

Cas groupés de légionellose à Meaux, France, 2002

C. Salvio¹, M.-C. Demachy², A. Fiacre², O. Grard¹, E. Burgei¹, C. Merle¹, J. Portron¹, C. Campese³, B. Decludt³

¹Ddass de Seine-et-Marne ²CH de Meaux ³InVS, Saint-Maurice

Introduction

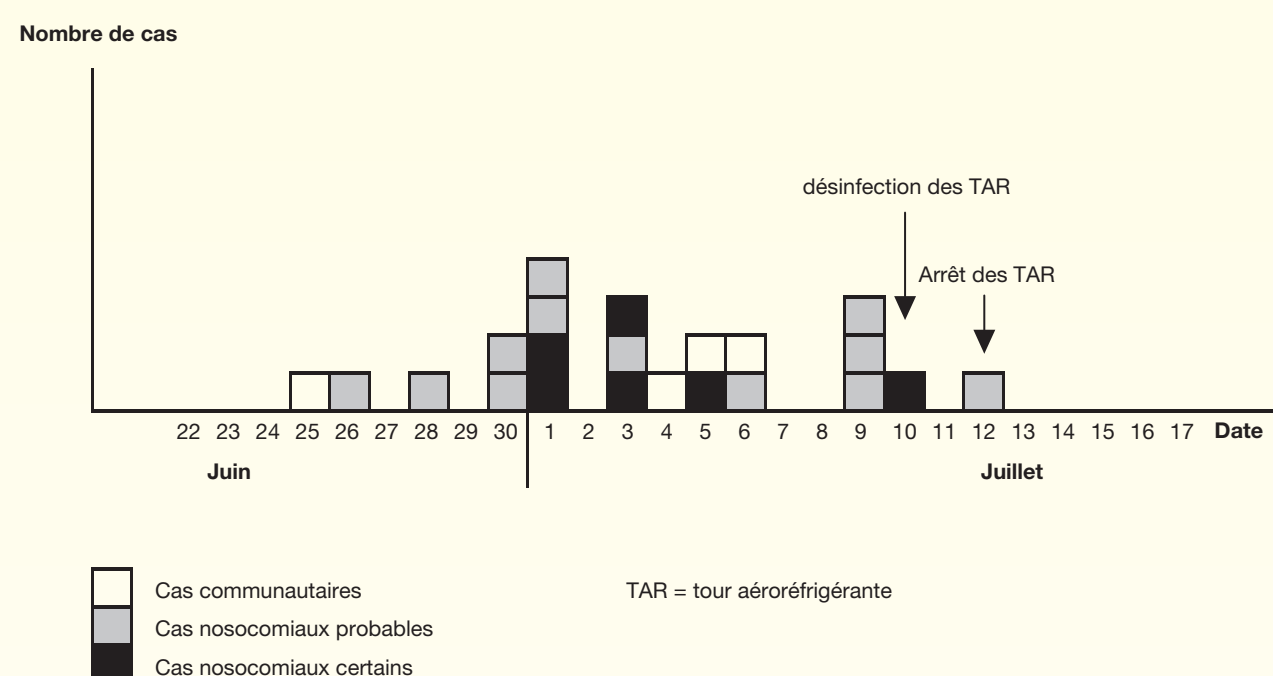
Entre le 5 et le 8 juillet 2002, le Centre hospitalier de Meaux signalait 9 cas de légionelloses à la Ddass de Seine-et-Marne. Le 9 juillet, la Ddass, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), les services techniques de l'hôpital et l'InVS ont initié une enquête épidémiologique, environnementale et microbiologique afin d'identifier une source commune de contamination.

Méthode

Un cas a été défini comme toute personne ayant présenté, depuis le 20 juin 2002, une pneumopathie avec confirmation biologique de légionellose et classé selon sa fréquentation de l'hôpital de Meaux dans les 10 jours précédant l'apparition des signes cliniques en :

- **nosocomial certain** : séjour permanent ;
- **nosocomial probable** : consultation ou visite à l'hôpital ;
- **communautaire** : domicilié dans un périmètre de rayon de 2 km autour de l'hôpital de Meaux ou ayant fréquenté cette zone sans entrer dans l'hôpital.

Distribution des cas de légionellose selon la date des premiers symptômes, Meaux, France, 2002



Les différents cas de légionellose déclarés à la Ddass et à l'InVS ont été rassemblés. Par ailleurs, les médecins généralistes de Meaux, les hôpitaux du département et l'ensemble des Ddass ont été informés de cette enquête.

Dès l'alerte, une inspection du système d'eau sanitaire et des tours aéroréfrigérantes (TAR) de l'hôpital a été réalisée et des prélèvements effectués, immédiatement suivis d'un traitement par biocide.

Pour les cas communautaires ou nosocomiaux probables, la possibilité d'une exposition à une autre source de contamination (en particulier au domicile) a été vérifiée par des analyses sur les installations d'eau chaude sanitaire à risque.

Résultat

Vingt-deux cas ont été identifiés (18 hommes, 4 femmes) entre le 24 juin et le 12 juillet 2002.

L'âge moyen était de 66 ans (29 à 90 ans) et on dénombrait 18 cas nosocomiaux (6 certains, 12 probables) et 4 communautaires.

Seize cas (73 %) présentaient un terrain prédisposant dont 10 fumeurs. La létalité était de 18 % (2 patients décédés entre 2 et 4 jours, 2 plus tardivement suite à des complications).

Tour aéroréfrigérante du Centre hospitalier



Les deux tours aéroréfrigérantes de l'établissement ont rapidement été identifiées comme la source la plus probable de contamination grâce à l'existence de résultats d'auto-surveillance. Cela fut confirmé par les résultats environnementaux disponibles le 12 juillet qui montraient une forte contamination des deux TAR (10^6 UFC/l). Le réseau d'eau chaude sanitaire était également colonisé à des taux variables.

Six des 10 souches environnementales isolées avaient un profil électrophorétique identique aux 3 souches humaines isolées. Les prélèvements aux domiciles étaient négatifs.

Conclusion

Les investigations environnementales et microbiologiques ont permis de confirmer la source de l'épidémie.

Les résultats de l'auto-surveillance auraient dû alerter les services techniques et le Clin d'une possible dérive du niveau de contamination des TAR.

Toutefois, l'enregistrement de cette auto-surveillance a permis une identification précoce de la source de contamination la plus probable, et donc de juguler rapidement ce foyer épidémique.

La communication interne et externe a été entièrement coordonnée par l'hôpital ; le fait de mettre en place un interlocuteur unique a probablement été un atout dans la gestion de cette crise.

Depuis, l'action de l'Etat (Ddass, Drire) dans la lutte contre la légionellose a trouvé un meilleur écho dans le département.