



Vigie – Interventions

La ciguatera ou la « gratte ». Un groupe de 40 à 50 personnes, dont une vingtaine de québécois, auraient été atteints de la ciguatera lors d'un récent voyage sur l'île de St-Andres. Cette île appartenant à la Colombie et est située à l'est de Panama dans l'océan Atlantique. Il semble que la plupart des personnes auraient présenté des signes neurologiques, soit de la faiblesse, des étourdissements et des paresthésies ainsi que de la fièvre. À l'histoire obtenue de patients qui ont consulté au retour, ils avaient également la sensation de boire un liquide chaud alors qu'il était froid, ce qui est une caractéristique de la maladie. Il ne semble pas y avoir eu de signe de gastro-entérite.

Le 2 avril, le groupe de voyageurs auraient consommé un repas commun qui incluait du barracuda. Ils ont développé des symptômes sur place et auraient eu besoin de consulter les services médicaux. Et c'est là-bas que le diagnostic de ciguatera a été établi. Au retour, une enquête n'a pas été effectuée sur tous les cas mais il semble que certaines personnes demeurent avec des symptômes.

Qu'est-ce que la ciguatera. C'est une intoxication alimentaire due à l'ingestion de chair de poisson contaminée par la ciguatoxine, une des plus puissantes toxines marines. La toxine est produite par un dinoflagelle *Gambierdiscus toxicus*, une microalgue qui croît dans les récifs. Les poissons qui consomment cette algue deviennent toxiques, la toxine s'accumulant dans leur chair. Chez l'homme, la dose moyenne pour avoir 50 % de consommateurs malades est estimée à 2 nanogrammes par kilogramme de poisson (2 ng/kg) et la dose létale à 20 ng/kg, par voie orale. Il n'existe actuellement aucun test qui permet de détecter la présence des toxines dans la chair de poisson avant sa consommation. De plus, ni la congélation, ni la cuisson, ni le fumage ou un mode de préparation ou d'assaisonnement peut éliminer la toxicité.

Dans le cas de la ciguatera, tous les grands poissons des récifs coralliens sont susceptibles d'être toxiques et, en particulier, les poissons carnivores en bout de chaîne alimentaire (barracuda, loche, mérrou, esturgeon, requin, etc.).

Les symptômes. Les symptômes de l'intoxication se manifestent de 2 à 30 heures après l'ingestion du poisson toxique. La manifestation la plus évocatrice est un prurit féroce (particulièrement à la paume des mains et la plante des pieds) d'où le nom de **gratte** donné à la maladie, accompagnée de signes d'intoxication alimentaire (vomissements, diarrhée, douleurs abdominales) et/ou neurologiques (paresthésies du nez, de la langue, des mains et des pieds...). Parmi les symptômes plus ou moins typiques, l'inversion de sensation pour la température et la sensation d'eau pétillante en buvant de l'eau plate. La consommation d'alcool ou de noix peut exacerber les symptômes d'empoisonnement.

Traitement. La guérison survient spontanément en quelques jours ou semaines. Mais une personne infectée conserve longtemps une hypersensibilité à la toxine expliquant la diversité de la symptomatologie d'un patient à l'autre lors d'un repas où le même poisson a été consommé. *F.M., C. G. et M-A. L.*

Tuberculose à Maliotenam : Suivi de l'éclosion.

Entre le 29 janvier et le 13 mars 2007, dix cas de tuberculose pulmonaire, dont quatre confirmés par culture et six probables¹, ont été déclarés à Maliotenam, petite communauté montagnaise de 1 500 habitants, située près de Sept-Îles sur la Côte-Nord. Il s'agit de 7 enfants et 3 adultes. Une thérapie sous observation directe (TOD) a été prescrite pour tous les cas. C'est à partir de l'enquête épidémiologique effectuée pour le premier cas (adulte), dont la date du début de la maladie a été établie au 1^{er} mars 2006, que les neuf cas secondaires ont pu être diagnostiqués rapidement.

Résultats préliminaires. En date du 13 avril 2007, un total de 257 contacts étroits ont été identifiés dont 11 résident dans trois autres communautés autochtones de la Côte-Nord et 5 dans la région de Québec. La durée de la période de contagiosité pour le 1^{er} cas (étendue sur 11 mois) et le déroulement de funérailles dans une maison privée, où au moins trois des cas de tuberculose étaient présents simultanément, expliquent le nombre élevé de contacts étroits.

Tel que recommandé par le protocole d'intervention provincial, pour chacun des contacts étroits sans TCT antérieur significatif, un TCT (test cutané à la tuberculine) a été effectué. Les personnes ayant un résultat significatif au 1^{er} TCT ou à un TCT antérieur ont été référées pour une évaluation médicale, une radiographie pulmonaire et une chimioprophylaxie à l'INH. Brièvement :

- Sur les 236 TCT effectués, 84 (36 %) se sont avérés significatifs;
- 13 personnes avaient déjà un TCT antérieur à plus de 10 mm;
- Une chimioprophylaxie à l'INH a été recommandée à 128 contacts (95 % d'entre eux ont débuté le traitement préventif);
- Un 2^e TCT a été recommandé à 92 contacts et les résultats sont à venir.

Un suivi médical des cas et de la TOD de même que des contacts sous INH est en cours et les seconds test TCT requis sont effectués. Un rapport est à venir. *H.C.*

1. Présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive ou radiographie pulmonaire suggestive de tuberculose évolutive et prescription d'un traitement antituberculeux.

ITSS. Sauf indication contraire, les données présentées portent sur 2006 et les huit premières semaines de 2007, soit celles comprises entre le 31 décembre 2006 et le 24 février 2007. G.L. et F.M.

Infections gonococciques toujours en hausse.

Entre 2005 et 2006, le nombre de cas déclarés a augmenté de 42 %, passant de 901 à 1 279 cas. Le taux brut d'incidence s'élève désormais (2006) à 17 par 100 000, soit une valeur plus élevée que celle observée en 2005 (12 ⁰/1000). Le nombre de cas déclarés pour les huit premières semaines de l'année 2007 semble vouloir démontrer la poursuite de cette tendance à la hausse. Tous les groupes d'âges contribuent à la hausse mais plus particulièrement les jeunes âgés de 15-29 ans. Les femmes constituent désormais 29 % des cas comparativement à 17 % en 2005.

L'antibiorésistance. Au terme de l'année 2006, 29 % de l'ensemble des souches de *N. gonorrhoeae* déclarées au Québec étaient connues résistantes à la ciprofloxacine comparé à 14 % en 2005 et 4 % en 2004. L'Avis sur le contrôle de l'infection gonococcique dans le contexte de l'augmentation du nombre de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux fluoroquinolones au Québec a été déposé à la TCNMI et sera publié sous peu par le MSSS.

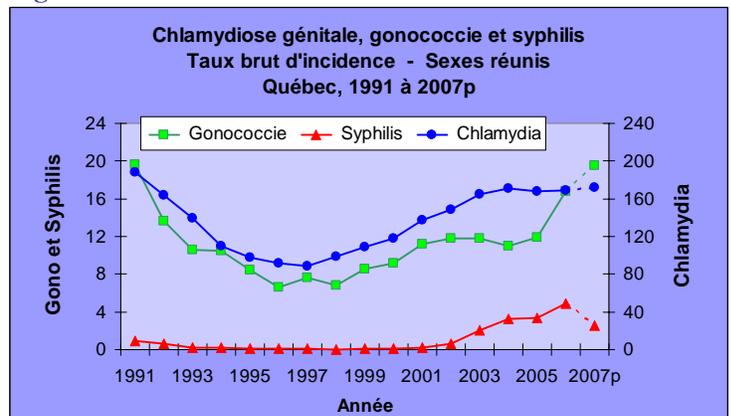
Syphilis infectieuse. Un total de 367 cas ont été déclarés au Québec en 2006, soit une hausse de 45 % par rapport à l'année 2005 (n= 256 cas). Le taux brut d'incidence se situe désormais à 5 ⁰/1000. Dans la région de Montréal, la hausse est de 59 % contre 11 % pour le reste du Québec. Le nombre de cas déclarés au cours des derniers mois laisse toutefois entrevoir une tendance à la baisse.

En 2006, la presque totalité (98 %) des cas concernent des hommes, pour la plupart (59 %) âgés de 30 à 44 ans. Dix régions ont rapporté au moins un cas en 2006. Cependant, la majorité des cas déclarés (78 %) proviennent de la région de Montréal où les enquêtes ont démontré que 95 % des cas concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV).

Après avoir atteint un sommet en 2006 (n= 47 cas), l'écllosion de LGV semble s'essouffler au Québec. Au 24 mars 2007 (soit après 12 semaines), un seul cas de LGV a été déclaré. Depuis novembre 2003 (début de la déclaration obligatoire), un total de 71 cas ont été déclarés au fichier MADO. Tous concernent des hommes âgés entre 20 et 59 ans, pour la plupart (77 %) âgés de 30-49 ans. Cinq régions ont déclaré au moins un cas, soit celles de Montréal (n= 64), Montérégie (n= 3), Laval (n= 2), Saguenay-Lac-Saint-Jean (n= 1) et Estrie (n= 1).

Figure 1



Creutzfeldt Jacob. Deux cas de forme classique ont été déclarés en 2006 chez des personnes âgées entre 60 et 69 ans comparativement à un cas déclaré en 2005 et trois en 2004.

La rubrique nosologique

La légionellose. Les intervenants du réseau ont pu être informés dans le passé de cas d'infections à *Legionella non-pneumophila* (*micdadei*, *longbeachae*, etc.) déclarés par le LSPQ ou par le Laboratoire National de Microbiologie (LNM) à Winnipeg.

Q : La surveillance des légionelloses au Québec se limite-t-elle aux infections causées par la *Legionella pneumophila* ?

R : Rien dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique n'indique que la déclaration de légionellose se limite à l'espèce *pneumophila*. Les critères justifiant l'inclusion de la *L. pneumophila* à la liste des MADO s'appliquent aux autres espèces de *Legionella* (présentation clinique identique, modes de transmission similaires, etc.). De façon générale, 90 % des infections chez les humains sont causées par la *Legionella pneumophila* laquelle compte 18 sérogroupes. Le séro groupe 1 est le plus fréquent et le seul qui peut être confirmé par d'autres tests que la culture, telles la recherche d'antigènes dans les urines par une technique RIA ou EIA ou encore la détection d'anticorps spécifiques par immunofluorescence. La conception de la définition de cas a probablement été influencée par toutes ces considérations. En conclusion, la surveillance des légionelloses devrait comprendre toutes les espèces de *Legionella*.

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 : Hélène Chouinard, H.C. ; Colette Gaulin, C.G. ; Gilles Lambert, G.L. ; Marie-Andrée Leblanc, M-A.L. ; France Markowski, F.M. 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.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.