



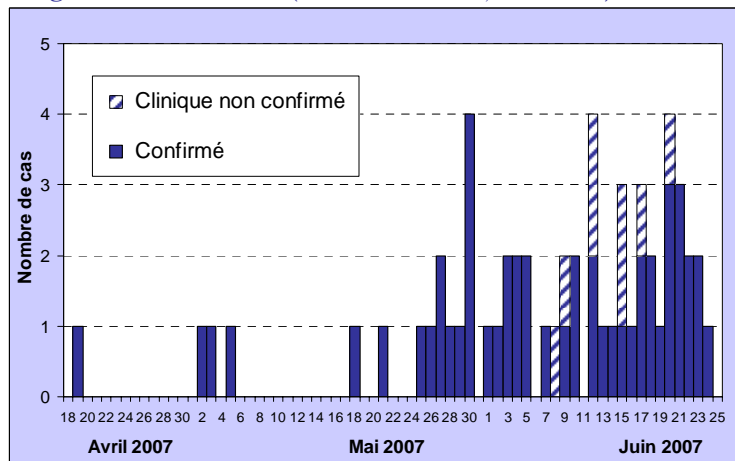
Vigie – Interventions

Écllosion de Rougeole et d'Oreillons

Rougeole. Le 19 avril dernier, la région de la Montérégie déclare un cas de rougeole. Il s'agit du premier cas observé au Québec pour l'année 2007. Début mai, trois nouveaux cas sont rapportés dont deux en Montérégie avec lien épidémiologique démontré avec le premier cas (cas index). C'est le début de l'écllosion. En date du 28 juin 2007, 58 cas ont été déclarés dont 50 cas confirmés (par labo ou par lien épidémiologique) et 8 cas cliniques (en attente de confirmation).

C'est à partir du 26 mai que l'on a commencé à observer une réelle accumulation du nombre de cas. Comme le démontre la courbe épidémique, c'est entre le 9 et le 23 juin que la majorité des cas (31/58 ou 53 %) sont survenus.

Courbe épidémique (date du rash) de l'écllosion de rougeole au Québec (18 avril au 25 juin 2007)

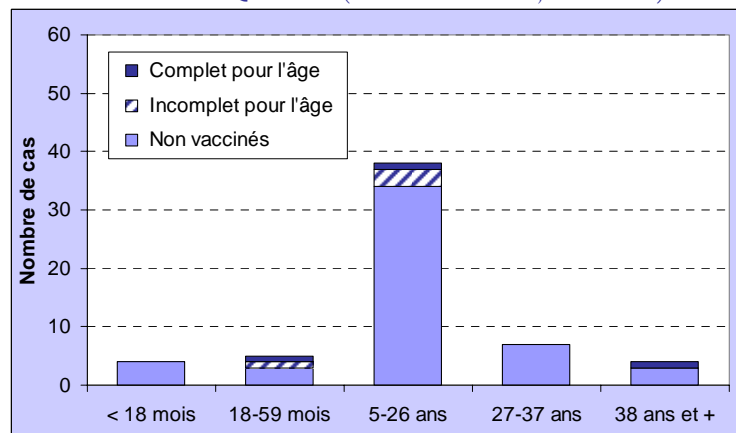


Les premiers cas observés se concentraient dans la grande région métropolitaine de Montréal et, en particulier en Montérégie. L'écllosion s'est par la suite étendue et, à ce jour, sept régions sont touchées soit la Montérégie (n= 23 cas), l'Estrie (n= 9), les Laurentides (n= 8), la Mauricie-Centre-du-Qc (n= 8), Montréal (n= 5), Lanaudière (n= 4) et Chaudière-Appalaches (n= 1)

Parmi les cas, on dénombre un peu plus d'hommes (n= 30) que de femmes (n= 28). Les cas sont âgés entre 8 mois et 46 ans, l'âge moyen se situant à 15,3 ans. De façon plus précise, trois cas sur quatre (43/58 ou 74 %) sont âgés de 18 mois à 23 ans et la majorité d'entre eux (37/43 ou 86 %) n'étaient pas vaccinés bien qu'ils appartiennent aux générations qui ont eu l'opportunité de recevoir deux doses de RRO ; sept cas sont âgés de 28 à 37 ans, tous considérés non vaccinés, quatre cas ont moins de 18 mois (dont deux bébés âgés de 8 et 9 mois) et quatre cas ont 38 ans ou plus (générations nées avant 1970).

Figure 1

Répartition des cas de rougeole selon l'âge et le statut vaccinal. Québec (18 avril au 25 juin 2007)



Parmi les 58 cas déclarés, la grande majorité (n= 51 ou 88%) sont considérés non immuns, soit 44 cas non immunisés (aucune dose de vaccin), 4 cas vaccinés sans preuve et 3 cas pour lesquels l'information est inconnue. Chez les 7 cas vaccinés, trois cas d'échec vaccinaux ont été rapportés : deux enfants de 4 et 9 ans qui ont reçu deux doses RRO et un adulte de 39 ans qui a reçu un vaccin anti-rougeoleux en 1969.

À ce jour, la source de l'infection demeure toujours inconnue. Selon l'enquête épidémiologique, le cas index aurait contracté l'infection au Québec. Aucun des cas rapportés n'a mentionné avoir effectué un voyage dans une zone réputée où circule la rougeole ou avoir été en contact avec une ou des personnes provenant de telles zones. La caractérisation de la souche du cas index a établi qu'il s'agissait de la souche D4, soit la même souche que celle identifiée chez les deux cas déclarés par la région de Montréal en mai 2006 (cf. *Flash Vigie*, vol 1, no 5, juin 2006) mais une souche différente de celle à l'origine des cas récemment rapportés en Alberta.

En collaboration avec les 18 directions de santé publique, le BSV a implanté un système permettant de suivre au quotidien l'évolution de cette écllosion. Dès le début juillet, un système semblable sera mis en place, cette fois-ci pour suivre l'écllosion d'oreillons qui semble maintenant vouloir se dessiner. F. M.; F.-W. T.

Étude de la maladie de Lyme au Québec

La maladie de Lyme est causée par le spirochète *Borrelia burgdorferi*. C'est aujourd'hui la maladie transmise par les arthropodes la plus commune aux États-Unis et en Europe. Dans le nord-est de l'Amérique, *Ixodes scapularis*, communément appelée tique du chevreuil, est le vecteur principal.

Au Canada, depuis 1991, il y a une augmentation progressive du nombre de sites reconnus comme endémiques pour *Ixodes scapularis* comme le démontre l'identification, sur deux années consécutives dans un lieu donné, des trois stades de la tique (larve, nymphe et adulte). Il y a maintenant une douzaine de sites en Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba. En 2006, Lindsay et collaborateurs du Laboratoire national de microbiologie (LNM) ont mis en évidence un site endémique à l'embouchure du Lac Ontario, à 150 km de la frontière québécoise.

Au Québec, la présence des trois stades du vecteur n'a pas encore été démontrée. Entre 1990 et 2005, le système de surveillance passive du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) a recueilli près de 2 000 spécimens adultes de *Ixodes scapularis* provenant surtout d'animaux. Une étude pilote réalisée dans 14 sites en 2005 a permis de récolter quelques nymphes. En moyenne, 12 % de toutes ces tiques étaient infectées par *Borrelia burgdorferi*. À ce jour, aucun cas humain d'infection acquis au Québec n'a été confirmé.

Entre juin et septembre 2007, une étude dont l'objectif principal est de déterminer l'étendue des populations de *Ixodes scapularis* dans le sud-ouest du Québec sera menée par l'Institut national de santé publique du Québec (Équipe Zoonoses et LSPQ). Cette étude qui se déroulera principalement en Montérégie et en Estrie, est financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Un permis de capture des petits mammifères a été obtenu du ministère des Ressources naturelles et de la Faune du Québec.

La méthodologie reproduit celle de Lindsay et collaborateurs, à savoir la capture de petits mammifères par piégeage (recherche de tiques sur les animaux et prise d'un échantillon sanguin) et la collecte de tiques dans l'environnement à l'aide d'un carré de flanelle. Une soixantaine de sites seront visités. Des analyses sérologiques et moléculaires visant à documenter la présence de *Borrelia burgdorferi* ainsi que d'*Anaplasma phagocytophilum* et d'hantavirus seront effectuées. Les résultats devraient être disponibles en janvier 2008. **F. M.**

La rubrique nosologique

Oreillons, éclosions et tests de détection. Les éclosions d'oreillons qui ont touché récemment les États-Unis et la région des Maritimes au Canada nous ont appris que la recherche d'IgM était souvent infructueuse chez des individus vaccinés atteints d'oreillons. Notre définition de cas actuelle ne comporte pas de catégorie probable. Pour confirmer un cas, on doit pouvoir isoler le virus, détecter des IgM ou obtenir une augmentation significative d'IgG entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence. En l'absence de résultats de laboratoire, la personne doit présenter des manifestations cliniques compatibles et un lien épidémiologique avec

un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés précédemment.

Q. : Est-ce que l'utilisation de Tests d'Amplification d'Acides Nucléiques (TAAN) qui sont en développement justifie un changement à la définition de cas actuelle ?

R. : Présentement, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg, par l'entremise du LSPQ, offre la possibilité de faire la détection d'acides nucléiques du virus des oreillons par une technique de RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction). Comme ce genre de test est appelé à se développer et sera de plus en plus utilisé, le groupe de travail sur les définitions nosologiques propose un ajout à la définition de cas actuel :

Critères de confirmation de cas

1) Cas confirmé par laboratoire.

Présence d'une des quatre conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente (moins de 4 semaines) contre les oreillons :

Méthodes privilégiées

- Isolement du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- Détection d'acides nucléiques (isolement ou détection antigénique rapide) du virus des oreillons d'un échantillon clinique approprié; **ou**

Méthodes alternatives

- Détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons; **ou**
- Détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence (test IgG); **OU**

2) Cas confirmé par lien épidémiologique.

Manifestations cliniques compatibles (telles fièvre et tuméfaction douloureuse d'une ou plusieurs glandes salivaires) **et** lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés..

Après approbation des coordonnateurs en maladies infectieuses des DSP, cette modification apparaîtra sur le site web du Ministère de la Santé et des services sociaux. Une fiche technique Oreillons a été élaborée par la direction de la protection de santé publique en collaboration avec le LSPQ. Cette fiche sera envoyée à toutes les directions de santé publique.

Source : Groupe de travail sur les définitions nosologiques (GTDN).

Le *Flash Vigie* est un court bulletin diffusé entre le 15 et le 20 de chaque mois. Il a pour but de rapporter les situations de menace (réelle ou appréhendée) à la santé de la population dans le domaine des maladies infectieuses. Il vise en outre à faire le suivi de certaines activités de vigie et d'améliorer les systèmes de surveillance en diffusant des informations relatives à la qualité des données. Il est produit par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les personnes suivantes ont collaboré à ce numéro : France Markowski, F.M. ; François Milord, F.M. ; François-William Tremblay, F.-W. T. ; et pour le GTDN : Marie-Andrée Leblanc, Éric Levac, Paul Rivest.

La vigie et la surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et sollicite la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'INSPQ. Nous tenons ici à remercier tous ces acteurs pour leur précieuse collaboration. Si vous voulez en savoir plus ou si vous désirez nous faire part de vos commentaires, vous pouvez le faire en vous adressant à : France.markowski@msss.gouv.qc.ca. Pour recevoir ce bulletin directement, adressez-vous à : France.fontaine@msss.gouv.qc.ca ou téléchargez gratuitement une copie du *Flash Vigie* à partir du site Internet du ministère <http://msss.gouv.qc.ca/>, sous la section Sujets, choisir Info Santé – Documentation – Publications.
