

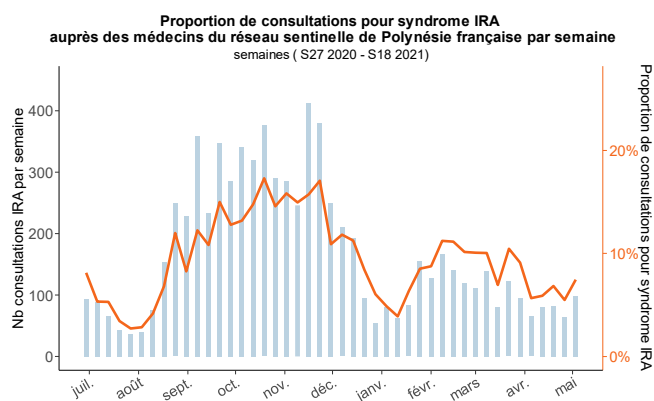


Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et CME), du Centre Hospitalier du Taaone, des laboratoires privés et public et du service des armées.

### INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÛES (IRA)

**IRA** : fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale, signes respiratoires ou ORL, courbatures/myalgies, asthénie, céphalées

**IRA** ► 163 cas rapportés sur 2495 consultations par les médecins du réseau sentinelle



La proportion de consultations pour IRA se stabilise à environ 6% (5,5% en S17 et 7,5% en S18), après une phase en plateau aux environs de 10 % dans les semaines précédentes.

#### Prévention des infections respiratoires aiguës

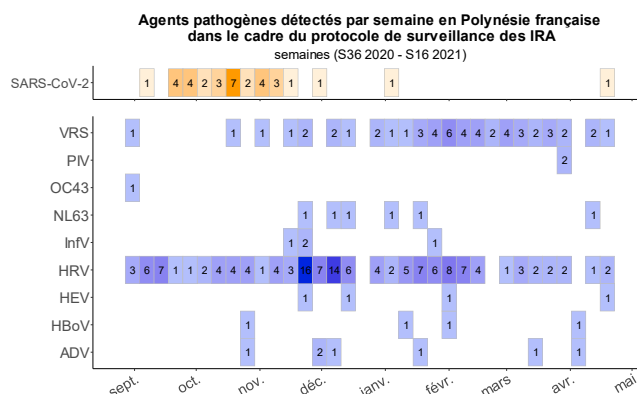
- Porter un masque en cas de toux.
- Se laver fréquemment les mains
- Utiliser des mouchoirs à usage unique, les jeter immédiatement dans une poubelle fermée puis se laver les mains.
- Limiter les contacts proches
- Maintenir une distance d'au moins 1 mètre avec les autres personnes
- Aération de l'espace de vie
- Les sujets fragiles (nourrissons, personnes âgées ou à risque, femmes enceintes) doivent éviter tout contact avec les personnes symptomatiques.

**! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition de symptômes.**

### Surveillance des IRA

Depuis septembre 2020, 388 prélèvements ont été réalisés dans le cadre du protocole de surveillance des IRA.

Analyse réalisée	Résultat	Effectif	%
RT-PCR SARS-CoV-2	Positif	34	8,8
PCR multiplex	Positif	232	59,8
	Négatif	122	31,4
<b>Total</b>		388	100,0



**Cas confirmés de grippe** ► 0 cas sur 16 demandes en S17 et S18

**Absence de circulation du virus grippal** ► aucune souche de virus influenza A/B détectée depuis mars 2020

Les données du laboratoire du CHPf montrent la circulation de virus respiratoire syncytial (VRS), rhinovirus/entérovirus et *Chlamydia pneumoniae*.

### COVID-19

**! En complément de la vaccination, appliquer strictement les mesures barrières pour se protéger, protéger ses proches et limiter la circulation du SARS-CoV-2, souche historique et ses variants, sur le fenua**

Informations disponibles sur le site de la Direction de la santé : <https://www.service-public.pf/dsp/covid-19>

### DENGUE

**Syndrome dengue-like** : fièvre élevée ( $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ) d'apparition brutale ET syndrome algique (céphalées, arthralgies ou myalgies) ET absence de tout point d'appel infectieux (en particulier respiratoire)

⇒ Prescrire une RT-PCR (ou un test NS1) jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie au-delà-de cette période.

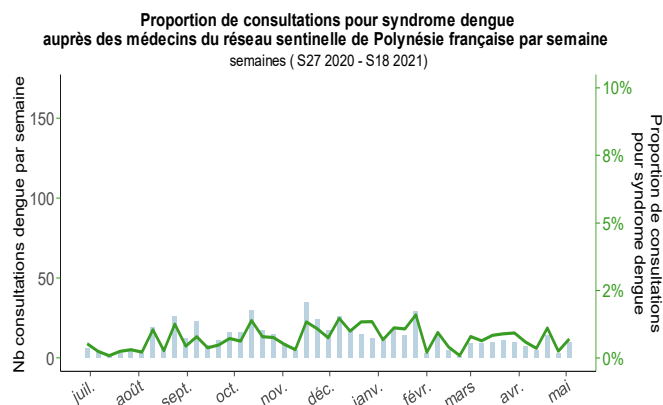
**Cas confirmé** : syndrome "dengue-like" confirmé virologiquement par un test diagnostic positif (RT-PCR / AgNS1)

#### Prévention de la dengue

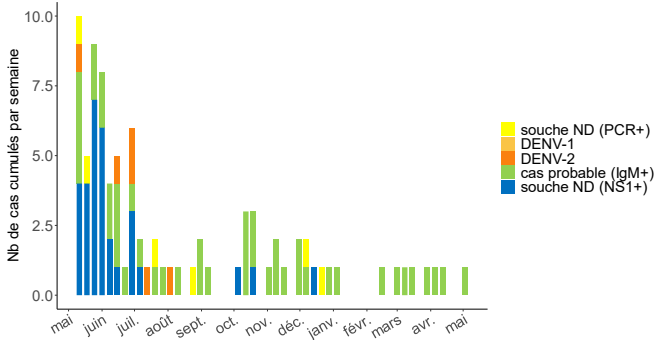
- Se protéger contre les piqûres de moustiques, particulièrement les personnes virémiques afin de réduire le risque de transmission secondaire du virus à son entourage (usage de moustiquaires)
- Lutter contre les gîtes larvaires en éliminant les eaux stagnantes dans son environnement au moins une fois par semaine
- Consulter rapidement son médecin en cas d'apparition de symptômes.

**! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies**

Depuis la fin du deuxième trimestre 2020, la proportion de consultations pour syndrome dengue-like est faible, ne dépassant pas 2% depuis le début de l'année.



Nombre de cas de dengue en Polynésie française par semaine, sur les 12 derniers mois  
semaines (S19 2020 - S18 2021)



Cas confirmés de dengue ► 0 sur 28 demandes (1 cas probable)

Depuis juillet 2020, la circulation du virus de la dengue est de faible intensité en Polynésie française.

Surveillance zone Pacifique (DENV-1, DENV-2 et DENV-3)

Wallis et Futuna : DENV-2 (→)  
Iles Cook : DENV-2 ((→ phase épidémique depuis le 02/02/2021)  
Fidji : DENV-1 et DENV-2 (→)  
Nouvelle Calédonie : DENV-2 (↗)

Source : Pacific Community <https://www.spc.int>

LEPTOSPIROSE

Cas confirmés de leptospirose ► 20 sur 70 demandes

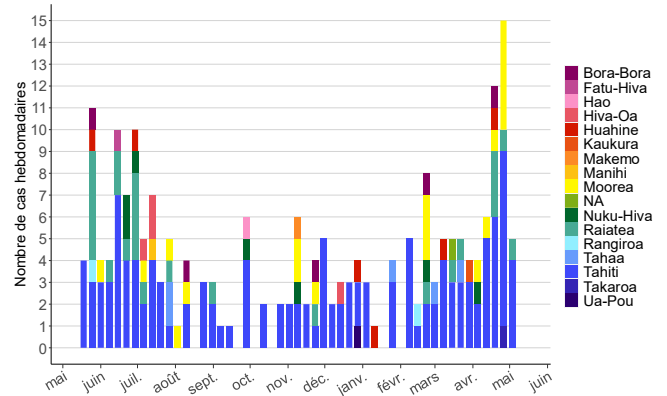
Prévention de la leptospirose

- Port de gants et de chaussures fermées/bottes lors des activités à risque (jardinage/ fa'a'apu, agriculture, pêche en eau douce)
- Evitez de se baigner en eau douce lorsqu'on est porteur de plaies et limiter les contacts des muqueuses avec l'eau
- Désinfection des plaies après exposition à risque
- Lutter contre les rongeurs, (gestion des déchets)

! Ces mesures sont à renforcer à l'issue des périodes de fortes pluies  
! Vigilance renforcée lors de la pratique de loisirs nautiques (baignade, canyoning, pêche en rivière, etc.)  
! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition de symptômes (en signalant l'activité à risque pratiquée).

Augmentation du nombre de cas sur les dernières semaines, correspondant à la saisonnalité observée classiquement à l'issue de la saison des pluies.

Nombre de cas de leptospirose déclarés en Polynésie française par semaine et par localisation géographique  
semaines (S19 2020 - S18 2021)

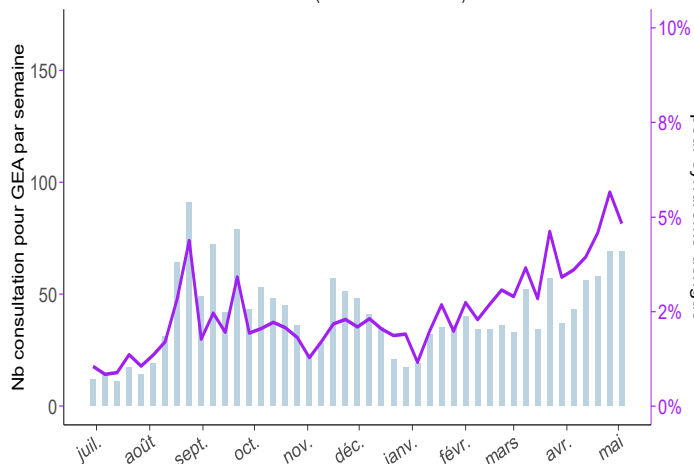


GASTROENTERITES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) : survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

La proportion de consultations pour gastroentérite auprès des médecins du réseau sentinelle est globalement en augmentation (aux alentours de 5%). On note une petite baisse en semaine 18.

Proportion de consultations pour syndrome GEA auprès des médecins du réseau sentinelle de Polynésie française par semaine  
semaines (S27 2020 - S18 2021)



Nb de cas	S17	S18	Détail
Diarrhée /GEA	2	1	Salmonella sp (Tahiti et Moorea)
TIAC	0	1	Un épisode signalé à Moorea

Prévention des GEA et TIAC

- Hygiène des mains après passage aux toilettes, manipulation de terre ou d'objets souillés et avant manipulation des aliments.
- Lavage des fruits et légumes frais à l'eau courante propre et potable avant de les préparer et de les consommer
- Nettoyage et désinfection quotidienne des toilettes et poignées de portes dans l'entourage d'un malade.
- Conserver les aliments frais à température inférieure à 4°C et consommer viandes hachées et volailles cuites à cœur.
- Les préparations à base d'œuf non cuits (mayonnaises, crèmes, pâtisseries) sont à maintenir à une température < 4°C et à consommer rapidement.

! En cas diarrhées et/ou vomissements importants, réhydrater la personne et consulter un médecin.

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Héléne Laborde, Anaïs Fadat, Laurence Mataitai, Tahia Chanzi, Christophe Ricard  
Tel : 40 48 82 01  
Fax : 40 48 82 12  
E-mail : [veille@sante.gov.pf](mailto:veille@sante.gov.pf)  
Astreinte de veille sanitaire  
Tel : 87 70 65 02  
(Hors heures ouvrables)



# Point sur les gastroentérites aiguës

Les gastroentérites aiguës sont des pathologies extrêmement fréquentes, sévissant souvent par épidémie saisonnière. L'expansion épidémique est liée aux habitudes de vie, notamment la vie en collectivité (crèche, école), la proximité interhumaine et/ou les mesures d'hygiène défectueuses.

## LES POINTS ESSENTIELS

- Origine virale presque exclusivement ► rotavirus chez l'enfant de moins de 5 ans et norovirus quel que soit la classe d'âge
- Gravité potentielle chez le sujet fragile (immunodéprimé et très jeune enfant)
- Place restreinte des traitements anti-infectieux
- Antibiothérapie instaurée devant des signes cliniques et biologiques évocateurs d'une infection bactérienne
- Les infections à *Salmonelles*, *E. Coli*, *Clostridium difficile* justifient parfois la mise en place d'un traitement antibiotique
- Les infections à *Shigella*, *Campylobacter*, *V cholerae* justifient toujours la mise en place d'un traitement antibiotique
- Nécessité de mesures d'hygiène stricte pour limiter la contamination.

## AGENTS RESPONSABLES DE GEA

Les gastroentérites aiguës infectieuses sont dues à de multiples agents dont les plus fréquents sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Principaux agents infectieux responsables de gastroentérites

Agent	Incubation	Symptômes
<b>Virus</b>		
Adénovirus entérique (Sérotypes 40 et 41)	7-8 jours	Fièvre, diarrhée, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales Symptômes respiratoires dans certains cas
Astrovirus	1-4 jours	Diarrhée ± vomissements ou fièvre dans 50% des cas
Norovirus / Sapovirus <i>Caliciviridae</i>	1-3 jours	Apparition brutale de vomissements en jet et de diarrhées, fièvre absente ou modérée Prédominance des vomissements le plus souvent
Rotavirus	1-3 jours	Apparition rapide de vomissements, diarrhées et fièvre modérée, déshydratation rapide
<b>Bactéries</b>		
<i>Campylobacter</i>	3-5 jours	Diarrhée sanglante, douleurs abdominales, ± fièvre et vomissements
<i>Escherichia coli</i> <i>Entérohémorragique</i>	3-8 jours	Variable : diarrhée modérée, diarrhée sanglante, SHU (2 à 7% des cas)
<i>Salmonella</i>	8-48 heures	Fièvre, diarrhées, douleurs abdominales, vomissements
<i>Shigella</i>	1-7 jours	Fièvre, diarrhée glairo-sanglante, pus
<i>Yersinia enterocolitica</i>	2-7 jours	Céphalées, fièvres, diarrhée (parfois tableau d'appendicite aiguë)
<b>Toxines bactériennes</b>		
<i>Bacillus cereus</i>	1 à 6 heures	Syndrôme digestif brutal dominé par des signes digestifs hauts (nausées vomissements, douleurs abdominales) ± diarrhées ou fièvre
	8 à 16 heures	Syndrôme gastro-intestinal brutal dominé des douleurs abdominales et diarrhées (± fièvre et vomissements)
<i>Clostridium perfringens</i>	8 à 16 heures	Douleurs abdominales, diarrhées ± fièvre et vomissements
<i>Clostridium difficile</i>	Mal connue	Diarrhée simple caractérisée par une diarrhée modérée et des signes généraux souvent absents Colite pseudomembraneuse caractérisée par une diarrhée liquide abondante non sanglante ± fièvre ou douleurs abdominales
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 à 6 heures	Apparition brutale de nausées, vomissements abondants, douleurs abdominales, ± diarrhée
<b>Parasites</b>		
<i>Cryptosporidium</i>	1-12 jours	Diarrhée, douleurs abdominales ± fièvre et vomissements
<i>Giardia lamblia</i>	5-25 jours	Symptômes intestinaux variables (diarrhée chronique, stéatorrhée, douleurs abdominales, etc.)

## RAPPELS

### Définition

L'OMS définit une diarrhée aiguë par l'émission de plus de deux selles de très molles à liquides, par jour, depuis au moins 14 jours.

### Les réservoirs

- L'Homme malade
- L'Homme asymptomatique, porteur d'une flore commensale dont font partie certains germes pathogènes comme les staphylocoques dorés ou les entérobactéries
- L'environnement (sol, eau, objets, etc.)
- Les animaux, source rare de contamination pour l'Homme, potentiellement porteurs de germes pathogènes (*Escherichia coli* O157 producteurs de Shigatoxines et bovins)

### Transmission oro-fécale

La contamination peut se faire par :

- Contact direct avec un malade infecté ou un porteur asymptomatique
- Contact indirect avec des objets souillés par les selles ou les vomissements de malades infectés
- Ingestion d'un aliment ou d'un liquide souillé par un microbe et/ou une toxine (Tiac).

Les virus sont les agents le plus souvent à l'origine des épisodes de cas groupés de gastroentérite par transmission de personne à personne.

A noter que les norovirus peuvent également être transmis par voie alimentaire lors de l'ingestion d'eau ou d'aliments, consommés crus ou peu cuits. Ces aliments sont contaminés au cours de la production, par contact avec des eaux souillées par des déjections (coquillages, fruits de mer, etc.) ou secondairement lors de la manipulation par une personne porteuse du virus.

Réf. : <https://www.mesvaccins.net/web/news/17173-epidemies-de-norovirus-en-suede-liees-aux-crevettes-d-estonie>

### Incubation

La période d'incubation et la période de contagiosité varient de quelques heures à plusieurs jours, voire semaines, en fonction de l'agent et de la personne infectée. Les symptômes diffèrent également suivant les agents (tableau I)

**NB :** La connaissance de la période d'incubation permet d'estimer le temps durant lequel d'autres cas peuvent survenir dans l'entourage du ou des cas index et de déterminer la rapidité avec laquelle les mesures de prévention doivent être mises en œuvre.

## Diagnostic clinique

Les gastro-entérites se manifestent par une diarrhée d'apparition brutale :

- Soit liquides, profuses, aqueuses : diarrhée sécrétoire donnant un syndrome *cholériforme* habituellement non fébrile pouvant conduire à une déshydratation. *Les manifestations systémiques sont rares et les douleurs abdominales modérées*
- Soit fécales avec présence de sang et de glaires : diarrhée invasive ou inflammatoire donnant un syndrome *dysentérique* (émission de glaires, de pus, rectorragies et faux besoins). *Le risque de déshydratation est plus faible que dans la diarrhée simple, cependant les manifestations systémiques sont plus fréquentes.*

La diarrhée peut être associée à d'autres signes : fièvre, douleurs abdominales, nausées, vomissements, faux besoins, anorexie, asthénie, céphalées, arthralgies, myalgies, ballonnements, météorisme abdominal. Dans certains cas, les vomissements peuvent dominer la symptomatologie.

L'apparition brutale d'une diarrhée nécessite un interrogatoire et un examen physique soigneux. Les éléments à prendre en compte sont la fréquence et la consistance des selles, le volume, la présence de pus et/ou de sang. Les signes associés à rechercher sont les vomissements, douleurs abdominales, borborygmes et signes systémiques (fièvre, asthénie, déshydratation, perte de poids, etc.).

L'examen permet d'éliminer une cause non infectieuse, de rechercher des signes de gravité et d'orienter vers un agent ou une famille d'agents pathogènes en fonction des caractéristiques de la diarrhée et du contexte de survenue (notion d'épidémie, de Tiac).

**Aucun argument clinique ne peut permettre de différencier de façon formelle une infection bactérienne d'une infection virale.**

Cependant, l'analyse sémiologique peut orienter plus volontiers vers une origine bactérienne en cas de fièvre élevée (> 40°C), de signes évocateurs de « colite » avec selles glairo-sanglantes, de douleurs abdominales intenses et/ou de troubles neurologiques associés. La présence de signes respiratoires et/ou ORL, vomissements importants est plus évocatrice d'une origine virale, notamment chez l'enfant.

## Examens microbiologiques

Une coproculture n'est à prescrire que si le tableau clinique le justifie (fièvre élevée, rectorragies, déshydratation sévère, évolution se poursuivant depuis plus de cinq jours).

La coproculture est réalisée sur des prélèvements frais ou conservés moins de 12 heures à 4°C. La recherche de *Salmonella*, *Shigella* et *Campylobacter* est systématique. D'autres bactéries sont recherchées en cas de tableau clinique spécifique (EHEC lors de diarrhées sanglantes par exemple). La présence de *Staphylococcus aureus* dans les selles n'a aucune valeur.

La recherche des toxines A et B de *Clostridium difficile* est nécessaire si le sujet a reçu un traitement antibiotique dans le mois précédent, et ce d'autant plus qu'il a été hospitalisé.

La recherche de virus est possible par tests immunoenzymatiques (rotavirus, adénovirus, norovirus) ou par amplification génique.

A noter que de nouveaux outils moléculaires tendent à supplanter la microbiologie conventionnelle par le développement de **panels gastrointestinaux par PCR multiplex** permettant la détection des enteropathogènes à partir d'un échantillon de selles (virus, bactéries, parasites, jusqu'à 24 cibles pour certains kits).

**Comme dans toute approche moléculaire, il est fondamental d'interpréter les résultats en perspective des données biocliniques. Il en est de même lors de la détection de plusieurs agents pathogènes dans un même échantillon.**

L'utilité clinique de la PCR par rapport aux examens conventionnels nécessiterait d'être mieux définie (avantages/limites).

## Traitement

Le traitement symptomatique, notamment la prévention et la correction des pertes hydroélectrolytiques, constitue l'essentiel de la prise en charge.

**Un faible pourcentage des diarrhées aiguës étant d'origine bactérienne, la place de l'antibiothérapie est considérablement limitée, et ce d'autant plus que les antibiotiques exposent à un risque écologique réel.**

Un traitement antibiotique n'est recommandé que si une infection bactérienne est suspectée et uniquement en cas de syndrome dysentérique, de signes de gravité, de fièvre élevée ou d'évolution supérieure à trois jours.

Le choix de l'antibiothérapie de première intention dépend du contexte clinique de survenue de la diarrhée permettant de suspecter certains germes. Cette antibiothérapie doit être efficace sur la majorité des germes responsables (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*).

L'intérêt des antiseptiques intestinaux n'a pas été démontré.

La présence de *Giardia* dans les selles d'un patient présentant des signes digestifs peut impliquer la mise en place d'un traitement parasitaire.

## Une prévention basée sur l'hygiène

Les mains constituent le vecteur majeur de transmission des GEA. Pour limiter les risques de transmission, un nettoyage soigneux et fréquent des mains au savon est nécessaire.

Certains virus (rotavirus et norovirus) étant très résistants dans l'environnement et présents sur les surfaces, celles-ci doivent être nettoyées soigneusement et régulièrement dans les lieux à risque élevé de transmission (collectivités d'enfants ou de personnes âgées, établissement de soins, etc.)

Lors de la préparation des repas, l'application de mesures d'hygiène strictes des mains avant la préparation des aliments et à la sortie des toilettes est primordiale. Ceci est particulièrement important dans les collectivités (services hospitaliers, crèches) où l'éviction des personnels malades (cuisines, soignants, etc.) réduit également le risque d'épidémies d'origine alimentaire.

**Pour toute personne malade, la fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable, même si l'agent pathogène responsable de l'infection ne justifie pas par lui-même une éviction temporaire de la collectivité.**

## CONCLUSION

La fréquence des gastroentérites infectieuses ne doit pas faire banaliser les risques encourus par les patients les plus fragiles (nourrissons, personnes âgées, immunodéprimés), au premier rang desquels la déshydratation.

Devant un tableau de gastroentérite, il faut s'enquérir de l'existence d'autres cas dans l'entourage du patient et penser que toute diarrhée infectieuse peut être le premier cas d'une épidémie.

Les cas groupés de GEA nécessitent des investigations dans certaines situations :

- En cas de Tiac ou de suspicion de Tiac (si une source alimentaire commune aux cas est suspectée)
- En présence de critères de gravité (hospitalisations, décès, etc.)
- En cas de non efficacité des mesures de contrôle se traduisant par l'absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans les jours suivant la mise en place de ces mesures.

Dans ces contextes, des prélèvements de selles peuvent être réalisés afin d'identifier l'agent (bactérie, virus, parasite) responsable de l'épisode. La recherche peut être orientée en tenant compte du tableau clinique, de la durée de l'incubation de la maladie et du contexte épidémiologique.

**! Des cas groupés de gastroentérite d'allure virale ont récemment été rapportés par des médecins du réseau sentinelle.**

**Dans le même temps, une circulation active de norovirus a été mise en évidence par le laboratoire du CHPf suite aux analyses réalisées chez des patients ayant consulté aux urgences. D'autres pathogènes, tels que entérovirus et adénovirus, avaient antérieurement été identifiés.**