

SURVEILLANCE

LA GRIPPE EN GUYANE FRANÇAISE : BILAN D'UNE ANNÉE DE SURVEILLANCE

A. TALARMIN¹, J. MARGERY², P. TRÉARD², Y. COURATTE-ARNAUDE², L. MAOUZ², P. DEDEL², S. CAUT², L. TERZAN², F. HUARD², G. GUILLOT², J.-P. LIAL², P. BOUTHIER², J.-P. MIGUET², J.-L. SARTHOUL¹

INTRODUCTION

Située en Amérique du sud, dans la zone équatoriale de l'hémisphère nord, la Guyane est avec ses 91000 km² (soit un cinquième de la France), le plus grand des départements français. Ce territoire, recouvert à plus de 90 % de forêt amazonienne, est également le département d'outre-mer le moins peuplé, avec 136000 habitants. Cependant, 90 % de la population se concentre sur une bande côtière de 15 à 40 km de large. Les principaux centres urbains sont l'île de Cayenne constituée de Cayenne, Rémire-Montjoly et Matoury (70000 h), Kourou (15000 h) et Saint-Laurent du Maroni (15000 h). Le climat se caractérise par deux saisons sèches et deux saisons humides. La première saison sèche correspond au mois de mars et la deuxième saison sèche s'étend de juillet à novembre. La température moyenne de la zone littorale est de 26 °C, et l'humidité relative est élevée tout au long de l'année.

Première saison sèche correspond au mois de mars et la deuxième saison sèche s'étend de juillet à novembre. La température moyenne de la zone littorale est de 26 °C, et l'humidité relative est élevée tout au long de l'année.

Les données sur la grippe en Guyane sont extrêmement limitées, mais d'après les rapports annuels de l'Institut Pasteur de la Guyane, cette pathologie semblait très peu fréquente. En effet en dehors d'une petite épidémie en mars 1983 (3 virus Influenza A isolés), aucun virus grippal n'a été isolé en Guyane depuis plus de 10 ans. En 1995 cependant une séroconversion au virus Influenza A sous type H3N2 était diagnostiquée chez un enfant guyanais de Saint-Laurent du Maroni. Une circulation au moins sporadique des virus grippaux existait donc sur le territoire. Afin de faire le point sur l'importance réelle de la grippe en Guyane, il a été décidé de mettre en place un système de surveillance épidémiologique.

MOYENS DE LA SURVEILLANCE

Réseau de médecins sentinelles

En novembre 1995, un réseau de médecins sentinelles a été mis en place. Il est constitué de 12 médecins généralistes sur environ 70 installés en Guyane (6 sur l'île de Cayenne, 4 à Kourou, 1 à Sinnamary et 1 à Saint-Laurent du Maroni), d'un pneumologue, et des deux services de pédiatrie des centres hospitaliers de Cayenne et de Saint-Laurent. Depuis novembre 1996, ce réseau s'est étendu aux dispensaires de Maripasoula et de Saint-Georges de l'Oyapock.

Les médecins sentinelles, tous volontaires, doivent noter le nombre de syndromes grippaux vus en consultation, c'est à dire tout patient présentant une hyperthermie > 38 °C accompagnée ou non de céphalées, myalgies, arthralgies, et accompagnée d'au moins l'un des signes suivants, toux, dysphagie, rhinorrhée. Ils doivent également effectuer sur les patients les plus typiques ou les premiers cas, des écouvillonnages rhinopharyngés. L'écouvillon placé dans un milieu de transport géliifié est conservé à + 4 °C. L'acheminement vers le centre national de référence pour la surveillance des viroses respiratoires de l'institut Pasteur de la Guyane étant organisé par le laboratoire départemental d'hygiène, les laboratoires de Kourou ou de Saint-Laurent ou, pour l'île de Cayenne, par le centre national de référence. Chaque prélèvement est accompagné d'une fiche de renseignements cliniques.

Examens réalisés au centre de référence

Sur chaque prélèvement est réalisée une recherche directe d'antigènes par immunocapture ELISA pour les virus Influenza A et B, Parainfluenza I, II et III (Groupe d'Etudes Immunologiques, Lyon, France) et le virus respiratoire syncytial (Diagnostics Pasteur, France).

Un isolement viral est tenté sur culture cellulaire (cellules MDCK), et la recherche de virus hémagglutinant est effectuée à partir du surnageant de culture tous les deux jours pendant 2 semaines.

Lorsqu'une hémagglutination est observée, l'identification des virus grippaux est réalisée par inhibition de l'hémagglutination à partir d'antisérum de moutons délivrés par le CDC d'Atlanta. Les souches isolées sont adressées pour un typage plus fin au centre national de référence pour la surveillance de la grippe de l'institut Pasteur de Paris.

RÉSULTATS

La répartition des prélèvements parvenus au laboratoire au cours de l'année 1996 n'a pas été homogène, puisque la quasi totalité sont parvenus durant le premier et le dernier trimestre (tableau 1). Comme le montre la courbe épidémique, la circulation des virus grippaux s'est faite sur un mode épidémique en début d'année avec une très importante augmentation des cas cliniques et 1270 cas notifiés durant les mois de janvier et de février (fig. 1); elle a en revanche été plus modérée durant le dernier trimestre bien que le nombre précis de cas notifiés n'ait pu être obtenu. Les chiffres de la consommation médicamenteuse fournis en nombre de boîtes par la Société Pharmaceutique Guyanaise (SPG), illustrent très bien cette poussée épidémique du début d'année. Durant le mois de février où se situait le pic épidémique, la surconsommation en antitussifs (2,7 x la normale), en décongestionnats nasaux (2,1 x), en doliprane enfant (2,5 x) fut en effet très nette, alors que la consommation en doliprane adulte (1,2 x) et en anti-

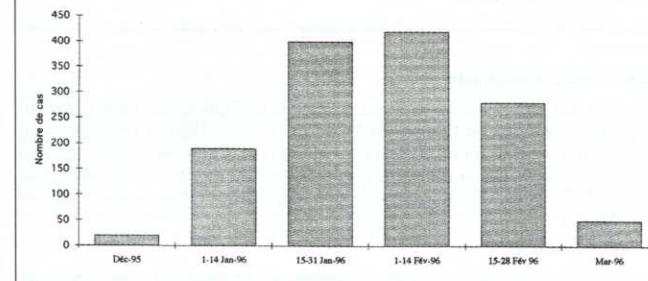
Tableau 1 : Répartition des prélèvements reçus et des positifs au cours de l'année 1996.

	Prélèvements reçus	Nombre de prélèvements positifs			
		VIA H1N1	VIA H3N2	VIB	VRS
1 ^{er} trimestre 1996	66	18	8	2	5
2 ^{er} trimestre 1996	2	0	0	0	0
3 ^{er} trimestre 1996	0	0	0	0	0
4 ^{er} trimestre 1996	89	0	40	0	8

VIA : virus Influenza type A, VIB : virus Influenza type B, VRS : virus respiratoire syncytial.

biotiques type amoxicilline ou macrolides (1,2 x) n'a presque pas augmenté. Des différences spatiales ont également été observées. L'épidémie du premier trimestre a essentiellement touché l'île de Cayenne et Kourou, l'ouest de la Guyane étant relativement épargné, la circulation des virus grippaux a en revanche été beaucoup plus forte dans l'ouest en fin d'année. Les virus Influenza A ont nettement prédominé, le sous-type H1N1 durant le premier trimestre, le sous-type H3N2 en fin d'année (tabl. 1). Durant cette dernière période, la souche isolée était proche de la souche A/Wuhan/359/95.

Figure 1 : Courbe épidémique des syndromes grippaux déclarés par le réseau sentinelles en décembre 1995 et durant le premier trimestre 1996 en Guyane.



La symptomatologie observée chez les patients prélevés durant l'année était tout à fait classique, fièvre (97 %), céphalées (85 %), myalgies (64 %), arthralgies (50 %), dysphagie (48 %), rhinorrhée (83 %) et toux (86 %).

(1) Centre national de référence pour la surveillance de la grippe, Institut Pasteur de la Guyane.

(2) réseau de surveillance de la grippe.

Auteur chargé de la correspondance : Dr. Antoine Talarmin, Service de virologie, Institut Pasteur de la Guyane, BP 6010, 97306 Cayenne cedex.

DISCUSSION

Cette première année de surveillance de la grippe en Guyane au moyen d'un réseau de médecins sentinelles, a permis de montrer que la circulation des virus grippaux, que ce soit sur un mode épidémique comme en début d'année, ou plus sporadique comme au dernier trimestre, y est plus fréquente que ce qui était décrit. Ceci n'est pas étonnant puisque des isollements de virus grippaux sont réalisés régulièrement dans des pays d'Amérique du sud, voisins de la Guyane [1, 2]. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer que le manque de données concernant la grippe en Guyane. Il se peut que les épidémies de grippe soient effectivement très rares, et que celle que nous rapportons soit un phénomène exceptionnel. En effet, la Guyane est un département français où le réseau médical est d'excellente qualité, et où des épidémies de grippe ne devraient pas passer inaperçues. De plus, cette épidémie est survenue durant une saison des pluies d'une intensité supérieure à la normale [3], et à une période où a lieu le carnaval, phénomène touristique drainer de nombreux touristes pendant plusieurs semaines en janvier et février.

Cependant, il se peut également qu'il y ait une sous-déclaration des cas de grippe: aucun réseau sentinelles n'était mis en place jusqu'en décembre 1995, et en l'absence de surveillance, aucune déclaration ne pouvait exister. De plus, la symptomatologie de la grippe ressemblant énormément à celle de la dengue très fréquente en milieu tropical, il est possible que ces pathologies ne soient pas toujours distinguées. L'atteinte des voies aériennes supérieures et la toux sont les symptômes les plus caractéristiques de la grippe.

La différence de surconsommation entre doliprane adulte et doliprane enfant peut faire penser que les enfants furent plus touchés que les adultes durant l'épidémie du premier trimestre 1996. L'âge des patients n'étant pas enregistré dans le relevé des cas cliniques, il est impossible de le vérifier. Les prélèvements parvenus au CNR, cependant, concernaient autant les adultes que les enfants. Cette différence pourrait donc aussi être due à un plus grand stock d'antipyrrétiques adultes dans les boîtes à pharmacie familiales.

Des interrogations subsistent cependant. En l'absence de réelle variation de climat, en dehors de précipitations plus abondantes à certaines périodes de l'année, il se peut que la grippe ne connaisse pas de saison comme en métropole : alors que l'épidémie du début de l'année 1996 a eu lieu pendant la saison des pluies, les premiers cas du dernier trimestre se sont déclarés en pleine saison sèche. L'origine de ces souches reste également à déterminer ; si les souches du début d'année peuvent être arrivées avec les touristes venant de France métropolitaine à l'occasion des fêtes de fin d'année ou du carnaval, les souches isolées en octobre 1996 l'ont été alors qu'aucun virus grippal n'avait encore été isolé en métropole. En revanche le même virus Influenza A H3N2 circulait depuis début octobre en Guadeloupe [4], et une épidémie très importante avait eu lieu au mois d'août en Colombie, également due au virus Influenza H3N2 [5]. L'intérêt de la vaccination antigrippale reste aussi à définir en Guyane ; cependant, après un an de surveillance, il semble licite d'adopter la même politique vaccinale qu'en métropole. Pour répondre à toutes ces interrogations et parfaire la connaissance de l'épidémiologie de la grippe en Guyane, la surveillance doit être poursuivie. Il est souhaitable pour intéresser encore davantage les médecins du réseau de l'inclure dans un système de surveillance englobant d'autres pathologies telle que la dengue.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] O.M.S. - *La grippe dans le monde. Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 1996 ; 1, 1-7.
- [2] O.M.S. - *Grippe. Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 1996 ; 51/52, 386.
- [3] Météo - France-Guyane - *Pluviométrie mensuelle. Bulletin Climatologique Mensuel*, 1996 ; 4, 12-13.
- [4] O.M.S. - *Grippe. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire*, 1996 ; 47, 358.
- [5] O.M.S. - *Grippe. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire*, 1996 ; 50, 383.

ENQUÊTE

À PROPOS D'UNE TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE (TIAC) À L'HISTAMINE SURVENUE À BREST

J.-P. BOUTIN*, J.-M. PUYHARDY*, D. CHIANEA**, P. ANDREU***, S. PAEZ***, L. FIZE****, J.-M. VAUTHIER**,
J.-C. CHAPALAIN*, J.-L. GRIPPARI*, H. CORBE**, P. BIETRIX*.

L'intoxication à l'histamine est une intoxication chimique liée à la consommation d'aliments contenant de grandes quantités d'histamine. Historiquement il s'agit presque exclusivement de poissons parmi lesquels les plus souvent incriminés appartiennent aux familles des Scombridae (thon, germon, bonite, maquereau) et des Scomberesocidae (balaou, scombérésoco) d'où le terme anglais très répandu de *Scombroïd Fish Poisoning*. En fait les espèces en cause sont très nombreuses, une revue de la littérature nous a permis d'en recenser 28 appartenant à 11 familles [1, 3, 7, 8]. De plus de véritables intoxications d'origine histaminique liées à la consommation de fromage de type Emmental ont été rapportées aux USA [8]. Il faut donc, comme les rares auteurs francophones, préférer les termes d'intoxication à l'histamine ou histaminique (en anglais *Histamine Poisoning*) qui rendent mieux compte de l'étiologie et de la diversité des aliments en cause [1, 2, 8].

Une épidémie permet de faire le point sur une pathologie notoirement sous-rapportée et méconnue [1, 3, 7]. Le vendredi 25 octobre 1996 en début d'après-midi, les médecins responsables des Avisos basés dans le port de Brest (P.A. & S.P.) ont reçu simultanément trois marins d'un même bâtiment. Ils présentaient un malaise général, une diarrhée et un flush du visage et du cou. L'un d'entre eux a ressenti les premiers troubles à table ce midi-là après avoir consommé l'entrée et avant même que le plat principal ne soit servi. Cette entrée était une assiette froide de poissons fumés et de fruits de mer que les trois patients ont consommés. Le diagnostic d'intoxication à l'histamine a été immédiatement suspecté. Les résultats des enquêtes effectuées à cette occasion sont rapportés et discutés ici.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cet Aviso rentre d'une mission en Atlantique Sud, son effectif est de 88 personnes.

Méthodes épidémiologiques

La définition du cas clinique retenue a été : toute personne ayant pris au moins un repas à bord de l'Aviso les 24 et 25 octobre 1996 et présentant au moins un signe digestif, neurologique ou allergique. Cette définition très peu spécifique se justifie par la diversité des manifestations de l'intoxication histaminique [1, 3, 6, 7]. Une enquête de cohorte rétrospective a été conduite (J.P.B., J.M.V.).

Méthodes vétérinaires

L'ensemble des repas témoins ont été retrouvés et analysés. Les stocks de poissons et fruits de mer présents à bord ont été saisis et des échantillons analysés. Une enquête vétérinaire auprès du fournisseur de poisson a été diligentée (L.F.).

Méthodes microbiologiques et toxicologiques

Les analyses microbiologiques alimentaires ont été réalisées dans le laboratoire de biologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Clermont-Tonnerre (J.M.P., J.C.C. & P.B.) et à l'Institut Pasteur de Dakar. Des examens d'anatomopathologie ont été effectués sur des échantillons de poisson [J.L.G.]. Le dosage toxicologique de l'histamine dans les poissons a été réalisé dans le laboratoire de biochimie-toxicologie clinique de l'HIA Clermont-Tonnerre (D.C. & H.C.) sur 9 échantillons conformément aux recommandations de la directive n° 91/493 du Conseil des Communautés Européennes du 22 juillet 1991 fixant les règles sanitaires régissant la production et la mise sur le marché des produits de la pêche (*JOCE* du 24/9/91). Les normes retenues par cette directive sont : la teneur moyenne en histamine des 9 échantillons ne doit pas dépasser 100 ppm, 2 échantillons peuvent avoir une teneur dépassant 100 ppm mais n'atteignant pas 200 ppm, aucun échantillon ne doit avoir une teneur dépassant 200 ppm. La technique employée pour le dosage de l'histamine dans la chair de poisson est la chromatographie liquide haute résolution, qui est la méthode de référence [5]. On a utilisé une colonne Waters C 18 en polarité de phase inversée couplée à un détecteur fluorométrique. La présence d'histamine et la pureté de la molécule ont été confirmées par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse.

RÉSULTATS

Enquête clinique

Le premier patient à avoir consulté le 24 au soir, a été acheminé vers le service de garde de l'hôpital. Il présentait une rougeur du visage, du cou et du thorax avec tachycardie, vertiges, céphalées et diarrhée. Avant de consulter le patient avait pris une dose non quantifiée d'aspirine. Devant ce malade isolé une suspicion d'allergie à l'aspirine a été faite malgré l'absence d'antécédent et le sujet mis en observation. Après enquête, 75 des 88 personnes ont été interrogées (85 %) et ce sont finalement 20 cas qui ont été recensés. Du point de vue clinique 18 cas (90 %) avaient eu une diarrhée non sanguinolente, souvent brève et toujours spontanément résolutive, 9 cas (45%) avaient des céphalées, 6 cas (30 %) un flush du visage du cou et/ou du thorax typique, 6 cas (30 %) des douleurs abdominales, 4 cas (20 %) une cuisson de la peau du visage et des lèvres, 4 cas un malaise général (20 %), tandis que nausées, vomissements, palpitations et vertiges n'étaient observés que une à deux fois dans la série.

Enquête épidémiologique

La courbe épidémiique est bi-modale avec 15 cas le jeudi entre 13 et 22 heures et 4 cas le vendredi entre 12 et 13 heures (figure). On a constaté que seuls les convives de la table A ont été malades le vendredi. Le jeudi après-midi, tous les patients sauf un étaient par contre des convives de la table B. Cet ensemble de constatations fait évoquer une source persistante avec exposition répétée et nous a amenés à rechercher un produit de la mer servi consécutivement aux différentes tables. De l'espadon (*siphias gladius*), des gambas et de la cigale de mer ont en effet été présentés successivement le jeudi midi à la table B et le vendredi midi à la table A. Le jeudi soir parmi ces trois denrées seul l'espadon fumé a été proposé.

* Médecin, HIA Clermont-Tonnerre. BP 41 - 29240 Brest Naval.

** Pharmacien, HIA Clermont-Tonnerre. BP 41 - 29240 Brest Naval.

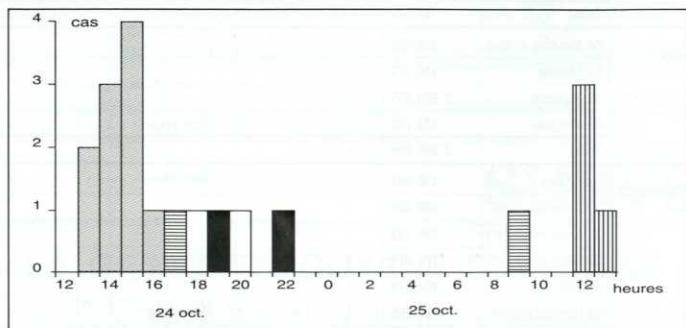
*** Médecin, Chefferie du Service de Santé du GASM. 29240 Brest Naval

**** Vétérinaire, DISS des Forces Françaises du Cap Vert. BP 3024 - Dakar Sénégal

Parmi les 34 personnes interrogées n'ayant mangé de l'espadon que le jeudi midi, 11 ont été malades (32 %). Parmi les 8 personnes enquêtées n'en ayant mangé que le jeudi soir, deux ont été malades (25 %). Parmi les 8 en ayant consommé le vendredi midi, quatre ont été malades avant 14 heures (50 %).

Figure : Courbe épidémique des cas d'intoxication histaminique, (Brest, 24 et 25 octobre 1996)

En grisé les consommateurs d'espodon du 24 midi ; en hachures horizontales le consommateur du 24 à 16h ; en noir les consommateurs du 24 à 18h ; en hachures verticales les consommateurs du 25 à midi. En blanc les malades n'ayant pas mangé d'espodon.



Enfin, un personnel a eu un comportement alimentaire particulier. N'ayant pu déjeuner le jeudi midi, il est passé en cuisine vers 16 heures pour prendre un en-cas et a confectionné un casse-croûte à l'espodon fumé. Dans l'heure qui suivit il présentait une diarrhée strictement isolée. Le vendredi midi il consommait, à table cette fois, de l'espodon fumé et présentait alors un tableau plus typique avec rougeur du visage, céphalées et diarrhée. Cette personne a donc été malade deux fois à quelques heures d'écart. Finalement au terme de l'analyse portant sur 75 des 88 rationnaires, seul l'espodon fumé ressort comme plat à risque d'intoxication parmi les mets servis aux tables A et B à un moment ou à un autre les 24 et 25 octobre (tableau n° 1). Le risque relatif d'être malade chez les consommateurs d'espodon fumé par rapport aux non-consommateurs s'établit à 7,4. (IC à 95 % de 1,9 à 29,9 - p<0,001). Deux malades n'ont jamais consommé d'espodon fumé. Pour les 18 autres la durée d'incubation varie de 15 minutes à 21 heures, en moyenne 3 heures, en médiane 2 heures.

Tableau 1. – Taux d'attaque spécifiques pour les aliments servis alternativement aux tables A et B les 24 et 25 octobre. Intoxication à l'histamine, Brest 1996.

	Aliment								
	consommé			non consommé			RR	IC à 95 %	
	Total	Cas	TA %	Total	Cas	TA %			
Espodon fumé	41	18	43,9	34	2	5,9	7,4	1,9 - 29,9	
Gambas	43	9	20,9	32	11	34,8	0,6	0,3 - 1,3	
Cigale de mer	43	12	27,9	32	8	25	1,1	0,5 - 2,4	

TA = taux d'attaque

RR = risque relatif

IC à 95 % = intervalle de confiance à 95 %

Enquête vétérinaire

L'espodon fumé se présentait en tranches emballées sous vide, dans des paquets d'environ 400 grammes. Il provenait d'un seul lot de 30 kg livré à l'occasion d'une escale le 14 octobre. La conservation à bord a été effectuée en chambre à froid négatif. Aucun incident n'est survenu dans cette chambre comme cela a pu être vérifié sur des cahiers de relevés de températures pluri-quotidiens. Aucun paquet n'a été consommé avant le 24 octobre. Il n'a pas été relevé de fautes de manipulation par les personnels de cuisine. Ceux-ci ont été examinés et ne présentaient aucune pathologie au moment de l'épidémie. L'enquête vétérinaire a retrouvé la poissonnerie industrielle ayant réalisé le fumage. Outre une hygiène générale contestable, le vétérinaire a appris qu'une panne d'électricité avait été constatée le lundi 7 octobre à l'embauche. La durée de cette coupure de courant pendant le week-end est indéterminée. Mais elle a été suffisamment importante pour qu'une partie du stock de poisson ait été détruit parce que d'évidence dégelé. Une autre partie du stock, estimée non décongelée bien que provenant des mêmes chambres froides, a été mise en vente. C'est ce lot qui a été fourni à la Marine le 11 octobre puis à l'Aviso le 14 octobre. Des prélèvements de poisson ont été effectués dans l'établissement lors de l'enquête.

Enquête microbiologique et toxicologique

Les analyses bactériologiques réalisées sur l'espodon fumé du plat témoin ont retrouvé une qualité bactériologique non satisfaisante avec présence de coliformes fécaux à 30 000/g, de *Staphylococcus aureus* à 4000/g et une flore mésophile à 1800 000/g. Des examens effectués sur des paquets d'espodon prélevés dans le stock saisi à bord, ont retrouvé les mêmes contaminants ainsi que des chaînettes Gram positives évoquant des *Streptococcaceae*. Les analyses effectuées sur le poisson saisi dans l'usine de production ont trouvé des *Streptococcus faecalis* à la dose de 200/g ainsi qu'une flore mésophile abondante. L'examen anatomopathologique de coupes d'espodon fumé a retrouvé de nombreuses plages de nécrose septique contenant des bactéries en chaînette évocatrices de *Streptococcaceae*. Enfin les teneurs en histamine, mesurées sur 9 échantillons de 10 grammes, prélevés au hasard dans 9 paquets d'espodon fumé saisis à bord varient de 2030 ppm à 4750 ppm, avec une moyenne de 3473 ppm (N<200 ppm).

DISCUSSION

Compte tenu de la large information apportée à l'enquête dans cette petite collectivité on peut penser que les personnels non interrogés lors de

l'enquête n'avaient pas été malades. Dès lors le taux d'attaque s'établit à 22%. La bimodalité de la courbe épidémique correspond à une source unique mais persistante; en l'occurrence de l'espodon fumé servi en entrée au cours de trois repas successifs [et un en-cas] et provenant d'un même lot. L'étiologie histaminique est ici indiscutablement établie, sur ce poisson pourtant rarement incriminé, par les seuls dosages toxicologiques qui dépassent de 10 à 24 fois la norme européenne. La confirmation de ce diagnostic n'est effectivement possible que par le dosage de l'histamine dans les aliments suspects. Les recherches sur prélèvements biologiques (sang et urines) des malades sont négatives du fait de la métabolisation très rapide de l'histamine qui peut de plus être d'autre origine [8]. En pratique le diagnostic peut être très fortement suspecté par la clinique associée à l'évidence de la consommation d'un poisson habituellement incriminé comme le rappellent les critères de définition préconisés aux États-Unis : « mise en évidence de l'histamine dans un aliment épidémiologiquement incriminé ou syndrome clinique chez des personnes qui ont mangé une espèce de poisson précédemment associée avec une intoxication histaminique » [4]. Un débat persiste dans la littérature sur le seuil pathologique de ce dosage alimentaire de l'histamine (entre 50 et 500 ppm). L'existence d'une réglementation européenne devrait permettre dorénavant une harmonisation des attitudes communautaires (cf. supra).

Les poissons en cause ont le plus souvent été traités et manipulés dans des conditions d'hygiène incertaines facilitant, lors de l'éviscération et de la transformation, la contamination du muscle par des bactéries d'origine digestive productrices d'une histidine décarboxylase. Un facteur aggravant constant dans la littérature est lié aux défauts de la chaîne du froid permettant la pullulation microbienne et la production d'histamine (optimale à 30°C). Une fois l'inoculum suffisant, une activité enzymatique résiduelle persiste même à basse température (0-5°C) et bien que la croissance bactérienne soit stoppée [1].

L'intoxication histaminique reste peu reconnue ou tout au moins peu rapportée en France. Lorsque des cas semblent isolés ou qu'ils n'ont pas pu être reliés, ils ne sont pas déclarés car non constitutifs d'une TIAC stricto sensu; ceci peut être regretté en terme de sécurité alimentaire. Les cas groupés déclarés ne sont pas nombreux; 42 foyers recensés entre 1991 et 1995 (soit moins de 2 % du total) qui correspondent à 539 cas dont 74 hospitalisations (source RNSP). L'aliment responsable a été confirmé 26 fois sur 42 et suspecté 16 fois. Du thon a été incriminé 35 fois (dont 23 fois confirmées); rascasse, raie, espodon et marlin ont été responsables une fois chacun et du poisson d'espèce indéterminée 3 fois. Les foyers sont apparus en collectivités 29 fois, en cuisine familiale 7 fois, en restaurant 2 fois, de façon diffuse 4 fois. L'évolution récente des déclarations au Royaume-Uni mérite d'être indiquée. Bien qu'ayant été initialement décrite chez des marins britanniques en 1828, l'intoxication histaminique n'était pas déclarée avant 1977. Les descriptions en 1977 puis en 1978 par Kelly et Cruickshank de trois épidémies ont permis une véritable prise de conscience. Dès lors cette étiologie a été beaucoup plus fréquemment reconnue et déclarée en Grande-Bretagne; alors que seulement 7 épisodes étaient rapportés entre 1976 et 1978, 251 épidémies ont été ensuite décrites entre 1980 et 1986 et la tendance ne se dément pas depuis [3].

À la sous-déclaration probable s'ajoute un risque certain d'erreur diagnostique aux conséquences fâcheuses. En effet si la symptomatologie est le plus souvent bénigne et transitoire elle peut être trompeuse et des diagnostics erronés de réactions allergiques aiguës ne sont pas rares comme le rappelle notre cas index. Malheureusement il arrive que des patients victimes d'authentiques intoxications histaminiques soient mis en garde contre une allergie alimentaire et amenés à adopter une alimentation excluant de façon illégitime le poisson de leur régime [6, 7].

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La consommation de poisson augmente en France du fait de ses qualités diététiques mais aussi du fait d'une brûlante actualité épidémiologique qui valorise le poisson par rapport à certaines viandes. Face à une consommation accrue une vigilance épidémiologique, elle aussi accrue, s'impose. Seule une large sensibilisation du corps médical pourra permettre une meilleure validité du diagnostic, une déclaration plus complète des groupements de cas, et par conséquence un traçage efficace des produits impropre à la consommation et une meilleure connaissance du large éventail des espèces de poisson et des aliments qui peuvent être en cause.

RÉFÉRENCES

- AHMED F.E. Naturally occurring seafood toxins. *J. Toxicol. - Toxin Reviews* 1991; 10 : 263-287.
- Anonyme. *Intoxications histaminiques en Seine Maritime. BEH* 1987: 103.
- BARTHOLOMEW B.A., BERRY P.R., RODHOUSE J.C., GILBERT R.J. *Scombrotoxic fish poisoning in Britain : features of over 250 suspected incidents from 1976 to 1986. Epidemiol. Inf.* 1987; 99 : 775-782.
- BEAN N.H., GOULDING J.S., LAO C., ANGULO F.J. *Surveillance for Food-borne-Disease Outbreaks - United States, 1988-1992. M.M.W.R.* 1996; 45 : SS-5, 63.
- ETIENNE M., GOUYGOU J.-P., LANDREIN A. *Standard operation procedure for the determination of histamine in fishery products by high pressure liquid chromatography. Étude européenne F.A.R. - Project U.P.1.46, Biogenic amines in fishery products 1992.*
- LANGEW R. *Scombroid poisoning. American Family Physician* 1988; 37: 163-168.
- RUSSEL F.E., MARETIC Z. *Scombroid poisoning : mini-review with cases histories. Toxicol* 1986; 24: 967-973.
- TAYLOR S.L., STRATTON J.E., NORDLEE J.A. *Histamine poisoning (Scombroid Fish Poisoning): an allergy-like intoxication. Clinical Toxicology* 1989; 27: 225-240.
- Remerciements :** les auteurs remercient M^{me} M. ETIENNE [IFREMER Nantes], M. J. BOUCHER et F. DJABALI [IFREMER Brest], M^{me} S. HAEGHEBAERT [RNSP Saint-Maurice] et M. le D. B. COIGNART [CHU Lille] pour leur aide bibliographique et documentaire.

Directeur de la publication : Pr J. F. GIRARD – **Rédacteur en chef :** Pr Elisabeth BOUDET
Rédaction : Dr Jean-Baptiste BRUNET, Isabelle CAPEK, Corinne LEGOASTER, Agnès LEPOUTRE, Martine LEQUELLEC-NATHAN, Florence LOT, Vincent PIERRE, Isabelle REBIRE, Véronique VAILLANT. **Administration :** M. André CHAUVIN –
Secrétariat : Mme Hortense PINVILLE Direction générale de la Santé – Sous-direction de la Veille sanitaire Bureau VS 2 : 1, place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 40 95 – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 1 732 278 – ISSN 0249-7466

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE - Service abonnements
124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)

124, Rue Henri-Barbusse, 93300 AUBERVILLIERS CEDEX (France)
Tél. : 01 48 39 56 00 - Télecopie : 01 48 39 56 01
Tarif 1997 - France : 285 FF TTC, Europe (U.E.) : 320 FF TTC, Europe (hors U.E.) et Maghreb : 313,42 FF HT
DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique
[hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 310 FF HT
Autres pays, avion économique : 320 FF HT; suppl. par avion rapide 25 FF HT