

Le portrait de MADO

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTRÉGIE



Volume 6, no 4
Octobre 2018 — ISSN: 2291-9058

Maladies transmissibles par voie respiratoire en 2017

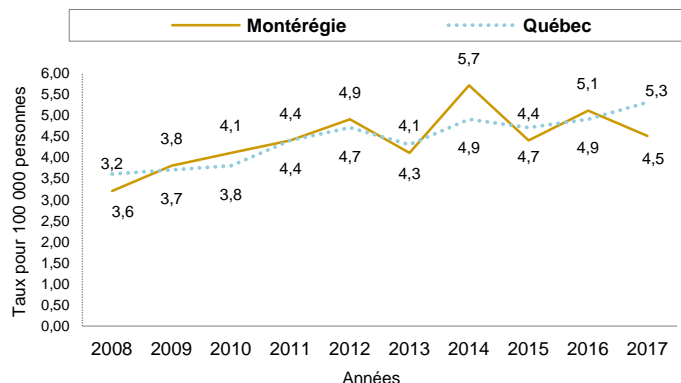
FAITS SAILLANTS

- Infections invasives à streptocoque du groupe A : une tendance à suivre
- Légionellose : le plus haut taux d'incidence depuis 10 ans
- Un cas de multirésistance pour la tuberculose

INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUE DU GROUPE A : UNE TENDANCE À SUIVRE

En 2017, la Direction de santé publique de la Montérégie a reçu 63 déclarations d'infections invasives à streptocoque du groupe A (SGA). Cela correspond à un taux d'incidence de 4,5 pour 100 000 personnes, ce qui est comparable au taux de l'an dernier. Après plusieurs années de hausse, le taux semble se stabiliser (figure 1). Cependant, le nombre de cas en Montérégie n'étant pas très élevé, cette observation pourrait aussi être attribuable aux fluctuations aléatoires du taux d'incidence. Puisque la tendance provinciale demeure à la hausse, la vigilance reste de mise au cours des prochaines années.

Figure 1 – Taux d'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie et Québec, 2008 à 2017



Bien que les infections invasives à SGA surviennent plus souvent durant l'hiver, cela n'a pas été le cas cette année : 15 cas en été, 12 à l'automne, 15 en hiver et 21 au printemps.

L'infection invasive à SGA atteint autant les hommes que

les femmes (49 % vs 51 %) ainsi que toutes les tranches d'âges. Cependant, les 30-39 ans (incidence de 9,4 pour 100 000) et les 80 ans et plus (incidence de 12,3 pour 100 000) sont particulièrement touchés.

Le tableau 1 décrit les présentations cliniques d'infections invasives à SGA déclarées en 2017. Comme observées au cours des dernières années et dans la littérature, les présentations les plus fréquentes sont les infections des tissus mous. Au total, 4 patients (6 %) sont décédés suite à leur infection invasive à SGA. Treize cas (21 %) ont présenté un choc toxique dont 3 en sont décédés. La proportion de chocs toxiques est similaire à celle des années précédentes (moyenne 2011-2016 : 19 %).

Tableau 1 – Proportion des cas déclarés d'infections invasives à streptocoque du groupe A selon la présentation clinique, Montérégie, 2017

Présentation clinique	% des cas ¹
Cellulite, érysipèle	33
Fasciite, myosite	25
Arthrite septique, ostéomyélite, bursite	11
Pneumonie ou autre manifestation pulmonaire	8
Bactériémie sans foyer d'infection	6
Méningite	5
Endométrite	3
Pharyngite ou amygdalite	3
Péritonite	2
Infection de plaie chirurgicale	2
Autre	11

¹ Le total est supérieur à 100 %, car une personne peut avoir plus d'une présentation clinique.

Dix-neuf cas, soit 30 %, ne présentent aucun facteur de risque. Le tableau 2 décrit la fréquence des facteurs de risque parmi les personnes qui en présentent au moins un. Les plaies avec ou sans traumatisme constituent, comme les années précédentes, le facteur de risque le plus prévalent (57 %), suivi du diabète (20 %). À la suite des enquêtes réalisées, aucun cas secondaire n'a été documenté parmi les contacts des cas.

Tableau 2 – Proportion de cas déclarés d'infections invasives à streptocoque du groupe A selon les facteurs de risque, Montérégie, 2017

Facteur de risque	% des cas ¹
Plaie avec ou sans traumatisme	57
Diabète	20
Infection cutanée précédente	14
Maladie de peau	14
Traumatisme sans plaie	11
Immunosuppression	9
Maladie pulmonaire chronique	9
Usage de drogues	7
Cancer	5
Abus d'alcool	2

¹ Le total est supérieur à 100 %, car une personne peut avoir plus d'un facteur de risque.

Cinquante-sept souches de SGA ont été analysées par génotypage. Parmi celles-ci, le génotype *emm1* (26 %) s'avère le plus prévalent, suivi de *emm89* (14 %), de *emm12* (9 %) et de *emm28* (9 %).

Selon les antibiogrammes disponibles, on note 11 % de résistance à la clindamycine (6/53) et à l'érythromycine (5/44). Les 5 souches résistantes à l'érythromycine le sont aussi à la clindamycine. Aucune souche ne présente de résistance à la pénicilline.

Éclosion à la Garnison St-Jean

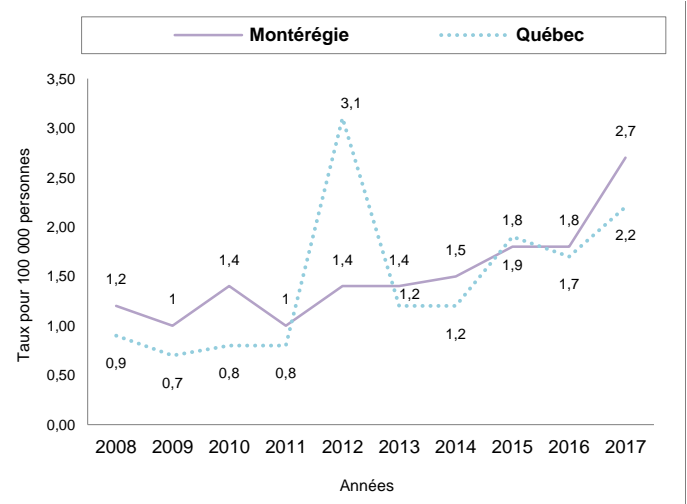
Une éclosion d'infections respiratoires à streptocoque du groupe A est survenue à l'hiver et au printemps 2017 à l'École de leadership et de recrues des Forces canadiennes située à la Garnison St-Jean. Presque toutes les personnes malades ont présenté une pharyngite. Cependant, 7 personnes ont présenté une forme plus grave nécessitant une hospitalisation, incluant 2 cas d'infections invasives (fasciite nécrosante et pneumonie). Ce milieu est propice à la transmission des infections respiratoires compte tenu du nombre d'heures que les candidats passent ensemble. Un système de surveillance

a été mis en place depuis cette éclosion pour suivre la situation. Notons que les candidats qui font leur entraînement à la Garnison St-Jean proviennent de l'ensemble des provinces canadiennes. Les deux cas invasifs de cette éclosion ne sont pas comptabilisés dans le bilan montréalais présenté plus haut, car leur adresse permanente n'est pas en Montérégie (par convention, un cas est saisi dans le registre MADO du territoire de sa résidence permanente).

LÉGIONELLOSE : LE PLUS HAUT TAUX D'INCIDENCE DEPUIS 10 ANS

Avec 38 cas déclarés en 2017 en Montérégie, le taux d'incidence culmine à 2,7 cas pour 100 000 personnes. Il s'agit du plus haut taux après une augmentation constante depuis 10 ans (figure 2). Cette hausse est significative, même en tenant compte du vieillissement de la population. Tous les cas déclarés en 2017 sont des maladies du légionnaire (aucun cas de fièvre de Pontiac). Deux décès ont été rapportés.

Figure 2 – Taux d'incidence de légionellose, Montérégie et Québec, 2008 à 2017



Parmi les cas, le ratio est de 4 hommes pour 1 femme, tel qu'observé au cours des dernières années et dans la littérature. Presque tous les cas (92 %) ont 50 ans et plus et l'âge moyen s'élève à 63 ans. Comme attendu, il y a plus de cas l'été.

Trente-sept cas ont été diagnostiqués par antigène urinaire et 2 ont été confirmés par prélèvement respiratoire. Puisque l'antigène urinaire détecte principalement l'espèce *L. pneumophila* de sérotype 1,

il demeure essentiel d'effectuer un prélèvement respiratoire lorsque faisable (ex. : patient intubé) afin d'identifier les autres sérogroupes et d'essayer de faire le lien avec une source environnementale.

Parmi les facteurs de risques connus (tableau 3), le tabagisme actif occupe le premier rang, incluant 7 personnes pour lesquelles il s'agit du seul facteur de risque.

Tableau 3 – Nombre de cas déclarés de légionellose selon le facteur de risque, Montérégie, 2017

Facteur de risque	Nombre de cas ¹
Tabagisme actif	19
Diabète	9
Consommation d'alcool excessive ²	7
Immunosuppression	7
Maladie cardiaque	6
Maladie rénale	3
Maladie pulmonaire chronique	1

¹ Le total dépasse le nombre de cas, car une personne peut avoir plus d'un facteur de risque.

² Plus de 15 consommations par semaine chez les hommes et plus de 10 consommations par semaine chez les femmes.

Deux personnes ont acquis l'infection en Asie. Certaines expositions ont été rapportées : travaux d'aqueduc à proximité, fontaine décorative, jeux d'eau, baignoire à remous, remise en marche d'une piscine et utilisation d'un appareil respiratoire. Chacune de ces expositions a été rapportée par 1 ou 2 personnes. Toutefois, les enquêtes ne permettent pas de confirmer que ces expositions ont causé l'infection.

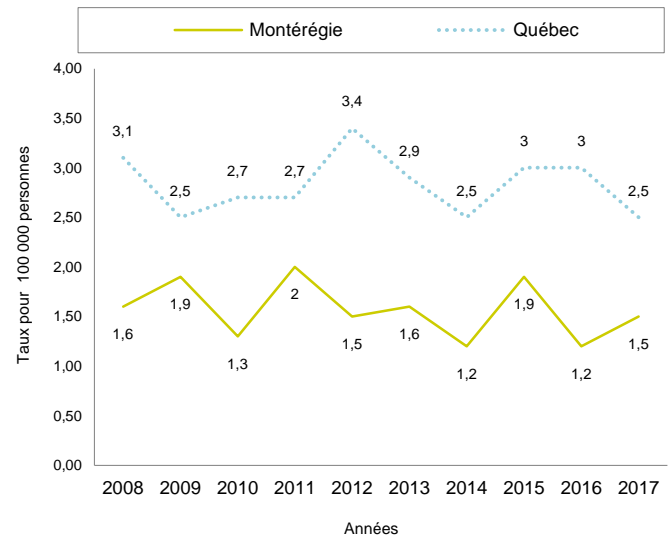
Depuis 2013, les résultats hors normes des tours de refroidissement à l'eau (TRE) doivent être signalés à la Direction de santé publique. En 2017, 12 signalements ont été reçus dans le cadre de cette surveillance. Cependant, aucun cas de légionellose n'a été relié à une de ces TRE.

TUBERCULOSE : UN CAS DE MULTIRÉSISTANCE

En Montérégie, l'incidence de la tuberculose en 2017 s'élève à 1,5 cas pour 100 000 personnes, ce qui correspond à 21 cas. Il s'agissait d'un premier épisode pour 19 personnes et d'une récurrence pour les 2 autres. Depuis les 10 dernières années, l'incidence de la

tuberculose demeure stable en Montérégie ainsi qu'au Québec (figure 3).

Figure 3 - Taux d'incidence de la tuberculose, Montérégie et Québec, 2008 à 2017



L'âge moyen des cas déclarés est de 48 ans (médiane 41 ans). Tous les groupes d'âge sont touchés; cela dit, un seul cas pédiatrique a été recensé en 2017. La majorité des patients sont nés à l'extérieur du Canada, soit 14 sur 21 : 6 sont originaires d'Asie, 4 des Amériques et 4 de l'Afrique.

La plupart des cas ont été détectés par la présence de symptômes (14). Les autres cas ont été découverts fortuitement (4) ou lors d'une surveillance médicale dans le cadre de l'immigration (2). Une personne a été diagnostiquée hors Canada. Parmi les 21 cas, 14 présentaient une forme contagieuse de la maladie (tableau 4).

Tableau 4 – Répartition des cas déclarés de tuberculose selon la forme clinique, Montérégie, 2017

Forme clinique	Nombre de cas ¹
Pulmonaire	14
Pleurétique	1
Intestinale	5
Ganglionnaire	2
Génito-urinaire	1

¹ Le total dépasse le nombre de cas, car une personne présentait une atteinte pulmonaire, intestinale et génito-urinaire.



Une radiographie pulmonaire a été effectuée dans tous les cas, sauf pour deux cas découverts post-mortem. Treize cas avaient des anomalies non-cavitaires, 3 des anomalies cavitaires et 3 radiographies étaient normales.

Tous les cas ont été confirmés par un test de laboratoire (culture ou PCR), sauf deux d'entre eux pour qui le traitement a été amorcé sur une base clinique. Toutes les souches appartenaient à l'espèce *tuberculosis*. Fait à noter, l'une des souches s'est révélée multirésistante (résistante à l'INH et à la rifampicine) en plus d'être résistante à l'éthambutol. Le précédent cas de multirésistance en Montérégie a été rapporté en 2009. Un traitement par observation directe a été fait pour 7 personnes. Trois décès ont été rapportés, dont un seul a été attribué à la tuberculose. Les 18 autres personnes ont déjà récupéré ou sont en voie d'y parvenir.

Bien qu'aucun cas n'ait nécessité une intervention majeure, une démarche particulière a été réalisée pour identifier la source de la souche multirésistante. Aucun cas de 2017 n'est relié à l'éclosion associée aux milieux fréquentés par les toxicomanes et les personnes sans domicile fixe de Montréal. Puisque l'incubation de la tuberculose peut prendre plusieurs années, une surveillance continue d'être effectuée.

Sources

Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 23 mars 2018.

Données de population : estimations et projections de population comparables (1996-2036) et estimations de populations révisées annuellement (2011-2017), Institut de la statistique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

Auteur(s) : Audrey Langelier-Parent, Véronique Bitar, Sara Boily et Heithem Joobar, externes en médecine de l'Université de Sherbrooke sous la supervision de Dr Éric Levac et Dre Marie St-Amour

Collaborateurs : Dre Manon Blackburn

Figures : Leonarda Da Silva

Mise en page : Barbara Bédard