

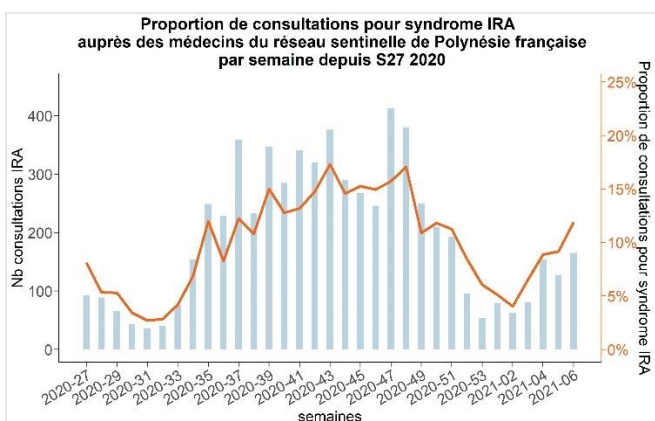


Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et CME), du Centre Hospitalier du Taaone, des laboratoires privés et public et du service des armées.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÛES (IRA)

IRA : fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale, signes respiratoires ou ORL, courbatures/myalgies, asthénie, céphalées

IRA ► 292 cas rapportés par les médecins sentinelles



La proportion de consultations pour IRA, de 4% à la mi-janvier remonte de façon significative pour atteindre 11,9% en S6.

Prévention des infections respiratoires aiguës

- Porter un masque en cas de toux.
- Se laver fréquemment les mains
- Utiliser des mouchoirs à usage unique, les jeter immédiatement dans une poubelle fermée puis se laver les mains.
- Limiter les contacts proches, maintenir une distance d'au moins 1 mètre avec les autres personnes
- Aération de l'espace de vie
- Les sujets fragiles (nourrissons, personnes âgées ou à risque, femmes enceintes) doivent éviter tout contact avec les personnes symptomatiques.

! Grippe : le vaccin est le moyen de protection le plus efficace contre le virus. Les recommandations concernent les personnes âgées, les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiorespiratoire, etc.), les femmes enceintes et l'ensemble des professionnels de santé.

! COVID-19 : en complément de la vaccination, appliquer strictement les mesures barrières est impératif pour se protéger, protéger ses proches et limiter la circulation active du virus sur le fenua

Protocole de surveillance des IRA

Depuis le mois de septembre 2020, 308 prélèvements effectués dans le cadre du protocole de surveillance des IRA ont été analysés.

DENGUE

Syndrome dengue-like : fièvre élevée ($\geq 38,5^\circ \text{C}$) d'apparition brutale ET syndrome algique (céphalées, arthralgies ou myalgies) ET absence de tout point d'appel infectieux (en particulier respiratoire)

⇒ Prescrire une RT-PCR (ou un test NS1) jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie au-delà de cette période.

Cas confirmé : syndrome "dengue-like" confirmé virologiquement par un test diagnostic positif (RT-PCR / AgNS1)

Analyse réalisée	Résultat	Effectif	%
RT-PCR SARS-CoV-2	Positif	33	10,7
PCR multiplex	Positif	174	56,5
	Négatif	101	32,8
Total		308	100,0

Les résultats des deux dernières semaines montrent une circulation majoritaire de rhinovirus (66,1% des cas) et une augmentation de circulation du virus respiratoire syncytial (VRS).

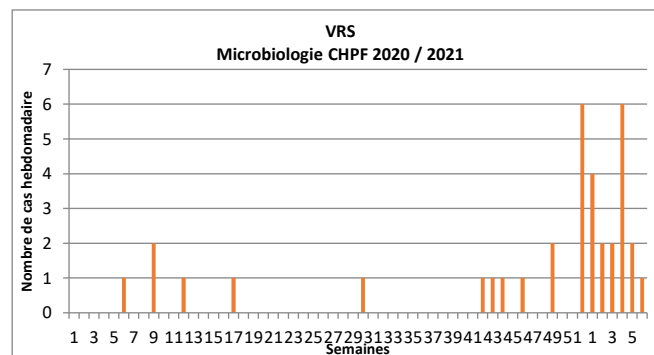
semaine	36-2020	37-2020	38-2020	39-2020	40-2020	41-2020	42-2020	43-2020	44-2020	45-2020	46-2020	47-2020	48-2020	49-2020	50-2020	51-2020	52-2020	53-2020	1-2021	2-2021	3-2021	4-2021	5-2021	6-2021	Total
SARS-CoV-2	1	5	4	2	2	5	4	4	3	1	1	1							1						33
Inf											1	2										1			4
ADV								1						2	1							1			5
HBoV								1															1		3
HRV	3	6	7	1	1	2	4	4	4	1	4	3	18	7	14	6			4	2	5	7	6	8	115
HEV													1			1									3
OC43	1																								1
NL63												1		1	1				1			1			5
VRS	1						1	1	1	2			2	1			2	1	1	3	4	4	1		25

■ Virus SARS-CoV-2 mis en évidence dans au moins 1 prélèvement
■ Autre virus mise en évidence dans au moins 1 prélèvement
■ Absence de mise en évidence de pathogène

Virus influenza A/B (Inf), virus respiratoire syncytial (VRS), adénovirus (Adv), bocavirus 1/2/3/4 (HBoV), coronavirus NL63 (NL63), coronavirus OC43 (OC43), human rhinovirus (HRV), enterovirus (HEV), Chlamydia pneumoniae (CP), Haemophilus influenzae (HI), Streptococcus pneumoniae (SP)

Agents pathogènes détectés par semaine dans le cadre du protocole de surveillance des IRA en Polynésie française, de S36-2020 à S6-2021

Cette circulation communautaire active est confirmée par les données du CHPf (voir graphique *infra* : VRS chez les nourrissons hospitalisés pour bronchiolite).



Source : LABM du CHPf

NB en métropole :

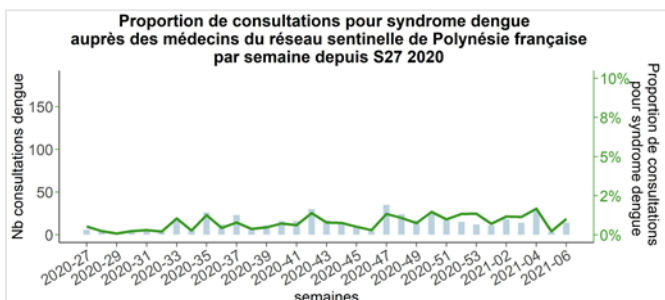
Grippe : absence de circulation active du virus grippal
Bronchiolite : augmentation de tous les indicateurs ; Phase épidémique observée dans plusieurs régions.

Prévention de la dengue

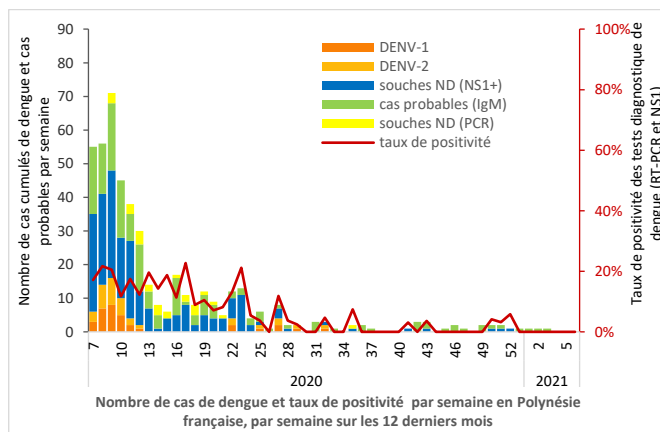
- Se protéger contre les piqûres de moustiques, particulièrement les personnes virémiques afin de réduire le risque de transmission secondaire du virus à son entourage (usage de moustiquaires)
- Lutter contre les gîtes larvaires en éliminant les eaux stagnantes dans son environnement au moins une fois par semaine (vider les soucoupes, vérifier l'écoulement des gouttières, etc.)
- Consulter rapidement son médecin en cas d'apparition de symptômes.

! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies

La proportion de consultations pour syndrome dengue-like auprès des médecins du réseau sentinelle est faible depuis la fin du deuxième trimestre 2020. Les consultations pour syndrome *dengue-like* sont constantes en 2021 et ne dépassent pas les 2%.



Cas confirmés ► 0 sur 60 demandes
Au total, 3330 cas de DENV-2 ont été notifiés depuis avril 2019.
Au vu des données disponibles, la circulation de DENV-2 reste de faible intensité.



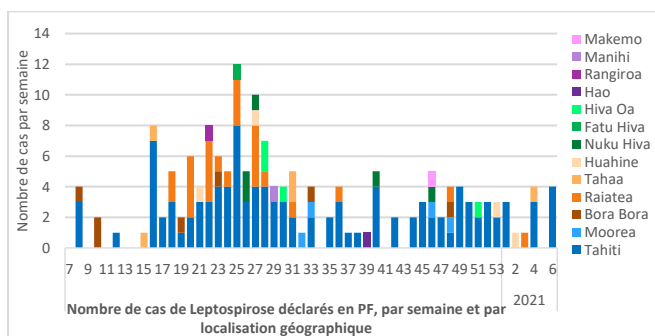
Surveillance zone Pacifique (DENV-1, DENV-2 et DENV-3)

Wallis et Futuna → DENV-2 (→)
 Iles Marshall → DENV-3 (→)
 Iles Cook → DENV-2 (↗) depuis le 12/02/2021
 Fiji → DENV (↗) depuis le 13/02/2021 (sérotypage inconnu)

Source : Pacific Community <https://www.spc.int>

LEPTOSPIROSE

Cas confirmés ► 4 sur 60 demandes



Après un pic des mois d'avril à juin, le nombre de cas de leptospirose déclarés reste faible, stable depuis le début du second semestre 2020, avec une moyenne de 3 par semaine.

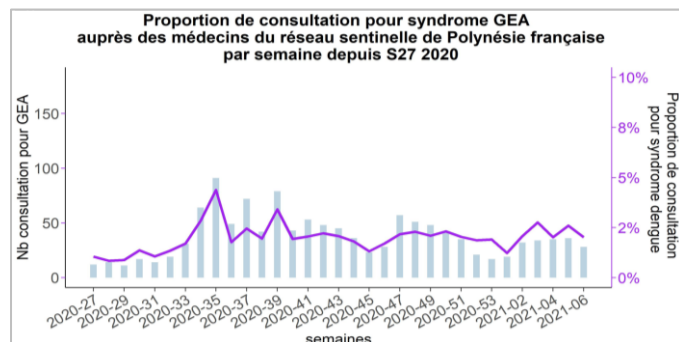
Prévention de la leptospirose

- Port de gants et de chaussures fermées/bottes lors des activités à risque (jardinage/ fa'a'apu, agriculture, élevage, pêche en eau douce)
- Évitez de se baigner en eau douce lorsqu'on est porteur de plaies et limiter les contacts des muqueuses avec l'eau
- Désinfection des plaies après exposition à risque
- Lutter contre les rongeurs, (gestion des déchets)

! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition des symptômes en signalant l'activité à risque pratiquée.

GASTROENTERITES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) : survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.



La proportion de consultations pour GEA auprès des médecins du réseau sentinelle reste faible (<3% depuis le mois d'août)

Nb de cas	S5	S6	Détail
Diarrhée /GEA	2	0	Signalement <i>Salmonella sp</i>
TIAC	0	1	Suspicion d'intoxication <i>staphylococcique</i>

Prévention des GEA et TIAC

- Lavage systématique des mains après passage aux toilettes, manipulation de terre ou d'objets souillés et avant manipulation des aliments.
- Nettoyage et désinfection quotidienne des toilettes et poignées de portes dans l'entourage d'un malade.
- Conserver les aliments frais à température inférieure à 4°C et consommer viandes hachées et volailles cuites à cœur.
- Les préparations à base d'œuf non cuits (mayonnaises, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries) sont à maintenir à une température inférieure à 4°C et à consommer rapidement.

! En cas de diarrhées et/ou vomissements importants, réhydrater la personne et consulter un médecin.

AUTRES SIGNALEMENTS

Ces signalements, via le réseau sentinelle et les laboratoires, ne font pas partie des maladies à déclaration obligatoire mais présentent un intérêt au vu de la surveillance sanitaire.

- ❖ Infections néonatales à entérovirus : 3 cas signalés en S5 et S6 (ayant nécessité une hospitalisation)
- ❖ Scarlatine : 3 cas suspects signalés à Raiatea en S5 et S6 (investigations en cours).

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Catherine Hinz, Anaïs Fadat, Tahia Chanzi, Christophe Ricard
 Astreinte de veille sanitaire
 Tel : 40 48 82 01
 Fax : 40 48 82 12
 E-mail : veille@sante.gov.pf
 Tel : 87 70 65 02
 (Hors heures ouvrables)



GENERALITES

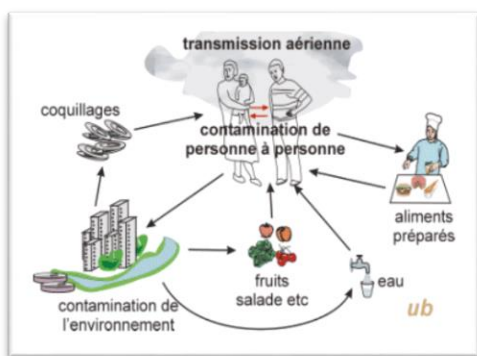
Les entérovirus font partie de la famille des **Picornaviridæ**, petits virus nus à ARN.

Les entérovirus qui infectent les humains sont regroupés en 4 groupes (entérovirus, B, C, D) qui incluent entre autres les poliovirus, les virus Coxsackie et les échovirus, soit plus de 120 types différents pouvant se présenter de différentes façons.

Les entérovirus (EV), très répandus partout dans le monde, sont très résistants et peuvent survivre des semaines dans l'environnement.

La transmission du virus se fait par contact de personne à personne ou *via* des objets ou aliments contaminés à partir des virus excrétés au niveau du rhino-pharynx ou dans les selles.

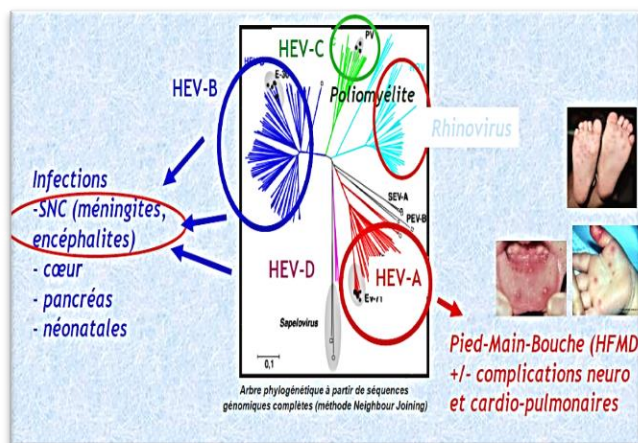
D'autres modes de transmission sont également possibles : *via* la salive, au contact de lésions cutanées dans le cas des syndromes pieds-mains-bouche, mais aussi par transmission materno-foetale à l'origine d'infections néonatales.



Source : <http://www.microbes-edu.org/etudiant/picornaviridae2.html>

Manifestations cliniques

Les infections à EV, ubiquitaires et fréquentes, prennent des formes symptomatiques très variées. Elles touchent surtout les enfants de moins de 15 ans.



Source : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI13/2013-JNI-meningEV-peiguelafeuille.pdf>

L'infection est le plus souvent pauci symptomatique (affections fébriles non spécifiques) ou asymptomatique. L'évolution est en règle générale bénigne, hormis chez le nouveau-né qui peut développer une infection systémique potentiellement fatale et chez les patients

avec une immunodépression de type humorale ou sous certains traitements immunosuppresseurs.

Les manifestations les plus fréquemment rapportées et diagnostiquées sont neurologiques, majoritairement représentées par des méningites ne nécessitant qu'un traitement symptomatique et évoluant rapidement vers la guérison sans séquelles.

Bien que tous les entérovirus soient potentiellement neurotropes, certains types comme l'échovirus 30 (E-30), l'E-6, l'E-11, l'E-13, l'E-18 ou le coxsackievirus B5 sont les plus fréquemment impliqués dans les méningites.

Les autres manifestations observées comprennent le syndrome pieds-mains-bouche (surtout associé aux coxsackievirus, plus rarement à l'entérovirus EV-A71), des syndromes fébriles du nourrisson (généralement bénins) et des infections néonatales parfois sévères, pouvant occasionnellement entraîner le décès par défaillance cardiaque (surtout associées aux coxsackievirus B et à l'E-11).

Sont également rapportés des syndromes respiratoires le plus souvent peu sévères (associés notamment à l'EV-D68), des atteintes cardiaques (myocardites et péricardites aiguës, impliquant surtout des coxsackievirus B), des syndromes digestifs (liés surtout aux échovirus).

Dans les DOM-TOM, comme dans d'autres pays tropicaux, sont rapportées des épidémies de conjonctivites hémorragiques associées à la circulation du CV-A24

Diagnostic des infections à EV

Le liquide cébrospinal (LCS) représente l'échantillon biologique de choix pour le diagnostic par RT-PCR des méningites à entérovirus.

En cas d'infections néonatales ou de syndrome fébrile chez un nourrisson, la détection génomique dans le sang permet d'améliorer le diagnostic. La recherche dans le sang a également un intérêt pour le diagnostic des atteintes cardiaques.

Devant toute symptomatologie sévère, en particulier neurologique, pouvant évoquer un diagnostic d'infection à EV, la recherche du génome dans le LCS doit être complétée par la réalisation de prélèvements périphériques (prélèvements nasopharyngés, selles) pour confirmer le diagnostic et permettre le génotypage de l'EV en cause.

Prévention

	Bien se laver les mains
	Entretien et nettoyage des surfaces
	Mesures d'hygiène

Source : publications.msss.gouv.qc.ca – chap. 7 – Maladies infectieuses – Entérovirus - p. 4

NB : Pas d'éviction toutefois, la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable

FOCUS SUR LE SYNDROME PIEDS-MAINS-BOUCHE

Le syndrome pieds-mains-bouche est une infection virale bénigne. Les virus les plus fréquemment en cause sont des entérovirus de type Coxsackievirus A6, A16 et A10.

Cette maladie atteint surtout les enfants âgés de 6 mois à 4 ans, mais peut aussi toucher les enfants plus âgés et les adultes.

L'enfant atteint de la maladie pieds-mains-bouche est contagieux 2 jours avant l'éruption et durant la 1ère semaine. La période de transmission peut cependant durer plusieurs semaines, tant que le virus reste dans les selles.

Cette maladie se propage par contact direct (d'une personne à l'autre) ou indirect avec :

- Les sécrétions rhinopharyngées et les gouttelettes de salive projetées dans l'air par une personne malade
- Les lésions cutanées (vésicules) d'une personne infectée
- Les objets contaminés par les selles
- Les mains qui manipulent des objets souillés, qui sont ensuite portées à la bouche.

Les symptômes du syndrome pieds-mains-bouche apparaissent entre 3 à 7 jours après la contamination. Certaines infections peuvent cependant demeurer asymptomatiques.

Les premiers symptômes (fièvre, rhinite, perte d'appétit, etc.) apparaissent avant l'éruption.

Le syndrome pieds-mains-bouche se traduit par un érythème pharyngé, rougeur de la bouche et de la gorge. Apparaissent ensuite des papules autour de la langue, sur les gencives et à l'intérieur des joues. Ces points rouges se transforment en vésicules qui éclatent rapidement. Ils laissent alors de petits ulcères ressemblant à des aphtes ; de 2 à 4 millimètres de largeur et entourés d'un halo rouge. Ils peuvent être très douloureux pour l'enfant, au point qu'il refuse de manger et de boire. Le plus souvent, une dizaine d'ulcères sont présents.

Simultanément, ou peu après l'apparition des signes dans la bouche, d'autres symptômes se développent surtout sur les doigts, le dos ou les paumes des mains et les plantes des pieds : éruption soudaine de papules éparées ou linéaires, qui peuvent devenir des vésicules et petites ampoules.

Les papules ne sont pas douloureuses et n'entraînent pas de démangeaisons sauf lorsqu'elles se transforment en vésicules et petites ampoules.

Le nombre de lésions est variable et souvent inférieur à 100. Dans les cas les plus étendus, elles peuvent être plus nombreuses et atteindre les bras, les jambes et les fesses, voire le ventre et le dos.

L'éruption de la maladie pieds-mains-bouche dure environ 10 jours.

MALADIE PIEDS-MAINS-BOUCHE

TOUCHE PRINCIPALEMENT LES JEUNES ENFANTS ENTRE L'ÂGE DE 6 MOIS ET DE 4 ANS

ORIGINE
Virus coxsackie A16

PARTICULARITÉS
Incubation 3 à 6 jours
Guérison 1 semaine
été et automne

COMPLICATIONS
Déshydratation, atteinte cardiaque, méningite.

RISQUE EMBRYO-FŒTAL
Risque d'infection cardiaque chez le fœtus

ÉVICTION SCOLAIRE
Pas obligatoire

TRAITEMENT
Pour soulager les symptômes et améliorer le confort.

PRÉVENTION
Lavage mains
Lavage objets souillés
Désinfection surfaces
Gants jetables pendant les soins
Sous-vêtements propres
Nettoyage literie
Partage objets et linge

- SYMPTÔMES -
Peu d'altération de l'état général

Fièvre modérée à sévère
Toux
Maux de gorge
Rhinite
Troubles de la déglutition
Troubles digestifs

Vésicules ou cloques sur certaines parties du corps

bouche (évoluant vers des ulcères buccaux)
mains
fesses
pieds

L'enfant est contagieux pendant l'incubation et la phase aiguë

Transmission par la salive, les sécrétions nasales ou les selles, par contact direct (d'enfant à enfant) ou indirect (par les objets souillés).

© Cherry for Life Science

Source : Cherry for life science

Episode de Pieds-Mains-Bouche aux Marquises (décembre 2020)

Un épisode de Pieds-Mains-Bouche a été signalé chez une dizaine d'enfants, âgés de 6 mois à 3 ans, provenant de 4 villages différents de l'île de Ua Pou aux Marquises.

Les symptômes décrits sont une éruption maculo-vésiculeuse associée à une fièvre modérée, parfois une rhinorrhée. Le syndrome pieds-mains-bouche se traduit par des lésions des muqueuses buccales et péri-buccales, des vésicules sur fond érythémateux au niveau de la plante des pieds et des mains étendues secondairement aux jambes, avant-bras et aux fesses, et un prurit inconstant.

Les prélèvements, transmis pour analyse du génotypage au CNR de Lyon, ont mis en évidence un virus Coxsackie A6.

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Catherine Hinz, Anaïs Fadat, Tahia Chanzi, Christophe Ricard

Tel : 40 48 82 01

Fax : 40 48 82 12

E-mail : veille@sante.gov.pf

Astreinte de veille sanitaire

Tel : 87 70 65 02

Hors heures ouvrables