

## Surveillance épidémiologique de l'anaplasmose

### *Anaplasma phagocytophilum* - 2024

Auteurs: T. Lernout<sup>1</sup>, A. Vanhonselbrouck<sup>2</sup>, A. Stoefs<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sciensano

<sup>2</sup> CNR Hôpital Militaire Reine Astrid

#### Messages clés

- En 2024, le CNR a diagnostiqué dix cas probables d'anaplasmose. Il s'agit d'une légère augmentation comparé aux années précédentes. Le nombre reste toutefois faible et, dans l'ensemble, la tendance est stable.
- Le nombre de résultats sérologiques positifs pour lesquels aucune interprétation n'était possible (cas possibles), a diminué au cours des dernières années, ce qui peut s'expliquer par une baisse dans le nombre de demandes d'analyses de laboratoire.
- Comme les années précédentes, aucun cas n'a été confirmé.
- Globalement, le nombre d'infections est probablement sous-estimé en raison d'infections peu sévères ou asymptomatiques, qui ne sont pas diagnostiquées.

#### Source d'information

- Notification des cas diagnostiqués par le [CNR](#) de l'Hôpital Militaire Reine Astrid.

#### Définition de cas

- Cas confirmé : PCR positive (sur un échantillon EDTA, prélevé avant le début d'une antibiothérapie) OU séroconversion ou augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps spécifiques IgG sur 2 échantillons consécutifs ; associé à un signe objectif (tel que fièvre, anémie, leucopénie, thrombocytopenie, augmentation des transaminases hépatiques, élévation de la CRP) ou à un symptôme subjectif (tel que frissons/sueurs, céphalées ou myalgies).
- Cas probable<sup>1</sup> : fièvre et au moins un autre signe objectif ou symptôme subjectif OU pas de fièvre signalée mais frissons/sueurs avec au moins un critère objectif ou 2 critères subjectifs ; combiné à une sérologie IgG positive avec un titre  $\geq 1:64$  ou la présence de morules intracytoplasmiques dans les granulocytes dans un échantillon prélevé dans les 60 jours suivant l'apparition de la maladie.
- Cas possible : sérologie IgG (et IgM) ou PCR positive, mais sans signes cliniques ou pour laquelle l'information clinique est incomplète.

Remarque : la sérologie IgM est considérée comme un test complémentaire à la sérologie IgG. Un résultat positif uniquement pour les IgM n'est pas utilisé pour le diagnostic car ce test est moins spécifique.

<sup>1</sup> Modifié pour les données de 2023, conformément à la définition de cas du CDC (2024), voir ici : <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/anaplasmosis-anaplasma-phagocytophilum/>

## Epidémiologie

- Nombre de cas : en 2024, dix cas probables d'anaplasmosse ont été rapportés par le CNR (Figure 1). Ce chiffre est légèrement supérieur à celui des années précédentes, malgré un nombre de tests effectués plus bas (10 cas sur un total de 109 tests (9 %), contre 7 sur 164 tests en 2023 (4 %)). Comme la plupart des autres années, aucun cas n'a été confirmé. Le nombre de demandes pour confirmation du diagnostic, par PCR ou par la mise en évidence d'une séroconversion sur des échantillons de suivi, reste toutefois faible, représentant respectivement 10 % et 5 % des demandes.  
Il y a également eu 12 cas possibles, pour lesquels les informations cliniques étaient insuffisantes pour permettre l'interprétation des résultats. Ce nombre diminue progressivement depuis 2020 et est beaucoup plus faible comparé à la période d'avant, en raison d'une modification de la procédure, selon laquelle une analyse n'est effectuée que si la clinique est mentionnée dans la demande. Le nombre de demandes d'analyses sans informations cliniques et épidémiologiques a diminué ces dernières années, passant de 45 % en 2021 à 18 % en 2024.
- Sexe : la grande majorité des cas étaient des femmes, un seul cas était masculin. Ceci a également été observé les deux années précédentes (2022 et 2023), alors que d'autres années, plus de cas ont été identifiés chez les hommes. Les fluctuations sont toutefois difficiles à interpréter en raison du faible nombre de cas.
- Âge : variation entre 17 et 73 ans, avec une médiane de 45 ans. Ceci est comparable aux années antérieures.
- Saisonnalité : en 2024, les cas d'anaplasmosse ont principalement été diagnostiqués en été et en automne, pendant la saison d'activité des tiques et quand les gens font plus d'activités extérieures (Figure 2). Cette situation est similaire aux années précédentes.

Figure 1 : Nombre de cas confirmés et probables d'anaplasmosse par an, Belgique, 2013-2024  
(Source : CNR pour *Anaplasma*)

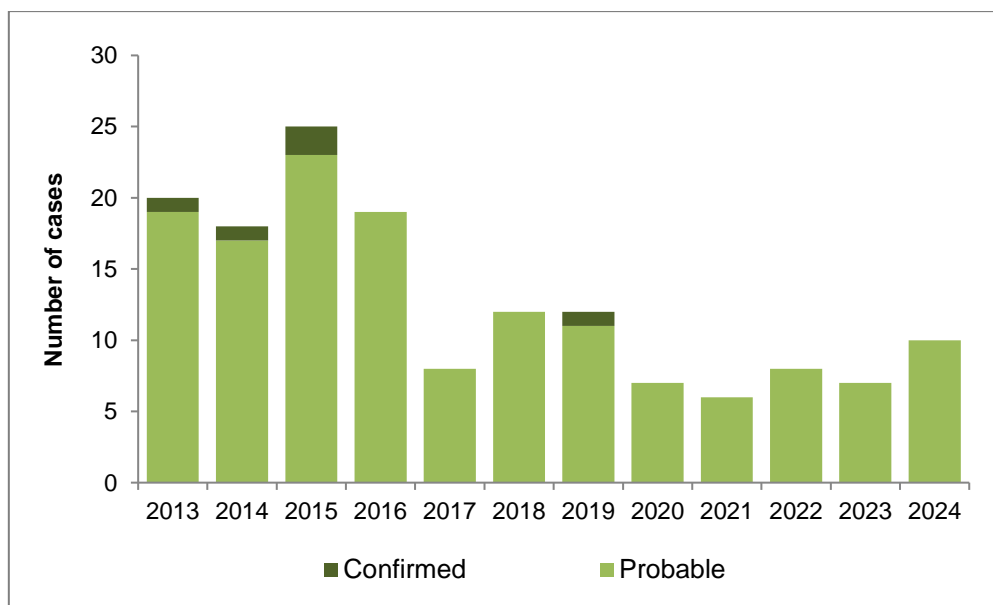
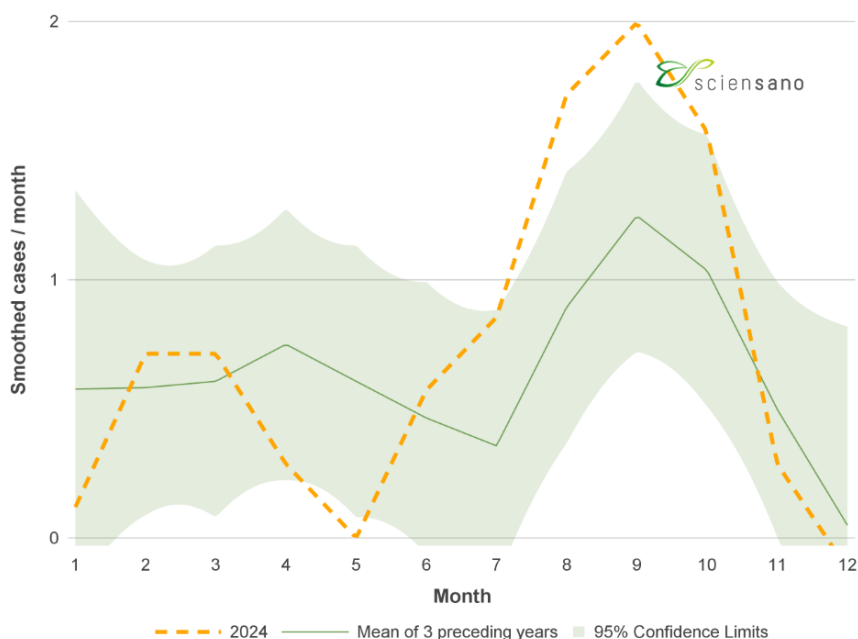


Figure 2: Nombre de cas (confirmés et probables) d'anaplasmose par mois, Belgique 2024 comparé à la moyenne pour la période 2021-2023

(Source : CNR pour *Anaplasma*)



### Importance pour la santé publique

Plusieurs études ont montré que la bactérie *A. phagocytophilum* est largement répandue chez les tiques et les animaux en Europe. En Belgique, en 2021, 4,7 % des tiques prélevées sur des humains étaient infectées par la bactérie (Geebelen et al.). Ces résultats sont similaires à ceux d'études menées dans d'autres pays européens de la région de la mer du Nord, où une prévalence de 1 à 5 % a été constatée dans la majorité des études (Quartsen et al.). En 2025, une nouvelle collecte de tiques est en cours en Belgique afin de vérifier si la prévalence de la bactérie chez les tiques évolue. Des recherches menées dans le nord de la France ont montré que *A. phagocytophilum* était principalement observé chez les tiques vivant dans les forêts, où la couche permanente de feuilles mortes au sol assure une humidité plus élevée, favorable à la survie des tiques (Boulangier et al.).

Des études de séroprévalence chez l'homme en Europe rapportent aussi parfois des taux élevés d'individus ayant des anticorps contre la bactérie (Matei et al. ; Pustijanac et al.). Cependant, les données sur les infections aiguës chez l'homme sont rares. Plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans cette contradiction apparente. Ainsi, il y a probablement un sous-diagnostic et une sous-déclaration de la maladie, en raison d'infections peu sévères ou asymptomatiques. Des résultats faux positifs sont également possibles pour les tests sérologiques, par réaction croisée avec d'autres pathogènes (*Borrelia*, *Coxiella*, *Brucella* spp., EBV, CMV) ou en présence d'une maladie auto-immunitaire, ce qui entraîne une surestimation de la séroprévalence dans les études.

En Belgique également, une infection aiguë par *A. phagocytophilum* est rarement confirmée, avec une sous-estimation probable du nombre de cas. La symptomatologie étant aspécifique au début, on ne pense souvent pas à la maladie. Le nombre de cas probables reste également limité, avec dix cas en 2024. Par ailleurs, des anticorps sont détectés chez un certain nombre de personnes (12 en 2024), mais une sérologie positive n'est pas synonyme d'infection symptomatique aiguë. Il peut s'agir d'une infection ancienne (au moins deux tiers des personnes

infectées ne vont pas développer de signes cliniques et les anticorps IgG peuvent rester présents pendant une à deux années après une infection), ou d'un résultat faux positif dû à des réactions croisées (voir ci-dessus).

Globalement, le nombre d'infections détectées (confirmées et probables) reste stable, avec des fluctuations annuelles. Le nombre de cas possibles (sérologie positive mais sans symptômes ou non interprétable sans informations cliniques) diminue progressivement depuis quelques années. Cela peut s'inscrire dans un contexte de diminution du nombre de demandes d'analyses de laboratoire, et proportionnellement, une augmentation du nombre de demandes avec des informations cliniques (puisque celles-ci sont requises depuis fin 2020), permettant de classer les cas comme probables ou confirmés.

Pour permettre un diagnostic correct de l'anaplasmose, il est important d'envoyer un échantillon de sang (sur tube EDTA et sérum) au CNR pour toute suspicion d'infection (syndrome grippal après une morsure de tique), afin de réaliser une PCR et une détermination sérologique par immunofluorescence (IgM et IgG), et ce le plus tôt possible, endéans une semaine après l'apparition des symptômes. Lorsque la maladie est suspectée tardivement, deux échantillons (tubes de sérum) doivent être envoyés, prélevés avec un intervalle d'environ deux semaines, pour détecter une séroconversion ou une multiplication par quatre du titre IgG. Les informations cliniques sont essentielles pour le diagnostic et doivent toujours être complétées sur le formulaire d'accompagnement du CNR, faute de quoi le test ne sera pas effectué.

### Plus d'informations

- Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). Flyer. Tiques : prévenir et réagir. Disponible sur : [https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2022-06/Triptyques-Tiques.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-06/Triptyques-Tiques.pdf)
- Boulanger N, Aran D, Maul A, Camara BI, Barthel C, Zaffino *et al.* Multiple factors affecting *Ixodes ricinus* ticks and associated pathogens in European temperate ecosystems (northeastern France). *Sci Rep.* 2024 Apr 24;14(1):9391. [doi: 10.1038/s41598-024-59867-x](https://doi.org/10.1038/s41598-024-59867-x)
- Geebelen L, Philippe C, Henry M, Mori M, Lernout T. TiquesNet. Recherche de pathogènes présents dans les tiques - 2021. Disponible sur : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/pathogenes\\_chez\\_les\\_tiques\\_2021\\_final.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/pathogenes_chez_les_tiques_2021_final.pdf)
- Matei IA, Estrada-Peña A, Cutler SJ, Vayssier-Taussat M, Varela-Castro L, Potkoniak A *et al.* A review on the eco-epidemiology and clinical management of human granulocytic anaplasmosis and its agent in Europe. *Parasites Vectors* 12, 599 (2019). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s13071-019-3852-6>
- Pustijanac E, Buršić M, Millotti G, Paliaga P, Iveša N, Cvek M. Tick-Borne Bacterial Diseases in Europe: Threats to public health. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2024 Apr 27. <https://doi.org/10.1007/s10096-024-04836-5>
- Quarsten H, Henningsson A, Krogfelt KA, Strube C, Wenneras C, Mavin S. Tick-borne diseases under the radar in the North Sea Region. *Ticks Tick Borne Dis.* 2023 Jul; 14(4):102185. <https://doi-org.vdic.idm.oclc.org/10.1016/j.ttbdis.2023.102185>