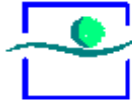


ROYAUME DU MAROC
ministère de la santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

**GUIDE DE LA
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE
DES**

**PARALYSIES
FLASQUES
AIGUËS**

(VERSION FINALE - JUIN 2001)

**Direction de l'Epidémiologie
et de Lutte contre les Maladies
Service de la Surveillance Epidémiologique**

Document réalisé avec l'appui de l'OMS

CE DOCUMENT EST UN GUIDE PRATIQUE DESTINE AU PERSONNEL DE TERRAIN POUR FAIRE LA SURVEILLANCE DES PARALYSIES FLASQUES AIGUËS (PFA) AU MAROC. CETTE PREMIERE EDITION DU GUIDE INSISTE PRINCIPALEMENT SUR LES ACTIVITES NECESSAIRES POUR ASSURER UNE SURVEILLANCE DES PFA DE BONNE QUALITE.

COMITE DE REDACTION

Dr Ahmed ZIDOUH

Dr Fabio LIEVANO

Dr Ahmed RGUIG

COMITE DE LECTURE

Dr Jaouad MAHJOUR

Dr Mohamed Jamal BELHADJ

Mme Nabila ROUABI

M'hamed BRAIKAT

TABLE DES MATIERES

Abréviations	iv
Préface	1
Introduction	3
Stratégies de l'éradication de la poliomyélite	4
Eradiquer la poliomyélite, est-ce possible ?	5
Aspects cliniques de la poliomyélite	6
Diagnostic différentiel des PFA	6
Pourquoi la surveillance des PFA ?	7
Réseau de surveillance des PFA au Maroc	8
Conduite devant chaque cas de PFA	9
Prélèvement et envoi des échantillons de selles	11
Examen de suivi	12
Classification des cas de PFA	13
Indicateurs de performance de la surveillance des PFA	14
Nombre minimum de cas de PFA attendu	15
Annexes :	
- Tableau comparatif des principales PFA	17
- Fiche hebdomadaire de la surveillance active	18
- Dossier d'investigation et de suivi d'un cas de PFA	19
- Fiche de laboratoire des cas de PFA	22
- Commission Nationale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite	23
- Comité des experts pour la classification des PFA	24

ABREVIATIONS

CDC :	Centers for Disease Control and Prevention
DELM :	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
INH :	Institut National d'Hygiène
JNV :	Journées nationales de vaccination
PFA :	Paralysie flasque aiguë
VPO :	Vaccin antipoliomyélitique oral
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SSE :	Service de la Surveillance Epidémiologique

PREFACE

Par sa politique sanitaire préventive, le Maroc a réalisé de grands progrès dans le contrôle des maladies infectieuses en général et particulièrement le contrôle des maladies cibles de la vaccination, après la mise en place du Programme National d'Immunisation en 1987. Ainsi, depuis 1989 aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré et le dernier cas de diphtérie fut notifié en 1991. Par ailleurs, depuis 1995 nous n'enregistrons que de rares cas de tétanos néonatal et quelques cas de coqueluche. Tandis qu'une stratégie est en cours de préparation pour l'élimination de la rougeole.

Ainsi, le Maroc est classé comme ayant déjà répondu au critère d'élimination du tétanos néonatal fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir, une incidence annuelle de moins de un cas pour 1000 naissances vivantes.

Aujourd'hui, notre pays est dans la phase de certification de l'éradication de la poliomyélite. Pour cela, nous devons répondre aux conditions définies par la Commission pour la Certification de l'Eradication de la Poliomyélite de l'OMS, parmi lesquelles les critères de performance du système de surveillance et de suivi des patients présentant des paralysies flasques aiguës (PFA).

Pour ce faire, une Commission Nationale pour la Certification de l'Eradication de la Poliomyélite au Maroc a été constituée. Elle a pour mission de suivre les activités et les réalisations des différentes parties impliquées dans ce domaine et de constituer, avec les services concernés, le dossier de candidature du Maroc à la certification et de le soumettre à l'OMS.

Dans cet objectif, la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) a développé un plan d'action pour le renforcement de la surveillance des PFA. Ce plan consiste,

principalement, en la mise en place d'un système de surveillance active des PFA, la formation des responsables de cette surveillance à tous les niveaux et la sensibilisation et l'information des professionnels de santé de tous les secteurs. Dans ce sens, il est recommandé à toutes les formations sanitaires, ainsi qu'au personnel des différents services, particulièrement les services de pédiatrie, de neurologie et de réanimation, de participer activement à l'amélioration des performances du système de surveillance et de suivi des cas de PFA.

Le présent guide constitue une référence simplifiée et pratique à l'usage du personnel de terrain impliqué dans la surveillance et le suivi des cas de PFA.

Nous comptons sur l'implication effective et le concours de tous pour réussir ce que notre pays doit entreprendre pour être au rendez-vous de cette étape historique de l'humanité et faire de la poliomyélite la deuxième maladie éradiquée après la variole.

Le Ministre de la Santé

Thami EL KHYARI

Introduction

En mai 1988, la 41^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé avait voté la résolution de l'éradication de la poliomyélite due au poliovirus sauvage avant l'an 2000.

OBJECTIFS

- *AUCUN CAS DE POLIOMYELITE CLINIQUE ASSOCIE AU POLIOVIRUS SAUVAGE,*
- *AUCUN POLIOVIRUS SAUVAGE IDENTIFIE DANS LE MONDE APRES UNE RECHERCHE INTENSIVE.*

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite est un travail de collaboration mondiale. Les ministres de la santé de tous les pays, l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International, CDC et de nombreuses organisations non gouvernementales la soutiennent vigoureusement.

Les activités d'éradication de la poliomyélite ont effectivement commencé au Maroc en 1995, avec l'organisation chaque année des Journées Nationales de Vaccination par le VPO, l'instauration de la surveillance des PFA et la mise en place du Laboratoire National de la Poliomyélite qui est maintenant accrédité par l'OMS.

Cependant, afin de répondre complètement aux normes nécessaires pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, le Ministère de la Santé a procédé dernièrement au renforcement de la surveillance épidémiologique de la poliomyélite par la mise en place d'un réseau de surveillance active de toutes les PFA et en adoptant une stratégie rigoureuse d'investigation et de suivi de ces patients.

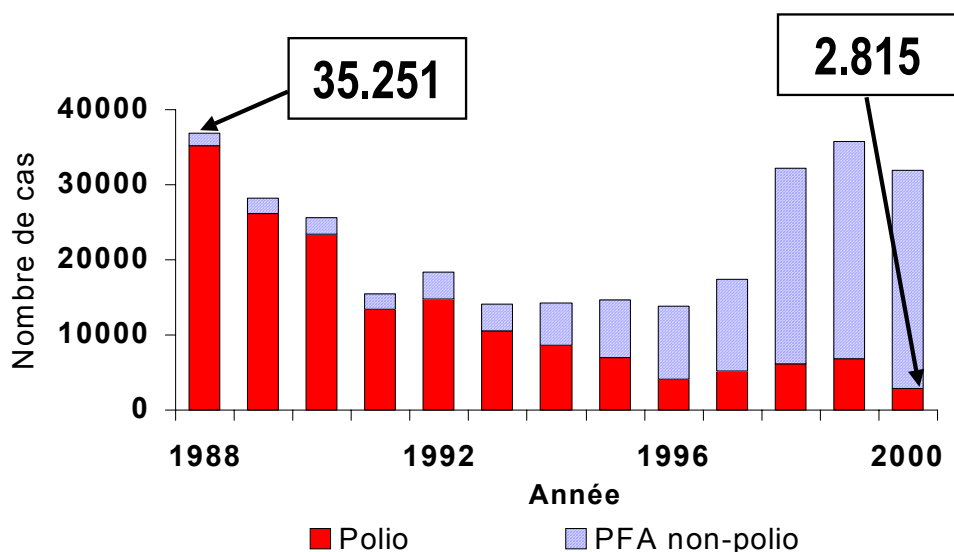
Stratégies de l'éradication de la poliomyélite

Les quatre stratégies fondamentales pour atteindre l'objectif de l'éradication de la poliomyélite sont :

1. atteindre en routine une couverture vaccinale élevée de tous les nourrissons, par l'administration d'au moins quatre doses de VPO avant l'âge d'un an ;
2. organiser des JNV pour administrer des doses supplémentaires de VPO à tous les enfants âgés de moins de cinq ans ;
3. assurer une surveillance performante des PFA avec examen de laboratoire de tous les cas ;
4. organiser des vaccinations de ratissage permettant d'interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus.

Ces différentes stratégies sont efficaces car elles ont permis de passer d'environ 35.000 cas de poliomyélite enregistrés dans le monde en 1988 à 2.815 cas en 2000, soit une réduction de 93%.

Nombre annuels des cas de PFA et de poliomyélite déclarés dans le monde, 1988-2000



Eradiquer la poliomyélite, est- ce possible ?

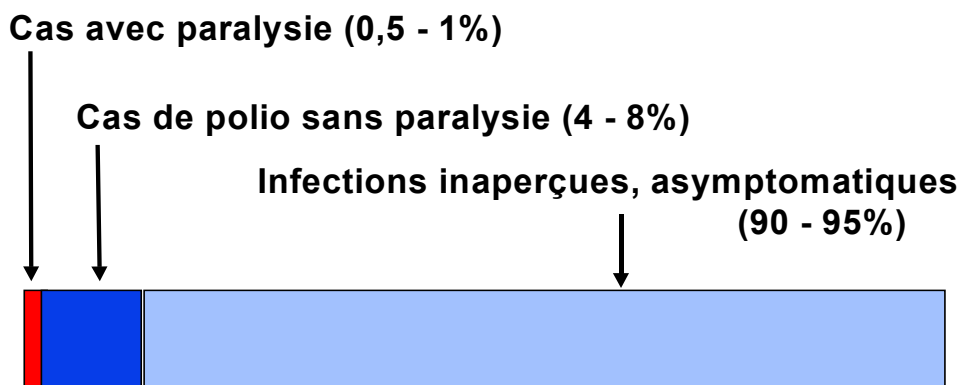
OUI, l'éradication de la polio est possible pour les raisons suivantes :

- Le poliovirus n'infecte que l'être humain et il n'existe pas de réservoir animal ;
- Il y a un vaccin très efficace et pas cher (VPO) ;
- L'immunité dure toute la vie ;
- Il n'existe pas de porteur à long terme ;
- Le poliovirus ne peut survivre qu'une courte durée hors du corps humain.

MAIS, il existe aussi des difficultés pour l'éradication, car :

- l'infection par le poliovirus est asymptomatique chez 90 à 95% des sujets infectés ;
- la paralysie flasque aiguë est un symptôme commun à de nombreuses étiologies.

Aspects cliniques de la poliomyélite



Aspects cliniques de la poliomyélite

Chez 90 à 95% des sujets infectés, l'infection par le poliovirus passe inaperçue ; alors que dans 4 à 8%, l'infection provoque une maladie bénigne, caractérisée par une légère fièvre, des maux de gorge, des vomissements, des douleurs abdominales, de l'inappétence et une sensation de malaise. La guérison est rapide et complète, sans paralysie. Cette forme d'infection par le poliovirus est appelée "forme abortive de la poliomyélite". Elle est indiscernable des autres infections virales bénignes.

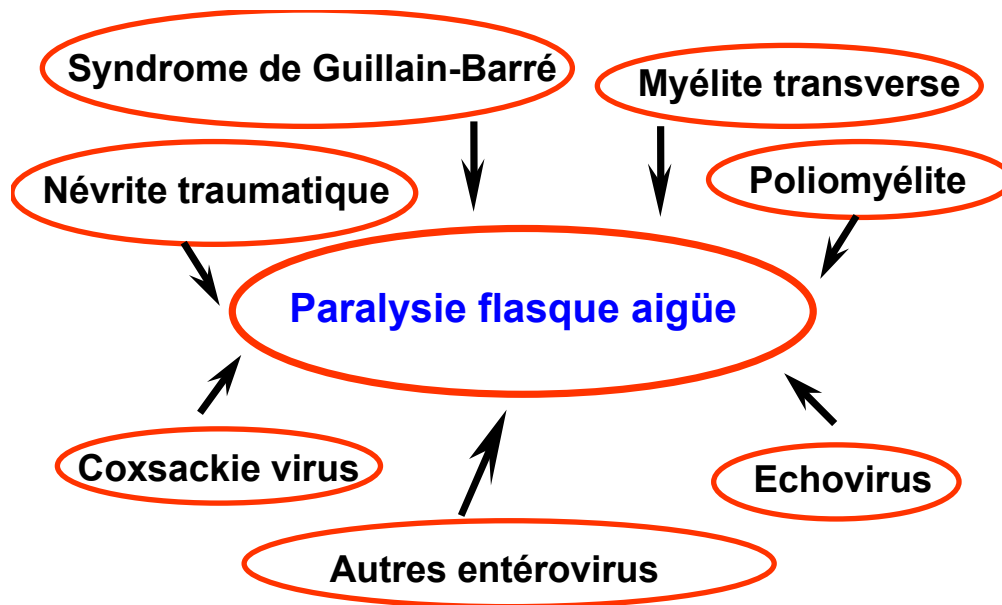
La poliomyélite paralytique survient dans environ 0.5 à 1% des infections. La maladie se manifeste sous deux formes. La forme mineure comprend de la fièvre, malaises, céphalées, nausées et vomissements. L'évolution à la forme majeure peut se manifester par de vives douleurs musculaires, une raideur de la nuque et du dos ; la paralysie flasque peut alors survenir.

Typiquement, la paralysie de la poliomyélite est asymétrique avec de la fièvre. Elle atteint le maximum de son extension en une courte période, 3 à 4 jours. Une paralysie résiduelle après 60 jours et l'absence de perte des fonctions sensibles caractérisent la poliomyélite paralytique.

Diagnostic différentiel des PFA

Le symptôme PFA est commun dans l'infection par le poliovirus, le syndrome de Guillain-Barré (GB) et la myélite transverse. La névrite traumatique, les infections par le virus coxsackie ou l'écho virus, l'encéphalite, la méningite et les tumeurs sont des étiologies moins fréquentes de la PFA (voir annexes).

SEUL LE LABORATOIRE DE VIROLOGIE PERMET DE FAIRE LA DIFFERENCE ENTRE LES PFA POLIO ET NON-POLIO, EN ISOLANT LE VIRUS DE LA POLIOMYELITE. IL EXISTE UN RESEAU MONDIAL DE LABORATOIRES DE REFERENCE POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE. AU MAROC, CE LABORATOIRE SE TROUVE AU NIVEAU DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE (INH) A RABAT.



Pourquoi la surveillance des PFA ?

A un stade très avancé dans le contrôle d'une maladie, les objectifs de sa surveillance deviennent de plus en plus ambitieux. Etant donné qu'aucun cas n'a été enregistré depuis 1989, le système de surveillance de routine de la poliomyélite n'est plus suffisant. Un système de surveillance actif, plus sensible et plus spécifique s'avère nécessaire.

Dans l'objectif mondial d'éradication de la poliomyélite, l'OMS recommande la surveillance active de toutes les **paralysies flasques aiguës** (PFA), afin qu'aucun cas de poliomyélite n'y échappe, en utilisant la définition suivante :

"Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë, y compris le syndrome de Guillain-Barré, ou toute personne souffrant d'une pathologie avec paralysie, quel que soit son âge, si l'on suspecte la poliomyélite." OMS.

AU MAROC, LA SURVEILLANCE DES PFA EST INTEGREE DANS LE SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE. CETTE SURVEILLANCE ETANT REGIE PAR :

- *LE DECRET ROYAL N° 554-65 DU 17 RABII I 1387 (26 JUIN 1967), PORTANT LOI RENDANT OBLIGATOIRE LA DECLARATION DES MALADIES ;*
- *ET L'ARRETE DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE N° 683-95 DU 30 CHOUAL 1415 (31 MARS 1995) PRECISANT LES MODALITES D'APPLICATION DU DECRET ROYAL.*

OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE DES PFA

- 1. IDENTIFIER LES ZONES ET LES GROUPES A HAUT RISQUE.*
- 2. DEMONTRER L'ABSENCE DE LA CIRCULATION DU POLIOVIRUS SAUVAGE.*
- 3. REpondre AUX CRITERES DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DES PFA NECESSAIRES POUR LA CERTIFICATION DE L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE AU MAROC.*

Réseau de surveillance des PFA au Maroc

- **Surveillance systématique des PFA** : la déclaration immédiate et systématique de tout cas de PFA chez un enfant de moins de 15 ans. La PFA devra aussi figurer sur les relevés mensuels des maladies à déclaration obligatoire. Lorsqu'aucun cas de PFA n'est enregistré au cours du mois, le relevé doit, néanmoins, porter la mention "**zéro cas**", ceci est appelé déclaration négative.
- **Surveillance active des PFA** : pour améliorer la ponctualité et la précision de la surveillance des cas de PFA, la DELM a constitué un "**réseau de surveillance active des PFA**". Ce réseau se compose d'une personne responsabilisée de la déclaration immédiate des cas de PFA au niveau de chacun des services de santé où un cas de PFA pourrait être pris en charge : pédiatrie, réanimation, neurologie

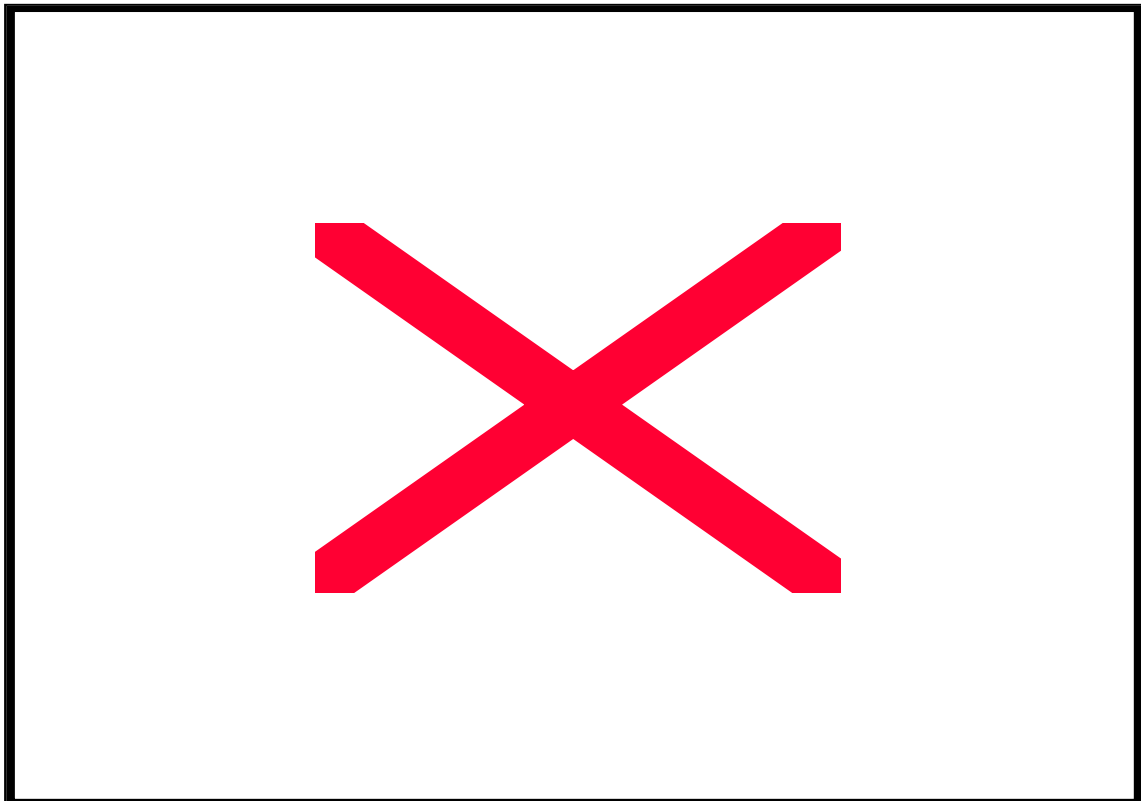
- En plus, pour s'assurer de la complétude des notifications, une surveillance active hebdomadaire est assurée par les responsables du SIAAP, pour vérifier que tous les cas hospitalisés ont bien été notifiés. La "**Fiche hebdomadaire de la surveillance active des paralysies flasques aiguës**" (voir annexes), est à remplir en se référant aux registres et dossiers des malades dans les services où les cas de PFA ont le plus de chance d'être pris en charge. Cette fiche est à adresser chaque semaine à la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies. Là aussi, en l'absence de cas, la mention "**zéro cas**" doit être reportée.
- La rétro-information est assurée par le bulletin "**Info-PFA**" qui est diffusé chaque trimestre à toutes les délégations médicales et mis sur le site Internet du Ministère de la Santé.

Conduite devant chaque cas de PFA

Tous les cas de PFA répondant à la définition de l'OMS doivent faire l'objet d'une conduite standardisée, qui consiste à les considérer comme des cas de poliomyélite, jusqu'à l'étape de leur classification finale, même s'il est évident dès le début qu'il s'agit d'un syndrome de Guillain-Barré ou d'une autre paralysie flasque aiguë non poliomyélitique.

- Dès le diagnostic, le cas de PFA doit être notifié à la Délégation du Ministère de la Santé qui à son tour le notifie au Service de la Surveillance Epidémiologique (SSE) à la DELM.
- Le SSE enregistre le cas sur le *Registre National des PFA* et communique au déclarant le *numéro d'identification national du cas*. Ce numéro est porté sur le "**Dossier d'investigation et de suivi d'un cas de paralysie flasque aiguë**" qui est tenu au niveau de la Cellule Provinciale d'Epidémiologie. Le dossier doit être soigneusement complété et les informations au fur et à mesure communiquées au SSE.
- Ce dossier (voir annexes) comporte des données démographiques, cliniques, du statut vaccinal, biologiques et des données sur l'évolution et le suivi du malade en plus d'un volet réservé au diagnostic retenu et à la classification finale du cas de PFA.

- Deux échantillons de selles du malade doivent être prélevés à 24 heures d'intervalle dans les 14 jours du début de la paralysie. Les spécimens doivent parvenir au Laboratoire National de la Poliomyélite à l'INH à Rabat dans un délai maximum de trois jours de leur prélèvement et dans de bonnes conditions de conservation.
- Si le patient est décédé avant de lui faire au moins un prélèvement de selles ou s'il est prélevé après deux semaines du début de la paralysie, alors il faut faire en plus un prélèvement de selles chez cinq enfants de moins de cinq ans dans l'entourage le plus proche du patient.
- Le laboratoire est sensé rendre le résultats dans un délai de 28 jours.
- Le malade doit être revu 60 jours après le début de la paralysie à la recherche d'éventuelles séquelles paralytiques et pour statuer sur le diagnostic à retenir.
- Le Comité National des Experts doit statuer sur la classification finale des cas difficiles dans les 90 jours du début de la paralysie.



Prélèvement et envoi des échantillons de selles

- Recueillez un volume de selles de la grosseur d'environ deux ongles du pouce d'un adulte (> 8 grammes).
- Mettez le spécimen dans un récipient propre ou un porte-échantillon muni d'un couvercle à vis. Ces kits sont à récupérer auprès du laboratoire à l'INH.
- Inscrivez sur le côté du récipient le nom du patient, le numéro d'identification du cas et la date à laquelle l'échantillon a été recueilli.
- Mettez les récipients dans le sachet en plastique.
- Remplissez soigneusement et complètement la première section de la **"Fiche de laboratoire des cas de PFA"** de demande d'analyse virologique (voir annexes).
- Placez le tout dans la glacière jaune (évitez d'utiliser un porte vaccin) en mettant des accumulateurs de froid autour des échantillons pour assurer une chaîne de froid rétrograde jusqu'au laboratoire (4 - 8°C).
- Une fois prélevés, en attendant leur envoi et au cours de leur acheminement au laboratoire, les spécimens doivent être conservés dans les conditions rigoureuses du respect de la chaîne de froid (4 – 8°C) .
- Acheminez les échantillons sur l'INH à Rabat, par les moyens de transport les plus rapides et les plus directs. Les spécimens doivent arriver au laboratoire dans les 72 heures suivant leur prélèvement et dans de bonnes conditions de conservation.
- Informez à l'avance le personnel du laboratoire à Rabat de l'arrivée des échantillons.

PRELEVEMENTS EN BON ETAT

- *A L'ARRIVEE AU LABORATOIRE, IL Y A DE LA GLACE DANS LE RECIPIENT D'EXPEDITION OU DANS LES ACCUMULATEURS, OU BIEN LE DISPOSITIF DE CONTROLE AFFICHE UNE TEMPERATURE < 8°C ;*
- *LE VOLUME DE L'ECHANTILLON EST ADEQUAT (> 8 GR) ;*
- *IL N'Y A PAS DE DEPERDITION NI DE DESSICCATION ;*
- *LES INFORMATIONS APPROPRIEES SONT INCLUSES.*

Examen de suivi

Chaque cas de PFA doit subir un examen de suivi au moins 60 jours après le début de la paralysie. Le principal objectif de cet examen est de rechercher l'existence ou non d'une paralysie résiduelle qui est typique en cas de poliomyélite, et très rare dans les autres PFA. Par conséquent, le résultat du suivi est très important pour la classification finale des cas.

Comment faire le suivi après 60 jours : le mieux est qu'il soit fait par le clinicien qui a procédé à l'exploration du patient à la première phase de sa maladie. Généralement, un rendez-vous de consultation 60 jours après le début de sa paralysie sera donné à l'enfant. Parfois, il sera nécessaire de faire une visite à domicile du cas. C'est pourquoi, lors de l'investigation initiale il faut prendre l'adresse précise et détaillée de l'enfant, ou toute autre information nécessaire pour le localiser.

Formulaire du suivi : c'est la deuxième partie du "*Dossier d'investigation et de suivi d'un cas de paralysie flasque aiguë*" (voir annexe). Il comprend les principales informations à noter :

- Suivi, effectué ou non,
- Si non, pour quelle raison (décédé, perdu de vue ...),
- Si l'examen de suivi a été effectué, date de l'examen de suivi
- **Y a-t-il une paralysie résiduelle ?** La réponse doit être OUI s'il y a **la moindre faiblesse**, même s'il y avait une récupération de la paralysie par rapport au début. Il faut en préciser le siège, l'existence ou non d'une **amyotrophie** et l'état de mobilité du patient.

Diagnostic retenu : à la fin, le clinicien aura à noter le diagnostic retenu à la suite de cet examen de suivi (3^{ème} partie du dossier).

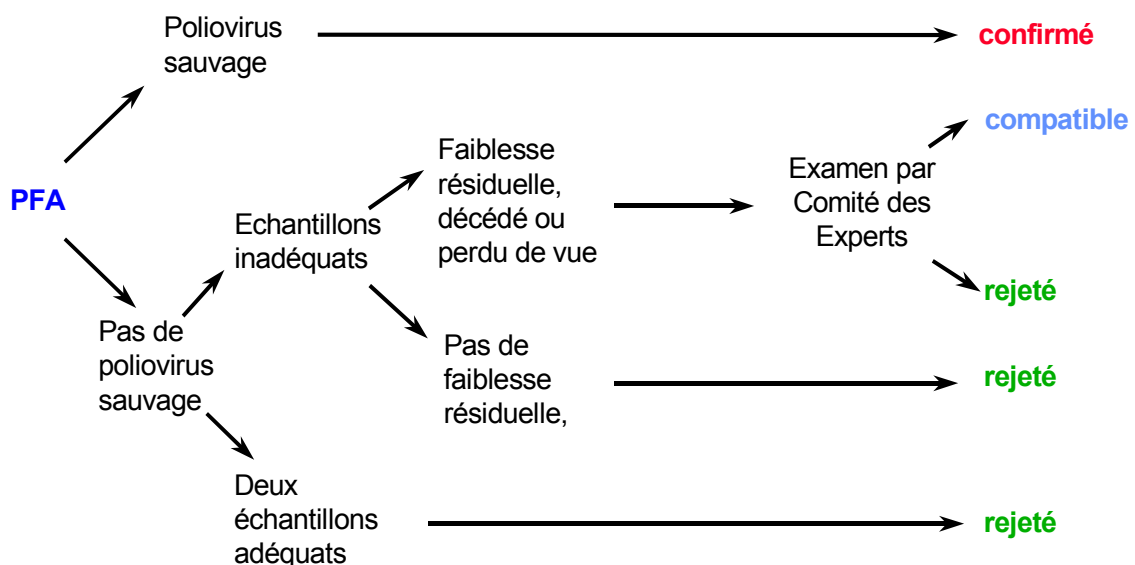
Une fois le dossier complété, il doit être envoyé à la DELM, en gardant une copie du dossier au niveau du SIAAP.

Classification des PFA selon le schéma de l’OMS

Au niveau de la DELM, il est procédé à la classification finale du cas en se référant aux critères de classification de l’OMS.

- Si le poliovirus sauvage est isolé par le laboratoire, le cas est confirmé comme poliomyélite.
- Si aucun poliovirus sauvage n’est isolé sur deux échantillons adéquats, la suspicion de poliomyélite est écartée, cas rejeté.
- Si les échantillons sont inadéquats mais à l’examen de suivi il n’y a pas de faiblesse résiduelle, la suspicion de poliomyélite est écartée, cas rejeté.
- Si les échantillons sont inadéquats et à l’examen de suivi, une faiblesse résiduelle est observée, ou le cas est perdu de vue ou décédé, le cas est revu par le Comité National des Experts. Il sera soit rejeté soit classé comme cas compatible avec la poliomyélite.

Schéma de classification de cas de PFA



Indicateurs de performance de la surveillance des PFA

Ces indicateurs permettent d'évaluer la sensibilité et l'efficacité du système de surveillance des PFA. Pour chaque indicateur il y a un objectif à atteindre pour remplir les conditions de certification.

Nos performances sur ces indicateurs sont d'une importance capitale pour que le dossier de notre pays soit accepté par la **Commission de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite de l'OMS**.

Critères de performance de la surveillance des cas de PFA

- PROPORTION DES RAPPORTS DE SURVEILLANCE ACTIVE REÇUS,
OBJECTIF : > 90%
- INCIDENCE DES PFA NON-POLIO CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS,
OBJECTIF : > 1 CAS / 100.000 / AN
- PROPORTION DE PFA INVESTIGUES DANS LES 48 HEURES,
OBJECTIF : > 80%
- PROPORTION DE PFA AVEC DEUX ECHANTILLONS DE SELLES PRELEVES A 24 HEURES D'INTERVALLE ET DANS LES 14 JOURS QUI SUIVENT LE DEBUT DE LA PARALYSIE,
OBJECTIF : > 80%
- PROPORTION DE PRELEVEMENTS ARRIVES AU LABORATOIRE DANS LES 72 HEURES DE LEUR PRELEVEMENT,
OBJECTIF : > 80%
- PROPORTION DE PRELEVEMENTS ARRIVES AU LABORATOIRE DANS DE BONNES CONDITIONS,
OBJECTIF : > 90%
- PROPORTION DES RESULTATS RENDUS PAR LE LABORATOIRE DANS LES 28 JOURS DE LA RECEPTION DES SPECIMENS,
OBJECTIF : > 80%
- PROPORTION DE SPECIMENS POSITIFS EN ENTEROVIRUS NON-POLIO,
OBJECTIF : > 10%

Nombre minimum de cas de PFA attendu

L'incidence des PFA non-polio chez les enfants de moins de 15 ans est un indicateur de la sensibilité du système de surveillance. Pour obtenir le nombre minimum de cas de PFA non-polio à dépister chaque année dans une zone, il faut diviser le nombre d'enfants de moins de 15 ans de cette zone par 100.000.

AU MAROC EN 2001, ON ESTIME A 9.500.000 LE NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS, DONC LE NOMBRE DE PFA NON-POLIO A DEPISTER EST DE 95 CAS AU MINIMUM.

Estimation du nombre minimum de cas de PFA à dépister par Région, Maroc, 2001

Régions	Enfants de moins de 15 ans	Nombre minimum de PFA non-polio
Oued Eddahab-Lagouira	15.251	1*
Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra	60.583	1*
Guelmim-Smara	136.902	1*
Souss-Massa-Darâa	1.020.968	10
El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	618.737	6
Chaouia-Ourdigha	552.729	5
Marrakech-Tensift-El Haouz	1.013.045	10
Région Orientale	605.005	6
Grand Casablanca	997.229	10
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	695.817	7
Doukala-Abda	667.269	7
Tadla-Azilal	496.799	5
Meknès-Tafilalet	679.948	7
Fès-Boulmane	476.508	5
Taza-Al Hoceïma-Taounate	646.332	6
Tanger-Tétouan	759.495	8
Total	9.442.618	95 cas

* dans ces régions, même si la densité de la population est très faible, des cas de PFA doivent être recherchés.

ANNEXES

- Tableau comparatif des principales PFA
- Fiche hebdomadaire de la surveillance active des PFA
- Dossier d'investigation et de suivi d'un cas de PFA
- Fiche de laboratoire des cas de PFA

Tableau comparatif des principales PFA

	POLIOMYELITE	SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE	NEVRITE TRAUMATIQUE	MYELITE TRANSVERSE
INSTALLATION DE LA PARALYSIE	Rapide en 24 – 48 heures paralysie complète, maximum de son extension atteint en 3 à 4 jours	De quelques heures à dix jours	De quelques heures à quatre jours	De quelques heures à quatre jours
FIEVRE AU DEBUT	Elevée, toujours présente au début de la paralysie, tombée le lendemain	Peu fréquente	Courante avant, pendant et après l'installation de la paralysie flasque	Rarement présente
PARALYSIE FLASQUE	Aiguë, habituellement asymétrique, essentiellement proximale	Généralement aiguë, symétrique et distale	Aiguë, asymétrique, ne touchant qu'un membre	aiguë, symétrique, membres inférieurs
TONICITE MUSCULAIRE	Réduite ou absente dans le membre atteint	Hypotonie générale	Réduite ou absente dans le membre atteint	Hypotonie des membres inférieurs
REFLEXES TENDINEUX PROFONDS	Affaiblis à absents	Généralement absents	Affaiblis à absents	Absents dans les membres inférieurs au début, réaction réflexe retardée
SENSIBILITE	Myalgies sévères, douleurs dorsales, pas de modification de la sensibilité	Crampes, picotements, hypoesthésie de la paume des mains et de la plante des pieds	Douleur dans la région fessière, hypothermie	Anesthésie des membres inférieurs avec un niveau sensitif
ATTEINTE DES NERFS CRANIENS	Uniquement dans la forme bulbaire	Souvent présente, touchant les nerfs : VII, IX, X, XI et XII	Absente	Absente
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	Uniquement dans la forme bulbaire	Dans les cas graves, renforcée par une pneumonie bactérienne	Absente	Parfois présente
SIGNES ET SYMPTOMES NEUROVEGETATIFS	Rares	Altération fréquente de la pression sanguine, sueurs, rougeurs et fluctuations de la température corporelle	Hypothermie du membre atteint	Présents
LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN	Inflammatoire	Dissociation albumino-cytologique	Normal	Normal ou hypercytose modérée
DYSFONCTIONNEMENT VESICAL	Absent	Transitoire	Jamais	Présent
VITESSE DE CONDUCTION NERVEUSE : TROISIEME SEMAINE	Anormale : syndrome de la corne antérieure (normale pendant les deux premières semaines)	Anormale : ralentissement de la conduction, baisse des amplitudes motrices	Anormale : atteinte axonale	Normale ou anormale, pas de valeur diagnostique
ELECTROMYOGRAMME A TROIS SEMAINES	Anormal	Normal	Normal	Normal
SEQUELLES A TROIS MOIS ET JUSQU'A UN AN	Atrophie sévère asymétrique, déformations squelettiques observées ultérieurement	Atrophie symétrique des muscles distaux	Atrophie modérée, seulement pour le membre inférieur atteint	Diplégie flasque atrophie après plusieurs années

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
DELEGATION DE :

**FICHE HEBDOMADAIRE
DE LA SURVEILLANCE ACTIVE
DES PARALYSIES FLASQUES AIGUES**

SEMAINE : ANNEE :

HOPITAL :

SERVICE	NOMBRE DE CAS	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DU SERVICE
Pédiatrie		
Réanimation		
Neurologie		
Médecine		
Autre :		
Nombre total de cas recensés		LE DELEGUE :
Nombre de cas non déclarés		

Pour les cas non déclarés, expliquez pourquoi :
.....
.....
.....
.....
.....

DOSSIER D'INVESTIGATION ET DE SUIVI
D'UN CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE

PARTIE I : INVESTIGATION IMMEDIATE DU CAS DE PFA

IDENTIFICATION DU PATIENT												
N° du Dossier			Date d'investigation			jour		mois		année		
Nom/Prénom				Adresse								
Milieu		Secteur			C/S		Province					
Date de Naissance		jour	mois	année		Si date inconnue, âge en mois			Sexe			
Nom du père						Nom de la mère						
NOTIFICATION												
Date de déclaration au SIAAP						jour		mois		année		
Date d'hospitalisation						jour		mois		année		
Nom de l'Hôpital						N° d'entrée						
Diagnostic clinique						Médecin (Nom)						
ANTECEDENTS DU PATIENT ET SYMPTOMATOLOGIE												
Date de début de la paralysie						jour		mois		année		
En cas de décès, Date de Décès						jour		mois		année		
Préciser tout antécédent de paralysie, de crise ou d'autre trouble neurologique chez le patient												
Vérifier si paralysie est aiguë (cad à installation brutale)						oui		non		inconnu		
Vérifier si paralysie est flasque (cad lâche)						oui		non		inconnu		
Si paralysie n'est ni aiguë ni flasque, préciser le diagnostic												
Si paralysie est aiguë et flasque, continuer l'investigation												
Fièvre au début de la paralysie ?						oui		non		inconnu		
La paralysie est-elle asymétrique ?						oui		non		inconnu		
Combien de jours entre début et installation complète de la paralysie								jours		inconnu		
Siège de la paralysie				Réflexes ostéo-tendineux			Paralysie des muscles					
MID	oui	non	inc.	normaux	abolis	vifs	respiratoires		oui	non	inc.	
MIG	oui	non	inc.	normaux	abolis	vifs	du cou		oui	non	inc.	
MSD	oui	non	inc.	normaux	abolis	vifs	de la face		oui	non	inc.	
MSG	oui	non	inc.	normaux	abolis	vifs	autres, à préciser					
Localisation de la paralysie des MS				proximale		distale		ensemble		absente		inconnue
Localisation de la paralysie des MI				proximale		distale		ensemble		absente		inconnue
Existe-t-il une perte de la sensibilité ?						oui		non		inconnu		
Voyage à plus de 10 Km, 1 mois avant le début de la paralysie ?						oui		non		inconnu		
Si oui, préciser les dates :			DU	jour	mois	année		AU	jour	mois	année	
Si oui, où ?	Province			C/S		Localité/quartier						
Y a-t-il eu d'autres cas de PFA dans l'entourage durant les 60 jours précédant le début de la paralysie chez le patient ?						oui		non		inconnu		

STATUT VACCINAL DU PATIENT (VACCIN ANTIPOLIOMYELITIQUE)			
Le patient possède-t-il une carte de vaccination ?	oui	non	inconnu
Combien de doses reçues durant la vaccination de routine ?	doses		inconnu
Combien de doses additionnelles reçues durant les campagnes ?	doses		inconnu
Date de la dernière dose du vaccin antipoliomyélitique	jour	mois	année

PRELEVEMENT DES SELLES			
Date du premier prélèvement de selle	jour	mois	année
Date du deuxième prélèvement de selle	jour	mois	année
Résultat		Reçu le :	jour mois année

RESULTATS D'AUTRES EXAMENS : (LCR, EMG etc. ...)

PARTIE II : EXAMEN DE SUIVI APRES 60 JOURS DU DEBUT DE LA PARALYSIE

L'examen de suivi 60 jours après le début de la paralysie a-t-il été effectué ?	oui	non					
Si non, pour quelle raison ?	Patient décédé Patient perdu de vue Si autre raison, précisez						
Date de l'examen de suivi	jour	mois	année	Le patient garde-t-il une paralysie résiduelle ?	oui	non	inconnue
Si oui, en précisez le siège				Existe-t-il une amyotrophie ?	oui	non	inconnue
Si paralysie résiduelle, le patient	marche sans aide		marche avec aide		est confiné au lit		

PARTIE III : COMMENTAIRE – DIAGNOSTIC RETENU

--

Nom et signature du médecin

SIGNATURE DU DELEGUE

--

**PARTIE IV : CLASSIFICATION FINALE DU CAS DE PFA
PAR LE COMITE NATIONAL DES EXPERTS**

N° du Dossier		Date classification	jour	mois	année	
Quelle est la classification finale du cas ? (cocher une seule réponse)					Confirmé	
					Rejeté	
					Compatible	
Critères considérés :	Virus polio sauvage présent dans les selles					
	Pas de virus polio sauvage dans des selles adéquats					
	Selles en mauvais état					
	Pas de prélèvements de selles					
	Faiblesse musculaire résiduelle après 60 jours					
	Pas de faiblesse musculaire résiduelle après 60 jours					
	Décès après symptomatologie compatible avec la polio					
Perdu de vue et symptomatologie compatible avec la polio						
Si cas rejeté, précisez le diagnostic final						
Commentaires						
Signatures des membres du comité d'experts						

FICHE DE LABORATOIRE DES CAS DE PFA

SECTION 1						
Nom et prénom du patient					N°	
Adresse						
C/S			Province			
					Jour	Mois
					Année	
Date de naissance* du patient						
Date de début de la maladie						
Date de prélèvement de la première selle						
Date de prélèvement de la deuxième selle						
Date d'envoi** des prélèvements						
Date de la dernière prise vaccinale anti-polio						
Diagnostic clinique à l'hôpital						
Résultats à envoyer à (nom)					Fax	
Adresse					Téléphone	

* Si Date de naissance inconnue, préciser l'année ou si possible le mois de naissance ou l'âge en années

** Si les 2 selles sont envoyées à des dates différentes, donner la date d'envoi de chaque selle

SECTION 2						
					Jour	Mois
					Année	
Date de réception de la première selle au laboratoire						
Date de réception de la deuxième selle au laboratoire						
Etat ** de la première selle à la réception au laboratoire					1- bon	2- mauvais
Etat ** de la deuxième selle à la Réception au laboratoire					1- bon	2- mauvais
RESULTATS – 1^{ère} SELLE					Jour	Mois
					Année	
Date des résultats de la culture						
Date des résultats de la différenciation intra-typique						
Résultats	1- polio – autre entéro-	2- polio- autre entéro-	3- polio – autre entéro-	4- polio – autre entéro-	5- entéro- Id. en cours	6- non fait
Polio type 1	1- sauvage	2- vaccinal	3- en cours	4- mixture*	5- négatif	6- non fait
Polio type 2	1- sauvage	2- vaccinal	3- en cours	4- mixture*	5- négatif	6- non fait
Polio type 3	1- sauvage	2- vaccinal	3- en cours	4- mixture*	5- négatif	6- non fait
Autre entérovirus						
RESULTATS – 2^{ème} SELLE					Jour	Mois
					Année	
Date des résultats de la culture						
Date des résultats de la différenciation intra-typique						
Résultats	1- polio – autre entéro-	2- polio- autre entéro-	3- polio – autre entéro-	4- polio – autre entéro-	5- entéro- Id. en cours	6- non fait
Polio type 1	1- sauvage	2- vaccinal	3- en cours	4- mixture*	5- négatif	6- non fait
Polio type 2	1- sauvage	2- vaccinal	3- en cours	4- mixture*	5- négatif	6- non fait
Polio type 3	1- sauvage	2- vaccinal	3- en cours	4- mixture*	5- négatif	6- non fait
Autre entérovirus						
Signature – virologue						

* Mixture signifie que la souche sauvage et la souche vaccinale (sabin-like) ont été isolées .

COMMISSION NATIONALE DE CERTIFICATION DE L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

- Abdeljalil BAAJ : professeur de microbiologie, chef du Service de Microbiologie à l'Hôpital d'Instruction Militaire Mohamed V de Rabat ;
- Mustapha DANIEL, médecin, Directeur Exécutif de l'Observatoire National des Droits de l'Enfant ;
- Amina EL MALKI TAZI : professeur de pédiatrie, vice-présidente de l'Observatoire National des Droits de l'Enfant, chef du Service de Pédiatrie I à l'Hôpital d'Enfants de Rabat ;
- Noureddine FIKRI BENBRAHIM : épidémiologiste, professeur de santé publique, Directeur de l'Institut National d'Administration Sanitaire ;
- Tahar LAHRECH : professeur de pédiatrie, Président de la Société Marocaine de Pédiatrie, praticien au secteur privé ;
- Mohamed YAHIAOUI : Député, professeur de neurologie, Hôpital des Spécialités de Rabat.

**COMITE NATIONAL DES EXPERTS
DE CLASSIFICATION DES PARALYSIES FLASQUES AIGUËS**

- Pr. My Idriss ALAOUI : Professeur de réanimation, Hôpital d'Enfants de Rabat ;
- Mlle Amal ALLA : biologiste à l'Institut National d'Hygiène ;
- Pr. Ali BENOMAR : Professeur de neurologue, Hôpital de Spécialités de Rabat ;
- Dr M'hamed BRAIKAT : spécialiste en Santé Publique, responsable du Programme National d'Immunisation.
- Pr. Rajae EL AOUD : Professeur d'immunologie, Directeur de l'Institut National d'Hygiène ;
- Pr. Laïla EL HARIM : Professeur de pédiatre, Hôpital d'Enfants de Rabat ;
- Dr Jaouad MAHJOUR : spécialiste en Santé Publique, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies ;
- Dr Ahmed RGUIG : médecin au Service de la Surveillance Epidémiologique ;
- Dr Mustapha TYANE : spécialiste en Santé Publique, Directeur de la Population ;
- Dr Ahmed ZIDOUH : médecin épidémiologiste, Chef du Service de la Surveillance Epidémiologique.

L'ENORME BENEFICE DE L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE C'EST QU'IL N'Y AURA PLUS D'ENFANT ATTEINT DE POLIOMYELITE ET LE MONDE SERA INDEMNE DE CETTE MALADIE HANDICAPANTE.

"UN MONDE POLIO FREE"

ON ENTEND PAR CAS DE PFA

"TOUT ENFANT DE MOINS DE 15 ANS PRESENTANT UNE PARALYSIE FLASQUE AIGUË, Y COMPRIS LE SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE, OU TOUTE PERSONNE SOUFFRANT D'UNE PATHOLOGIE AVEC PARALYSIE, QUEL QUE SOIT SON AGE, SI L'ON SUSPECTE LA POLIOMYELITE." OMS

LA SURVEILLANCE DES PFA EN RESUME

- **DETECTER TOUT CAS DE PFA CHEZ LES ENFANTS < 15 ANS ET TOUTE PERSONNE DE TOUT AGE PRESENTANT UN CAS SUSPECT DE POLIO ;**
- **PRELEVER 2 ECHANTILLONS DE SELLES A 24 HEURES D'INTERVALLE ET DANS LES 14 JOURS SUIVANT LE DEBUT DE LA PARALYSIE ;**
- **CONSERVER ET ACHEMINER LES PRELEVEMENTS DANS DE BONNES CONDITIONS A L'INH A RABAT POUR ISOLEMENT DU VIRUS ;**
- **CLASSER LES CAS SELON LE SCHEMA DE L'OMS.**

