

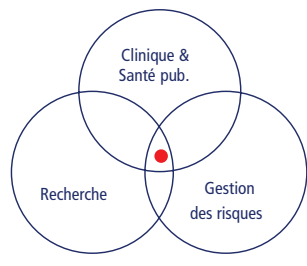
Cas importés de choléra : bilan de la surveillance des déclarations obligatoires et évaluation des risques de transmission secondaire en France métropolitaine

36

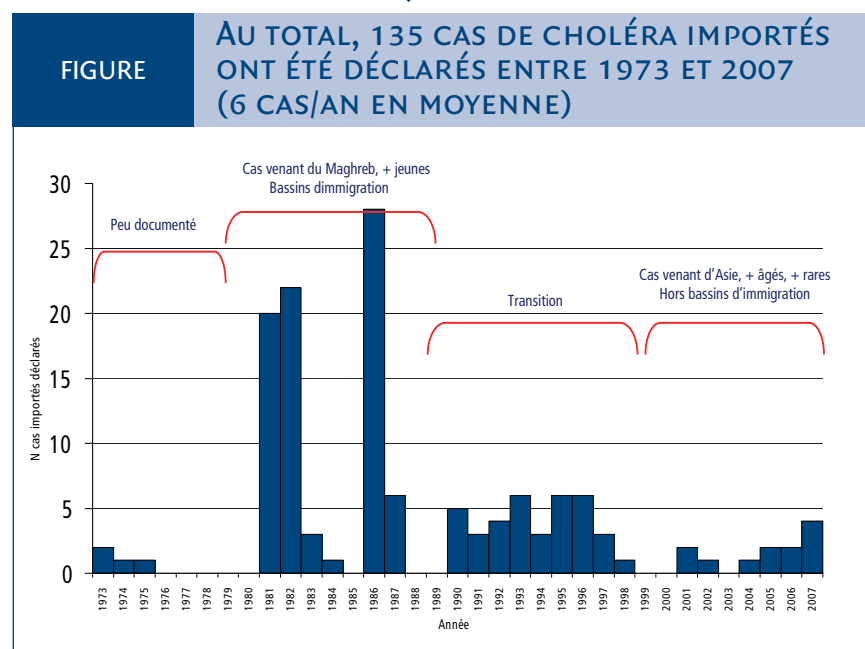
A. Tarantola¹, M.-L. Quilici², I. Quatresous¹, J.-M. Thiolet¹, C. Paquet¹
1/ InVS, Saint-Maurice – 2/ CNR sur les vibrions et le choléra, Institut Pasteur, Paris

RATIONNEL

- Difficultés existantes lors des cas importés :
 - lourdeur de gestion,
 - absence de protocole,
 - désaccords.
- Nécessité d'élaborer une démarche :
 - uniforme et standardisée,
 - nécessaire et suffisante,
 - en tenant compte :
 - ▀ des données existantes,
 - ▀ de l'expérience acquise en France,
 - ▀ des données de la littérature,
 - ▀ de recommandations et d'expériences à l'étranger.



BILAN DES CAS IMPORTÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, 01/1973-06/2007



CONSÉQUENCES

- Parmi les 135 cas de choléra importés :
 - 2 patients décédés,
 - info pour 63 cas/135 :
 - ▀ 51 (81%) hospitalisés,
 - ▀ 12 (19%) en ambulatoire.
- 9 cas déclarés depuis le 1^{er} janvier 2004, 3 en ambulatoire :
 - 6 ont été hospitalisés en réanimation (enfants en bas âge ou personnes âgées).

TABEAU 1 DURÉE D'HOSPITALISATION CHEZ 6 DES 9 CAS DOCUMENTÉS DEPUIS LE 01/01/2004

Année	Lieu	Age (ans)	Durée d'hospitalisation en jours
2005	Creil	1	13
2005	Argenteuil	3	5
2006	Saint-Brieuc	60	42
2007	Montpellier	68	8
2007	Paris	72	3
2007	Creil	64	10
Total	-	-	81

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU CHOLÉRA

- Peu transmissible
- Ingestion :
 - inoculum massifs ~10¹¹ CFU,
 - la moitié en cas de traitement par antiacides.
- Incubation qq heures – 5 jours :
 - (2-3 jours en moyenne, 10 jours décrits).
- Durée sans ttt : 3-7 jours
- Excrétion vibron sans ttt :
 - 1-2 semaines, (30 jours décrit, 1 cas d'excrétion chronique),
 - que les personnes soient symptomatiques ou non.



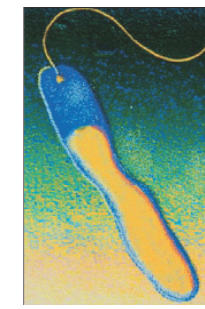
FORMES CLINIQUES

- Choléra "classique" :
 - diarrhées massives,
 - eau de riz,
 - vomissements,
 - déshydratation rapide et sévère.
- Mais en fait :
 - 90-95 % : diarrhées bénignes,
 - évolution souvent torpide.
- Problème :
 - de diagnostic,
 - tolérance chez des enfants ou personnes âgées.



TRAITEMENT

- Réhydratation :
 - orale avec soluté à base de riz qui réduit :
 - ▀ la mortalité,
 - ▀ la durée de la diarrhée,
 - ▀ le volume de la diarrhée,
 - intraveineuse massive dans les formes graves.
- Antibiothérapie adaptée qui réduit :
 - la durée de la diarrhée,
 - le volume de la diarrhée,
 - le volume des liquides de réhydratation,
 - la durée nécessaire d'hospitalisation,
 - la durée de l'excrétion du *V. cholerae*.



RISQUES THÉORIQUES AUTOUR D'UN CAS IDENTIFIÉ

- Risque pour les co-exposés :
 - autres voyageurs d'un groupe,
 - co-exposition source commune,
 - ▀ partage d'un repas contaminé dans l'avion,
 - ▀ source commune importée.
- Risques pour l'entourage
- Risques pour les soignants
- Risques pour la communauté
- Risques pour les co-exposés
 - Autres cas parmi les voyageurs co-exposés :
 - Saint-Brieuc 2006 : 1 cas index, 3 autres cas,
 - Montpellier/Paris 2007 : 1 cas index, 1 autre cas.
 - Partage repas avion :
 - épidémies décrites aux USA, en Australie.
 - Co-exposition source commune importée (suspectée) :
 - oseille fraîche Paris 1996,
 - lait de coco,
 - viande de crabe.

Risques pour l'entourage

- Aucun cas évocateur de choléra parmi l'entourage en France depuis 2004
- Aucune transmission aux conjoints :
 - Saint-Brieuc 2006 (tests sérologiques),
 - Montpellier/Paris 2007 (cliniquement).
- Aucune transmission familiale :
 - Argenteuil/Pau 2005 (coproculture),
 - Saint-Brieuc 2006 (cliniquement),
 - Carcassonne 2006 (coproculture),
 - Montpellier/Paris 2007 (cliniquement).
- 1 cas confirmé décrit : melon "contaminé" par 1 cas aux USA

Risques pour les soignants

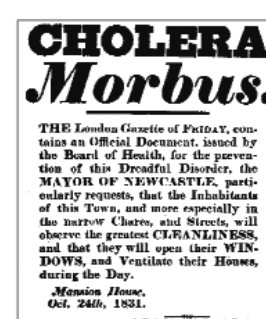
- Des épidémies hospitalières décrites en PED :
 - lors d'épidémies,
 - en psychiatrie ou dans des services de soins aux handicapés.
- En France :
 - pas de cas secondaire connu en France,
 - depuis 2004 :
 - ▀ 5 cas hospitalisés,
 - ▀ 192 soignants exposés avant connaissance du diagnostic,
 - ▀ aucun cas de transmission (clinique, copros dans 1 épisode en 2005).
 - probabilité estimée : 0 % [IC95 % : 0 – 2 %]

TABEAU 2 CAS D'IMPORTATION ET ABSENCE DE TRANSMISSION DOCUMENTÉS EN FRANCE, 2005-2007

An	Episode	N cas	Provenance	N soignants	N syndromes digestifs pendant le suivi	N choléra transmis	%
2005	Creil	1	Pakistan	20	0	0	0
2005	Argenteuil/Pau	1	Pakistan	38	4	0	0
2006	Saint-Brieuc	1	Rajasthan	48	1	0	0
2007	Montpellier	1	Rajasthan	25	0	0	0
2007	Creil	1	Rajasthan	61	10	0	0
Total		5		192	15	0	0

Risques pour la communauté

- Théoriques
- Prévenue par l'assainissement, l'évacuation des déchets, la chloration
- Pas d'épidémies décrites en communauté à partir de cas importés hors PED
- Partage d'aliments sans précaution d'hygiène (cas aux USA de retour du Guatemala)
- Potentiellement : crèche, restauration



AU VU DES DONNÉES

Le choléra provoque une peur bleue
MAIS :



- La majorité des cas de choléra sont des diarrhées d'apparence banale
- Estimation des risques :
 - hospitalisations voire décès chez les personnes fragiles (enfants, personnes âgées) : significatif,
 - cas parmi les co-exposés (voyageurs ou consommateurs d'aliments crus importés) : significatif,
 - transmission secondaire à l'entourage : faible voire nul,
 - transmission secondaire aux soignants : faible voire nul (si les précautions standards sont respectées et plus faible encore en cas de précautions standards renforcées par les précautions contact).
- En l'absence d'exposition massive à des selles ou des vomissements, les passagers assis à côté des cas dans l'avion ne sont pas à risque

AUTRES PARAMÈTRES À PRENDRE EN COMPTE

- Les voyageurs des groupes savaient souvent qu'un cas de choléra était survenu
- Les rumeurs vont vite parmi :
 - les soignants dans un hôpital,
 - les équipages.
- Difficulté +++ à juger seul du risque
- Conséquence : la gestion peut être excessive
- Importance d'une information claire et loyale (lettre type)

AU TOTAL

- Faiblesse du risque de transmission secondaire
- Il ne s'agit pas de détecter toute importation de *V. cholerae* O1 ou O139
- Il faut par contre détecter :
 - tout patient susceptible d'évoluer vers une forme clinique grave (soit par la présentation initiale soit par les conséquences sur un terrain fragilisé),
 - tous les co-exposés à la source présumée ou prouvée de contamination.

CONSÉQUENCES

- Traçage par la Ddass avec appui InVS/DGS si nécessaire
- Mesures de contrôle Ddass + DGS si besoin
- Cas :
 - identifier exposition,
 - vérifier absence travail en crèche / restau / personnes âgées,
 - hospitalisation seulement si la clinique l'impose.
- Souches au CNR :
 - systématiquement,
 - diagnostic et/ou confirmation,
 - antibiorésistance.
- Identification des co-exposés à une source commune :
 - traçage rapide,
 - individuel,
 - si liste de voyage, appui InVS à Ddass ; avec DGS si nécessaire :
 - ▀ 1 dept : 1 Ddass,
 - ▀ 2 dépts : 2 Ddass se coordonnent,
 - ▀ 3 dépts : national,
 - auto-suivi 2 x 5 jours,
 - pas de chimioprophylaxie et pas de vaccin systématiques.
- Il n'y a pas lieu de faire un traçage ou une information individuel(le) pour :
 - l'entourage,
 - les soignants,
 - les passagers et le personnel de cabine sauf exposition massive.
- Mais :
 - si individu ou groupe mentionné ci-dessus sollicite/inquiet : information générale, non individualisée – lettre type,
 - rappel des risques faibles et des mesures de prévention,
 - en cas de signe :
 - ▀ orientation vers médecin traitant ou médecin du travail,
 - ▀ coproculture.

CHAMP D'APPLICATION

- Cas importés de choléra
- En Métropole seulement
- Dans les DOM : particularités :
 - de Mayotte :
 - ▀ cas importés et secondaires entre 1998 et 2000,
 - ▀ liens étroits avec les Comores voisines,
 - de la Guyane : considérée vulnérable au début des années 1990.
- Espaces particuliers : centres de détention, bateaux...

