Impressum

Editeur
Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

Rédaction
Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
Téléphone 031 323 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

Impression
ea Druck + Verlag AG
Zürichstrasse 57
CH-8840 Einsiedeln
Téléphone 056 418 82 82

Abonnements, changements d’adresse
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
E-mail : verkauf.zivil@bbl.admin.ch
Téléphone 031 325 50 50
Fax 031 325 50 58

ISSN 1420-4274
Sommaire

Maladies transmissibles
Déclarations des maladies infectieuses 612

Statistique Sentinella 614

Santé publique
SPSU – Rapport annuel 2013 615
### Situation à la fin de la 36ème semaine (09.09.2014)*


b Voir surveillance de l’influenza dans le système de déclaration Sentinella : www.bag.admin.ch/sentinella.

c Ne inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

d Femmes enceintes et nouveau-nés.

On renonce à présenter les données en détail, compte tenu du processus diagnostique qui peut durer jusqu’à deux mois. Le nombre de cas confirmés et probables est de 9 en 2012 et de 9 en 2013.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Haemophilus influenzae: maladie invasive</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Légionellose</td>
<td>2.60</td>
<td>4.00</td>
<td>6.90</td>
<td>4.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Méngingocoques: maladie invasive</td>
<td>0.60</td>
<td>0.20</td>
<td>0.60</td>
<td>0.20</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumocoques: maladie invasive</td>
<td>1.90</td>
<td>2.20</td>
<td>2.20</td>
<td>3.90</td>
</tr>
<tr>
<td>Rougeole</td>
<td>0.60</td>
<td>3.90</td>
<td>0.60</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Rubéole</td>
<td>0.20</td>
<td>0.05</td>
<td>3.90</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>Rubéole, materno-fœtale</td>
<td>0.20</td>
<td>0.60</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Transmissions féco-orale</th>
<th>Campylobactérie</th>
<th>221</th>
<th>242</th>
<th>174</th>
<th>906</th>
<th>803</th>
<th>853</th>
<th>7986</th>
<th>7517</th>
<th>8488</th>
<th>5444</th>
<th>4968</th>
<th>5962</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hépatite A</td>
<td>3.20</td>
<td>3.00</td>
<td>1.30</td>
<td>1.80</td>
<td>0.50</td>
<td>1.00</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td>0.90</td>
<td>0.80</td>
<td>0.70</td>
<td>0.70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à E. coli enterohémorragique</td>
<td>1.30</td>
<td>1.00</td>
<td>1.10</td>
<td>1.20</td>
<td>0.80</td>
<td>1.00</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Listeriose</td>
<td>1.30</td>
<td>1.10</td>
<td>1.10</td>
<td>1.20</td>
<td>0.60</td>
<td>0.50</td>
<td>1.30</td>
<td>0.70</td>
<td>0.50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonelle, S. typhi/paratyphi</td>
<td>0.20</td>
<td>0.60</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonelle, autres</td>
<td>41</td>
<td>37</td>
<td>33</td>
<td>195</td>
<td>186</td>
<td>194</td>
<td>1273</td>
<td>1242</td>
<td>1259</td>
<td>819</td>
<td>822</td>
<td>823</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Shigellose</td>
<td>1.90</td>
<td>1.30</td>
<td>1.90</td>
<td>2.20</td>
<td>3.50</td>
<td>3.70</td>
<td>1.70</td>
<td>2.10</td>
<td>1.70</td>
<td>1.60</td>
<td>1.80</td>
<td>1.60</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Maladies transmissibles

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Transmission par du sang ou sexuelle</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chlamydie</td>
<td>212</td>
<td>189</td>
<td>155</td>
<td>707</td>
<td>705</td>
<td>668</td>
<td>9573</td>
<td>8304</td>
<td>7846</td>
<td>6645</td>
<td>5736</td>
<td>5570</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>136.50</td>
<td>121.70</td>
<td>98.90</td>
<td>113.80</td>
<td>113.50</td>
<td>107.50</td>
<td>118.50</td>
<td>102.80</td>
<td>97.20</td>
<td>118.90</td>
<td>102.60</td>
<td>99.60</td>
</tr>
<tr>
<td>Gonorrhée</td>
<td>30</td>
<td>40</td>
<td>29</td>
<td>135</td>
<td>138</td>
<td>141</td>
<td>1587</td>
<td>1720</td>
<td>1504</td>
<td>1103</td>
<td>1201</td>
<td>1017</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>19.30</td>
<td>25.80</td>
<td>18.70</td>
<td>21.70</td>
<td>22.20</td>
<td>22.70</td>
<td>19.60</td>
<td>21.30</td>
<td>18.60</td>
<td>19.70</td>
<td>21.50</td>
<td>18.20</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite B, aiguë</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>208</td>
<td>13</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.60</td>
<td>1.10</td>
<td>1.00</td>
<td>0.60</td>
<td>0.80</td>
<td>0.90</td>
<td>0.60</td>
<td>0.80</td>
<td>0.90</td>
<td>0.60</td>
<td>0.80</td>
<td>0.90</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite B, total déclarations</td>
<td>25</td>
<td>33</td>
<td>29</td>
<td>96</td>
<td>123</td>
<td>93</td>
<td>1408</td>
<td>1476</td>
<td>1346</td>
<td>966</td>
<td>997</td>
<td>943</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite C, aiguë</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>57</td>
<td>54</td>
<td>69</td>
<td>40</td>
<td>33</td>
<td>38</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite C, total déclarations</td>
<td>30</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>125</td>
<td>139</td>
<td>104</td>
<td>1667</td>
<td>1791</td>
<td>1614</td>
<td>1140</td>
<td>1211</td>
<td>1164</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à VIH</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>18</td>
<td>21</td>
<td>65</td>
<td>60</td>
<td>520</td>
<td>616</td>
<td>588</td>
<td>374</td>
<td>449</td>
<td>417</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.20</td>
<td>9.00</td>
<td>11.60</td>
<td>3.40</td>
<td>10.50</td>
<td>9.70</td>
<td>6.40</td>
<td>7.60</td>
<td>7.30</td>
<td>6.70</td>
<td>8.00</td>
<td>7.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Sida</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>119</td>
<td>78</td>
<td>127</td>
<td>52</td>
<td>58</td>
<td>78</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.20</td>
<td>0.20</td>
<td>1.30</td>
<td>1.50</td>
<td>1.00</td>
<td>1.60</td>
<td>0.90</td>
<td>1.00</td>
<td>1.40</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Syphilis</td>
<td>21</td>
<td>28</td>
<td>17</td>
<td>70</td>
<td>77</td>
<td>86</td>
<td>1101</td>
<td>1085</td>
<td>1033</td>
<td>730</td>
<td>750</td>
<td>712</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>13.50</td>
<td>18.00</td>
<td>11.00</td>
<td>11.30</td>
<td>12.40</td>
<td>13.80</td>
<td>13.60</td>
<td>13.40</td>
<td>12.80</td>
<td>13.10</td>
<td>13.40</td>
<td>12.70</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Brucellose</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>17</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.60</td>
<td>2.70</td>
<td>0.30</td>
<td>0.60</td>
<td>0.30</td>
<td>0.02</td>
<td>0.80</td>
<td>0.07</td>
<td>0.70</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chikungunya</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>22</td>
<td>26</td>
<td>15</td>
<td>158</td>
<td>159</td>
<td>61</td>
<td>96</td>
<td>112</td>
<td>49</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.90</td>
<td>3.20</td>
<td>3.20</td>
<td>3.50</td>
<td>4.20</td>
<td>4.20</td>
<td>2.00</td>
<td>2.00</td>
<td>0.80</td>
<td>1.70</td>
<td>2.00</td>
<td>0.90</td>
</tr>
<tr>
<td>Dengue</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>29</td>
<td>9</td>
<td>139</td>
<td>177</td>
<td>99</td>
<td>89</td>
<td>153</td>
<td>70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.30</td>
<td>5.20</td>
<td>1.30</td>
<td>2.10</td>
<td>4.70</td>
<td>1.40</td>
<td>1.70</td>
<td>2.20</td>
<td>1.20</td>
<td>1.60</td>
<td>2.70</td>
<td>1.20</td>
</tr>
<tr>
<td>Encéphalite à tiques</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fièvre du Nil occidental</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fièvre jaune</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fièvre Q</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.60</td>
<td>0.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.40</td>
<td>0.30</td>
<td>0.40</td>
<td>0.30</td>
<td>0.40</td>
<td>0.30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à Hantavirus</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Paludisme</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>52</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
<td>259</td>
<td>171</td>
<td>148</td>
<td>214</td>
<td>115</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.70</td>
<td>0.60</td>
<td>3.20</td>
<td>8.40</td>
<td>1.90</td>
<td>3.10</td>
<td>3.20</td>
<td>2.10</td>
<td>1.80</td>
<td>3.80</td>
<td>2.10</td>
<td>1.60</td>
</tr>
<tr>
<td>Trichinellose</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tularémie</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>20</td>
<td>39</td>
<td>31</td>
<td>13</td>
<td>21</td>
<td>23</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.30</td>
<td>0.20</td>
<td>0.50</td>
<td>0.20</td>
<td>0.50</td>
<td>0.40</td>
<td>0.20</td>
<td>0.40</td>
<td>0.40</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Autres déclarations</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Botulisme</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.01</td>
<td>0.01</td>
<td></td>
<td>0.02</td>
<td>0.02</td>
<td>0.02</td>
<td>0.02</td>
<td>0.02</td>
<td>0.02</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Maladie de Creutzfeldt-Jakob</td>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tétanos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 058 463 87 06
### Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu’au 05.09.2014 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thème</th>
<th>Semaine</th>
<th>N</th>
<th>N/10³</th>
<th>N</th>
<th>N/10³</th>
<th>N</th>
<th>N/10³</th>
<th>N</th>
<th>N/10³</th>
<th>Moyenne de 4 semaines</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Influenza</td>
<td>33</td>
<td>2</td>
<td>0.2</td>
<td>5</td>
<td>0.4</td>
<td>2</td>
<td>0.2</td>
<td>2</td>
<td>0.2</td>
<td>2.8 0.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Oreillons</td>
<td>34</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.3 0</td>
</tr>
<tr>
<td>Otite moyenne</td>
<td>35</td>
<td>21</td>
<td>1.9</td>
<td>24</td>
<td>1.8</td>
<td>23</td>
<td>1.8</td>
<td>21</td>
<td>2.1</td>
<td>22.3 1.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumonie</td>
<td>36</td>
<td>6</td>
<td>0.5</td>
<td>6</td>
<td>0.5</td>
<td>7</td>
<td>0.6</td>
<td>8</td>
<td>0.8</td>
<td>6.8 0.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Coqueluche</td>
<td></td>
<td>4</td>
<td>0.4</td>
<td>1</td>
<td>0.1</td>
<td>4</td>
<td>0.3</td>
<td>4</td>
<td>0.4</td>
<td>3.3 0.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastro-entérite aiguë</td>
<td></td>
<td>70</td>
<td>6.4</td>
<td>84</td>
<td>6.5</td>
<td>87</td>
<td>7.0</td>
<td>70</td>
<td>7.0</td>
<td>77.8 6.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins déclarants</td>
<td></td>
<td>127</td>
<td>148</td>
<td>152</td>
<td>122</td>
<td>137.3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Données provisoires
En 2013, 33 cliniques spécialisées en pédiatrie ont déclaré, dans le cadre de la Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU)\(^1\) et pour sept études en cours, 81 cas certains de maladies : 34 cas de coqueluche, 34 cas de kawasaki disease (à partir du 1.3.2014), neuf cas de paralysie flasque aiguë (indicateur de la surveillance de la poliomyélite), deux cas d’anomalies du cycle de l’urée et un cas de toxoplasmose congénitale. Il n’y avait pas de cas de rubéole congénitale ni d’encéphalite à mycoplasma pneumoniae (à partir du 1.7.2014).

1. GÉNÉRALITÉS SUR LA SPSU

La SPSU est un système de recensement national, existant depuis 1995 et géré conjointement par la Société suisse de pédiatrie (SSP) et l’Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il sert au recensement des pathologies pédiatriques rares et des complications rares des maladies les plus répandues chez les enfants de moins de 16 ans hospitalisés en Suisse. La SPSU est un système de déclaration actif, simple et flexible, qui exige un investissement minime et peu de travail de gestion et qui donne la possibilité de réagir rapidement dans des situations épidémiologiques particulières (Zimmermann et al., Soz Präventivmed 1995;40:392–5). Le but de la SPSU est de soutenir la recherche dans le domaine des maladies pédiatriques rares et de repérer les tendances épidémiologiques.

Il existe dans le monde dix autres systèmes de surveillance similaires : en Australie, Belgique, Allemagne, Angleterre, Irlande, Canada, Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, Portugal et au Pays de Galles; la collaboration et l’échange d’expériences s’effectuent dans le cadre de l’International Network of Paediatric Surveillance Units (INoPSU).


Les propositions d’études sont à adresser au président du comité de la SPSU, le Pr C. Rudin (médecin-chef, UKBB, Spitalstrasse 33, 4056 Bâle, christoph.rudin@unibas.ch). La description du système de recensement et les directives qui ré

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tableau 1</th>
<th>SPSU 2013 : aperçu des cas déclarés et pourcentage de retour des cartes de déclaration</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>PFA(^1) Rub. cong.(^2) UCD(^3) Toxo(^4) Coqueluche</td>
</tr>
<tr>
<td>Janvier</td>
<td>0       0       0       0       3       -       -         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Février</td>
<td>2       0       0       1       5       -       -         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Mars</td>
<td>1       0       0       1       3       6       -         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Avril</td>
<td>1       0       0       0       3       6       -         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Mai</td>
<td>0       0       0       0       5       6       -         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Juin</td>
<td>0       0       0       0       5       5       -         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Juillet</td>
<td>3       0       0       0       3       4       0         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Août</td>
<td>1       0       1       0       7       3       0         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Septembre</td>
<td>0       0       1       0       7       7       0         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Octobre</td>
<td>0       0       0       0       8       3       0         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Novembre</td>
<td>1       0       1       0       5       6       0         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Décembre</td>
<td>0       0       0       1       3       7       0         100</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>9       0       3       3       57      53      0         125</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Cas certains | 9       0       2       1       34      34      0       81 |
| Cas possibles | 0       0       0       0       15      7       0       22 |
| « Non cas »\(^*\) | 0       0       1       2       4       12      0       18 |
| Pas d’information | 0       0       0       0       4       0       0       4 |

\(\text{\footnotesize 1} \) Comité SPSU: C. Rudin, Bâle (président); V. Bernet, Zurich; K. Posfay Barbe, Genève; B. Laubscher, Neuchâtel; G. Simonetti, Berne; M. Mäusezahl, Berne; D. Beeli, Berne.

\(\text{\footnotesize 2} \) paralysie flasque aiguë, \(\text{\footnotesize 3} \) rubéole congénitale, \(\text{\footnotesize 4} \) anomalies du cycle de l’urée (urea cycle disorder), \(\text{\footnotesize 5} \) toxoplasmose congénitale, \(\text{\footnotesize 6} \) encéphalite à Mycoplasma pneumoniae. \(\text{\footnotesize *} \) y compris déclarations à double.
2. APERÇU GÉNÉRAL DE L’ANNÉE DE RECENSEMENT 2013

En 2013, comme les années précédentes, les 33 cliniques spécialisées en pédiatrie ont participé au recensement de la SPSU et toutes les cartes mensuelles de déclaration ont été retournées (tableau 1). 26 cliniques ont déclaré 125 cas donc 81 cas certains (65 %) et 18 (15 %) qui ne répondaient pas à la définition ou qui étaient des déclarations à double. Sept cliniques n’ont déclaré aucun cas. Le nombre de cas certains des études terminées et des études en cours est indiqué dans le tableau 2.

3. RESULTATS DES ÉTUDES EN COURS

3.1 Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA)

Contexte
En 1988, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) s’est fixé pour but d’éradiquer la poliomyélite afin de pouvoir, à long terme, arrêter complètement la vaccination. En Suisse, la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a été introduite dans la SPSU en 1995, en complément à la surveillance de la poliomyélite par le système de déclaration obligatoire. Elle constitue un élément de surveillance essentiel dans la perspective du programme de l’OMS d’éradication de la poliomyélite.

Pour évaluer la sensibilité de cette surveillance, l’OMS a défini deux indicateurs:

- le taux des cas de PFA recensés, qui devrait atteindre au moins 1/100 000 chez les enfants de moins de 15 ans ;
- le pourcentage de cas de PFA comportant deux examens de selles à la recherche du virus de la poliomyélite dans les 24 à 48 heures, qui devrait atteindre au moins 80%.

But de l’étude
L’étude a pour but de vérifier si les maladies dues au poliovirus ont véritablement disparu de Suisse. L’analyse des résultats cliniques et microbiologiques pour les cas aigus de paralysie flasque doit permettre de repérer ces maladies. Les infections dues au virus sauvage sont à distinguer de celles dues au virus vaccinal. Tout cas de PFA doit déclencher une recherche de virus [1].

L’étude vise à analyser les points suivants :

- l’incidence annuelle des cas de paralysie flasque aiguë chez les enfants en Suisse ;
- la présentation clinique et l’évolution ;
- la caractérisation microbiologique du type (virus sauvage ou virus vaccinal).

Définition des cas
Symptomatologie clinique chez un enfant de moins de 15 ans : apparition brutale d’une paralysie flasque touchant une ou plusieurs extrémités, avec affaiblissement ou absence du réflexe achilléen, ou apparition brutale d’une paralysie bulbaire.

Résultats
Les cas déclarés en 2013 et les résultats de la surveillance de la PFA depuis 1995 sont résumés dans les tableaux 3 et 4. Aucun cas de poliomyélite n’a été déclaré. Avec une incidence des cas de PFA déclarés de 0,7 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, les prescriptions...
de sensibilité de l’OMS ne sont pas satisfaits ; en outre, seuls un cas sur neuf était associé à au moins un examen de selles, ce qui ne suffit pas à garantir la qualité de la surveillance.

Pour la poliomyélite, la méthode diagnostique standard est la mise en évidence du virus dans les selles. Les coûts de cette surveillance sont pris en charge par l’OFSP. Les échantillons de selles sont envoyés au laboratoire national de référence pour la poliomyélite (Institut de microbiologie médicale, Petersplatz 10, 4003 Bâle). Etant donné la grande qualité des laboratoires suisses, l’examen d’un seul échantillon de selles est considéré comme suffisant. En cas de paralysie flasque aiguë, une analyse des selles est absolument indispensable, afin d’exclure une poliomyélite. Nous prions les cliniques de faire le nécessaire. Depuis 1988, de grands progrès ont été accomplis dans le monde en ce qui concerne l’éradication de la poliomyélite. L’un des grands défis de ces dernières années, outre la qualité de la surveillance épidémiologique, était d’atteindre et de conserver une couverture vaccinale homogène afin d’empêcher la circulation du virus dans la population.

En 2013, neuf pays ont déclaré au moins un cas du poliovirus sauvage. La poliomyélite est endémique dans trois pays (Afghanistan, Nigéria et Pakistan) ; ils n’ont pas encore réussi à éliminer la circulation des poliovirus autochtones de types 1 et 3, bien que la transmission y soit limitée à de petites zones géographiques. Dans les autres pays, toutes les flambées ont eu pour point de départ un poliovirus importé.

Le risque d’introduction d’un virus sauvage de la poliomyélite en Suisse subsiste. Toutefois, grâce aux efforts d’éradication mondiale, ce risque est très faible.

Conclusion
Avec 0,7 cas pour 100 000 enfants, l’incidence déclarée de la paralysie...
3.2 Rubéole congénitale

Contexte
La rubéole est généralement une maladie bénigne, à tout âge. Elle constitue cependant un problème de santé publique à cause du potentiel tératogène élevé du virus rubéoleux. Une infection rubéoleuse durant la première moitié de la grossesse, surtout pendant les 12 premières semaines, peut être d'extrême-mament rares ces dernières années, à l’exception de 2006. Depuis 1999, les médecins sont soumis à l’obligation de déclarer les infections rubéoleuses confirmées au laboratoire survenue durant la grossesse, ainsi que la rubéole congénitale. Depuis 2008, tous les cas de rubéole confirmés par un examen de laboratoire doivent être déclarés. De 2008 à 2013, un total de 40 cas (fourchette annuelle : 2–18) remplissant les critères cliniques et de laboratoire ont été déclarés, correspondant à une incidence annuelle de 0,3–2,3 cas par million d'habitants. L’âge médian était de 20 ans et 70% des cas déclarés étaient des femmes. Moins de 3% des cas étaient vaccinés, 70% n’étaient pas vaccinés et 27% avaient un statut vaccinal inconnu.

Une diminution du nombre d’hospitalisations pour cause de rubéole congénitale a aussi été observée suite à l’introduction de la vaccination. De 1977 à 1986, 45 hospitalisations (4,5 par année) ont été recensées par la statistique médicale VESKA complétée d’une enquête auprès des hôpitaux ne participant pas à la VESKA. De 1998 à 2012, la statistique médicale des hôpitaux de l’Office fédéral de la statistique n’en avait recensé plus que 3 (0,2 par année).

But de l’étude
Cette étude assure depuis 1995 le suivi de l’efficacité du programme de vaccination contre la rubéole. En particulier, elle suit l’évolution de la fréquence et des caractéristiques épidémiologiques (statut vaccinal, nationalité, âge de la mère, etc.) de cas de rubéole congénitale en vue d’améliorer de manière ciblée les efforts en matière de prévention.

Définition de cas (CDC [8])
Signes cliniques :
(A) Catarrhe / glaucome congénital, cardiopathie congénitale, troubles de l’ audition, rétinopathie pigmentaire ;
(B) Purpura, hépatosplénomégalie, ictere, microcéphalie, retard mental, méningo-encéphalite, lésions osseuses métaphysaires.

Critères de laboratoire :
(1) Isolement du virus ;
(2) Détection des IgM ;
(3) Persistence des IgG à une concentration supérieure ou d'une durée plus longue que celle attendue par le transfert passif des anticorps maternels.

*Cas possible* :
- Cas qui présente certains signes cliniques compatibles sans toutefois satisfaire aux critères d’un cas probable.

*Cas probable* :
- Présence de deux signes indiqués sous la lettre A) ou d’un signe cité sous A) et d’un signe cité sous B).

*Cas certain* :
- Cas compatible avec les signes cliniques, confirmé par le laboratoire (cas possible ou probable avec confirmation du laboratoire).

**Résultats**

En 2013, aucun cas de rubéole congénitale ou de rubéole en cours de grossesse n’a été déclaré à la SPSU ou par l’intermédiaire du système de déclaration obligatoire.


**Conclusion**

Suivez à la très forte baisse de l’incidence de la rubéole consécutive à l’introduction de la vaccination des jeunes enfants et au rattrapage chez les personnes non immunisées nées après 1963, plus aucun cas de SPC n’a été enregistré en Suisse depuis le milieu des années 1990. Des cas d’infection ou de suspicion d’infection durant la grossesse surviennent cependant encore sporadiquement, parmi lesquels les femmes d’origine étrangère sont surreprésentées. Il convient donc de renforcer la couverture vaccinale de la population ; en particulier, les gynécologues et les médecins généralistes devraient s’assurer que toute femme est vaccinée avant d’envisager une grossesse [1].

**Bibliographie**


**3.3 Anomalie du cycle de l’urée**

**Contexte**

Six enzymes et deux transporteurs membranaires participent à l’élimination de l’ammoniac via le cycle de l’urée. Selon les estimations, la prévalence des anomalies innées de ce cycle varie entre 1/350 000 et 1/14 000 nouveau-nés : déficit en carbamylphosphate synthétase 1 (env. 1/62 000 nouveau-nés), déficit en N-acétylglutamate synthase (prévalence inconnue), déficit en ornithine-transcarbamylase, dont des transmetteurs (env. 1/14 000), déficit en argininosuccinate synthétase (citrullinémie de type I, 1/57 000), déficit en argininosuccinate lyase (1/70 000), déficit en arginine 1 (1/350 000), déficit en transpor- teur mitochondrial d’aspartate/glutamate (citrullinémie de type II, 1/21 000 au Japon) et déficit en transporteur mitochondrial de l’ornithine 1 (syndrome d’hyperornithinémie-hyperammoniémie-homocitrullinurie, prévalence inconnue). Les chiffres indiqués pour la prévalence proviennent d’études américaines et japonaises, mais sont remis en question par une publication récente d’une coopération internationale, qui aboutit à des valeurs nettement inférieures [1]. La prévalence de ces maladies n’a pas encore été étudiée de manière systématique en Suisse.

Les patients porteurs d’une anomalie du cycle de l’urée présentent un risque accru de lésions cérébrales sévères et irréversibles. Chez la majorité d’entre eux, ces anomalies sont susceptibles d’entrainer des épisodes d’hyperammoniémie à répétition et, ainsi, une morbidité et une mortalité élevées. En Suisse, aucune des maladies citées n’est systématiquement dépistée chez les nouveau-nés.

L’étude prévoit le relevé des patients hospitalisés de moins de 16 ans qui présentent une anomalie congénitale du cycle de l’urée. Une étude identique est réalisée parallèlement en Allemagne et en Autriche chez les patients de moins de 18 ans.

**But de l’étude**

Le présent projet a pour but de déterminer l’incidence des anomalies du cycle de l’urée en Suisse, de déterminer la mortalité initiale des manifestations primaires, de mettre en place un registre central, de poser les bases nécessaires pour davantage sensibiliser au repérage des patients susceptibles d’être touchés, d’en savoir plus sur le mo-ment, l’ampleur des premières manifestations et de rechercher de nouvelles approches thérapeutiques.

**Définition de cas**

Dans le cadre de cette étude, sont considérés comme cas les patients hospitalisés :
- chez lesquels le diagnostic de base (acides aminés dans le plasma, c’est-à-dire mise en évidence d’argininosuccinat, taux plus élevé de citrulline ou d’arginine ; augmentation du taux d’acide orotique et d’orotidine dans l’urine) fait suspecter une anomalie du cycle de l’urée ; et/ou...
3.4 Toxoplasmosose congénitale symptomatic

Contexte
Le thème de la toxoplasmose congénitale symptomatique a été réinscrit au programme de la SPSU en 2009, après que l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) eut officiellement recommandé d’interrompre le dépistage de cette maladie pendant la grossesse. Cette surveillance a pour but de montrer que ce changement de paradigme – l’abandon du dépistage – n’entre pas d’augmentation de la toxoplasmose congénitale symptomatique. Les chiffres de référence sont tirés de la surveillance identique de la SPSU réalisée de 1995 à 1998 par le Pr Ch. Kind : à l’époque, quinze cas de toxoplasmose avaient été déclarés, soit quatre par an. Paediastrica, la revue de la Société suisse de pédiatrie, avait en outre publié des recommandations destinées à aider les pédiatres à bien relever ces cas [1].

Seuls quatre cas de toxoplasmose congénitale symptomatique ont été relevés entre 2009 et décembre 2012. Dans deux d’entre eux, l’infection récente de la mère avait déjà été diagnostiquée par des examens de dépistage et, dans le troisième, par des analyses pratiquées chez une femme symptomatique pendant la grossesse. Le dépistage n’étant plus remboursé par les caisses-maladie depuis janvier 2014, on peut s’attendre à ce que la majorité des femmes enceintes ne subissent plus ces examens. Il est donc prévu de prolonger encore une fois le projet SPSU de deux à trois ans.

But de l’étude
Surveillance de l’incidence de la toxoplasmose congénitale symptomatique après l’abandon des examens de dépistage de cette maladie pendant la grossesse.

Le troisième enfant répond aux critères pour le diagnostic de laboratoire : le LCR, il avait un taux d’albumine élevé et un taux de protéines nettement inférieur à la prévalence supposée jusqu’alors.

Résultats
Trois déclarations d’enfants présentant une toxoplasmose congénitale symptomatique nous sont parvenues pendant l’année 2013. Les deux premières concernaient le même enfant, qui, dans le cadre du suivi, s’est avéré ne pas être lui-même infecté. Selon l’anamnèse, la mère avait eu une toxoplasmose aiguë pendant la grossesse.

Le troisième enfant répond aux critères : on avait diagnostiqué chez lui, quelques jours avant la naissance, une hydrocéphalie et un hydramnios. Il était né par césarienne après la rupture prématurée des membranes à la 37e semaine de grossesse. Dans le LCR, il avait un taux d’albumine élevé

Convulsions néonatales sans autre étiologie, hydrocéphalie, microcéphalie, calcifications intracrâniennes, augmentation nette de la teneur en protéines du LCR ;

chlorotérité ;

symptômes généraux durant les quatre premières semaines de vie : hépatospéniémie, anémie, thrombopénie (infection congénitale) ; autres signes cliniques généraux d’infection sans mise en évidence d’un autre germe.

Laboratoire : Confirme

Mise en évidence de l’agent pathogène (PCR, isolement) dans le sang ou un autre fluide corporel durant les six premiers mois de vie ;

IgM ou anticorps IgA spécifiques dans les six premiers mois de vie ;

persistance d’une sérologie positive (IgG) jusqu’à l’âge de 12 mois.

Vraisemblable

titre des IgG élevé (> 200 UI/ml) dans le sang du cordon ou durant les six premiers mois de vie ;

IgM ou IgA spécifiques dans le sang du cordon ;

IgM spécifiques entre 6 et 12 mois sans sérologie antérieure.

Possible

Autres résultats de laboratoire compatibles avec le diagnostic chez un enfant symptomatique.

Résultats
Trois déclarations d’enfants présentant une toxoplasmose congénitale symptomatique nous sont parvenues pendant l’année 2013. Les deux premières concernaient le même enfant, qui, dans le cadre du suivi, s’est avéré ne pas être lui-même infecté. Selon l’anamnèse, la mère avait eu une toxoplasmose aiguë pendant la grossesse.

Le troisième enfant répond aux critères : on avait diagnostiqué chez lui, quelques jours avant la naissance, une hydrocéphalie et un hydramnios. Il était né par césarienne après la rupture prématurée des membranes à la 37e semaine de grossesse. Dans le LCR, il avait un taux d’albumine élevé

Convulsions néonatales sans autre étiologie, hydrocéphalie, microcéphalie, calcifications intracrâniennes, augmentation nette de la teneur en protéines du LCR ;

chlorotérité ;

symptômes généraux durant les quatre premières semaines de vie : hépatospéniémie, anémie, thrombopénie (infection congénitale) ; autres signes cliniques généraux d’infection sans mise en évidence d’un autre germe.

Laboratoire : Confirme

Mise en évidence de l’agent pathogène (PCR, isolement) dans le sang ou un autre fluide corporel durant les six premiers mois de vie ;

IgM ou anticorps IgA spécifiques dans les six premiers mois de vie ;

persistance d’une sérologie positive (IgG) jusqu’à l’âge de 12 mois.

Vraisemblable

titre des IgG élevé (> 200 UI/ml) dans le sang du cordon ou durant les six premiers mois de vie ;

IgM ou IgA spécifiques dans le sang du cordon ;

IgM spécifiques entre 6 et 12 mois sans sérologie antérieure.

Possible

Autres résultats de laboratoire compatibles avec le diagnostic chez un enfant symptomatique.
et une PCR positive pour la toxoplasmose à la naissance et à 1 mois. On avait dû lui poser un réservoir de Ric- kham bilatéral. Il présentait en outre des cicatrices de chorioîdite bilatérale. Enfin, une analyse sérolo-
gique effectuée sur le sérum du 4e mois de grossesse, qui avait été conservé, a confirmé la séroconver-
sion à la mère (présence d’anti-
corps anti-IgM spécifiques et ab-
sence d’anticorps anti-IgG).

Au total, seuls cinq cas de toxo-
plasme congénitale symptomat-
tique répondant aux critères d’inclu-
sion ont été déclarés entre juin 2009 et 
fin 2013 dans le cadre de la sur-
veillance de cette maladie.

Enfin, nous avons eu à nouveau connaissance d’un enfant ayant pré-
senté une toxoplasmose intra-uté-
rine sévère, confirmée à l’autopsie, qui avait mené à la mort du fœtus in

**Conclusion**

Il n’y a donc toujours aucune raison de remettre en question le change-
ment de paradigme relatif au dépis-
tage de la toxoplasmose durant la 
grossesse. Depuis, nous n’avons relevé, en moyenne annuelle, qu’un seul enfant présentant une toxo-
plasme congénitale symptomatique.

**Direction de l’étude**
P. méd. Christoph Rudin, hôpital pour enfants des deux Bâle, UKBB, 
Spitalstrasse 33, 4056 Bâle, christoph.rudin@unibas.ch

**Codirection de l’étude**
P. méd. Christian Kind, Spécialiste 
FMH en pédiatrie / Formation appro-
chée en néonatalogie, 9012 Saint-
Gall, christian.kind@bluewin.ch

D. méd. Ekkehardt Altpeter, MPH, 
Office fédéral de la santé publique, 
division Maladies transmissibles, 
3003 Berne, ekkehardt.altpeter@ 
bag.admin.ch

**Bibliographie**

1. Vaudoix B, Rudin C, Ferry T, Kind C. 
Paediatrica 2010;21(5):70-3.

### 3.5 Coqueluche

**Contexte**

La coqueluche a été recensée une première fois dans le système de 
déclaration SPSU d’avril 2006 à 
mars 2010 [1]. Cette surveillance a 
é été réintroduite en janvier 2013, 
suite à de nouvelles recommanda-
tions de vaccination pour les nour-
rissants fréquentant une structure 
d’accueil collectif, les femmes en-
ceintes et les adolescents [2], ainsi 
qu’à la forte augmentation des 
déclarations observées par Senti-
nelle à partir de 2010 [3].

**But de l’étude**

Le but visé consiste à décrire la fré-
quence des hospitalisations pédia-
triqees associées à la coqueluche, 
les caractéristiques des patients, 
la maladie, la prise en charge des 
patients et les sources d’infection. 
Toutes les hospitalisations d’en-
fants de moins de 16 ans qui pré-
sentent un diagnostic clinique de 
coqueluche doivent être décla-
rées.

**Définition de cas**

**Cas clinique** :

symptômes cliniques compatibles 
avec une coqueluche, c’est-à-dire :

a) une toux persistante pendant au 
moins 14 jours, avec au moins un 
des symptômes suivants sans autre 
raison clairement identi-
fiable: quintes de toux, « reprise » 
inspiratoire (cognage), vomisse-
ments post-tussifs, ou

b) apnées chez les nourrissons (< 1 
an), indépendamment de la pré-
sence de toux et de sa durée. 

**Critères de laboratoire** :

1) detection de Bordetella pertussis 
ou de B. parapertussis par PCR, ou

2) culture de Bordetella pertussis 
or B. parapertussis ou

3) mise en évidence d’anticorps 
specifiques de Bordetella 
pertussis ou de B. parapertussis 
pserologie.

**Cas possible** :

cas clinique.

**Cas probable** :

cas clinique avec un lien epidemiolo-
gique avec un cas certain (c’est-à-
dire contact avec un cas certain 
dans les 4–21 jours précédant le 
debut de la maladie chez le cas).

**Cas certain** :

cas clinique remplissant le critère de 
laboratoire.

**Résultats**

En 2013, 57 cas pédiatriques de 
coqueluche ont été signalés. On dis-
pose d’une déclaration détaillée 
pour 53 (93 %) d’entre eux. Parmi 
ces derniers, quatre cas ont été 
écartés : trois parce qu’ils n’avaient 
 pas passé au moins une nuit à l’hôpi-
tal et un parce qu’il était domicilié en 
France. Les 49 cas restants étaient 
tous confirmés par un examen de 
laboratoire, soit au moyen d’une 
détection par PCR (polymerase 
chain reaction) de Bordetella 
pertussis (44 cas dont 2x Bordetella 
spp) soit par culture (5x Bordetella 
pertussis dont un aussi détecté par 
PCR et 1x Bordetella parapertussis).

Notons toutefois que 15 cas 
(31 %) ne remplissaient pas la défi-
nition clinique du cas parce que 
de la durée finale de la toux était 
incon nue (onze cas) ou inférieure à 14 
jours (quatre cas). Dans onze cas,
 cela était dû au fait que le patient 
toussait encore lorsque cette infor-
mation a été documentée. De plus,
 un patient avec une toux d’une du-
rée inconnue ne présentait aucun 
des trois autres symptômes carac-
téristiques d’une coqueluche. Ces 
15 cas confirmés au laboratoire 
ne remplissaient pas complètement 
de la définition clinique du cas ont été 
classés comme des cas possibles 
dans le tableau 1.

Nous avons néanmoins retenu 
tous les cas confirmés au laboratoire 
(49 cas) pour les analyses, indépen-
damment de leur statut clinique. Par 
rapport à la moyenne annuelle enre-
gistrée entre 2006 et 2010 (32 cas), 
de nombre d’enfants hospitalisés 
avec une coqueluche confirmée a 
fortement augmenté en 2013 (+ 
53 %), à l’image de ce qui a été ob-
servé dans la surveillance Sentinel 
nes des cas cliniques ambulatoires.

La durée moyenne d’hospitalisa-
tion totale des 49 cas confirmés 
était de 8,8 jours (fourchette: 1–45 
jours). En moyenne, les patients 
hébergés 9,6 jours après le 
debut des symptômes (fourchette: 
1–36 jours) et 9 jours après le début 
de la toux (médiane: 8 et 7 jours res-
pectivement). Trois enfants ont été 
 hospitalisés après une première 
sorte. Six enfants (12 %) ont séjou-
ré en soins intensifs pour une durée 
moyenne de 15 jours (de 7 à 39 
jours). Six enfants (12 %) ont néces-
sité une assistance respiratoire, 
doing un par CPAP (continuous 
positive air-way pressure) durant 12 
jours, sur une hospitalisation totale.
de 45 jours, et aucun par intubation. 46 patients (94 %) ont été traités par antibiotique, dont 32 (70 %) à la clarithromycine et 14 (30 %) à l’azithromycine.

Les caractéristiques des cas confirmés au laboratoire figurent dans le tableau 5. L’âge médian à l’apparition des premiers symptômes était de 2,3 mois (de 22 jours à 15,8 ans) et près de la moitié des patients (43 %) n’avait pas atteint l’âge de vaccination de 2 mois. Sept patients (14 %) ont présenté une complication : pneumonie (n=3), convulsions cérébrales (n=2), syncope après quintes de toux (n=1) et angoisse sévère après quintes de toux (n=1). Aucun décès n’est à déplorer. Un cas de co-infection par le virus respiratoire syncytial a été relevé. Parmi les 44 cas pour lesquels la nationalité était connue, 16 (36 %) étaient des étrangers. Parmi les 47 cas pour lesquels le canton de domicile était connu, 39 (83 %) habitaient en Suisse alémanique contre 8 (17 %) en Suisse latine, ce qui correspond à un taux d’hospitalisation de respectivement 4,4 et 2 pour 100 000 enfants de moins de 16 ans.

Au cours des 3 semaines qui ont précédé la maladie, 39 patients (80 %) ont eu un contact avéré avec au moins une personne (60 au total) présentant une toux pouvant évoquer une coqueluche. L’anamnèse révèle que parmi eux, 31 patients (79 %) ont été contaminés par leurs parents et/ou leur fratrie (parents : 69 %, fratrie : 36 %). Parmi les autres contacts, relevons quatre tantes et oncles, deux grands-parents et une cousine. De plus, deux transmissions nosocomiales ont été rapportées. L’âge médian était de 19 ans pour les 34 contacts, y compris contacts multiples, dont l’âge était connu (fourchette : 2 mois à 39 ans). Sur 28 contacts pour lesquels nous disposons des informations, sept (25 %) avaient une coqueluche confirmée au laboratoire.

Conclusion

L’augmentation du nombre d’enfants hospitalisés avec une coqueluche en 2013 par rapport à l’enquête précédente confirme la recrudescence de la coqueluche observée récemment par Sentinella dans la population générale. Les ré-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tableau 5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SPSU 2013 : Caractéristiques des cas déclarés de coqueluche confirmés par PCR</td>
</tr>
<tr>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sexe</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>masculin</td>
</tr>
<tr>
<td>féminin</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Age lors de l’entrée à l’hôpital</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>0–1 mois</td>
</tr>
<tr>
<td>2–3 mois</td>
</tr>
<tr>
<td>4–5 mois</td>
</tr>
<tr>
<td>6–11 mois</td>
</tr>
<tr>
<td>12–23 mois</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 24 mois</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Durée totale de l’hospitalisation</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1–3 jours</td>
</tr>
<tr>
<td>4–7 jours</td>
</tr>
<tr>
<td>8–14 jours</td>
</tr>
<tr>
<td>15–21 jours</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 21 jours</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Source d’infection probable</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>parents</td>
</tr>
<tr>
<td>parents et frères et sœurs</td>
</tr>
<tr>
<td>frères et sœurs</td>
</tr>
<tr>
<td>Autres*</td>
</tr>
<tr>
<td>inconnue</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Symptômes</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>accès de toux</td>
</tr>
<tr>
<td>stridor inspiratoire</td>
</tr>
<tr>
<td>cyanose</td>
</tr>
<tr>
<td>difficultés respiratoires</td>
</tr>
<tr>
<td>apnée</td>
</tr>
<tr>
<td>vomissements après accès de toux</td>
</tr>
<tr>
<td>troubles du sommeil</td>
</tr>
<tr>
<td>fièvre</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Complications</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>pneumonie</td>
</tr>
<tr>
<td>convulsion</td>
</tr>
<tr>
<td>syncope</td>
</tr>
<tr>
<td>angoisse sévère</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Statut vaccinal des patients de 2–6 mois à l’admission (n=22)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>0 dose</td>
</tr>
<tr>
<td>1 ou 2 doses</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 3 doses</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Statut vaccinal des patients &gt; 6 mois à l’admission (n=6)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>0 dose</td>
</tr>
<tr>
<td>1 ou 2 doses</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 3 doses</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Les cas avec expositions multiples impliquant un parent, un frère ou une sœur et un autre contact extrafamilial ne sont pas comptabilisés une nouvelle fois ici.
sultats de cette étude formeront l’une des bases d’évaluation des recommandations en matière de vaccination contre la coqueluche par la Commission fédérale pour les vaccinations.

**Direction de l’étude**
D’ phil. Jean-Luc Richard, Office fédéral de la santé publique, Division Maladies transmissibles, 3003 Berne, jean-luc.richard@bag.admin.ch

P’ méd. Ulrich Heining, hôpital pour enfants des deux Bâle, UKBB, Spitalstrasse 33, 4056 Bâle, ulrich.heining@unibas.ch

**Bibliographie**

**3.6 Maladie de Kawasaki**

**Contexte**

**But de l’étude**
Les buts de l’étude sont de caractériser l’épidémiologie de la maladie de Kawasaki en Suisse, de décrire sa présentation clinique, la durée entre la présentation et le diagnostic, d’évaluer le type et la durée du traitement et de déterminer le suivi des enfants avec maladie de Kawasaki en Suisse. L’évaluation de l’évolution à court et moyen termes (1 et 5 ans) de la maladie de Kawasaki est également un des buts de cette étude.

**Définition des cas**
Tout nourrisson ou enfant jusqu’à 16 ans + 364 jours auquel le diagnostic de maladie de Kawasaki a été posé par le médecin traitant, qu’elle soit complète ou incomplète.

**Définition de la maladie de Kawasaki complète :**
• Fièvre de 5 jours ou plus
• Associée aux 4 symptômes suivants :
  - Conjonctivite
  - Bilatérale, bulbaire, non suppurative
  - Adénopathie
  - Cervicale, > 1,5 cm, non purulente
• Eruption cutanée
  - Exanthème polymorphe
• Lèvres, muqueuses
  - Lèvres rouges, craquelées, langue framboisée, érythème muqueuses orales et pharyngées
• Changements des extrémités
  - Stade initial : érythème, œdèmes des paumes des mains et plantes des pieds
  - Stade convalescent : desquamation paumes et plantes

**Définition de la maladie de Kawasaki incomplète :**
• Fièvre de 5 jours ou plus
• Associée à
• Moins de 4 symptômes décrits ci-dessus :
• Évidence d’une inflammation systémique au test de laboratoire et
• Échocardiographie positive

**Résultats**
L’étude a débuté le 1 février 2013. 53 cas ont été recensés pour 2013. Dans la majorité des cas, il s’agissait d’une forme complète. L’âge moyen était de 3,6 années (3 mois–15 ans). La diagnostic a été posé le plus fréquemment durant les mois de mars à mai et de septembre à décembre. 17 enfants avaient des lésions coronariennes lors du diagnostic. Tous les enfants ont bénéficié d’un traitement d’immunoglobulines et d’Aspirine.

**Conclusion**
Il est trop tôt pour tirer des conclusions significatives car l’étude a uniquement porté sur 11 mois.

**Direction de l’étude**
PD D’ méd. Nicole Sekarski, CHUV, Unité de Cardiologie Pédiatrique, Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, nicole.sekarski@chuv.ch

**Bibliographie :**
8. Melish ME, Takahashi M, Shulan ST, et al. Comparison of low-dose aspirin versus high-dose aspirin as an ad-
12. Holman RC, Cums AT, Belay ED, Stei-
ner CA, Schonberger LB. Kawasaki syndrome hospitalisations in the Uni-
15. Stockheim A, Mayon-White R, Perera R, Yeates D, Goldacre M, Burgner D. Ka-

3.7 Encéphalite à Mycoplasma pneumonia

Contexte
Mycoplasma pneumoniae est l’un des agents pathogènes des voies aériennes supérieures et inférieures les plus fréquemment rencontrés chez les enfants [1]. Il constitue en particulier, après Streptococcus pneumoniae, la cause la plus fré-
quente des pneumonies bacté-
riennes acquises dans la communau-
té, et il est responsable de 40 % des hospitalisations dans ce contexte. Les manifestations extrapul-
nomaires dues à M. pneumoniae ne sont pas rares et peuvent toucher prati-
quement tous les organes. L’encé-
phalite est l’une des plus fréquentes et des plus graves. M. pneumoniae

est retrouvé dans 5 à 10 % des encé-
phalites et laisse des séquelles dans près de 60 % des cas [2]. Les symp-
tômes neurologiques centraux peuvent soit se manifester avec une
latence variable après l’apparition des symptômes respiratoires, soit rester isolés (sans signes respiratoires).

Le diagnostic d’infection à M. pneumoniae repose sur la sérologie et/ou la PCR (p. ex. prélèvement pha-
rynge ou lavage alvéolaire) [3, 4]. Tout-
efois, une étude actuelle a montré qu’une seule sérologie (IgM, IgG et IgA) et une PCR ne pouvaient pas
faire la différence entre colonisation et infection par M. pneumoniae [5]. Ce constat est aussi dé-terminant
pour l’encéphalite, pour laquelle ces analyses confirment souvent la res-
ponsabilité de M. pneumoniae. A
l’heure actuelle, on recommande de demander une PCR sur le LCR et/ou
une synthèse intrathécale d’anti-
corps pour pouvoir affirmer avec cer-
tude que l’encéphalite est en lien avec une infection à M. pneumoniae [6, 7].

De nombreux cas sont rapportés, mais peu de preuves existent quant à
la pathogénese de l’encéphalite à M. pneumoniae, qui pourrait être provo-
quée par la dissémination extrapul-
monaire de l’agent pathogène et/ou à des réactions auto-immunes [8]. Deux faits
étaient ces dernier mécanisme : la
PCR met rarement en évidence l’agent pathogène dans le LCR (dans
0 à 14 % des cas seulement) et l’ap-
parition de l’encéphalite est précé-
dée de symptômes respiratoires (au moins cinq à sept jours avant) [7].

Cette hypothèse est confortée par
la mise en évidence intrathécale d’an-
ticorps croisés contre le galactocéré-
broside C (GalC) chez 38 % (8/21) des
patients atteints d’encéphalite à M. pneumoniae [9]. GalC est un compos-
sant glycolipidique de la myéline. On a pu prouver chez des patients pré-
sentant un syndrome de Guillain-Bar-
ré que le mimétisme macromolécu-
laire existant entre les glycolipides de la membrane cellulaires de M. pneumoniae et GalC est responsable de
la réactivité croisée des anticorps.
Le traitement recommandé dans la
pneumonie à M. pneumoniae chez l’enfant repose sur les macrolides [3, 4], mais les tétracyclines peuvent
aussi être administrées à partir de 8
ans. On ne dispose pas encore de
données sur l’efficacité de ces anti-
biotiques sur les symptômes neuro-
logiques centraux [2], d’autant que
les macrolides ne pénètrent pratique-
ment pas dans le système nerveux
central. Il n’existe par conséquent pas d’études sur les traitements immu-
nomodulateurs (corticostéroïdes et/
ou immunoglobulines) dans l’encé-
phalite à M. pneumoniae.

But de l’étude
Depuis le 1er juillet 2013, l’étude re-
cense, dans le cadre de la SPSU, les encéphalites associées à une infec-
tion à M. pneumoniae chez les en-
phants de moins de 16 ans. Elle cherche principalement à déterminer la fré-
quence et la présentation de la maladie (clinique, caractérisation micro-
biologique et immunologique, évolution).

Définition des cas

Tableau clinique :
(A) encéphalopathie (troubles de la
conscience >24 h avec létargie, irritabilité ou altération de la per-
sonnalité);
(B) ≥2 critères suivants : fièvre, convulsions fébriles, crises neu-
rologiques focales, pléiocytose rachidienne, EEG compatible
avec une encéphalite, anomalies à l’IRM et/ou au scanner.

Critères biologiques :
(1) mise en évidence de M. pneumoniae dans le LCR par PCR
et/ou synthèse intrathécale d’an-
ticorps ;
(2) mise en évidence de M. pneumoniae par PCR dans un
prélèvement pharyngé, BAL, etc., ;
(3) sérologie de M. pneumoniae avec séroconversion ou évolution
des titres.

Cas certain :
A+B+1
Cas probable :
A+B+2+3
Cas possible :
A+B+2 ou A+B+3

Résultats
Aucune encéphalite à M. pneumoniae
n’a été signalée à la SPSU pendant le
second semestre 2013.

Conclusion
Les infections à M. pneumoniae
se manifestent de façon cyclique par

**Direction de l’étude**

D’après. Patrick Meyer Sauteur, Universités-Kinderklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich, Patrick.Meyer@kisp.uzh.ch

**Bibliographie**


4. INTERNATIONAL


Une série de publications (par ordre chronologique) illustre les activités et les résultats de l’INOPSU :


5. PUBLICATIONS ET CONTRIBUTIONS À DES CONGRÈS D’ÉTUDES :


- Rudin C. The Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) : Highlights of 15 years of operation, oral presentation at the fPmH conference. September 1–2, 2011, Montreux, Switzerland.

- Mühlhäuser B, Beeli D, Ehr A, Hoh M and the SPSU committee, The Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) : Highlights of 15 years of operation, poster presentation at the fPmH conference. September 1–2, 2011, Montreux, Switzerland.


- Rudin Ch, Schmid H, Burnens AP, Bianchetti MG and the Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) : Epidemiologie des hämolytisch-urämischen

Comité de la SPSU
Office fédéral de la santé publique
Division Maladies transmissibles

6. REMERCIEMENTS

Nous remercions les médecins des hôpitaux participants pour leur coopération:
