



Vigie – Interventions

Rougeole et Oreillons : fermeture des éclosions.

Le 27 novembre 2007, le Bureau de surveillance et de vigie (BSV) a établi qu'il n'était plus nécessaire de poursuivre l'état d'alerte et de vigilance intensifiée et a avisé les Directions de santé publique du Québec de la fermeture de ces éclosions et le retour à la surveillance normale de ces deux maladies à déclaration obligatoire. Cette décision a été prise compte tenu de la faible incidence de cas confirmés d'une part et, d'autre part, de la durée écoulée depuis le dernier cas (soit plus de 6 semaines ou l'équivalent de deux périodes d'incubation complètes).

Éclosion d'oreillons. L'éclosion aura duré six mois, soit du 15 mai au 27 novembre 2007, au cours desquels neuf régions ont rapporté un total de 49 cas. De ce nombre, 21 cas ont été confirmés, soit par laboratoire (n= 17), soit par lien épidémiologique (n= 4). Tous les cas confirmés se sont concentrés dans la région de Montréal ou en périphérie (Monterégie, Laurentides, Estrie et Laval).

Tableau 1
Répartition des cas d'oreillons signalés par région.
Québec, période du 15 mai au 29 novembre 2007

Régions	CONFIRMÉS			NON CONFIRMÉS		TOTAL SIGNALÉS
	Labo.	Clin. + LÉ	Total	Clin.	Suspects/ Rejetés	
Montréal	10	1	11	0	7	18
Monterégie	4	1	5	0	5	10
Laurentides	1	1	2	0	0	2
Estrie	1	1	2	0	1	3
Laval	1	0	1	0	0	1
Bas-Saint-Laurent	0	0	0	0	10	10
Mauricie/Centre-Qc	0	0	0	0	3	3
Gasp./Îles-de-Mad.	0	0	0	1	0	1
Lanaudière	0	0	0	0	1	1
Total Québec	17	4	21	1	27	49

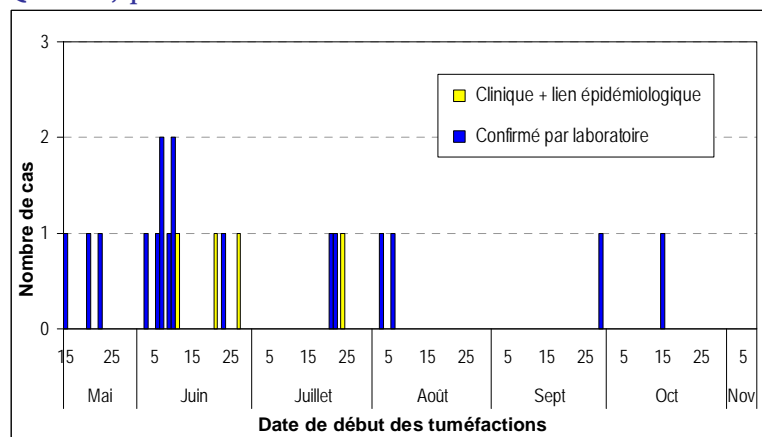
Source : BSV, MSSS à partir des informations tirées des enquêtes faites par les DSP. Mise à jour : 30 novembre 2007.

C'est au début du mois de juin que l'on a enregistré la plus forte incidence. De fait, 38% (n= 8) de tous les cas sont survenus entre le 3 et le 11 juin 2007. Une autre petite concentration de cas est également survenue à la fin du mois de juillet et au début du mois d'août. Après cela, seulement deux nouveaux cas confirmés ont été déclarés, soit le 29 septembre (Montréal) et le 15 octobre 2007 (Laval).

L'âge des cas confirmés (n= 21) varie entre 14 et 54 ans, l'âge moyen étant de 28,3 ans. Près de deux cas sur trois (n= 13 ou 62%) avaient moins de 26 ans au moment de la maladie. Parmi ces treize cas, neuf (69%) n'étaient pas considérés immunisés alors que quatre étaient

adéquatement vaccinés dont trois avaient reçu une dose de vaccin contre les oreillons (RRO) et un avait reçu deux doses.

Figure 1
Courbe épidémique de l'éclosion d'oreillons
Québec, période du 15 mai au 29 novembre 2007



Source : BSV, MSSS à partir des informations tirées des enquêtes faites par les DSP. Mise à jour : 30 novembre 2007.

Quatre des vingt-et-un cas confirmés ont été hospitalisés dont une adolescente de 15 ans, deux jeunes de 21 ans et une adulte de 54 ans. Tous auraient bien récupéré, aucune séquelle ou complication n'ayant été rapportée. Des résultats d'analyses de génotype sont connus pour quatre malades et, dans tous les cas, il s'agissait du génotype G, soit le même génotype qui circule actuellement dans les Maritimes. La source de l'infection n'a pas été identifiée.

Même si l'éclosion est désormais fermée, il faut demeurer vigilant. De nouveaux cas pourraient en effet survenir de même qu'une nouvelle poussée épidémique. La situation est d'autant incertaine alors que des éclosions sont présentement actives en Nouvelle-Écosse (plus de 700 cas depuis février 2007) et également en Alberta et dans l'état du Maine aux États-Unis où depuis septembre 2007, 112 cas et 31 cas (dont 7 confirmés) ont été respectivement rapportés (en date du 2 décembre 2007). Au Canada, ces éclosions ont chacune donné lieu à des campagnes de vaccination visant à offrir une 2^e dose de RRO. Dans le Maine, une campagne similaire (mise à jour du carnet de vaccination avec 2 doses de RRO) a aussi été adressée à l'endroit de la population âgée de 50 ans et moins. **F.M. et M.L.**

Cas de syphilis chez une femme enceinte. En juin dernier, un cas confirmé de syphilis primaire chez une femme enceinte a été déclaré au fichier MADO. Il s'agit d'une jeune femme d'origine canadienne française âgée de 20-24 ans et vivant à l'extérieur de la grande région métropolitaine de Montréal. La parturiente a été exposée entre le 4^e et le 5^e mois de sa grossesse par son conjoint.

C'est à la suite du diagnostic de syphilis secondaire de ce dernier qu'un dépistage a été effectué chez la femme qui présentait alors un chancre compatible avec une syphilis. La parturiente, alors à son 6^e mois de grossesse, a été traitée initialement avec une dose d'azithromycine suivie, après désensibilisation et consultation auprès d'experts, de deux doses de 2,4 millions d'unités de pénicilline G benzathine à une semaine d'intervalle. L'enfant a été traité à la naissance et a fait l'objet d'un suivi pédiatrique. D'autres prélèvements sont à venir pour statuer de façon finale mais tout laisse croire pour le moment que l'enfant, qui se porte bien, n'a pas été infecté *in utero*.

Entre 2002 et 2007, quatre cas de syphilis ont été rapportés chez des enfants de moins d'un an dont un cas de syphilis congénitale en 2003 et trois cas de syphilis sans précision (deux en 2004 et un en 2007). Récemment, neuf cas de syphilis congénitale ont été rapportés en Alberta.¹ Parmi ces cas, un bébé est mort à la naissance, quatre sont nés prématurément et quatre sont nés à terme avec un ou plusieurs symptômes de syphilis congénitale. Parmi les mères de ces bébés, deux d'entre elles étaient symptomatiques avec la présence d'ulcères génitaux caractéristiques d'une syphilis primaire un mois avant la naissance mais le diagnostic de syphilis n'a pas été posé. Une de celles-ci a été traitée pour herpès génital.

Bien qu'elle soit rare au Canada, la syphilis congénitale est une infection grave et potentiellement débilitante. Un nouveau-né ayant une syphilis congénitale peut ne pas présenter de symptômes. Par contre, il risque d'en avoir dans les semaines suivant sa naissance si l'infection n'est pas traitée immédiatement. Chez les enfants infectés pendant au moins deux ans, on peut observer des symptômes comme la perte de cheveux, une perte auditive, une arriération mentale, des convulsions ou autres symptômes affectant les yeux, les os, les articulations, les dents et la peau.²

L'investigation de tous les cas d'exposition à la syphilis chez les enfants de moins d'un an est donc essentielle. Rappelons que le dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes fait partie des mesures préventives en vigueur (bilan prénatal de base). Au besoin, le dépistage peut être répété si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque.^{3,4} **L.R.; G. L.; C.P.G. et C.L.**

1. Singh AE, Sutherland K, Lee B, Robinson JL, Wong T.. Resurgence of early congenital syphilis in Alberta, Canada. 2007. CMAJ, 177(1):4-7.
2. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006, produit par l'Agence de santé publique du Canada, 2006 ©
3. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Complément québécois, édition 2006, produit par l'Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2007.
4. Avis scientifique : Le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte produit par l'Institut national de santé publique du Québec, 2006.

La rubrique nosologique

Hépatite C et tests de confirmation. Les DSP recevront de plus en plus souvent des résultats positifs aux tests de détection de l'anti-VHC (basés sur des techniques immunoenzymatiques) sans que ces derniers aient été confirmés par des tests complémentaires (RIBA [Recombinant Immunoblot Assay] ou, en français, technique des immunobuvardages recombinants).

Q. : Peut-on confirmer un cas d'hépatite C non précisé pour lequel nous n'avons pas de résultats de tests complémentaires ?

R. : Le résultat d'un test EIA pour le dépistage de l'hépatite C est rapporté comme réactif ou non réactif. Comme pour tout test de dépistage utilisé dans une population où la prévalence de l'infection est faible, un résultat positif est souvent un faux positif à cause d'une réactivité croisée avec d'autres antigènes. Il y a trois façons présentement de confirmer un cas d'hépatite C :

1. Un test complémentaire, comme le RIBA ou l'INNO-LIA, peut servir à confirmer le résultat positif obtenu avec le test de première ligne. C'est ce que reflète le premier critère de la définition actuelle d'un cas d'hépatite C non précisée.
2. Une deuxième façon est de faire d'emblée deux EIA de deux trousseaux de laboratoire différentes. Si les deux résultats sont positifs, un test de confirmation ne sera pas considéré nécessaire. Cette façon de procéder ne se retrouve pas dans notre définition actuelle.
3. En ce qui concerne la troisième façon, certains laboratoires d'hôpitaux ont commencé à indiquer, pour le test de première ligne, le rapport entre la densité optique du résultat positif du patient et la densité optique du contrôle positif du test (signal to cutoff). Plus ce rapport est élevé, plus la valeur prédictive d'un résultat positif est élevée. Si le rapport signal/seuil de positivité est suffisamment élevé, un test de confirmation devient superflu. La valeur du rapport au-delà de laquelle un test de confirmation n'est plus nécessaire varie habituellement d'un test à l'autre. Cette valeur peut être suggérée par le manufacturier du test ou par le laboratoire hospitalier où est effectué le test.

En l'absence de test complémentaire, la définition actuelle ne permet pas de confirmer un cas d'hépatite C. Par conséquent, afin de prendre en considération ces deux nouvelles façon de faire des laboratoires, des modifications devront être apportées à la définition.

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 : Claude P. Gauthier, C.P.G. ; Claude Laberge, C.L. ; Gilles Lambert, G.L. ; Monique Landry, M.L. ; France Markowski, F.M. ; Louise Ringuette, L.R. ; et pour le GTDN : Marie-Andrée Leblanc, Éric Levac, Paul Rivest et Anne Vibien.

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.Bernard.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.
