

Mise à jour : 2008-09-03

Situation : La listériose est une maladie d'origine alimentaire qui est habituellement de forme spontanément résolutive. Elle provoque un malaise, de la fièvre, de la diarrhée, mais n'a pas d'autre évolution indésirable. Dans une minorité de cas, en particulier les sujets immunodéprimés, les patients en début et en fin de vie (nouveau-nés, personnes âgées) et les femmes enceintes, il peut se produire une septicémie et une méningite s'accompagnant d'une perte foetale chez la femme enceinte.

Épidémiologie : *Listeria monocytogenes* est une bactérie très répandue dans l'environnement, souvent présente dans le sol, la végétation pourrissante et l'eau.¹ **En outre, on la retrouve fréquemment chez l'être humain :** on l'a isolée des selles de 1 à 5 % d'adultes en santé. Il est fréquent que des aliments tels les légumes crus, le lait cru, le fromage non pasteurisé (en particulier le fromage à pâte molle) et la viande (surtout les pâtés) soient contaminés. L'ingestion de *L. monocytogenes* n'est donc pas rare.^{2,3} La consommation d'aliments douteux n'entraîne pas nécessairement une infection à *listeria*.

La transmission de la mère à l'enfant (transplacentaire ou par la filière pelvigénitale) peut se produire, et on a relevé des cas de transmission par des nourrissons atteints dans les pouponnières.⁴ À part cela cependant, on n'a pas observé de contagion interhumaine.

Les femmes enceintes et les bébés représentent 30 % des cas de listériose; presque tous les autres cas sont observés chez les patients immunodéprimés (tels que les personnes atteintes d'une affection maligne hématologique, les personnes ayant le sida, les greffés et les malades traités aux corticostéroïdes et les patients en chimiothérapie). Il arrive que des personnes jusque-là en santé contractent une listériose invasive, particulièrement après l'âge de 60 ans. La bactérie affiche une prédilection pour le système nerveux central et le placenta.

La **période d'incubation** moyenne n'est pas clairement établie. Elle varie sans doute selon la concentration de *listeria* dans la nourriture. Lors de la plus grosse éclosion de listériose documentée, la période moyenne d'incubation a été de 31 jours (plage de 11 à 70 jours).⁵

Syndromes cliniques non invasifs :

- **Gastroentérite fébrile :** L'ingestion d'aliments contaminés peut entraîner une gastroentérite fébrile spontanément résolutive. La période d'incubation est généralement courte (plage de 6 heures à 10 jours). **Cette maladie non invasive est spontanément résolutive et n'exige pas de traitement chez les sujets faisant partie des groupes à faible risque.**
- **Aucun dépistage n'est recommandé pour les personnes asymptomatiques,** qu'elles fassent partie ou non d'un groupe à risque élevé ou

qu'elles aient déjà consommé des aliments que l'on sait être contaminés par *L. monocytogenes*.

- Aucune analyse des selles n'est recommandée pour les cas de gastroentérite isolée chez les adultes en santé, sauf s'ils font partie d'un des groupes à risque élevé énumérés précédemment (femmes enceintes, sujets immunodéprimés et nouveau-nés).
- **Gastroentérite isolée :** Les personnes qui autrement sont en santé et que l'on soupçonne d'être atteintes d'une gastroentérite causée par *listeria* n'ont besoin que d'un traitement de soutien pour cette maladie spontanément résolutive, et il n'y a pas d'indication de traitement antibactérien. Il n'y a pas de données claires permettant d'orienter le traitement de la gastroentérite isolée chez les patients à risque élevé (femmes enceintes, sujets immunodéprimés et nouveau-nés). Si un traitement est envisagé, il faut procéder en consultation avec un infectiologue.
- Lorsque des patients manifestent des symptômes mineurs ou qu'ils n'ont aucun symptôme après avoir consommé de la viande rappelée, il faut leur remettre la feuille de renseignements sur la listériose disponible à : <http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/conc/en/cause/listeriaf.shtml>, et les mettre en garde contre les symptômes de maladie invasive.

Syndromes invasifs cliniques :

- **Infection pendant la grossesse :** La période la plus risquée de listériose invasive est pendant le troisième trimestre, qui se caractérise par une réduction de l'immunité à médiation cellulaire en fin de gestation. Sur le plan clinique, la bactériémie se manifeste par une maladie fébrile aiguë souvent accompagnée de myalgies, d'arthralgies, de maux de tête et de dos. Toutefois, une infection à *listeria* néonatale grave peut également s'ensuivre lorsque la mère n'éprouve qu'une légère indisposition ou affection pseudo-grippale. Vingt-deux pour cent des infections périnatales chez la mère entraînent la naissance d'un mort-né ou la mort néonatale; deux tiers des nourrissons survivants présentent une listériose néonatale clinique.⁷ Il n'y a pas de preuves concluantes que *listeria* cause un avortement récurrent.

- **Infection néonatale :** Une infection néonatale peut provoquer un syndrome de sepsie à début précoce que l'on associe généralement à la prématurité. Elle peut également causer une méningite ou une sepsie à début précoce survenant environ deux semaines après l'accouchement.
- **Bactériémie :** Une bactériémie sans focalisation est la manifestation la plus fréquente de listériose chez les sujets immunodéprimés. Les symptômes cliniques sont semblables à ceux des autres formes de bactériémie et comprennent généralement des myalgies et de la fièvre. Un état prodromique de diarrhée et de nausées peut se produire.
- **Infection du système nerveux central :** Une infection du système nerveux central (SNC) est plus fréquente chez les nouveau-nés et les personnes de plus de 60 ans.⁸ *L. monocytogenes* présente un tropisme pour les tissus cérébraux, en particulier le tronc cérébral, et les méninges. Nombre de victimes de méningite souffrent de méningo-encéphalite véritable avec altération de la conscience, crises ou perturbations des mouvements. Sur le plan clinique, la méningite isolée est semblable à celle attribuable à d'autres causes, et un abcès cérébral se produit dans 10 % des cas d'infection à *listeria* du SNC. *Listeria* est une cause de méningite bactérienne (non tuberculeuse) caractérisée par une importante lymphocytose observable dans la formule leucocytaire du liquide céphalorachidien.
- **Autres syndromes cliniques :** Une endocardite peut être la manifestation d'une listériose invasive. *L. monocytogenes* peut infecter les valvules cardiaques natives et prothétiques. En de rares cas, on a observé d'autres infections focales qui ont compliqué une bactériémie.

Diagnostic et traitement de la maladie invasive : prière de se reporter au bulletin *Info-labo* récent sur les épreuves diagnostiques de *L. monocytogenes* à : http://www.cpsa.on.ca/Whats_New/OPHL%20Labstract%20Fax.pdf

- **Maladie invasive :** Il convient de consulter un infectiologue lors du traitement d'un cas soupçonné de listériose invasive.
- Le diagnostic de listériose invasive exige l'isolement des échantillons cliniques normalement stériles (sang, liquide céphalorachidien, liquide articulaire, tissus stériles). Il faut toujours prélever les échantillons pour cultures sanguines (selon la description du bulletin *Info-labo*), et les autres échantillons en fonction du syndrome clinique.
- Le dépistage des anticorps (sérologie) n'est pas recommandé, ne s'étant pas avéré utile pour le diagnostic de la listériose aiguë.⁹
- Un traitement antibactérien à doses élevées doit être administré dans tous les cas. (**Se reporter au tableau 1 pour les lignes directrices de posologie du traitement antibactérien.**)
- L'ampicilline est l'agent préféré, bien que la pénicilline soit vraisemblablement aussi efficace. On n'a pas relevé de résistance significative à ces deux antibiotiques.
- La plupart des experts recommandent l'ajout de gentamicine au traitement à l'ampicilline en cas de bactériémie chez les sujets dont le système immunitaire est affaibli (y compris les nouveau-nés), et dans tous les cas de méningite et d'endocardite. On interrompt la gentamicine lorsque l'état du patient s'améliore. L'ampicilline en monothérapie ne peut s'utiliser pour les femmes enceintes souffrant de bactériémie isolée attribuable à *listeria*.
- Le triméthoprim-sulfaméthoxazole en monothérapie est un remplacement convenable pour les patients allergiques à la pénicilline. La vancomycine peut s'employer pour les femmes enceintes allergiques à la pénicilline lorsque les sulfamides sont contre-indiqués (premier trimestre et dernier mois de la grossesse et nourrissons de moins de 8 semaines).
- **Ne pas** utiliser les céphalosporines pour traiter la listériose, car elles ne sont pas efficaces contre *L. monocytogenes*.
- Les décisions concernant un traitement empirique chez les patients que l'on pense atteints de listériose doivent se prendre en consultation avec un infectiologue.
- **Durée du traitement :** Les patients atteints de la bactérie, mais qui ne manifestent pas d'anomalies au niveau du SNC peuvent être traités en deux semaines; en cas de méningite, le traitement doit durer trois semaines. Des rechutes ont été observées avec des traitements de moindre durée.¹⁰
- Un traitement de plus longue durée s'impose dans les cas de rhombencéphalite, d'abcès du cerveau et d'endocardite, et il convient également d'envisager un traitement prolongé en présence d'une infection invasive chez un sujet immunodéprimé.
- Il n'est pas nécessaire d'isoler les patients atteints d'une listériose invasive.

Recommandations pendant une éclosion

Pendant une éclosion de listériose, les modifications suivantes de la routine clinique sont recommandées :

- Toutes les personnes (quel que soit leur niveau de risque) qui manifestent une méningite, et toutes les personnes faisant partie d'un groupe à risque élevé et que l'on soupçonne de présenter une sepsie doivent être traitées de manière empirique contre la listériose, en plus des autres causes possibles du syndrome clinique.
- Un traitement empirique contre la listériose (en plus du traitement empirique contre toutes les autres causes de sepsie) doit être sérieusement envisagé pour tout sujet immunodéprimé chez qui l'on soupçonne une sepsie de cause inconnue. On pourra interrompre ce traitement si une infection à *L. monocytogenes* n'est pas confirmée dans les 48 heures suivant le prélèvement de cultures sanguines.
- Un traitement empirique contre la listériose doit être sérieusement envisagé pour toute femme enceinte souffrant de fièvre associée au travail ou à une menace d'accouchement prématuré.

- Il faut envisager une hémoculture pour toute personne faisant partie d'un groupe à risque élevé et atteinte de gastroentérite fébrile.
- Une coproculture peut être utile pour les femmes enceintes, les patients immunodéprimés et les nouveau-nés qui présentent une gastroentérite sans fièvre.

Tableau 1 : Schéma posologique des antibiotiques en cas de listériose invasive

Antibiotique	Dose pour adulte	Dose pour enfant *
Ampicilline	2 g par IV, aux 4 heures	100 mg/kg par IV (max : 3 g), aux 6 heures
Gentamicine	2 mg/kg par IV, aux 8 heures (surveiller les taux plasmatiques)	2 mg/kg par IV, aux 8 heures (surveiller les taux plasmatiques)
Triméthopri- sulfamé- thoxazole (TMP-SMX)‡	5 mg de TMP/kg par IV (max. : 160 mg de TMP), aux 6 heures	5 mg de TMP/kg (max. : 160 mg) par IV, aux 6 heures
Pénicilline G	4 millions d'unités par IV, aux 4 heures	65 000 unités/kg (max. : 4 millions d'unités) par IV, aux 4 heures

* Les présentes lignes directrices ne présentent pas la posologie pour les nouveau-nés.

‡ Le TMP-SMX est contre-indiqué pendant le premier trimestre et le dernier mois de la grossesse, et dans le cas des nouveau-nés et nourrissons de moins de 8 semaines.

Références

1. Schuchat A, Swaminathan B, Broome CV. Epidemiology of human listeriosis. *Clin Microbiol Rev.* 1991;4:169-83.
2. Farber JM, Peterkin PI. *Listeria monocytogenes*, a food-borne pathogen. *Microbiol Rev.* 1991;55:476-511.
3. Olsen SJ, Patrick M, Hunter S, Beal. Multistate outbreak of *Listeria monocytogenes* infection linked to delicatessen turkey meat. *Clin Infect Dis.* 2005;40:962.
4. Farber JM, Peterkin PI, Carter AO, et al. Neonatal listeriosis due to cross-infection confirmed by isoenzyme typing and DNA fingerprinting. *J Infect Dis.* 1991;163:927-8.
5. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. pp 2478-84. 2005.
6. Ooi ST, Lorber B. Gastroenteritis due to *Listeria monocytogenes*. *Clin Infect Dis.* 2005;40:1327-32.
7. Weinberg ED. Pregnancy-associated depression of cell-mediated immunity. *Rev. Infect Dis.* 1984;6:814-31.
8. Schuchat A, Robinson K, Wenger J, et al. Bacterial meningitis in the United States in 1995. *N Engl J Med.* 1997;337:970-6.
9. Dalton CB, Austin CC, Sobel JE, et al. An outbreak of gastroenteritis and fever due to *Listeria monocytogenes* in milk. *N Engl J Med.* 1997;336:100-5.
10. Mylonakis E, Hohmann EL, Calderwood SB. Central nervous system infection with *Listeria monocytogenes*. 33 years' experience at a general hospital and review of 776 episodes from the literature. *Medicine.* 1988;77:313-36.