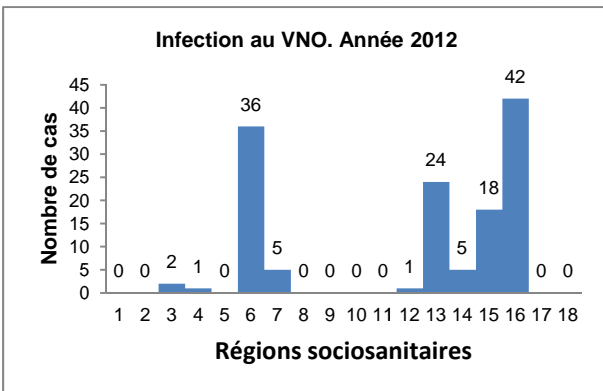
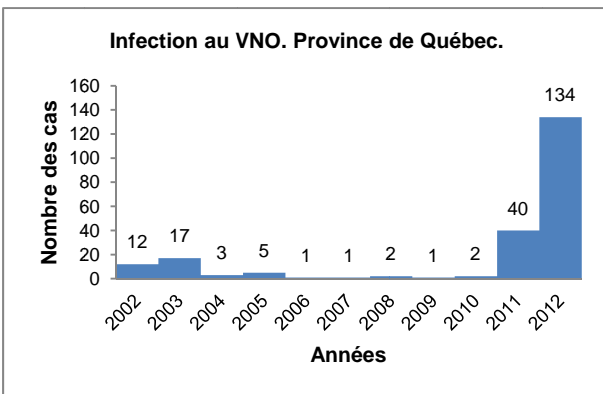


## VIRUS DU NIL OCCIDENTAL : ON Y EST ! FAUT Y PENSER !

### ÉTAT DE SITUATION

Le virus du Nil occidental (VNO) a fait son apparition au Québec en 2002. Plusieurs mesures de contrôle du virus ont été mises en place avec un certain succès. Après quelques années d'accalmie, l'infection par le VNO a connu une **recrudescence** à l'été 2011 et à l'été 2012 avec respectivement 40 et 134 cas.



En 2012, 64 % des cas présentaient une atteinte neurologique. Pratiquement autant d'hommes que de femmes ont été touchés. L'âge moyen était de 59 ans (étendue de 17 à 92 ans). Cinq personnes sont décédées. Les régions les plus touchées étaient Laval, les Laurentides, la Montérégie et Montréal. Deux cas ont été déclarés dans la région de la Capitale-Nationale.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Les oiseaux sont le réservoir du virus et les moustiques en sont les vecteurs. L'homme est un hôte accidentel. La **transmission** interhumaine peut survenir par les transfusions sanguines, les transplantations de tissus ou d'organes, durant la grossesse ou par l'allaitement. La période d'**incubation** est de 2 à 14 jours.

### CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

L'infection est le plus souvent **asymptomatique** (80 %). Les **symptômes** s'apparentent à un syndrome grippal : fièvre, myalgies, céphalées, problèmes gastro-intestinaux, rash maculo-papulaire.

Cependant, une personne sur 150 infectées par le virus peut présenter une maladie sévère avec **atteinte neurologique** : encéphalite (55 à 60 % des maladies sévères), méningite aseptique (35 à 40 %) et un syndrome ressemblant à la poliomyélite (5 à 10 %).

La maladie peut entraîner des **séquelles** à long terme : dépression, fatigue, problèmes cognitifs, incapacité motrice ou paralysie.

La **létalité** se situe entre 4 et 14 % pour les cas d'infection sévère et ce taux est supérieur parmi les personnes âgées de plus de 50 ans.

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait par le titrage des anticorps IgM et IgG dans le sang. Le prélèvement de 2 sérums (précoce et tardif) doit être effectué avec un intervalle de 14 à 21 jours. Cependant, le sérum tardif pour le dosage des IgG est nécessaire seulement si les IgM sont négatifs dans le 1<sup>er</sup> sérum. Pour confirmer le diagnostic ou une atteinte neurologique, la recherche des acides nucléiques (RT-PCR) dans le liquide céphalorachidien pourra dorénavant être faite seulement si :

- le patient est immunosupprimé, ou
- le patient a eu un sérum positif pour les IgM.

### INTERVENTIONS ATTENDUES DES CLINICIENS

- Procéder aux analyses appropriées lorsqu'une personne présente un tableau clinique compatible avec une infection au VNO (atteinte neurologique ou syndrome viral grave même sans atteinte neurologique).
- Déclarer les cas confirmés ou probables à la Direction régionale de santé publique.

### AU LABORATOIRE

À la demande du Laboratoire de santé publique du Québec, les laboratoires des hôpitaux expédieront à celui-ci le 1<sup>er</sup> sérum (phase aiguë) sans attendre le 2<sup>e</sup> sérum (sérum tardif) afin que la détection des IgM se fasse rapidement.

Équipe Maladies infectieuses, par Michel Frigon, MD

Source :  
INSPQ. *Le risque relié au virus du Nil occidental au Québec et les interventions à privilégier en 2013*. Février 2013.

**Coordonnées de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale**

► Jour : 418 666-7000, poste 250

► Soir, fin de semaine, congé férié : 418 648-2176

Les Info-MADO sont accessibles en ligne :

<http://www.dspq.qc.ca/info-mado.html>