



Vigie – Interventions

Signalement zona post-vaccin contre la varicelle. Quatre signalements de zona chez des enfants avec une histoire de vaccination contre la varicelle ont été rapportés par des pédiatres à des membres de l'équipe de l'unité de maladies infectieuses¹. Après enquête, trois des quatre cas ont été signalés, dans une région à l'automne 2007, parce qu'ils présentaient des symptômes plus sévères qu'habituellement rencontrés chez les enfants et pour lesquels ils avaient été hospitalisés. L'hospitalisation est relativement inhabituelle lors d'un zona chez les enfants, qui sont le plus souvent vus en consultation externe et qui ne requièrent généralement pas de traitement spécifique.

Un premier signalement a fait l'objet d'une déclaration ESPRI² en 2006 et mentionne une suspicion de zona temporellement relié à une vaccination contre la varicelle à la suite d'une éruption sur la joue, la paupière et le nez et une otalgie survenues 6 jours après l'administration du Varivax chez un enfant de 2 ans. Le médecin consulté à l'urgence a évoqué la possibilité d'un zona mais le diagnostic est demeuré non confirmé en l'absence de vésicules au site de l'éruption.

Parmi les trois autres cas signalés, on retrouve un enfant de 2 1/2 ans, vacciné à 13 mois, qui a présenté un zona ophtalmique sans aucune histoire de varicelle antérieure; le test immunofluorescence indirecte (IFA) au niveau des lésions confirme qu'il s'agit d'un virus varicella-zoster. Toutefois, la culture virale n'a pas été demandée pour différencier la souche virale de la souche vaccinale. Les deux autres cas signalés n'ont pas été déclarés au fichier ESPRI parce que, dans un cas, le génotypage du virus, réalisé par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) via le LSPQ, a confirmé qu'il s'agissait du virus sauvage et non d'une souche vaccinale. Dans l'autre cas, et après enquête, on a constaté que celui-ci n'avait finalement pas reçu de vaccination contre la varicelle, contrairement à l'information initiale du clinicien.

Risque de zona. Le risque de développer un zona est plus faible chez les enfants vaccinés (estimé à 2,6 par 100 000 doses de vaccin) que chez les enfants non vaccinés (68 par 100 000 jeunes âgés de moins de 20 ans)³. Après 10 ans d'utilisation de ce vaccin aux États-Unis, et environ 50 millions de doses de vaccins distribuées, les données du VAERS⁴ (Vaccine Adverse Event Reporting System) rapportent un taux de signalement de zona chez des personnes avec antécédents de vaccination de 2,1 par 100 000 doses distribuées. Au total, 47 cas de zona, survenus chez des enfants âgés de 12 mois à 12 ans, ont été hospitalisés. Ces cas semblent avoir récupéré et ne pas avoir présenté de séquelles. Parmi ceux-ci, 10 cas ont pu être confirmés comme ayant été causés par une souche vaccinale.

Depuis l'introduction du programme de vaccination en 2006, environ 600 000 doses⁵ de vaccin contre la varicelle ont été distribuées au Québec et actuellement un seul cas suspecté (1er cas mentionné ci-haut) est enregistré dans le système passif de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite de la vaccination au Québec (ESPRI), soit un taux de déclaration au fichier ESPRI de 0,2 cas de zona par 100 000 doses distribuées. Il s'agit cependant de données de surveillance passive qui peuvent sous-estimer la réalité.

Recommandations. Lorsqu'un zona se déclare chez une personne déjà immunisée (en particulier une personne immunodéprimée), le guide canadien d'immunisation⁶ recommande entre autre d'envisager l'identification des virus en laboratoire à partir d'échantillons cliniques (p. ex. raclage des vésicules) afin de distinguer la souche de type sauvage de la souche vaccinale. Un test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) peut être effectué à cette fin par le LNM à Winnipeg⁷ et pourrait être demandé à ces derniers après entente avec le LSPQ, s'il n'est pas possible d'obtenir une culture virale auprès d'un laboratoire hospitalier.

L'épidémiologie actuelle de la maladie nous montre que les cas de zona chez les personnes vaccinées sont beaucoup plus susceptibles d'être causés par le virus sauvage. Étant donné que le fichier ESPRI est avant tout un fichier de surveillance passive des manifestations cliniques *temporellement* liées à la vaccination, nous recommandons de ne pas déclarer d'emblée les cas de zona survenant chez des personnes avec une histoire de vaccination à moins que, compte tenu de différents éléments cliniques, comme la sévérité de l'état clinique du cas, il a été jugé nécessaire de faire un prélèvement et que les résultats de ces derniers démontrent qu'il s'agit bien de la souche vaccinale. Dans ce cas, l'événement pourra être déclaré au fichier ESPRI.

En résumé, nous recommandons aux directions de santé publique de diffuser l'information aux médecins et vaccinateurs de leur région :

- quant aux procédures à suivre pour permettre de différencier la souche sauvage de la souche vaccinale chez les cas de zona graves ou à caractéristiques inhabituelles survenant chez des personnes vaccinées contre la varicelle ;
- de rappeler que la déclaration de ces cas au fichier ESPRI doit se faire lorsque la preuve démontre qu'il s'agit bien de la souche vaccinale. **Groupe central ESPRI avec la collaboration de Michel Couillard (LSPQ).**

1. Direction de la protection de la santé publique, MSSS.
2. Registre des déclarations de manifestations cliniques inhabituelles survenant à la suite de la vaccination au Québec.
3. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>.
4. <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/ACIP/downloads/mtg-slides-oct07/28ISO.pdf>
5. Appro-Montréal, 17 au 31 décembre 2007.
6. Guide canadien d'immunisation 2006 partie 4.
7. <http://www.nlm-lnm.gc.ca/guide/guideview-fra.asp?key=15>



H5N1 / Transmission interhumaine.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment publié¹ les résultats d'une enquête sur cinq cas d'infection au virus H5N1 dont trois cas confirmés, un cas probable et un cas asymptomatique séropositif pour ce virus. Tous ces cas étaient issus d'une même famille (cinq frères) vivant au Pakistan. Cette éclosion est survenue à la fin du mois d'octobre et en novembre 2007. Un résumé de cette publication est présenté ci-après.

Le 1^{er} cas est un homme âgé de 25 ans qui a manipulé des volailles au cours d'une opération d'abattage de volailles infectées par le virus H5N1 hautement pathogène, sans mettre d'équipement de protection. Six à sept jours plus tard, le cas présentait de la fièvre, de la toux et une dyspnée. Il a été vu en consultation externe où des antibiotiques et des antipaludiques lui ont été prescrits. Il a été hospitalisé et transféré aux soins-intensifs (SI). Une radiographie thoracique a mis en évidence une infiltration bilatérale des poumons. Les analyses étaient positives pour le virus A (H5N1). Le cas s'est rétabli.

Le 2^e cas était âgé de 22 ans et a été en contact étroit et prolongé avec le 1^{er} cas. Cinq à dix jours suivants ces contacts, le cas présentait de la fièvre, des céphalées, de la toux et une dyspnée. Il a été hospitalisé, transféré aux SI et a nécessité une ventilation mécanique. La radiographie thoracique a démontré une infiltration unilatérale. Aucun test de laboratoire n'a été effectué. Le cas est décédé.

Le 3^e cas, âgé de 27 ans, a été en contact étroit et prolongé avec le 1^{er} et le 2^e cas. Le lien le plus probable est une transmission interhumaine du 2^e au 3^e cas. Deux à dix jours suivants les contacts avec le 2^e cas, le cas présentait de la fièvre et une dyspnée. Il a été hospitalisé en salle d'isolement puis transféré aux SI sous ventilation mécanique. La radiographie thoracique a démontré une infiltration unilatérale. Un traitement à l'oseltamivir a été initié quatre jours suivant le début des symptômes. Les analyses étaient positives pour le virus A (H5N1). Le cas est décédé.

Le 4^e cas, âgé de 32 ans, a été en contact étroit et prolongé avec le 1^{er} et le 2^e cas. Compte-tenu de la durée d'incubation, le plus probable est que le 4^e cas ait été infecté par le 2^e cas. Deux à dix jours suivants les contacts avec le 2^e cas, le cas présentait de la fièvre et une dyspnée. Un traitement à l'oseltamivir a été initié le lendemain du début des symptômes. Il a été hospitalisé en salle d'isolement. La recherche du virus H5 s'est avérée négative, par contre, les tests sérologiques ont révélé une séroconversion aux anticorps anti-H5. Le cas s'est rétabli.

Le 5^e cas, âgé de 33 ans, était asymptomatique, mais des prélèvements ont été effectués en raison des contacts étroits et prolongés avec ses frères. La recherche du virus H5 s'est avérée positive.

Seul le 1^{er} cas avait des antécédents d'exposition à des volailles malades ou mortes en raison de sa profession. De plus, tous les prélèvements réalisés dans les domiciles et chez les volailles de la famille se sont avérés négatifs. Enfin, aucune éclosion au virus H5N1 n'a été signalée dans les localités avoisinantes au cours des derniers mois de 2007. L'étude rapporte que la période séparant les dates d'apparition de la maladie pour les quatre frères (24 jours entre la première et la dernière date) supporte l'hypothèse d'une transmission interhumaine plutôt qu'une source commune de contamination à partir de volailles. Les investigations approfondies et la surveillance active auprès des contacts (autres membres de la famille, travailleurs de la santé) supporte l'hypothèse d'une éclosion limitée au groupe familial sans transmission dans la communauté. J. D.

1. OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire, no 40, 3 octobre 2008.

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 : Josée Dubuque, J.D. ; France Markowski, F.M. ; et le Groupe Central ESPRI : Gaston De Serres, Sandra Giroux, Jean-Luc Grenier, Monique Landry, Suzanne Ménard, Renée Roussel, Eveline Toth, Michèle Tremblay, Giséle Trudeau.

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.BernardFontaine@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.

NOTE : Les données du fichiers MADO reposent sur les déclarations faites aux Directions de santé publique et, de ce fait, peuvent sous-estimer l'incidence réelle des maladies visées par cette déclaration.
