

Retour sur vos déclarations de maladies infectieuses en Région wallonne en 2014

Nombre de cas déclarés en Wallonie (cas confirmés et probables)							
Pathologies	2012	2013	2014	Par trimestre en 2014			
				T1	T2	T3	T4
Anthrax							
Botulisme							
Brucellose	2	0	0				
Chikungunya autochtone							
Choléra							
Coqueluche	110	409	823	235	257	172	159
Dengue autochtone							
Diphthérie/pseudodiphthérie	1	1	0				
Fièvre du Nil autochtone							
Fièvres hémorragiques virales							
Fièvre jaune autochtone							
Fièvre Q	1	1	2	1			1
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde	2	0	2		1	1	
Hépatite A	19	57	128	24	71	14	19
Hépatite B aiguë	4	3	1	1			
Infection VTEC/EHEC simple	3	8	3			3	
Infection EHEC avec SHU	2	5	5			2	3
Infection à Haemophilus influenza b invasive	0	3	8	2	5		1
Infection invasive à méningocoque	68	76	44	14	13	6	11
Légionellose	29	56	45	8	3	23	11
Listériose	21	20	25	6	1	8	10
Malaria autochtone							
Nouveaux sérotypes d'influenza							
Oreillons	104	1.208	199	84	53	10	52
Peste							
Paralysie flasque aiguë							
Psittacose	0	8	0				
Rage							
Rickettsiose autochtone							
Rougeole (non inclus les cas post-vaccination)	24	10	10	3	2	1	4
Rubéole congénitale							
SARS et apparentés							
Episodes de Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)	3	21	42	7	12	10	13
Toxoplasmose congénitale	0	0	1		1		
Tularémie	1	0	0				
Variole							

Suivi des cas de déclaration : situations particulières

La listériose – Précautions chez les personnes à risque

Entre le 10 décembre 2014 et le 13 janvier 2015, 9 cas d'infection sévère à *Listeria Monocytogene* ont été notifiés à la cellule de surveillance des maladies infectieuses (septicémie ou méningite). Tous les patients ont été admis dans un service de soins intensifs et trois d'entre eux sont décédés (létalité de 33.3%). Il n'a pas été possible de déterminer l'origine alimentaire de ces contaminations, soit parce que le patient est décédé trop rapidement, soit parce qu'ils consommaient des produits à risque d'origine trop diverses. Pour un cas, la suspicion était clairement orientée vers une ferme qui vend des produits à base de lait cru mais les prélèvements réalisés par l'AFSCA sont restés négatifs. D'autre part, il n'y avait aucun lien entre les cas permettant de déceler une origine commune. Les patients provenaient des 4 provinces wallonnes différentes. Pour 8 cas sur les 9, le sérotype a été identifié par le Centre National de Référence des listeria sans réelle concordance entre les cas : un cas en Brabant Wallon avec le sérotype 4b, 1 cas au Hainaut (sérotype non identifié), trois cas à Liège avec deux sérotypes 4b et un sérotype 1/2a, deux cas au Luxembourg avec un sérotype 1/2a et un sérotype 1/2b (décès) et deux cas à Namur avec deux sérotypes 1/2a (deux décès). La majorité de ces patients étaient à risque de développer une forme grave de la maladie : deux avaient une myelodysplasie chronique, un autre était sous corticoïdes (BPCO), deux autres prenaient des immunosuppresseurs (lupus érythémateux disséminé, polyarthrite) et deux avaient des pathologies chroniques. Malgré l'existence connue des facteurs de risque, ces patients n'étaient pas correctement informés sur les mesures de prévention alimentaires à prendre. Ce constat a motivé l'élaboration d'une fiche à visée informative sur la maladie et à visée préventive en reprenant les quelques règles d'hygiène à respecter ainsi que la liste des principaux aliments à éviter par les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes et les personnes âgées. Cette fiche est accessible via le lien suivant :

https://www.wiv-isp.be/Matra/PDFs/Listeria_groupe_risque.pdf

La coqueluche – l'augmentation de déclarations de cas se poursuit en 2014

En Belgique, l'augmentation du nombre de cas de coqueluche est confirmée depuis 1997. Un premier pic a été recensé en 2007 et un second en 2012. L'augmentation des déclarations de cas s'est accentuée en 2013 et multipliée en 2014. Pour la Région Wallonne, le nombre de cas notifiés était de 112 cas en 2012, de 409 cas en 2013 et de **823 cas en 2014**. Les raisons de cette recrudescence sont multifactorielles et liées entre autre : (i) à l'augmentation des déclarations qui est le résultat, notamment de la collaboration avec les laboratoires de référence qui communiquent tous les résultats positifs à la cellule de surveillance des maladies infectieuses depuis 2013 ; (ii) à une meilleure sensibilisation des médecins sur la réémergence de la maladie ce qui contribue, sans doute, à une augmentation des examens de laboratoire et du nombre de cas ; (iii) au développement de meilleurs tests diagnostiques ; (iv) à la baisse de l'immunité vaccinale et naturelle après 5 à 10 ans (en fait, il n'existe pas encore de consensus au niveau international et scientifique pour établir avec certitude la durée de l'immunité vaccinale). Dès lors, il est difficile de quantifier la part réelle d'augmentation des cas de celle liée à une meilleure reconnaissance et déclaration. Néanmoins, le pathogène continue de circuler dans la population, le réservoir principal étant constitué par les adolescents et les adultes. Ceux-ci présentent souvent une forme paucisymptomatique, peu ou pas diagnostiquée et donc non traitée à temps et ils contaminent les nourrissons très jeunes non ou incomplètement vaccinés, en général leur propre enfant ou membres de leur famille. Pour protéger les individus, les enfants incomplètement ou non vaccinés et interrompre la transmission de l'infection, les stratégies actuelles de vaccination doivent être renforcées. D'ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2015, le vaccin est mis gratuitement à disposition des femmes enceintes, via les médecins qui participent au programme de vaccination (essentiellement les généralistes et les gynécologues).