



Tétanos non-néonatal

Dernière mise à jour le 5 septembre 2018



CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE ET DU VACCIN

À l'échelle mondiale par le biais du formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF, environ 13 500 cas de tétanos ont été déclarés en 2016, avec 85 % des cas survenant après la période néonatale (> 28 jours d'âge), ci-après désigné tétanos non-néonatal. Ce nombre est probablement une sous-estimation ; l'incidence réelle du tétanos est incertaine.

Le tétanos ne se transmet pas de personne à personne. Le tétanos survient lorsque des blessures ou des tissus blessés (telles que celles des accouchements impropres, des brûlures, des interventions chirurgicales, des infections dentaires ou des oreilles, ou des infestations de jigger/chigger) sont contaminés par des spores de *Clostridium tetani*. Dans certains cas, le point d'entrée n'est pas connu ou n'est plus visible à l'apparition des symptômes. La période d'incubation moyenne est de sept jours et est généralement comprise entre 3 et 21 jours. Les traits caractéristiques du tétanos sont un trismus (contracture de la mâchoire ou incapacité à ouvrir la bouche), un rictus sardonique (sourire forcé et froncement de sourcils), et un opisthotonos (hyperextension de la colonne vertébrale). Des spasmes généralisés similaires à l'épilepsie surviennent fréquemment en réponse à des stimuli. Un dysfonctionnement du système nerveux autonome (hypertension artérielle, pouls anormal) et des spasmes des muscles respiratoires et du larynx peuvent entraîner une insuffisance respiratoire. Chez les patients les plus jeunes et les plus âgés, le taux de létalité approche les 100 % sans traitement intensif ; avec des soins intensifs, le taux peut être réduit et limité à 10 % à 20 %.

FIGURE
1

Enfant souffrant de tétanos non-néonatal



Source: Organisation mondiale de la Santé

Comme protection contre le tétanos, l'OMS recommande un calendrier vaccinal contenant six doses de vaccins contenant une anatoxine tétanique (VCAT) : l'administration d'une première série de trois doses aux nourrissons et 3 doses de rappel administrées entre 12 et 23 mois, 4 et 7 ans et 9 et 15 ans (1). En ce qui concerne les doses de rappel, la préférence est accordée aux vaccins combinés contenant l'anatoxine tétanique (TT) et l'anatoxine diphtérique (DTC, DT, Td) pour une protection supplémentaire contre la diphtérie. Dans les pays où le tétanos maternel et néonatal (TMN) demeure une préoccupation de santé publique, les femmes non vaccinées en âge de procréer doivent recevoir jusqu'à cinq doses de VCAT espacées de façon appropriée (de préférence le Td) pour une protection à vie.



JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SURVEILLANCE

La nécessité d'améliorer la surveillance du tétanos est soulignée par l'absence d'estimations mondiale fiable des cas tétanos non-néonatal et des décès, y compris le tétanos maternel (voir encadré 1). Étant donné que l'immunité du VCAT disparaît avec le temps et que l'immunité collective ne joue aucun rôle dans la protection des personnes contre le tétanos, chaque individu doit être vacciné avec une série complète de VCAT pour prévenir la maladie. Si la vaccination commence dès l'enfance, six doses de VCAT sont nécessaires ; si la vaccination commence après la première année de vie, cinq doses de VCAT espacées de façon appropriée suffisent. L'un des objectifs clés de la surveillance du tétanos non-néonatal est la surveillance

de la charge de morbidité et la modification de l'épidémiologie au fil du temps afin d'évaluer l'impact de la vaccination et d'identifier les lacunes du programme de vaccination. Ces informations doivent être utilisées pour documenter le renforcement ciblé des services de vaccination de routine et optimiser les stratégies et les calendriers de vaccination, y compris l'introduction et l'échéance des doses de rappel. Un autre objectif clé est la détection et l'étude des grappes de cas de maladies inhabituelles. Enfin, la détection rapide des cas peut permettre de sauver des vies et de dispenser un traitement approprié, y compris l'antitoxine, pour commencer.

ENCADRÉ

1

Le tétanos maternel

Le tétanos maternel est défini comme le tétanos survenant pendant la grossesse ou dans les 6 semaines suivant la fin de la grossesse (avec naissance, fausse couche ou avortement). Il a les mêmes facteurs de risque et moyens de prévention que le tétanos néonatal (TN). Pour cette raison, l'élimination du TN (< 1 cas pour 1 000 naissances vivantes) est considérée comme un indicateur de l'élimination du tétanos maternel. Les femmes en âge de procréer sont susceptibles de contracter le tétanos en raison de l'exposition potentielle à des pratiques peu hygiéniques pendant l'accouchement et lors de l'interruption précoce des grossesses. Une attention particulière doit donc être accordée aux études des cas de tétanos maternel et des grappes des cas de maladie afin d'identifier les causes sous-jacentes et de mettre en œuvre des mesures correctives appropriées. Si les programmes nationaux décident que le tétanos maternel est d'une priorité particulière, les cas de tétanos maternel peuvent être traités de la même manière que ceux de tétanos néonatal, y compris les études de cas, les évaluations communautaires rapides et l'intervention de santé publique (voir le chapitre relatif au tétanos néonatal). Lorsque cela est possible, des enquêtes sérologiques de l'immunité contre le tétanos chez les femmes en âge de procréer peuvent servir d'outil complémentaire pour la surveillance des risques de TMN et l'orientation des stratégies de vaccination (voir l'annexe 2 « Enquête sérologique sur le tétanos »).



TYPES DE SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

SURVEILLANCE MINIMALE

La norme minimale recommandée pour la surveillance des cas de tétanos non-néonatal est l'échelle nationale, la surveillance globale avec des rapports de routine des établissements hospitaliers et l'étude de toutes les grappes de cas de maladie inhabituelle. La surveillance des cas de tétanos non-néonatal est basée sur la population et comprend toutes les personnes âgées de > 28 ans. La confirmation en laboratoire ne fait pas partie de la surveillance du tétanos non-néonatal, car la base du diagnostic du tétanos est clinique et non basée sur des examens en laboratoire.

SURVEILLANCE RENFORCÉE

La surveillance renforcée du tétanos non-néonatal est composée de la surveillance basée sur les cas en vue de faciliter la compréhension de l'épidémiologie de la maladie et des causes de l'infection et de permettre le suivi des pratiques de traitement et des conséquences de la maladie. Une surveillance nationale ou sentinelle est recommandée en fonction de la charge de morbidité, des comportements favorables à la santé et des ressources disponibles dans le pays (la surveillance sentinelle nécessite moins de ressources).

DÉTECTION DES CAS

- Établissez un réseau de surveillance officiel composé d'établissements hospitaliers publique et privée pour la déclaration des cas de tétanos non-néonatal et sensibilisez le personnel clinique clé et celui des points focaux de surveillance (tel que le personnel des unités de soins intensifs) à la reconnaissance et à la déclaration des cas de tétanos non-néonatal conformément aux directives nationales.
- Signalez le nombre total de patients hospitalisés avec un diagnostic final de tétanos non-néonatal aux sites de signalement désignés et à la fréquence spécifiée

(de façon hebdomadaire ou mensuelle), même en l'absence de cas (« rapports sans déclaration »). Les rapports des établissements de santé doivent être régulièrement contrôlés et vérifiés par le personnel de surveillance. Les nombres de cas inhabituellement élevés signalés au cours d'un mois donné peuvent constituer une erreur de saisie de données qui doit être corrigée, ou un groupage de cas de maladie qui doit faire l'objet d'une enquête.

- Pour les pays choisissant d'établir une surveillance basée sur les cas de tétanos non-néonatal, les hôpitaux de référence publics et privés capables de fournir des soins intensifs situés dans les zones à forte charge tétanos non-néonatal doivent être privilégiés comme sites sentinelles afin de saisir la majorité des cas de tétanos non-néonatal. Par la suite, la surveillance peut être élargie pour inclure d'autres sites représentant une plus grande portion de la population.

LIENS AVEC LES AUTRES TYPES DE SURVEILLANCE

En principe, la surveillance du tétanos non-néonatal est liée aux systèmes de surveillance générale d'autres maladies par le biais de systèmes tels que le système de surveillance intégrée des maladies et d'intervention (SIMR) et le Système d'alerte et d'intervention rapide (EWARN). Dans certains cas, les rapports du système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) peuvent être utilisés pour l'établissement des rapports cumulatifs des cas de tétanos non-néonatal des établissements de santé. La liaison avec le système de surveillance des décès maternel et de riposte (SDMR) et aux autres systèmes de surveillance de la santé maternelle et infantile postpartum peut s'avérer nécessaire dans certains pays.



DÉFINITIONS ET CLASSIFICATION FINALE DES CAS

DÉFINITION DE CAS SUSPECTÉ POUR LA RECHERCHE DE CAS

Un cas suspect est une personne âgée de > 28 jours souffrant d'une apparition brutale d'au moins l'un des éléments suivants : un trismus (contracture de la mâchoire), *rictus sardonique* (spasme prolongé des muscles faciaux) ou spasmes musculaires généralisés (contractions).

CLASSIFICATION FINALE DES CAS

- **Confirmé** : Un cas répondant à la définition de cas suspect cliniquement confirmé comme cas de tétanos par un médecin compétent ou un pharmacien.
- **Probable** : Un cas répondant à la définition de cas suspect sans confirmation clinique par un médecin compétent ou un pharmacien.
- **Rejeté** : Un cas qui a fait l'objet d'une enquête et qui ne répond pas aux critères cliniques de confirmation ou qui a un autre diagnostic.

Note : La base du classement des cas est entièrement clinique et ne dépend pas de la confirmation en laboratoire. En cas de faible incidence, de nombreux cliniciens peuvent n'avoir jamais rencontré de cas de tétanos, ce qui complique davantage le diagnostic clinique. Pendant les spasmes dus au tétanos, le patient est généralement conscient et le spasme est souvent provoqué par des stimuli tels que la lumière et le son, contrairement aux autres convulsions pour lesquelles le patient peut être inconscient. Bien que le diagnostic du tétanos comprenne habituellement un historique de blessures ou plaies, le tétanos peut également survenir chez des patients incapables de se souvenir d'une blessure ou plaie spécifique. Les diagnostics différentiels les plus courants du tétanos sont la tétanie hypocalcémique ou la dystonie provoquée par les médicaments (des médicaments tels que les phénothiazines), la méningoencéphalite, l'empoisonnement par la strychnine et le trismus dû aux infections dentaires.



ÉTUDE DE CAS

Dans les pays effectuant une surveillance globale, les informations doivent être collectées dans les établissements de santé désignés sur la base des dossiers des patients hospitalisés avec un diagnostic final de tétanos non-néonatal et communiquées au niveau supérieur conformément aux directives nationales relatives à la surveillance. Aucune enquête investigation complémentaire n'est nécessaire, sauf dans le cas de groupages de cas de maladies inhabituelles.

Dans les pays effectuant une surveillance basée sur les cas, chaque cas présumé de tétanos doit faire l'objet d'une enquête au moyen d'un formulaire d'étude de

cas standard, de préférence dans les sept jours suivant la notification, afin de confirmer le diagnostic et de déterminer la cause de l'infection. Envoyez des formulaires d'étude de cas remplis exposant les résultats et les mesures prises ou recommandées au niveau suivant et donnez une rétroaction écrite à l'établissement ou à la communauté émettant le rapport.

L'immunoglobuline antitétanique (TIG) ou le sérum antitoxine tétanique (SAT) doit être immédiatement administré, même si l'enquête n'a pas pu être menée de manière opportune.



PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS

Aucun échantillon n'est prélevé pour les cas de tétanos non-néonatal, car il n'y a aucun diagnostic en laboratoire.



LABORATOIRE

Le diagnostic du tétanos est entièrement basé sur des caractéristiques cliniques et ne dépend pas de la confirmation en laboratoire. Le *C. tetani* n'est récupéré à partir de la culture microbiologique des plaies que dans

environ 30 % des cas et le cas est parfois isolé des patients ne souffrant pas de tétanos. En présence de souches non toxigènes supplémentaires de *C. tetani*, le diagnostic de laboratoire définitif n'est souvent pas possible.



COLLECTE, TRANSMISSION ET UTILISATION DES DONNÉES

ÉLÉMENTS DE DONNÉES RECOMMANDÉS

► Surveillance globale

- » Groupe d'âge (les groupes d'âge optimaux pour l'épidémiologie du tétanos sont de 29 jours à 4 ans, de 5 à 14 ans, de 15 à 44 ans, de 45 à 64 ans et 65 ans et plus, mais ils peuvent être alignés sur les besoins du système de surveillance intégré)
- » Sexe
- » Mois
- » Zone géographique
- » État vaccinal (si possible)

► Surveillance fondée sur les cas

- » Notification des cas
 - Nom (si la confidentialité est un sujet de préoccupation, le nom peut être omis tant qu'un identifiant unique existe)
 - Identifiant de cas unique
 - Date de la notification
 - Source de la notification (emplacement de l'établissement de santé, nom de la personne)
 - Date de l'étude de cas
- » Informations démographiques
 - Sexe
 - Date de naissance (ou âge, si la date de naissance n'est pas renseignée)
 - Race/groupe ethnique (si nécessaire)
 - Statut de migrant
 - Niveau d'éducation
 - Lieu de résidence (village, district et province)

» Données cliniques

- Date d'apparition des symptômes
- Date d'hospitalisation
- Signes et symptômes (minimum)
 - Trismus
 - Rictus sardonique
 - Spasmes musculaires

» Situation vaccinale

- Nombre de doses de vaccin antitétanique (de préférence sur la base de la documentation, rappel si indisponible)
- Dates d'administration des doses de vaccin, en particulier la dernière dose
- Réception de vaccins conjugués contre le tétanos (tels que le Hib, le MenA, le MenC, le vaccin antipneumococcique, le vaccin contre la fièvre typhoïde selon la formulation)

» Facteurs de risque

- Occupation
- Historique des blessures ou plaies (y compris l'infestation de jigger/chigger et la consommation de drogues par voie intraveineuse)
- Antécédents d'interventions chirurgicales ou d'actes médicaux (par exemple, la circoncision)
- Antécédents d'infections dentaires ou des oreilles
- Tétanos maternel
 - Grossesses en cours ou récente au cours des 6 dernières semaines

- * Nombre de visites prénatales pendant la grossesse
- * Aboutissement de la grossesse (naissance vivante/enfant en bonne santé, cas de naissance vivante/TN, mort-né, fausse couche ou avortement)
- * Informations sur la naissance ou l'interruption (date, lieu, personnes présentes, surface, mains ou outils propres)
 - Parité
- Application de substances insalubres sur les blessures
- » Traitement
 - Administration d'immunoglobuline antitétanique (TIG), de sérum tétanique antitoxine (SAT), d'immunoglobuline intraveineuse (IgIV)
 - Date d'administration
 - Administration d'antibiotiques (type)
 - Date d'administration (date de début)
- » Issue
 - Issue (patient ayant survécu, décédé, statut inconnu)
 - Classement final (confirmé, probable, rejeté)
 - Date de sortie ou de décès

EXIGENCES ET RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE SIGNALEMENT

Les cas de tétanos non-néonatal doivent être déclarés séparément par les sites de signalement désignés chaque semaine, chaque mois ou à une autre fréquence spécifiée, à commencer par les cas TN, même en l'absence de cas (rapports sans déclaration). Les formulaires d'étude de cas ou les données électroniques de ces formulaires doivent être transmis au niveau national.

En ce qui concerne le comptage des cas, comptez uniquement les cas probables et confirmés avec hospitalisation des patients pour les rapports nationaux

parce que le tétanos non-néonatal est géré sur une base d'hospitalisation. L'inclusion des patients externes entraînerait probablement une surestimation en raison des problèmes tels que les erreurs de diagnostic, les erreurs de déclaration d'établissements de santé de plus petite taille ou du double comptage des patients externes référés pour une hospitalisation.

Les cas de tétanos non-néonatal doivent être déclarés chaque année à l'OMS-UNICEF et séparément par le biais du formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF, à commencer par les cas TN. La déclaration du tétanos n'est pas exigée par le Règlement Sanitaire International (RSI).

ANALYSES DE DONNÉES RECOMMANDÉES

- Nombre de cas de tétanos non-néonatal et taux d'incidence par mois, année et zone géographique
- Taux d'incidence par sexe et groupe d'âge (de 29 jours à 4 ans, de 5 à 14 ans, de 15 à 44 ans, de 45 à 64 ans et 65 ans et plus)
- Tendances de la proportion des sexes pour les cas de tétanos non-néonatal au fil du temps
- Proportion de cas protégés contre le tétanos (voir tableau 1)
- Proportion de cas par facteur de risque
- Proportion de cas recevant le TIG/SAT/IgIV
- Taux de létalité (nombre de décès dus au tétanos non-néonatal/nombre de cas de non-TN x 100)
- Proportion de cas de tétanos maternel

Comme dans le cas des autres maladies, les données de surveillance doivent être triangulées avec les données issues du programme de vaccination telles que la couverture et l'historique des calendriers de vaccination, afin de comprendre le mécanisme général de la maladie lors de la formulation de conclusions et des nouvelles politiques.

TABLEAU

1

Durée prévue pour la protection assurée par les doses valides du vaccin contenant l'anatoxine tétanique valide (VCAT)

NOMBRE CUMULÉ DE DOSES DE VCAT SI LA VACCINATION A COMMENCÉ DANS L'ENFANCE	NOMBRE CUMULÉ DE DOSES DE VCAT SI LA VACCINATION A COMMENCÉ À L'ÂGE DE ≥ 1 AN	INTERVALLE MINIMUM ENTRE LES DOSES POUR ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME VALIDES	DURÉE DE LA PROTECTION À PARTIR DE LA RÉCEPTION DE LA DERNIÈRE DOSE
VCAT1	VCAT1	--	Aucune
VCAT2/VCAT3	VCAT2	4 semaines	3 ans
VCAT4	VCAT3	6 mois	5 ans
VCAT5	VCAT4	1 an	10 ans
VCAT6	VCAT5	1 an	20 à 30 ans

Une « dose valide » est définie comme une dose administrée après l'intervalle de temps minimal requis entre les doses. Les doses de VCAT administrées aux adolescents et aux adultes au cours de leur enfance sont incluses uniquement si elles sont confirmées par l'examen des documents écrits tels que les carnets de vaccination scolaire ou des nourrissons.

UTILISATION DES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS

- Surveiller la charge de morbidité et l'impact de la vaccination, y compris les campagnes de vaccination de VCAT ciblant les femmes en âge de procréer ou les campagnes de grande distribution de vaccins conjugués anatoxine tétanique tel que le MenA ciblant les deux sexes.
- Identifier et étudier les groupages de cas de maladies de tétanos non-néonatal afin de déterminer les facteurs de risque et de concevoir des stratégies de réduction de risque appropriées telles que la fourniture de vaccins, l'amélioration des pratiques d'hygiène.
- Identifier les lacunes du programme de vaccination (les zones à faible couverture, les problèmes de chaîne du froid entraînant la congélation du VCAT, etc.) afin de documenter le renforcement ciblé des services de vaccination de routine ou les besoins de rattrapage de la vaccination.
- Identifier les groupes présentant un risque élevé d'infection par le tétanos (femmes en âge de procréer, enfants en âge de scolarisation, hommes adultes, personnes âgées) afin de documenter les changements de politique ou de stratégie comme l'introduction de doses de rappel ou l'optimisation du calendrier.
- Surveiller le tétanos maternel afin de renforcer les stratégies ETMN et de réduire les opportunités manquées de vaccination comme les visites prénatales, les visites dans les hôpitaux et la sensibilisation.
- Évaluer périodiquement les facteurs de risque du tétanos (occupation, accidents de la route, accouchement ou intervention chirurgicale impropre, statut de migrant, origine ethnique) afin de bien concevoir et mettre en œuvre les interventions et la communication de messages.
- Identifier rapidement les cas pour une prise en charge des cas appropriée incluant l'administration de TIG/SAT/IgIV.
- Surveiller les rapports de surveillance afin d'identifier les zones nécessitant des examens ou renforcements ciblés de la surveillance lorsque les surveillances semblent peu fiables.



INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE

La surveillance des cas de tétanos non-néonatal peut être évaluée à travers des revues nationales périodiques tous les cinq ans environ, l'intégration avec d'autres MEV, y compris la triangulation des rapports globaux et des rapports basés sur les cas TN, ainsi qu'un examen des dossiers des établissements de santé pour les cas manqués. Les examens infranationaux ciblés et les évaluations de la qualité des données peuvent être effectués plus fréquemment. Dans le cadre des réunions trimestrielles d'examen des données du PEV, passer

en revue les données de surveillance, de couverture et de performance du programme au niveau national et infranational afin de faciliter l'identification des zones où des lacunes de surveillance pourraient exister ou celles où la surveillance doit être renforcée. Le suivi régulier des indicateurs de surveillance pourrait permettre d'identifier les domaines spécifiques du système de surveillance et le réseau de déclaration qui doit être ciblé en vue d'une amélioration (tableau 2).

TABLEAU
2

Indicateurs de performance de la surveillance des cas de tétanos non-néonatal

ATTRIBUT DE SURVEILLANCE	INDICATEUR	OBJECTIF	MÉTHODE DE CALCUL (NUMÉRATEUR/DÉNOMINATEUR)	COMMENTAIRES
EXHAUSTIVITÉ DES RAPPORTS	Pourcentage de sites de signalement désignés pour la déclaration des données relatives aux cas de tétanos non-néonatal, même en l'absence de cas (rapport zéro)	≥ 90 %	Nombre de sites désignés pour la déclaration des cas de tétanos non-néonatal/Nombre de sites de signalement désignés pour la surveillance des cas de tétanos non-néonatal x 100 (pour une période donnée)	Les sites de signalement pour la surveillance du tétanos non-néonatal pourraient inclure uniquement les hôpitaux ou les hôpitaux de référence au lieu d'inclure tous les établissements de santé.
PROMPTITUDE DES DÉCLARATIONS	Pourcentage de sites désignés assurant la déclaration ponctuelle des cas de tétanos non-néonatal (rapport zéro)	≥ 80 %	Nombre de sites désignés pour la déclaration ponctuelle des cas de tétanos non-néonatal/Nombre de sites de signalement désignés pour la surveillance des cas de tétanos non-néonatal x 100	À chaque niveau, les rapports devraient être reçus à la date exigée ou avant celle-ci.
EXHAUSTIVITÉ DE L'ÉTUDE DE CAS <i>(Surveillance fondée sur les cas uniquement)</i>	Pourcentage de cas présumés de tétanos non-néonatal ayant fait l'objet d'une enquête (uniquement parmi les cas signalés par les établissements de santé, y compris la surveillance basée sur les cas)	≥ 90 %	Nombre d'études de cas de tétanos non-néonatal/Nombre de cas de tétanos non-néonatal présumés signalés x 100	Si la base de données des cas n'inclut que les données sur les études de cas effectuées, cet indicateur peut être calculé de la manière suivante : nombre de cas présumés dans l'ensemble de données basé sur les cas/Nombre de cas présumés dans le rapport global x 100 Cet indicateur sera une indication de la représentativité de la surveillance basée sur les cas et de l'efficacité des études de cas.
PROMPTITUDE DES ÉTUDES DE CAS <i>(Surveillance fondée sur les cas uniquement)</i>	Pourcentage de tous les cas présumés de tétanos non-néonatal ayant fait l'objet d'une enquête dans les 7 jours suivant la notification	≥ 80 %	Nombre de cas présumés de tétanos non-néonatal ayant fait l'objet d'une enquête dans les 7 jours suivant la notification/Nombre de cas présumés de tétanos non-néonatal ayant fait l'objet d'une enquête x 100	



PRISE EN CHARGE DES CAS CLINIQUES

Le téτανos non-néonatal est une urgence médicale nécessitant une hospitalisation et un traitement immédiat avec la TIG, des médicaments pour contrôler les spasmes musculaires (de préférence les benzodiazépines), les soins des plaies et des antibiotiques (de préférence le métronidazole ou la pénicilline G). Une dose unique par voie intramusculaire de TIG humaine est recommandée le plus tôt possible afin de prévenir la progression de la maladie. En cas d'indisponibilité de TIG, le SAT peut être administré en dose unique par voie intraveineuse après les tests d'hypersensibilité. Par ailleurs, l'IgIV peut être utilisée.

Des soins de soutien doivent être fournis ; les patients doivent être maintenus dans un environnement sombre et silencieux afin de réduire le risque de spasmes réflexes. Si des spasmes musculaires se produisent, il est essentiel de maintenir un environnement sûr. Si aucune ventilation mécanique n'est disponible, les patients doivent être surveillés de près afin de réduire les spasmes et les dysfonctionnements autonomes tout en évitant l'insuffisance respiratoire. Enfin, avant la libération, un VCAT adapté à l'âge du patient doit lui être administré afin de prévenir la maladie à l'avenir.



RECHERCHE ET PRISE EN CHARGE DES SUJETS EXPOSÉS

Étant donné que le téτανos n'est pas contagieux, aucune recherche de contact n'est nécessaire.



SURVEILLANCE, ENQUÊTE ET INTERVENTION EN CAS D'ÉPIDÉMIE

DÉFINITION D'UNE ÉPIDÉMIE

En ce qui concerne le téτανos non-néonatal, aucune épidémie de maladie communément transmissible ne se produit parce qu'il n'existe pas de transmission de personne à personne, mais des cas peuvent se regrouper dans le temps et dans l'espace à la suite d'une exposition au même environnement. Aucun seuil spécifique n'a été défini pour le nombre de cas de téτανos non-néonatal devant déclencher une enquête, mais toute augmentation substantielle par rapport à la déclaration précédente pour la même zone dans un délai comparable doit faire l'objet d'une étude. Une grappe de cas de téτανos non-néonatal peut inclure ceux qui se produisent au sein de la même zone géographique et la proximité temporelle, ou de multiples cas déterminés à lier à la même source ou au même événement. Des grappes de cas de téτανos non-néonatal ont été documentées après des catastrophes naturelles (séismes, tsunamis, typhons), après la circoncision et à partir de la consommation de drogues injectables.

MODIFICATIONS APPORTÉES À LA SURVEILLANCE LORS D'UNE ÉPIDÉMIE

Même dans les pays où la surveillance globale, les données doivent être régulièrement contrôlées afin d'identifier les grappes éventuelles de cas de téτανos non-néonatal. Les grappes doivent faire l'objet d'une enquête afin de déterminer s'il existe une cause commune. En cas d'identification d'une grappe de cas, envisagez le listage des cas avec un nombre limité de variables de sorte qu'une analyse plus poussée des cas puisse être effectuée (par âge, sexe, statut vaccinal, facteurs de risque, traitement, etc.). Ces informations peuvent être utilisées pour documenter les efforts d'atténuation des risques, y compris la fourniture de vaccins et la promotion de meilleures pratiques d'hygiène, tant pour les individus que pour les établissements de santé.

ASPECTS PARTICULIERS DE L'ENQUÊTE

En l'absence d'un groupage de cas de téτανos non-néonatal, il est important d'identifier les facteurs de risque liés à l'exposition environnementale (nosocomiale, professionnelle, accident).



CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES POUR LA SURVEILLANCE DES CAS DE TÉTANOS NON-NÉONATAL

ENQUÊTES SÉROLOGIQUES OU SURVEILLANCE SÉROLOGIQUE

Les évaluations sérologiques des niveaux d'anticorps IgG du tétanos au cours d'une enquête peuvent s'avérer utiles pour l'évaluation de la protection contre le tétanos. Étant donné que l'immunité ne découle pas d'une infection naturelle, la séroprotection contre le tétanos reflète l'immunité de la population par la vaccination. Cependant, les enquêtes sérologiques doivent toujours compléter la surveillance et les autres méthodes d'évaluation. En outre, l'objectif de l'enquête et les résultats de celle-ci doivent être bien définis (voir l'annexe 2 « Enquête sérologique sur le tétanos »).

ÉCARTS D'IMMUNITÉ DÉCOULANT DE L'ABSENCE DES DOSES DE RAPPEL

Des recherches ont documenté les écarts d'immunité et l'augmentation de la charge de morbidité chez les

enfants en âge de scolarisation et les hommes adultes dans les pays ne fournissant pas les six doses de VCAT recommandées par l'OMS pour les deux sexes. Tous les programmes de vaccination doivent examiner les données du programme et ajuster le calendrier de vaccination de routine afin de garantir une protection à vie contre le tétanos (trois doses primaires en bas âge et trois doses de rappel dans l'enfance/adolescence) (2).

URGENCES HUMANITAIRES

L'inclusion du tétanos non-néonatal aux systèmes de surveillance établis au cours des urgences humanitaires doit être envisagée à cause des épidémies documentées après les séismes et les tsunamis (3).



RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins antitétaniques : — février 2017. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2017; 92(6):53–76 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254582/1/WER9206.pdf?ua=1>).
2. Dalal S, Samuelson J, Reed J, Yakubu A, Ncube B, Baggaley R. Tetanus disease and deaths in men reveal need for vaccination. *Bull. Org. mondiale de la Santé*. 2016; 94:613–21 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/94/8/15-166777/en/>).
3. Organisation mondiale de la Santé. Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë: un cadre pour la prise de décision. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/259736>).

RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES

4. Organisation mondiale de la Santé. Current recommendations for treatment of tetanus during humanitarian emergencies: WHO technical note. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010 (en anglais) (http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/who_hse_gar_dce_2010_en.pdf).
5. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance des décès maternels et riposte. Directives techniques: prévention des décès maternels informations au service de l'action. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194270/9789242506082_fre.pdf?sequence=1).
6. Organisation mondiale de la Santé. Report of the SAGE Working Group on maternal and neonatal tetanus elimination and broader tetanus prevention. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 (en anglais) (http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1_Report_of_the_SAGE_Working_Group_on_Maternal_and_Neonatal_Tetanus_27Sep2016.pdf).
7. Scobie HM, Mao B, Buth S, Wannemuehler K, Sorenson C, Kannarath C, et al. Tetanus immunity among women aged 15 to 39 years in Cambodia: a national population-based survey, 2012. *Clin Vaccine Immunol*. :2016; 23(7):546–54. doi: 10.1128/CVI.00052–16.
8. Organisation mondiale de la Santé. Tetanus toxoid vaccination and voluntary medical male circumcision [site Web]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 (en anglais) (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/interventions/TT_and_VMMC/en/).
9. Organisation mondiale de la Santé. Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë: guide pour la mise en œuvre. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259877/WHO-IVB-17.13-fre.pdf?sequence=1>).
10. Organisation mondiale de la Santé. Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2016 — conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2016; 91(48):561–84 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251810/1/WER9148.pdf?ua=1>).