

Retour sur les déclarations de maladies infectieuses en Région

Nombre de cas déclarés en 2016 en Wallonie (cas confirmés et probables)				
Pathologies	Total 2014	Total 2015	Trimestre 1	Trimestre 1
			2015	2016
Anthrax				
Botulisme	0	1	1	0
Brucellose				
Chikungunya autochtone				
Choléra	0	2	0	0
Coqueluche	823	477	193	124
Dengue autochtone				
Diphthérie/pseudodiphthérie	0	4	1	0
Fièvre du Nil autochtone				
Fièvres hémorragiques virales				
Fièvre jaune autochtone				
Fièvre Q	2	0	0	2
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde	2	3	1	0
Epidémie liée aux soins à bactéries multirésistantes (>2016)				
Hépatite A	128	28	14	10
Infection VTEC/EHEC simple	3	11	0	0
Infection EHEC avec SHU	5	8	1	0
Infection à Haemophilus influenzae b invasive	8	5	3	1
Infection invasive à méningocoque	44	53	18	27
Légionellose	45	56	8	16
Leptospirose (>2016)				
Listériose	25	27	11	5
Malaria autochtone				
Nouveaux sérotypes d'influenza				
Peste				
Paralysie flasque aiguë				
Psittacose				
Rage				
Rickettsiose autochtone				
Rougeole (non inclus les cas post-vaccination)	10	33	12	9
Rubéole congénitale				
SARS et apparentés				
Syphilis congénitale (>2016)				
Episodes de Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)	42	32	10	8
Tularémie	0	3	0	0
Variole				

Suivi des cas de déclaration : situation particulière

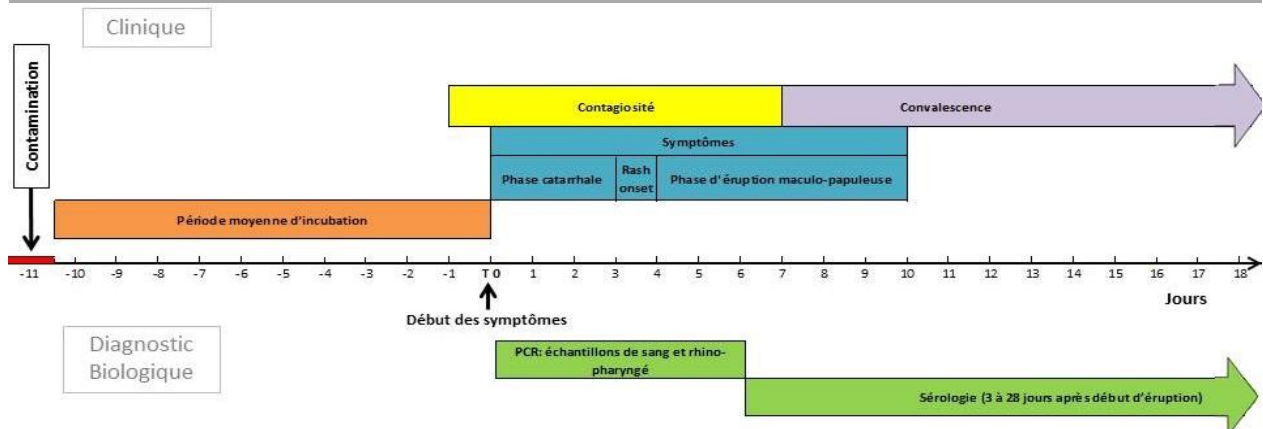
La rougeole, à déclarer dès suspicion !

Depuis début 2016, plusieurs mini-épidémies de rougeole se sont déclarées en Belgique. Différents virus circulent en lien avec d'autres épidémies européennes (notamment France, Royaume-Uni). Cette maladie virale très contagieuse n'est pas banale ! En effet, chez les adultes non immunisés, elle peut provoquer des complications telles que pneumonie, encéphalite entraînant des hospitalisations.

Quand suspecter la rougeole ?

Cette maladie virale est caractérisée typiquement par une triade :

FIEVRE + CATARRHE/TOUX+ ERUPTION



Présentation classique de la maladie et méthodes diagnostiques

Un patient suspect pour la rougeole doit être vu à domicile ou isolé (masque protection aérogène) dès arrivée en consultation/hospitalisation (pas de passage en salle d'attente).

Pourquoi déclarer dès suspicion ?

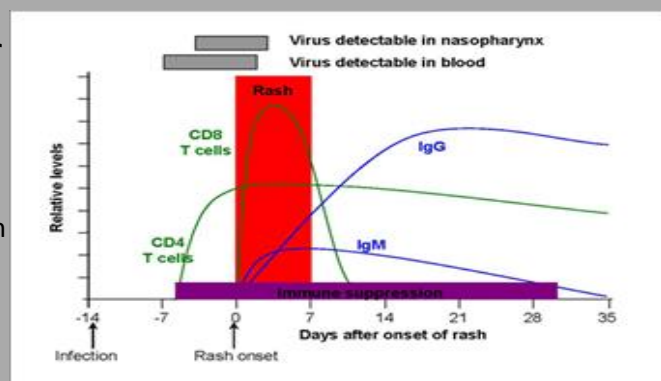
Pour éviter l'apparition de cas secondaires, la meilleure action est la **vaccination** des personnes exposées non ou insuffisamment immunisées **dans les 72 heures**. Ce délai est très court. Attendre la confirmation biologique de l'infection si la clinique est comptable ou si une notion de contact existe n'est pas nécessaire pour avertir la cellule de surveillance des maladies infectieuses afin que les mesures de prévention adéquates soient rapidement prises.

Comment la diagnostiquer ?

Tout cas de rougeole isolé doit être **confirmé par laboratoire**.

Les 3 premiers jours suivant l'éruption : préférez un **échantillon salivaire*** : celui-ci permettra la mise en évidence du virus par PCR et de doser les anticorps. Cet examen a l'avantage d'être non invasif.

Une sérologie (recherche d'**IgM, témoin d'une Infection récente**) sera réalisée de préférence 7 jours après l'apparition des 1ers symptômes.



Source: Center for Disease Control and Prevention CDC 2010

Quid de l'immunité ?

Une personne **protégée** est une personne qui, soit a développé la rougeole précédemment (immunité naturelle), soit a été **vaccinée 2 fois contre cette maladie** (immunité vaccinale). Pour rappel, les doses vaccinales sont administrées à l'âge d'un an et de 12 ans. La présence d'**IgG** (sup à > 120mIU/ml) chez un patient indique qu'il est protégé.

* : Matériel de prélèvement spécifique E-swab (type Oracol) à demander à la cellule de surveillance AViQ ou au CNR Rougeole (WIV-ISP) [CNR - Measles, mumps et rubellavirus](#)