

Maladie Mains-Pieds-Bouche

Actualités 2012

Professeur Pierre Aubry. Texte rédigé le 21 juillet 2012

1- Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé a lancé le 4 juillet 2012 une alerte au niveau mondial concernant une maladie inconnue atteignant les enfants de moins de trois ans au Cambodge. Le 13 juillet 2012, l'enquête a conclu qu'une forme grave de la Maladie Mains-Pieds-Bouche (MMPB) était à l'origine de la majorité des cas et que la plupart des échantillons prélevés et analysés par l'Institut Pasteur du Cambodge étaient positifs pour l'entérovirus 71 (EV-71).

Compte tenu des épidémies ayant déjà touché l'Asie et de l'épidémie actuelle au Cambodge qui est très meurtrière avec le décès d'une soixante depuis avril 2012, une note sur la MMPB est nécessaire dans le cadre de l'enseignement de la médecine tropicale.

2- Epidémiologie

La MMPB survient par cas individuels ou par épidémies. La maladie existe toute l'année sous les tropiques, alors qu'elle sévit en été et en automne dans les pays tempérés. Depuis 1997, des flambées épidémiques ont eu lieu dans la Région Asie – Pacifique : Malaisie en 1997, Taïwan en 1998, Australie en 1999, Singapour en 2000, en Chine en 2008.

La MMPB touche les enfants de moins de 11 ans. Elle est causée par des entérovirus, le plus souvent par le virus Coxsackie A-16 ou par l'entérovirus EV-71. Le virus Coxsackie A-16 entraîne généralement une maladie spontanément résolutive avec peu de complications, alors que l'EV-71 est associé à des complications graves, voire mortelles.

Le virus Coxsackie A-16 est responsable de la MMPB, de l'herpangine ou pharyngite vésiculeuse et de l'acrodermatite papuleuse infantile de Gianotti-Crosti.

L'EV-71 est responsable de la MMPB et de l'herpangine. Il peut être cause au cours de la MMPB de complications, même en l'absence de signes cliniques de MMPB.

Les virus responsables de la MMPB sont transmis par contact direct avec les sécrétions du sujet infecté : sécrétions des voies respiratoires (nez, gorge), salive, selles, liquide des lésions cutanées. La maladie est particulièrement contagieuse dans la première semaine, mais le virus peut-être éliminé dans les selles pendant plusieurs semaines.

3- Etude clinique

L'incubation est brève de 3 à 5 jours.

La MMPB, ou stomatite vésiculeuse avec exanthème, est caractérisée par de la fièvre, par des lésions buccales et des éruptions cutanées. Les lésions buccales sont des vésicules qui s'ulcèrent rapidement et siègent sur la muqueuse buccale, la langue, le palais et les gencives. Les éruptions cutanées sont des lésions maculo-vésiculeuses qui siègent sur la paume des mains, sur les doigts et sur la plante des pieds, ainsi que sur les fesses.

Parmi les autres symptômes, on cite des malaises, des maux de gorge, des troubles digestifs (vomissements, diarrhée). La MMPB est considérée comme bénigne et guérit spontanément en 7 à 10 jours. Mais des complications peuvent survenir : déshydratation et méningite aseptique ou virale en cas d'infection à virus Coxsackie; déshydratation, complications neurologiques (encéphalite, méningite, paralysie flasque aiguë), pulmonaires (œdème pulmonaire, hémorragie pulmonaire), cardiaques (myocardite) en cas d'infection par l'EV-71, qui peuvent être cause de décès.

4- Formes cliniques

Les adultes sont rarement atteints. Les femmes enceintes courent un plus grand risque d'infection. La femme enceinte peut présenter une maladie bénigne, voire asymptomatique. Si elle est infectée avant l'accouchement, elle peut transmettre l'infection à son nouveau-né qui peut présenter une maladie bénigne

ou grave, d'autant qu'il est infecté au cours des deux premières semaines de vie.

5- Diagnostic

Le diagnostic est clinique dans les formes non compliquées.

Dans les formes compliquées, le diagnostic de laboratoire est nécessaire à partir des prélèvements au niveau des voies aériennes supérieures, des lésions cutanées, des selles, du liquide céphalorachidien. Il repose sur la culture virale et la PCR.

6- Traitement

Il n'existe pas de traitement curatif. L'administration d'immunoglobulines intraveineuses peut prévenir les formes graves chez les patients atteints de déficit immunitaire ou en cas de risque vital.

Le traitement symptomatique consiste en une bonne hydratation, des médicaments contre la fièvre et les douleurs dues aux ulcérations buccales.

7- Prévention

La prévention est basée sur une bonne hygiène personnelle. Pour éviter d'être infecté, il faut se laver fréquemment les mains, surtout après avoir changé les couches des bébés et après avoir été aux toilettes ; il faut désinfecter les surfaces contaminées et les objets souillés avec des désinfectants chlorés (eau de Javel) ou iodés.

En cas d'épidémies, il faut fermer les écoles et les garderies. Il n'y a pas de restriction aux voyages ou au commerce.

Références

WHO. *Hand, foot and mouth disease information sheet*. 10 July 2012.

WHO. Western Pacific Region. *A guide clinical and management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD)*. 2011

OMS. *Graves complications de la maladie mains-pieds-bouche due au virus EV-71 au Cambodge - Conclusions de l'enquête conjointe*. 13 juillet 2012.