



ORGANISATION DES  
NATIONS UNIES  
POUR L'ALIMENTATION  
ET L'AGRICULTURE

ORGANISATION  
MONDIALE  
DE LA SANTÉ



F

**Point 4.2 a) de l'ordre du jour**

**GF/CRD Switzerland-1**

LANGUE ORIGINALE

**FORUM MONDIAL FAO/OMS DES RESPONSABLES DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE  
DES ALIMENTS**

*Marrakech (Maroc), 28 – 30 janvier 2002*

**LA LISTÉRIOSE EN SUISSE / LISTERIOSIS IN SWITZERLAND**

***Recommandations pour la prévention, le diagnostic et le traitement / Recommendations for  
the prevention, diagnosis and treatment***

*par l'Office fédéral de la santé publique / by the Federal Public Health Office*

*Berne / Bern*

**DOCUMENT PROPOSÉ PAR LA SUISSE**

***Résumé***

En Suisse, le taux d'incidence de la *listériose* s'est stabilisé dans les années 90 à un niveau endémique correspondant à celui observé dans les autres pays industrialisés. Entre 1990 et 1999, 3 à 6 cas par million d'habitants ont été déclarés chaque année et aucun foyer infectieux (cas groupés) n'a été observé. La maladie a touché avant tout les personnes immuno-déprimées présentant une pathologie sous-jacente sévère, généralement de type néoplastique, les femmes enceintes, les nouveaux-nés et les personnes âgées. Les manifestations les plus fréquentes étaient la méningite ou la méningo-encéphalite, la septicémie et la pneumonie. Le taux de létalité parmi les cas déclarés était de 20%.

***Summary***

The rate of *Listeriosis* incidents stabilised in Switzerland in the 1990s to an endemic level similar to that of other industrialised countries. Between 1990 and 1999, 3 to 6 cases per one million inhabitants were declared yearly however, no grouped cases were noted. In most cases, persons suffering from an immunocompromised system with a severe underlying pathology, generally of the neoplastic type, pregnant women, neonates and the elderly were the most affected. The most onset symptoms were meningitis or encephalo-meningitis, septicaemia and pneumonia. The case-fatality rate among the declared cases was 20%.

*Les opinions exprimées dans les documents du Forum mondial sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la FAO ou de l'OMS. Les appellations employées et la présentation des données n'impliquent de la part de la FAO et de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.*

## Recommandations pour la prévention, le diagnostic et le traitement

**E**n Suisse, le taux d'incidence de la listériose s'est stabilisé dans les années 90 à un niveau endémique correspondant à celui observé dans les autres pays industrialisés. Entre 1990 et 1999, 3 à 6 cas par million d'habitants ont été déclarés chaque année et aucun foyer infectieux (cas groupés) n'a été observé. La maladie a touché avant tout les personnes immuno-déprimées présentant une pathologie sous-jacente sévère, généralement de type néoplasique, les femmes enceintes, les nouveau-nés et les personnes âgées. Les manifestations les plus fréquentes étaient la méningite ou la méningo-encéphalite, la septicémie et la pneumonie. Le taux de létalité parmi les cas déclarés était de 20%.

*Listeria monocytogenes* est une bactérie ubiquitaire présente dans la nature. Jusqu'en 1930 environ, seules des infections du SNC chez les ruminants lui étaient attribuées («circling disease» du mouton). Au cours des 20 dernières années, des cas groupés d'origine alimentaire, touchant de 10 à plus de 1500 personnes sont apparus et chaque épisode a pu être associé à un type d'aliment particulier, essentiellement des produits laitiers et différentes conserves et salades [1]. Dans les pays industrialisés, la plupart des cas surviennent cependant de manière sporadique; avec un taux d'incidence entre 3 et 8 cas par million d'habitants [2-4]. Les trois sérotypes les plus fréquents sont le 4b, 1/2a et 1/2b. Presque tous les cas groupés à travers le monde ont été attribués à une souche du sérotype 4b, alors que celui-ci n'a été isolé que dans la moitié des cas sporadiques. Des épisodes infectieux très distants du point de vue géographique et dans le temps ont pu être attribués à des souches génétiquement proches, indiquant qu'il s'agissait d'une souche ou d'un clone présentant un certain potentiel épidémique.

### ÉPIDÉMIOLOGIE EN SUISSE

Au cours des années 1983 à 1987, une augmentation des cas de listériose a été observée chaque hiver. Grâce à des recherches minu-

tieuses et des études cas-témoins, le vacherin, fromage à pâte molle produit localement, a été incriminé

comme source de ces épisodes infectieux. La surveillance de la listériose s'est intensifiée et un centre national de référence pour *Listeria* a été créé au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), à Lausanne. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 1999, la déclaration complémentaire des médecins a été supprimée et seuls les laboratoires de microbiologie sont tenus de déclarer les souches de listéria, identifiées dans les prélèvements provenant de patients. Ils sont également priés d'envoyer ces isolats au centre de référence, afin de pouvoir typiser la souche avec précision.

Entre 1990 et 1999, le nombre annuel d'isolats de listéria déclarés à l'OFSP, au CNRL ou aux deux, oscillait entre 19 et 45 (tableau 1), ce qui correspond à un taux de déclaration de 2 à 6 cas par million d'habitants. Depuis 1990, aucun cas groupé n'a plus été observé. 58% des infec-

Tableau 1  
Cas de *Listeria monocytogenes* déclarés et sérotypes, 1990-1999

Année	Déclarés à l'OFSP et/ou au CNRL	Envoyés au CNRL	Sérotype		
			1/2 a	1/2 b	4 b
1990	19	14	2	4	8
1991	23	20	5	4	11
1992	33	28	11	8	9
1993	37	30	6	7	17
1994	23	17	11	1	5
1995	22	13	7	2	4
1996	27	20	7	4	9
1997	35	21	9	3	9
1998	45	33	16	2	15
1999	34	26	11	2	13
Total	298	222	85 (38%)	37 (17%)	100 (45%)

OFSP Office fédéral de la santé publique  
CNRL Centre national de Référence des Listérias

Tableau 2  
Répartition des cas de listériose déclarés à l'OFSP et/ou au CNRL, 1990-1998, par classe d'âge et taux de mortalité (létalité)

Classe d'âge (année)	Mise en évidence		Décès*	
	N	Taux d'incidence par million d'habitants	N	Mortalité (%)
0	20	27,0	4	20,0
1-9	2	0,3	0	0
10-19	2	0,3	0	0
20-39	48	2,5	2	4,2
40-59	46	2,8	13	28,2
60-69	40	6,2	7	17,5
70-79	47	10,2	12	25,6
80+	17	13,2	7	41,1
Total	222	3,5	45	20,3

\* selon les déclarations complémentaires des médecins

## ▶▶▶▶▶ La listériose en Suisse

tions ont été diagnostiquées entre avril et septembre. La proportion du sérotype 1/2a est passée de 27% en 1990–1993 à 47% en 1994–1999, au détriment du sérotype 1/2b.

Parmi les 264 cas déclarés durant la période 1990–1998, une déclaration complémentaire du médecin a été envoyée dans 222 cas (84%). Il s'agissait de 115 personnes de

sexe masculin et 107 de sexe féminin. Près de la moitié des patients étaient âgés de plus de 60 ans (tableau 2). Le taux de létalité moyen se situait à 20% (tableau 2).

Les patients peuvent être répartis en deux groupes selon leurs prédispositions (tableau 3):

- Plus de la moitié des cas (115 cas) sont des personnes souffrant déjà d'une autre pathologie sévère et 74% des décès se retrouvent dans ce groupe. Il s'agissait le plus souvent de patients atteints d'une néoplasie (51 cas). Une cirrhose hépatique était mentionnée chez 15 des 23 patients souffrant d'alcoolisme. 7 patients présentaient une infection HIV et 3 cas sont survenus au cours d'une arthrite septique postopératoire. Les autres pathologies mentionnées sont le diabète, l'hémophilie, l'anémie, l'hypogammaglobulinémie, l'insuffisance rénale chronique et l'hépatite chronique C.

- 28 patientes ont contracté la maladie au cours de leur grossesse, avec une transmission de l'infection au nouveau-né dans 20 cas (par voie transplacentaire ou pendant l'accouchement).

Les 59 cas restant ne présentaient aucune prédisposition connue, et 38 d'entre eux (63%) étaient âgés de moins de 60 ans.

Le tableau 4 décrit le tableau clinique parmi les cas déclarés, à l'exception des cas mère-enfant. Dans 18% des cas, aucun symptôme n'est mentionné, et la mise en évidence de listéria a été généralement fortuite. Parmi les femmes enceintes, 57% ne présentaient pas de symptômes ou seulement des troubles non spécifiques tels que diarrhée ou état grippal. 11 des 20 nouveau-nés souffraient d'une

Tableau 3  
Cas de listérioses déclarés à l'OFSP et/ou au CNRL 1990–1998,  
Caractéristiques des patients

	Cas		Décès
	N	%	N
<b>Pathologie sous-jacente connue*</b>	<b>115</b>	<b>51,8</b>	<b>34</b>
Néoplasie	51		16
Alcoolisme	23		7
Maladies cardio-vasculaire	12		7
Transplantation	11		0
Immunsuppression (HIV+, médicamenteuse)	9		1
Postopératoire (articulation, splenectomie)	4		0
Diabète	6		1
Autres pathologies	10		2
<b>Cas mère-enfant</b>	<b>48</b>	<b>21,6</b>	<b>4</b>
Femmes enceintes	28		0
Nouveau-nés	20		4
<b>Aucune prédisposition mentionnée</b>	<b>59</b>	<b>26,6</b>	<b>7</b>
Total	222	100,0	46

\*Un patient peut appartenir à plusieurs catégories

Tableau 4  
Présentation clinique (excepté les cas mère-enfant), 1990–1998

	Cas	
	N	%
Méningite /Méningo-encéphalite	70	40,2
Septicémie	25	14,4
Pneumonie	19	10,9
Endocardite	4	2,3
Péritonite	3	1,7
Infection d'une plaie ou d'une articulation	5	2,9
Baisse de l'état général	3	1,7
Symptômes non spécifiques (diarrhée, fièvre, état grippal)	14	8,0
Aucun symptôme mentionné	31	17,8
Total	174	100,0

Tableau 5  
Diagnostic et symptômes chez les femmes enceintes et leur nouveau-né, 1990–1998

	Mère		Nouveau-né	
	N	%	N	%
Méningite	0	0	3	15,0
Septicémie	1	3,6	11	55,0
Granulomatose infantile (granulomatose septique infantile)	–	–	2	10,0
Pneumonie	0	0	3	15,0
Mort-né	8	28,6	–	–
Infection amniotique	1	3,6	–	–
Endométrite	2	7,1	–	–
Symptômes aspécifiques (diarrhée, fièvre, état grippal)	8	28,6	0	0,0
Aucun symptôme mentionné	8	28,6	1	5,0
Total	28	100,0	20	100,0

Tableau 6  
Mise en évidence de Listéria: Origine des prélèvements\*

	Cas	
	N	%
LCR	56	25,7
Sang	127	57,2
Autre	39	17,6
Total	222	100,0

\*lors de prélèvements multiples déclarés, un seul a été retenu (dans l'ordre LCR, sang, autres).

septicémie (tableau 5). Les listérias ont été le plus souvent identifiées à partir d'hémocultures et/ou de cultures de liquide céphalo-rachidien (LCR) (tableau 6).

## COMMENTAIRE

Dans les années 90, la listériose s'est stabilisée en Suisse à un faible niveau. Elle touche surtout les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes et leur nouveau-né ainsi que les personnes âgées de plus de 60 ans.

## PRÉVENTION

Les aliments crus, surtout de provenance animale (viande, poisson, charcuterie, fromages à pâte molle) représentent la source de contamination principale. Leur température de stockage et la date de péremption devraient toujours être respectées. Il est recommandé aux personnes immunodéprimées et aux femmes enceintes de renoncer à consommer du lait cru ou des fromages à pâte molle. Les restes de nourriture doivent être conservés au réfrigérateur et être suffisamment réchauffés avant leur consommation, car les listérias peuvent se développer à la température du réfrigérateur [8]. En outre, il est important de respecter les règles d'hygiène élémentaire pour la cuisine [9].

## DIAGNOSTIC

Une listériose doit être suspectée en cas de méningite, septicémie ou pneumonie chez un patient prédisposé ou lors de foyers de gastro-entérite [10–12]. Le diagnostic est alors établi par culture.

## TRAITEMENT

L'ampicilline, éventuellement combinée avec la gentamicine [13], est l'antibiotique de premier choix. Les céphalosporines ne sont pas efficaces. En cas d'infection pendant la grossesse, l'administration précoce d'antibiotique permet d'éviter une transmission au fœtus ou au nou-

veau-né. Même avec un traitement précoce, la maladie peut être létale, surtout chez les personnes âgées, les patients immunodéprimés ou les nouveau-nés avec une forme disséminée de la maladie. ■

Centre National de Référence  
des Listérias  
Institut de microbiologie CHUV  
J. Bille, E. Bannerman  
1011 Lausanne

### Informations supplémentaires

Office fédéral de la santé publique  
Section maladies bactériennes et  
parasitaires  
H. Schmid (hans.schmid@bag.admin.ch)

Section microbiologie et hygiène  
A. Baumgartner  
(andreas.baumgartner@bag.admin.ch)

### Bibliographie

1. Schlech WF. Foodborne listeriosis. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 770–775.
2. Chin J (editor). Control of communicable diseases manual. American Public Health Association, Washington 2000.
3. Jacquet C, Brouille F, Saint Clément C, Catimel B, Rocourt J. La listériose humaine en France en 1998. *BEH* 1999; 37: 1–6.
4. Gerner-Smidt P, Bruun B. Listeriosis. *Epi-News Denmark* 1998; 34.
5. Büla CJ, Bille J, Glauser MP. An epidemic of food-borne listeriosis in Western Switzerland: description of 57 cases involving adults. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 66–72.
6. Krending M-J, Martin J, Méan F. Listériose et Vacherin Mont-d'or: Histoire d'une épidémie. *Méd et Hyg* 1996; 54: 1143–1148.
7. Conseil fédéral suisse. Ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur la déclaration) du 13 janvier 1999 (RS 818.141.1). [www.bk.admin.ch](http://www.bk.admin.ch).
8. Beumer RR, Te Giffel MC, Spoorenberg E, Rombouts FM. *Listeria* species in domestic environments. *Epidemiol Infect* 1996; 117: 437–442.
9. Office fédéral de la santé publique. L'hygiène au quotidien. *Bull OFSP* 1995; 20: 23–25.
10. Riedo FX, Pinner RW, Tosca ML et al. A point-source foodborne listeriosis outbreak: documented incubation period and possible mild illness. *J Infect Dis* 1994; 170: 693–696.
11. Salamina G, Dalle Donne E, Niccolini A et al. A foodborne outbreak of gastroenteritis involving *Listeria monocytogenes*. *Epidemiol Infect* 1996; 117: 429–436.
12. Aureli P, Fiorucci GC, Caroli D et al. An outbreak of febrile gastroenteritis associated with corn contaminated by *Listeria monocytogenes*. *N Engl J Med* 2000; 342: 1236–1241.

13. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA (editors). *The Sanford Guide to antimicrobial therapy*. 31st edition. Antimicrobial Therapy, Inc., Hyde Park VT 2001.