



## Introduction

La poliomyélite est une maladie très contagieuse provoquée par un virus qui envahit le système nerveux et peut entraîner une paralysie flasque aiguë fébrile en quelques heures. Une infection sur 200 entraîne une paralysie irréversible. Parmi les personnes paralysées, 5 à 10 % décèdent lorsque leurs muscles respiratoires cessent de fonctionner. Pour combattre cette maladie, qui touche principalement les enfants de moins de cinq ans, seule la vaccination existe. La poliomyélite est une maladie qui a pu être éradiquée en Belgique grâce à la vaccination obligatoire de tous les enfants depuis 1967 et la population est aujourd'hui protégée grâce à une couverture vaccinale élevée (97,6% pour la 3<sup>ème</sup> dose<sup>1</sup>). La probabilité de survenue d'un cas autochtone ou d'une épidémie est faible mais la poliomyélite reste une priorité de santé publique tant que la maladie sévit encore de par le monde. La maladie étant toujours présente dans [certains pays](#), il existe un risque d'importation de cas sporadiques isolés et une baisse de la couverture vaccinale pourrait provoquer la recirculation du virus en Belgique. La surveillance des paralysies flasques aiguës est un des piliers de surveillance de poliomyélite. Plusieurs pays d'Europe, dont la Belgique, ont également recours à la surveillance des eaux usées pour compléter leur système de surveillance et réduire le risque de réintroduction du poliovirus.

## Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

### 1. Déclarer :

Tous les cas de PFA chez les moins de 15 ans, quelle qu'en soit la cause, ainsi que tout cas **suspect** de poliomyélite sera déclaré à la Direction Surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ le plus rapidement possible, sur la plateforme TIW, en cliquant [ici](#). Tout cas **confirmé** de poliomyélite sera déclaré dans les 24 heures maximum.

Il est important de déclarer tous les cas de PFA chez les moins de 15 ans, même lorsqu'on pense qu'il ne s'agit pas de la poliomyélite. En effet, c'est bien l'indicateur de référence de l'OMS pour mesure si notre système de surveillance est assez sensible, via le critère de 1 cas de PFA (chez les moins de 15 ans) notifié par 100 000.

Pour plus d'informations, contactez la Direction Surveillance des maladies infectieuses par e-mail à l'adresse [surveillance.sante@aviq.be](mailto: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 la Direction les mesures prises et à prendre pour le patient et son entourage

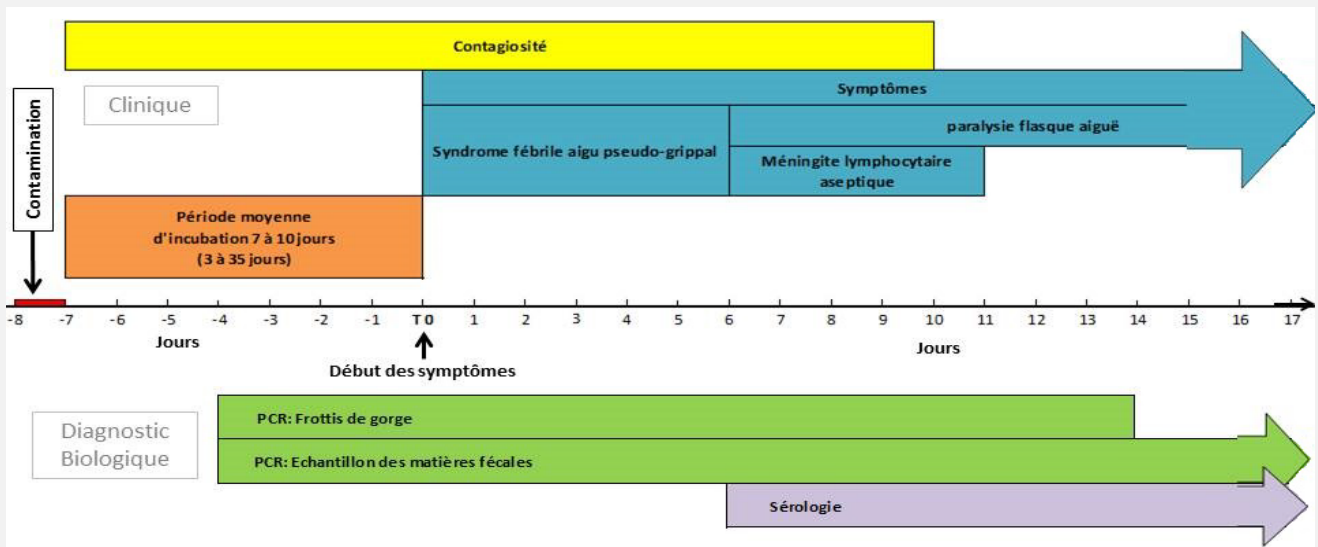
<sup>1</sup> [Couverture vaccinale. Sciensano, 2021. Disponible sur : https://www.sciensano.be/fr/biblio/couverture-vaccinale-des-vaccinations-de-base](https://www.sciensano.be/fr/biblio/couverture-vaccinale-des-vaccinations-de-base)



## Mesures de contrôle prises par la Direction Surveillance des maladies infectieuses

- **Lorsque survient un cas possible :**
  - Faire parvenir 2 échantillons de selles du patient au [Laboratoire National de Référence](#). Ces deux échantillons doivent être prélevés sur 2 selles émises à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours qui suivent le début de la maladie ;
  - Lorsque le prélèvement chez le patient n'est pas possible, prélever des selles chez les personnes de l'entourage proche, même si celui-ci est correctement vacciné ;
  - Evaluer la couverture vaccinale contre la poliomyélite dans l'entourage ;
  - Rechercher la source.
- **Lorsque survient un cas probable ou un cas confirmé, une enquête approfondie sera menée quant aux caractéristiques du cas, de ses contacts et aux voies possibles de transmission.**
- **L'enquête épidémiologique sera réalisée par les autorités sanitaires régionales et Sciensano.**

Figure : Présentation classique de la maladie



### Agent pathogène

#### Germe

Le virus poliovirus « sauvage » (wild polio virus, WPV) appartient au genre des Entérovirus de la famille des *Picornaviridae*. Il existe 3 types antigéniques (sérotypes 1, 2, et 3) qui peuvent être à l'origine de la poliomyélite.

La plupart des épidémies sont dues au sérotype 1.



	Les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (cVDPVs) sont des poliovirus dérivés de souches contenues dans les vaccins oraux contre la polio qui ont développé des mutations génétiques et qui peuvent à nouveau causer des paralysies.
<b>Réservoir</b>	Humain.
<b>Résistance Physico-chimique</b>	N/A.

## Clinique

<b>Transmission</b>	Contamination féco-orale (oro-orale ou respiratoire possible).
<b>Incubation</b>	De 7 à 14 jours (entre 3 et 35 jours).
<b>Période de contagiosité</b>	La contagiosité est maximale durant les 7 à 10 jours qui précèdent et les 7 à 10 jours qui suivent le début des symptômes.
<b>Symptômes</b>	<p>Asymptomatique dans 90 à 95% des infections.</p> <p>Syndrome pseudo-grippal non spécifique tel que fièvre, fatigue, céphalées pouvant s'accompagner de vomissements, raideur de nuque et douleurs dans les membres. Ces signes sont présents dans 4 à 8% des infections.</p> <p>Formes neurologiques avec paralysies flasques asymétriques dans 1 à 2% des infections (la paralysie peut être irréversible dans un cas sur 200).</p>
<b>Complications</b>	<p>Syndrome de post-poliomyélite non infectieux.</p> <p>25 à 40% des adultes atteints de poliomyélite durant l'enfance développent ce syndrome. Les symptômes de faiblesses, douleurs musculaires se manifestent de manière lente et progressive.</p>

## Diagnostic

<b>Diagnostic biologique</b>	<p>Isolement du virus par culture ou par PCR dans les selles.</p> <p>PCR dans le LCR ou tout autre liquide biologique cliniquement pertinent.</p>
------------------------------	---

**Définition de cas de l'ECDC<sup>2</sup>**

<b>Critères</b>	<p><b>Critères cliniques :</b></p> <p>Tout sujet de moins de 15 ans atteint d'une paralysie flasque aiguë (PFA).</p> <p>OU</p> <p>Tout sujet chez qui un médecin suspecte une polio.</p> <p><b>Critères de laboratoire :</b></p> <p>Au moins un des trois critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Isolement dans les selles d'un poliovirus de type « sauvage » (par opposition à la souche vaccinale).</li><li>• Isolement dans les selles d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (VDPV) (au moins 85 % d'homologie avec la souche vaccinale dans les séquences de nucléotides de la région VP1).</li><li>• Isolement dans les selles d'un poliovirus de type Sabin (souche vaccin oral) : différenciation intratypique réalisée par un laboratoire polio accrédité par l'OMS (pour le VDPV, différence au niveau de la séquence VP1 de plus de 1 % et de 15 % maximum par rapport à la souche vaccinale du même sérotype).</li></ul> <p><b>Critères épidémiologiques :</b></p> <p>Au moins un des deux liens épidémiologiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Transmission interhumaine.</li><li>• Antécédents de voyage dans pays endémiques ou avec épidémies.</li></ul>
<b>Cas possible</b>	Toute personne répondant aux critères cliniques.
<b>Cas probable</b>	Toute personne répondant aux critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.
<b>Cas confirmé</b>	Toute personne répondant aux critères cliniques et aux critères de laboratoire.

<sup>2</sup> European Centre for Diseases Prevention and Control, Case definitions 2018: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN>



Épidémiologie	
<b>Groupe d'âge</b>	Enfants de moins de 15 ans le plus souvent atteints.
<b>Incidence</b>	En Belgique, le dernier cas autochtone de polio sauvage date de 1979, le dernier cas importé date de 1989. L'Europe a été déclarée libre de polio en 2002. En Belgique, le risque d'une épidémie de poliomyélite à partir d'une souche importée par un voyageur est négligeable grâce à une haute couverture vaccinale de la population. Néanmoins, la maladie pourrait être transmise à une personne non ou incomplètement vaccinée, et le pays doit donc disposer d'un système de surveillance.
<b>Immunité</b>	Immunité naturelle méconnue, immunité post-vaccinale prolongée, dépendante du vaccin (OPV versus IPV).
<b>Saisonnalité</b>	N/A.
<b>Géographie</b> <b>Sex-ratio</b>	Selon l'OMS (2024), il ne reste plus que deux pays d'endémie dans le monde : le Pakistan et l'Afghanistan, où circule le type sauvage, bien que des cas isolés puissent se produire par importation dans d'autres pays. Des virus dérivés de souches vaccinales circulent toujours dans <a href="#">plusieurs pays du monde</a> .

Populations à risque	
<b>Groupes à risques de développer la maladie</b>	<p>Réfugiés et demandeurs d'asile provenant de pays où la poliomyélite circule.</p> <p>Les personnes se rendant dans des pays où le poliovirus est présent.</p> <p>Les personnes non ou partiellement vaccinées, particulièrement les enfants de moins de 5 ans.</p> <p>Partage des mêmes sanitaires et des mêmes cuisines qu'un malade atteint de polio ou d'un porteur sain, ayant une proximité physique.</p> <p>Mauvaises conditions d'hygiène.</p>



<b>Groupes à risque de développer des formes graves</b>	Personnes immunodéprimées.
<b>Grossesse allaitement</b>	N/A.

### Prise en charge du patient

<b>Traitement</b>	Absence de traitement spécifique, traitement symptomatique et hospitalisation.
<b>Mesures d'Hygiène</b>	Application des <a href="#">Mesures d'hygiène</a> générales et spécifiques aux maladies à transmission par contact et par gouttelettes.
<b>Isolement</b>	Eviction et instauration de mesures de protection de contact et gouttelettes pendant 50 jours ou jusqu'à l'obtention de résultat virologique négatif.

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

<b>Prophylaxie</b>	Vaccination IPV/OPV.
<b>Mesures d'Hygiène</b>	Application des <a href="#">Mesures d'hygiène</a> générales et spécifiques aux maladies à transmission par contact et par gouttelettes.
<b>Isolement</b>	N/A.
<b>Collectivité a risque</b>	Une action de prévention est à entreprendre si le cas est en milieu collectif (maison de repos, crèche, mouvement de jeunesse, etc.).



Contactez les autorités sanitaires régionales de l'AVIQ.

### Prévention pré-exposition

<b>Mesures préventives générales</b>	Application des mesures d'hygiène générales et spécifiques aux maladies à transmission par contact et par gouttelettes.
<b>Vaccination</b>	Obligatoire en Belgique depuis 1967.



## 1. Agent pathogène

### **Germe :**

Le virus poliovirus est un virus à ARN appartenant au genre des Entérovirus de la famille des *Picornaviridae*. Il existe 3 types antigéniques (sérotypes 1, 2, et 3) qui peuvent être à l'origine de la poliomyélite.

On distingue les poliovirus « sauvages » (WPV, wild polio virus) et les poliovirus « dérivés des souches vaccinales » (cVDPV, vaccine derived polio virus). Les poliovirus sauvages (WPV) sont les isolats circulants naturellement.

Les épidémies actuelles de poliovirus sauvage sont dues au sérotype 1. En effet, le sérotype 2 est éradiqué depuis 1999, et le type 3 n'a plus été détecté depuis 2012.

Les poliovirus « dérivés des souches vaccinales circulantes » (cVDPV) sont également responsables d'épidémie, qui peuvent apparaître lors de l'utilisation de la vaccination par voie orale (Oral Polio Vaccine ou OPV) dans des populations ayant une très faible immunité. En effet, dans ce contexte, dans de rares cas, la souche vaccinale excrétée peut continuer à circuler pendant une durée prolongée et acquérir la capacité de provoquer une paralysie par mutations génétiques, devenant ainsi un cVDPV. La grande majorité des infections par cVDPV est liée au type 2 avec quelques cas liés aux type 1 et 3.

### **Réservoir :**

Il est strictement humain. Les porteurs asymptomatiques sont principalement les enfants de moins de 5 ans.

### **Résistance physico-chimique :**

N/A.

### **Pathogenèse :**

Le poliovirus, à la suite de son ingestion ou son aspiration nasopharyngée, pénètre dans les cellules lymphoïdes au niveau des amygdales, des cellules « M » intestinales et des plaques de Peyer de l'iléon. Le virus s'y multiplie puis se dirige vers les ganglions lymphatiques régionaux (cervicaux et mésentériques) et rejoint la circulation sanguine. Après passage de la barrière hémato-méningée, il peut atteindre les neurones moteurs de la corne antérieure de la moelle épinière ou du bulbe dont la destruction est responsable des formes de paralysie flasque (Figure 1).

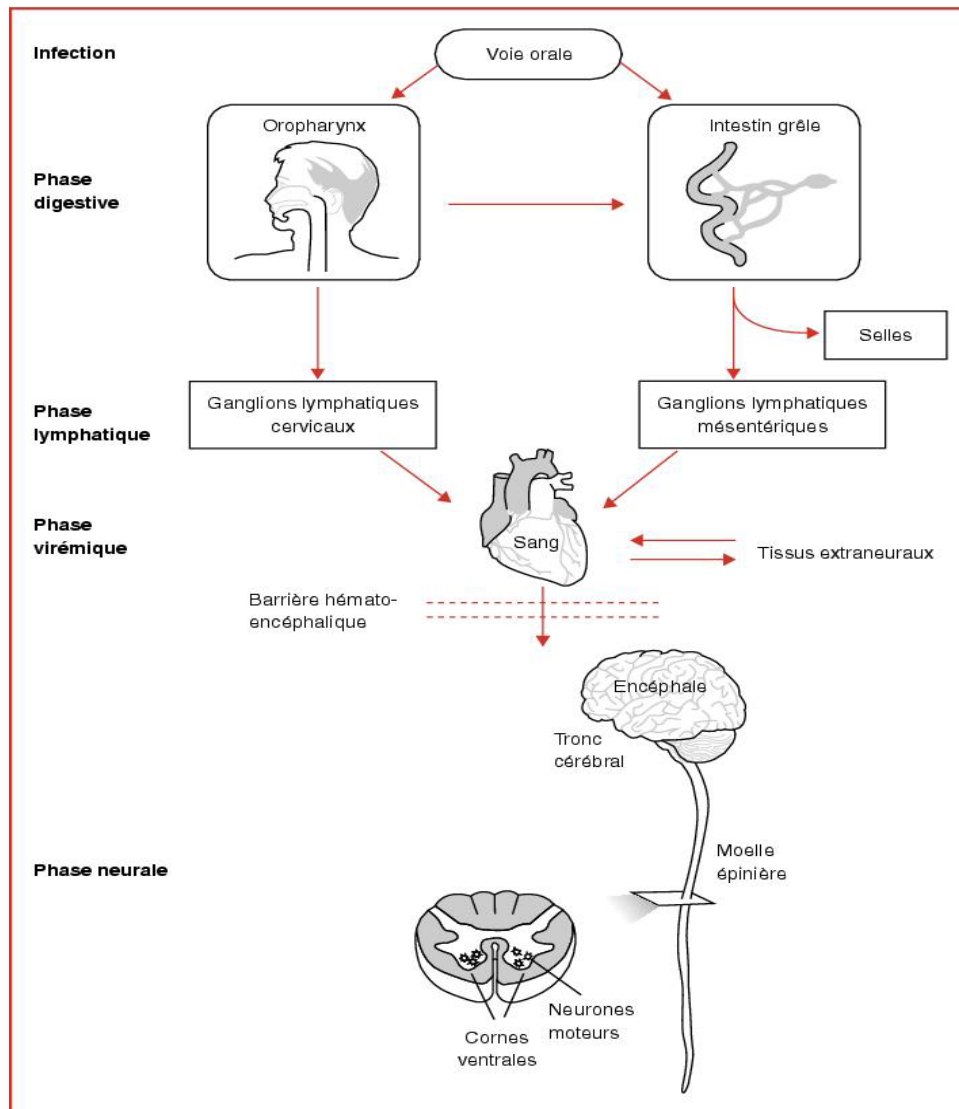


Figure 1 : Pathogenèse de la poliomyélite (Source : Blondel B, et all. Poliovirus et apoptose)

## 2. Clinique

### **Transmission :**

Le virus de la poliomyélite se multiplie dans la muqueuse pharyngée et dans l'intestin grêle et l'on peut le retrouver dans la gorge et les selles. La transmission est exclusivement interhumaine et s'effectue essentiellement par voie féco-orale en particulier par l'intermédiaire d'eau souillée, d'aérosols ou d'aliments contaminés par les selles. Les voies accessoires de transmission sont la contamination oro-orale (par la salive) et la contamination par voie respiratoire (émission de sécrétions respiratoires). Les malades et les porteurs sains sont excréteurs du virus. La propagation de la polio est surtout observée entre le malade et ses proches. De mauvaises conditions sanitaires et la proximité physique favorisent la transmission.



## **Incubation :**

Généralement de 7 à 14 jours (avec un minimum de 3 jours et un maximum de 35 jours).

## **Période de contagiosité :**

La contagiosité est maximale entre les 7 à 10 jours qui précèdent le début des symptômes et les 7 à 10 jours qui suivent. La transmission est possible tant que le virus persiste dans la salive et les matières fécales. Un malade ou un porteur sain peut ainsi excréter le virus durant 50 jours dans les selles et 15 jours dans la salive. Chez les personnes qui ont reçu un vaccin antipoliomyélitique oral, le poliovirus peut être présent dans la gorge durant une à deux semaines après la vaccination et peut demeurer dans les selles pendant plusieurs semaines. Dans de rares cas, y compris chez les patients immunodéprimés, le poliovirus peut être excrété pendant de longues périodes de temps (parfois pendant plus de six mois).

## **Symptômes :**

Dans la très grande majorité des cas (90 à 95 %), l'infection reste inapparente. Pour le restant des cas, l'infection peut s'exprimer selon une symptomatologie variée et le diagnostic différentiel est extrêmement difficile dans les formes non paralytiques :

- Syndrome fébrile aigu pseudo-grippal (asthénie, céphalées, vomissements, douleurs dans les membres) dans 4 à 8 % des infections, non spécifique et sans signes d'atteinte du système nerveux central (mais la présence de myalgies très intenses doit attirer l'attention).
- Dans 1 à 2 % des infections, il y a des formes neurologiques comme :
  - Une méningite lymphocytaire aseptique : le syndrome méningé n'est pas différent de celui des autres méningites virales. Tous ces signes peuvent s'amender spontanément vers la guérison totale en une dizaine de jours.
  - **Une paralysie flasque aiguë (PFA) qui peut survenir entre 6 et 8 jours après les premiers symptômes. Ces PFA sont classiquement asymétriques, de localisation et d'intensité variable en fonction de l'atteinte neuronale, avec une prédominance de l'atteinte des membres inférieurs** par rapport aux membres supérieurs, sans troubles sensitifs mais avec une abolition des réflexes au niveau des membres atteints. L'installation des paralysies est en général brutale (quelques heures), avec une extension ascendante, et est maximale en 3 à 5 jours. Ces paralysies mettent en cause le pronostic vital quand elles concernent les muscles respiratoires et/ou de la déglutition. En zone endémique, le risque de forme paralytique va de 1 pour 1000 chez l'enfant à 1 pour 75 chez l'adulte. La paralysie peut être irréversible dans un cas sur 200 ; les paralysies résiduelles occasionnent des handicaps avec des atteintes de degrés très variables. Celles-ci vont de paralysies mineures laissant une indépendance complète à des paralysies extrêmement handicapantes nécessitant une assistance respiratoire.
- **Les diagnostics différentiels évoqués devant une PFA sont :**
  - **Le syndrome de Guillain-Barré** : Le syndrome de Guillain-Barré consiste en une polyradiculonévrite aiguë d'origine immunologique dont l'incidence est estimée à 0,6 cas pour 100.000 enfants. Ce syndrome ferait suite à une infection aiguë qui se serait produite 6 semaines auparavant (cette infection est rapportée chez 70 à 80% des enfants



et chez environ 60% des adultes). Cette infection provoquerait une réponse immunitaire anormale dirigée contre les gaines de myéline et les axones. Le *Campylobacter jejuni* et le cytomégalovirus (CMV) sont les deux agents les plus fréquemment mis en cause chez l'adulte. Ils présenteraient des épitopes communs avec certains gangliosides. La paralysie est le plus souvent symétrique avec une atteinte motrice et sensitive. L'évolution de la paralysie est plus lente et insidieuse (elle peut durer jusqu'à 15 jours). La fièvre, les céphalées, les nausées et vomissements que l'on peut observer dans la polio sont absents. Des signes de neuropathie périphérique existent à l'EMG. L'analyse du LCR montre une protéinorachie élevée et pas de pléiocytose (observée en cas de poliomyélite).

- **La myélite aiguë transverse** : Dans ce cas, la paralysie, le plus souvent symétrique, est d'abord flasque, puis devient secondairement spastique et elle s'accompagne de signes sensitifs et d'atteinte sphinctérienne.

Les autres diagnostics pouvant être évoqués sont : les compressions aiguës de la moelle épinière ou de la queue de cheval, les paralysies traumatiques (dont celles liées aux injections intramusculaires), les infections dues à d'autres virus (entérovirus, arbovirus), les neuropathies diphtérique ou botulique (déficit descendant, trouble de l'accommodation évocateurs).



Figure 2 : Enfants avec poliomyélite (Source : <http://fizyoterapistozdemir.com/poliomyelit-cocuk-felci-tedavisi/> et <http://www.npr.org/blogs/health/2012/10/16/162670836/wiping-out-polio-how-the-u-s-snuffed-out-a-killer>)

### Complications :

Une paralysie est irréversible dans un cas sur 200. Le taux de létalité parmi les cas de paralysie se situe entre 2 % et 20 %, mais est plus élevé lorsqu'il y a une atteinte bulbaire.

**Syndrome de post-poliomyélite non infectieux** : Les adultes qui ont contracté le poliovirus paralytique au cours de l'enfance peuvent développer, plusieurs décennies après (30 à 40 ans), un syndrome de post-poliomyélite non infectieux qui se caractérise par l'apparition de nouveaux déficits progressant lentement comme des faiblesses et des douleurs musculaires avec parfois une atrophie musculaire ainsi qu'une difficulté à respirer et à avaler. Les causes exactes du développement de ce syndrome ne sont pas actuellement bien définies : il pourrait être dû à la persistance du virus chez certains patients.



## 3. Diagnostic

### *Diagnostic biologique :*

Le diagnostic clinique est confirmé par le laboratoire. Ce diagnostic repose principalement sur l'isolement du virus par culture ou par PCR sur les matières fécales, le frottis de gorge, ou le LCR. Le poliovirus peut généralement être isolé à partir d'échantillon de la gorge durant la première semaine de la maladie et à partir des selles pendant quelques semaines après le début de la maladie. Le virus est cependant rarement retrouvé dans le LCR.

### **Prélèvements à faire pour le diagnostic :**

- **Matières fécales :** à 2 reprises, avec un intervalle de 24-48 heures et dans les 14 jours après les premiers symptômes. Chaque échantillon doit avoir le volume d'une noix, être placé dans un flacon sec, propre, hermétique, et entreposé dans un réfrigérateur. A défaut, on effectuera un écouvillonnage rectal.
- **Frottis de gorge :** utile uniquement lors de la première semaine de la maladie.
- **Liquide LCR :** prélever et envoyer en même temps que le 1<sup>er</sup> sérum (au moins 1 ml).

**Envoyer sans tarder au CNR de KU Leuven :** [Centre National de Référence \(CNR\) pour Entérovirus, inclus poliovirus et parechovirus](#)

**Les échantillons doivent arriver dans les 72 heures post prélèvement.** Si ce délai ne peut être respecté, le prélèvement des selles doit être congelé à -20°C et expédié congelé au laboratoire.

**Si les échantillons sont inadéquats pour le cas suspect :** des prélèvements doivent se faire dans l'entourage proche du patient (domicile, contacts hospitaliers).

## 4. Définition de cas

### *Critères*

#### **Critères cliniques :**

Tout sujet de moins de 15 ans atteint d'une paralysie flasque aiguë (PFA).

OU

Tout sujet chez qui un médecin suspecte une polio.

#### **Critères de laboratoire :**

Au moins un des trois critères suivants :

- Isolement dans les selles d'un poliovirus de type « sauvage » (par opposition à la souche vaccinale).
- Isolement dans les selles d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (VDPV) (au moins 85 % d'homologie avec la souche vaccinale dans les séquences de nucléotides de la région VP1).



- Isolement dans les selles d'un poliovirus de type Sabin (souche vaccin oral) : différenciation intratypique réalisée par un laboratoire polio accrédité par l'OMS (pour le VDPV, différence au niveau de la séquence VP1 de plus de 1 % et de 15 % maximum par rapport à la souche vaccinale du même sérotype).

### **Critères épidémiologiques :**

Au moins un des deux liens épidémiologiques suivants :

- Transmission interhumaine.
- Antécédents de voyage dans [pays endémiques ou avec épidémies](#).

#### **Cas possible :**

Tout sujet répondant aux critères cliniques.

#### **Cas probable :**

Tout sujet avec critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.

#### **Cas confirmé :**

Tout sujet répondant aux critères cliniques et aux critères de laboratoire.

## **5. Épidémiologie**

#### **Groupe d'âge :**

Les enfants de moins de 15 ans sont le plus fréquemment touchés.

#### **Incidence et sérogroupes circulants**

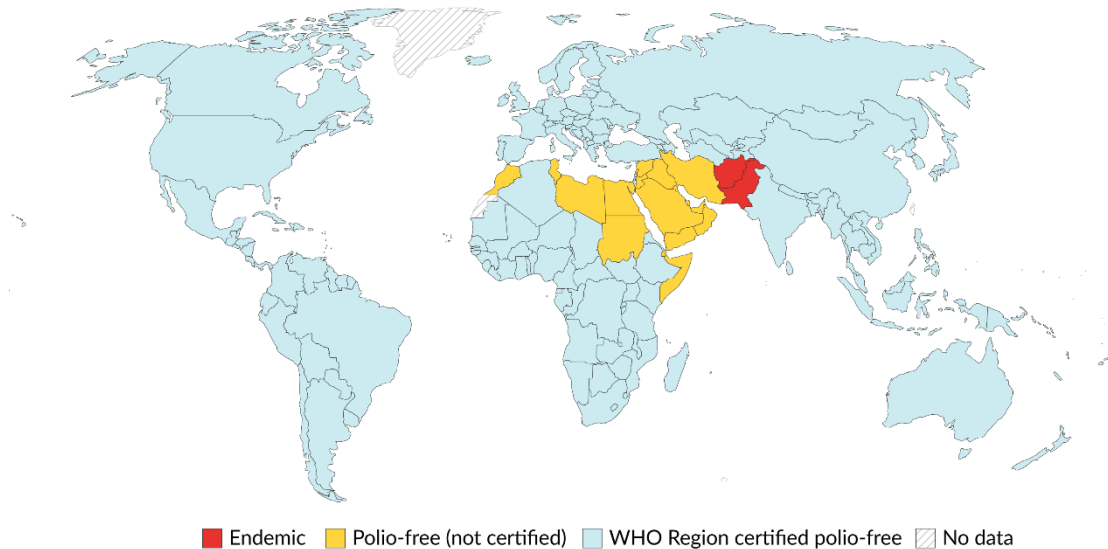
**Contexte mondial :** Les cas de poliovirus sauvage ont diminué de plus de 99 % depuis 1988, date du lancement de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ([GPEI](#)), passant d'environ 350 000 cas dans plus de 125 pays endémiques à 416 cas en 2013, 22 cas en 2017, et 6 cas signalés en 2021. Parmi les 3 souches de poliovirus sauvage (WPV types 1, 2 et 3), le poliovirus sauvage de type 2 a été éradiqué en 1999 et le poliovirus sauvage de type 3 a été éradiqué en 2020. En 2022, le poliovirus sauvage endémique de type 1 (WPV1) ne persiste que dans deux pays : le Pakistan et l'Afghanistan.



## Progress towards polio eradication, 2023



Countries with wild poliovirus<sup>1</sup> transmission are considered endemic. Countries are shown as polio-free (not certified) if they have demonstrated the absence of wild poliovirus transmission. When all countries in a WHO region have recorded zero cases for three consecutive years while meeting surveillance targets, the region can be certified as polio-free.



Data source: Global Polio Eradication Initiative (2023)

OurWorldinData.org/polio | CC BY

Note: The country Nauru already eradicated polio in 1910 which explains the starting date of this map. The first "larger" countries' eradication of polio can be seen after 1960.

1. **Wild poliovirus (WPV)** Wild poliovirus refers to polio viruses that have come from the environment. There are three serotypes of wild poliovirus: wild poliovirus 1, 2 and 3. Two of the three serotypes have already been eradicated worldwide. The last case of wild poliovirus serotype 2 was seen in 1999 in India. It was declared globally eradicated by the WHO in 2015. The last case of wild poliovirus serotype 3 was seen in 2012 in Nigeria and declared eradicated in 2019. [Read more on our page on polio.](#)

Figure 2 : Aperçu (2023) mondial des pays i) endémiques, ii) exempts de poliomyélite (non certifiés), et iii) certifiés exempts de poliomyélite (Source : <https://ourworldindata.org/polio>).

Malgré ce progrès, selon l'OMS, l'échec de l'éradication de la poliomyélite pourrait aboutir à ce que 200 000 nouveaux cas réapparaissent chaque année au cours des 10 ans à venir. En effet, des importations du virus de la polio peuvent être à l'origine de foyers épidémiques dans les pays non-endémiques à faible couverture vaccinale. En 2013, par exemple, des foyers épidémiques de poliovirus sauvage ont été signalés par la Syrie et trois pays de la Corne de l'Afrique (l'Éthiopie, le Kenya et surtout la Somalie). D'autre part, la survenue de foyers épidémiques liés à la circulation de virus dérivés du poliovirus vaccinal (cVDPV) devenus virulents par mutation génétique souligne la nécessité de rester extrêmement vigilant et d'appliquer à ces foyers les mêmes recommandations internationales conçues à l'origine pour les PVS (WPV). En 2025 (au 17 septembre), 28 cas de WPV1 ont été notifiés : 4 en Afghanistan et 24 au Pakistan. Cela se compare aux 99 cas de WPV1 signalés sur l'ensemble de l'année 2024.

En résumé, les données disponibles indiquent que la transmission mondiale du WPV1 reste géographiquement limitée aux deux pays endémiques. Cependant, en 2024 et 2025, une extension géographique a été observée, parallèlement à la poursuite de la transmission dans les zones réservoirs principales des deux pays endémiques.



**Pour obtenir le certificat OMS de statut d'éradication**, tous les pays de la région doivent prouver qu'aucun virus sauvage de la polio ne circule encore dans leur pays, qu'un système de surveillance efficace existe pour la détection des cas suspects de polio et qu'il n'y a aucun risque de transmission du virus de la polio à partir d'un laboratoire (utilisation confinée). Si l'élimination de la poliomyélite a été prononcée en 2002 pour la région européenne de l'OMS, les conséquences à long terme restent significatives avec, en 2011, plus de 700.000 personnes vivant en Europe occidentale avec des séquelles liées à la poliomyélite.

## En Belgique

Le dernier cas de poliomyélite sauvage autochtone date de 1979 et le dernier cas importé de 1989. Le dernier cas de poliomyélite à poliovirus « vaccinal », à la suite de l'administration d'un vaccin oral (Oral polio vaccine ou OPV), a été déclaré en 1999.

Pour répondre aux exigences de l'OMS, [le Comité national de certification de l'éradication de la poliomyélite](#) (CNC) a été créé en 1998. Le Comité a démontré depuis lors que la Belgique répond aux critères d'un pays indemne de polio et assure le suivi de cette certification.

### Réseau de surveillance en Belgique :

Tant que le poliovirus sauvage (WPV1) n'aura pas été éradiqué mondialement, et que la circulation des souches vaccinales dérivées du vaccin, ayant retrouvé leur virulence (cVDPV), persistera dans le monde et en Europe, tous les pays indemnes de polio, tels que la Belgique, doivent avoir un système de surveillance permettant de détecter rapidement un cas éventuel de poliomyélite importé. Selon l'OMS, la norme optimale est la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA). Cela consiste en un enregistrement de tous les cas de PFA, y compris ceux chez lesquels une infection par un poliovirus a été exclue sur base d'un examen de selles pour un diagnostic virologique adéquat. La sensibilité du système de surveillance est exprimée par l'indicateur du « taux de PFA non-polio », à savoir, le nombre de cas de PFA causés par une autre pathologie que la polio, et ce, rapporté par 100 000 enfants de moins de 15 ans. Dans les pays où la polio est non endémique, on prévoit un taux de PFA non-polio de minimum un cas pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, soit pour la Belgique environ 18 cas par an. Cela signifierait qu'un cas éventuellement importé de polio serait également détecté. Le diagnostic virologique adéquat consiste à rechercher la présence du virus de la polio dans deux échantillons de selles prélevés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie et avec au moins 24 heures d'intervalle.

Bien que la surveillance de la PFA soit considérée comme la référence en matière de surveillance de la poliomyélite, les pays ayant une longue histoire d'élimination du poliovirus, comme la Belgique, ont rencontré des difficultés à surveiller efficacement le poliovirus en utilisant uniquement ce système de surveillance. C'est pourquoi plusieurs pays ont recours à la surveillance des eaux usées pour améliorer leur système de surveillance et réduire le risque de réintroduction du poliovirus. L'utilisation de la surveillance environnementale dans les villes à haut risque permet de détecter plus rapidement les épidémies ([dans un délai de 50 jours contre environ 500 jours](#)) et d'intervenir plus tôt, ce qui réduit finalement le temps de réaction et la propagation de l'épidémie. En Belgique, la surveillance des eaux usées a été mise en place en janvier 2024. Celui-ci a été mis en place en tenant compte des directives de l'OMS. Six stations d'épuration des eaux usées (STEP) sont contrôlées régulièrement, à Bruxelles, à Anvers et à Liège, avec des prélèvements mensuels (voir carte en annexe 5).

La poliomyélite est une maladie à déclaration obligatoire pour les trois régions, et la notification des cas la PFA (de toute causes confondues) survenant chez les enfants de <15 ans est également



obligatoire en Communauté flamande et en Fédération Wallonie-Bruxelles. De plus, la surveillance de la PFA est renforcée par un réseau sentinelle de pédiatres, dit « PediSurv », depuis 2003.

**Plus d'informations sont disponibles sur la définition de PFA, la procédure de notification, et les prélèvements à réaliser en cas de PFA, dans les annexes à la fin de ce document.**

## Surveillance des eaux usées - contexte européen récent

En 2024, tous les échantillons d'eaux usées prélevés en Belgique étaient négatifs pour le poliovirus. Cependant, un poliovirus vaccinal redevenu virulent (poliovirus circulant dérivé d'un vaccin de type 2, cVDPV2) a été détecté dans des échantillons d'eaux usées en Finlande, en Allemagne, en Pologne, en Espagne et au Royaume-Uni. Toutes les souches étaient génétiquement liées à la souche cVDPV2 NIE-ZAS-1, détectée pour la première fois en Afrique de l'Ouest en juin 2020.

En décembre 2024, [une évaluation des risques](#) a donc été réalisée par le [groupe belge d'évaluation des risques](#). Cet événement souligne les risques pour les personnes non vaccinées et l'importance de la surveillance des eaux usées pour la détection précoce du poliovirus, en particulier dans les pays « exempts de poliomyélite ».

### Immunité :

**Immunité naturelle :** La durée de l'immunité naturelle est mal connue.

### Immunité post-vaccinale

Deux vaccins existent, le [vaccin oral](#) (Oral Polio Vaccine ou OPV) qui est un vaccin vivant atténué et le [vaccin injectable](#) (IPV ou Inactivated Polio Vaccine) qui se présente sous forme « inactivée » et s'administre par voie sous-cutanée ou intramusculaire. La majorité des études réalisées rapportent une efficacité vaccinale au-delà de 90% pour ces deux vaccins.

- OPV : l'immunité intestinale locale apparaît dès la première dose du vaccin vivant atténué et est complétée par les doses suivantes. En revanche, trois doses d'OPV sont requises pour générer un niveau adéquat d'anticorps sériques. La durée de protection conférée est prolongée. L'immunité muco-sale locale permet de prévenir la transmission de personne à personne en limitant la multiplication du virus dans l'intestin en cas d'infection.
- IPV : Les anticorps neutralisants sériques apparaissent dès la deuxième injection du vaccin inactivé et persistent au moins cinq ans après le premier rappel. En revanche, l'IPV confère peu d'immunité au niveau intestinale. Si une personne immunisée avec l'IPV est infectée, le virus pourra toujours se multiplier dans les intestins et être excrété dans les selles : l'IPV protège contre la poliomyélite, mais n'empêche pas la circulation du virus. Pour les personnes qui ont reçu une primovaccination complète (OPV ou IPV) -ce qui est en principe le cas de tous les individus nés depuis 1967 en Belgique- un rappel IPV à l'âge adulte confère une protection à vie.

La population belge, selon les dernières estimations de la couverture vaccinale, ne présente pas de risque épidémique. Les couvertures vaccinales avoisinent 99 % pour la 1<sup>ère</sup> dose d'IPV (Inactivated Polio Vaccine) et 98% pour 3<sup>ème</sup> dose en 2021 (derniers résultats disponibles).

### Saisonnalité :

N/A.



## **Géographie et sexe ratio :**

Selon la [dernière déclaration du Comité d'urgence du Règlement Sanitaire International](#) concernant la propagation internationale du poliovirus, les pays infectés ou à risque de poliomyélite sont classés en catégories de risques comme suit :

- États infectés par le WPV1, le VDPVc1 ou le VDPVc3 avec un risque de propagation internationale (données juin 2025) : Afghanistan, Pakistan, Algérie, RDC, Djibouti, Israël, Cameroun, Chad, Guinée.
- États infectés par le VDPVc2 avec ou sans évidence de transmission locale (données septembre 2025) : Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République d'Afrique Centrale, Chad, Côte d'Ivoire, RDC, Djibouti, Ethiopie, Finlande, Allemagne, Ghana, Israël, Niger, Nigéria, territoires palestiniens occupés (oPt), Nouvelle Guinée, Pologne, Sénégal, Somalie, Sud Soudan, Espagne, Soudan, le Royaume-Uni, Tanzanie, Yémen.

## **6. Population à risque**

### **Groupes à risque de développer la maladie :**

Partage des mêmes sanitaires et des mêmes cuisines qu'un malade atteint de polio ou qu'un porteur sain. Proximité physique d'un malade ou d'un porteur sain. Hygiène insuffisante permettant une transmission par gouttelettes ou oro-fécale de la maladie. Réfugiés et demandeurs d'asile provenant d'un pays où le virus de poliomyélite circule toujours.

### **Groupes à risque de développer des formes graves :**

Les personnes immunodéprimées.

### **Grossesse et allaitement :**

N/A.

## **7. Prise en charge du patient**

### **Traitement :**

Absence de traitement spécifique : traitement symptomatique et hospitalisation.

### **Mesures d'hygiène :**

Application des [Mesures d'hygiène](#) générales et spécifiques aux maladies à transmission par gouttelettes et par contact.

***Isolement - éviction :***

Éviction jusqu'à recherche virologique négative dans 2 échantillons de selles successives, obtenus à au moins 24 heures d'intervalle et dans les 14 jours qui suivent la paralysie. Les recherches virologiques se font au CNR.

L'état clinique entraîne, en général, une hospitalisation de plusieurs semaines.

En plus de précautions générales, des précautions dites de contact et gouttelettes seront instaurées pendant 50 jours ou jusqu'à l'obtention de résultats virologiques négatifs.

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

***Prophylaxie :***

Rechercher et identifier tous les contacts étroits du patient.

Est considéré comme contact étroit, toute personne qui a passé plus de 4 heures régulièrement dans la même pièce que la personne infectée, y compris :

- Personnes vivant sous le même toit
- Enfants qui partagent la même classe, la même section à la crèche,
- Travailleurs de santé, sociaux ou professionnels

Un contact étroit est considéré à risque élevé d'être infecté s'il :

- N'est pas vacciné, pas complètement vacciné ou a un statut vaccinal inconnu
- Vit sous le même toit que la personne infectée et a eu des contacts prolongés
- Est un professionnel de santé qui n'a pas porté l'EPI recommandé
- Est immunodéprimé
- Lors de l'exercice de sa profession, manipule des denrées alimentaires, est en contact avec de jeunes enfants

Vérification du statut vaccinal de ces contacts proches (y compris les contacts dans la maisonnée et le personnel soignant). Vacciner ou compléter la vaccination en cas d'historique vaccinal incomplet au moyen de l'IPV (Inactivated Polio Vaccine). Une sérologie poliomyélite est théoriquement possible mais n'est pas réalisée en Belgique.

Réaliser un écouvillon nasopharyngé et un prélèvement de selles 3 jours après la dernière exposition avec la personne infectée chez tous les contacts étroits cités ci-dessus.

Pour les contacts à risque élevé, réaliser un deuxième prélèvement de selles à minimum 48 heures d'intervalle.

Les échantillons sont à envoyer pour analyse au CNR Leuven (voir point 3. Diagnostic pour les instructions d'échantillonnage et conditions d'envoi).



### **Mesures d'hygiène :**

Application des [Mesures d'hygiène](#) générales et spécifiques aux maladies à transmission par contact et par gouttelettes.

### **Quarantaine - éviction :**

Seuls les cas probables seront en isolement en attente des résultats des analyses effectuées. L'isolement est levé dès que le test est négatif.

### **Collectivité à risque :**

Partage des mêmes sanitaires et des mêmes cuisines qu'un malade atteint de polio ou d'un porteur sain. Proximité physique d'un malade ou d'un porteur sain. Hygiène insuffisante permettant une transmission par voie oro-fécale ou par gouttelettes de la maladie. Réfugiés et demandeurs d'asile provenant de pays où circule le virus de la poliomyélite.

## **9. Prévention pré-exposition**

### **Mesures préventives générale :**

N/A.

### **Vaccination :**

Deux vaccins existent, le vaccin oral (Oral Polio Vaccine ou OPV) qui est un vaccin vivant atténué et le vaccin injectable (IPV ou Inactivated Polio Vaccine) qui se présente sous forme « inactivée » et s'administre par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

En Belgique, la vaccination de base contre la polio est obligatoire depuis 1967. L'OPV n'est plus disponible en Belgique et c'est l'IPV qui est utilisé depuis 2001. Une information exhaustive quant à la vaccination est disponible sur le site du Conseil Supérieur de la Santé [ici \(CSS 2016 avis 9208\)](#).

### **Calendrier vaccinal**

L'IPV est une des valences du vaccin hexavalent de base qui est administré aux âges de 2, 3 et 4 mois. Ce vaccin hexavalent est composé des valences suivantes : DTPa-VHB-IPV-Hib (DTPa : diphtérie-tétanos-pertussis acellulaire, VHB : virus de l'hépatite B, IPV : Inactivated Polio Vaccine, Hib : Haemophilus influenzae de type b). Un rappel du même vaccin hexavalent est administré à l'âge de 15 mois. Un second rappel, au moyen d'un vaccin tétravalent (DTpa-IPV) est préconisé entre 5 et 7 ans.

### **Calendrier vaccinal alternatif**

Il existe un vaccin IPV monovalent. Dans ce cas, 3 doses sont suffisantes. L'intervalle entre les 2 premières doses sera alors de 8 semaines minimum et la 3ème dose sera administrée à l'âge de 15 mois.



## Vaccination de rattrapage

Une vaccination de rattrapage sera envisagée lorsqu'aucune preuve ne peut être fournie quant à un historique vaccinal de base complet. La vaccination doit être adaptée à l'âge. Plus d'informations [ici \(CSS 2013, avis 9111\)](#).

## Vaccination en cas de voyage dans un pays où circule la polio :

La vaccination est indispensable pour les voyages vers les pays où circule le virus. Pour les personnes qui ont reçu une primovaccination complète (OPV ou IPV) -ce qui est en principe le cas de tous les individus nés depuis 1967 en Belgique, un rappel IPV à l'âge adulte (>16 ans) confère une protection à vie. Pour les personnes non vaccinées (ou en absence de données vaccinales), une primovaccination doit être entreprise (2 injections à 1 mois d'intervalle, 3<sup>ème</sup> injection 6-12 mois après). La vaccination peut être réalisée soit par IPV-monovalent soit par vaccin plurivalent (associé à diphtérie, tétanos +/- pertussis acellulaire) si d'autres mise à jour sont requises. Pour les vaccins plurivalents, veillez à adapter le choix du dosage à l'âge du patient : à partir de l'âge de 13 ans, il convient d'utiliser des vaccins avec une quantité réduite en anatoxine diphtérique (< 30 UI anatoxine) et en antigènes de Bordetella pertussis (< 25 µg).

Il est recommandé aux personnes voyageant plus de 4 semaines dans les pays endémiques ou dans une région où le cVDPV est présent, et classé comme avec un « risque de propagation internationale » de recevoir une dose de IPV (la revaccination se fera 4 semaines à 12 mois avant le voyage). La liste des pays est disponible [ici](#) (Juin 2025). Une vaccination supplémentaire contre la polio est également obligatoire dans certains pays. Pour plus d'informations, <https://www.wanda.be/fr/a-z-index/polio/>. Depuis 2016, en Belgique, la vaccination est offerte à l'arrivée pour toutes les personnes demandeuses d'asile/réfugiées issues de pays où le virus de la poliomyélite circule.

## Précautions

Il convient de tenir compte, lors de l'évaluation des contre-indications, de toutes les valences contenues dans le vaccin administré. Il convient également d'éviter la vaccination en cas d'antécédents allergiques sérieux vis-à-vis d'un des composants desdites associations vaccinales. Le vaccin IPV n'est pas contre-indiqué chez le patient immunodéprimé ou chez la femme enceinte, étant donné qu'il est du type « inactivé ».

Le vaccin OPV est de type « vivant atténué ». Il est donc contre-indiqué chez la femme enceinte et les personnes immunodéprimées.

**Les risques spécifiques associés au Vaccin Polio Oral OPV** comprennent la poliomyélite paralytique post-vaccinale (PPPV) et des épidémies causées par des poliovirus dérivés de la souche vaccinale circulants (cVDPV).

**La PPPV :** Après administration du vaccin atténué oral, une réversion du virus vaccinal ou un terrain immunodéprimé peut être à l'origine de la survenue exceptionnelle de paralysies chez le sujet vacciné (dans les trente jours suivant la vaccination) ou dans son entourage non vacciné (dans les soixante jours). En France, ce risque a été estimé à environ un cas sur 7,8 millions de doses distribuées chez le vacciné et un cas sur 5,5 millions de doses distribuées chez les contacts (surtout poliovirus de sérotype 3). Rappelons que le vaccin oral n'est plus disponible en Belgique, mais qu'il est utilisé par l'OMS dans les campagnes d'éradication de la poliomyélite.

**Les cVDPV :** Lors de la vaccination OPV, la souche non virulente se réplique dans l'intestin le temps que l'organisme développe des anticorps. Dans les zones d'assainissement inadéquat, la souche



vaccinale peut se disséminer dans la population (ce qui permet une vaccination passive de cette population) et qui s'éteint spontanément. En de rares cas, si la couverture vaccinale est très faible, la souche peut survivre sur une plus longue période et peut muter (si elle circule au moins 12 mois). Ces modifications génétiques peuvent aboutir à des souches virulentes pouvant provoquer une paralysie, les cVDPV. La résolution de ces épidémies passe par une vaccination à large échelle de la population pour obtenir une couverture vaccinale empêchant la propagation du virus.



## Personnes de contact

### *Direction Surveillance des Maladies Infectieuses de l'AVIQ*



071/33.77.77

[surveillance.sante@aviq.be](mailto:surveillance.sante@aviq.be)

[traceinwal.aviq.be](http://traceinwal.aviq.be)

### *Centre National de référence*

Pr Dr Marc Van Ranst et Dr Lize Cuypers

[KUL Nationale Referentie Centrum](#)

Adresse : UZ Gasthuisberg Herestraat 49 - 3000 Leuven

Tél. : 016/ 344 006

Email : [lize.cuypers@uzleuven.be](mailto:lize.cuypers@uzleuven.be)

### *Sciensano*

Personne responsable : Kimberley Hansford

Service épidémiologie des maladies infectieuses

Institut scientifique de Santé Publique, Rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles

Tél. : 02/642.57.47

Email : [kimberley.hansford@sciensano.be](mailto:kimberley.hansford@sciensano.be)



## Références

1. David L. Heymann, editor. Control of Communicable Diseases Manuel. 18th ed. Washington : American Public Health Association; 2008.
2. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and practices of infectious disease. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier; 2010.
3. American Academy of Pediatrics. Poliovirus infections. In Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Red book: 2012. Report of the committee on infectious diseases. 29th edition
4. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Atkinson W, Hamborsky J, Wolfe S, eds. Pink book :2012, second printing. Washington DC: Public Health Foundation, 2012. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th edition
5. Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. 6th ed. Saunders; 2013.
6. Conseil supérieur de la santé. Vaccination. <https://www.hgr-css.be/fr/domaine-vaccination>  
[http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/10758445\\_fr.pdf](http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/10758445_fr.pdf)
7. Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, mars 2025 – conclusions et recommandations. Relevé Epidémiol Hebd. 2025, (23):219-238. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8dc2e79a-343e-460e-addc-eb0c0983fb94/content>
8. Blondel B, Autret A, Martin-Latit S et al. Poliovirus et apoptose. Virologie. 2006 jan-fev ;10(1) :7-20. Disponible sur: <http://www.jle.com/e-docs/00/04/17/FC/article.phtml?fichier=images.htm>
9. Antona D, Guérin N. L'éradication de la poliomyélite : où en est-on en 2010 ? Bull Epidemiol Hebd 2010;(48):489-493.
10. Flambée de poliomyélite, République du Congo, septembre 2010-février 2011. Relevé Epidemiol Hebd 2011;86(15):141-142.
11. World Health Organization. Polio Eradication Strategy 2022-2026. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/b/57914>
12. Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides. Statistiques d'asile décembre 2024. Consulté le 9/12/2025 [https://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques\\_dasile\\_decembre\\_2024.pdf](https://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques_dasile_decembre_2024.pdf)
13. World Health Organization. Position paper on Polio vaccines N°25, Weekly Epidemiological Record, 2022, 97, 277-300. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9725-277-300>
14. Institut Pasteur Fiches info : Poliomyélite, disponible sur: <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/poliomyelite>
15. Böttcher S, Kreibich J, Wilton T, Saliba V, Blomqvist S, Al-Hello H, Savolainen-Kopra C, Wieczorek M, Gad B, Krzysztozek A, Pintó RM, Cabrerizo M, Bosch A, Saxentoff E, Diedrich S, Martin J. Detection of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) in wastewater samples: a wake-up call, Finland, Germany, Poland, Spain, the United Kingdom, 2024. Euro Surveill. 2025 Jan;30(3):2500037. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.3.2500037
16. Statement of the Forty-third meeting of the Polio IHR Emergency Committee, WHO, 11 Novembre 2025



## Annexes

### **Annexe 1 : Définition des Paralysies Aiguës (PFA)**

Tableau clinique aigu de parésie ou de paralysie focale avec diminution du tonus sans cause apparente (telle qu'un trauma). Ce syndrome clinique est caractérisé par l'apparition rapide d'une faiblesse, incluant (moins fréquemment) une faiblesse respiratoire et de la déglutition, progressant en plusieurs jours à plusieurs semaines.

Diagnostiques différentiels évoqués devant un cas de PFA :

- syndrome de Guillain-Barré
- myélite transverse aiguë
- encéphalomyélite aiguë disséminée (EMAD)
- botulisme
- infection par un virus neurotrope (ex : autres entérovirus, herpès virus)
- poliomyélite
- paralysie par morsure de tique,
- rage paralytique,
- intoxication au nerprun,
- myasthénie grave et Lambert-Eaton,
- bérubéri aigu...

### **Annexe 2 : Procédure à suivre en cas de PFA chez un enfant de moins de 15 ans**

1. Signaler le cas via le système de déclaration obligatoire des maladies transmissibles via [Trace In Wal](#) ou via le réseau PediSurv<sup>3</sup> ;
2. Prélever pour culture virologique deux échantillons de selles (détail des prélèvements et conditions de conservation et de transport de ceux-ci : annexe 3) ;
3. Envoyer les prélèvements de selles au Centre National de Référence (CNR) pour les poliovirus (formulaire de demande (cfr annexe 4) + coordonnées du CNR [ici](#) :

### **Annexe 3 : Prélèvement en cas de PFA**

Pour tous les cas de PFA, il est demandé de prélever pour culture virologique deux échantillons de selles, prélevés à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie. L'exclusion d'une infection par un poliovirus ne peut se baser sur des résultats négatifs lors de tests effectués sur des échantillons prélevés à partir d'autres fluides corporels. Tout échantillon doit être envoyé le plus rapidement possible après son prélèvement, dans un milieu de transport de virus avec

<sup>3</sup> Si vous faites partie du réseau PediSurv, nous vous demandons également de nous transmettre tous les mois une déclaration « nulle » si vous n'avez observé aucun cas - site PediSurv : <https://www.wiv-isp.be/pedisurv/>



transfert réfrigéré (2-8°C). Si un envoi rapide est impossible, l'échantillon doit être conservé au frigo (2-8°C) en attendant l'envoi. Les prélèvements de LCR éventuellement réalisés doivent également être envoyés endéans les 48 heures au CNR, avec transfert réfrigéré (2-8°C).



## Annexe 4 : Formulaire de demande

	<b>Laboratoriumgeneeskunde</b> Formulaire de demande <b>Centre de référence pour Enterovirus</b>	
--	--	--

**FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE:**  
 UZ Leuven - Dienst Laboratoriumgeneeskunde (NRC)  
 Herestraat 49 - 3000 Leuven  
 Tel. 016 34 70 00  
**prof. dr. Marc Van Ranst**  
[marc.vanranst@uzleuven.be](mailto:marc.vanranst@uzleuven.be)

**IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable: .....

\*Nom du laboratoire: .....

Tél: ..... Fax: .....

Adresse email: .....

\*Nom du médecin demandeur: .....

+ N° INAMI: .....

**\* ANALYSES DEMANDÉES**

PCR et typage de Parechovirus:

5797  PCR de Parechovirus (Sang)  
 5798  PCR de Parechovirus (LCR)

Typage d'entérovirus (uniquement en cas de culture ou PCR positive):

5753  Typage d'entérovirus (aspirations nasopharyngées)  
 5751  Typage d'entérovirus (LBA)  
 5752  Typage d'entérovirus (voies respiratoires supérieures)  
 5756  Typage d'entérovirus (LCR)  
 5759  Typage d'entérovirus (culture cellulaire)  
 5758  Typage d'entérovirus (divers)  
 5757  Typage d'entérovirus (selles)  
 5755  Typage d'entérovirus (prélèvement oculaire)

5766  PCR de Poliovirus (selles)\*\*

\*\* Prévenir le laboratoire – 2 échantillons de selles (intervalle minimum de 24 heures) dans les 14 jours suivant le début des symptômes pour chaque cas suspect de poliovirus ou de paralysie flasque aigue

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

\*Nom: .....

\*Sexe:  H  F  Inconnu

\*Date de naissance: .....

\*N° registre national: .....

\*Adresse: .....

\*Code postal + localité: .....

Nationalité: .....

Séjour récent à l'étranger:  Oui  Non

Si oui, pays ou région: .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON**

\*N° d'identification: .....

\*Date de prélèvement: ..... / ..... / .....

\*Nature:  LCR  
 Fèces  
 Sang  
 LBA  
 Aspirations nasopharyngées  
 Voies respiratoires supérieures  
 Prélèvement cutané  
 Prélèvement oculaire  
 Autre : .....

Condition de l'échantillon:  
 Culture cellulaire  
 Extrait de RNA  
 Echantillon d'origine du patient  
 Autre : .....

**\*INFORMATIONS CLINIQUES**

Symptômes:  Paralysie flasque aigue  
 Méningite  
 Encéphalite  
 Gastroentérite  
 Autre : .....

**INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

Cas isolé

Cluster de cas:  
 Nombre: .....  
 Age: .....  
 Contexte (ex. école, hôpital.....)

Inconnu

**\*Indispensable**



## Annexe 5 : Emplacement des Stations d'Épuration (STEPs) testées pour le poliovirus en Belgique.

