

Dermatophytoses à *Trichophyton Tonsurans* en milieu scolaire, Côte-d'Or, mai 2011

E. Terrien^{1,2}, S. Tessier¹, N. Oliveira³, F. Dalle⁴, H. Lilette⁵, P. Vabres⁶, C. Cristofini³, F. Clinard¹

1/ Cire Bourgogne et Franche-Comté, Institut de veille sanitaire, Dijon, France – 2/ PROFET, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France – 3/ Agence régionale de santé Bourgogne, Dijon, France
4/ Service de parasitologie-mycologie, CHU Dijon, France – 5/ Service médical de promotion de la santé en faveur des élèves, Inspection académique, Dijon, France – 6/ Service de dermatologie, CHU Dijon, France

Contexte / Introduction

Mai 2011 :

Un cas de dermatophytose à *Trichophyton Tonsurans* chez une enseignante signalé par le dermatologue à l'Inspection académique puis transmis à l'Agence régionale de santé (ARS)

- Réunion de concertation : ARS + Inspection académique + Cire + Laboratoires de parasitologie et dermatologie du CHU Dijon

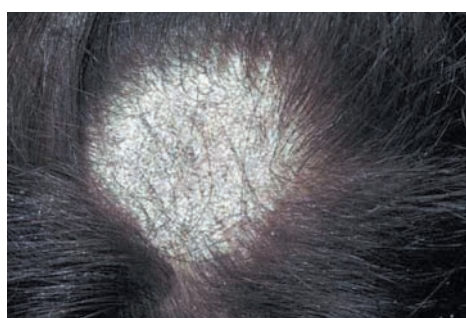
• Conduite à tenir commune établie

Mise en place des investigations clinique, épidémiologique et biologique dans les deux écoles maternelles fréquentées par l'enseignante

Objectifs

Documenter la transmission scolaire et intrafamiliale et enrayer la propagation du champignon

Matériel et méthodes



1. Examen clinique et consultation des carnets de santé (Inspection académique)

• Type d'étude : étude descriptive

• Techniques utilisées :
- consultation des carnets de santé
- examen clinique

• Population : enfants présents le 20 mai dans les deux écoles fréquentées par l'enseignante

• Définition des cas : enfants avec lésions sur le corps ou mention dans le carnet de santé de consultation dermatologique

2. Campagne de dépistage (Laboratoire de parasitologie du CHU-Dijon)

• Type d'étude : dépistage

• Technique utilisée : tests moquette (passage d'une moquette stérile dans les cheveux qui favorise le recueil de squames qui sont ensuite mis en culture)

• Population : enfants et adultes présents le 26 mai dans l'une des deux écoles

• Définition des cas : enfants ou adultes avec une culture positive. On distinguera les porteurs symptomatiques (lésions et culture positive) des porteurs asymptomatiques (pas de lésion suspecte ou avérée mais culture positive)

3. Suivi des porteurs et de leur entourage proche (ARS, Cire, Laboratoires de parasitologie et dermatologie du CHU-Dijon)

• Type d'étude : étude descriptive

• Techniques utilisées :

- courrier d'information aux familles pour rappeler les mesures d'hygiène et de désinfection
- administration d'un questionnaire standardisé par téléphone aux familles pour évaluer la transmission intrafamiliale

- courrier aux médecins traitants des cas pour rappeler les traitements
- préconisation d'un circuit de prise en charge pour l'entourage proche : orientation vers leur médecin généraliste puis vers le centre de prélèvement du CHU et vers un service de dermatologie du CHU si nécessaire

- re-contact des familles en août 2011 pour connaître l'évolution clinique des cas, les dépistages entrepris dans l'entourage proche et les traitements mis en place

• Population : cas, entourage proche et médecins traitants des cas

Résultats

1. Examen clinique et consultation des carnets de santé

• École 1 :

- consultation des carnets de santé : 4 élèves identifiés ayant été traités pour des lésions cutanées ou du cuir chevelu pendant l'année scolaire (entre septembre 2010 et février 2011)
- examen clinique : 9 enfants avec des lésions suspectes

• École 2 : aucun signe évocateur de mycose

• À la suite de ces résultats, la campagne de dépistage a été mise en place uniquement dans l'école 1.

2. Campagne de dépistage

• Elèves

- nombre de dépistés : 93/98 ciblés
 . 1 refus
 . 4 élèves perdus de vue
- nombre de cas : 14/93 (15 %)
 . 7 élèves symptomatiques
 . 7 élèves asymptomatiques
 . 9/38 (24 %) provenaient de la classe de petite section

• Adultes

- nombre de dépistés : 11/11 ciblés
- aucun cas

3. Suivi des porteurs et de leur entourage proche

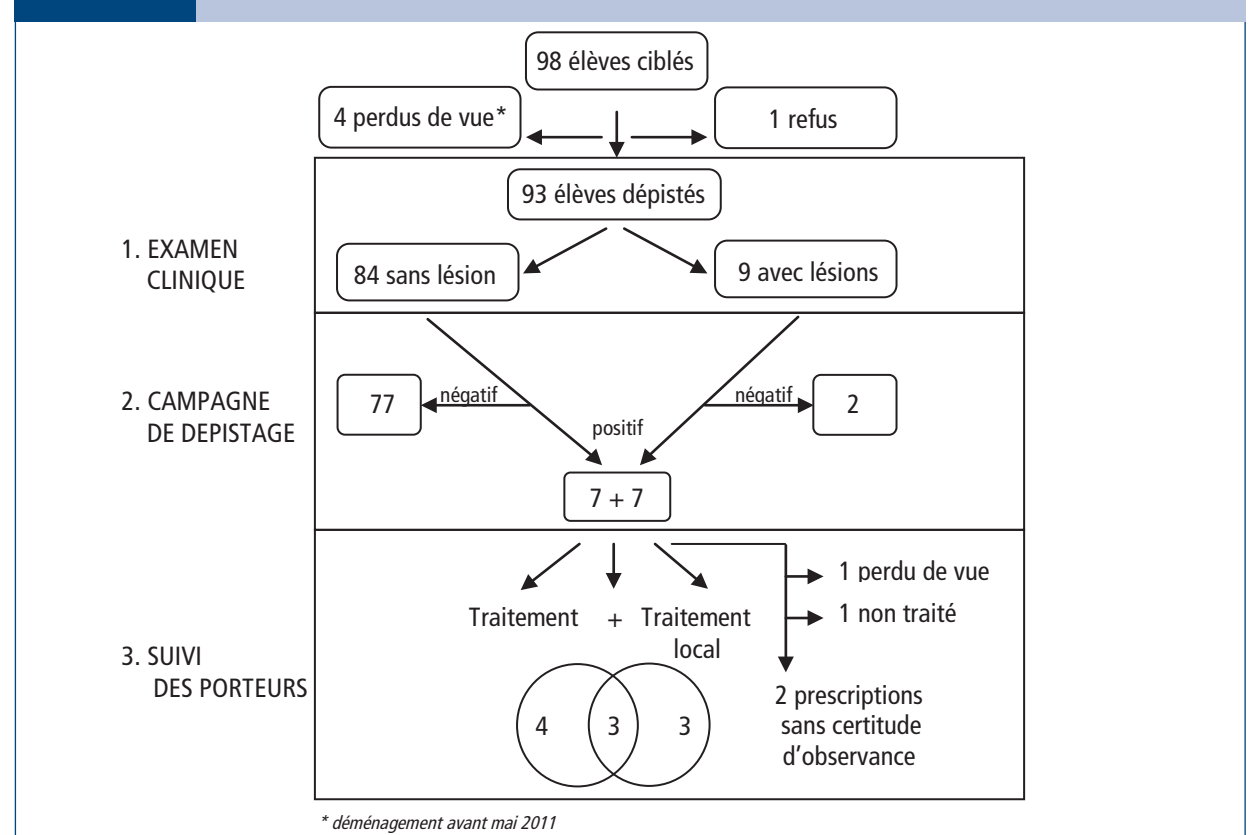
• Observance des traitements chez les 14 porteurs

- 7 élèves ont bénéficié d'un traitement *per os* (griséofulvine 10 à 20 mg/kg/j pendant 6 semaines) associé à un traitement local dans 3 cas
- 3 élèves n'ont reçu qu'un traitement local (shampooing ou antifongique en topique)
- 2 élèves ont reçu une prescription sans certitude de leur observance
- 1 élève n'a pas été traité après avis médical
- 1 élève a été perdu de vue

• Dépistage de l'entourage proche : 13/37 personnes contacts identifiées examinées
- 2 adultes et 2 enfants présentaient des lésions
- 3 ont bénéficié d'un traitement *per os*

FIGURE

DIAGRAMME DE FLUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ALERTE DE DERMATOPHYTOSE CHEZ LES ÉLÈVES, CÔTE-D'OR, MAI 2011



* déménagement avant mai 2011

Discussion

1. Signalement parvenu tardivement

Identification de 4 élèves traités pour une dermatophytose depuis le début de l'année scolaire

Il a fallu la contamination d'une enseignante et un bon réflexe d'un dermatologue. Ce type de pathologie est rarement signalé malgré les répercussions qu'il peut avoir en termes de santé publique en collectivités ou non.

2. Campagne de dépistage : un véritable succès en milieu scolaire

Une majorité de dépistés : 95 % des élèves et 100 % des adultes

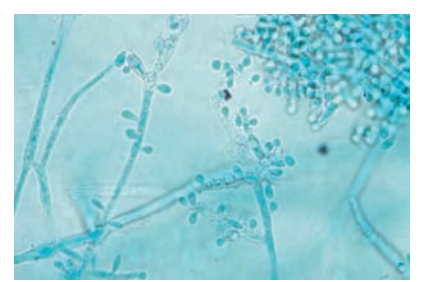
La rapidité avec laquelle la campagne de dépistage a été mise en place, la disponibilité dont a fait preuve le laboratoire de parasitologie et la mobilisation de la santé scolaire ont contribué à ce succès.

3. Appréciation difficile du degré de contamination intrafamiliale

Très peu de tests moquette réalisés dans l'entourage proche des porteurs : 35 % des personnes contacts examinées

La recherche des porteurs en particulier asymptomatiques dans l'entourage des enfants est pourtant indispensable pour mesurer l'importance de l'épidémie.

Ces personnes restent contaminantes et environ 30 % d'entre elles risquent de développer une dermatophytose dans les 2 ans.



Michigan Department of Community Health

Conclusion

Il est donc nécessaire d'associer à la fois un examen clinique et une mise en culture lors de des investigations sanitaires autour d'un cas de dermatophytose en collectivités.

Cette alerte a mis en évidence que l'examen clinique seul est insuffisant et conduit à des erreurs diagnostiques puisqu'il ne permet pas l'identification de porteurs asymptomatiques.

Sur 9 patients avec des lésions suspectes, 7 étaient porteurs de *Trichophyton Tonsurans*. La campagne de dépistage (tests moquette) a permis de détecter 7 porteurs asymptomatiques.

