnière entre les prélèvements recueillis chez les sujets ayant fait l'infection pendant la saison sèche qui ont été principalement infectés par des Betaproteobacteries et ceux infectés au cours de la saison des pluies qui l'ont été principalement par des Gammaproteobacteries. [Betaproteobacteries est une classe de bactéries à Gram négatif de l'embranchement Proteobacteries, qui comprend _Burkholderia_ Et _Neisseria meningitidis_, et les Gammaproteobacteria est une classe de bactéries à Gram négatif de l'embranchement des Proteobacteries, qui comprend _Pseudomonas_, Escherichia, et _Acinetobacter_.] _Acinetobacter_ apparait chez la majorité [95 % des patients de l'étude de Lingling et al. du J Neurosurg Pediatrics] après infection en saison des pluies. Certaines séquences qui apparaissaient dans l'analyse de l'ADN provenaient de bactéries inconnues, et dans de nombreux cas, les fragments bactériens n'étaient identifiables comme pour le type de _Acinetobacter_ qu'ils représentaient.

Aux États-Unis et autres pays industrialisés, l'hydrocéphalie du nourrisson est habituellement due soit à une anomalie congénitale ou due, chez les prématurés à faible poids de naissance, à des hémorragies cérébrales sur des vaisseaux sanguins immatures. À une certaine époque, le Streptocoque_ du groupe B était une cause fréquente de l'hydrocéphalie post infectieuse chez le nourrisson dans les pays industrialisés, mais actuellement, les médecins peuvent tester les mères pour l'l'infection et la traiter par des antibiotiques avant l'accouchement, et les

infections sont devenues rares. Étrangement, selon Schiff, aucune trace d'ADN du _Streptocoque_du Groupe B n'est retrouvée chez les nourrissons en Ouganda.

En recherchant la source des infections néonatales, les chercheurs se sont intéressés au cadre de vie des nourrissons présentant des signes d'une infection antérieure à l'_Acinetobacter_ et ont localisé les habitations des patients. Ils ont trouvé que c'est des villages de huttes où la bouse de vache était pilonnée sur le sol de la cabane pour éloigner l'eau et les fourmis et elle est aussi utilisée dans les patios autour des huttes où la végétation est enlevée pour se protéger contre les serpents. Les nouveau-nés se retrouvent dans un environnement où ils ne vivent pas, seulement à proximité d'animaux, mais ils sont aussi entourés de leurs excréments.

Les chercheurs ont prélevé des échantillons, à la fois dans le plancher en bouse de vache, et dans les excréments de bovins, chèvres et poulets. Ils ont trouvé des séquences génétiques similaires chez les bactéries isolées chez les nourrissons et chez celles présentes dans le plancher des huttes et le fumier à proximité. "Il est vraiment difficile de d'arriver à garder les bébés à un niveau adéquat d'hygiène dans cet environnement », a déclaré Schiff." je crois que la bactérie que nous avons trouvé reflète l'influence importante de l'environnement. " Même si les chercheurs n'ont pas encore prouvé que ces infections bactériennes sont la cause des occurrences dévastatrices de l'hydrocéphalie, ils croient qu'au moins en partie, les infections bactériennes d'origine animales en sont bien la cause.

Historiquement, certains peuples de l'Est-africain ont recouru à l'application de la bouse de vache pour arrêter le saignement du cordon ombilical, ce qui causait l'infection du nouveau-né. Bien que de telles infections soient devenues rares, l'étendue des infections bactériennes du nouveau-né, associées à la vie à proximité d'animaux domestiques est encore mal déterminée.

"Pour autant que nous pouvons le dire, ces types d'infections d'origine environnementale du nouveau-né sont la principale cause de l'hydrocéphalie dans le monde », a ajouté Schiff. " il est possible que nous ayons affaire à des bactéries qui nous ne pouvons pas cultiver, des virus ou des parasites, et il se peut aussi que nous ayons affaire à des micro-organismes différents d'un site à l'autre. "

Les chercheurs poursuivent leurs travaux et ont constitué une société Africaine de l'étude de l'Hydrocéphalie, associant le Rwanda, le Kenya, la Tanzanie et la Zambie. Ils procèdent, à l'Université des Sciences et des technologies de Mbarara dans le sud-ouest sur l'Ouganda, à des expériences de suivi clinique du couple mère-enfant présentant des infections néonatales, et à l'Hôpital CURE pour enfants en Ouganda sur les nourrissons plus âgés présentant des hydrocéphalies post infectieuses. Ces études utilisent des technologies futuristes et de microbiologie de haut niveau, pour déterminer les agents pathogènes qui affectent les nourrissons. Ils continuent à explorer les liens avec l'environnement jusqu'à ce que des stratégies de santé publique de prévention de l'infection initiale puissent être trouvées.

## COMMENTAIRES PAR : THOMAS JAMES ALLEN <tjallen@pipeline.com>

L'Hydrocéphalie, qui est une accumulation anormale de liquide céphalorachidien (LCD) dans le cerveau, est une complication post-infectieuse connue chez les survivants de méningites néonatales. Les enquêteurs cités dans le rapport ci-dessus Lingling L, et al. Association of bacteria with hydrocephalus in Ugandan infants. J Neurosurg Pediatrics 2011 ; 70:703--00807. Available at: <http://www.esm.psu.edu/wiki/_media/research:sjs49:li_et_al_association_of_bacteria_with_hydrocephalus_in_ugandan_infants_j_neurosurg_peds_2011.pdf>ont le plus fréquemment, trouvé, par amplification PCR (Polymerase chain reaction) dans les prélèvements de LCR faits chez des nourrissons ougandais, de l'ADN d'_Acinetobacter_ et _Burkholderia_ . Les enfants étaient âgés de moins d'un an, n'ayant pas d'antécédent d'hydrocéphalie à la naissance, et ayant un antécédent de maladie fébrile et/ou des convulsions qui précède le

début de l'hydrocéphalie, ou des résultats d'imagerie ou d'endoscopie révélant une ventriculite antérieure.

Bien que la méningite nosocomiale post-neurochirurgicale à _Acinetobacter_ soit un problème connu (<http://www.jstor.org/pss/4457446>), la méningite du nourrisson à *Acinetobacter* généralisée acquises en communauté n'est pas un problème fréquent dans les pays développés. Toutefois, Lingling et al citent des données de l'OMS sur la méningite à *Acinetobacter* acquise en communauté, chez le nourrisson dans les pays en développement. Néanmoins, ils reconnaissent que les espèces *Burkholderia* ont été considérées comme une cause très rare de méningite acquises en communauté.

Lingling et ses collègues déclarent que bien que leurs cas en Ouganda soient originaires du sud la ceinture africaine saisonnière de méningite à méningocoque, ils n'ont trouvé aucun ADN bactérien compatible avec une présence antérieure du _Neisseria meningitidis_ le plus courant des pathogènes en cause dans les méningites, dans aucun des prélèvements et qu'ils ont rarement trouvé des pathogènes impliqués dans les méningites streptococciques (par exemple, streptocoque du groupe B ou *Streptococcus pneumoniae*).

Ces données soulèvent la question d'une possible contamination lors des essais d'interprétation des ADN bactériens découverts dans le LCR, en l'absence d'une mise en évidence de microorganismes vivants. La PCR amplifie un ou quelques exemplaires d'une séquence d'ADN, pour créer des milliers à des millions de copies de la séquence particulière d'ADN et elle est, par conséquent, particulièrement vulnérable aux contaminations.

En plus *l'Acinetobacter*(<http://epinews.com/Newswire/2010/06/11/acinetobacter-infests-hospital-worker-gloves-gowns/>)et_*Burkholderia*_ (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm53d827a1.htm>) Sont des contaminants communs fréquemment retrouvés dans les environnements humides. Lingling & al. Disent qu'ils ont fait des efforts pour éviter toute contamination par les microorganismes omniprésents dans l'environnement, et que les analyses génétiques ont indiqué une diversité suffisante parmi les séquences *Acinetobacter* détectées, laissant suggérer qu'elles ne proviennent d'une origine commune. Néanmoins, des données supplémentaires de confirmation sont nécessaires. Comme le soulignent Lingling et al dans leur article, des études microbiologiques qui tentent de mettre en évidence des micro-organismes vivants dans le LCR des nourrissons ayant une infection méningée néonatale en Ouganda doivent être réalisées pour étudier plus profondément ces questions.

## ADOPTION DU PRINCIPE DE « COCOONING » CONTRE LA COQUELUCHE PARMI UNE POPULATION A HAUT RISQUE

***Source : Clinical Infectious Diseases, vol. 52, no 2, p. 157-162***
***http://cid.oxfordjournals.org/content/52/2/157.abstract***

### CONTEXTE

En 2006, le « Advisory Committee on Immunization Practices » américain recommandait le vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (Tdca) de tous les gardiens de nourrissons âgés de moins d'un an (« cocooning ») pour prévenir les complications et les décès attribuables à la coqueluche. Nous avons, dans un hôpital de Houston, adopté le principe de cocooning chez une population à prédominance hispanique, médicalement mal desservie et dépourvue d'assurance. La Phase 1 (de janvier 2008 à janvier 2010) a procuré un vaccin Tdca aux mères en postpartum ; la Phase 2 (de juin 2009 à janvier 2010) a également permis de vacciner sur place les personnes-ressources œuvrant auprès des nourrissons.

### METHODES

Des séances de sensibilisation à la coqueluche ont été offertes au personnel des soins de santé et aux mères. Des appels d'offres pour l'approvisionnement en vaccin Tdca pour les mères en postpartum maternel ont été mis en place. Les mères ont été interrogées pour confirmer le nombre de personnes-ressources supplémentaires auprès des nourrissons, justiciables de recevoir le vaccin Tdca. Les personnes-ressources justiciables consentantes ont reçu le vaccin Tdca dès que possible après l'accouchement.

### RESULTATS

Du 7 janvier 2008 au 31 janvier 2010, 8 334 (75 %) des 11 174 femmes en postpartum ont reçu le vaccin Tdca. Durant la Phase 2, 2 969 (86 %) des 3 455 femmes en postpartum ont été vaccinées ; 197 autres (6 %) avaient auparavant reçu le vaccin Tdca. Les mères étaient hispaniques (91,4 %), noires (5,4 %), blanches (0,8 %), asiatiques (1,4%) et autres (1,0 %). Une médiane de 3 (sur une plage de 1 à 11) autres personnes-ressources admissibles au Tdca par nourrisson ont été identifiées, et une médiane de 2 (sur une plage de 0 à 10) personnes-ressources par nourrisson ont reçu le vaccin Tdca. Parmi les 1 860 personnes-ressources vaccinées, 1 813 (98 %) prévoyaient un contact quotidien avec des nourrissons. Un total de 1 697 (91 %) ont reçu le vaccin Tdca avant que le nourrisson ne sorte de l'hôpital, et 144 (8 %) ont reçu le vaccin Tdca dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital. Les obstacles au cocooning intégral comprenaient le besoin d'heures de vaccination prolongées, les restrictions quant aux visites en raison de la grippe pandémique H1N1 et un rappel inexact de l'historique de vaccination.

### CONCLUSION

Bien que les obstacles pratiques et logistiques existent, le cocooning Tdca a été bien accueilli et mis en œuvre avec succès parmi une population à haut risque grâce à des offres à commandes et à une vaccination sur place.

## GASTRO-ENTERITE : EPIDEMIE CONFIRMEE EN FRANCE

***Date : 12/01/2011***
***Source :http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/gastro-enterite-epidemie-confirmee-12-01-2011-1225623.php***

Avec 587 cas pour 100.000 habitants, l'activité de gastro-entérite a atteint un niveau épidémique au cours de la semaine du 3 au 9 janvier derniers, selon le bulletin hebdomadaire du réseau Sentinelles, publié mercredi 12 janvier. L'incidence des cas de diarrhées aiguës, en hausse par rapport à la semaine précédente (340 cas pour 100.000 habitants), est bien au-dessus du seuil épidémique établi à 287 cas.

Selon les médecins du réseau, "le niveau d'activité des diarrhées aiguës pourrait avoir atteint son pic".

Vingt-et-une régions françaises sont particulièrement touchées par cette épidémie de gastro-entérite, à savoir le Languedoc-Roussillon (1.380 cas pour 100.000 habitants), le Limousin (1.039 cas), le Nord-Pas-de-Calais (838 cas), l'Aquitaine (804 cas), la Basse-Normandie (797 cas), la Bretagne (701 cas), le Poitou-Charentes (644 cas), ou encore la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (584 cas).

L'âge médian des cas observés a été de 28 ans au cours de cette semaine, soit des patients âgés de 3 mois à 92 ans.

ONMNE

# PREMIER RAPPORT CONCERNANT UNE ASSOCIATION ENTRE L'ADENOVIRUS TYPE 7, ET DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES SEVERES CHEZ DES ENFANTS EN CHINE : (SHAANXI)

**Date: Tue 18 Jan 2010**
**Source: Virology Journal [edited]**
**<http://www.virologyj.com/content/pdf/1743-422X-8-23.pdf>**

*[Ref: Liuying Tang, Li Wang, Xiaojuan Tan, Wenbo Xu: Adenovirus serotype 7 associated with a severe lower respiratory tract disease outbreak in infants in Shaanxi Province, China. Virology Journal 2011; 8:23. doi:10.1186/1743-422X-8-23]*

## RESUME

### CONTEXTE

La pneumonie due à une infection à adénovirus est généralement sévère, c'est le cas en particulier de l'adénovirus de type 7, qui est souvent associé à épidémies de maladies des voies respiratoires inférieures. Nous rapportons une épidémie de 70 cas de pneumonie sévère dont un décès, chez des nouveau-nés dans la province du Shaanxi, en Chine. Les prélèvements ont montré que l'adénovirus 7 (Ad7) était le principal agent pathogène, avec quelques coïnfections.

### RESULTATS

Deux souches d'adénovirus et 2 souches d'entérovirus ont été isolées, les 21 prélèvements pharyngés ont montré 16 amplifications positives pour l'adénovirus ; 3 coïnfections par le virus respiratoire syncytial (VRS), 2 avec un rhinovirus, une avec un virus parainfluenza de type 3 et 4 [?] négatif. Le sous-typage de l'adénovirus a montré que 9 parmi les 16 échantillons positifs à l'adénovirus ont été des adénovirus humains de type 7 (HAdV-7), 3 ont été HAdV-3 et 4 étaient trop faibles pour achever le séquençage.

La totalité du gène hexon des adénovirus a été séquencé et analysé pour les 2 isolats de l'adénovirus de type 7, montrant une analogie d'acide nucléique à de 99,8 % entre les 2 souches et à 99,5 % comparativement à la souche de référence HAdV-7 (numéro d'accession Genbank AY769946). Pour les 21 prélèvements sériques en phase aiguë chez les 21 patients, 6 échantillons avaient des résultats positifs et 3 étaient positifs pour la détection ELISA des HAdV IgA en suspension, et les titres de neutralisation des échantillons en phase de convalescence ont été 4 fois plus élevés que ceux des prélèvements de la phase aiguë chez 9 paires.

### CONCLUSION

Nous concluons qu'un adénovirus principalement HAdV-7, avec des coïnfections a été l'agent pathogène viral, responsable de l'épidémie. Il s'agit du premier signalement d'une épidémie de pneumonie infantile causée par l'adénovirus 7 dans la province du Shaanxi, en Chine.

### COMMENTAIRES PAR HEALTHMAP ALERTES VIA PROMED-MAIL

Des adénovirus du type 3, 7, et 21 ont été responsables de la plupart des foyers d'infections graves des voies respiratoires basses chez l'enfant. Au cours de l'épidémie actuelle dans la province du Shaanxi en Chine, les adénovirus du type 7 et 3 ont été identifiés comme les principaux agents pathogènes. L'existence de coïnfection VRS, rhinovirus et virus para influenza de type 3 a probablement aggravé le cours de la maladie de manière non spécifique.

ONMNE

## UN CAS DE CHIKUNGUNYA IMPORTE EN FRANCE DU BENIN

*Date : 18 Jan 2011*
*De : Marie-Catherine Receveur [en anglais, traduit Mod.SC, édité]*
*<marie-catherine.receveur@chu-bordeaux.fr>*

Un cas importé d'infection aiguë par le virus de chikungunya est de retour en France en provenance du Bénin et a été confirmé par sérologie au CHU de Bordeaux, France. Le voyage du patient était prévu du 20 Octobre au 2 décembre 2010, mais il a été raccourci en raison d'une infection aiguë fébrile présentée le 30 novembre 2010. Le 20 décembre 2010, le patient a été admis dans notre unité, à cause d'une asthénie persistante, sévère et invalidante, et des arthralgies localisées essentiellement au niveau du cou, des coudes et des poignets.

Par : MC. Receveur, E. Boidin, D.Malvy Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France <marie-catherine.receveur@chu-bordeaux.fr>

Bien que le virus chikungunya (CHKV) a été transmis dans le sud de la France au moment de la canicule, après l'importation du virus en 2010 (voir ProMED-mail no. d'archives 20100926.3495), il n'y avait pas de risque de transmission continue du CHIKV à Bordeaux pendant la période où le cas ci-dessus a été importé. Ce rapport est intéressant car ProMED-mail reçoit peu de rapports d'infections CHKV en Afrique, où la maladie est pourtant endémique dans la plupart des pays. Ce rapport est le 1er cas de transmission CHKV au Bénin.

La persistance des arthralgies est courante chez les patients atteints de CHK. Une étude récente a indiqué qu'en moyenne, 2 ans après l'infection, 43% à 75% des personnes infectées par le CHKV ont signalé des symptômes prolongés ou d'apparition tardive (arthralgies) attribués à l'infection par ce virus (voir archive ProMED-mail no.d'archives 20110115.0178).

## PREVENTION DES AFFECTIONS PNEUMOCOCCIQUES CHEZ LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS --- USAGE DU VACCIN 13-VALENT ANTIPNEUMOCOCCIQUE CONJUGUE ET DU VACCIN 23-VALENT ANTIPNEUMOCOCCIQUE POLYSACCHARIDIQUE NON CONJUGUE

***Recommendations and Reports*** *December 10, 2010 / 59(RR11) ; 1-18*
***Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)***
***Prepared by J. Pekka Nuorti, MD Cynthia G. Whitney, MD***
***Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases***

***This report originated in the Division of Bacterial Diseases, Rana Hajjeh, MD, Director, and the National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Anne Schuchat, MD, Director.***
***Corresponding preparer : Cynthia G. Whitney, MD, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, CDC, 1600 Clifton Rd, NE, MS C-23, Atlanta GA 30333. Telephone : 404-639-4927 ; Fax : 404-639-3970 ; E-mail : cwhitney@cdc.gov.***

### RÉSUMÉ

Le 24 Février 2010, un vaccin antipneumococcique 13-valent protéino-polysaccharidique conjugué (PCV13 [Prevnar 13, Wyeth Pharmaceuticals Inc, commercialisé par Pfizer Inc]) a été homologué par la Food and Drug Administration (FDA) pour la prévention des maladies pneumococciques invasives (IPD) provoquées chez les nourrissons et les jeunes enfants par les 13 sérotypes de Streptococcus pneumoniae couverts par le vaccin et pour la prévention de l'otite moyenne causées par des sérotypes également couverts par la formulation 7-valent du vaccin conjugué antipneumococcique (PCV7 [Prevnar, Wyeth]). PCV13 contient les sept sérotypes contenus dans le PCV7 (sérotypes 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F) et six autres sérotypes (sérotypes 1, 3, 5, 6A, 7F et 19A). Le PCV13 est approuvé pour utilisation chez les

ONMNE

enfants âgés de 6 semaines à 71 mois et il annule et remplace le PCV7, qui a été homologué par la FDA en 2000.

Ce rapport résume les recommandations approuvées, le 24 Février 2010, par le Comité consultatif en matière d'immunisation (ACIP) pour l'utilisation du PCV13 dans la prévention des maladies à pneumocoques chez les nourrissons et les jeunes enfants âgés de moins de 6 ans. Les recommandations comprennent

1) la vaccination de routine de tous les enfants âgés de 2 à 59 mois,

2) la vaccination des enfants âgés de 60 à 71 mois ayant un terrain médical sous-jacent,

3) la vaccination des enfants qui ont précédemment reçu ≥ 1 dose du PCV7 (*CDC. Licensure of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine [PCV13] and recommendations for use among children---Advisory Committee on Immunization Practices [ACIP], 2010. MMWR 2010 ; 59:258--61)*).

4) Des recommandations sont également fournies pour une utilisation ciblée du vaccin anti pneumococcique polysaccharidique 23-valent non conjugué (*PPSV23*, anciennement VPP23 - USA ; Pneumovax 23 - F, CH, B), chez les enfants âgés de 2 à 18 ans avec des terrains médicaux qui augmentent leur risque de contracter la maladie pneumococcique ou des complications de la maladie pneumococcique en cas d'infection.

La recommandation de l'ACIP pour la vaccination de routine avec le PCV13 et les calendriers de vaccination pour les enfants âgés de ≤ 59 mois qui n'ont pas reçu de doses précédentes de PCV7 ou PCV13 sont les mêmes que celles publiées précédemment pour le PCV7 *(CDC. Preventing pneumococcal disease among infants and young children : recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices [ACIP]. MMWR 2000 ; 49[No. RR-9] ; CDC. Updated recommendation from the Advisory Committee on Immunization Practices [ACIP] for use of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine [PCV7] in children aged 24--59 months who are not completely vaccinated. MMWR 2008 ; 57 :343--4)*, avec le remplacement du PVC7 par le PVC13 pour toutes les doses. Pour la vaccination systématique des nourrissons, le PCV13 est recommandé en tant qu'une série de 4 doses administrées à l'âge de 2, 4, 6 et 12 à 15 mois. Les nourrissons et les enfants qui ont reçu 1 dose ou plus du PVC7 devraient terminer la série avec PVC 13. Une seule dose supplémentaire de PVC 13 est recommandée pour tous les enfants âgés de 14 à 59 mois qui ont déjà reçu 4 doses du PVC 7 ou qui ont suivi un autre calendrier complet, adapté à leur âge, du PVC7. Pour les enfants qui ont des états médicaux sous-jacentes, une dose supplémentaire de PCV13 est recommandée jusqu'à l'âge de 71 mois. Les enfants âgés de 2 à 18 ans avec des états médicaux sous-jacentes devraient également recevoir le PPSV23 après avoir terminé toutes les doses recommandées de PCV13.

## CONSIDERATIONS DE SANTE PUBLIQUE

### ÉVALUATION DU COUT-EFFICACITE DU PCV13

Deux analyses séparées du rapport coût-efficacité du PCV13 analysées conformément aux directives de l'ACIP ont été présentées pour examen par l'ACIP (82,83). Bien que ces études aient utilisé des approches de modélisation et des hypothèses concernant les effets potentiels du vaccin différentes, leurs conclusions ont été largement compatibles chacun avec l'autre. Une étude du CDC, utilisant un modèle de cohorte, destinée à évaluer le coût-efficacité chez les nourrissons et les jeunes enfants n'a pas pris en compte, dans son analyse, les effets indirects potentiels du PCV13 parmi les groupes non vaccinés en raison de l'incertitude quant à leur ampleur et leur chronologie et le fait qu'il a été démontré que les diverses hypothèses concernant les effets indirects ont eu de grandes répercussions sur les estimations coût-efficacité du PCV7 (84). Les résultats suggèrent que d'une perspective sociétale, la vaccination systématique d'une cohorte de même naissance de nourrissons avec le PCV13 au

lieu du PCV7 était susceptible de réduire les coûts d'une économie de plus de 142 millions de $ dont des gains de productivité (82). La supplémentation par une dose de vaccin PCV13, a été établie être comparable en termes de rentabilité à d'autres interventions éprouvées de santé publique, qui coûtent environ 20,200 $ d'économie par année de vie ajustée sur la qualité actualisées (QALY) (extremes des analyses de sensibilité : 11.200 $ - 35.500 $ par QALY actualisée gagnée). Une autre étude parrainée par le fabricant du PCV13 a utilisé un modèle d'analyse décisionnelle de Markov qui a également prédit d'importantes économies nettes pour le programme de routine PCV13 versus PCV7 (83). Le programme 1-dose de PCV13 supplémentaire a été décelé réduire les coûts dans l'hypothèse où la survenue d'effets indirects serait accélérée de ≥ 6 mois puisque la dose supplémentaire permettrait de réduire le portage nasopharyngé de certains sérotypes PCV13 chez les enfants plus âgés ; lorsque les effets indirects n'ont pas été inclus, le programme d'une dose supplémentaire reste toujours considéré comme rentable.

## SURVEILLANCE APRES HOMOLOGATION

Étant donné que le PCV13 a été homologué par la FDA, sur la base uniquement d'études de sécurité et d'immunogénicité, mais pas sur des données d'efficacité, le suivi après homologation, de l'efficacité du vaccin sera particulièrement important en plus de l'habituelle surveillance après homologation de la sécurité. Mais également, en raison du fait qu'une large utilisation du PCV13 peut faire prévoir des modifications dans la répartition des sérotypes de S. pneumoniae, une surveillance continue des tendances épidémiologiques de la maladie pneumococcique demeurera nécessaire (85). La FDA et les CDC effectueront une surveillance après homologation pour les événements indésirables associés au PCV13 à l'aide de données du VAERS et le CDC réalisera une étude cas-témoin sur l'efficacité du vaccin en utilisant des données des ABCs, le fabricant réalisera également des études après homologation.

En Juin 2009, le Conseil d'Etat et des épidémiologistes territoriaux ont adopté une nouvelle annonce de position et définition de cas pour la surveillance nationale de l'incide des maladies pneumococciques invasives (IPD) et ont recommandé une surveillance accrue en vue de suivre les effets du programme de vaccination PCV13 (86). Les cas de maladies pneumococciques, à tous les âges, doivent maintenant être signalés dans de nombreux États, et les services de santé dans ces états transmettront les données au CDC à travers le système national de surveillance des maladies à déclaration obligatoires. La définition de cas nationale pour la surveillance des maladies invasives dues au S. pneumoniae est l'isolement de S. pneumoniae à partir d'un site normalement stérile (sang, liquide céphalo-rachidien, ou, plus rarement, liquide articulaire, liquide pleural ou péricardique). Les données Épidémiologiques importantes (par exemple, les données démographiques, informations sur les conditions médicales sous-jacentes associées à un risque accru de pneumococcies invasives (PI), le statut vaccinal et les résultats des tests de sensibilité aux antibiotiques) doivent être déclarés pour chaque cas afin de suivre la prévalence et la distribution géographique des profils de résistance aux antibiotiques.

En outre, les responsables de la santé publique pourraient vouloir suivre l'évolution de sérotypes chez les cas de pneumococcies invasives dans leur juridiction. Une méthode de sérotypage, basée sur la PCR, des isolats de S. pneumoniae est maintenant disponible pour utilisation par les laboratoires régionaux et locaux de santé publique. La méthode PCR ou le sérotypage classique peuvent être utilisés pour distinguer si les cas détectés sont causées par les sérotypes inclus dans le PCV13 (87,88).

# LE 1ER CAS IDENTIFIE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTEUR DE VIM, RESISTANT AUX CARBAPENEME, ASSOCIE A UNE ISSUE FATALE EN REPUBLIQUE D'IRELAND.

***Date de sousmision : 09 December 2010***

*First identified case of VIM-producing carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae in the Republic of Ireland associated with fatal outcome*

*A R Prior ( annarosep@yahoo.com )[1], C Roche[2], M Lynch[1], S Kelly[1], K O'Rourke[3], B Crowley[2]*

1. *Department of Clinical Microbiology, Mater Hospital, Dublin, Ireland*
2. *Department of Microbiology, St James's Hospital, Dublin, Ireland*
3. *Department of Neurology, Mater Hospital, Dublin, Ireland*

***Available online :*** ***http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19752***

***Pour le rédacteur en chef :*** *Suite à l'inventaire récent des espèces entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (CRE) en Europe [1], nous voudrions signaler qu'un premier cas de Klebsiella pneumoniae productrice de VIM-1 et résistantes aux carbapénèmes est également survenu en Irlande, associé à un rapatriement de patient d'un hôpital grec.*

En Septembre 2010, une femme dans la mi-cinquantaine, a été transférée d'un hôpital grec à l'unité de soins intensifs de notre institution, avec une encéphalite sévère à herpès simplex. Elle a été traitée empiriquement avec de la vancomycine et du méropénème pour une pneumonie nosocomiale. Un *Pseudomonas aeruginosa* et un *Enterobacter cloacae* ont été isolés à partir de prélèvements respiratoires et ont été sensibles au méropénème. Toutefois, une *K. pneumoniae* résistante au méropénème a été identifiée à partir d'un prélèvement recueilli dans une escarre sacrée de pression profonde. La patiente a été immédiatement mise en isolement. Un traitement par tigécycline et colistine intraveineuse a été rajouté, mais la patiente décède dans les sept jours suivant son transfert. Aucun germe CRE (Carbapenem-Résistant Enterobacteriaceae) n'a été détecté dans des échantillons prélevés chez les contacts de la patiente.

Le germe isolé chez la patiente s'est avéré être résistant à touts les antibiotiques bêta-lactamines, y compris les carbapénèmes, ainsi qu'à tous les aminoglycosides et fluoroquinolones, mais il était toujours sensible à la colistine et avait une sensibilité intermédiaire à la tigécycline (2 mg / L) selon les critères EUCAST [2]. La production de carbapenemase a été démontrée par une modification positive de la plaque test de Hodge. Le dépistage phénotypique pour une production *par K. pneumoniae* de carbapenemase a été négatif, mais il a été positif pour la production d'une métallo-beta-lactamase. La présence du gène codant pour VIM-1 a été confirmée par analyse séquentielle (numéro d'accès GenBank HQ442296).

Ce premier *K. pneumoniae* producteur VIM-1, isolé en Irlande appartenait au groupe des entérobactéries productrices New Delhi métallo-beta-lactamase NDM-1 signalé récemment. À ce jour, il n'existe qu'un seul rapport d'une production de classe A KPC-2 endémique chez *K. pneumoniae* en Irlande [3].

L'affaire met en exergue l'importance de la mise en œuvre rapide de mesures de contrôle des infections chez les patients rapatriés en provenance de pays où les CRE sont endémiques. Ces patients doivent être placés en isolement recourant aux précautions de contact en attendant que les résultats des cultures de surveillance soient disponibles [4].

## REFERENCES

ONMNE

1. Grundmann H, Livermore D, Giske C, Canton R, Rossolini G, Campos J, et al. Carbapenem-non-susceptible Enterobacteriaceae in Europe: conclusions from a meeting of national experts. Euro Surveill. 2010;15(46):pii=19711. Available from: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19711
2. European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). EUCAST Procedure for Harmonising and Defining Breakpoints. The Swedish Reference Group for Antibiotics. [Accessed:10/10/2010]. Available from: http://www.srga.org/eucastwt/bpsetting.htm
3. Roche C, Cotter M, O'Connell N, Crowley B. First identification of Class A carbapenemase-producing Klebsiella pneumoniae in the Republic of Ireland. Eurosurveill. 2009;14(13):pii=19163. Available from: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19163
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidance for control of infections with carbapenem-resistant or carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in acute care facilities. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009; 58(10):256-60.

## ROUGEOLE - NIGERIA : (BAUCHI)

***Date : lun 24 jan 2011***
***Source : The Sun News online [en anglais, traduit Mod.SC, édité]***
***<http://www.sunnewsonline.com/webpages/news/national/2011/jan/24/national-24-01-2011-017.htm>***

Au moins 2000 cas, d'une épidémie de rougeole, ont été signalés dans les 20 zones de gouvernement local de l'Etat de Bauchi. Un consultant de l'OMS, M. Habu Dahiru a révélé l'information au cours d'une formation interne pour les membres de la section des journalistes pour l'Initiative de l'immunisation contre la polio à Bauchi. Dahiru a dit que les zones du gouvernement local de Bauchi, Katagum et Toro avaient été les plus touchées, une situation alarmante comparée aux cas rapportés à la même période l'an dernier [2010].

Il a décrit l'épidémie comme alarmante, compte tenu du taux de morbidité qui a augmenté les derniers mois. Dahiru a également dit que la surveillance a indiqué que l'épidémie s'était propagée aux enfants qui étaient au-dessus de l'objectif initial de moins de 5 ans, un développement qui dit-il appelle à une attention urgente de toutes les autorités médicales et de santé concernées afin de vérifier sa propagation.

Il a assuré que les organismes comme l'OMS et d'autres dont l'UNICEF étaient toujours prêts à intervenir. Il a appelé les journalistes à soutenir la campagne par le biais de rapports réguliers dans les médias, et aussi éduquer le public sur la nécessité de coopérer pendant la vaccination qui a été prévu plus tard dans le mois.

Le consultant de l'OMS a souligné que des postes fixes ont été mis en place dans tous les établissements de santé à travers l'état pour la vaccination, tandis que les postes mobiles iraient de maison en maison pour vacciner les enfants de moins de 5 ans. Dans son exposé sur la vue d'ensemble de la rougeole au Nigeria et l'État de Bauchi, en particulier, Mme Mojishola Afolabi de l'OMS dit qu'il était possible de rectifier la situation avec des efforts par tous les intervenants médicaux et de santé, soulignant que l'implication des journalistes dans la campagne contre la rougeole (IMC) serait un plus, car ils informeraient les gens de l'apparition de la maladie. Afolabi a ajouté que l'IMC se ferait en même temps que les jours prévus pour la Vaccination Plus (JVP), afin d'assurer que les cas du poliovirus sauvage retombent à zéro, comme en Septembre 2009 lorsque le dernier cas a été enregistré dans région du gouvernement local de Dambam.

Le Président exécutif de l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'Etat de Bauchi, Dr Musa Mohammed Dambam a confirmé l'épidémie, mais a assuré qu'il y avait suffisamment de vaccins venant de la Commission nationale de l'Agence de développement de soins de santé primaires, ainsi que d'autres organismes donateurs pour l'IMC au cours du mois. Musa Dambam a également exprimé son inquiétude sur la situation qui a empiré car la maladie a infecté les personnes âgées, portant le taux morbidité de 2 pour cent. Mais elle

OMMIE

assure que la situation devrait bientôt revenir à la normale, et a appelé les journalistes à se joindre à la campagne.
***[Par Paul Orude]***

### COMMUNIQUE PAR: PROMED-FRA

<promed-fra@promedmail.org>

L'Initiative Global contre la rougeole, lancée en 2001, était un engagement à long terme de partenariat entre les dirigeants de la santé publique avec pour objectif de réduire la mortalité due a la rougeole dans le monde de 90 pour cent en 2010 par rapport aux estimations 2000. Des progrès considérables dans cette direction ont été atteints, mais récemment, dans certaines parties de l'Afrique, et au Nigeria en particulier, il ya eu une résurgence de la rougeole au cours de l'année dernière [2010]. Il est à espérer que la situation dans l'Etat de Bauchi puisse être contenue et inversée par une campagne de vaccination intensive.

## LEISHMANIOSE, CUTANEE – ISRAEL

***Date : 20 Jan 2011***
***Source : Yediot Aharonot Daily [trans. Mod.AS, summarised, edited]***
***<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4016665,00.html>***

Des dizaines d'habitants de la région d'Eshkol et du périmètre de Gaza ont été récemment piqués par des phlébotomes et souffrent d'infections et de plaies qui laissent des cicatrices. Les plaies sont désignées localement par le nom de « Rose de Jericho » (leishmaniose). Dans le seul kibboutz d'Urim, 27 personnes ont été infectées. «Je me sens comme une lépreuse», a déclaré une résidente de la région, qui a été piquée, elle et ses filles. « Cela a commencé en décembre 2010, provoquant une lésion indurée, rouge, et prurigineuse. J'ai attendu quelques jours pour qu'elle disparaîsse, mais ce n'a pas été le cas. La douleur était très forte, comme des piqures d'aiguilles. Des collègues au travail m'ont dit que cela ressemble à une « rose de Jéricho », alors je suis allée consulter.

Les habitants d'Eshkol résidents ne sont pas les seuls. Même dans la région de Jérusalem, le nombre de personnes récemment piquée a augmenté. Plusieurs enfants de la colonie de Maale-Edomim en territoire Palestinien, ont été hospitalisés ces derniers jours à l'Hôpital Shaare Zedek à Jérusalem après que des lésions graves sont apprues chez eux à la suite de piqûres de « mouches ». Dans le même temps, le phénomène s'est étendu à la région de Beth-Shean dans la vallée du Jourdain, au nord d'Israël, près du Golan Syrien occupé.

Israël a toujours été considéré comme un pays ayant une incidence élevée de leishmaniose cutanée, mais ces dernières années, la transmission de cette maladie a augmenté. «La leishmaniose pose de grosses difficultés, et les efforts de lutte sont insuffisants », déclare le professeur Eli Schwartz, directeur de la clinique des voyageurs et spécialiste en maladies tropicales dans le centre médical Sheba. « Ce n'est pas une fatalité, mais c'est sans doute, très inquiétant et la cause de graves problèmes d'ordre esthétique. De vastes zones du pays sont infectées, du nord au sud, et dans certains endroits, la situation est vraiment terrible. Nous voyons des personnes qui sont piquées des dizaines de fois, ayant jusqu'à 30 ou 40 lésions sur le corps. »

La maladie est transmise par la piqûre de la femelle du phlébotome. Les mouches piquent un animal infecté, souvent [the rock hyrax] le **daman du Cap** (*Procavia capensis*), mais dans certaines parties d'Israël, d'autres rongeurs, et transmettent la maladie aux mouches qui les

piquent. Des ulcérations rouges apparaîtront après une période d'incubation de plusieurs semaines après la piqure. Elles ne sont pas mortelles, mais douloureuses et inesthétiques. "Une amie m'a montré des photos online de cicatrices. J'ai d'abord pensé qu'elle était folle, a dit une femme piquée, mais maintenant, je m'apperçois que c'est pire que sur Internet. Cela semble terrible. »

La prise en charge de l'affection est médicale se faisant par des médicaments : dans les cas légers, on a recours à une pommade qui tue le parasite, dans les cas graves, l'administration du médicament par voie intraveineuse peut être nécessaire. La guérison demande beaucoup de temps, parfois plus d'un an. Dans tous les cas, le médicament n'empêche pas l'apparition des cicatrices que laissent les lésions.

Or, il s'avère que les autorités ne se sont pas lancées dans l'éradication de la mouche. Par exemple, les habitants d'Eshkol qui ont sollicité le ministère de l'Environnement au sein du Conseil régional, ont reçu pour réponse qu'actuellement, des mesures pour l'éradication des mouches ne pourraient pas être appliquées tant que la loi n'autorise qu'à éradiquer seulement des moustiques.

Jusqu'à ce que les autorités trouvent une solution, la seule façon de se protéger contre la mouche est de porter, après le coucher du soleil, des vêtements appropriés (manches longues) et de s'appliquer des répulsifs anti-insectes. Les moustiquaires aux fenêtres ne sont pas utiles dans ce cas, puisque le phlébotome est très petit, et que dans tous les cas, pareilles mesures de lutte contre les nuisibles n'ont qu'un effet limité.

Le professeur Itamar Grotte, chef des Services de la santé publique au ministère de Santé, a déclaré le 19 janvier 2011 «Nous investissons beaucoup d'efforts pour étudier de nouvelles méthodes afin de contrôler le phénomène, mais il n'y a pas de solution miracle». Il a ajouté : "Toute personne qui a présente une lésion qui ne cicatrise pas en une à 2 semaines, et qui a séjourné dans une zone touchée, devrait contacter le médecin pour vérifier une infection éventuelle. "

## COMMENTAIRES PROMED-MAIL

La leishmaniose cutanée (LC), causée par _Leishmania major_, est connue pour être présente en Israël dans les plaines désertiques arides et semi-arides, particulièrement et habiuellement dans la vallée du Jourdain, où elle a acquis son appelation vernaculaire de "Rose de Jéricho», (synonymes : clou d'Alep, la lésion Orientale, clou de Delhi, la lésion de Bagdad, etc). Tout au long des années 1990, elle est restée à un niveau relativement stable de 0,5 à 2,5 cas pour 100 000, mais depuis le Fin des années 1990, elle s'est propagée vers des zones jusque-là indemnes, telles que la région de Jérusalem (voir réf. 1), le nord d'Israël et le périmètre de Gaza, où sont situés le conseil régional d'Eshkol et kibboutz Urim. La population totale (tous âges confondus) d'Urim, où 27 cas de LC auraient été maintenant signalés, est de 493 personnes (chiffres de Décembre 2009).

## REFERENCE :


1. Singer SR, Abramson N, Shoob H, Zaken O, Zentner G, Stein-Zamir C.(2008). Ecoepidemiology of Cutaneous Leishmaniasis Outbreak, Israel. Emerg Infect Dis. 14(9): 1424-1426.


*La leishmaniose est en augmentation dans la région méditerranéenne (Ready PD. Leishmaniasis emergence in Europe. Euro Surveill. 2010;15:19505), et sa propagation en Italie vers le nord de l'Italie est particulièrement bien documentée (Maroli M et al. The northward spread of leishmaniasis in Italy: evidence from retrospective and ongoing studies on the canine reservoir and phlebotomine vectors. Trop Med Int Health. 2008 ; 13:256-64.*

*Ferroglio E et al. Distribution of _Phlebotomus perniciosus_ in North-Italy: a study on 18S rDNA of phlebotomine sand flies. Vet Parasitol. 2010;170:127-30).*

## SENEGAL / UNE MALADIE INCONNUE MORTELLE, INTOXICATION OU EMPOISONNEMENT ? UNE FAMILLE DECIMEE DANS LE DEPARTEMENT DE KAFFRINE

***Date : 30 dec 2010***
***Source : All Africa [édité]***
***<http://fr.allafrica.com/stories/201012300888.html>***

7 personnes issues d'une même famille ont trouvé la mort le 28 décembre 2010 à Médinatoul-Diockoul dans la communauté rurale de Diockoul Mbelbouck, dans le département de Kaffrine. La consommation du repas familial serait à l'origine du triste drame, sans qu'on sache s'il s'agit d'un cas d'empoisonnement ou d'une intoxication alimentaire.

Au village de Médinatoul-Diockoul, c'est l'émoi et la consternation. La consommation d'un plat de "mafé" (riz blanc assaisonné de sauce d'arachide, Ndlr) a décimé une famille. Autant dire le déjeuner de tous les malheurs. C'est en tout cas, ce qu'on pourrait dire du "mafé" servi le 28 décembre 2010 vers 15 heures dans ce village situé dans la communauté rurale de Diockoul-Mbelbouck, département de Kaffrine. Pourtant rien chez les convives ne présageait d'un dénouement tragique.

Comme à son habitude, la dame Mbato Ndaw a préparé le repas servi à la famille et quelques hôtes. Une heure après, des cas de vomissements et de diarrhées sont notés parmi certains des convives. La première évacuation est menée vers le poste de santé de Diockoul-Mbelbouck. Malheureusement au cours du trajet, 4 parmi les victimes rendent l'âme. 3 autres le seront au centre de santé de la capitale régionale, Kaffrine. 4 rescapés sont transférés à l'unité de soins intensifs de l'hôpital régional, Elhadji Ibrahima Niass de Kaolack.

Depuis l'annonce de la triste nouvelle, les commentaires vont bon train. Quand certains évoquent une simple intoxication alimentaire, d'autres ne manquent pas de parler d'empoisonnement. Pour en avoir le coeur net, la gendarmerie a ouvert une enquête. On signale que la "mise en cause", la dame Mbato Ndaw figure parmi les rescapés au moment où 3 de ses enfants comptent parmi les victimes.

### COMMENTAIRES PROMED-FRA

Des informations complémentaires sont nécessaires pour clarifier cette situation dramatique vécue par les habitants de Médinatoul-Diockoul. Les intoxications alimentaires sont fréquentes au cours des fêtes coutumières comme les mariages dans certaines régions d'Afrique, mais le nombre de décès dans la présente situation est très élevé. ProMED sera intéressé de recevoir des informations complémentaires à ce sujet afin de mieux comprendre le problème.

OMMNE

**République Tunisienne**

**Ministère de la Santé Publique**

**Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergente**

5-7, Rue Khartoum. Tunis Belvédère-1002.

**Tel** : 216 71894512 / 216 71894525. ---- **Fax** : 216 71894533

**E-mail** : onmne@rns.tn