

Lettre d'information du réseau Sentinelles septembre 2016

Rédacteur en chef : Victoire Roussel Publication : Yves Dorelans



Figure 1 Vésicules péri-buccales (Source : Wikimedia commons)

Le dossier du mois : Syndrome pieds-mains-bouche Jérémy Laurent

Interne en santé publique et médecine
sociale au réseau Sentinelles

LES ACTUALITÉS DU RÉSEAU SENTINELLES EN JUILLET

Généralités

Forum

Une discussion est actuellement en cours notamment sur la vaccination contre l'hépatite A. Vous pouvez y participer en vous connectant [depuis votre compte Sentimed](#). Si vous n'avez plus votre login ou mot de passe, cliquez sur mot de passe oublié.

Surveillance continue

Reprise de la surveillance virologique des syndromes grippaux

Ce lundi 3 octobre 2016 commence la nouvelle campagne de surveillance virologique des syndromes grippaux. Elle durera jusqu'au dimanche 16 avril 2017.

Quelques rappels pour les médecins préleveurs suite à un changement de protocole :

- définition et conditions d'inclusion inchangées : fièvre d'apparition brutale, supérieure à 39°C accompagnée de myalgies et de signes respiratoires, quelque soit l'âge du patient, apparition des symptômes inférieure à 48h, et pas de liens entre les deux patients
- du début de la surveillance jusqu'au début de l'épidémie (aucun changement) : 2 prélèvements à effectuer chez les deux premiers patients de la semaine présentant un syndrome grippal
- du début de l'épidémie (une alerte vous sera envoyée) jusqu'à la fin de la surveillance: Passage à un seul prélèvement à effectuer chez le premier patient de la semaine. Possibilité de réaliser un deuxième prélèvement uniquement si le patient est âgé de plus de 65 ans pour répondre au projet européen IMOVE+, qui porte

sur la mesure de l'efficacité vaccinale chez les personnes de 65 ans et plus. Si cette surveillance vous intéresse, ou si vous avez des questions, contactez-nous au 04 95 45 01 55 ou par mail à sentinelles@upmc.fr

Enquêtes ponctuelles

Héraclès

Les résultats de l'étude Héraclès évaluant la prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail en médecine générale en région Nord Pas de Calais (étude réalisée avant le changement de région) sont disponibles [en téléchargeant la plaquette ici](#).

« Top 5 list » française en médecine générale

L'appel à participation de l'étude a été lancé le jeudi 8 septembre auprès d'un échantillon de 500 médecins généralistes. Cette étude sur la surmédicalisation a pour objectif d'identifier cinq services médicaux (examens, traitements ou interventions) communément prescrits en médecine générale et dont la balance bénéfique/risque semble défavorable.

Nous souhaitons recruter 30 médecins généralistes répartis sur tout le territoire, de tout âge, exerçant seuls ou en groupe, en milieu rural, semi-urbain ou urbain. Cet effectif a été rapidement dépassé et 30 médecins ont été sélectionnés pour répondre au besoin de répartition. Le recrutement est clos depuis le lundi 19 septembre 2016. Nous remercions l'ensemble des médecins ayant répondu à cet appel à participation. Nous vous tiendrons régulièrement informés de l'avancée de l'étude.

LE DOSSIER DU MOIS

Syndrome pieds-mains-bouche (1/4)

Le syndrome pieds-mains-bouche (SPMB)

Il s'agit d'une maladie infectieuse fréquente touchant essentiellement les jeunes enfants.

Le saviez-vous ?

Ce syndrome a été décrit pour la première fois en Nouvelle-Zélande en 1957 [1].

Epidémiologie et transmission :

Les coxsackie virus (A6, A10 et A16) et l'entérovirus 71 (EV-A71) sont essentiellement responsables de ce syndrome [2-6]. Ils appartiennent aux entérovirus. En France, le coxsackie virus A6 est le plus impliqué [7, 8]. Le SPMB sévit sous forme épidémique, avec des foyers estivaux et automnaux [7].

La transmission a lieu via les sécrétions de patients infectés (salive, urine, selles) qui constituent de véritables réservoirs viraux.

A propos des entérovirus :

Les entérovirus pathogènes pour l'Homme font partie de la famille des *Picornaviridae* et sont divisés en 5 espèces :

- le poliovirus (responsable de la poliomyélite) ;
- les entérovirus humains A à D.

Les coxsackie virus sont des entérovirus des groupes A, B ou C.

Devant quelles manifestations cliniques évoquer le diagnostic ?

Le SPMB touche plus fréquemment les jeunes enfants (plus de 80 % des cas survenant avant l'âge de 6 ans [9], et notamment les enfants âgés de 1 à 2 ans), mais ce syndrome peut aussi être retrouvé (beaucoup plus rarement) chez l'adulte.

Le nom de ce syndrome parle de lui-même ! Après une période d'incubation de 3 à 5 jours, le patient, dans l'entourage duquel des cas similaires auront pu être observés dans les jours et semaines antérieures, présente des manifestations cliniques parmi lesquelles :

- Atteinte buccale : (Figure 1) stomatite vésiculeuse, évoluant vers la formation d'ulcères pouvant provoquer une odynophagie jusqu'au refus d'alimentation

- Atteinte des extrémités (mains et pieds) : (Figure 2) lésions cutanées à type de macules, vésicules voire papules, non douloureuses, parfois avec une légère sensibilité ; ces lésions sont parfois retrouvées dans d'autres régions comme les coudes ou sous les couches.

Les patients peuvent également présenter des adénopathies, voire des nausées/vomissements. La fièvre est souvent présente sous forme d'une fébricule, mais des pics à plus de 39°C peuvent être observés, en particulier lors des formes sévères ou compliquées [10, 11].



Figure 1 Vésicules péri-buccales (Source : Wikimedia commons)



Figure 2. Vésicules palmaires (Source : Wikimedia commons)

LE DOSSIER DU MOIS

Syndrome pieds-mains-bouche (2/4)

Il a été décrit des manifestations cliniques atypiques chez certains enfants atteints de SPMB provoqués par les coxsackie virus A6 et A10, telles que des lésions cutanées évocatrices de maladies bulleuses [12], ou encore une onychomadèse (chute spontanée des ongles secondaire à un arrêt transitoire de leur croissance [13]).

A savoir :

La majorité des infections par les entérovirus sont asymptomatiques. A côté du SPMB, d'autres maladies peuvent résulter de ces infections :

- Herpangine ;
- Atteintes du système nerveux (méningite, encéphalite, paralysie flasque aiguë) ;
- Atteintes cardio-respiratoires (pneumonie, myocardite, péricardite, ...).

Dans la majorité des cas, ces manifestations ne nécessitent qu'un traitement symptomatique et évoluent rapidement vers la guérison, sans laisser de séquelles.

Peu d'études ont étudié la corrélation entre les souches virales impliquées et les manifestations cliniques. Parfois, aucune corrélation n'est retrouvée [14], alors que d'autres études mettent en avant une proportion plus importante d'entérovirus de type A dans le SPMB, et de type B dans l'herpangine [15]. Ainsi, chaque souche peut être responsable de chacun des symptômes.

Vigilance accrue autour des infections à Entérovirus 71 (EV-A71) :

Comme tous les autres entérovirus, les infections à EV-A71 sont la plupart du temps asymptomatiques.

Cependant, l'EV-A71 peut être également responsable de manifestations cliniques plus sévères, notamment neurologiques (encéphalites, lésions du tronc cérébral, paralysie flasque aiguë, atteinte des nerfs crâniens), compliquant ou non un SPMB (dû à ce même virus EV-A71) et survenant sous forme épidémique. Les cas les plus sévères sont ainsi retrouvés en Asie [16] : lors de la dernière épidémie en Chine en 2008 dans la province de Fuyang, plus de 6 000 cas de SPMB liés à l'EV-A71 ont été rapportés, ayant entraîné une hospitalisation dans 50 % des cas et le décès de 22 enfants [17].

En Europe, les épidémies de grande ampleur dues à l'EV-A71 sont rares (les publications font état de telles épidémies en Bulgarie et en Hongrie à la fin des années 1970). Cependant, un foyer épidémique d'infections graves majoritairement dues à l'EV-A71 a été signalé en début d'année en Catalogne par les autorités sanitaires espagnoles [18].

En France, il a été observé, depuis le début de cet été, une tendance à l'augmentation du nombre de méningites à entérovirus dans les services d'urgences (sans cependant d'augmentation notable du nombre d'infections neurologiques depuis le début de l'année), mais les données du Réseau de Surveillance des Entérovirus (RSE) n'ont pas montré de circulation accrue de l'EV-A71 [7].

Face à la possible importation du virus Catalan en France, Santé Publique France et le CNR rappellent que devant toute symptomatologie fébrile associée à une symptomatologie neurologique, une infection à entérovirus doit être évoquée [19] et recherchée à l'aide d'une PCR sur les prélèvements réalisés, qui doivent être à la fois centraux (Liquide Céphalo-Rachidien) et périphériques (selles, salive, prélèvement naso-pharyngé).

LE DOSSIER DU MOIS

Syndrome pieds-mains-bouche (3/4)

...

Par ailleurs, les cas sévères d'infections à entérovirus doivent désormais être signalés à Santé Publique France, via le formulaire dédié (sur le site du CNR des entérovirus, rubrique « [bulletins d'informations](#) ») afin de détecter une éventuelle émergence de l'EV-A71.

Comment poser le diagnostic ?

Le diagnostic du SPMB est clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire !

Prise en charge :

Elle se fait en ambulatoire, à domicile. Il n'y a pas de traitement curatif, mais seulement un traitement symptomatique de la douleur. Il faut penser à rassurer les parents et à leur donner des conseils, notamment sur l'alimentation de leur enfant (éviter les plats chauds en raison de la stomatite, ne pas négliger l'hydratation, ...).

La surveillance repose essentiellement sur la surveillance de l'hydratation et des apports alimentaires de l'enfant.

La symptomatologie est spontanément résolutive en une dizaine de jours. L'éviction de la collectivité n'est pas nécessaire.

Le SPMB n'est pas une maladie à déclaration obligatoire ni une maladie à prévention vaccinale en France. Il n'y a pas de vaccin disponible en Europe. Un vaccin contre l'EV-A71, développé en Chine, apparaît efficace dans la prévention du SPMB et de l'herpangine, ainsi que des formes sévères d'infections liées à ce virus [20-22]. Il ne protège cependant pas contre les autres entérovirus, d'où la réflexion sur le développement d'un vaccin multivalent [23].

Réseau de surveillance des entérovirus en France :

La surveillance des infections à entérovirus est assurée par un réseau de laboratoires volontaires des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitalo-universitaires (CHU) depuis 2000 (Réseau de Surveillance des Entérovirus – RSE – [24]), coordonné par le centre national de référence (CNR) [8] et l'Agence nationale Santé Publique France [25]. Cette surveillance porte sur les cas hospitalisés, donc sur les manifestations les plus graves des infections par les entérovirus.

L'objectif de cette surveillance est d'alerter précocement sur la survenue d'une épidémie ou l'émergence d'une forme clinique inhabituelle, et de suivre les sérotypes et génotypes associés aux différents syndromes cliniques.

Par ailleurs, une surveillance de type sentinelle du SPMB et de l'herpangine avait été mise en place dans l'agglomération clermontoise en 2010 [26], puis à l'échelle nationale entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015 avec des pédiatres libéraux. Cette surveillance était à la fois épidémiologique (déclaration du nombre d'enfants vus en consultation pour un SPMB ou une herpangine), mais également virologique (analyse virologique de prélèvements de bouche ou de gorge réalisés chez les enfants avec un diagnostic clinique de SPMB). D'après des résultats préliminaires au 31 décembre 2014, 628 enfants avaient été inclus par une quarantaine de pédiatres libéraux, parmi lesquels 80 % avaient une infection confirmée à entérovirus, dont 5 dues à l'EV-A71. Le coxsackie virus A6 restait majoritaire (55% des cas) [27].

Enjeux de la surveillance du SPMB :

Comme le montre un récent article [2], les souches virales impliquées dans les SPMB ont évolué au cours du temps. Les épidémies touchent désormais le monde entier, même si elles apparaissent plus virulentes en Asie. De nouvelles souches virales émergent, et avec elles de nouveaux risques. Il apparaît donc important de poursuivre la surveillance des maladies à entérovirus, d'autant plus que des vaccins sont aujourd'hui en développement.

LE DOSSIER DU MOIS

Syndrome pieds-mains-bouche (4/4)

Liens utiles :

CNR des entérovirus et paréchévirus :

CNR coordonnateur (Hospices Civils de Lyon (HCL)) : http://www.chu-lyon.fr/web/Service_Centre%20de%20Biologie%20et%20de%20Pathologie%20Est_2346_3887.html

CNR – Laboratoire associé (CHRU de Clermont-Ferrand) :

<http://cnr.chu-clermontferrand.fr/CNR/default.aspx>

Site de Santé Publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr/>

Références :

1. Seddon JH, Duff MF. Hand-foot-and-mouth disease: coxsackievirus types A5, A10, and A16 infections. *N Z Med J* 74:368–373
2. S. Aswathyraj et al. Hand, foot and mouth disease (HFMD) : emerging epidemiology and the need for a vaccine strategy. *Med Microbiol Immunol*. 2016.
3. WPRO | A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). In: WPRO. http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290615255/en/.
4. Bian L, Wang Y, Yao X et al. Coxsackievirus A6: a new emerging pathogen causing hand, foot and mouth disease outbreaks worldwide. *Expert Rev Anti Infect Ther* 13:1061–1071.
5. Fujimoto T, Iizuka S, Enomoto M et al. Hand, Foot, and mouth disease caused by coxsackievirus A6, Japan, 2011. *Emerg Infect Dis*. 2012. 18:337–339
6. Guan H, Wang J, Wang C et al. Etiology of multiple non-cv16 and non-cv16 enteroviruses associated with hand, foot and mouth disease in Jinan, China, 2009–June 2013. *PLoS One*. 2015.
7. Point sur les infections à entérovirus au 20 juin 2016 – Santé Publique France.
8. Rapport d'activité du Centre National de Référence des entérovirus et paréchévirus : <http://cnr.chu-clermontferrand.fr/CNR/Pages/Activit%C3%A9CNR.aspx>
9. Wee Ming Koh et al. The epidemiology of hand, foot and mouth disease in Asia : a systematic review and analysis. *The pediatric infectious disease Journal*. Ahead of print. 2016.
10. Jiahua Pan et al. High risk factors for severe hand, foot and mouth disease : a multicenter retrospective survey in Ahui province China, 2008-2009. *Indian J Dermatol*. 2012;57(4):316-321.
11. Seong Joon Kim et al. Risk factors for neurological complications of hand, foot and mouth disease in the republic of Korea, 2009. *J Korean Med Sci*. 2013; 28:120-127.
12. Feder HM, Bennett N, Modlin JF. Atypical hand, foot, and mouth disease: a vesiculobullous eruption caused by coxsackievirus A6. *Lancet Infect Dis*. 2014. 14:83–86
13. Eun Jim Kim et al. Four cases of onychomadesis after Hand-Foot-Mouth disease. *Ann Dermatol*. 2014 Dec; 26(6): 777–778.
14. Molet et al. Enterovirus infections in hospitals of Ile de France region over 2013. *Journal of clinical virology*. 2016 : 37-42.
15. Chiao-Wei Lo et al. Application of a molecular method for the classification of human enteroviruses and its correlation with clinical manifestations. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010;(43):354-359.
16. Chang et al. The current status of the disease caused by enterovirus 71 infections : epidemiology, pathogenesis, molecular epidemiology, and vaccine development. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2016;13(9), 890.
17. Zhang et al. An emerging recombinant human enterovirus 71 responsible for the 2008 outbreak of hand, foot and mouth disease in Fuyang city of China. *Virology Journal*. 2010, 7:94.
18. ECDC. Rapid risk assessment. Outbreak of enterovirus A71 with severe neurological symptoms among children in Catalonia, Spain. 14 June 2016.
19. [Flash Info – Maladies infectieuses – Numéro 21](#) – Juin 2016 – Santé Publique France.
20. Rongchang et al. An inactivated enterovirus 71 vaccine in healthy children. *N Engl J Med* 2014;370:829-837.
21. Fengcai et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of an enterovirus 71 vaccine in China. *N Engl J Med* 2014;370:818-828.
22. Pele Chong et al. Review of enterovirus 71 vaccines. *Clin Infect Dis* 2015;60(5):797-803.
23. M. Klein et al. Is a multivalent hand, foot and mouth disease vaccine feasible ? *Hum Vaccin Immunother* 2015;11(11):2688-2704.
24. Surveillance des infections à EV et PEV par les laboratoires du RSE. Bulletin épidémiologique au 23 septembre 2015.
25. Antona D, Lévêque N, Dubrou S, Chomel JJ, Lévy-Bruhl D, Lina B. [Surveillance des entérovirus en France métropolitaine, 2000-2004](#). *Bull Epidémiol Hebd*, 2005, 39-40 :200-2.
26. Mirand A. et al., Outbreak of hand, foot and mouth disease/herpangina associated with coxsackievirus A6 and A10 infections in 2010, France : a large citywide, prospective observational study. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: E110-E118
27. Mirand A. et al. Communication orale n° 29. Maladie pied-main-bouche : mise en place d'un réseau national de surveillance en pédiatrie ambulatoire. *Archives de pédiatrie*, 2015 ; 22, n° 5S1, page 217.