

# Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick

## Bureau du médecin-hygiéniste en chef

### Introduction

Bienvenue à la troisième édition du Bulletin de surveillance des maladies du Nouveau-Brunswick. On y fait une mise à jour sur l'infection due au méningocoque, dont le nombre de cas atteint son maximum en cette période de l'année, entraînant souvent de sérieuses conséquences. Le vaccin contre le méningocoque du groupe C a réduit de beaucoup l'incidence de la méningococcie, mais nous attendons la suite des événements quant au vaccin contre le méningocoque du groupe B avant que nous puissions enregistrer une baisse encore plus marquée. Dans le présent numéro, nous faisons aussi le point sur la légère augmentation de l'infection pneumococcique dans la province et nous présentons le nouveau médecin hygiéniste provincial, le Dr Alexander Doroshenko. Nous sommes toujours heureux de recevoir vos commentaires à paul.vanbuynder@gnb.ca.

## La méningococcie

La méningococcie est une maladie bactérienne contagieuse causée par le diplocoque à gram négatif aérobic *Neisseria meningitidis*. Treize sérogroupes de *N. meningitidis* ont été recensés. La souche la plus grave de la maladie est causée par les sérogroupes A, B, C, Y et W 135.

*N. meningitidis* colonise les surfaces muqueuses du nasopharynx et se transmet par un contact direct prolongé avec de larges gouttelettes des sécrétions des voies respiratoires provenant de patients ou de porteurs asymptomatiques. Le portage microbien nasopharyngé déclenche une immunité particulière au séro groupe dont la durée peut varier. Il n'y a aucune transmission des anticorps maternels au bébé.

Chez les personnes à risque, la méningococcie peut devenir invasive et se présenter comme une méningite, une septicémie ou une autre maladie (par exemple pneumonie, cellulite orbitaire ou arthrite septique). Parmi les groupes à risque, mentionnons les nourrissons et les jeunes enfants, les réfugiés, les personnes qui habitent avec des personnes atteintes, les recrues militaires, les étudiants collégiaux et universitaires de première année qui habitent en résidence, les microbiologistes qui manipulent les isolats de *N. meningitidis*, les patients ayant subi une ablation de la rate, les personnes exposées à la fumée active ou passive du tabac et les voyageurs internationaux.

La maladie se déclare généralement entre 1 et 14 jours après l'exposition initiale. Les personnes atteintes sont habituellement contagieuses sept jours avant l'apparition des symptômes et continuent de l'être jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace. La période d'incubation dure en moyenne quatre jours (elle peut varier de deux à dix jours).

Le taux de mortalité est de 10 à 14 pour cent; jusqu'à 20 pour cent des survivants peuvent développer des troubles neurologiques persistants, notamment une perte auditive, des troubles de la parole, l'amputation des membres, la déficience mentale, la paralysie et la cicatrisation de la peau.



### Pourrait-il s'agir de méningococcie invasive?

La méningococcie invasive (MI) frappe tout au cours de l'année, le nombre de cas au Canada culminant en hiver ou au printemps. La dernière éclosion au Nouveau-Brunswick s'est produite dans la région de Moncton en mai 2005. On demande aux cliniciens d'être à l'affût des patients présentant les symptômes suivants :

#### Premiers symptômes

- Douleur aux jambes
- Sensation de froid aux extrémités
- Peau de couleur anormale

\*souvent constatée dans les douze premières heures de la méningococcie

#### Symptômes suivants

- Fièvre élevée
- Céphalée
- Raideur au cou
- Vomissement
- Nausées
- Photophobie
- Confusion
- Somnolence ou confusion
- Irritabilité
- Pleurs incessants chez les jeunes enfants
- Éruption de petites taches violacées

### Gestion d'un cas index

Dès qu'on soupçonne un cas de MI, il faut entreprendre une antibiothérapie adaptée. Le patient doit être transféré immédiatement à l'hôpital. L'administration d'une antibiothérapie avant l'hospitalisation peut permettre de réduire le taux de mortalité de moitié. Il ne faut donc pas attendre d'obtenir les résultats des tests diagnostiques. Plusieurs antibiothérapies (ceftriaxone, céfotaxime, benzylpénicilline) et chimioprophylaxies de contact (ceftriaxone, ciprofloxacine, rifampicine) sont possibles. Outre l'antibiothérapie, le patient devrait recevoir une chimioprophylaxie avant sa sortie de l'hôpital à moins que l'infection ait été traitée par antibiotique pour éradiquer le portage microbien nasopharyngé de *N. meningitidis*.

### Gestion des contacts

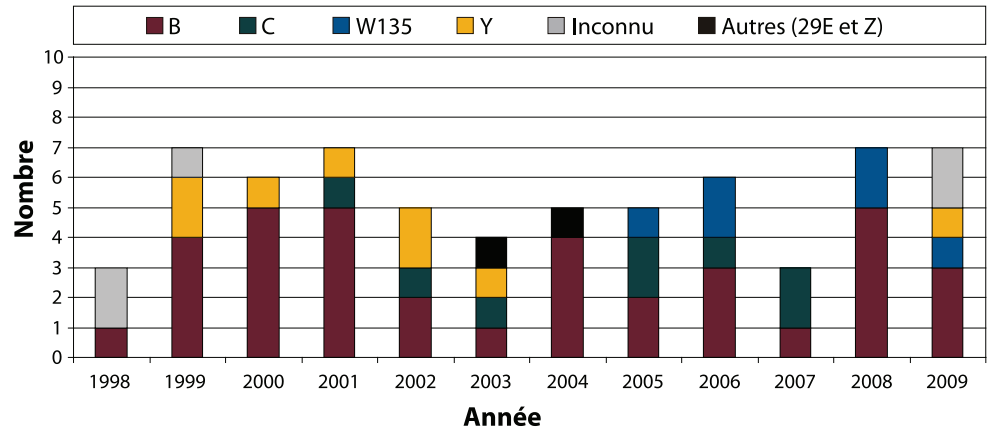
Comme les contacts intimes augmentent le risque de contraction secondaire de la MI pendant les périodes de contagion, il faut offrir une chimioprophylaxie aux personnes concernées sans égard à leur statut d'immunisation. La chimioprophylaxie doit être administrée dans les 24 heures suivant le diagnostic d'un cas, mais peut être donnée jusqu'à 10 jours après le dernier contact avec un patient contagieux.

### Diagnostic

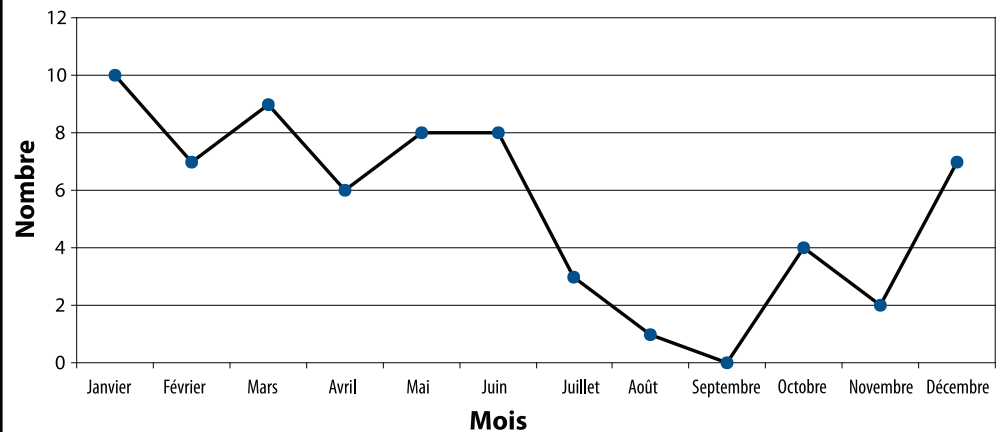
Le premier diagnostic de la MI peut être fait au moyen d'un examen clinique et être confirmé par des tests :

Nom du test	Prélèvements à recueillir	Utilité
Coloration de Gram	LCR, liquide articulaire ou autre site stérile, ou lésion cutanée	Obtention rapide des résultats. Un résultat positif confirme le diagnostic. Sensibilité pour le LCR : 65 pour cent; pour les lésions cutanées : de 30 à 70 pour cent.
Cultures	LCR, sang, liquide articulaire ou autre site stérile, ou lésion cutanée	Obtention des résultats dans les 24 à 48 heures. Un résultat positif confirme le diagnostic. Sensibilité pour le LCR : 95 pour cent sans antibiothérapie préalable; pour le sang : 50 pour cent sans antibiothérapie préalable et cinq pour cent avec antibiothérapie préalable.
PCR	LCR, sang	Un résultat positif confirme le diagnostic. Possibilité de déterminer le sérotype sans culture positive. Sensibilité de 96 pour cent; spécificité pouvant atteindre 100 pour cent.
Sérologie	Sang	La présence d'anticorps IgM ou une augmentation du titre d'anticorps à la surface externe des antigènes protéiques confirment le diagnostic. Sensibilité chez les adultes et les enfants plus âgés : plus de 97 pour cent.

### Méningococcies invasives au Nouveau-Brunswick, par sérotype, de 1998 à 2009



### Méningococcies invasives au Nouveau-Brunswick, par mois, de 1998 à 2009



En 2006, on a recensé :

- 210 cas de méningococcie diagnostiqués au Canada, dont six au Nouveau-Brunswick;
- 113 cas causés par le sérotype B, dont trois au Nouveau-Brunswick;
- 43 cas du sérotype C, dont un au Nouveau-Brunswick;
- 27 cas du sérotype Y, aucun au Nouveau-Brunswick;
- six cas du sérotype W-135, dont deux au Nouveau-Brunswick;
- deux cas du sérotype A, aucun au Nouveau-Brunswick.

Les 19 autres cas étaient attribuables à d'autres sérotypes. En moyenne, moins de 10 cas de MI sont diagnostiqués par année au Nouveau-Brunswick.

### Surveillance de la maladie

Au Canada, les cas confirmés de MI comme les cas probables sont des maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Au Nouveau-Brunswick, conformément à la *Loi sur la santé publique*, tous les cas de MI doivent être signalés verbalement à un médecin hygiéniste dans les 24 heures suivant

l'identification et doivent ensuite être signalés au moyen d'un rapport écrit dans la semaine suivant l'identification. Il est important de dépister et de signaler rapidement les cas de MI pour permettre d'assurer un traitement optimal du cas de référence et de prévenir les cas secondaires par l'administration rapide de la chimioprophylaxie des proches.

### Immunsation

Le Nouveau-Brunswick utilise trois vaccins contre la méningococcie dans le cadre de programmes financés par l'État. Le vaccin méningococcique conjugué C (Menjugate<sup>MD</sup> ou Neis Vac<sup>MD</sup>) est administré systématiquement aux bébés à 12 mois, alors que les élèves de la 9<sup>e</sup> année reçoivent le vaccin méningococcique conjugué ACYW-135 (Menactra<sup>MD</sup>) par l'entremise de programmes scolaires.

Nous recommandons aux personnes qui risquent de contracter la MI, notamment celles atteintes d'asplénie fonctionnelle ou anatomique et celles souffrant d'un déficit en complément, en properdine ou en facteur D, de se faire administrer le vaccin méningococcique conjugué quadrivalent ou le vaccin polysaccharide (Menomune<sup>MD</sup>), selon l'âge qu'elles ont atteint.

Les trois vaccins servent à la gestion des éclosions. La province ne subventionne pas les vaccins recommandés pour les personnes qui voyagent à l'étranger. Ces personnes sont donc priées de consulter une clinique de médecine de voyages pour se renseigner sur les vaccins recommandés contre le méningocoque.

La mise au point de vaccins pour la maladie du sérotype B a été compliquée par la similitude de la capsule polysaccharidique et d'une molécule qui apparaît dans le cerveau en développement; le système immunitaire ne peut donc pas produire un anticorps efficace dans ce cas. Qu'à cela ne tienne, Novartis et Wyeth ont mis au point un vaccin antiméningococcique B qui a recours aux protéines que l'on retrouve sur la surface de la plupart des souches de bactéries du sérotype B. Même si ces deux sociétés se sont servies de méthodes nettement différentes pour mettre leur vaccin au point, les deux vaccins contiennent tous deux une protéine semblable dans leur composition. Un nouveau vaccin méningococcique conjugué ACYW-135, Menvéo<sup>MD</sup> a été approuvé récemment par la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques.

## Docteur Alex Doroshenko

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef est heureux d'annoncer la nomination du Dr Alex Doroshenko au poste de médecin hygiéniste provincial.

Le Dr Doroshenko travaillera notamment au contrôle et à la prévention des maladies transmissibles ainsi qu'à l'épidémiologie et à la surveillance des maladies infectieuses, au sein du bureau du médecin hygiéniste en chef.



Après avoir obtenu son diplôme en médecine, le Dr Doroshenko a poursuivi ses études en santé publique aux États-Unis. Il a également reçu une formation en pédiatrie et en santé publique au Royaume-Uni, où il a aussi travaillé comme épidémiologiste médical consultant, à la United Kingdom Health Protection Agency. En 2007, il s'est installé au Canada. Récemment, il a travaillé comme boursier au Canadian Center for Vaccinology, au Centre de soins de santé IWK, à Halifax, en recherche sur les maladies infectieuses infantiles.

En outre, le Dr Doroshenko a rédigé de nombreux articles scientifiques sur l'épidémiologie des maladies infectieuses.

Le Dr Doroshenko travaille à Fredericton, et on peut le joindre au 506-444-3044 ou à alex.doroshenko@gnb.ca.

### Vaccin Prevnar 13

### Vaccin contre la grippe H1N1

À compter du 1<sup>er</sup> juillet, le vaccin **Prevnar 13** remplacera le vaccin Prevnar 7 dans le calendrier d'immunisation systématique des enfants. Veuillez faire une commande pour vos besoins du mois de juillet au plus tard le 21 juin. Des instructions concernant votre surplus de Prevnar 7 vous seront envoyées sous peu.

### Vaccin contre la grippe H1N1 :

La campagne d'immunisation contre le virus de la grippe H1N1 est maintenant terminée. Les personnes chargées de l'administration des vaccins qui disposent toujours de doses de vaccins inutilisées doivent communiquer avec les centres ayant fourni le vaccin afin de prendre des dispositions nécessaires pour retourner les doses inutilisées. Merci.

## Gagants du concours d'affiches de la Semaine nationale de promotion de la vaccination

Cette année, les élèves des classes de 6e année de la province ont participé à un concours d'affiches pour aider à promouvoir la vaccination dans le cadre de la Semaine nationale de promotion de la vaccination du 26 avril au 1er mai.

Toutes les affiches en compétition étaient d'un niveau de qualité très élevé, et il a été difficile de déterminer les gagnants. Pour le prix provincial, le premier choix s'est terminé par une égalité entre Gabrielle Dupuis, de l'École Sainte-Anne de Fredericton, et Darien Driscoll de Campbellton fréquentant l'école de Jacquet River de Belledune. Ils ont tous deux reçu un iPod Touch, tandis que leurs écoles respectives ont reçu un ordinateur à écran tactile, ainsi que de la littérature au sujet de la vaccination pour leurs bibliothèques.

Les gagnants dans chacune des régions de Moncton, Saint John, Edmundston, Bathurst et Miramichi ont reçu chacun un iPod Nano.



**Zone 3, Fredericton** – Michel Chenard, enseignant en arts, école Sainte-Anne, Fredericton, Erica Jomphe, mention honorable (rose), Gabrielle Dupuis (1re place dans la région de Fredericton et 1re place à l'échelle provinciale), Dr Cristin Muecke, médecin hygiéniste régional, Kim Greechan, infirmière en Santé publique et coordonnatrice de l'immunisation, RRS B.



**Zone 5, Campbellton** – Thérèse Maltais-Aubé, infirmière en Santé publique et coordonnatrice de l'immunisation pour la RRS A, zone 5, Darien Driscoll, gagnant du concours d'affiches, élève de l'école de Jacquet River, Haley Taylor, enseignante de sixième année, Gordon MacDougall, directeur de l'école Jacquet River et Pauline Godbout-Santerre, infirmière en Santé publique de la RRS A, zone 5 et infirmière du Programme Apprenants en santé à l'école du district scolaire 5.

## Mise à jour sur la pneumococcie invasive (PI).

Il y a eu 28 cas de pneumococcie invasive (PI) signalés au Nouveau-Brunswick au premier trimestre de 2010. Ce fut le plus haut taux trimestriel depuis 2007. Le taux trimestriel de PI pour le Nouveau-Brunswick était de 3,74 pour 100 000 habitants. La région de Saint John a le plus grand nombre de cas et le plus haut taux trimestriel au Nouveau-Brunswick (10 cas pour 100 000 et 5,71, respectivement). Les cas de PI ont été plus particulièrement présents chez les personnes de 60 ans et plus, avec un taux provincial trimestriel de 8,88 pour 100 000 habitants. Trois cas de sérotype 7F IPD et deux cas de sérotype 19A résistant aux antibiotiques ont été signalés dans la région de Saint John. Cette information démontre le besoin d'immunisation des personnes âgées (65 ans et plus) et les adultes de tout âge souffrant de maladies chroniques (comme indiqué dans le Guide canadien d'immunisation et offert dans le cadre du programme d'immunisation public du Nouveau-Brunswick pour les personnes à risque accru), avec le vaccin 23-valent polysaccharidique contre le pneumocoque (Pneumovax).