

Encéphalite à tiques (ET)

Enquêteurs:

Dr med J. Stähelin
Clinique de pédiatrie
Hôpital cantonal Aarau
5001 Aarau
email: jody.staehelin@ksa.ch
Fax: 062 838 4709
Tél: 062 838 5732

Professeur Hp Gnehm
Clinique de pédiatrie
Hôpital cantonal Aarau
5001 Aarau
email: hanspeter.gnehm@ksa.ch
Tél: 062 838 4902

Résumé:

Etude sur l'évolution clinique aiguë et à moyen terme de l'encéphalite à tiques (ET) chez les enfants.

Début et durée de l'étude:

1^{er} mars 2000, durée trois ans

But:

- 1) Déterminer l'incidence de l'ET avec participation neurologique définie chez les enfants de moins de 16 ans.
- 2) Décrire la nature et le degré de gravité de la symptomatologie cérébrale aiguë
- 3) Déterminer la nature et la fréquence des séquelles.

Toile de fond:

L'ET, maladie virale transmise par les tiques, est rare en Suisse (incidence 0,46/100'000 habitants/année)¹. On peut la contracter entre avril et octobre à la suite d'une morsure de la tique Ixodes ricinus dans les foyers naturels connus. Elle touche principalement les adultes: en 1997, par exemple, sur 122 cas déclarés, 33 concernaient des enfants de moins de 16 ans. Durant les 10 années antérieures à 1988 jusqu'à 1997 y compris, une moyenne de 12 cas d'enfants de moins de 16 ans a été enregistrée par année.

La maladie se caractérise par un prodrome grippal, un intervalle asymptomatique et, chez un dixième des personnes infectées, par une atteinte du SNC avec méningite, méningo-encéphalite et méningoradiculomyélite. Même si des études épidémiologiques d'envergure ont été effectuées récemment sur le déroulement de la maladie et sur ses séquelles^{2,3}, les données concernant les enfants sont rudimentaires. Il ressort de ces études que les complications à long terme sont plus fréquentes au fur et à mesure que les personnes touchées avancent en âge. On prétend, à partir d'expériences anecdotiques^{4,5} et sur la base d'études pédiatriques anciennes⁶, que l'encéphalite à tiques serait une maladie plus bénigne chez les enfants que chez les adultes, aussi bien dans la phase aiguë qu'en ce qui concerne les séquelles. Or, il existe une lacune importante à cet égard dans la littérature, les dernières études remontant à plus de 20 ans.

L'encéphalite à tiques est une maladie soumise à la déclaration obligatoire par les laboratoires, mais les déclarations complémentaires ne permettent de tirer que de maigres informations cliniques. Comme il manque des critères explicites pour la classification en catégories neurologiques spécifiques (méningite, méningo-encéphalite, encéphalopathie, radiculite), ces données cliniques déjà demandées ne sont pas fiables. Il n'est pas possible d'apprécier ni le degré de gravité de la phase aiguë ni la persistance de séquelles. Comme il faut s'attendre, précisément à cet égard, à des divergences par rapport aux adultes, il est opportun d'engager une étude pédiatrique.

Méthode:

Les nouveaux cas de maladie seront enregistrés par la SPSU à l'aide d'une carte de déclaration. Après réception d'une déclaration, un questionnaire est envoyé qui concerne le tableau clinique, le résultat d'analyse du liquide céphalo-rachidien et le déroulement de la phase aiguë. Ce questionnaire vient compléter le questionnaire existant de l'OFSP qui porte sur les données épidémiologiques, les résultats sérologiques et les données sur le status vaccinal. Sur le questionnaire de la SPSU figure la mention selon laquelle il ne remplace pas celui de l'OFSP.

Six mois plus tard, un questionnaire est envoyé qui concerne l'évolution clinique du cas, questionnaire qui peut être rempli à l'occasion d'un contrôle clinique périodique. S'il existe encore des séquelles, un questionnaire est à nouveau envoyé 6 mois plus tard (12 mois après la sortie de l'hôpital).

Définition de cas:

Enfants de moins de 16 ans avec symptômes grippaux ou neurologiques **et**:

1. Anticorps IgM positifs de l'ET dans le sérum **ou**
2. Anticorps IgG positifs de l'ET dans le sérum multipliés par 4 (testé parallèlement)

Les enfants avec symptômes grippaux et anticorps ET-positifs dans le sang, mais sans symptômes neurologiques ou augmentation du nombre de cellules du liquide céphalo-rachidien sont peut-être infectés par le Flavivirus verno-estival; ils ne devraient toutefois pas être classés parmi les cas de *méningo-encéphalite verno-estivale* car ils ne présentent pas de symptômes méningés ou encéphalitiques. L'exclusion de ces patients a lieu après coup, sur la base des informations obtenues par le biais des questionnaires.

Bibliographie:

1. Müller A. Aktive Impfung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis. Schweiz Med Wochenschr 1998;128:1110-6.
2. Haglund M, Forsgren M, Lindh G, Lindquist L. A 10-year follow-up study of tick-born encephalitis in the Stockholm area and a review of the literature: need for a vaccination strategy. Scand J Infect Dis 1996;28:217-224.
3. Kaiser R, Vollmer H, Schmidke S, Berger W, Gores D. Verlauf und Prognose der FSME. Nervenarzt 1997;68:324-330.
4. Kluger G, Schöttler A, Waldvogel K, Nadal D, Hinrichs W, Wündisch GF, Laub MC. Tickborn encephalitis despite specific immunoglobulin prophylaxis. Lancet (letter) 1995;346:102.
5. Kunz C. Die Frühsommer Meningoenzephalitis. Pädiat Praxis 1974;14:189-192.
6. Harasek G. Zeckenenzephalitis im Kindesalter. Dtsch Med Wschr 1974;99:1965-70.