

PNEUMOCOCCIE (INVASIVE)

Aperçu de la maladie

La pneumococcie invasive est une maladie aiguë causée par la bactérie *Streptococcus pneumoniae*. Les pneumocoques sont communément présents dans les voies respiratoires. Le taux de portage asymptomatique varie selon l'âge et la présence d'infections des voies respiratoires supérieures. La durée de portage est variable, mais elle est généralement plus longue chez les adultes que chez les enfants.

Symptômes

Les symptômes de la pneumococcie invasive (PI) dépendent de la présentation clinique.

La pneumonie à pneumocoques constitue la présentation clinique la plus courante chez les enfants plus âgés et les adultes, mais elle n'est pas considérée comme une maladie « invasive » en soi. Les symptômes comprennent généralement un brusque accès de fièvre, accompagné de tremblements, de frissons ou de frissons solennels. Le sujet peut également présenter les manifestations suivantes : douleur dans la poitrine, toux productive de crachats rouillés, dyspnée, tachypnée, hypoxie, tachycardie, malaise et faiblesse. L'apparition est parfois moins subite, en particulier chez les personnes âgées : fièvre, souffle court ou altération de l'état mental peuvent donner les premiers signes de la pneumonie.

Autre présentation clinique, la méningite se manifeste par des maux de tête, de la léthargie, des vomissements, de l'irritabilité, de la fièvre, une crise épileptique puis le coma.

La bactériémie (septicémie), l'endocardite, l'arthrite et la péritonite figurent parmi les autres manifestations possibles.

Comme les premiers symptômes se limitent parfois à de la fièvre, surtout chez les enfants, il peut être très difficile de distinguer les infections à pneumocoques d'autres infections. Le plus souvent, la colonisation commence dans le nez ou la gorge. La pneumonie à pneumocoques est une cause importante de décès chez les nourrissons et les personnes âgées. Le taux de létalité oscille entre 5 et 7%, mais il est généralement supérieur chez les personnes âgées.

Réservoir

Les êtres humains.

Mode de transmission

La bactérie à pneumocoques se transmet de personne à personne par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires dans l'air, par contact direct avec des sécrétions buccales ou par contact indirect avec des objets récemment contaminés par des sécrétions respiratoires. On estime à 40 % le pourcentage des personnes qui vont devenir porteuses de la bactérie avant l'âge d'un an. La propagation de la maladie implique le plus souvent les porteurs de la bactérie.

Période d'incubation

La période d'incubation varie en fonction du type d'infection, mais elle peut être aussi brève qu'un à trois jours.

Période de transmissibilité

Variable (d'un à trois jours avant l'apparition des symptômes jusqu'à 24 heures suivant le début du traitement antimicrobien), la période de transmissibilité persiste toutefois tant que l'organisme est présent

dans les voies respiratoires. Les sujets cessent d'être contagieux 24 heures après le début de la prise d'antibiotiques.

Facteurs de risque

Risque accru de transmission de la maladie :

- Les enfants qui fréquentent une garderie ou un foyer-garderie présentent un taux de portage plus élevé, à cause de la fréquence et de l'étroitesse accrues de leurs contacts avec d'autres enfants.

Risque accru de contracter la maladie ou d'être gravement atteint de la maladie :

- Les enfants qui fréquentent une garderie ou un foyer-garderie.
- Vie en famille ou en ménage. La propagation de *S. pneumoniae* dans les familles ou les ménages est influencée par des facteurs tels que le surpeuplement des logements, la saison et la présence d'infections des voies respiratoires supérieures ou d'une maladie à pneumocoques, comme la pneumonie ou l'otite moyenne. Chez les adultes, la promiscuité des endroits surpeuplés comme les camps militaires, les établissements correctionnels et les refuges pour sans-abri a été associée à des éclosions, mais pas les contacts qui ont lieu dans les écoles et les milieux de travail.
- Les personnes les plus à risque de contracter des infections à pneumocoques graves et invasives sont généralement celles qui souffrent de problèmes de santé chroniques – notamment une asplénie fonctionnelle ou anatomique, une drépanocytose, une maladie cardiovasculaire chronique, le diabète sucré, une cirrhose, la maladie de Hodgkin, un lymphome, un myélome multiple, une insuffisance rénale chronique, un syndrome néphrotique et une infection à VIH – ou qui a récemment subi une transplantation d'organe. Le risque de maladie invasive augmente également quand l'adulte est en contact avec de jeunes enfants, puisque ceux-ci sont plus susceptibles d'être colonisés.

Définition de cas aux fins de surveillance

Cas confirmé

Manifestations cliniques de l'infection¹ invasive et confirmation en laboratoire de l'infection :

- Isolement de *Streptococcus pneumoniae* à partir d'un site normalement stérile (à l'exclusion de l'oreille moyenne et de la cavité pleurale).
- OU
- Mise en évidence de l'ADN de *S. pneumoniae* dans un site normalement stérile (à l'exclusion de l'oreille moyenne et de la cavité pleurale).

Lignes directrices en matière de diagnostic et d'essais en laboratoire

L'infection invasive à pneumocoques se manifeste surtout par une pneumonie avec bactériémie, une bactériémie sans foyer d'infection connu ou une méningite.

On préfère la culture pour évaluer la sensibilité aux antimicrobiens et le typage sérologique peut être effectué sur l'isolat. L'utilisation antérieure d'antibiotiques ou une manipulation et un transport

¹ L'infection invasive à pneumocoques se manifeste surtout par une pneumonie avec bactériémie, une bactériémie sans foyer d'infection connu ou une méningite. Une pneumonie sans bactériémie n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.

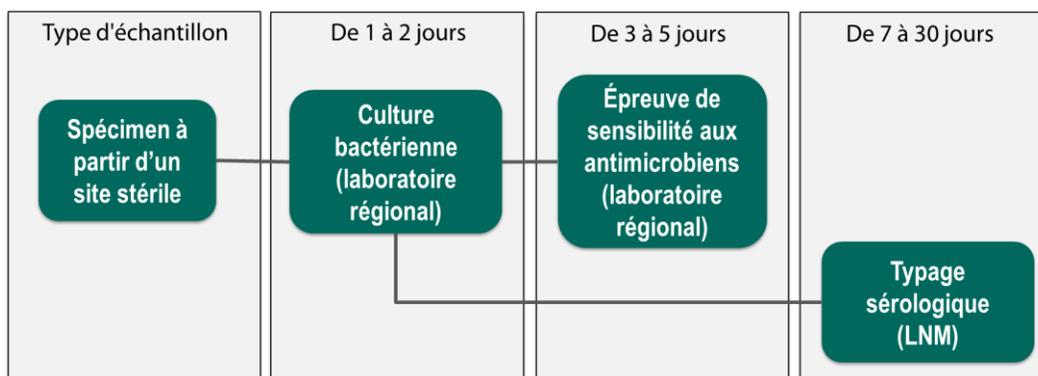
inadéquats des spécimens peuvent compromettre l'isolement de l'organisme d'un site normalement stérile. Les expectorations et le liquide de lavage bronchique ne sont pas considérés comme des échantillons stériles.

- Prélever du sang, du liquide céphalorachidien (en l'absence de contre-indications à une ponction lombaire) ou d'autres spécimens pour une culture bactérienne à partir d'un site normalement stérile. Procéder idéalement avant le début du traitement antibiotique.
- Les résultats de laboratoire incluent la leucocytose (neutrophilie) et un taux élevé de protéine C-réactive.
- Au Nouveau-Brunswick, on devrait effectuer une épreuve de sensibilité aux antibiotiques sur isolats pneumococciques dans tous les cas de pneumococcie invasive.
- Depuis le 4 avril 2011, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Laboratoire national de microbiologie (LNM), en collaboration avec des partenaires en santé publique du Nouveau-Brunswick, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, participent à une surveillance accrue de la pneumococcie invasive à l'échelle nationale. Les laboratoires sont tenus d'envoyer tous les isolats de *Streptococcus pneumoniae* causant une maladie invasive au LNM, où on les soumet à un typage sérologique. On doit joindre les résultats des épreuves de sensibilité aux antibiotiques effectuées au laboratoire du Nouveau-Brunswick.

Contrôle radiologique de confirmation, les radiographies thoraciques de type courant montrent une condensation lobaire et segmentaire; on peut observer une condensation bronchopulmonaire, en particulier chez les enfants et les personnes âgées.

Test en laboratoire

Voici un aperçu des délais requis pour tester les échantillons après leur réception au laboratoire. Il s'agit de délais moyens pouvant changer selon l'urgence de la situation. En cas d'urgence ou d'éclosion, les isolats seront traités sans délai, tandis que l'analyse des isolats envoyés en lots importants pourrait prendre plus de 30 jours.



Déclaration des cas

Conformément à la norme 2.2 – Déclaration des maladies et des événements au BMHC et à la section 3 – Déclaration des maladies et des événements.

- Surveillance accrue. Pour tous les cas confirmés, il faut remplir un formulaire de rapport de surveillance et envoyer ces renseignements au BMHC dans les 24 heures suivant la réception des résultats du sérotypage.
- Surveillance de routine (SSMDO). Les données sur tous les cas confirmés sont entrées chaque semaine.

Gestion des cas

Éducation

La personne atteinte ou la personne soignante doit être informée des éléments suivants :

- Nature de l'infection, durée de la période de transmissibilité et mode de transmission.
- Lavage les mains.
- Précautions contre les maladies respiratoires.
- Étiquette en matière de toux et d'éternuement.

Enquête

Dès qu'un clinicien ou un laboratoire signale un cas soupçonné de PI, commencer l'enquête et traiter le patient comme un « cas sous enquête » aux fins de la gestion de la santé publique.

Exclusion/éloignement social

Les patients hospitalisés devraient être gérés conformément aux pratiques de base. Les précautions contre les gouttelettes s'imposent en présence d'une infection résistante aux antibiotiques. Les services de santé publique peuvent avoir besoin de communiquer avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections de l'hôpital.

Traitement

La PI se traite au besoin, sous la direction d'un fournisseur de soins de santé.

L'opportunité d'une antibiothérapie dépend du syndrome clinique, de la gravité de la maladie, de l'âge et des comorbidités du patient, d'une prise récente d'antibiotiques et des profils locaux de résistance aux antimicrobiens.

Immunisation

Différents sérotypes peuvent causer la maladie et la protection offerte par la vaccination est spécifique aux souches vaccinales. On recommande la vaccination des personnes non vaccinées pour assurer leur protection contre les autres souches de pneumocoque.

Gestion des contacts

Éducation

On devrait renseigner les contacts de la personne atteinte sur la nature de l'infection et son mode de transmission. On trouvera plus d'information à la section consacrée aux messages de prévention.

Enquête

Les infections à pneumocoques ne sont pas très contagieuses. Elles n'exigent aucune gestion particulière, en dehors des éclosions en établissement.

La détermination des contacts de la personne atteinte, le suivi auprès des contacts et leur exclusion ne sont ni requis ni recommandés.

Exclusion/éloignement social

L'exclusion des contacts n'est pas requise.

Prophylaxie

On devrait offrir l'immunisation aux contacts des personnes atteintes lorsqu'il s'agit de cas isolés, conformément au calendrier d'immunisation systématique du Nouveau-Brunswick.

Gestion des éclosions

Le plan local en cas d'éclosion doit être mis en œuvre lorsqu'une éclosion est déclarée.

Recommandations relatives aux éclosions en établissement ou dans d'autres populations fermées

- On devrait envisager l'immunisation au moyen du vaccin antipneumococcique, à moins de savoir que le sérotype responsable de la maladie n'est pas inclus dans le vaccin.
- Dans les garderies (enfants de moins de cinq ans), on devrait envisager l'immunisation des enfants non immunisés au moyen du vaccin antipneumococcique, même si l'on sait que le sérotype responsable de la maladie n'est pas inclus dans le vaccin. L'immunisation offrira une protection en cas d'expositions futures à d'autres souches vaccinales.
- En de rares circonstances, on peut devoir envisager une prophylaxie antibiotique. La gravité de la maladie en déterminera le mode d'administration, le dosage, la posologie et la durée.