

Recommandations Fièvre Q



HCSP mai 2013

GROUPE DE TRAVAIL

- Jean-Pierre BRU, Infectiologue, CH d' Annecy
- Céline CAZORLA, HCSP-CSMT, Présidente du groupe de travail
- Patrick CHOUTET, MSA
- Pierre-Edouard FOURNIER, CNR
- Corinne LE GOASTER, SG-HCSP
- Alexandra MAILLES, InVS
- Séverine RAUTUREAU, DGAL
- Elodie ROUSSET, LNR-Fièvre Q, Anses Sophia-Antipolis

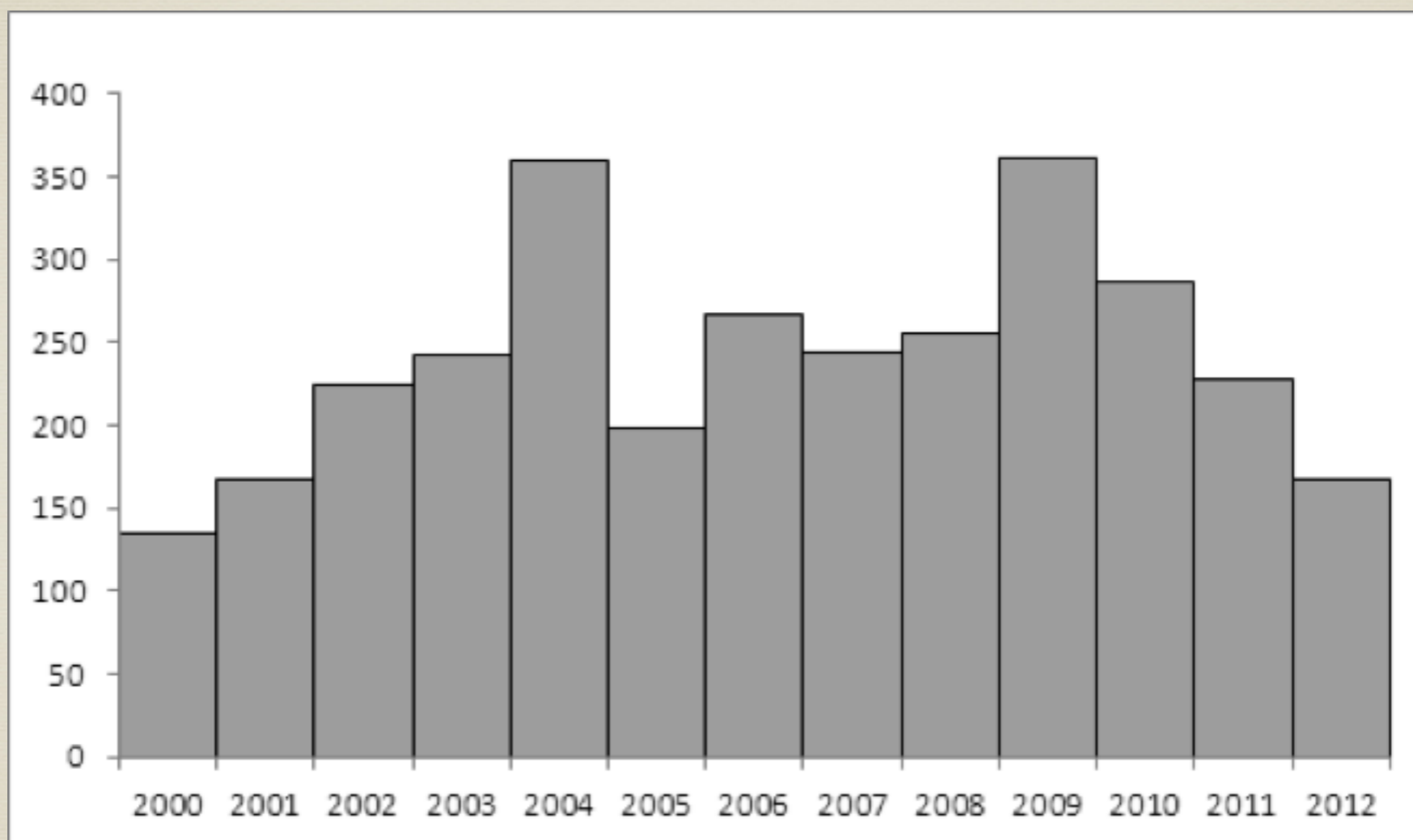
SAISINE du 6/07/2011

- * Bilan des connaissances sur :
 - * le risque de transmission de la fièvre Q à partir d'élevages excréteurs
 - * le risque de complications pour les femmes enceintes et le foetus
 - * le risque de formes chroniques

SAISINE DU 6/07/2011

- * Recommandations cliniques, biologiques et thérapeutiques:
 - * sur la prise en charge des patients infectés
 - * sur la prise en charge des personnes exposées

EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE



Incidence des nouveaux cas annuels de fièvre
Q aigüe en France 2000-2012
(données du CNR)

EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE

* Endémique

* 4 épidémies depuis 2000:

- Abattoirs (Cholet) :50 cas
- Chamonix : 126 cas
- Montoison : 10 cas
- Florac : 18 cas.

* Source de l'épidémie pas toujours retrouvée.

**RISQUE DE TRANSMISSION
à partir des
ELEVAGES EXCRETEURS**

RISQUE DE TRANSMISSION à partir des élevages excréteurs

- * Pas toujours symptomatiques chez l'animal. Avortements dans un troupeau.
- * Caprins > ovins > bovins (Palmer 1983, Agerholm 2013)
- * Produits de parturition, sécrétions vaginales: charge importante de *Coxiella*. Plusieurs mois après la mise-bas.
- * Les nouveaux-nés à la mise-bas suivante excrètent encore fortement
- * Pratiques les plus exposantes : aide à la mise-bas

RISQUE DE TRANSMISSION à partir des élevages excréteurs

- * Résistance dans l'environnement
- * Aérosolisation
- * Dissémination des particules infestantes
- * Conditions climatiques et géographiques (Hackert V CID 2012)
 - * plaine, vent, peu d'humidité
 - * risque 30 fois plus élevé dans les 2 Km autour de la source par rapport à plus de 5 Km au-delà de la source.
- * Manipulations de fumier, Curage de stabulation

PRISE EN CHARGE FIEVRE Q AIGUE

PRISE EN CHARGE : FIEVRE Q AIGUE

- * 60% des cas asymptomatiques
- * Syndrome pseudo-grippal, pneumopathies, hépatites, fièvre prolongée
- * Diagnostic :
 - Sérologie IF à réitérer à 3 semaines
 - PCR dans les 2 premières semaines de la maladie

PRISE EN CHARGE : FIEVRE Q AIGUE

* Traitement :

- doxycycline : 200 mg/j en une fois pendant 15-21j.
- enfant : cotrimoxazole 30 mg/Kg/j de sulfaméthoxazole
- alternative: roxithromycine, clarithromycine, (Boulos, Int J Antimicrob Agents, 2004). levofloxacin (hors-AMM) (Maurin, Clin Microbiol Rev, 1999 ,Rolain, Antimicrob Agents Chemother, 2001).

PRISE EN CHARGE FIEVRE Q AIGUE

- * Suivi sérologique recommandé afin de dépister une forme chronique ($\text{IgG I} \geq 800$) :
 - pas de facteurs de risque de passage à forme chronique : sérologie à 3 et 6 mois.
 - facteurs de risque de passage à la forme chronique: sérologies à 3, 6 et 12 mois.
 - si taux significatif: recherche de signe clinique de forme chronique.

PRISE EN CHARGE FIEVRE Q AIGUE

- * Faut-il rechercher systématiquement des facteurs de risque ?
- * oui par l'interrogatoire et l'examen clinique
 - ETT non systématique mais peut être proposée à titre individuel
 - si âge > 50 ans
 - ou si âge > 40 ans avec anticorps anti cardiolipines > 75 (MILLION M CID 2013)

RISQUE DE COMPLICATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE FOETUS

COMPLICATIONS pour la FEMME ENCEINTE et le FOETUS

- * La femme enceinte n'a pas plus de risque d'être infectée qu'une autre femme (Van der Hoek BMC Infectious Disease 2011, Tissot-Dupont CID 2007)
- * Pourrait être plus à risque de passage à la forme chronique : série de cas .
- * Il existe un risque d'avortements, de prématurité mais l'évaluation quantitative de ce risque reste impossible : études de séries de cas (Carcopino CID 2007) ou de populations poolées (Van der hoek 2007)

RISQUE DE COMPLICATION chez la femme enceinte et le FOETUS

- * Risque est probablement faible
- * La femme enceinte doit éviter les pratiques à risque dans un élevage excréteur.
- * Bénéfice du traitement par Cotrimoxazole: une seule étude rétrospective sur 15 ans de 53 cas conclut à un bénéfice sur l'évolution de la grossesse (Carcopino CID 2007)
- * Innocuité du cotrimoxazole lors de la grossesse

RISQUE DE COMPLICATIONS chez la femme enceinte et le FOETUS

- * Malgré un niveau de preuve très faible, il est recommandé de
 - traiter toute fièvre Q aigüe pendant la grossesse pendant au moins 5 semaines (grade C) et
 - jusqu'à 2 semaines avant la naissance (éviter l'ictère néonatal)
 - avec du cotrimoxazole (accord professionnel, hors AMM).
- * Toute fièvre chez une femme enceinte en zone d'épizootie doit faire rechercher une fièvre Q.

RISQUE DE PASSAGE A LA FORME CHRONIQUE

RISQUE DE PASSAGE à la forme CHRONIQUE

- * Estimation de passage à la forme chronique variable selon les études : 5% (Tissot-Dupont CID 2007), 1,6% (Van der Hoek CID 2011)
- * En présence de facteurs de risque :
 - * valvulopathies, anévrismes, prothèses valvulaires ou vasculaires
 - * risque varie de 39% (Fenollar F CID 2001) à 11,5% (Wegdam-Blans J Clin Microbiol Infec Dis)

CONDUITE A TENIR CHEZ LES EXPOSES

CAT chez les EXPOSES

- * En cas de troupeau excréteur connu :
 - information des professionnels de l'élevage par les services de santé-sécurité au travail
 - équipement pour les tâches les plus à risque fortement recommandé
 - identification des personnes à risque de fièvre Q chronique, réalisation d'une sérologie et éviction des tâches les plus à risque

Absence de risque
connu dans l'élevage

Elevage avec risque
avéré de FQ pour
l'homme

Mesures
contre la FQ
animale

Mesures générales de
surveillance sanitaire de
l'élevage

Plan de maîtrise de la FQ
dans les élevages
(Expertise Acersa 2007)

Prévention
individuelle
chez les
professionnels

Mesures générales
d'hygiène
Surveillance
individuelle et
consultation en cas de
signes d'appel

- Renforcement des mesures d'hygiène individuelles.
- EPI recommandé pour toutes les tâches à risque d'aérosolisation.
- CI des tâches les plus exposantes pour les professionnels à risque.
- Renforcement de la surveillance individuelle et de la surveillance médicale des professionnels à risque

PREVENTION (suite)

- * Pas d'antibioprophylaxie: retarde l'apparition des signes
- * Vaccin (GEFENAITE vaccine 2011) : existe en ATU.
 - utilisé depuis > 10 ans en Australie
 - efficace, tolérance (effets locaux) à condition de
 - rechercher une immunité anti-*Coxiella burnetii* préalable par
 - IDR, sérologie ou test de stimulation INFgamma (Schoffelen CID 2013).
Si présence: contre-indication au vaccin.

RECOMMANDATIONS: fièvre Q aigüe

- Traitement : doxycycline 200mg/j pendant 15-21j
- Surveillance sérologique et clinique
 - à 3 et 6 mois si absence de facteurs de risque,
 - À 3, 6 et 12 mois en présence de facteurs de risque
- A rechercher chez toute femme enceinte fébrile en zone d'épizootie.
- Traitement par cotrimoxazole 1600mg/j jusqu'à 2 semaines avant l'accouchement.
- A rechercher chez personnes à risque de forme chronique
- Eviction des tâches les plus exposantes chez les personnes à risque.

CONCLUSION

- * Il reste beaucoup d'incertitudes. Nécessité d'études bien conduites pour préciser:
 - Le risque estimé chez la femme enceinte
 - Le traitement chez la femme enceinte
 - Les marqueurs prédictifs du passage à la forme chronique
 - Le traitement des formes chroniques
 - Les populations ciblées par la vaccination



Tommy Arma