

Belgique

Brucellose – Clusters de cas de brucellose, originaires de l'Italie

Chaque année, quelques rares cas de brucellose sont diagnostiqués en Belgique et excepté deux cas autochtones en 2012, les infections sont liées à un séjour en zone endémique. En juin et juillet 2015, le [Centre National de Référence](#) de la brucellose a confirmé la maladie chez 5 patients, après un retour de vacances en Italie. Trois personnes de la même famille ont été infectées dans la région de Salerno, probablement par la consommation de fromage de chèvre au lait cru. Deux autres personnes (un couple) ont été infectées en Sicile, où la source de contamination suspectée était également la consommation de fromage de chèvre frais. L'espèce impliquée était le *Brucella melitensis*, espèce la plus souvent retrouvée en cas de brucellose humaine, et la plus répandue chez les ovins/caprins. Ces foyers confirment que la brucellose reste endémique dans les pays du bassin Méditerranéen (Grèce, Italie, Espagne, Portugal, Turquie), qui sont des destinations touristiques appréciées par les Belges. Il convient donc de penser à cette maladie en termes de diagnostic différentiel en cas de symptômes compatibles chez des personnes revenant d'un voyage dans un pays de cette région. Vous trouverez plus d'infos sur la brucellose [ici](#).

Invitations - Symposiums

Le 17 novembre 2015, la Plate-forme régionale d'Hygiène Hospitalière des provinces Namur-Luxembourg organise un Symposium à l'Espace Léonard de Vinci du Centre Hospitalier Régional de Namur. Il touchera, entre autres, des sujets tels que la gestion de crise en Belgique, les aspects médico-légaux des infections liées aux soins et le MERS-CoV. Pour plus d'informations, un courriel peut être envoyé à christine.laurent@chr-namur.be pour le **9 novembre** au plus tard.

Le 8 décembre 2015, le service d'Epidémiologie des maladies infectieuses de l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP) organise le 11^{ème} séminaire sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/Sida en Belgique. Celui-ci aura lieu au [SPF Santé publique](#) et le programme est disponible [ici](#). Une demande d'accréditation en 'Ethique et Economie' a été introduite. La participation au symposium doit être confirmée **avant le 20 novembre** en cliquant [ici](#).

International

Virus du Nil occidental (VNO) – Premier cas humain en France depuis 2003

Une personne atteinte par le VNO a été diagnostiquée à Nîmes, le 2 octobre. Il s'agit du premier cas humain signalé en France, depuis 2003. Depuis août 2015, plusieurs cas de VNO ont également été notifiés chez des chevaux dans la même région. « West-Nile Fever » ou la fièvre à **virus du Nil occidental (VNO)** est due à un Flavivirus transmis par les moustiques, principalement du genre Culex. Le virus se maintient dans la nature au moyen d'un cycle enzootique impliquant une transmission entre les oiseaux et les moustiques (moustiques/oiseaux/moustiques). Les humains et les chevaux sont des hôtes terminaux accidentels, considérés comme une impasse pour la réplication virale. La plupart des infections humaines sont asymptomatiques (80 %) et la majorité des cas cliniques symptomatiques sont légers et présentent des symptômes pseudo-grippaux. Moins d'1% des personnes atteintes développent une forme grave, le plus souvent chez des personnes âgées, sous forme d'une méningite, une encéphalite ou une paralysie aiguë. Le traitement est symptomatique et aucun vaccin n'est disponible.

Les cas humains et équins témoignent de la circulation du virus dans les départements du Gard, de l'Hérault et des Bouches-du-Rhône. Une surveillance renforcée des cas aviaires, équins et humains a été mise en place dans ces départements. En Europe, une [surveillance renforcée](#) a également été mise en place en 2014 par le ECDC, avec des notifications immédiates de cas pendant la saison de transmission (généralement de juin à novembre). Les pays tels que la Croatie, le Kosovo, la Bulgarie et la Serbie ainsi que des régions d'Italie, de Grèce, de Hongrie et de Roumanie précédemment indemnes de VNO, déclarent annuellement des cas depuis 2013. Fin Octobre 2015, 105 cas chez les humains ont été signalés dans l'UE et 134 cas dans les pays voisins depuis le début de la saison 2015. En Belgique, les cas autochtone de fièvre à VNO sont à déclaration obligatoire. Une surveillance du VNO est réalisée par le [CNR](#) à l'Institut de Médecine Tropicale depuis 2002, et un programme de surveillance mandaté par l'AFSCA, basé sur une surveillance passive de la mortalité anormale d'oiseaux sauvages et une surveillance active virologique et sérologique sont réalisés par le CODA-CERVA depuis 2010. Jusqu'à présent, aucune infection autochtone par le VNO n'a été signalée en Belgique, que ce soit au sein de la population humaine, de la faune ou l'avifaune sauvage ou de la population équine. Plus d'informations sur le VNO sont disponibles [ici](#) et [ici](#).

Ebola – UK nurse

Le 9 Octobre 2015, le Royaume-Uni a notifié une complication tardive inhabituelle chez une infirmière ayant présenté une infection à Ebola en décembre 2014, suite à une mission en Sierra Leone. Elle avait été traitée avec succès au Royal Free Hospital (RFH) où elle avait reçu un traitement antiviral expérimental et du plasma sanguin d'une personne guérie. Le 6 octobre 2015, elle a été hospitalisée suite à un tableau clinique compatible avec une méningite virale mais les tests pour des pathogènes à tropisme méningé étaient négatifs. Par contre, la PCR pour le virus Ebola était positive. C'est la réactivation du virus qui a provoqué cette complication tardive et inhabituelle. 62 contacts étroits ont été identifiés et sont sous surveillance. 26 d'entre eux ont reçu le vaccin rVSV-ZEBOV. La patiente est hospitalisée dans l'unité d'isolement du RFH à Londres et son état est stable. Par ailleurs, elle ne présente pas les mêmes symptômes qu'en 2014 (vomissements, diarrhée et saignements), période à laquelle elle était fortement contagieuse. Actuellement, le virus est confiné et cause une inflammation cérébrale et de la moelle épinière, ce qui est potentiellement mortelle mais avec un risque de contagion très faible. D'autre part, des études ont mis en évidence la persistance du virus EBOLA dans le sperme, jusqu'à 9 mois après l'infection. Il a également été détecté au niveau oculaire. Ces constats soulignent la nécessité de recherches supplémentaires chez les « survivants d'Ebola » pour mieux identifier les risques que cela représente tant pour la santé du patient que pour la santé publique.