



Nombre de cas déclarés en Wallonie (cas confirmés et probables)				
Pathologies	Total 2013	Total 2014	Trim 2 2014	Trim 2 2015
Anthrax				
Botulisme				
Brucellose				1
Chikungunya autochtone				
Choléra				
Coqueluche	409	823	265	101
Dengue autochtone				
Diptérie/pseudodiptérie	1			2
Fièvre du Nil autochtone				
Fièvres hémorragiques virales				
Fièvre jaune autochtone				
Fièvre Q	1	2		
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde		2	1	
Hépatite A	57	128	71	2
Hépatite B aiguë	3	1		2
Infection VTEC/EHEC simple	8	3		
Infection EHEC avec SHU	5	5		1
Infection à Haemophilus influenzae b invasive	3	8		1
Infection invasive à méningocoque	76	44	13	14
Legionellose	56	45	3	13
Listériose	20	25	1	5
Malaria autochtone				
Nouveaux serotypes d'influenza				
Oreillons	1.208	199	53	16
Peste				
Paralysie flasque aiguë				
Psittacose	8			
Rage				
Rickettsiose autochtone				
Rougeole (non inclus les cas post-vaccination)	10	10	2	20
Rubéole congénitale				
SARS et apparentés				
Episodes de Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)	21	48	12	9
Toxoplasmose congénitale		1		
Tularémie				1
Variole				

Suivi des cas de déclaration : situations particulières

Diphthérie cutanée à *corynebacterium ulcerans*

Un cas de diphthérie cutanée a été déclaré à la cellule de surveillance durant ce 2^{ème} trimestre. Le germe identifié à partir d'un frottis sur ulcère d'une personne hospitalisée était du *corynebacterium ulcerans*. La patiente était âgée et elle habitait avec son fils dans une ferme, où les conditions d'hygiène étaient précaires. Elle s'était brûlée à la jambe quelques mois auparavant, et la brûlure, non soignée, avait évolué en un ulcère douloureux. Malgré les soins adéquats, dans un contexte de polyopathologies et de mauvais état général, la personne est malheureusement décédée. L'origine la plus probable de la contamination serait un des animaux domestiques de la patiente ; en effet, plusieurs chats et chiens étaient en contact fréquent avec elle. Des bovins étaient présents dans la ferme mais la malade n'avait pas de contact direct avec eux et ils ne semblaient pas présenter de lésions. Des mesures de protection spécifiques aux maladies à transmission directe ont été prises lors des soins de plaies par les infirmières. Des recommandations d'hygiène et de vigilance particulière vis-à-vis des plaies ont été données au fils du malade vivant sous le même toit.

L'Agence Fédérale de la Sécurité de la Chaîne Alimentaire (AFSCA), compétente dans le cadre de la surveillance des animaux domestiques, a dépêché des contrôleurs dans la ferme pour réaliser des prélèvements (frottis de bouche, yeux et nez) chez les animaux qui avaient été en contact avec la personne malade. Les frottis prélevés chez 2 chiens et 2 chats se sont révélés négatifs mais il n'a cependant pas été possible de prélever des échantillons de tous les animaux concernés.

Le laboratoire de microbiologie de l'UZ Bruxelles, centre national de référence (CNR) pour les corynebactéries, a mis en évidence la présence du gène codant pour la toxine au sein de la souche humaine. Cette même souche a été envoyée au « WHO Global Collaborating Centre for Diphtheria (Public Health England, London) » pour obtenir une confirmation de la production de toxine diphtérique (test d'immunoprécipitation).

Les infections à *corynebacterium ulcerans* sont des zoonoses dont le réservoir est principalement animal (chats chiens, bovins, porcs, singes, chevaux, etc.). Ces animaux sont porteurs asymptomatiques ou présentent une lésion cutanéomuqueuse infectée.

Ce germe peut être responsable d'une atteinte ORL (une angine à pseudomembranes ou plus rarement une atteinte nasale pure ou bien une angine sans pseudomembranes) ou d'une atteinte cutanée (ulcération douloureuse avec ou sans pseudomembranes). En cas d'atteinte cutanée, la porte d'entrée est généralement une plaie ou une piqûre d'insecte et la contamination se fait via un animal porteur/malade, soit par contact direct, soit par contact avec la salive. Ces situations se présentent volontiers sur terrain débilisé ou en cas d'hygiène précaire. La contamination peut se faire également à partir de consommation de lait non pasteurisé contaminé par des lésions des mamelles des vaches pour *C. ulcerans*.

Les diphtéries cutanées peuvent également être provoquées par le *corynebacterium diphtheriae* et sont alors plutôt acquises lors d'un voyage dans une zone endémique (Sud-Est asiatique, Amérique du Sud, Moyen-Orient et Afrique).

La production de toxine par ce germe peut représenter un facteur de gravité car sa diffusion dans l'organisme peut provoquer des complications neurologiques ou myocardiques graves. Cependant, cela est assez rare en cas de diphtérie cutanée et le traitement par antitoxine (d'ailleurs non disponible en Belgique) est plutôt à réserver pour les cas de diphtérie pharyngée.

La diphtérie cutanée est traitée par antibiotiques (faire un antibiogramme) ; un frottis de plaie est réalisé en post-traitement (à J1 et J2) en raison des rechutes précoces possibles. Une vaccination systématique sera recommandée en phase de convalescence du fait que la maladie est peu immunisante.

Pour plus d'information, notre fiche diphtérie est consultable sur le lien suivant :

<https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/Diphtherie.pdf>

Lien vers le CNR corynebacterium :

https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/corynebacterium_diphtheriae/default.aspx