



Des coprocultures pour la surveillance de la PFA (ne plissez pas le nez à cette idée)

A. Bentsi-Enchill, MD
P. Varughese, MD

Étant donné le risque permanent d'importation du poliovirus au Canada, la surveillance active de la paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de moins de 15 ans continue de constituer le centre d'intérêt des activités de surveillance relatives aux cas potentiels de poliomyélite paralytique. Ce programme de surveillance s'intéresse à trois éléments, *la détection*, *l'investigation* et *la déclaration* des cas de PFA, tous trois essentiels à son succès.

Les résultats du programme de surveillance de la PFA dans le cadre du PCSP de 1997 démontre une amélioration considérable des déclarations (avec une augmentation de 42 % par rapport à 1998). Ce résultat encourageant indique une participation et un intérêt croissants des pédiatres pour ce qui est de la *détection* et de la *déclaration*. Le PCSP s'engage activement dans la surveillance de la PFA afin de contribuer à la documentation de l'éradication mondiale de la poliomyélite, laquelle est nécessaire pour pouvoir mettre un terme à la vaccination systématique de la polio dans un avenir prévisible. Avec 61 cas confirmés en 1999, l'étude de la PFA a atteint le taux de un cas par 100 000 enfants de moins de 15 ans ciblé à l'échelle internationale et prévu en l'absence de polio sauvage.

Les résultats globaux de *l'investigation* propres à la polio sont moins encourageants. Bien que, d'une part, plus de médecins déclarants demandent une virologie, d'autre part, les résultats de laboratoire finaux demeurent sous-optimaux. Sur les 61 cas confirmés de PFA en 1999, seulement 25 (40,9 %) étaient accompagnés d'une coproculture convenable (soit un spécimen de selle prélevé dans les deux semaines suivant l'apparition de la paralysie). Sur ces 25 cas, seulement 16 étaient négatifs pour le poliovirus et d'autres entérovirus, tandis que les résultats de 9 cas étaient inconnus. Ces chiffres demeurent beaucoup plus faibles que le taux de 80 % ciblé par l'Organisation mondiale de la santé.

La fréquence des coprocultures pour les cas de PFA est beaucoup moins élevée que ce à quoi on serait en mesure de s'attendre, surtout lorsqu'on la compare avec le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹. La fréquence déclarée de 40,9 % par l'entremise du PCSP est de 40 % inférieure au nombre de cas déclarés dans la région de l'Amérique (68 %) en 1999 et à la fréquence mondiale (67 %). En outre, cinq des six régions de l'OMS font état de fréquences variant entre 68 % et 86 % (31 % dans la région africaine). Toutes les fréquences de l'OMS reposent sur deux coprocultures

RESSOURCES



(obligatoires avant l'éradication de la transmission du virus sauvage), ce qui rend la faible fréquence canadienne, fondée sur une seule coproculture, encore plus désastreuse.

En plus de fournir des renseignements sur les progrès réalisés jusqu'à présent, cette mise à jour permet de rappeler à tous les pédiatres, spécialistes de maladies infectieuses pédiatriques, neurologues et directeurs de laboratoire déclarants qu'outre les examens neurologiques, des preuves d'examen de laboratoire propres à la polio (même en cas de résultat négatif) sont essentielles à l'évaluation des cas de PFA. L'obtention rapide et le traitement en laboratoire d'une coproculture et de spécimens sériques est primordiale, surtout puisque le diagnostic différentiel de poliomyélite n'est pas souvent envisagé au début de la prise en charge des cas.

Un protocole d'investigation de la PFA et des cas présomptifs de poliomyélite paralytique a été publié² (il est possible d'y accéder sur Internet au http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/di/polio_f.html).

Le protocole souligne que **l'examen de laboratoire le plus important dans le diagnostic de poliomyélite paralytique consiste en une coproculture recueillie dans les deux semaines suivant l'apparition de la paralysie afin d'isoler un poliovirus sauvage ou de souche vaccinale**. Dans la mesure du possible, des tests sérologiques propres à la polio devraient être envisagés. Un diagnostic probable ou confirmé de poliomyélite paralytique peut être posé grâce à une augmentation quadruple ou supérieure des titres des anticorps du poliovirus dans des sérums couplés ou à la présence d'anticorps IgM propres au poliovirus.

Le PCSP apprécie l'intérêt de tous les pédiatres envers la surveillance de la PFA et leur contribution aux rapports de cas. Les pédiatres répondants qui se posent des questions sur l'admissibilité des cas ou le mécanisme de déclaration peuvent prendre contact avec la coordonnatrice du PCSP (madame Andrea Medaglia, tél. [613] 526-9397, poste 239, téléc. [613] 526-3332), ou avec l'investigateur de l'étude (docteur Paul Varughese, tél. [613] 957-1344, téléc. [613] 952-7948).

Références

1. World Health Organization. Progress Towards Global Eradication of Poliomyelitis, 1997. *MMWR* 1998;47:414-19.
2. Groupe de travail sur l'éradication de la polio. Bentsi-Enchill A. Un protocole pour l'investigation de la paralysie flasque aiguë et de la poliomyélite paralytique présomptive. *Paediatr Child Health* 1997;2(6):409-12.

NDLR : Cet article a été publié et distribué aux participants au PCSP pour la première fois en 1998.