



Peu d'IRA



*En partenariat avec
l'Institut de Veille Sanitaire*

Calme plat sur le front de la grippe : les indicateurs d'activité des infections respiratoires aiguës d'allure grippale sont « au plancher » et aucune détection de virus grippal n'est encore signalée. Quelques autres virus respiratoires, notamment le VRS, sont modérément actifs. Un foyer épidémique de coqueluche en milieu scolaire est signalé par un médecin vigie du GROG Rhône-Alpes.

Les indicateurs d'activité relevés par les vigies GROG sont à des valeurs basses et stables depuis la reprise de la surveillance active. Médecins et pharmaciens signalent surtout des rhino-pharyngites, des angines, des laryngites, des trachéites et toux traînantes, des otites, des bronchites liées à la circulation d'agents infectieux respiratoires non grippaux. Des cas de bronchiolite du nourrisson commencent à être régulièrement signalés.

Aucun virus grippal n'a été détecté dans les 78 prélèvements déjà effectués par les médecins vigies GROG depuis le début du mois d'octobre. En revanche, les CNR et les 8 laboratoires de virologie vigies GROG signalent une activité des rhinovirus et des mycoplasmes et confirment le démarrage de l'activité du Virus Respiratoire Syncytial (VRS).



La coqueluche en 2008 (épisode 1)

Y penser et la diagnostiquer

Régulièrement, des médecins vigies GROG signalent des cas de coqueluche dans leurs commentaires hebdomadaires à leur coordination ou via le signalement de cas sur le site GROG.

En effet, même si le nombre de cas de coqueluche a très fortement baissé depuis l'introduction du vaccin, la bactérie continue à circuler car ni le vaccin, ni la maladie ne protègent à vie.

La maladie, due à *Bordetella pertussis* ou *Bordetella parapertussis* est très contagieuse. La transmission, aérienne au contact d'un sujet malade (toux), est essentiellement intra-familiale ou au sein de collectivités (établissements scolaires, milieu professionnel, signalements de plus en plus fréquents de cas groupés en milieu de soin).

Chez quels patients évoquer une coqueluche ?

Les populations touchées sont :

- les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés,
- et les adolescents et adultes (même âgés) qui ont perdu la protection conférée par le vaccin ou la maladie.

Le diagnostic clinique de la coqueluche est souvent difficile, en particulier chez les personnes antérieurement vaccinées et les adultes, réservoir essentiel de la maladie. Dans une étude récemment conduite en Ile de France dans les cabinets de médecins généralistes incluant 271 adultes âgés de plus de 18 ans toussant depuis 7 à 31 jours sans cause évidente, le diagnostic de coqueluche a pu être authentifié dans 32 % des cas. Ces patients, dont 60 % avaient été vaccinés et 33 % rapportaient des antécédents de coqueluche, ont toussé pendant en moyenne 49 jours.

En dehors de la forme maligne des nourrissons de moins de 3 mois avec détresse respiratoire et défaillance polyviscérale, le diagnostic de coqueluche est souvent méconnu. En l'absence d'une autre étiologie, toute toux évoluant depuis plus de 7 jours doit, devant les éléments suivants, faire évo-

quer ce diagnostic :

- toux nocturne, insomnante avec des quintes évocatrices c'est-à-dire aboutissant à une reprise inspiratoire difficile associée à :

- un chant du coq,
- des vomissements,
- un accès de cyanose voire des apnées,
- ou une hyper lymphocytose depuis plus de 8 jours ;

- la notion de contagé avec une durée d'incubation compatible (7 à 21 jours).

Comment faire le diagnostic ?

Le Haut Conseil de la Santé Publique vient de publier des recommandations concernant le diagnostic biologique de coqueluche. Le test diagnostique de référence est la PCR (non remboursée) pour les sujets toussant depuis moins de 21 jours et pour les cas secondaires qu'ils ont contaminés si le cas index tousse depuis 21 jours ou plus. La culture (uniquement dans les 2 premières semaines de la maladie), technique la plus spécifique et remboursée par l'assurance maladie, n'est pratiquée que par certains laboratoires hospitaliers et le centre national de référence (CNR), à l'Institut Pasteur.

Au-delà de 21 jours, le diagnostic est avant tout clinique. La recherche d'anticorps anti-PT (sérologie) est réalisable si le dernier rappel vaccinal remonte à plus de 3 ans. L'utilisation des tests sérologiques actuellement disponibles en dehors du CNR doit être évitée en raison d'un important risque d'erreurs de diagnostic. Un avis spécialisé avant la réalisation de l'examen, permet d'en confirmer l'indication et de préciser le laboratoire où il devra être adressé.

Dans tous les cas, une enquête doit être menée autour du sujet malade pour dépister contamineurs et cas secondaires.

Source:

http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcsp20080905_coqueluche.pdf



Questions de vigies

Un cas de conscience : j'ai vu cette semaine des patients qui consultaient pour une affection respiratoire présente depuis plusieurs jours et pour laquelle il n'avait consulté aucun médecin avant moi. Dois-je les considérer comme IRA? Pouvez-vous répreciser les définitions dans le prochain bulletin. Si je coche IRA et rhume sans fièvre dans votre tableau, comptabilisez-vous deux ou un? Quitte à faire un travail autant qu'il soit interprétable. Merci
Dr Haicault, MG GROG Ile-de-France

IRA et rhume sans fièvre sont 2 définitions exhaustives l'une de l'autre. Pour rappel, les IRA GROG sont des tableaux potentiellement évocateurs de grippe :
IRA = patient présentant le tableau suivant : apparition brutale d'au moins un signe respiratoire (toux, rhinite, coryza, etc.) et d'au moins un signe systémique évoquant un contexte infectieux aigu (fièvre, asthénie, céphalées, myalgies, malaise, etc.).

Tous les patients consultant pour un tableau répondant à cette définition doivent être comptés comme des IRA, quelle que soit l'ancienneté de leurs symptômes.

Mais, du fait de la durée du portage viral, seuls les patients **malades depuis moins de 48 heures** peuvent être sollicités pour un prélèvement rhinopharyngé dans le cadre de la surveillance GROG.

Si vous aussi vous avez une question, n'hésitez pas à nous la transmettre : grog@grog.org

semaine n° 2008/42 du 13 au 19 octobre 2008

activité des GROG	médecins généralistes (336 sur 429)				pédiatres (77 sur 90)			Panel OCP-GROG	SOS Médecins
	actes/j	% IRA/a	% AT/a	particip	actes/j	% IRA/a	particip		
Alsace	24	11%	7%	56%	20	18%	90%		
Aquitaine	23	12%	3%	94%	24	1%	100%		
Auvergne	24	9%	4%	64%					
Bretagne	23	12%	5%	88%	17	0%	50%		
Basse-Normandie	25	9%	2%	88%	40	15%	100%		
Bourgogne	25	14%	6%	77%					
Centre	22	12%	6%	55%	24	10%	50%		
Champagne-Ardenne	27	7%	9%	38%	22	4%	50%		
Franche-Comté	22	10%	6%	94%					
Haute-Normandie	35	11%	6%	75%	18	17%	100%		
Ile-de-France	22	13%	8%	77%	22	14%	86%		
Limousin									
Lorraine	21	14%	3%	94%	28	10%	100%		
Lang.-Rous.	22	8%	5%	75%					
Midi-Pyrénées	22	9%	3%	80%	24	19%	86%		
PACA	21	13%	4%	87%	29	22%	86%		
Picardie	27	12%	5%	95%					
Pays-de-la-Loire	24	12%	6%	92%	21	18%	100%		
Poitou-Charentes	22	11%	5%	82%					
Nord-Pas-de-Calais	23	10%	4%	100%					
Rhône-Alpes	23	11%	4%	91%	20	13%	92%		
France	23	11%	5%	78%	22	15%	86%		

sources : GROG, SOS Médecins, OCP Répartition

Infections respiratoires aiguës
Confirmations virologiques
Semaine 2008/41
du 6 au 12 octobre 2008

agents infectieux	isolements détections	sérologie
grippe A		
France-Nord	0	0
France-Sud	0	0
grippe B		
France-Nord	0	0
France-Sud	0	0
para-influenza 1	0	0
para-influenza 2	0	0
para-influenza 3	4	0
para-influenza 4	0	0
VRS		
France-Nord	27	0
France-Sud	3	0
métapneumovirus	1	-
rhinovirus	33	-
adénovirus	7	3
chlamydia	0	11
mycopl. pneu.	0	18
fièvre Q	0	11

Base 100 en cours de calcul



GROG TRS - 8 villes (52 MG et pédiatres utilisant des Tests Rapides de Surveillance)

	n pré	n positifs	participation
Bordeaux	0	0	67%
Lille	1	0	57%
Lyon	0	0	38%
Marseille	2	0	67%
Metz-Nancy	0	0	33%
Nantes	2	0	67%
Paris - IDF	2	0	50%
Toulouse	0	0	33%

	Bronchiolites (âge < 2 ans)	SMOG* IRA/a	tendance
01 - Ile-de-France	en hausse	0,0	stable
02 - France Nord et Ouest	stable	1,8	en baisse
03 - France Nord et Est	stable	1,1	stable
04 - France Sud et Est	en hausse	0,9	en baisse
05 - France Sud et Ouest	stable	0,5	stable

* SMOG Système Militaire d'Observation de la Grippe



Cette semaine, les GROG ont suivi 53.546 clients de pharmacies, 37.775 patients de médecine générale, 6.880 patients de pédiatrie, 2.270 consultations militaires, 43.050 appels à SOS Médecins, 5.143 cas d'IRA, 39 % du marché français de la répartition pharmaceutique.

Bulletin rédigé le mercredi 22 octobre 2008 par Anne Mosnier, Jean Marie Cohen, Isabelle Daviaud, Marion Quesne, Marie Forestier et Françoise Barat avec l'aide d'Isabelle Morin, Ghislain Haicault, Jean-Louis Bensoussan, François Freymuth, Bruno Lina, Martine Valette, Sylvie van der Werf, Vincent Enouf, Marie-Claire Servais, Sylvie Laganier et des membres des réseaux GROG, RENAL, EISS, EuroGROG et viRgil.

GROG France 2008-2009

Financement : Institut de Veille Sanitaire, Institut Pasteur, URML Midi-Pyrénées, URML Alsace, URML Pays-de-la-Loire, URML Nord-Pas-de-Calais, UPML Bourgogne, SCHS Mairie de St Etienne, Service médical PSA Citroën Rennes, Service de Santé des Armées, EDF-GDF, OCP-Répartition, SOS Médecins France, MEDI'call Concept, Association Médecins de Montagne, Laboratoires Pierre Fabre Santé, Laboratoires Sanofi Pasteur MSD, Laboratoires Solvay Pharma, Laboratoire Roche, Laboratoire Argène.

Responsabilité scientifique : Réseau des GROG, CNR des virus influenzae Régions Nord (Institut Pasteur-Paris) et Sud (HCL-Lyon), virologie CHU Caen, Open Rome.

Coordination nationale : Réseau des GROG avec l'aide d'Open Rome, 67, rue du Poteau, F-75018 Paris. Tél: 01.56.55.51.68 Fax: 01.56.55.51.52 E-mail: grog@grog.org

Site Web <http://www.grog.org>