

La listériose

Quand une toxi-infection alimentaire devient sérieuse

NOUVEAU!

Cécile Tremblay, MD, FRCPC



L'été 2008 : celui de la listériose

Après l'éclosion de salmonellose associée aux piments jalapeños, l'été 2008 a été témoin d'une autre éclosion d'infections alimentaires, cette fois-ci, la listériose. Plusieurs décès ont été constatés au Canada. La source probable venait de charcuteries de la compagnie *Maple Leaf* et de certaines fromageries au Québec. Même si plus de 200 produits ont été retirés du marché, de nouveaux cas pourraient se manifester plus tardivement en raison de la période d'incubation de la maladie, qui varie de un jour (dans le cas de nourriture fortement contaminée) à trois mois dans le cas de maladie grave.

Comme cliniciens, quels éléments devons-nous avoir en tête afin d'évaluer le risque de notre clientèle devant ce type d'éclosion?

En collaboration avec



Ce que nous devons connaître au sujet de la listériose

La pathogenèse

La listériose est causée par *Listeria Monocytogenes*, une bactérie que l'on retrouve dans l'environnement (sol, eau, fumier), contaminant parfois les animaux de ferme, ce qui résulte en des viandes et des produits laitiers contaminés.

La symptomatologie

Les symptômes peuvent apparaître soudainement et incluent : nausées, vomissements, crampes, diarrhée, céphalées graves, constipation et fièvre persistante. Ces symptômes peuvent être suivis de méningo-encéphalites ou de septicémie pouvant entraîner le décès.

La population à risque

Contrairement à d'autres infections alimentaires, la listériose est particulièrement à craindre chez les personnes âgées, les femmes enceintes (et leur fœtus) ainsi que les hôtes immunosupprimés, en particulier les individus atteints de SIDA qui ont un risque 300 fois plus élevé de contracter la maladie que des individus immunocompétents.



Dre Tremblay est microbiologiste/infectiologue au CHUM et directrice agrégée au Département de microbiologie et immunologie de l'Université de Montréal.

Copyright ©
Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer un coupé pour leur usage personnel

Les toxi-infections alimentaires sont des maladies à déclaration obligatoire. Il est donc important d'aviser le Département de santé publique de votre région si vous rencontrez un tel cas.

La prévention

En période d'éclosion, les personnes à risque d'infection grave devraient éviter de manger des charcuteries commerciales ainsi que des fromages non pasteurisés. De façon générale, une préparation hygiénique des aliments, la décongélation des aliments dans le réfrigérateur et non sur le comptoir, et l'assurance que ceux-ci sont cuits à une température adéquate sont des gestes minimisant les risques de contamination.

Les toxi-infections alimentaires sont des maladies à déclaration obligatoire. Il est donc important d'aviser le Département de santé publique de votre région si vous rencontrez un tel cas. 

Le diagnostic

Un haut taux de suspicion clinique dans un contexte épidémiologique approprié est essentiel pour un diagnostic rapide de la listériose. La bactérie, un bâtonnet à Gram positif, peut être détectée par une hémoculture ou une culture du liquide céphalo-rachidien dans le cas de méningite.

Le traitement

L'ampicilline associée à un aminoglycoside est le traitement de choix dans les infections graves. Bien que *L. Monocytogenes* soit très sensible aux antibiotiques, des décès peuvent survenir malgré un traitement précoce.

OMNARIS est indiqué pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière, y compris le rhume des foins, et de la rhinite allergique perannuelle chez l'adulte et chez les adolescents âgés de 12 ans et plus.

OMNARIS est contre-indiqué chez les patients ayant une hypersensibilité à l'un de ses ingrédients. OMNARIS doit être administré avec précaution, le cas échéant, chez les patients présentant une infection tuberculeuse active ou quiescente des voies respiratoires.

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés avec OMNARIS lors d'essais cliniques de courte durée auprès de patients de 12 ans et plus présentant de la RAS ou de la RAP ont été l'épistaxis (2,7 % par rapport à 2,1 % placebo), l'irritation des voies nasales (2,4 % par rapport à 2,2 % placebo) et les céphalées (1,3 % par rapport à 0,7 % placebo). Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés avec OMNARIS lors d'essais cliniques de 52 semaines auprès de patients de 12 ans et plus présentant de la RAP ont été l'épistaxis (8,4 % par rapport à 6,3 % placebo), l'irritation des voies nasales (4,3 % par rapport à 3,6 % placebo) et les céphalées (1,6 % par rapport à 0,5 % placebo).

OMNARIS doit être administré avec précaution, le cas échéant, chez les patients qui sont atteints d'une infection fongique ou bactérienne localisée ou générale qui n'a pas été traitée, d'une infection virale ou parasitaire générale ou d'herpès oculaire. Les patients qui prennent des immunosuppresseurs sont plus susceptibles de contracter une infection que les personnes en santé. En raison de l'effet inhibiteur des corticostéroïdes sur la cicatrisation des plaies, les patients qui ont été récemment atteints d'un ulcère de la cloison des fosses nasales ou qui viennent de subir une intervention chirurgicale ou un traumatisme au nez ne doivent pas utiliser un corticostéroïde administré par voie nasale avant que la plaie soit cicatrisée. Dans de rares cas, des réactions d'hypersensibilité immédiates ou une dermatite de contact peuvent se manifester après l'administration de corticostéroïdes par voie intranasale. De rares cas de respiration sifflante, de perforation de la cloison des fosses nasales, de cataractes, de glaucome et d'augmentation de la pression intra-oculaire ont été signalés à la suite de l'administration de corticostéroïdes par voie intranasale. Afin de minimiser les effets généraux des corticostéroïdes administrés par voie intranasale, la posologie de chaque patient doit être établie de façon à ce qu'il reçoive la dose efficace la plus faible possible. Dans le cas des patients atteints d'asthme ou d'autres affections cliniques nécessitant une corticothérapie générale prolongée, la diminution rapide de la posologie du corticostéroïde peut exacerber gravement leurs symptômes. L'administration de OMNARIS durant la grossesse n'a pas fait l'objet d'études convenables. On ignore si le ciclésonide est excrété dans le lait maternel. Monographie disponible sur demande.

*Variation moyenne du score total des symptômes nasaux (matin et soir) : après 2 semaines de traitement de la RAS – OMNARIS -2,40 par rapport à -1,50 placebo, $p < 0,001$; après 6 semaines de traitement de la RAP – OMNARIS -2,51 par rapport à -1,89 placebo, $p < 0,001$.

©2008 Nycomed Canada Inc. Tous droits réservés.
^{MC} Marque de commerce de Nycomed GmbH.



Utilisée en vertu d'une licence.