

LE CONTAMINANT

Module maladies transmissibles :

Ghislaine Béchamp

Nicole Bouchard

Chantal Boulé

Pauline Clermont

Isabelle Kirouac

Vol. 16 N° 7

Juillet 2006

VIRUS DU NIL OCCIDENTAL

Comme promis dans le dernier numéro du bulletin, la définition de cas d'une infection humaine causée par le virus du Nil occidental (VNO) ainsi que les tests de laboratoire à réaliser pour diagnostiquer l'infection se trouvent sur la feuille de couleur bleue ci-jointe.

Rappelons, tel qu'indiqué dans le dépliant ci-joint, que le programme de surveillance des mortalités chez les oiseaux les plus sensibles au VNO (corneille, corbeau et geai bleu) a été abandonné pour cette année.

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES OISEAUX POUR L'INFLUENZA AVIAIRE

Un programme de surveillance des mortalités chez les oiseaux sauvages a été mis en place pour détecter rapidement tout cas suspect pouvant être lié à l'influenza aviaire. Ce programme est mené par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), le ministère des Ressources naturelles et de la Faune et le Centre québécois sur la santé des animaux sauvages.

La surveillance de l'influenza aviaire ne requiert pas la surveillance de tous les oiseaux morts. Cependant, un taux de mortalité important (**trois oiseaux ou plus**) dans une population d'oiseaux sauvages doit être signalé à Services Québec au 1 800 363-1363.

Pour plus d'information sur ce sujet, voir le site : www.pandemiequebec.qc.ca.

TESTS DE CONTRÔLE DE LA CHLAMYDIOSE GÉNITALE

Le traitement de choix de la chlamydia génitale est l'azithromycine 1 g po en dose unique ou la doxycycline 100 mg bid X 7 jours. Comme alternatives, on trouve l'ofloxacine 300 mg bid X 7 jours ou l'érythromycine 2 g die en doses fractionnées X 7 jours ou 1 g die en doses fractionnées X 14 jours. Chez la femme enceinte, on utilise l'azythromycine ou l'érythromycine, ou encore l'amoxicilline, 500 mg tid X 7 jours.

Il n'est pas nécessaire de répéter systématiquement le test de détection de la chlamydia si le traitement recommandé est administré et suivi, si les symptômes et les signes disparaissent et si la personne infectée n'est pas réexposée à un partenaire non traité. Toutefois, si un test doit être fait, il faut **toujours attendre au moins 3 semaines** après la fin du traitement, sans quoi le test pourrait être faussement positif.

Voici les indications de refaire le test de détection :

- à la suite d'un traitement à l'érythromycine ou à l'amoxicilline,
- à la suite du traitement d'une femme enceinte ou d'un enfant,
- en cas de non-observance du schéma posologique,
- en cas d'abandon du traitement,
- en cas de réexposition à un partenaire non traité.

À noter que les personnes traitées devraient éviter les relations sexuelles ou utiliser un condom jusqu'à la fin du traitement à doses multiples ou jusqu'à 7 jours après la prise d'une dose unique.

Rappelons aussi le programme de gratuité du traitement des ITS (code K sur l'ordonnance) et la vaccination contre l'hépatite B à offrir (c'est aussi gratuit!) aux personnes ayant fait une ITS.

IMPACT POSITIF DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

L'ajout du vaccin conjugué contre le pneumocoque au calendrier de vaccination des enfants de moins de 5 ans en décembre 2004 s'est accompagné de la surveillance des infections invasives à pneumocoque (IIP) par le Laboratoire de santé publique du Québec.

Du 1^{er} janvier 2004 au 31 mai 2006, le taux d'incidence des IIP pour l'ensemble de la population du Québec est passé de 12,8 à 9,8 cas par 100 000 personnes-

année, soit une diminution de 23,4 %. Cette diminution est beaucoup plus marquée chez les enfants de moins de 5 ans visés par le programme : elle atteint 58,8 %.

Il convient de souligner l'excellent travail des vaccinatrices et des vaccinateurs des CSSS qui ont un rôle capital dans le succès de ce nouveau programme, et celui des médecins qui, espérons-le, encouragent la vaccination des enfants.

LA PANDÉMIE D'INFLUENZA

Si nul ne peut prédire quand, il y a consensus chez les experts : une pandémie d'influenza surviendra et il faut se préparer en conséquence.

Justement en ce domaine, des travaux sont menés afin d'être le plus prêt possible au moment où la pandémie d'influenza surviendra. Chaque établissement de soins de la région planche sur son plan de lutte, qu'il doit déposer le 31 octobre 2006. Le personnel de l'Agence, qui a remis son plan régional au MSSS, tel que requis le 31 mai dernier, tente d'alléger cette tâche en apportant tout le support possible.

Depuis l'automne 2003, un virus influenza de type A H5N1, d'origine aviaire, est responsable d'une épizootie sur trois continents (Asie, puis Europe et Afrique) et a donné 230 cas d'infection humaine grave dans 10 pays. À l'heure actuelle, ce virus n'a pas acquis la capacité de se transmettre de manière efficace de personne à personne, seule condition manquante pour l'émergence d'une pandémie d'influenza.

Les mesures mises en place pour diminuer les effets des épidémies annuelles d'influenza saisonnière sont des occasions de s'exercer à intervenir adéquatement advenant une pandémie d'influenza.

Par ailleurs, toute personne se présentant en milieu de soins avec le tableau qui suit est un cas suspect d'influenza aviaire :

- fièvre à plus de 38 °C
ET
- symptômes respiratoires aigus, suffisamment graves pour nécessiter l'hospitalisation
ET
- radiographie pulmonaire démontrant la présence d'une pneumonie ou de maladie respiratoire sévère
ET
- une ou plusieurs expositions suivantes, dans les 10 jours précédant le début des symptômes :
 - contact étroit avec des oiseaux vivants ou morts dans une zone touchée par l'épizootie d'influenza aviaire (A H5N1),
 - exposition professionnelle à des cas humains ou animaux d'infection par le virus (H5N1) confirmée ou présumée,
 - contact étroit avec un cas humain confirmé ou suspecté d'influenza aviaire (H5N1).

Cette situation doit être immédiatement déclarée à la Direction de santé publique. La personne doit être isolée et les précautions contre la transmission par contact (avec protection oculaire) et par voie aérienne sont prescrites. Même s'il n'y a pas de preuve de transmission aérienne de l'influenza aviaire, cette recommandation est basée sur la gravité de la maladie, sur l'existence d'un petit nombre de cas et sur la possibilité de mutation du virus qui permettrait la transmission de personne à personne.

GARDE EN SANTÉ PUBLIQUE : Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 : 764-3264

En dehors des heures ouvrables (demander la personne de garde en santé publique) CHRN : 764-5131

Un télécopieur, à l'usage exclusif des membres du module maladies transmissibles, permet la déclaration des maladies à déclaration obligatoire pendant les heures ouvrables en toute sécurité :

(819) 764-4537

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec 

VNO – DÉFINITIONS DE CAS

➤ CAS CLINIQUEMENT SUSPECT D'INFECTION PAR LE VNO SANS ATTEINTE NEUROLOGIQUE

Histoire d'exposition dans une région où l'activité du VNO a été décelée¹;

OU

Histoire d'une exposition à un autre mode de transmission que par piqûre de moustiques²;

ET AU MOINS DEUX des symptômes suivants :

- fièvre ≥ 38 °C;
- myalgies;
- arthralgies³;
- céphalées;
- fatigue importante;
- lymphadénopathies;
- éruption cutanée maculopapulaire.

➤ CAS CLINIQUEMENT SUSPECT D'UNE FORME GRAVE D'INFECTION PAR LE VNO AVEC ATTEINTE NEUROLOGIQUE

Histoire d'exposition dans une région où l'activité du VNO a été décelée¹;

OU

Histoire d'une exposition à un autre mode de transmission que par piqûre de moustiques²;

ET

Fièvre ≥ 38 °C;

ET AU MOINS UN des syndromes neurologiques suivants :

- encéphalite ou méningo-encéphalite;
- méningite virale;
- paralysie flasque aiguë⁴;
- mouvements anormaux (ex. : tremblements, myoclonie);
- parkinsonisme ou syndromes de type parkinsonien;
- autres syndromes neurologiques définis dans la note suivante.

Note : Le syndrome neurologique se présente souvent sous la forme d'une faiblesse musculaire accentuée généralement unilatérale, mais qui peut être bilatérale avec ou sans déficit sensoriel. La faiblesse musculaire peut être l'unique symptôme (en l'absence d'autres signes neurologiques), mais elle peut aussi apparaître avec une fièvre, des réflexes anormaux, une méningite ou une encéphalite. La faiblesse apparaît généralement dès les premiers stades de l'infection. Elle est intense (semblable à celle de la poliomyélite) et prolongée.

Parmi les autres symptômes identifiés en 2002 figurent : la myélopathie, la rhabdomyolyse, la neuropathie périphérique, la polyradiculopathie, la névrite optique, l'encéphalite aiguë disséminée et la chorioretinite. Des cas de pancréatite et d'hépatite fulminante ont été observés au cours d'épidémies d'infections par le VNO en Afrique du Sud.

-
1. Infection acquise au Québec, au Canada ou à l'étranger.
 2. Les autres modes de transmission identifiés à ce jour sont : par transfusion sanguine, par transplantation d'organes et par voie percutanée. La transmission par le lait maternel ou par voie transplacentaire est aussi possible.
 3. Dans ce cas, la faiblesse musculaire est souvent bénigne et passagère et n'est pas associée à une neuropathie motrice.
 4. Une personne infectée par le VNO et qui présente une paralysie flasque aiguë peut se présenter avec ou sans fièvre concomitante et avec ou sans altération de l'état mental. Un état mental altéré peut se situer entre la confusion et le coma avec ou sans signes de dysfonction cérébrale.

VNO – DÉFINITIONS DE CAS

Prélèvements suggérés pour l'investigation d'une infection par le VNO

1. SPÉCIMENS

Le prélèvement de **deux sérums** (un sérum précoce et un sérum tardif) doit être effectué à un intervalle de 14 à 21 jours. Le sérum précoce (phase aiguë) doit être prélevé le plus rapidement possible dès le début des symptômes. Le sang doit être prélevé dans un tube à bouchon rouge avec ou sans gel, sans anticoagulant ni préservatif, puis centrifugé et décanté pour conserver le sérum. Le sérum précoce peut être envoyé au LSPQ sans attendre le prélèvement du sérum tardif.

Si un prélèvement de **LCR** a été fait dans le cadre de l'investigation clinique d'un patient immunosupprimé, il peut être envoyé au LSPQ en même temps que le premier sérum. La présence d'acide nucléique du VNO sera recherchée seulement si l'information clinique pertinente à cet effet est inscrite sur la requête de laboratoire.

Les échantillons sont acheminés au LSPQ en remplissant une requête d'analyse pour chaque échantillon. En plus des renseignements habituels (nom, prénom, numéro d'assurance-maladie, sexe, nom du médecin), il faut spécifier la recherche du **virus du Nil occidental** sur la requête et veiller à ce que la date de prélèvement et une brève description clinique (ex. : encéphalite d'étiologie indéterminée) y figurent.

2. TRANSPORT

Le sérum et le LCR peuvent être conservés à 4 °C, s'ils sont acheminés dans les 48 heures après le prélèvement. Passé ce délai, ils doivent être conservés et transportés à une température inférieure à - 20 °C.

3. PRÉCAUTIONS

Il est recommandé de manipuler les échantillons comme tout spécimen pouvant contenir des micro-organismes transmissibles par le sang.

Note : Les tests de dépistage du VNO chez les femmes enceintes ne sont pas systématiquement recommandés. Par contre, il est justifié de faire un test pour le VNO pendant la grossesse chez les femmes qui répondent à une des définitions de cas. Une épreuve positive nécessite un suivi par un gynécologue-obstétricien. L'Association des gynécologues et des obstétriciens du Québec a été consultée et est d'accord avec cette position.