

Principale leçon du 1^{er} cas de fièvre hémorragique virale (FHV) importé en France : La nécessité de disposer de recommandations réalistes

Pierre Tattevin (pierre.tattevin@chu-rennes.fr)¹, Arnaud Tarantola², Christian Michelet¹

1 / CHU Pontchaillou, Rennes, France 2 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

La prise en charge des cas confirmés et suspects de fièvre hémorragique virale (FHV) est basée en France sur un rapport du Haut comité de santé publique (HCSPF). Ce rapport de 2001 prévoyait la réévaluation des recommandations à la lumière de l'expérience acquise autour du premier cas importé de FHV. Le premier cas de FHV a été importé en France en novembre 2004. L'absence initiale de diagnostic a fait que la prise en charge s'est faite dans le strict respect des précautions standard, mais sans précaution supplémentaire. Il n'y a pas eu de cas secondaire cliniquement décelé. Les données accumulées au cours des dernières années indiquent que les virus des FHV sont transmissibles par le sang mais n'évoquent pas de transmission aérienne. Il s'agit désormais de définir des procédures nécessaires et suffisantes, pratiques et réalistes pour aider les équipes soignantes dans leur tâche tout en leur assurant un niveau de protection optimal

Main lesson from the first case of imported viral haemorrhagic fever (VHF) in France: the need for realistic recommendations

In France, the management of suspected and confirmed cases of viral hemorrhagic fever (VHF) is based on a report released by the Haut comité de santé publique (HCSPF), in 2001. This report advised that its recommendations should be reassessed in the light of the experience gained from the management of the first case of imported VHF, which occurred in November 2004. As the case was not initially diagnosed as VHF, the health care team managed the case in strict accordance with standard precautions, but without taking any additional precautions. No secondary cases were clinically identified. Data accumulated over the past few years indicate that VHF viruses are transmissible through exposure to blood but not through airborne transmission. Procedures that are not only necessary and sufficient, but also practical and realistic, must now be defined to help health care teams perform their tasks while maintaining an optimal level of protection.

Mots clés / Key words

Fièvre virale hémorragique - recommandations - soignants - hôpital - prévention
Viral haemorrhagic fever - guidelines - health care workers - hospital - prevention

Le premier cas importé de fièvre hémorragique virale (FHV) a été documenté en France en novembre 2004 [1]. Quelques jours plus tard, une autre patiente a présenté un tableau similaire. Elle est décédée au Sénégal avant d'avoir été rapatriée [P. Nabeth, Institut Pasteur, communication personnelle].

Les virus responsables des FHV – et notamment des FHV africaines – se distinguent par leur létalité et par leur transmissibilité. En effet, contrairement aux pathogènes responsables de la grippe ou de la rougeole, ils sont associés à une létalité élevée, qui peut atteindre 80 % pour les filovirus. Par ailleurs, ils en diffèrent par leur mode de transmission.

Les données accumulées ces dernières décennies montrent en effet de manière de plus en plus claire que dans la totalité des cas décrits, les virus des FHV sont transmissibles par le sang, par les liquides biologiques souillés par le sang et par les sécrétions génitales. S'il a été évoqué en 1970 à l'occasion de l'épidémie de Jos, au Nigéria [2], le risque de transmission aérienne des virus des FHV n'a été démontré que pour les animaux de laboratoire, exposés de manière prolongée et sans mesure barrière, mais jamais chez l'être humain [3]. Dans les zones d'Afrique où circule le virus, même les épidémies les plus graves amplifiées en milieu de soins sont stoppées par le strict respect de règles simples.

A Rennes, l'équipe soignante de ce premier cas importé – chez qui une infection par le virus de la fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) n'était qu'un des diagnostics possibles – a été confrontée à plusieurs décisions difficiles. En effet, il n'existe pas en France de recommandations précises de prise en charge de cas suspects ou confirmés de FHV.

En France, il existe un rapport du Haut comité de santé publique (Rapport HCSPF), qui prévoyait d'ailleurs d'être réactualisé au vu de l'expérience acquise lors de la gestion d'un premier cas [4]. Ce rapport

HCSPF propose des mesures de gestion, basées sur le respect non seulement des précautions standard mais aussi respiratoires (port de masque). Il propose aussi la gestion du risque de transmission aérienne grâce à l'hospitalisation en chambre à pression négative (CPN). La gestion de cas importés en France nécessiterait donc d'identifier deux niveaux de prise en charge. Le premier permet la prise en charge immédiate des cas suspects, avec application de toutes les mesures standard de protection individuelle, d'isolement en chambre seule avec anti-chambre et / ou sas, désinfection et incinération du matériel jetable et des excréta ou autoclavage des matériels non jetables et appel à un praticien hospitalier référent pour les risques infectieux au retour d'un pays tropical. Le transfert du patient vers une structure de niveau 2 (site pilote) doit être envisagé mais les recommandations ne précisent pas dans quelles circonstances le transfert doit être organisé. Ces structures pilotes sont des services de maladies infectieuses et tropicales pour l'accueil de patients fortement suspects ou dont le diagnostic est confirmé, disposant de CPN, d'une réserve de ribavirine I.V. et de capacités de réalisation de certains soins intensifs au sein de la structure d'isolement.

La plupart des cas de FHV sont pauci- ou asymptomatiques. Lorsqu'ils sont présents, les signes cliniques de FHV sont inconstants et aspécifiques au stade précoce, pouvant mimer une noria de maladies évoluant sur un mode endémique ou épidémique dans les zones de circulation des FHV (paludisme, dengue, leptospirose, etc.). La probabilité d'un cas importé de FHV en France est faible. Par contre, un grand nombre de cas vus aux urgences ou en consultation peuvent faire envisager une FHV parmi les diagnostics possibles. En pratique, le respect strict des procédures évoquées dans le rapport HCSPF dans tous les cas paraît inapplicable dans un service d'Urgences ou dans le cadre de

services de maladies infectieuses surchargés où sont vus chaque année des milliers de patients répondant à ces descriptions cliniques. Par ailleurs, selon les données transmises par la DHOS, il n'y a que 70 CPN en France (hors hôpitaux militaires), dont aucune actuellement en Ile-de-France.

Les virus des FHV sont des pathogènes hautement transmissibles en cas d'exposition au sang et très dangereux : la gestion des patients infectés mérite donc la plus grande prudence. Néanmoins, au vu des données qui se sont accumulées ces dernières décennies, la gestion du premier cas d'importation de FHV en France – sans hospitalisation en CPN – a été adéquate en termes de prévention du risque de transmission secondaire. Des recommandations précises ont été élaborées pour le Sras, la grippe aviaire ou la tuberculose multirésistante. A l'instar de certains autres pays européens, il est impératif d'élaborer de véritables recommandations françaises, pratiques, réalistes, qui tiennent compte des connaissances acquises et des contraintes de fonctionnement pour aider les cliniciens à gérer au mieux les cas suspects ou confirmés de FHV sur le territoire national.

Références

- [1] Le Groupe d'Investigation de l'Incident. Investigation autour d'un cas importé de fièvre hémorragique Crimée-Congo en France, novembre 2004. Bull Epidemiol Hebdomadaire 2005; 2005(16):61-2.
- [2] Carey DE, Kemp GE, White HA, Pinneo L, Addy RF, Fom AL et al. Lassa fever. Epidemiological aspects of the 1970 epidemic, Jos, Nigeria. Trans R Soc Trop Med Hyg 1972; 66(3):402-8.
- [3] Peters CJ, Jahrling PB, Khan AS. Patients infected with high-hazard viruses: scientific basis for infection control. Arch Virol Suppl 1996; 11:141-168.
- [4] Haut comité de la santé publique de France. Infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge - Décembre 2001. 1-12-2001. Ref Type: Report