

MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE RESPIRATOIRE EN 2016

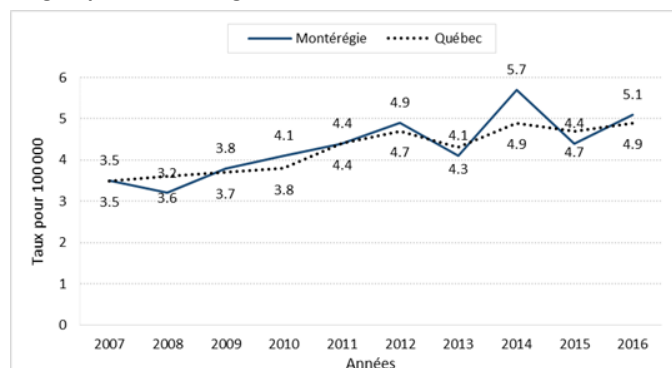
FAITS SAILLANTS

- La gravité des infections invasives à streptocoque du groupe A est moindre que dans les années précédentes
- Le taux d'incidence de la légionellose est en hausse depuis les 10 dernières années
- Deux espèces rares de tuberculose ont été observées en 2016

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A : INFECTIONS MOINS GRAVES QUE DANS LES ANNÉES PRÉCÉDENTES

En Montérégie, 70 cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A ont été déclarés en 2016, ce qui correspond à un taux d'incidence de 5,1 pour 100 000 personnes. On observe une hausse statistiquement significative¹ de l'incidence depuis les 10 dernières années, même en tenant compte du vieillissement de la population.

Figure 1 – Taux d'incidence des infections invasives à streptocoque du groupe A, Montérégie et Québec, 2007 à 2016



Près des deux tiers des cas (63 %) sont des hommes. Si l'infection invasive à streptocoque du groupe A touche tous les groupes d'âge, elle se révèle cependant plus fréquente chez les personnes âgées de 60 ans et plus (8,2 cas pour 100 000 personnes) et moins fréquente chez celles âgées de 10 à 29 ans (1,6 cas pour 100 000 personnes). Davantage de cas ont été déclarés en mai que dans les années précédentes (16 %, n = 11), alors que le nombre de cas déclarés en février est plus bas que ce qui était attendu (3 %, n = 2). Rappelons que ce type d'infection survient majoritairement l'hiver.

Parmi les 67 personnes pour lesquelles l'information est connue, 8 (12 %) ont présenté un choc toxique et 4 (6 %) sont décédées. La proportion de choc toxique est significativement plus faible que celle observée dans les cinq années précédentes (21 % en moyenne). Parmi les présentations cliniques observées, la cellulite ou l'érysipèle sont les plus fréquentes, suivies de la fasciite.

Tableau 1 – Proportion des cas déclarés d'infection invasive à streptocoque du groupe A selon la présentation clinique, Montérégie, 2016

Présentation clinique	% des cas
Cellulite, érysipèle	28
Fasciite	20
Pneumonie ou autre manifestation pulmonaire	19
Arthrite septique, bursite, ostéomyélite	17
Bactériémie sans foyer d'infection	9
Méningite	4
Péritonite	1
Autres	13

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

Parmi les 63 souches de streptocoque du groupe A pour lesquelles l'information est disponible, les génotypes emm1 (22 %), emm3 (21 %) et emm4 (11 %) sont les plus fréquemment retrouvés.

Le tableau 2 décrit la fréquence des facteurs de risque de l'infection parmi les personnes qui en présentaient au moins un. Les plaies avec ou sans traumatisme et le diabète sont les plus souvent observés. Notons que plus du quart des personnes (28 %) ne présentaient aucun facteur de risque.

¹Le test statistique compare le taux ajusté de la période 2007-2009 à celui de la période 2014-2016.

Tableau 2 – Proportion des cas déclarés d'infection invasive à streptocoque du groupe A selon les facteurs de risque, Montérégie, 2016

Facteur de risque	% des cas
Plaie avec ou sans traumatisme	31
Diabète	22
Cancer	13
Traumatisme sans plaie	9
Immunosuppression	7
Abus d'alcool	7
Maladie pulmonaire chronique	7
Usage de drogues	4
Infection cutanée précédente	4
Varicelle	3
Maladie de peau	3

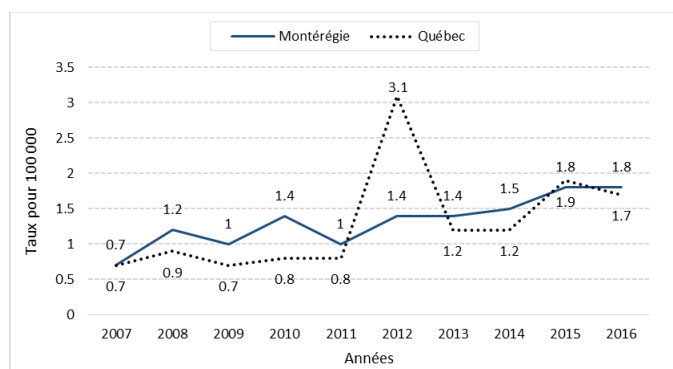
Le total est supérieur à 100 %, car une personne peut avoir plus d'un facteur de risque.

Aucune souche n'a présenté de résistance à la pénicilline. Deux souches se sont révélées résistantes à la fois à l'érythromycine et à la clindamycine.

LÉGIONELLOSE : HAUSSE PROGRESSIVE DEPUIS 10 ANS

En 2016, 25 cas de légionellose ont été déclarés en Montérégie. Tous correspondent à une maladie du légionnaire (aucun cas de fièvre de Pontiac n'a été déclaré). Le taux d'incidence est de 1,8 pour 100 000 personnes, ce qui est identique à l'année dernière. Il s'agit des plus hauts taux observés depuis 10 ans. On note une hausse progressive et statistiquement significative² de l'incidence de la maladie depuis 10 ans, même en tenant compte du vieillissement de la population.

Figure 2 – Taux d'incidence de légionellose, Montérégie et Québec, 2007 à 2016



Plus du trois quarts des cas (84 %) sont des hommes. Vingt-trois (23) personnes sur 25 sont âgées de plus de 40 ans, pour un âge moyen de 60 ans. À l'image des années précédentes, le taux d'incidence augmente avec l'âge. Tel qu'attendu, davantage de cas (40 %) ont été déclarés durant l'été. Un seul décès en lien avec cette maladie a été rapporté.

L'identification de la maladie a été faite par la détection d'antigène urinaire chez toutes les personnes. Parmi celles pour lesquelles l'information est disponible, les souches responsables de l'infection étaient toutes de l'espèce *L. pneumophila* de sérotype 1. Puisque l'antigène urinaire détecte principalement ce sérotype, nous pouvons croire que ce dernier est en cause dans la totalité des cas de légionellose déclarés cette année. Soulignons que les prélèvements respiratoires sont nécessaires pour identifier les autres sérotypes et pour faire le lien avec une source environnementale. Cela renforce l'importance d'obtenir des prélèvements respiratoires auprès des patients lorsque cela est possible.

Parmi les facteurs de risque connus, le tabagisme est le plus souvent identifié (9 personnes), incluant 5 personnes pour lesquelles il s'agit du seul facteur de risque. Le tableau 3 présente ces différents facteurs de risque.

Tableau 3 – Nombre de cas déclarés de légionellose selon le facteur de risque, Montérégie, 2016

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

(*) Plus de 15 consommations par semaine chez les hommes et plus de 10 consommations par semaine chez les femmes.

Le total (27) dépasse le nombre de cas (25), car une personne peut avoir plus d'un facteur de risque.

Quatre personnes ont acquis l'infection en voyageant à l'extérieur du Canada. Les pays en cause sont les États-Unis, la France, Haïti et le Viêtnam. Le tableau 4 présente les différentes expositions potentielles à la bactérie chez les personnes infectées. Les enquêtes ne permettent toutefois pas de confirmer que ces expositions ont causé l'infection.

Tableau 4 – Nombre de cas déclarés de légionellose selon le type d'exposition, Montérégie, 2016

Exposition	Nombre de cas
Travaux de plomberie	3
Utilisation d'un appareil respiratoire (pression positive continue)	3
Travaux d'aqueduc à proximité	2
Fontaine décorative	2
Utilisation d'un spa	1
Remise en marche d'un chauffe-eau	1
Autre contexte d'aérosolisation	1

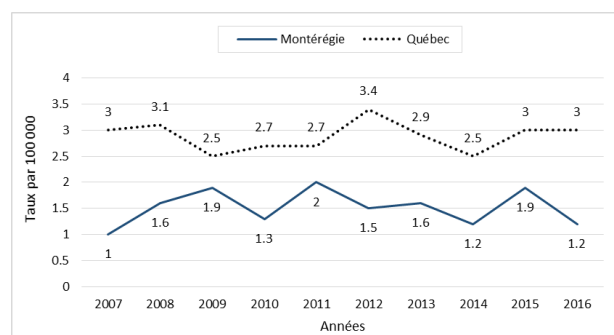
²Le test statistique compare le taux ajusté de la période 2007-2009 à celui de la période 2014-2016.

Depuis 2013, la Direction de santé publique vérifie la présence de tours de refroidissement à eau (TRE) avec des résultats hors-normes à proximité des lieux fréquentés par les personnes. En 2016, aucun cas n'a pu être relié à une telle situation.

TUBERCULOSE : DEUX ESPÈCES RARES EN 2016

En Montérégie, 17 cas de tuberculose (10 hommes, 7 femmes) ont été déclarés en 2016, ce qui correspond à une incidence de 1,2 pour 100 000 personnes. L'incidence de la tuberculose en Montérégie est demeurée à peu près stable au cours des dix dernières années. À l'image de 2015, l'incidence de la tuberculose au Québec demeure à 3,0 pour 100 000 personnes.

Figure 3 – Taux d'incidence de la tuberculose, Montérégie et Québec, 2007 à 2016



L'incidence de la tuberculose augmente avec l'âge, mais tous les groupes d'âge sont atteints, avec une moyenne d'âge de 57 ans. Contrairement à l'an dernier, la majorité des cas (65 %) sont survenus chez des personnes nées à l'extérieur du Canada. Parmi ces personnes, 5 sont nées en Asie, 4 en Afrique, 1 en Amérique latine et 1 dans les Caraïbes.

La maladie a été détectée dans diverses circonstances : présence de symptômes compatibles (12), détection fortuite (4) et lors de la surveillance médicale dans le cadre de l'immigration (1). La plupart des personnes (82 %) présentaient une forme contagieuse de la maladie. Le tableau 5 détaille la répartition des infections en fonction du système atteint.

Source

Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), données extraites le 21 août 2017

Données de population : estimations et projections de population comparables (1996-2036) et estimations de population révisées annuellement (2011-2016), Institut de la statistique du Québec, 3 mai 2017

Tableau 5 – Répartition cas déclarés de tuberculose selon le site d'infection, Montérégie, 2016

Système atteint	Nombre de cas
Pulmonaire	14
Miliaire (généralisée)	2
Laryngée	1
Osseuse	1
Génito-urinaire	1
Lymphatique	1

Le total (20) dépasse le total des cas (17), car deux personnes ont eu une atteinte multisystémique.

Les 17 personnes ont eu une radiographie pulmonaire. De ce nombre, 10 avaient des anomalies non cavitaires et 4 présentaient des cavités.

Un examen microscopique des expectorations a été effectué chez 16 personnes et était positif chez 8 d'entre elles. L'infection a été confirmée par culture pour tous. Deux espèces plus rares (*Mycobacterium bovis* et *Mycobacterium africanum*) ont été identifiées cette année. La souche de *Mycobacterium bovis* a présenté une monorésistance à la pyrazinamide et une souche de *Mycobacterium tuberculosis* a présenté une monorésistance à l'isoniazide. Pour 13 personnes, le traitement s'est fait sous observation directe (TOD).

Il s'agissait d'un premier épisode pour l'ensemble des personnes. Deux décès ont été rapportés. La tuberculose était la cause directe de décès pour l'un d'entre eux et y a contribué pour l'autre. Les 15 autres personnes ont récupéré ou sont en phase de récupération à la suite du traitement. Un cas de 2016 est relié à l'éclosion qui a touché les milieux fréquentés par les toxicomanes à Montréal.



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 : Valérie Leblanc, Fannie Martin et Dina Farag, externes en médecine de l'Université de Sherbrooke sous la supervision de Dr Éric Levac et Dre Marie St-Amour
- Collaboration : Dre Manon Blackburn et Caroline Gélinas
- Mise en page : Josée Lafontaine