

Surveillance épidémiologique de la poliomyélite - 2017

Auteurs: Chloé Wyndham-Thomas¹, Elke Wollants², Marc Van Ranst²

Révision: Paloma Carrillo³, Romain Mahieu⁴, Carole Schirvel⁵, Mireille Thomas⁶, Geert Top⁷

¹Epidémiologie des Maladies Infectieuses, Sciensano ; ²Centre National de Référence des entérovirus, UZ Brussel ; ³Agence pour une vie de qualité ; ⁴Agentschap Zorg en Gezondheid ; ⁵Office de la Naissance et de l'enfance ; ⁶Commission communautaire commune ; ⁷Deutschsprachige Gemeinschaft.

Messages clés

Belgique - Dernier cas autochtone de poliomyélite en 1979 ; dernier cas importé en 1989.

Implication en Santé Publique - Le risque d'épidémie en Belgique reste négligeable grâce à une haute couverture vaccinale dans les 3 régions. Néanmoins, tant que le virus circulera dans le monde, un cas de poliomyélite pourrait être importé en Belgique et le virus transmis à des personnes non ou incomplètement vaccinées.

Surveillance

Dans le cadre de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite (Global Polio Eradication Initiative - [GPEI](#)), il est demandé aux pays indemnes de la maladie de disposer d'un système de surveillance sensible pouvant démontrer l'absence de circulation du poliovirus sur son territoire et détectant rapidement une réintroduction du virus.

En Belgique, la surveillance passe par l'enregistrement et l'investigation microbiologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) chez les personnes de < 15 ans, mais également par la surveillance des entérovirus.

- Surveillance des cas de PFA (de toutes causes confondues) chez les sujets de < 15 ans :

La surveillance passe par les cas de PFA rapportés par le réseau [Pedisurv](#) et par la [notification obligatoire](#). Si la poliomyélite est à notification obligatoire dans les trois régions, la PFA chez un sujet de < 15 ans est explicitement à notification obligatoire uniquement en Flandre et en Wallonie.

- La surveillance des entérovirus :

Repose sur le [Réseau des laboratoires vigies](#). Les laboratoires vigies rapportent les échantillons de liquide céphalo-rachidien (LCR) positifs pour un entérovirus (isolé par culture ou détecté par PCR).

Le [Centre National de Référence des entérovirus](#) réalise le génotypage des entérovirus sur des échantillons envoyés par divers laboratoires de Belgique (envoi sur base volontaire).

Résultats de la surveillance, 2017

Surveillance des cas de paralysie flasque aigue (PFA) :

Chaque mois, les pédiatres et généralistes participant au réseau PediSurv reçoivent un rappel leur demandant de signaler le/les cas de PFA diagnostiqués chez des enfants de < 15 ans lors du mois écoulé ([plus d'information](#)). Si aucun cas n'a été constaté, les participants sont invités à faire une déclaration de 'zéro cas'.

Un total de 4 cas de PFA ont été rapportés par le réseau Pedisurv (Tableau 1). Le réseau de surveillance a donc détecté 0,2 cas pour 100 000 individus de < 15 ans en 2017. Seulement 1 des 3 cas captés par le réseau Pedisurv dans les Régions de Wallonie et Flandre a été notifié aux autorités compétentes.

Selon la déclaration des zéro-cas, une moyenne de 334 participants/mois au cours de l'année 2017 confirmait l'absence de survenue d'un cas de PFA dans leur pratique.

Tableau 1 : Nombre de cas de PFA chez les sujets < 15 ans, année 2017

Région	Population < 15 ans	Nombre de cas attendus de PFA*	Nombre de cas de PFA rapportés (réseau Pedisurv)	Nombre de cas de PFA rapportés (déclaration obligatoire)
Bruxelles	235 664	2	1	NA [§]
Wallonie	625 842	6	2	1
Flandre	1 058 744	11	1	0
Total	1 920 250	19	4	1

* 1 cas de PFA pour 100 000 individus de < 15 ans

Cas également rapporté par le réseau PediSurv

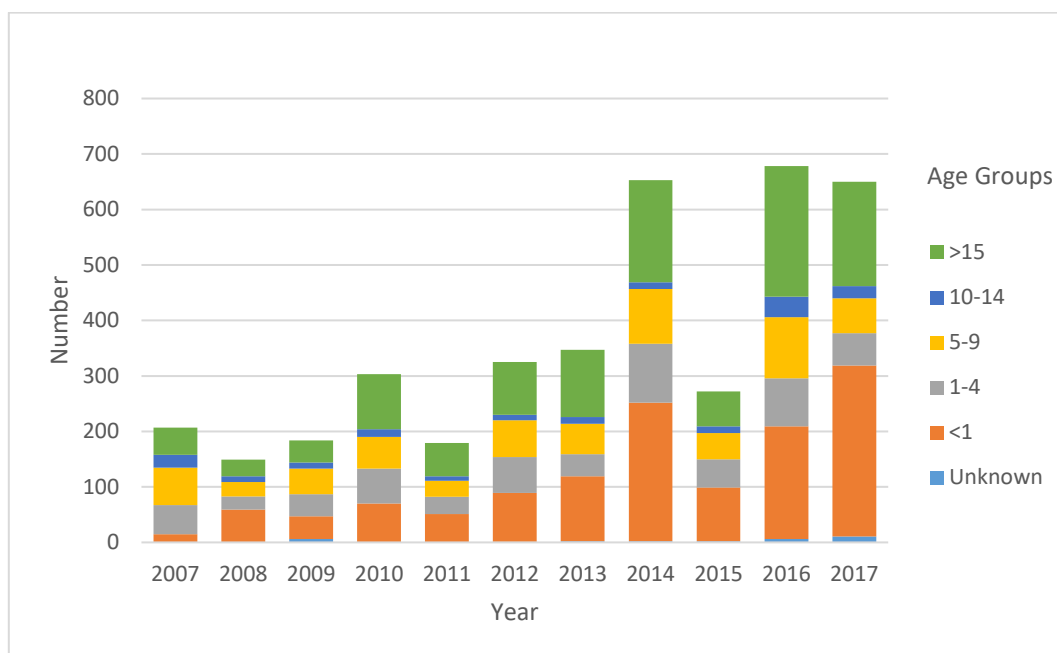
§ NA : non applicable ; pas à déclaration obligatoire à Bruxelles

Surveillance des entérovirus :

La figure 1 montre le nombre de cas d'entérovirus dans le LCR par groupe d'âge et par année rapporté par le réseau des laboratoires vigies entre 2007 et 2017. Les chiffres sont supérieurs à ceux indiqués dans nos rapports précédents suite à un travail de fond permettant d'identifier rétrospectivement des cas initialement considérés comme « inclassables ».

En 2017, 650 cas ont été enregistrés, dont 451 chez les < 15 ans (âge inconnus pour 11 cas). A l'exception de l'année 2015, une augmentation progressive du nombre de cas enregistré est observée. La raison principale est une augmentation du nombre de laboratoires vigies rapportant les cas de LCR entérovirus-positif (de 4 laboratoires en 2007 jusqu'à 34 en 2017).

Figure 1 : Nombre de cas d'entérovirus dans le LCR par groupe d'âge et par année, 2007-2017
(Source : Laboratoires vigies)¹



En 2017, aucun virus de la poliomyélite n'a été détecté dans les 245 échantillons que le CNR a reçu pour génotypage (60 % d'échantillons respiratoires et 40 % d'échantillons non-respiratoires (LCR, selles, etc.)). Le rhinovirus C était l'entérovirus le plus fréquemment identifié dans les échantillons respiratoires (42 %). Pour les échantillons non-respiratoires, les entérovirus les plus fréquents étaient: Echovirus 5 (18 %), Echovirus 18 (16 %), Echovirus 6 (15 %) et Coxsackievirus B5 (11 %).

Les EV-D68 et EV-A71 sont des entérovirus non-polio pouvant être associés à un tableau neurologique clinique grave, dont la PFA. Parmi les échantillons analysés par le CNR en 2017, EV-D68 a été détecté qu'une seule fois et EV-A71 n'a pas été détecté.

Implications pour la santé publique

Le risque d'épidémie en Belgique reste négligeable grâce à une haute couverture vaccinale ([lien](#)), couverture probablement favorisée par le caractère obligatoire de la vaccination des enfants contre la poliomyélite. Néanmoins, tant que le virus circulera dans le monde, un cas de poliomyélite pourrait être importé et le virus transmis à une ou plusieurs personnes non ou incomplètement vaccinées. La haute couverture vaccinale doit donc être maintenue.

Un système de surveillance sensible est crucial afin de démontrer l'absence de poliovirus sur le territoire et de détecter rapidement une réintroduction du virus. Selon les critères de l'OMS, pour avoir une sensibilité suffisante pour atteindre ces objectifs, le système de surveillance doit détecter 1 cas de PFA pour 100 000 individus de < 15 ans et 80 % des cas détectés

¹ Les chiffres sont supérieurs à ceux indiqués dans nos rapports précédents suite à un travail de fond permettant d'identifier rétrospectivement des cas initialement considérés comme « inclassables ».

doivent avoir reçu une investigation microbiologique spécifique pour le poliovirus (2 selles prélevés à 24h d'intervalle). La surveillance actuelle en Belgique manque donc de sensibilité (détection de 0,2 cas/100 000 individus de < 15 ans) et aucun des 4 cas rapportés n'a reçu une investigation microbiologique spécifique pour la poliomyélite.

Suite au manque de sensibilité de la surveillance, l'OMS a rétrogradé la Belgique à un pays de niveau « risque intermédiaire de transmission de la polio » depuis 2016. Une amélioration de la notification et de l'investigation microbiologique des cas d'AFP par le personnel des soins de santé, un renforcement de la surveillance des entérovirus non-polio, et éventuellement la mise en place d'une surveillance environnementale des entérovirus, sont nécessaires. Le Comité de Certification National de l'éradication de la poliomyélite, créé en 1998, coordonne ces efforts avec les divers partenaires impliqués dans la problématique.

On notera que le nombre croissant de laboratoires vigies rapportant les LCR entérovirus-positif au cours des 10 dernières années a permis d'étendre le réseau de surveillance des entérovirus. Dans le cadre de la surveillance de la poliomyélite mais également de certains entérovirus non-polio d'intérêt (ex EV-D68 et EV-A71), il est essentiel que tout échantillon entérovirus-positif (LCR, respiratoire, sang ou selles) lié à une présentation clinique sévère (encéphalite, PFA, myélite et/ou détresse respiratoire) soit envoyé au CNR entérovirus pour exclusion du poliovirus et typage de la souche impliquée.

Plus d'informations

- **Définitions des cas (cas suspects, probables ou confirmés de poliomyélite)**

[ECDC](#)

- **Les réseaux de surveillance en Belgique :**

Réseau sentinelle de pédiatres [PediSurv](#)

Déclaration obligatoire auprès des entités fédérées ([Bruxelles](#), [Wallonie](#), [Flandre](#))

[Centre National de Référence](#), UZ Leuven

[Réseau de laboratoires vigies](#)

- **Informations généraux sur la poliomyélite**

[Fiche MATRA](#)

[OMS](#)

[Global Action Plan III](#)

[Histoire de la poliomyélite en Belgique \(graphique\)](#)

- **Informations généraux sur les entérovirus non-polio**

[Diagnostic](#) (ENPEN)

[ECDC Risk assessments](#)

- **Informations concernant le vaccin et la vaccination contre la poliomyélite**

[Conseil Supérieur de la Santé](#)

[ITG](#) (vaccins et voyages)

- **Epidémiologie internationale de la poliomyélite :**

[GPEI](#)

Vous êtes face à une **SUSPICION de POLIO** ou d'une **PARALYSIE FLASQUE AIGUE?**

Bruxelles: [Cliquez ici](#)

Wallonie : [Cliquez ici](#)

Flandre : [Cliquez ici](#)

Ce projet est soutenu financièrement par :

