

## Coordonnées des Laboratoires de Référence

Dr M. DELMEE Tél. : 02/764.54.90	U.C.L. - St-Luc 5490 - Microbiologie Fax : 02/764.94.40	Av. Hippocrate, 54 1200 Bruxelles E-mail : Delmee@mblg.ucl.ac.be
Dr M. VAN RANST Tél. : 016/34.79.09	U.Z. - CDG8 - Virologie Fax : 016/34.79.31	Herestraat, 49 3000 Leuven E-mail : Marc.vanranst@uz.kuleuven.ac.be
Dr V. GERIN Tél. : 010/43.71.60	Clinique St-Pierre (Laboratoire) Fax : 010/43.71.88	Av. Reine Fabiola, 9 1340 Ottignies E-mail : vincentgerin@swing.be

## Introduction

Les résultats présentés ci-dessous proviennent de patients pour lesquels :

- soit un échantillon a été envoyé directement à un des 3 laboratoires de référence (**U.C.L.-Bruxelles** ou **U.Z.-KULeuven** ou **Clinique St-Pierre-Ottignies**) pour **diagnostic**;
- soit un échantillon a été envoyé à un des laboratoires de référence pour **confirmation du diagnostic** réalisé dans un laboratoire extérieur.

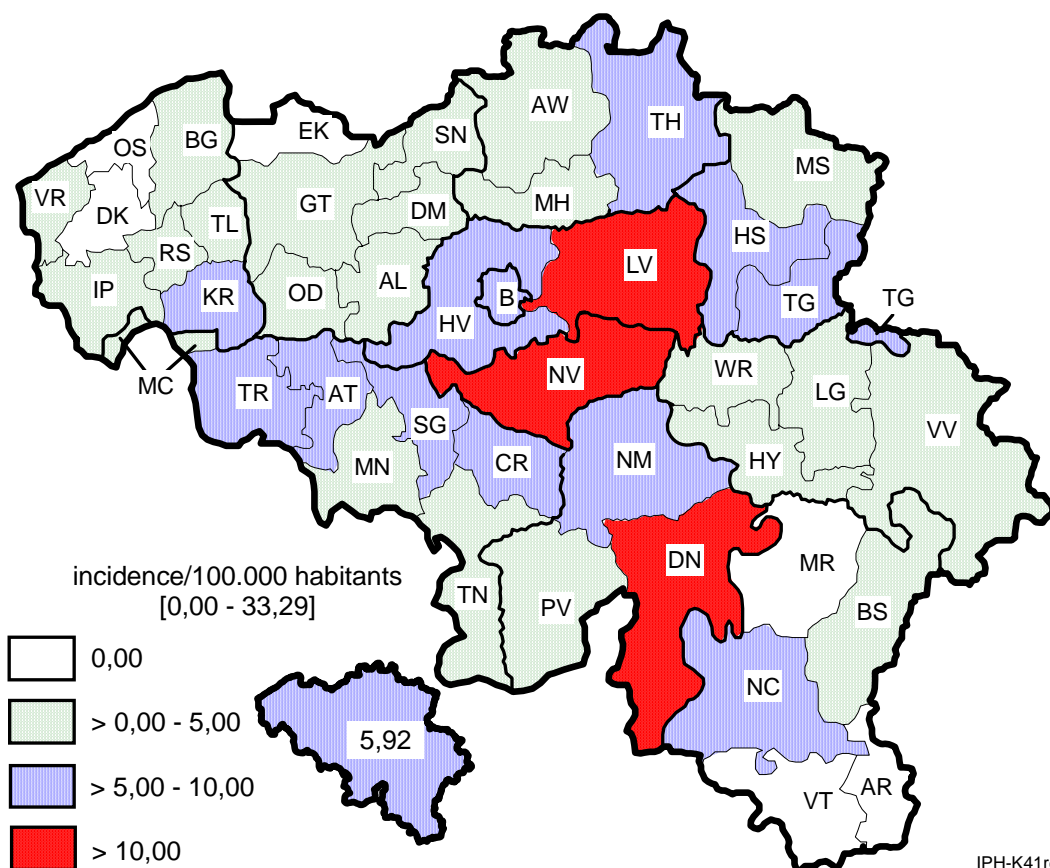
## Principales caractéristiques épidémiologiques

### 1. Incidence en 2006

- l'incidence nationale était en 2006 de  $5,9/10^5$  habitants;
- au niveau des arrondissements, l'incidence était particulièrement élevée dans ceux de **Nivelles** ( $33/10^5$  hab.), **Dinant** ( $17/10^5$  hab.) et **Leuven** ( $15/10^5$  hab.) (figure 1).

**Figure 1** : *B. burgdorferi* : incidence par arrondissement (N/10<sup>5</sup> hab., 2006)

AL: Aalst  
AR: Arlon  
AT: Ath  
AW: Antwerpen  
B: Bruxelles  
BG: Brugge  
BS: Bastogne  
CR: Charleroi  
DK: Diksmuide  
DM: Dendermonde  
DN: Dinant  
EK: Eeklo  
GT: Gent  
HS: Hasselt  
HV: Halle-Vilvoorde  
HY: Huy  
IP: Ieper  
KR: Kortrijk  
LG: Liège  
LV: Leuven  
MC: Mouscron  
MH: Mechelen  
MN: Mons  
MR: Marche-en-Fam.  
MS: Maaseik  
NC: Neufchâteau  
NM: Namur  
NV: Nivelles  
OD: Oudenaarde  
OS: Oostende  
PV: Philippeville  
RS: Roeselare  
SG: Soignies  
SN: St-Niklaas  
TG: Tongeren  
TH: Turnhout  
TL: Tielt  
TN: Thuin  
TR: Tournai  
VR: Veurne  
VT: Virton  
VV: Verviers  
WR: Waremmé



2. Evolution de l'incidence et de la fréquence d'enregistrement

➤ légère diminution par rapport à 2005 de l'incidence en Wallonie et à Bruxelles (tableau 1).

Tableau 1 : *B. burgdorferi* : évolution de l'incidence par arrondissement N/10<sup>5</sup> hab.; 2002-2006)

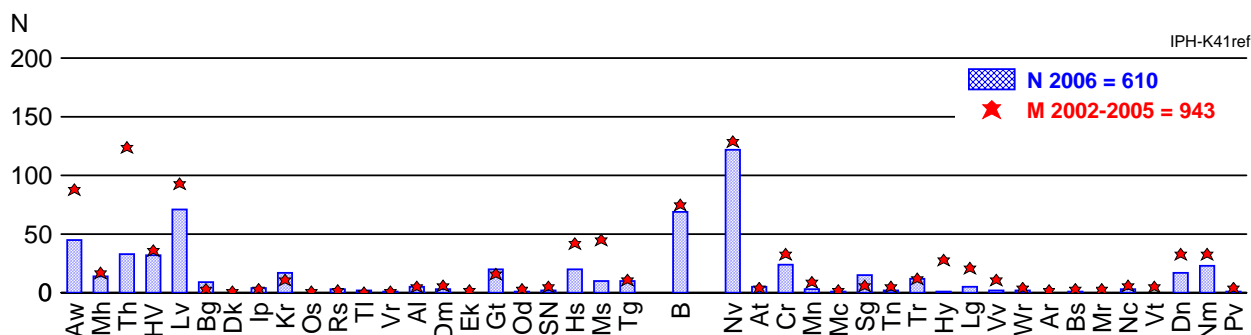
Arrondissement	2002	2003	2004	2005	2006	Arrondissement	2002	2003	2004	2005	2006
Antwerpen	10,9	7,5	13,3	5,6	4,7	Bruxelles	7,6	4,3	9,3	8,7	6,8
Mechelen	5,2	5,5	7,4	3,9	4,5	<b>N total</b>	<b>74</b>	<b>43</b>	<b>93</b>	<b>88</b>	<b>69</b>
Turnhout	34,2	33,5	47,3	5,0	7,9	Nivelles	9,9	6,1	89,3	37,4	33,3
Halle-Vilvoorde	7,3	3,9	7,9	6,5	5,6	Ath	10,0	7,5	2,5	0,0	6,2
Leuven	20,9	18,6	22,2	18,9	15,2	Charleroi	5,5	4,3	15,0	6,6	5,7
Brugge	1,1	0,7	0,4	1,5	3,3	Mons	3,2	1,2	5,6	4,8	1,2
Diksmuide	2,1	0,0	0,0	4,1	0,0	Mouscron	4,3	0,0	2,9	4,3	1,4
Ieper	4,8	0,0	3,8	2,9	3,8	Soignies	3,4	2,3	1,1	7,3	8,4
Kortrijk	4,7	2,5	6,1	2,9	6,1	Thuin	3,4	0,7	4,8	5,5	1,4
Oostende	0,0	0,7	2,1	0,7	0,0	Tournai	14,9	5,7	10,6	3,5	8,5
Roeselare	0,7	1,4	3,5	0,0	2,1	Huy	30,6	22,5	51,6	2,9	1,0
Tielt	0,0	0,0	1,1	0,0	2,3	Liège	5,0	2,4	6,5	0,7	0,8
Veurne	3,5	0,0	0,0	0,0	1,7	Verviers	13,1	1,1	2,2	0,4	0,7
Aalst	0,0	0,8	5,7	0,8	1,9	Wareme	7,2	4,3	11,3	0,0	2,8
Dendermonde	2,7	3,7	5,3	1,1	1,6	Arlon	3,8	0,0	9,3	1,8	0,0
Eeklo	6,3	2,5	1,3	0,0	0,0	Bastogne	7,2	7,2	9,5	0,0	2,3
Gent	2,0	1,0	7,2	2,8	3,9	Marche-en-Famenne	5,9	3,9	15,4	0,0	0,0
Oudenaarde	0,9	0,0	7,0	3,5	0,9	Neufchâteau	8,9	7,1	19,4	5,2	5,2
St.-Niklaas	3,6	3,1	1,8	0,4	0,9	Virton	10,2	16,2	10,1	6,0	0,0
Hasselt	16,3	13,9	5,4	7,4	5,1	Dinant	32,8	11,8	52,1	31,2	16,5
Maaseik	29,3	22,0	21,0	8,9	4,4	Namur	7,0	8,0	19,7	11,4	7,9
Tongeren	8,9	6,3	2,1	6,2	5,2	Philippeville	4,8	6,4	9,6	6,4	1,6
<b>Vlaanderen</b>	<b>9,9</b>	<b>8,1</b>	<b>11,1</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>Wallonie</b>	<b>8,4</b>	<b>4,8</b>	<b>20,1</b>	<b>8,5</b>	<b>7,0</b>
<b>N total</b>	<b>594</b>	<b>484</b>	<b>670</b>	<b>313</b>	<b>302</b>	<b>N total</b>	<b>283</b>	<b>161</b>	<b>681</b>	<b>289</b>	<b>239</b>
<b>Inconnu</b>						<b>Belgique</b>	<b>10,0</b>	<b>8,3</b>	<b>14,7</b>	<b>6,8</b>	<b>5,9</b>
<b>N total</b>	<b>84</b>	<b>169</b>	<b>86</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>N total</b>	<b>1035</b>	<b>857</b>	<b>1530</b>	<b>708</b>	<b>622</b>

IPH-Epidemiologie █ 1 des arrondissements ayant une incidence  $\geq$  (moyenne + 2 D.S.) pour l'année considérée

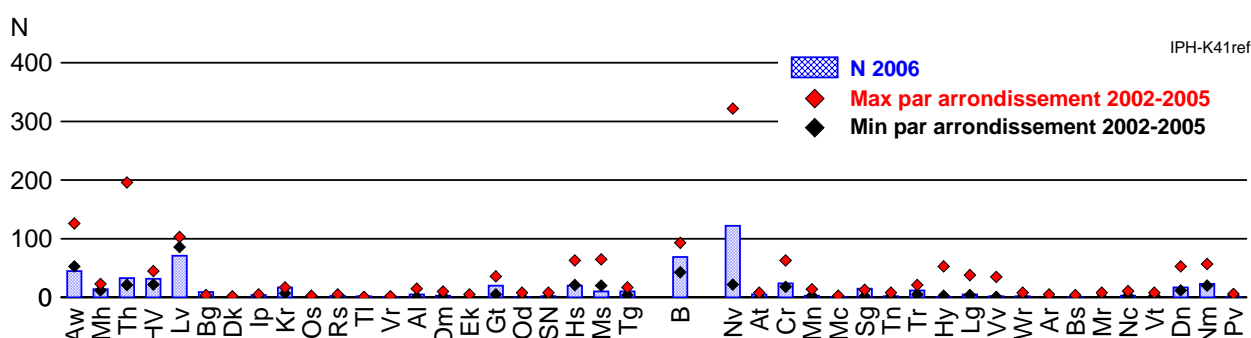
k41ref\_t1 █ 1 des arrondissements ayant une incidence  $\geq$  (moyenne + 1 D.S.) pour l'année considérée

- le nombre de cas diagnostiqués en 2006 est inférieur à la moyenne des années précédentes dans la plupart des arrondissements et en particulier dans l'arrondissement de Turnhout;
- soulignons toutefois les 122 cas diagnostiqués dans l'arrondissement de Nivelles, pour la plupart par le laboratoire de référence d'Ottignies (figures 2 et 3).

**Figure 2 :** *B. burgdorferi* : évolution de la fréquence d'enregistrement par arrondissement (N 2006, M 2002-2005)



**Figure 3 :** *B. burgdorferi* : évolution de la fréquence d'enregistrement par arrondissement (N 2006, Max et Min par arrondissement 2002-2005)



Sur base des données provenant des laboratoires de référence, il apparaît que

- le nombre de cas avait tendance à augmenter de façon significative ( $p < 0,05$ ) entre 1991 et 2002 puis a diminué de 20% en 2003 par rapport à 2002, pour ensuite ré-augmenter en 2004 et à nouveau re-diminuer en 2005 et en 2006;
- la diminution observée en 2005 se confirme en 2006 au niveau des 3 laboratoires de référence (tableau 2).

**Tableau 2 :** *B. burgdorferi* : évolution du nombre de diagnostics (N; 1991-2006)

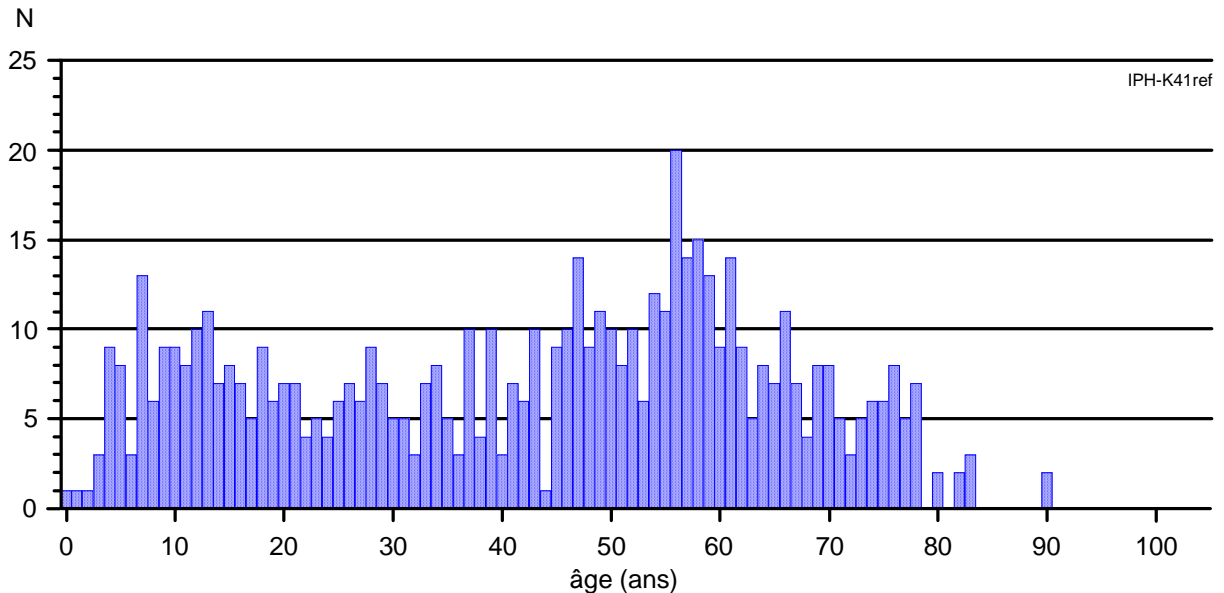
Année	U.C.L.	K.U.L.	Ottignies	U.C.L. + K.U.L.	U.C.L. + K.U.L. + Ottignies
1991	24	18	---	42	
1992	52	49	---	101	
1993	80	54	---	134	
1994	122	62	---	184	
1995	131	67	---	198	
1996	149	85	---	234	
1997	220	81	---	301	
1998	177	73	---	250	
1999	236	116	---	352	
2000	295	95	---	390	
2001	325	217	---	542	
2002	543	429	63	972	1035
2003	474	262	121	736	857
2004	722	284	524	1006	1530
2005	215	285	208	500	708
2006	169	278	175	447	622

k41ref\_t2

**3. Répartition par sexe et âge**

- comme précédemment, un peu plus de la moitié des diagnostics ont été réalisés en 2006 chez des hommes (rapport H/F : 1,2/1);
- comme précédemment aussi, le plus grand nombre de diagnostics ont été réalisés chez des adultes âgés entre 45 et 64 ans (217 cas, soit 36%);
- à signaler aussi les 84 diagnostics réalisés chez des enfants âgés entre 5 et 14 ans, soit 14% (figure 4 et tableaux 3 et 4).

**Figure 4 :** *B. burgdorferi* : distribution par âge (N; 2006)



**Tableau 3 :** *B. burgdorferi* : répartition par groupe d'âge (N, %; 2006)

Groupe d'âge (ans)	N	%
< 1	1	0,2
1 - 4	14	2,3
5 - 14	84	14,0
15 - 24	62	10,4
25 - 44	122	20,4
45 - 64	217	36,2
≥ 65	99	16,5
<b>Total</b>	<b>599</b>	<b>100,0</b>

k41ref\_t3

**Tableau 4 :** *B. burgdorferi* : répartition par groupe d'âge (%; 2002-2006)

Année	N	Groupe d'âge (ans, %)						
		< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	≥ 65
2002	1025	0,0	2,4	11,3	8,8	27,6	33,0	16,9
2003	846	0,0	1,1	11,5	7,8	22,5	37,4	19,9
2004	1514	0,5	2,0	12,9	10,4	25,9	30,8	17,6
2005	706	0,0	1,3	13,0	7,6	24,1	34,8	19,1
2006	599	0,2	2,3	14,0	10,4	20,4	36,2	16,5

k41ref\_t4

#### 4. Evolution saisonnière

- suivant les années, le plus grand nombre de cas est observé en juin (cfr. 1998), en août (cfr. 1995, 2001, 2002 et 2006), en septembre (cfr. 1996, 1997, 1999, 2000, 2003 et 2004) ou en octobre (cfr. 2005; figures 5 à 7).

Figure 5 : *B. burgdorferi* : répartition mensuelle (2002-2006)

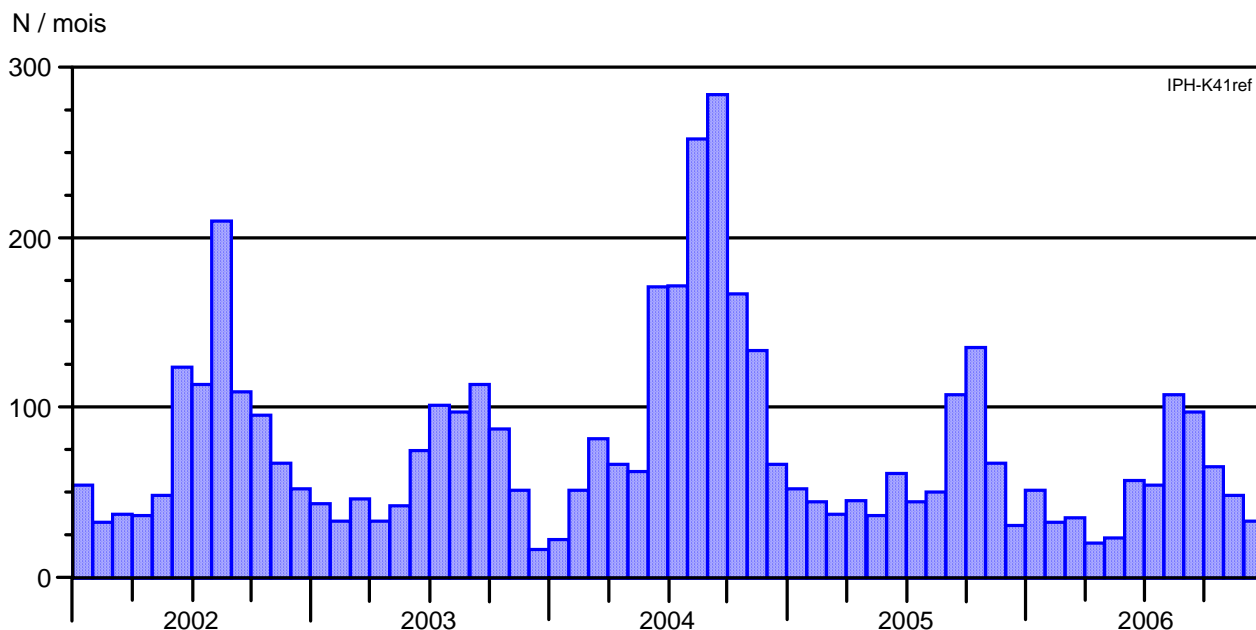


Figure 6 : *B. burgdorferi* : évolution du nombre de diagnostics par mois (N 2006, Max et Min 2002-2005)

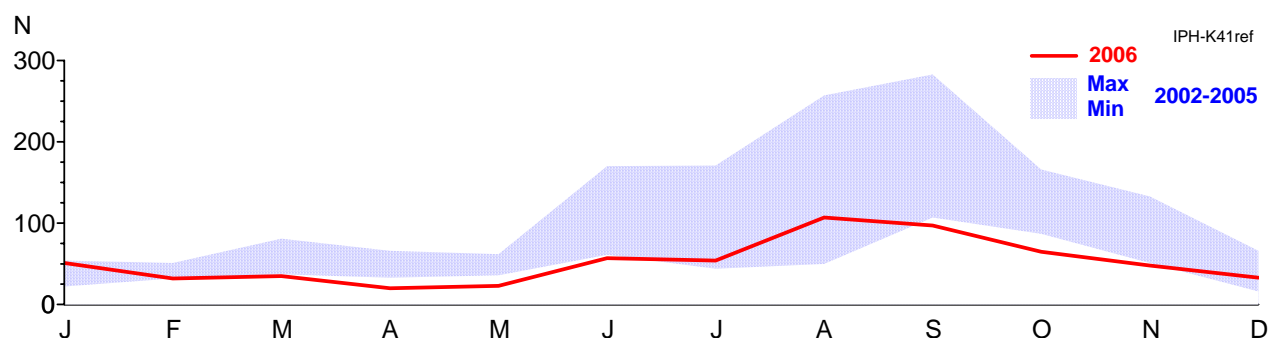
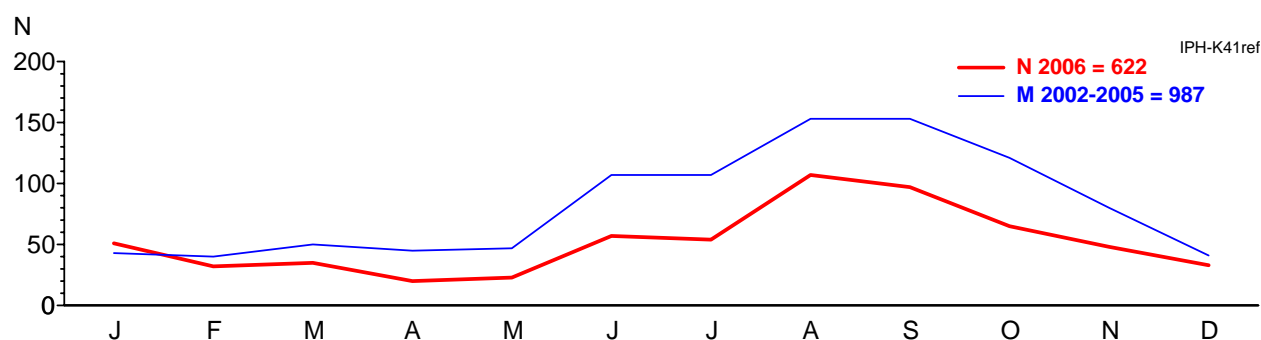


Figure 7 : *B. burgdorferi* : évolution du nombre de diagnostics par mois (N 2006, M 2002-2005)



#### Conclusions

- Sur base des données provenant des laboratoires de référence, soulignons l'incidence élevée observée en 2006 dans les arrondissements de Nivelles, Dinant et Louvain.
- Mentionnons la diminution de l'incidence observée en Wallonie et à Bruxelles.
- Il est possible que les laboratoires envoient moins régulièrement ou même n'envoient plus leurs échantillons pour diagnostic ou confirmation à un des laboratoires de référence, ce qui expliquerait la tendance à la diminution de l'incidence observée sur tout le pays en 2006.