

Le prévenant

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS DE LANAUDIÈRE

Juin 2014
Vol. 23 n° 7

APPEL À LA VIGILANCE

Maladie de Lyme et autres encéphalites à arbovirus (VNO, EEE)

HAUSSE DE CAS DE MALADIE DE LYME (ML) ACQUIS AU QUÉBEC

En 2013, le Québec a noté une hausse importante du nombre de cas déclarés de ML, passant de 32 à 43 cas respectivement en 2011 et 2012, et à 141 cas en 2013. De plus, près de 50 % des cas de 2013 ont été acquis au Québec comparativement à 39 % en 2012 et 18 % en 2011.

En 2013, 13 régions ont déclaré des cas. La majorité des cas acquis au Québec aurait été contractée en Montérégie. Cette région étant la plus touchée avec un taux de 4,84 cas pour 100 000 personnes. Lanaudière est la 3^e région avec un taux de 1,42 pour 7 cas déclarés.

Selon les enquêtes épidémiologiques effectuées à la grandeur du Québec auprès des cas de ML en 2013, 2 personnes auraient possiblement acquis l'infection dans Lanaudière. Il ne s'agit toutefois pas de résident de la région. En 2014, jusqu'à maintenant, un cas l'aurait probablement acquise dans la région.

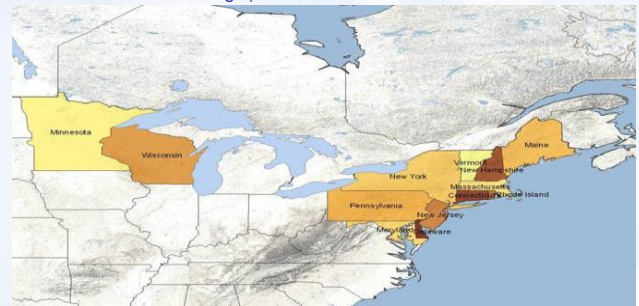
On retrouve des cas également dans les autres provinces canadiennes, principalement en Ontario, dans le sud du Manitoba et dans certaines régions du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, de même que dans le sud de la Colombie-Britannique.

Figure 1
Zones touchées par la ML dans le monde (source : MSSS)



On peut aussi la retrouver aux États-Unis; les incidences les plus élevées étant dans les états du nord-est : Delaware, Vermont, New Hampshire, Maine, Connecticut et Wisconsin.

Figure 2
États-Unis, 10 états limitrophes ont une incidence élevée de cas humains de ML (source : DSP de la Montérégie)



La ML est également présente en Europe.

LA MALADIE DE LYME

- **Agent causal :** Une bactérie; *Borrelia burgdorferi*.
- **Vecteur :** Une tique; *Ixodes scapularis*. Les tiques vivent dans des régions boisées et dans les hautes herbes.

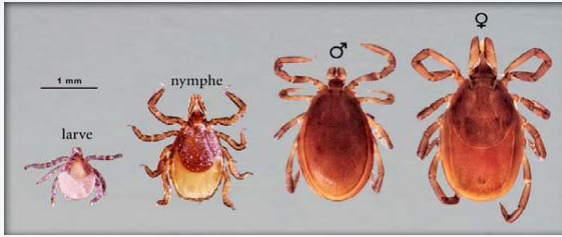
Pour acquérir l'infection, il faut être piqué par une tique *I. scapularis* qui est infectée par le *Borrelia burgdorferi*.

Les tiques ont trois stades de développement : larve, nymphe et adulte.

Lorsque des tiques aux trois stades de leur vie sont retrouvées dans une région, on peut penser que la tique est bien établie à cet endroit et conséquemment, que la probabilité de transmission de l'infection à l'humain est plus élevée.



Figure 3
Trois stades de vie de la tique (source : INSPQ)



TRANSMISSION VECTORIELLE

La tique infectée transmet le spirochète par sa salive. Un temps de contact prolongé d'*I. scapularis* avec la peau est nécessaire à la transmission. Généralement, la tique doit demeurer attachée à son hôte **au moins 24-36 heures** pour transmettre la bactérie.

EXPOSITION À RISQUE

Une exposition est définie par les deux éléments suivants :

1. Une **histoire de piqûre de tique ou un séjour**, ou une activité, peu importe la durée, **dans un habitat propice aux tiques, comme un boisé, un sous-bois, une étendue arbustive ou herbacée;**
2. Ce séjour ou cette activité doit avoir eu lieu dans un **secteur à risque élevé.** (Actuellement la Montérégie est plus particulièrement touchée, mais des cas sont également déclarés dans plusieurs régions du Québec. Consulter la carte à la figure 1.)

On doit rechercher l'exposition :

- ✓ dans **les deux semaines précédant la découverte de la tique;**
OU
- ✓ dans **les quatre semaines précédant le début des symptômes** (érythème migrant (EM) ou manifestations cliniques en phase précoce).

INCUBATION

- 1 à 32 jours.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

- Trois stades cliniques, plus ou moins juxtaposés ou entrecoupés de périodes de latence.
- Les trois stades sont l'infection précoce localisée, l'infection précoce disséminée et l'infection tardive persistante.

L'**infection précoce localisée (1^{er} stade)** est caractérisée par



(source : M5SS)

l'apparition de l'**érythème migrant (EM)**, une lésion cutanée érythémateuse (voir l'encadré).

L'ÉRYTHÈME MIGRANT :

- survient chez plus des deux tiers des sujets au stade précoce de la maladie;
- peut prendre plusieurs formes : circulaire, ovale, triangulaire, annulaire ou en cible;
- est généralement asymptomatique, mais il peut être associé à une sensation de brûlure, d'inconfort, de douleur ou de prurit;
- débute généralement au site de la piqûre. Il est plus fréquemment localisé aux cuisses, aux aines, aux aisselles, au cuir chevelu, mais peut apparaître n'importe où sur le corps;
- augmente de taille assez rapidement et doit mesurer au moins 5 cm de diamètre pour être un critère diagnostique. Une lésion d'apparition récente de moindre dimension et qui s'agrandit rapidement pendant 24 à 48 heures pourrait être un EM en évolution;
- disparaît dans une période allant de quelques jours à quelques semaines, même sans traitement;
- doit être distingué d'une réaction d'hypersensibilité à la piqûre, laquelle provoque rapidement un érythème de moins de 5 cm qui disparaît en 24-48 heures après la piqûre.

Les autres symptômes et signes constitutionnels pouvant être les seuls présents au 1^{er} stade : fatigue, myalgies, arthralgies, céphalées, raideur de la nuque, anorexie, fièvre, lymphadénopathies régionales.

Un patient se présente suite à une morsure de tique et ne présente aucun symptôme. **Il est important de recommander au patient de surveiller l'apparition de symptômes (EM et/ou symptômes généraux) durant la période d'incubation, soit 32 jours**, et de reconsulter si il y a apparition de ces symptômes.

L'**infection précoce disséminée (2^e stade)** peut survenir de quelques semaines à quelques mois après la piqûre de tique chez le patient non traité. Les manifestations sont souvent multisystémiques et intermittentes. Les atteintes les plus fréquentes sont au niveau cutané (érythème migrant secondaire ou multiple), musculo-squelettiques (myalgie, arthralgie souvent au niveau des articulations temporo-mandibulaire et au genou), neurologique (névrite crânienne, méningite ou neuropathie périphérique) et cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire, myocardite).

L'**infection tardive persistante (3^e stade)** peut survenir de plusieurs mois à quelques années après l'infection initiale. La forme clinique prédominante en Amérique du Nord est l'arthrite.



SUIVI APRÈS UNE PIQÛRE DE TIQUE

Le faible risque de transmission de la bactérie *B. burgdorferi* à la suite d'une piqûre est attribué en bonne partie à l'extraction de la tique infectée en moins de 72 heures.

Toutes les personnes qui ont subi une piqûre de tique doivent être suivies pendant au moins un mois afin de détecter précocement un EM ou l'apparition de symptômes semblables à un syndrome d'infection virale (fièvre, myalgies, céphalées). Ce suivi s'applique également aux personnes qui auraient reçu une antibiothérapie.

LA TIQUE

L'identification de la tique n'a généralement pas d'influence sur la conduite clinique à adopter. Cependant, cette analyse est encouragée, car elle contribue à la surveillance des tiques au Québec.

Au Québec, compte tenu que la prévalence du *B. burgdorferi* chez les populations de tiques établies localement est inférieure à 20 % (5 à 10%), il n'y aurait pas d'indication d'administrer les antibiotiques de façon prophylactique après une piqûre de tique, mais l'observation du patient est de rigueur pour surveiller l'apparition de symptômes. Plusieurs régions du Québec font l'objet d'un programme de surveillance active cet été.

Par contre, après une exposition dans une zone d'endémie aux États-Unis, en Europe ou ailleurs au Canada, une prophylaxie pourrait être envisagée.

EXTRACTION DE LA TIQUE

Ce site explique la technique d'extraction de la tique : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pdf/feuille-maladie-lyme.pdf>

La tique, vivante ou morte, doit être conservée à sec, sans rien ajouter, dans un petit contenant rigide propre (par exemple, un contenant de pilules, un petit pot ou un tube à prélèvement).

ANTIBIOPROPHYLAXIE

La prescription d'un antibiotique après une piqûre de tique (une dose unique de 200 mg de doxycycline, par voie orale) est possible à certaines conditions.

L'efficacité de cette intervention dépend du respect des quatre conditions suivantes :

1. une tique identifiée comme étant une *I. scapularis* et qui est restée **attachée à la peau pendant au moins 36 heures** ou présentant un niveau d'engorgement de sang important (voir la figure 3);
2. une proportion de tiques infectées égale ou supérieure à 20 % dans le secteur (**présentement, aucune région au Québec n'a atteint ce pourcentage**);
3. la prophylaxie peut être entreprise **en dedans de 72 heures à partir du moment où la tique a été retirée de la peau**;
4. l'absence de contre-indication à la doxycycline.

Figure 4

Tique à pattes noires femelles à divers stades d'engorgement (source : ASPC)



CONFIRMATION DU DX CLINIQUE EN LABORATOIRE

Les épreuves de laboratoire sont utiles surtout pour :

- démontrer la présence d'anticorps aux stades tardifs de la maladie;
- confirmer un diagnostic clinique lorsque les manifestations sont classiques et qu'il y a eu exposition dans une région où la maladie est endémique;
- identifier un cas probable lorsque la probabilité d'une exposition est faible.

Le diagnostic de laboratoire repose habituellement sur des méthodes sérologiques.

Il faut prélever un premier sérum après l'apparition des symptômes. Si les résultats sérologiques sont négatifs et que la maladie de Lyme reste soupçonnée, il est fortement recommandé de prélever un deuxième sérum, de deux à quatre semaines après le premier prélèvement. Si le premier prélèvement est fait plus de six semaines après l'apparition des symptômes, il n'est pas nécessaire de procéder au deuxième prélèvement.

TRAITEMENT

Lorsque la maladie de Lyme est présente, elle répond, en général, au traitement.

- Au stade précoce de la maladie, le traitement réduit la durée des manifestations cutanées ainsi que l'incidence de la progression vers des manifestations ou des séquelles tardives de l'infection.
- Il est souvent opportun de consulter un médecin microbiologiste-infectiologue dans les cas complexes ou à un stade plus avancé de la maladie.
- Choix de traitement pour la phase précoce : se référer au Guide d'intervention maladie de Lyme, MSSS (p.14) : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/8cf137035868999485257c0600493878?OpenDocument>

INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Afin de mieux connaître le portrait du niveau d'installation des tiques au Québec (présence des trois stades), une surveillance active des tiques sera faite dans quelques régions du Québec et Lanaudière en fera partie.



Parallèlement à ce projet, il est demandé de poursuivre l'identification des tiques qui sont acheminées par le patient au bureau du médecin. La tique doit être envoyée au laboratoire pour identification (dans un contenant sec sans agent de conservation).

Plusieurs mesures permettent de **prévenir les piqûres de tiques**. L'association de mesures appropriées est recommandée, particulièrement lors d'activités dans les secteurs à risque élevé d'exposition aux tiques (voir l'encadré).

MESURES À ADOPTER :

- Restez dans les sentiers dégagés et les terrains aménagés;
- Appliquez un chasse-moustiques contenant du DEET sur la peau découverte (en évitant le visage) ou sur les vêtements;
- Portez des vêtements longs ainsi qu'un chapeau et des souliers fermés. On voit mieux les tiques sur les vêtements de couleur pâle;
- Repérer rapidement les tiques :
 - Prendre une douche ou un bain au retour à la maison;
 - Faire l'examen de tout le corps minutieusement :
 - ✓ sur soi;
 - ✓ les jeunes enfants;
 - ✓ les animaux de compagnie.
 - Lavez les vêtements exposés à l'eau chaude – placez dans la sècheuse ou au soleil les vêtements et les équipements qu'on ne peut laver;
 - Dégagez les aires de jeux et de passage.
- Retirez les feuilles mortes, les broussailles et les mauvaises herbes;
- Taillez les branches d'arbres et les arbustes;
- Créez un écart entre le boisé et la pelouse;
- Éloignez les jeux et les carrés de sable du bord des terrains boisés et placez-les sur une structure faite de copeaux de bois ou de paillis;
- Favorisez l'installation de pavés unis ou de gravier sur les zones souvent fréquentées ou près de la maison;
- Tondez la pelouse régulièrement :
 - Il n'existe pas d'intervention environnementale qui permette de contrôler la population de tiques.

RÉFÉRENCES

Maladie de Lyme :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/8cf137035868999485257c0600493878?OpenDocument>

<http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/santepublique/directiondesantepublique/maladiedelyme.fr.html>

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/8cf137035868999485257c0600493878?OpenDocument>

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol8_no9.pdf

VIRUS DU NIL OCCIDENTAL TOUJOURS PRÉSENT AU QUÉBEC

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le VNO est présent au Québec depuis 2002. Entre 2007 et 2011, le nombre de cas déclarés par année a varié entre un et 42. En 2012, 132 cas d'infections ont été déclarés et en 2013, 32 cas. La majorité a été acquise au Québec. Les régions de Laval, de la Montérégie et des Laurentides ont été plus touchées avec un taux supérieur au taux provincial. Lanaudière n'a eu qu'un seul cas déclaré en 2013.

Plus des trois quarts des cas déclarés présentaient des symptômes neurologiques. Dans la littérature scientifique, il est généralement estimé que sur 150 cas présentant des symptômes, un aura une atteinte neurologique. On peut donc estimer que le nombre réel de cas dépasse de beaucoup celui correspondant au nombre de cas déclarés.

RAPPEL DU CYCLE DE TRANSMISSION, DE LA PRÉSENTATION CLINIQUE ET DES TESTS DE LABORATOIRE

Le cycle de transmission du VNO comprend les oiseaux comme réservoir et les moustiques comme vecteur de l'infection. Les oiseaux principalement visés sont de la famille des corvidés (tels que les corbeaux et corneilles). Les moustiques sont principalement du genre *Culex (pipiens)*. Les humains, les chevaux ainsi que d'autres mammifères peuvent être aussi infectés.

La présentation clinique : La période d'incubation est de 4 à 14 jours. L'infection humaine est le plus souvent asymptomatique (80 %). Les infections symptomatiques s'apparentent, pour la majorité, au syndrome d'allure grippale :

- fièvre;
- myalgies;
- céphalées;
- problèmes gastro-intestinaux;
- rash maculo-papulaire chez 30 à 50 % des patients symptomatiques.

Environ une personne infectée sur 150 a une maladie sévère avec une atteinte neurologique :

- encéphalite (55 à 60 % des maladies sévères);
- méningite aseptique (35 à 40 %);
- syndrome ressemblant à la poliomyélite (5 à 10 %).

La létalité se situe entre 4 et 14 % pour les cas d'infection sévère et ce taux serait supérieur parmi les personnes âgées de plus de 50 ans.

Une infection par le VNO devrait être suspectée dans le diagnostic différentiel d'une méningite, d'une encéphalite et d'une faiblesse musculaire ou d'une paralysie flasque aiguë.

Analyse de laboratoire : Un sérum pour recherche d'anticorps du VNO (IgM/IgG) doit être soumis au laboratoire pour tous les cas suspects de VNO avec atteinte neurologique, même si une recherche d'acides nucléiques sur le LCR est demandée.



Cette exigence est liée au fait qu'un résultat négatif de la recherche des acides nucléiques n'exclut pas l'infection, car la fenêtre de virémie du VNO est très courte et précède l'apparition des symptômes. Toutefois, la détection du VNO dans le LCR permet de confirmer une infection.

MESURES DE PROTECTION

Les mesures de protection à recommander pour prévenir l'infection demeurent principalement celles pour prévenir les piqûres de moustiques. L'élimination des moustiques dans l'environnement est également importante.

Protection contre les piqûres de moustiques :

<http://www.santé.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-protéger-des-piqures-de-moustiques/>

Élimination des gîtes larvaires autour de la maison et du chalet :

<http://www.santé.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/reduire-le-nombre-de-moustiques-dans-son-environnement/>

Concernant l'épandage préventif de larvicides et surveillance entomologique, certaines régions plus à risque ont été ciblées dans le cadre d'une étude pour évaluer l'efficacité de telles mesures. Lanaudière ne fait pas partie de ces régions.

RÉFÉRENCES

Virus du Nil occidental :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/wn-no/gen-fra.php>

https://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?virus_du_nil

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol8_no9.pdf

ENCÉPHALITE ÉQUINE DE L'EST (EEE) : ÉTAT DE SITUATION

Dans le cadre du programme de surveillance de l'encéphalomyélite équine de l'Est chez les animaux au Québec, la région de Lanaudière a été particulièrement touchée entre 2008 et 2010 dans le secteur de Lanoraie-Lavaltrie (voir appel à la vigilance 2009 au lien suivant : <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Bulletins/Septembre%20Vol%2018%20no%2016.pdf>). Toutefois malgré le fait qu'aucun cas humain n'a été déclaré dans la région jusqu'à présent, les conditions propices à l'établissement du cycle épidémiologique du virus sont toujours présentes. Dans la région de Lanoraie-Lavaltrie, l'existence d'un foyer de transmission récurrente du virus EEE est démontrée. Il est donc important de considérer également le virus de l'EEE dans les diagnostics différentiels d'encéphalite causée par des arbovirus.

Les moyens de protection personnelle étant les mêmes que pour le VNO, les campagnes de communication pour le VNO permettront de rejoindre les gens pour la prévention de l'EEE également.

Publication

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Responsable de la publication

D^{re} Joane Désilets, médecin, équipe des maladies infectieuses

Rédaction

D^{re} Joane Désilets, médecin, équipe des maladies infectieuses

Avec la collaboration de :

D^r Jean-Pierre Trépanier, directeur de santé publique
Lisette Lafrenière, conseillère en soins infirmiers, équipe des maladies infectieuses

Mise en pages

Marie-Pier Bélanger, équipe des maladies infectieuses

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2014

Dépôt légal

Deuxième trimestre 2014
ISSN 1718-9497 (PDF)
1920-2555 (en ligne)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible à la section **Santé publique**, dans la rubrique **Documentation** sous l'onglet **Professionnels de la santé** du site de l'Agence au :

www.agencelanaudiere.qc.ca

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

