Cher confrère, Tourcoing, le 15 Juin 2015

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

Pathologies infectieuses du voyageur
Attention aux bactéries multirésistantes

Dans le tableau des maladies infectieuses du voyageur, les pathologies cosmopolites prennent globalement le pas sur les pathologies tropicales. Toutefois, les **cas d'importation de paludisme** en France métropolitaine sont de nouveau en augmentation tandis que l'émergence de cas de résistances aux antibiotiques d'infections courantes. La vigilance s'impose.

Selon le type d'individu, les destinations et conditions de séjour, le taux de voyageurs malades varie de 15 % à 70 % en fonction également du champ de pathologies pris en compte dans les études.

Au rang des principaux maux de santé en voyage, la diarrhée reste en tête de liste, devant les affections des voies aériennes supérieures, les dermatoses et la fièvre. *« On constate de plus en plus de maladies infectieuses non tropicales, notamment des cas de pyélonéphrite, pneumonie à pneumocoque, sinusite, angine, bronchite, otite… En somme de la pathologie cosmopolite infectieuse banale »*, relève le Pr Éric Caumes, président du Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *« Si globalement, il y a de moins en moins de maladies tropicales, elles ne doivent pas être oubliées pour autant car certaines d'entre elles peuvent engager le pronostic vital très rapidement »*, ajoute le Pr Caumes.

Paludisme

Cette tendance ne vaut pas spécialement pour le paludisme dont le nombre de cas d'importation repart à la hausse depuis 2013. *« On ne sait pas si cela réaugmente du fait des militaires partis au Mali, et en République Centrafricaine, ou des migrants qui retournent en Cote d'Ivoire, ou d'une réaugmentation du risque. Il faut rester vigilant et l'adage que toute maladie fébrile au retour de voyage en pays tropical est un paludisme doit rester vrai »*, indique le Pr Caumes. Selon le dernier « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » (« BEH ») relatif aux recommandations sanitaires pour les voyageurs publiées cette semaine, environ 4 370 cas de paludisme d'importation ont été estimés en 2014 en France métropolitaine, soit une hausse d'environ 8 % par rapport à 2013. Dans 96 % des cas, ces importations émanent de pays d'Afrique subsaharienne. Pour optimiser la prévention du paludisme en voyages, les recommandations 2015 sont marquées par une régionalisation des conseils. *« On est passé d'une approche macrogéographique, à l'échelle d'un pays, à une approche microgéographique à l'échelle d'une région dans un même pays »*, précise le Pr Caumes.

Dépister les résistances

Une autre tendance mise en évidence depuis deux ans et qui se confirme aujourd'hui concerne le problème de la résistance aux antibiotiques. *« Jusqu'à récemment, on croyait que pour être porteur dans son tube digestif de bactéries résistantes aux antibiotiques au retour de voyage, il fallait avoir été hospitalisé à l'étranger. Aujourd'hui, on sait que c'est bien plus grave que cela puisqu'il suffit seulement d'avoir voyagé »*, souligne le Pr Caumes. De plus, *« si vous avez voyagé, avez eu la diarrhée et avez pris des antibiotiques, vous avez un risque accru, de portages de bactéries résistantes dans le tube digestif, estimé par exemple à 80 % au retour d'Inde »*, explique-t-il. Ces bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent se transmettre de personne en personne au sein de la communauté. *« Ce problème ne concerne pas que des entérobactéries présentes dans le tube digestif, mais également les staphylocoques dorés qui sont portés sur la peau »*, ajoute-t-il. *« Tout problème de santé au retour de voyage mérite une consultation spécialisée »*, insiste le Pr Caumes. Comme les bactéries que l'on porte dans le tube digestif sont les principales causes d'infections urinaires, en cas d'infection urinaire au retour de voyage, il faudrait faire plus attention à une bactérie multirésistante.

Attention aux arboviroses

Enfin, le Pr Caumes insiste quant *« à la nécessité de diagnostiquer une dengue, ou une infection par les virus chikungunya ou zika, et de les déclarer aux autorités sanitaires pour éviter une épidémie du fait de la présence du moustique vecteur dans beaucoup de régions françaises notamment au sud de la Loire »*.

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

Vaccination contre le rotavirus
Un rapport bénéfice/risque favorable

La décision récente du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de ne plus recommander la vaccination des nourrissons contre les infections à rotavirus, à la suite notamment de la révélation de deux décès par invagination intestinale aiguë (IIA), est très critiquée par la communauté pédiatrique. Pour le Dr François Vié le Sage, responsable du groupe infectiologie de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) et membre d'Infovac, cette décision ne doit pas remettre en cause la pratique d'une vaccination adoptée dans de nombreux pays et dont le rapport bénéfique/risque est largement favorable. Le rotavirus est responsable chaque année en France de 7 à 17 décès, 14 000 hospitalisations et 155 000 consultations.
« *C'est un poids énorme, pour les nourrissons et leur famille, pour les médecins libéraux et pour les services d'urgences pédiatriques*, indique le Dr Vié le Sage. *S'y ajoute le risque d'infection nosocomiale puisque, en France, les épidémies d'infections à rotavirus et à virus respiratoire syncytial (VRS) sont contemporaines et qu'il n'est pas rare qu'un enfant admis à l'hôpital pour une gastroentérite aiguë y contracte une bronchiolite. Dans ce contexte, l'intérêt de la vaccination par un vaccin administré par voie orale est évident* ».
La vaccination rotavirus des nourrissons est pratiquée aujourd'hui dans plus de 70 pays dont 10 en Union européenne et son efficacité clinique a été clairement démontrée. Le risque d'invagination intestinale aiguë (IIA) qui a conduit le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) à reconsidérer sa position vis-à-vis de cette vaccination est connu de longue date. C'est d'ailleurs l'importance de ce sur risque qui avait motivé l'arrêt de l'utilisation aux États-Unis d'un premier vaccin antirotavirus (Rotashield, jamais commercialisé en France). « *Les études d'AMM des deux vaccins disponibles actuellement en France ont donc particulièrement ciblé cet effet indésirable*, souligne F. Vié le Sage. *Et il a été établi que la vaccination augmente le risque d'IIA de 2 à 6 cas pour 100 000 enfants (la fréquence de l'IIA en dehors de toute vaccination est de 30 cas/100 000 enfants) et que ce sur risque est maximal dans les 7 jours suivant la première dose de vaccin* ».

Un lien de causalité douteux

«*Les deux décès récemment révélés, consécutifs à une vaccination rotavirus,* explique le Dr Vié le Sage, *ont concerné l'un un enfant de 7 mois qui a eu une IIA plus d'une semaine après une 3e dose de vaccin, ce qui n'est pas la chronologie habituelle des IIA post-vaccinales, et l'autre un nourrisson de 3 mois qui présenterait un mésentère commun, facteur peut être favorisant d'IIA, et dont la prise en charge est intervenue très tardivement après des épisodes de vomissements bilieux et de rectorragies au cours des 7 jours précédents. Pour ces deux cas le lien de causalité avec la vaccination est très douteux. Et pour le deuxième enfant, le problème est surtout lié à un retard du diagnostic et du traitement, indépendamment de la responsabilité éventuelle de la vaccination* ».
Les IIA graves qui peuvent conduire au décès sont en général des invaginations négligées. D'où l'importance de savoir reconnaître cette pathologie et d'informer les parents des signes d'alerte, crises douloureuses abdominales, accès de pâleur, vomissements, rectorragies, selles sanglantes…, pour poser le diagnostic et instituer rapidement le traitement, lequel consiste le plus souvent en un simple lavement. C'est dans cet objectif que l'AFPA, Infovac, et le Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) de la Société française de pédiatrie ont réalisé ensemble deux fiches d'information sur la vaccination, ses bénéfices et ses effets indésirables, à destination l'une des médecins, l'autre des parents ; elles sont disponibles sur le site de l'AFPA et celui d'Infovac.

Continuer à vacciner

Le Comité technique des vaccinations du HCSP a donc décidé le 21 avril 2015 de suspendre la recommandation de vaccination des nourrissons contre les infections à rotavirus qu'il avait émise en novembre 2013. « *L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) avait pourtant indiqué début avril*, précise le Dr F. Vié le Sage, *que la balance bénéfice/risque de la vaccination restait inchangée et qu'elle était clairement favorable au vaccin. Pour nous, la décision des autorités de santé de ne plus recommander cette vaccination ne remet en aucun cas en cause la nécessité de la pratiquer en France, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays avec un rapport bénéfice/risque favorable à titre individuel, mais également un impact collectif, bien démontré dans les pays, -ce n'est pas le cas de la France-, où la couverture vaccinale est élevée. Aucun autre pays n'est revenu sur ses recommandations* ».

Gastroentérite aiguë
Quelles indications de l'antibiothérapie ?

La majorité des diarrhées de l'enfant ne relève pas d'une antibiothérapie. Celle-ci n'est justifiée que pour certains pathogènes spécifiques et dans des conditions cliniques définies.
L'incidence de la diarrhée aiguë est de 0,5 à 2 épisodes par an chez les enfants de moins de 3 ans en Europe. Les rotavirus en sont les premiers responsables. Les norovirus deviennent toutefois la principale cause de diarrhée dans les pays à forte couverture vaccinale contre le rotavirus.
Les agents bactériens les plus fréquents sont selon les pays *Campylobacter sp*.et *Salmonella sp*.
Une fièvre élevée, des selles sanglantes, des douleurs abdominales et des signes neurologiques sont plutôt en faveur d'une origine bactérienne de la diarrhée. Des vomissements et des symptômes respiratoires associés plaident pour une étiologie virale. Ni la CRP, ni la procalcitonine, ni le degré de déshydratation ne permettent de discriminer entre étiologie bactérienne et virale.
À noter que l'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) et l'European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID) ont publié en 2014 des recommandations conjointes sur la prise en charge des gastroentérites de l'enfant, actualisant celles de 2008. « *Ces recommandations*, précise le Dr Robert Cohen, *sont parfaitement adaptées pour les indications de l'antibiothérapie, elles ne sont en revanche pas directement transposables à la pratique française pour le choix et les posologies des antibiotiques* ».

Shigelles, salmonelles, campylobacter…
Dans les diarrhées à Shigella l'antibiothérapie réduit la durée de la fièvre et de la diarrhée ainsi que la fréquence des complications (syndrome hémolytique et urémique) ; elle repose sur l'azithromycine per os 20 mg/kg/j pendant 3 jours.
En cas d'infection à Salmonella, l'antibiothérapie n'est pas indiquée dans la grande majorité des cas. En effet elle ne réduit ni la durée des symptômes, ni le risque de complication et elle favorise la prolongation du portage. Le traitement antibiotique de cette infection est donc réservé aux patients à haut risque de bactériémie ou d'infection extra-intestinale : les nouveau-nés et nourrissons de moins de 3 mois, les situations de déficit immunitaire, d'asplénie anatomique ou fonctionnelle, les enfants sous traitement immunosuppresseur ou corticoïdes. Elle repose alors sur la ceftriaxone (50 mg/kg/j IVL, pendant 3 à 5 jours).
Dans les diarrhées à Campylobacter, le traitement antibiotique est recommandé pour les formes dysentériques, en particulier pour réduire la transmission dans les collectivités. Il diminue la durée des symptômes s'il est institué précocement, dans les 3 premiers jours. L'antibiotique préconisé est l'azithromycine per os 20 mg/kg/j pendant 3 jours. À noter que l'antibiothérapie n'est pas indiquée si le patient est asymptomatique au moment du résultat de la coproculture.
Dans les infections à E. *coli* l'antibiothérapie n'est pas prescrite en routine ; elle n'est pas recommandée pour les E. *coli* producteurs de shigatoxines. Elle est indiquée pour les souches entérotoxigéniques et repose alors sur l'azithromycine.
Les gastroentérites à Clostridium difficile sont le plus souvent en lien avec un traitement antibiotique ; l'arrêt de ce traitement lorsqu'il est possible est la première mesure à mettre en œuvre et suffit le plus souvent. Quand un traitement est nécessaire, le métronidazole doit être prescrit en première intention. Les formes sévères sont l'indication d'un traitement par vancomycine.

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

Avec nos sentiments dévoués