

Importance en Santé Publique

La leptospirose est une infection causée par les bactéries du genre *Leptospira*, qui sont excrétées dans l'environnement via l'urine d'animaux réservoirs. L'homme se contamine par la peau ou les muqueuses (bouche, nez, yeux) lors de contact avec de l'eau ou des sols souillés, ou par contact direct avec un animal infecté. Les personnes les plus à risque appartiennent à certains groupes professionnelles (éleveurs, vétérinaires, éboueurs, agriculteurs...), ou pratiquent des loisirs nautiques en eau douce (pêche, kayak, baignade...). La leptospirose représente un problème de santé publique majeur dans les zones chaudes et humides, notamment en Amérique Latine et en Asie du Sud-Est, où des épidémies sont fréquentes après de fortes pluies ou des inondations. Suite à une recrudescence de la maladie en Belgique en 2014, aussi bien chez l'homme que chez le bovin, une surveillance renforcée a été mise en place afin de mieux documenter les circonstances de contamination pour la population belge.

En raison de l'investigation de la source de contamination et des mesures de contrôle éventuelles à prendre, la leptospirose constitue une urgence sanitaire qui doit être déclarée auprès de la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ.

Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

1. Déclarer :

Tout cas confirmé de leptospirose sera déclaré à la Direction Surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ le plus rapidement possible, sur la plateforme TIW, en cliquant [ici](#).

Pour plus d'informations, contactez la Direction Surveillance des maladies infectieuses par e-mail à l'adresse surveillance.sante@aviq.be ou par téléphone au 071/33.77.77, du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h30.

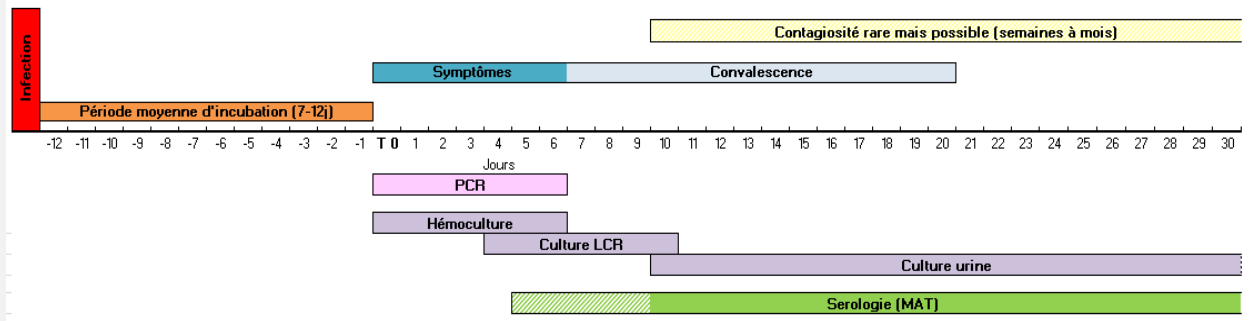
2. Évaluer avec l'inspecteur les mesures prises et à prendre pour le patient et son entourage

Mesures de contrôle prises par la Direction Surveillance des maladies infectieuses

- **Réalisation d'une enquête épidémiologique :**
 - Investigation afin d'identifier la source de contamination.
 - Recherche d'autres cas liés à cette source.
 - Evaluation du risque sanitaire lié à la source.
- **Coordination des mesures de contrôle pour limiter l'accès à la source de contamination, limiter leur croissance ou éviter la contamination d'une autre personne :**
 - Evaluation des possibilités d'assainissement de l'environnement (y compris faune) du lieu suspecté comme source de contamination.
 - Mise en place d'un plan de gestion sur le moyen et long terme.
- **Information :**
 - Selon la source suspectée :
 - Propriétaire de l'habitation, de l'infrastructure touristique ou sportive, des autorités responsables du lieu public...
 - Milieu professionnel : information de la médecine du travail.

- Milieu hospitalier : si épidémie, information des équipes d'hygiène hospitalière via le SPW Santé Publique.
- Médecins Généralistes : si épidémie, informer les MG via les GLEM.
- Aux personnes exposées à la source.

Figure : Présentation classique de la maladie



Agent pathogène

Germe	- Spirochète de la famille des <i>Leptospiraceae</i> , du genre <i>Leptospira</i> , qui est constitué d'environ 300 sérovars.
Réservoir	- Réservoir animal constitué de différents espèces d'animaux domestiques (chiens, bovins, chevaux...) et sauvages (rongeurs, insectivores) qui excrètent des leptospires par voie urinaire.
Résistance Physico-chimique	- Survie pendant des semaines/mois dans un milieu chaud et humide, protégé du soleil, à pH neutre. Très sensibles aux produits chimiques (dont les désinfectants habituels), aux détergents et aux métaux lourds.

Clinique

Transmission	- Contamination indirecte, par contact avec un environnement humide contaminé par l'urine d'animaux infectés, ou directe, par contact avec des animaux infectés. Transmission de personne à personne rare.
Incubation	- Incubation en moyenne 7 à 12 jours, allant de 2 à 30 jours. Dépend de la quantité de leptospires inoculés.
Période de contagiosité	- Transmission interhumaine rare. En principe, une contagion est possible aussi longtemps que des leptospires sont excrétés par l'urine (un à plusieurs mois).

Symptômes	Présentation clinique de la maladie très variable, allant d'un syndrome grippal à une atteinte multi viscérale (ictère, insuffisance rénale, méningite...).
Complications	Les formes graves (maladie de Weil) associent insuffisance rénale aiguë, atteinte neurologique (convulsions, coma) et hémorragies plus ou moins sévères. En l'absence de traitement, la maladie peut être létale (taux de létalité de 2 à 10%) si elle n'est pas reconnue à temps.

Diagnostic	
Diagnostic biologique	Le diagnostic se pose essentiellement sur base de la sérologie. La méthode sérologique de référence est la réaction d'agglutination microscopique (MAT), positive après environ 5 à 10 jours de maladie. La PCR permet un diagnostic précoce, mais n'est utile que dans la première phase de la maladie. La culture est très lente et nécessite plusieurs semaines.
Définition de cas de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ¹	
Critères de diagnostic	<p><u>Critères cliniques</u> Toute personne présentant de la fièvre OU au moins deux des onze symptômes suivants: frissons, céphalées, myalgies, suffusion conjonctivale, hémorragies cutanées et muqueuses, éruptions cutanées, ictère, myocardite, méningite, insuffisance rénale, symptômes respiratoires tels que l'hémoptysie.</p> <p><u>Critères de laboratoire</u> Au moins un des quatre critères suivants : - isolement de <i>Leptospira interrogans</i> ou de toute autre espèce de <i>Leptospira</i> pathogène à partir d'un échantillon clinique ; - détection d'acide nucléique de <i>Leptospira interrogans</i> ou de toute autre espèce de <i>Leptospira</i> pathogène dans un échantillon clinique ; - mise en évidence de <i>Leptospira interrogans</i> ou de toute autre espèce de <i>Leptospira</i> pathogène par immunofluorescence dans un échantillon clinique ; - formation d'anticorps spécifiques de <i>Leptospira interrogans</i> ou de toute autre espèce de <i>Leptospira</i> pathogène.</p> <p><u>Critères épidémiologiques</u> Au moins un des trois liens épidémiologiques suivants : - transmission de l'animal à l'homme ; - exposition environnementale ; - exposition à une source commune.</p>
Cas possible	Sans objet.
Cas probable	Toute personne répondant aux critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.
Cas confirmé	Toute personne répondant aux critères cliniques et aux critères de laboratoire.

Épidémiologie	
Groupe d'âge	Les adultes (24-64 ans) constituent la majorité des cas en Europe, de par les activités à risque.

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=FR#page=22>

<u>Incidence</u>	- Maladie de répartition mondiale, touchant particulièrement les zones tropicales, mais rare en Europe. En Belgique, le nombre de cas diagnostiqués oscille habituellement autour d'une vingtaine de cas par an.
<u>Immunité</u>	- La réponse immunitaire post-infectieuse n'est pas protectrice pour des infections ultérieures.
<u>Saisonnalité</u>	- Recrudescence pendant l'été et l'automne dans les pays à climat tempéré, liée au climat (chaleur et précipitations) et à une exposition plus grande (activités de récréation en eau douce).
<u>Géographie</u> <u>Sex-ratio</u>	- Maladie endémique dans les régions tropicales et humides. Dans les pays industrialisés des zones tempérées, la leptospirose touche certaines catégories professionnelles exposées et des pratiquants de loisirs en eau douce. En Europe, les hommes sont plus touchés que les femmes, de par les activités à risque.
<u>Surveillance</u>	- Surveillance réalisée par le laboratoire de référence de l'IMT et pathologie à déclaration obligatoire dès confirmation diagnostique en Région Wallonne (depuis 2016) et en Flandre (depuis 2017).
Populations à risque	
<u>Groupes à risques de développer la maladie</u>	Certains groupes professionnels (éleveurs, vétérinaires, éboueurs, agriculteurs...), ainsi que des personnes pratiquant des loisirs nautiques en eau douce (baignade, pêche, kayak...).
<u>Groupes à risque de développer des formes graves</u>	Personnes âgées, immunodéprimées, et/ou présentant une pathologie sous-jacente telle qu'une insuffisance rénale ou un diabète.
<u>Grossesse allaitement</u>	Pas de risque particulier.
Prise en charge du patient	
<u>Traitement</u>	- Traitement par antibiotiques (doxycycline, amoxicilline, penicilline G ou ceftriaxone) pendant 7 jours. Un traitement précoce diminue le risque de complications, raccourcit l'évolution, atténue la symptomatologie et diminue la durée du portage rénal.
<u>Mesures d'Hygiène</u>	N/A.

<u>Isolement</u>	N/A.
Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)	
<u>Prophylaxie</u>	N/A.
<u>Mesures d'Hygiène</u>	N/A.
<u>Isolement</u>	N/A.
<u>Collectivité à risque</u>	N/A.
Prévention pré-exposition	
<u>Mesures préventives générales</u>	<p>Au niveau de la collectivité : information aux personnes à risque ; lutte contre les rongeurs ; drainage des zones inondées ; nettoyage des locaux souillés par l'urine d'animaux.</p> <p>Au niveau de l'individu : éviter tout contact direct avec l'urine d'animaux ; lors de contact, port d'un équipement de protection (gants, bottes, masque) ; lavage des mains avec du savon après tout contact avec un animal ou objet souillé ; éviter la baignade dans des eaux potentiellement contaminées ; protection des plaies avec un pansement imperméable lors d'une exposition potentielle et désinfection de la plaie à la fin de l'exposition.</p>
<u>Prophylaxie</u>	Un traitement préventif (doxycycline 200 mg par semaine pour la durée de l'exposition) peut être envisagé pour des personnes fortement exposées au risque de leptospirose.
<u>Vaccination</u>	<p>Vaccin humain (Spirolept®) disponible en France où il est recommandé en milieu professionnel (éboueurs, pisciculture, entretien canaux, rivières...) au cas par cas, après évaluation du risque individuel. Ne protège que contre <i>Leptospira icterohaemorrhagiae</i>. Schéma vaccinal : 2 injections à 15 jours d'intervalle, un rappel 4 à 6 mois après et ensuite tous les deux ans.</p> <p>Pas de vaccin disponible en Belgique.</p>

1. Agent pathogène

Germe :

Les leptospires sont des spirochètes de la famille des *Leptospiraceae*, du genre *Leptospira*, qui est constitué d'un grand nombre de souches : environ 300 sérovars de leptospires sont regroupés en 23 sérogroupes, en fonction de leur proximité antigénique. Les souches pathogènes sont regroupées sous l'espèce *Leptospira interrogans*. Les sérogroupes les plus fréquents chez l'homme sont Ictero-haemorrhagiae, Australis, Grippotyphosa et Canicola.

Résistance physico-chimique :

Les leptospires peuvent survivre des semaines, voire des mois dans l'environnement lorsque les conditions sont favorables : milieu humide, protégé du soleil, pH neutre et température de 28 à 30°C. Par contre, ils sont très sensibles à la sécheresse, un environnement acide (pH < 6,8) ou alcalin (pH > 8,5) et une température élevée (> 42°C). Ils sont également très sensibles aux produits chimiques de toutes sortes (dont les désinfectants habituels), aux détergents et aux métaux lourds et ne survivent donc pas dans de l'eau polluée.

Pathogénèse :

Les leptospires pénètrent le corps par les muqueuses intactes (nez, bouche, yeux) ou via une peau lésée, même de façon infime. Après leur pénétration, les bactéries passent dans le sang et peuvent migrer dans tous les tissus. La durée de l'incubation et la gravité de l'infection dépendent de la quantité de leptospires inoculés. Plus celle-ci est importante, plus l'incubation est courte et la maladie importante. Après la phase de multiplication des leptospires dans le sang, se caractérisant par une forte fièvre, les bactéries peuvent se fixer au niveau de plusieurs organes (foie, rein, cerveau, cœur...) en y causant des lésions, principalement par vascularite. L'atteinte d'organes peut être très variable, ce qui explique la variation des signes cliniques possibles. L'atteinte rénale entraîne une excrétion de leptospires par les urines. Après 7 à 10 jours, les bactéries disparaissent de la circulation sanguine et des tissus, mais l'excrétion urinaire peut se poursuivre encore un certain temps. Il n'existe toutefois pas de portage sain chez l'homme, qui n'est donc pas un réservoir de transmission.

2. Clinique

Transmission :

L'homme est un hôte occasionnel des espèces pathogènes de leptospires dans un cycle impliquant les animaux réservoirs qui excrètent les leptospires dans les urines et souillent ainsi l'environnement (figure 1). L'homme se contamine indirectement, par contact avec un environnement humide contaminé par l'urine d'animaux infectés, ou encore directement, par contact avec des animaux infectés. La transmission directe de personne à personne a rarement été rapportée.

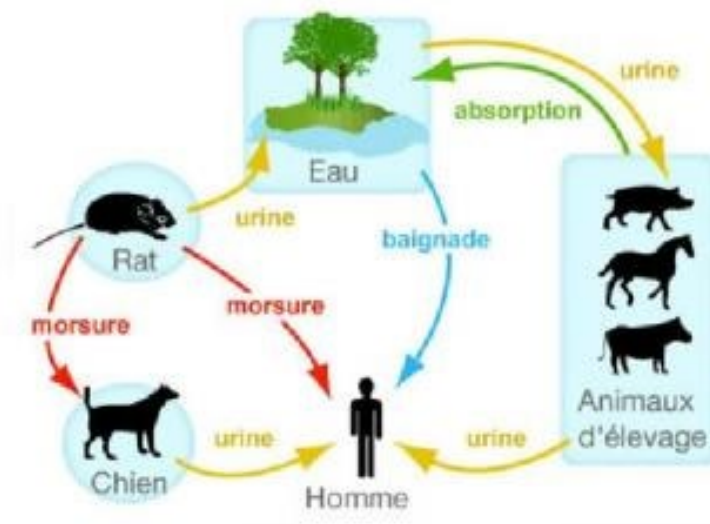


Figure 1 : Transmission de la leptospirose.

(Source : Santé Publique France, <http://www.invs.sante.fr/fr./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Zoonoses/Leptospirose/Points-sur-les-connaissances>)

Incubation :

L'incubation dure en moyenne 7 à 12 jours, allant de 2 à 30 jours, et dépend de la quantité de leptospires inoculés.

Période de contagiosité :

La transmission interhumaine est rare. En principe, une contagion est possible aussi longtemps que des leptospires sont excrétés par l'urine, généralement durant un mois mais pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, voire années.

Symptômes :

La présentation clinique de la maladie est très variable, allant d'un syndrome grippal à une atteinte multiviscérale. Dans la majorité des cas, la maladie est caractérisée par une fièvre élevée d'apparition brutale, accompagnée de frissons, céphalées et douleurs musculaires et articulaires. Dans certains

cas, la maladie peut évoluer après quelques jours vers une atteinte hépatique (ictère), rénale (insuffisance rénale), méningée ou pulmonaire.

Aucun signe n'est vraiment spécifique mais l'existence d'un ictère conjonctival et de myalgies est particulièrement évocatrice.

En l'absence de pathologie sous-jacente et d'atteinte multiviscérale, l'évolution est le plus souvent favorable et sans séquelles.

Complications :

Les formes graves (maladie de Weil) associent insuffisance rénale aiguë, atteinte neurologique (convulsions, coma) et des hémorragies plus ou moins sévères (pulmonaire, digestive). La convalescence est longue, mais généralement sans séquelles.

En l'absence de traitement, la maladie peut être létale si elle n'est pas reconnue à temps. Les décès (2 à 10%) surviennent souvent précocement, et sont fonction de la virulence des souches (le sérotype Icterohaemorrhagiae étant plus souvent responsable des formes graves), la quantité de leptospires inoculés et la précocité de la prise en charge thérapeutique.

3. Diagnostic

Diagnostic biologique :

La PCR (dans le sang, le LCR et les urines) est le seul examen positif dès l'apparition des signes cliniques permettant un diagnostic précoce, mais n'est utile que dans les premiers jours de la maladie.

Les leptospires peuvent être mis en culture au cours des 7 premiers jours de la maladie dans le sang, du 4^e au 10^e jour dans le LCR et du 10^e jour jusqu'à quelques semaines dans l'urine. Toutefois, la culture est très lente et prend plusieurs semaines.

Dans la pratique, le diagnostic se pose donc essentiellement sur base de la sérologie. La méthode sérologique de référence est la réaction d'agglutination microscopique (MAT). Des anticorps apparaissent 5 à 10 jours après le début de la maladie. Le MAT permet de donner une première information sur le sérotype impliqué. En Belgique, le test est réalisé uniquement par le laboratoire de référence des leptospires (IMT).

4. Définition de cas de l'ECDC²

Critère de diagnostic :

- **Critères cliniques :**

Toute personne présentant de la fièvre OU au moins deux des onze symptômes suivants : frissons, céphalées, myalgies, suffusion conjonctivale, hémorragies cutanées et muqueuses, éruptions cutanées, ictère, myocardite, méningite, insuffisance rénale, symptômes respiratoires tels que l'hémoptysie.

- **Critères de laboratoire :**

Au moins un des quatre critères suivants :

- isolement de *Leptospira interrogans* ou de toute autre espèce de *Leptospira* pathogène à partir d'un échantillon clinique ;
- détection d'acide nucléique de *Leptospira interrogans* ou de toute autre espèce de *Leptospira* pathogène dans un échantillon clinique ;
- mise en évidence de *Leptospira interrogans* ou de toute autre espèce de *Leptospira* pathogène par immunofluorescence dans un échantillon clinique ;
- formation d'anticorps spécifiques de *Leptospira interrogans* ou de toute autre espèce de *Leptospira* pathogène.

- **Critères épidémiologiques :**

Au moins un des trois liens épidémiologiques suivants :

- transmission de l'animal à l'homme ;
- exposition environnementale ;
- exposition à une source commune.

Cas possible :

N/A.

Cas probable :

Tout sujet répondant aux critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.

Cas confirmé :

Toute personne répondant aux critères cliniques et aux critères de laboratoire.

² **Définition de cas de l'Union Européenne.** Commission implementing decision (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN#page=51>

5. Épidémiologie

Groupe d'âge :

Par le type d'activités à risque (professionnelles et de loisir, voir plus loin), les (jeunes) adultes (24-64 ans) constituent la majorité des cas en Europe et en Belgique.

Incidence :

La leptospirose est une maladie de répartition mondiale, touchant particulièrement les zones tropicales. On estime à plus d'un million le nombre de cas sévères de leptospirose par an dans le monde avec un taux de mortalité de 10 % environ.

En Europe, la leptospirose est une maladie rare. En 2015, 29 pays européens ont rapporté au total 626 cas confirmés. Ce nombre était plus élevé que le nombre moyen de cas confirmés au cours de la période 2011-2013, mais inférieur au pic observé en 2014.

Une même tendance a été observée en Belgique, où une hausse importante du nombre de cas (confirmés et probables) a également été rapportée en 2014, avec 34 cas comparé à une moyenne de 11 cas par an les années antérieures. Cette augmentation concernait principalement des hommes ayant été infectés dans le pays même. Une épidémie de leptospirose chez les bovins a également été rapportée en Wallonie en 2014, avec un nombre accru d'avortements de fœtus ictériques répartis sur les différentes provinces. Depuis 2015, le nombre de cas humains varie autour d'une vingtaine de cas, avec surtout en 2016 et 2017 une augmentation de cas infectés lors d'un voyage à l'étranger.

Immunité :

La réponse immunitaire post-infectieuse n'est pas protectrice pour des infections ultérieures.

Saisonnalité :

Dans les pays à climat tempéré, la saisonnalité de la maladie est marquée par une recrudescence pendant l'été et l'automne, liée au climat (chaleur et précipitations) et à une exposition plus grande (activités de récréation en eau douce). Dans les pays tropicaux, on retrouve également un caractère saisonnier avec l'apparition de pics épidémiques lors de la saison des pluies ou de phénomènes climatiques inhabituels tels que les ouragans.

Géographie et sexe ratio :

L'épidémiologie varie fortement d'une zone géographique à l'autre, selon le climat et les modes de vie des habitants. La maladie est endémique dans les régions tropicales et humides, propices à la survie des leptospires dans l'environnement et où l'homme vit à proximité des animaux.

Dans les pays industrialisés des zones tempérées, la maladie touche certaines catégories professionnelles exposées et des pratiquants de loisirs en eau douce (pêche, rafting, canyoning), qui sont souvent infectés lors d'un voyage à l'étranger.

En Europe, les hommes sont plus touchés que les femmes, de par les activités à risque, majoritairement exercées par des hommes.

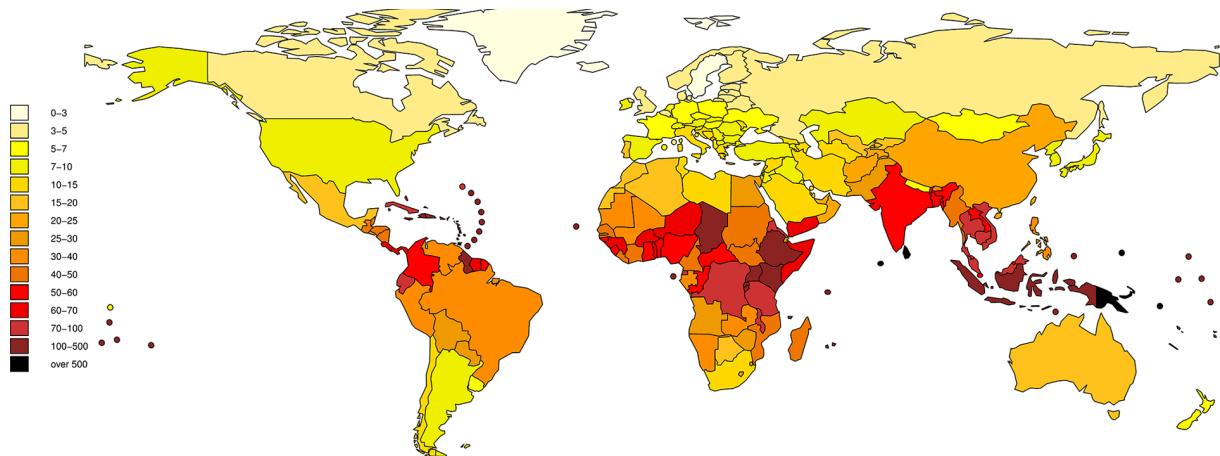


Figure 2 : Charge de maladie (burden) liée à la leptospirose dans le monde, exprimée en années de vie corrigées de l'incapacité (Disability Adjusted Life Years ou DALY en anglais)

(Source : Torgerson et al.)

Surveillance :

La surveillance épidémiologique est réalisée par le laboratoire de référence de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT). Le diagnostic repose sur le test d'agglutination microscopique (MAT).

Pour la surveillance effectuée par l'IMT en Belgique, un cas est considéré confirmé lorsqu'une séroconversion ou une augmentation du titre des anticorps d'au moins quatre fois a été démontrée par le MAT, ou si un titre élevé par MAT et des IgM sont observés en présence d'une clinique compatible (lorsqu'un seul échantillon est disponible). Un cas probable est une personne avec des anticorps IgM et un faible titre MAT, en absence d'informations sur l'exposition et les signes cliniques. Cette classification ne correspond pas à la classification proposée par l'ECDC car l'information sur les signes cliniques est rarement disponible au niveau du laboratoire.

Néanmoins, depuis janvier 2016, la leptospirose est à nouveau une maladie à déclaration obligatoire en Wallonie et depuis 2017 également en Flandre, et ces informations cliniques pourront alors être collectées et partagées avec le laboratoire.

6. Population à risque

Groupes à risque de développer la maladie :

Les personnes les plus à risque de développer la leptospirose sont certains groupes professionnels (éleveurs, vétérinaires, éboueurs, agriculteurs...), ainsi que des personnes pratiquant des loisirs nautiques en eau douce (baignade, pêche, kayak...).

La maladie est reconnue comme maladie professionnelle en Belgique.

Groupes à risque de développer des formes graves :

Des personnes âgées, immunodéprimées, et/ou présentant une pathologie sous-jacente telle qu'une insuffisance rénale, un diabète ou des antécédents d'une atteinte hépatique sont à risque de développer une forme plus sévère de la maladie.

Grossesse et allaitement :

Aucun risque particulier n'a été documenté chez la femme enceinte ou allaitante.

7. Prise en charge du patient

Traitement :

Le traitement curatif repose sur l'administration d'antibiotiques : 7 jours de doxycycline (200 mg par jour), ou d'amoxicilline (3-4x 500 mg/jour) pour des formes peu sévères et penicilline G IV ou ceftriaxone pour une forme grave. Un traitement précoce diminue le risque de complications, raccourcit l'évolution, atténue la symptomatologie et diminue la durée du portage rénal. Le traitement des formes graves nécessite une hospitalisation.

Note : De manière générale, il est recommandé de se référer aux recommandations du Sanford pour les traitements anti-infectieux.

Mesures d'hygiène :

N/A.

Isolement - éviction :

N/A.

8. Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)

Prophylaxie :

N/A.

Mesures d'hygiène :

N/A.

Isolement - éviction :

N/A.

Collectivité à risque :

N/A.

9. Prévention pré-exposition

Mesures préventives générale :

La prévention repose sur l'information des personnes à risque, la lutte contre les rongeurs, le drainage des zones inondées et le nettoyage des locaux souillés par l'urine d'animaux.

Au niveau de l'individu, les mesures suivantes peuvent être prises :

- éviter tout contact direct avec l'urine d'animaux ;
- lors de contact, porter un équipement de protection (gants, bottes, masque) ;
- après tout contact avec un animal ou objet souillé, se laver les mains avec du savon ;
- éviter la baignade dans des eaux potentiellement contaminées ;
- lors d'une exposition à un facteur de risque, protéger les plaies, même minimes, avec un pansement imperméable et désinfecter la plaie à la fin de l'exposition.

Prophylaxie :

Un traitement préventif peut être envisagé pour des personnes voyageant dans des conditions les exposant fortement au risque de leptospirose, par exemple lors de compétitions sportives (triathlons...) dans un pays endémique ou pour des militaires qui se rendent dans des zones endémiques après une catastrophe naturelle (inondations...). Le traitement consiste alors en une prise de doxycycline 200 mg par semaine, en commençant 1 à 2 jours avant l'exposition et pendant toute la durée de l'exposition

Vaccination :

Un vaccin humain contre la leptospirose existe, mais n'est pas disponible en Belgique. Il est commercialisé en France sous la dénomination Spirolept®. Il s'agit d'un vaccin inactivé sur base de *Leptospira icterohaemorrhagiae*, qui ne protège donc que contre ce sérotype. La vaccination consiste en 2 injections à 15 jours d'intervalle, un rappel 4 à 6 mois après et ensuite tous les deux ans. En France, il est recommandé en milieu professionnel (éboueurs, pisciculture, entretien canaux, rivières...) au cas par cas, après évaluation du risque sous la responsabilité de l'employeur/médecin du travail. En effet, plus que la profession, c'est le type d'activité qui détermine le risque.

Personnes de contact

Direction Surveillance des Maladies Infectieuses de l'AVIQ



071/33.77.77

surveillance.sante@aviq.be

traceinwal.aviq.be

Laboratoire de référence

Dr Marjan Van Esbroeck

I.T.G. - Klinische Biologie

Nationalestraat, 155 - 2000 Antwerpen

Téléphone : 03/247.64.45

https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/Pathognes_Labo_rfrence/Leptospira.pdf

<http://labo.itg.be/analyses/clkb-leptospira.aspx?L=FR&ForceL=1>

Sciensano

Dr Tinne Lernout

Téléphone: 02/642.50.33

E-mail: tinne.lernout@sciensano.be

Remerciements

La cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ et Sciensano remercient le Dr Marjan Van Esbroeck et le Dr Yves Van Laethem pour la relecture attentive de la fiche.

Références

Agence Santé Publique France. Dossiers thématiques/Maladies infectieuses/Zoonoses/Leptospirose. Disponible sur :

<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Zoonoses/Leptospirose>

Delooz L, Mori M, Petitjean T, Evrard J, Czaplicki G, Saegerman C. Congenital jaundice in bovine aborted fetuses: an emerging syndrome in southern Belgium. *Transbound Emerg Dis.* 2015 Apr;62(2):124-6.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Leptospirosis. Annual epidemiological report for 2015. Disponible sur :

http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2015-leptospirosis.pdf

Heyman DL. *Control of Communicable Diseases Manual.* 18th Edition.

Institut Pasteur. Fiches info/Leptospirose. Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/leptospirose>

The Sanford guide to antimicrobial therapy 2012-2013, Belgian/Luxembourg edition. Pages 128, 153 et 186.

Torgerson PR, Hagan JE, Costa F, Calcagno J, Kane M, et al. Global Burden of Leptospirosis: Estimated in Terms of Disability Adjusted Life Years. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 9(10): e0004122. Disponible sur :

<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004122>

Zorg en Gezondheid. Richtlijn infectieziekten Vlaanderen - Leptospirose. Disponible sur :

https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Richtlijn%20Leptospirose_2016.pdf

Sources d'informations complémentaires

Wikipedia. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Leptospirose>

World Health Organization. Leptospirosis Burden Epidemiology Reference Group (LERG). Brochure disponible sur : <http://www.who.int/zoonoses/diseases/lerg/en/index2.html>