

Maladies transmissibles par voie respiratoire en 2015

FAITS SAILLANTS

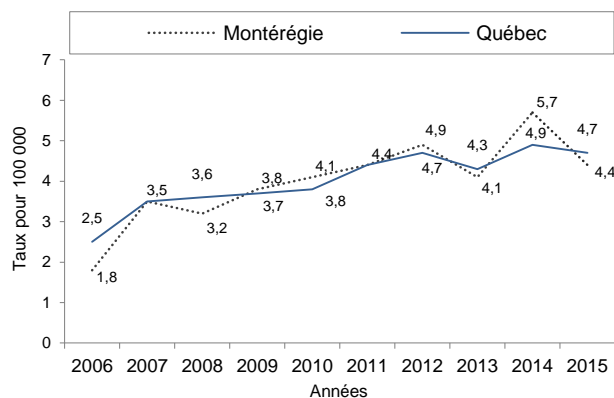
- Un nombre plus grand qu'attendu de déclarations d'infections invasives à streptocoque du groupe A est survenu durant l'été.
- Deux infections causées par *Legionella longbeachae* sont survenues chez des personnes fréquentant le même milieu de travail.
- Deux cas de tuberculose ont infecté d'autres personnes et l'intervention a donné lieu à un dépistage chez plus de 300 personnes.

En date du 1^{er} avril 2015, les réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS) de la Haute-Yamaska et de La Pommeraie ont été transférés de la Montérégie vers l'Estrie. Les données de ces deux RLS ont donc été exclues du bilan.

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A : INHABITUELLEMENT NOMBREUSE EN ÉTÉ

Avec un taux de 4,4 pour 100 000 personnes en 2015, l'incidence montérégienne des infections invasives à streptocoque du groupe A s'apparente à celle observée avant 2014. Au total, 60 cas (26 femmes et 34 hommes) ont été déclarés en 2015.

Figure 1 – Taux d'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie et Québec, 2006 à 2015



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016.

Données de population : estimations et projections comparables (1996-2036) et estimations révisées annuellement (2011-2015), ISQ, 25 février 2016.

À l'image des années précédentes, l'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A est plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans et plus

(13,3 cas pour 100 000 personnes) et moins élevée chez celles âgées de 10 à 29 ans (1,3 pour 100 000 personnes). Par contre, on observe un plus grand nombre de déclarations entre mai et juillet (9 cas par mois), ce type d'infection étant usuellement plus fréquent en hiver.

Parmi les personnes pour lesquelles l'information est connue, 8 (15 %) sont décédées et 14 (25 %) ont présenté un choc toxique. La bactériémie sans foyer infectieux et la présence d'une cellulite ou d'un érysipèle comptent parmi les présentations cliniques les plus fréquentes, les manifestations pulmonaires ayant été moins fréquentes que les années antérieures.

Tableau 1 – Proportion des cas déclarés d'infections invasives à streptocoque du groupe A selon la présentation clinique, Montérégie, 2015

Présentation clinique	% des cas
Bactériémie sans foyer d'infection	22
Cellulite, érysipèle	22
Fasciite	19
Arthrite septique, bursite	9
Pharyngite ou amygdalite	9
Pneumonie ou autre manifestation pulmonaire	5
Endométrite	2
Méningite	2
Autres	14

Le total est supérieur à 100 %, car un patient peut avoir présenté plus d'une manifestation clinique.

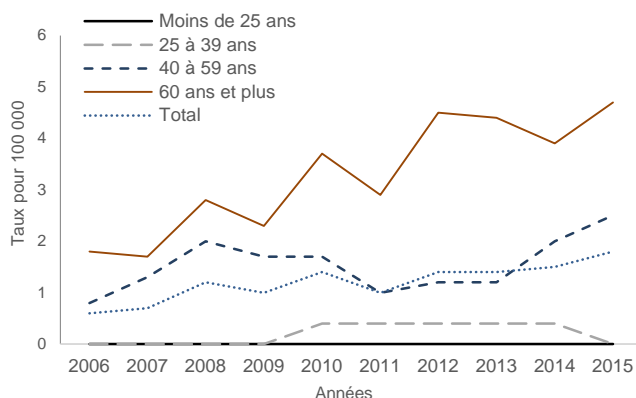
Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016.

Près du tiers (30 %) des personnes ne présentaient aucun facteur de risque de l'infection. Parmi celles qui en présentaient au moins un, la présence d'une plaie et le diabète figurent parmi les facteurs de risque les plus souvent notés.

LÉGIONELLOSE : DEUX CAS D'UNE ESPÈCE RARE EN 2015

En Montérégie, 25 cas de légionellose ont été déclarés en 2015, ce qui correspond à un taux d'incidence de 1,8 par 100 000. Tous les cas ont présenté une pneumonie, appelée aussi « maladie du légionnaire ». On observe une tendance à la hausse de l'incidence depuis les 10 dernières années. Cette tendance persiste même si l'on tient compte du vieillissement de la population. L'utilisation accrue du test de détection de l'antigène urinaire pourrait expliquer en partie cette hausse.

Figure 2 – Taux d'incidence de légionellose selon le groupe d'âge, Montérégie, 2006 à 2015



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016. Données de population : estimations et projections comparables (1996-2036) et estimations révisées annuellement (2011-2015), ISQ, 25 février 2016.

Tous les cas étaient âgés de 40 ans ou plus, et la moyenne d'âge était de 62 ans. Comme attendu, le taux d'incidence augmente avec l'âge. Environ les deux tiers des cas (68 %) sont survenus chez des hommes. Même si certaines infections étaient très graves, nécessitant parfois plusieurs semaines d'hospitalisation, aucun décès n'a été rapporté en lien avec ces infections.

La détection de l'infection s'est faite par culture chez 4 personnes (une de ces personnes a également eu un test d'antigène urinaire positif). Pour les 21 autres personnes, le diagnostic a été posé uniquement par détection d'antigène urinaire. Deux souches étaient de l'espèce *L. longbeachae*, une souche était *L. pneumophila* séro-groupe 8, les 22 autres étaient *L. pneumophila* de séro-groupe 1. L'information concernant les facteurs de risque et les expositions a pu être recueillie chez toutes les personnes, sauf une. Le tableau 2 présente les différents facteurs de risque.

Tableau 2 – Nombre de cas déclarés de légionellose selon le facteur de risque, Montérégie, 2015

Facteur de risque	Nombre de cas
Tabagisme	14
Diabète	10
Maladie pulmonaire chronique	7
Maladie cardiaque	7
Maladie rénale chronique	3
Immunosuppression	5
Consommation excessive d'alcool*	2

(*) Dépassement de la limite de consommation hebdomadaire (plus de 15 consommations par semaine chez les hommes, plus de 10 consommations par semaine chez les femmes).

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016.

Le tableau 3 détaille les différentes expositions potentielles à la bactérie chez les personnes ayant eu une infection causée par l'espèce *L. pneumophila*. Notons que les enquêtes ne permettent pas de confirmer que ces expositions ont été la cause de l'infection.

Tableau 3 – Nombre de cas déclarés de légionellose selon le type d'exposition, Montérégie, 2015

Exposition	Nombre de cas
Travaux d'aqueduc à proximité	8
Utilisation d'un spa	5
Fontaine décorative	3
Travaux de plomberie	1
Remise en marche d'un chauffe-eau	1
Utilisation d'un appareil respiratoire (pression positive continue)	1

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016.

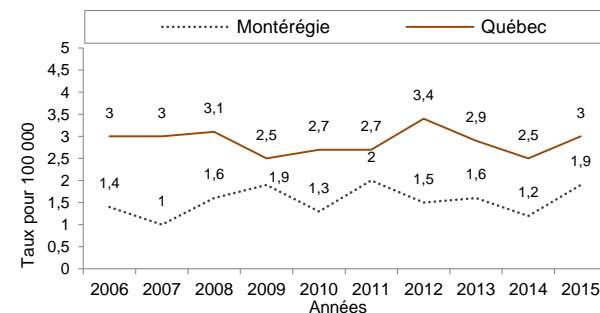
Fait inhabituel, deux souches de *L. longbeachae* ont été détectées chez deux personnes fréquentant le même lieu de travail. Contrairement aux autres espèces de *Legionella* qui sont présentes dans l'eau, celles-ci se retrouvent principalement dans la terre. L'intervalle de temps entre les deux infections dépasse largement la période d'incubation de la maladie, ce qui exclut une source ponctuelle dans le temps (l'infection n'étant pas transmissible d'une personne à l'autre). Bien que la source n'ait pas été identifiée, elle pourrait être liée à la présence de terre sur les lieux de travail, sans avoir de lien avec la nature des activités à cet endroit. Un article a été publié sur cette situation et peut être consulté à l'adresse : http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/7/16-0184_article.

Depuis 2013, les propriétaires de tours de refroidissement à eau (TRE) doivent signaler à la direction de santé publique les résultats hors-normes au niveau de leurs installations. Lorsqu'un cas de légionellose est déclaré, la santé publique vérifie si un lien peut être établi avec une TRE. En 2015, aucun lien n'a été établi entre des souches prélevées chez des humains et des TRE. Cela dit, ces démarches sont limitées par le fait que la grande majorité des cas sont diagnostiqués par la détection d'antigène urinaire, aucune souche n'étant alors disponible pour effectuer la comparaison.

TUBERCULOSE

En 2015, l'incidence de la tuberculose en Montérégie (1,9 pour 100 000 personnes) est comparable aux valeurs les plus élevées des 10 dernières années. Cela correspond à 26 déclarations de cas de tuberculose.

Figure 3 – Taux d'incidence de la tuberculose, Montérégie et Québec, 2006 à 2015



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016. Données de population : estimations et projections comparables (1996-2036) et estimations révisées annuellement (2011-2015), ISQ, 25 février 2016.

Le tableau suivant décrit la répartition des infections en fonction du système atteint.

Tableau 4 – Répartition des sites d’infections parmi les cas déclarés de tuberculose, Montérégie, 2015

Système	Nombre d’infections
Respiratoire	21
Lymphatique	3
Génito-urinaire	1
Cardio-vasculaire	1
Généralisée (miliaire)	1

Le total (27) dépasse le nombre de cas (26), car une personne a eu une atteinte de deux systèmes.

Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 19 septembre 2016.

Toutes les personnes ont eu une radiographie pulmonaire (même lorsque le site d’infection n’était pas le système respiratoire). De ce nombre, 22 avaient des anomalies, dont 3 avec présence de cavités.

À l’image des années antérieures, les hommes sont plus touchés, avec 73 % des cas. Les cas se répartissent dans tous les groupes d’âge. Les personnes de 60 ans et plus demeurent les plus atteintes, bien que ceci soit moins prononcé que dans les années précédentes. La majorité des épisodes sont survenus chez des personnes nées au Canada (19); les autres impliquant des personnes nées en Afrique (4), en Asie (2) ou dans les Caraïbes (1).

Les contextes ayant mené à la détection de la maladie varient : présence de symptômes compatibles (12), détection fortuite (6), dépistage suite au contact avec un cas contagieux (7) et lors de la surveillance médicale dans le cadre de l’immigration (1). Pour tous les cas sauf un, il s’agissait du premier épisode de tuberculose. La personne pour qui il s’agissait d’une récurrence avait eu un épisode antérieur en 2010. Deux personnes sont décédées, mais pour des causes autres que la tuberculose, les 24 autres ayant récupéré suite au traitement.

L’infection a été confirmée par culture chez 19 personnes. Trois de ces souches ont présenté une monorésistance : deux à l’isoniazide et une à la pyrazinamide. Le traitement s’est fait sous observation directe (TOD) pour 11 personnes.

L’année 2015 s’est distinguée par la survenue de deux situations d’éclosion; en effet, 9 des 26 cas déclarés en Montérégie sont reliés à ces éclosions. Dans les deux situations, il y a eu un long délai avant que le diagnostic des cas index soit posé, ce qui a favorisé la survenue de cas secondaires. La première éclosion a eu lieu chez des personnes toxicomanes et leurs proches. Il y a eu 8 cas secondaires, dont 6 en Montérégie. Des analyses génétiques ont démontré que la souche impliquée est identique à d’autres cas survenus dans la province au cours des 10 dernières années, également liés à des lieux de

consommation de drogues. La seconde éclosion a eu pour origine une personne ayant acquis la maladie en voyage. Il y a eu 2 cas secondaires, dont 1 en Montérégie. Ces deux situations ont nécessité un dépistage chez plus de 300 personnes ayant eu un contact significatif avec les cas malades.



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.

Production : Direction de santé publique de la Montérégie

Auteurs : Dr Éric Levac, Dre Marie St-Amour

- Figures : Mme Léonarda Da Silva
- Collaboration : Dre Manon Blackburn
- Mise en page : Mme Josée Lafontaine

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre

Québec

