

INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES À CYCLOSPORA

Au cours du mois de juin, 5 cas d'entérite à *Cyclospora* (4 à Montréal et 1 en Montérégie) ont été signalés à la suite d'un voyage à Cuba et au Guatemala. Ces personnes ont présenté de la diarrhée pendant plus de 3 semaines, ainsi qu'une perte de poids et de la fatigue. Des cas d'infection à *Cyclospora* ont aussi été confirmés en Ontario chez des voyageurs de retour du Mexique (un voyageur ayant séjourné à Cancun à la fin juin) et de Cuba (8 voyageurs ayant séjourné dans un club de vacances en juin).

Cyclospora cayetanensis est un parasite protozoaire se transmettant par l'eau et les aliments contaminés. L'infection se manifeste principalement par une diarrhée aqueuse. Les autres symptômes pouvant survenir incluent : nausées, vomissements, anorexie, crampes abdominales, ballonnement, flatulences, fatigue et perte de poids. La période d'incubation est d'environ 1 semaine. L'épisode est en général auto-limité chez l'hôte immunocompétent (durée 9-43 jours). Le traitement avec triméthoprimsulfaméthoxazole (adultes : 160 mg TMP/800 mg SMX PO BID x 7 jours; enfants : TMP 5 mg/kg et SMX 25 mg/kg PO BID x 7 jours) peut accélérer la guérison.

RECOMMANDATIONS :

On recommande aux voyageurs se dirigeant dans un pays en voie de développement de se laver souvent les mains, et d'observer les précautions habituelles pour l'eau et les aliments. Après le retour, si les voyageurs présentent des symptômes compatibles avec cette infection, ils devraient consulter un médecin et l'aviser de leur voyage.

Devant un tableau d'entérite qui persiste au retour d'un séjour dans un pays en voie de développement, et en l'absence d'une autre étiologie identifiée au bilan initial, les médecins doivent envisager la possibilité d'une infection à *Cyclospora*. Le diagnostic est posé par l'identification microscopique du parasite dans les selles fixées. Les médecins qui suspectent cette infection doivent l'indiquer sur la demande d'analyse afin que le laboratoire procède à des colorations spéciales. De plus, il peut être nécessaire de soumettre deux ou trois échantillons de selles au laboratoire car un seul examen négatif n'exclut pas l'infection.

Source : Direction de santé publique de Montréal-Centre ; Direction de santé publique de la Montérégie ; Santé Canada (Centre canadien de surveillance des infections entériques); CDC.

SURVEILLANCE DE LA MALARIA

L'équipe du McGill University Centre for Tropical Diseases (TDC) a publié récemment un article scientifique sur la malaria au Canada et le système de surveillance qui s'y rattache.

Entre 1990 et 2002, le système de surveillance des maladies infectieuses au Canada a rapporté en moyenne 538 cas de malaria par année. Au Québec, au cours de ces 13 années, 1246 cas ont été signalés. Le système de surveillance permet de connaître l'âge et le sexe des patients mais les informations à propos de l'espèce infectante et du pays d'acquisition sont manquantes.

L'équipe du Dr MacLean rapporte avoir diagnostiqué 553 cas cliniques de malaria entre 1981 et 2002, dont 52% étaient causés par *Plasmodium falciparum*. La proportion d'infections causées par *P. falciparum* a toutefois augmenté au cours des années, atteignant 70-80% des cas depuis 2000. Entre 1981 et 2002, la région où le plus grand nombre de patients ont contracté la malaria est l'Afrique sub-Saharienne (65%), suivie par l'Asie du Sud (23%), l'Asie du Sud-Est (6%), l'Amérique centrale (5%) et l'Amérique du Sud (1%). Au cours des années, l'importance de l'Afrique sub-Saharienne comme source d'infections a augmenté : depuis 2000, 85% des patients ayant reçu un diagnostic de malaria au TDC avaient contracté l'infection dans cette région. Entre 1981 et 2002, 71% des cas de malaria acquis en Afrique sub-Saharienne étaient causés par *P. falciparum*, alors que durant la même période, seulement 4% des cas de malaria acquis en Asie du Sud étaient causés par cette espèce.

Afin d'améliorer le système de surveillance, les auteurs recommandent que le pays d'acquisition le plus probable soit indiqué sur la demande d'analyse pour le laboratoire. Depuis l'automne 2003, le pays d'acquisition fait d'ailleurs partie des variables dans le système de saisie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) au Québec.

Source : MacLean JD, Demers AM, Ndao M et al. *Malaria Epidemics and Surveillance Systems in Canada. Emerging Infectious Diseases* 2004; 10; 1195-1201.

FIN DE LA FLAMBÉE DE FIÈVRE EBOLA DANS LE SUD DU SOUDAN

Le dernier cas identifié de fièvre hémorragique à virus Ebola est décédé le 26 juin 2004. Comme le nombre de jours écoulés depuis cette date (plus de 42 jours) correspond au double de la période d'incubation de cette maladie et comme aucun autre cas n'a été identifié depuis lors, l'OMS a déclaré le 7 août que la flambée dans le sud du Soudan était terminée.

Lors de cette éclosion, les autorités sanitaires ont notifié 17 cas, dont 7 mortels, de fièvre hémorragique à virus Ebola. Il s'agit d'une maladie fébrile entraînant la mort pour 50 à 90 % des cas cliniques. Elle se transmet par contact direct avec du sang, des sécrétions, des organes ou des liquides biologiques de personnes infectées.

Source : OMS

Membres actifs du Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs (CCQSV) : Mme Gisèle Asselin, Dre Chantal Beaudet, Dr Martin Brizard, Dre Yen-Giang Bui, Dr Michel Frigon, Dre Suzanne Gagnon, Dre Christina Greenaway, Dre Annie-Claude Labbé, Dre Louise Laberge, Dr Michel Landry, Dr Guy Lonergan, Dre Sylvie Provost, Dre Dominique Tessier.
