

## Belgique

### Maladie de Lyme – La reconnaître et s'en protéger

La maladie de Lyme est une maladie infectieuse causée par des bactéries (*Borrelia sp*) inoculées à l'homme par la morsure de tiques (du genre *Ixodes ricinus*) lorsque celles-ci sont porteuses. Actuellement, il s'agit de la maladie à transmission vectorielle la plus répandue dans les régions tempérées ; cependant, elle n'est pas en recrudescence dans nos régions. Cette pathologie est caractérisée par la présence d'un érythème migrant (65 % des cas) ; rarement, des formes chroniques peuvent apparaître sous forme de manifestations neurologiques, articulaires, cardiaques,...

Au vu de l'attention accrue des médias ces dernières semaines quant à cette problématique, différents experts se sont penchés sur la question et ont émis des recommandations scientifiques concernant le diagnostic, le traitement, la surveillance. De plus, la saison estivale et ses activités extérieures correspondant également à la période d'activité et d'abondance des tiques, voici quelques éléments de rappel :

#### Transmission :

Une tique porteuse ne transmet pas nécessairement la bactérie : les morsures de tique ne sont donc pas toutes infectantes. Pour contaminer l'hôte, la tique porteuse doit rester accrochée entre 12 et 24 heures, le risque d'infection augmentant au plus la durée est importante. De plus, une personne contaminée par la bactérie suite à une morsure de tique ne développe pas forcément la maladie. L'infection ne se transmet pas de personne à personne, ni par morsure d'autres types d'insectes, ni par d'autres animaux. L'immunité conférée n'est pas protectrice, il est donc possible d'être infecté plusieurs fois.

#### Diagnostic et prise en charge :

Il repose avant tout sur l'anamnèse (ex. : risque d'exposition, morsure de tiques, ...) et la clinique (présence d'un érythème migrant). En cas de doute ou de présentation sévère, un diagnostic sérologique est requis. Les anticorps apparaissent dès la 3<sup>ème</sup> semaine. 2 prélèvements distants de minimum 3 semaines sont nécessaires pour attester d'une infection active. La présence d'anticorps anti-Borrelia ne signifie pas nécessairement la présence d'une infection active. En effet, de 4 à 20% de la population en Europe occidentale ont des anticorps détectables, le plus probablement dus à une infection ancienne.

Au cours des 6 semaines qui suivent une morsure de tique, le patient doit suivre l'apparition éventuelle de symptômes (érythème migrant) ; si celui-ci apparaît, le patient doit être mis sous traitement antibiotique selon les recommandations de la [Bapcop](#).

#### Prévention :

La prévention de cette maladie repose sur une meilleure connaissance de la maladie, la sensibilisation des groupes particulièrement à risque, la protection individuelle pour diminuer au maximum l'exposition aux tiques (port de vêtements couvrants au niveau des jambes, des bras et du cou et utilisation de produits répulsifs lors de promenades ou de travaux en forêt) et enfin sur la reconnaissance rapide de morsure et des premiers signes cliniques. L'inspection après une exposition éventuelle aux tiques est une étape capitale. La recherche de la tique doit se faire sur tout le corps en insistant sur les zones de plis, la tête, derrière les oreilles et le cou en particulier chez les enfants.

Vous trouverez plus d'informations pour les professionnels [ici](#) et pour le grand public dans le [FAQ](#) et la [fiche Lyme](#) du WIV-ISP.

### Burkholderia – Impact de l'utilisation d'un savon liquide contaminé dans les hôpitaux en Belgique

A partir du 27 août 2013, un lot de savon liquide contaminé par *Burkholderia cepacia*, a été livré dans 37 établissements de soins en Belgique, savon utilisé en milieu hospitalier pour l'hygiène corporelle et pour l'hygiène des mains du personnel. Cette bactérie Gram-négatif provoque le plus souvent des pneumonies chez les patients présentant des pathologies sous-jacentes telles que la mucoviscidose. Des antiseptiques et savons peuvent être contaminés par *B. cepacia* lors du processus de fabrication ou de transport et donner lieu à des colonisations/infections en milieu hospitalier. L'alerte fut donnée par un hôpital de la province de Liège qui, entre le 30 septembre et le 2 décembre 2013, mit en évidence 14 cas de patients infectés/colonisés par *B. cepacia* et retrouva ce même germe dans le lot de savon liquide. Par la suite, deux autres établissements ont également rapporté des cas. Le fabricant ainsi que les différentes autorités ont été informés de l'incident. Le 6 décembre 2013, le lot de savon contaminé était retiré de tous les établissements de soins où il avait été fourni. Tous les hôpitaux belges furent informés de l'incident et une enquête épidémiologique et microbiologique nationale a été menée par le WIV-ISP. Cette enquête a révélé que dans 14 des 37 sites hospitaliers ayant utilisé le savon contaminé, *Burkholderia* avait été isolé chez 31 patients (dont 2 atteints de mucoviscidose). L'incidence de *Burkholderia* isolé à partir d'échantillons cliniques (patients avec mucoviscidose exclus) était plus élevée dans les sites hospitaliers exposés au savon contaminé (0.19 cas/10.000 journées d'hospitalisation) que dans les sites hospitaliers non exposés (0.08 cas/10.000). En raison du délai (15 semaines) entre le moment de la livraison et du rappel du savon contaminé, seul un nombre restreint de souches de *Burkholderia* isolées dans les laboratoires étaient encore disponibles. Parmi les 29 cas rapportés (patients avec mucoviscidose exclus) par les sites hospitaliers exposés, 8 cas ont été microbiologiquement confirmés (même clone de *Burkholderia* et même type-MLST: ST864), 18 cas sont potentiellement liés au savon contaminé et 3 cas n'ont aucun lien avec le savon (autre type de *Burkholderia*, autre type-MLST).

Vous trouverez plus d'informations dans le [rapport final](#) qui se trouve sur le site du [Programme de surveillance des Infections liées aux soins](#)

## International

### Chikungunya – l'épidémie continue aux Caraïbes

Débutée fin novembre 2013 sur l'île de Saint Martin, l'épidémie de chikungunya aux Caraïbes est toujours en expansion et touche actuellement toutes les îles des Caraïbes et certains pays de l'Amérique centrale. Jusqu'à présent, près de 180 000 cas probables et confirmés et au moins 19 morts ont été reportés dans la région. Toutefois, ces chiffres peuvent être sous-estimés en raison de la difficulté du diagnostic dans certains pays. Haïti et la République dominicaine sont particulièrement touchés et d'autres pays se rajoutent à la liste de pays impliqués, tel que le Costa Rica qui a signalé un premier cas autochtone confirmé en juin 2014 et El Salvador a également signalé un premier cas autochtone (en attente de confirmation par le CDC). La population naïve, la présence d'un vecteur efficace dans la région et la circulation des personnes dans et entre les îles et le continent Américain sont des facteurs influençant la persistance de l'épidémie et sa propagation géographique. En Belgique, il faut rester vigilant quant à la survenue de cas importés de chikungunya chez les touristes revenant de zones touchées par cette épidémie et qui présentent de la fièvre.

Vous trouverez plus d'informations dans le [Rapid Risk Assessment](#) de l'ECDC et le [Centre National de Référence](#)