



Grippe et voyage

La survenue d'une fièvre d'origine inconnue est une éventualité fréquemment rencontrée chez les voyageurs au retour des tropiques. En pratique courante, l'hypothèse d'une grippe est rarement documentée. Dans cette étude suédoise multicentrique réalisée de mars 2005 à mars 2008, les auteurs ont inclus 1432 patients fébriles de retour d'une zone d'endémie palustre depuis moins de deux mois. Parmi eux, 487 (34 %) avaient une fièvre de cause inconnue. Au sein des 1432 voyageurs, 514 ont été recrutés de façon prospective dont 383 ont accepté de faire l'objet d'une étude sérologique complémentaire à l'aveugle (deux prélèvements) à la recherche d'anticorps dirigé contre les virus de la grippe A et B, la dengue, le virus chikungunya, les rickettsioses, la leptospirose et la fièvre Q. Cent quinze d'entre eux présentaient une fièvre de cause inconnue. Dans ce sous groupe, l'étude sérologique complémentaire a confirmé l'imputabilité du virus de la grippe dans 21 % des cas. Ce travail réalisé avant la pandémie grippale de 2009 confirme s'il en était besoin l'importance de la grippe chez les voyageurs. Devant une fièvre d'allure bénigne et de courte durée, ce diagnostic doit être systématiquement envisagé au décours d'un voyage, quelle que soit la saison. ■

Askling HH, Lesko B, Vene S, Berndtson A, Björkman P, Bläckeborg J et al. Serologic analysis of returned travelers with fever, Sweden. *Emerg Infect Dis* 2009; 15 : 1805-8.

Risques infectieux chez les voyageurs européens

Le spectre des maladies observées au retour des tropiques reste mal connu. Cette étude prospective réalisée à partir des données du réseau de surveillance épidémiologique Geosentinel européen s'est intéressée au spectre étiologique des pathologies importées par les 17228 voyageurs européens ayant consulté pour un problème de santé au retour (limite de 10 ans) de 1997 à 2007. Les infections intestinales (en particulier chez les touristes), la fièvre (migrants) et les dermatoses représentaient les principales causes de consultation. Le spectre étiologique différait selon le pays d'origine, la destination visitée et le profil des voyageurs. Le paludisme était plus fréquent chez les migrants qui se rendaient en Afrique sub-saharienne ou dans l'Océan Indien pour visiter leur famille que chez les autres voyageurs. Une pathologie fébrile était plus fréquemment observée chez les migrants et expatriés d'origine italienne, française ou suisse se rendant en Afrique sub-saharienne ou dans l'Océan Indien. Une association significative était retrouvée entre les touristes allemands de retour d'Asie et la diarrhée aiguë. Par comparaison aux voyageurs européens, les infections respiratoires, les IST, les schistosomoses et la rage étaient moins fréquentes chez les voyageurs non européens (12663 voyageurs originaires d'autres pays industrialisés). Sous réserve des biais de sélection, cette étude qui comprend un volume important de patients apporte des données utiles pour la prise en charge des voyageurs et le choix des mesures de prévention. Elle confirme l'intérêt de disposer d'un réseau de surveillance épidémiologique multicentrique capable de détecter précocement une épidémie et si besoin, d'organiser une réponse rapide. ■

Gautret P, Schlagenhauf P, Gaudart J, Castelli F, Brouqui P, Von Sonnenburg F et al. Geosentinel Study of Travel related infectious diseases in Europe. *Emerg Infect Dis* 2009; 15 : 1738-45.

Évènements de santé et durée de séjour : mythe ou réalité

La prévention des évènements de santé chez les voyageurs effectuant des séjours de durée prolongée (durée de voyage supérieure à 6 mois) est difficile et repose sur peu de données. Classiquement, la durée du séjour est associée à une augmentation du risque de problèmes de santé, paludisme en particulier. A partir de la base de données du réseau de surveillance Geosentinel, les auteurs ont comparé les évènements de santé survenant dans cette population (n = 4039) à ceux survenant chez les voyageurs effectuant des séjours de moins de 6 mois (n = 24807). Les voyages de longue durée sont motivés par des raisons professionnelles ou humanitaires. Par comparaison aux séjours de courte durée, les séjours prolongés concernent plus souvent des hommes, expatriés qui bénéficient de conseils médicaux avant leur départ en voyage. Rapportées à 1000 voyageurs, les diarrhées chroniques, les giardiases, l'amibiase intestinale, le paludisme, les troubles fonctionnels intestinaux post-infectieux, l'asthénie, les leishmanioses cutanées et les schistosomoses sont plus fréquentes lors des séjours prolongés. Dans cette catégorie particulière de voyageurs, les maladies à transmission vectorielle, les maladies du péril fécal et les troubles psychologiques représentent les principales préoccupations. Une bonne connaissance du spectre étiologique des pathologies importées, observées chez les voyageurs effectuant des séjours prolongés, est essentielle pour le praticien. Ces données favorisent l'élaboration d'une démarche diagnostique adéquate ainsi que la délivrance de mesures de prévention ciblées pertinentes. ■

Chen LH, Wilson ME, Davis X, Loutan L, Schwartz E, Keystone J et al. Illness in Long-Term Travelers visiting Geosentinel clinics. *Emerg Infect Dis* 2009; 15 : 1173-82.

Importation du virus grippal A (H1N1)v et flux aériens : l'exemple de Singapour

Avec la mondialisation des échanges, le voyage aérien est désormais un modèle de transmission et de dissémination des agents pathogènes hautement contagieux. Au début de la pandémie grippale A (H1N1)v, la stratégie de confinement visant à isoler les cas suspects, recommandée par l'OMS, a entraîné la mise en place de procédures de dépistage dans les aéroports internationaux. Dans ce travail réalisé à Singapour, les auteurs ont répertorié les caractéristiques épidémiologiques et les données du voyage des 116 premiers cas de grippe A (H1N1)v, importés, confirmés à l'Hôpital Tack Tock Seng. Il s'agissait de sujet jeunes (âge moyen : 28,5 ans) qui répondaient à la définition clinique de grippe A (H1N1) de l'OMS dans 44% des cas. Seul un quart d'entre eux présentait des symptômes dès le début du voyage aérien et 15 % ont développé la maladie lors du vol. Les destinations de provenance des patients étaient successivement l'Amérique du Nord, l'Australie puis l'Asie du Sud Est. On notait une association entre la durée de vol aérien et l'apparition des symptômes. Quinze patients ont été hospitalisés dès leur arrivée à l'aéroport dont 14 (12 %) ont été dépistés par un scanner thermique. Ces voyageurs repérés par les médecins de l'aéroport lors de la descente d'avion bénéficiaient d'un isolement respiratoire plus précoce (0,76 versus 1,58 jour) que les autres. Ce travail illustre les limites de la stratégie de dépistage et d'isolement des cas suspects de grippe dans un aéroport international. ■

Mukherjee P, Lim PL, Chow A, Barkam T, Seow E, Win MK. Epidemiology of Travel associated pandemic (H1N1) 2009 infection in 116 patients, Singapore. *Emerg Infect Dis* 2010; 16 : 21-6.