

Cas clinique n°4: PAC au retour d'un voyage dans la péninsule arabique

Dr Carole ELDIN

CHU Nord-APHM

Unité des Virus Emergents (UVE)



- Vous êtes d'astreinte téléphonique en infectiologie au sein d'un ESR, il est 19H un vendredi soir, vous recevez un appel d'un urgentiste de centre hospitalier périphérique.
- Il a besoin d'un avis concernant un patient qui se présente avec une toux fébrile et une douleur thoracique au retour d'un voyage au Qatar. Comme c'est une fièvre au retour de voyage il a pensé à vous appeler au cas où.

1. Quelle est la première question à lui poser?



• Patient en chambre seule aux urgences ? Isolement?

Fiche REB – Infection à MERS-CoV

Repérer et prendre en charge un patient suspect
INFORMATION pour les SAMU et autres soignants de 1^{ère} ligne

MERS-CoV

QUESTIONS-CLES pour les SOIGNANTS de 1^{ère} LIGNE

► Contenu susceptible d'évoluer pour s'adapter à la situation épidémiologique.

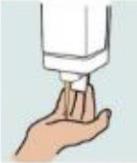


1 – Quel est le motif de la consultation ?

2 – Le patient a-t-il de la fièvre et des signes respiratoires ?

- ⇒ Température prise et $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- ⇒ Toux, dyspnée ?





**Fièvre + toux
= MASQUE**



- Vous recommandez à l'urgentiste qui voyait le patient sur un brancard dans le couloir, d'isoler immédiatement le patient



Patient: chirurgical



Soignant: FFP2 « Canard »



- Vous demandez à l'urgentiste les premiers éléments de l'interrogatoire concernant le voyage et l'histoire de la maladie:
 - Patient de 45 ans, tabagique actif à 1 paquet par jour, pas d'autre antécédent, séjour au Qatar de 3 semaines pour raisons professionnelles
 - Est resté en ville à Doha, sauf le dernier week-end du séjour où une sortie dans le désert était organisée, a passé plusieurs soirées invité chez des collègues de travail là-bas
 - Il est revenu il y a 5 jours et les signes cliniques ont débuté à sa descente de l'avion où il a ressenti des frissons et où une toux est apparue
- **2. Quels éléments devez-vous faire préciser par l'urgentiste à l'interrogatoire afin de classer le cas concernant le risque de contamination à MERS-COV?**

- Notion d'exposition :

- Hospitalisation sur place
- Contact avec un cas possible ou confirmé
- Contact avec des camélidés et/ou leur produit (viande crue, laitages non pasteurisés)



- Réponse:
 - Lors d'une soirée chez des collègues là-bas, l'un des convives a toussé toute la soirée
 - Pendant la sortie dans le désert il a bu du lait de dromadaire qui venait d'être trait
- **3. Comment ce cas devrait-il être classé?**

Surveillance des infections liées au MERS-CoV

(Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)

Définition de cas

Document mis à jour le 10 juin 2024

Cas possible :

a) Tout personne présentant un tableau clinique sévère avec :

- Un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

OU :

- Une pneumopathie hypoxémiante définie par une oxygénorequérance associée à des anomalies sur l'imagerie de thorax, avec une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$

ET :

- Ayant voyagé ou séjourné dans un pays à risque (listés ci-dessous) dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes.

b) Tout personne présentant un tableau clinique d'infection respiratoire aiguë, quel que soit le niveau de gravité :

ET au moins une des expositions à risque listées ci-dessous, dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes :

- Contact (ex : famille, soignants) avec un cas possible ou confirmé lorsque que celui-ci était malade (i.e. symptomatique) ;
- Activité professionnelle ou hospitalisation dans un établissement de soins situé dans un pays à risque (cf. liste ci-dessous) ;
- Contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal (lait non pasteurisé, viande crue, urine) dans un pays à risque (cf. liste ci-dessous).

Pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, il faut considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

Zones à risque actuellement



4 – Le patient revient-il de la péninsule Arabique ?

⇒ *Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen*

○ **depuis moins de 14 jours ?** *Si oui, dates du séjour ?*

Visuels : WHO/OMS, CDC, DR

- 3. Quelle est votre conduite à tenir dans les heures qui viennent?

- Appeler l'ARS pour informer et décider du classement du cas en « cas possible »
- Transfert à organiser vers ESR, patient isolé, SAMU
- Réalisation d'examens complémentaires de préférence une fois le patient arrivé au sein de l'ESR, mais à discuter en fonction du tableau clinique
- Examens paracliniques minimum recommandés : radio thorax
- Confirmation virologique par laboratoire régional et/ou CNR des virus respiratoires (transfert du prélèvement en triple emballage)

- 4. Diagnostics différentiels?

- Autres virus respiratoires: grippe, VRS, SARS-Cov 2...
- Pneumonie bactérienne
- Tests possibles une fois diagnostic de MERS-Cov écarté
- Si tableau sévère ou selon protocoles de services: antibiothérapie probabiliste de pneumonie+/- Tamiflu/Paxlovid....

Est-ce que c'est déjà arrivé en vrai en France?

Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission

*Benoit Guery, Julien Poissy, Loubna el Mansouf, Caroline Séjourné, Nicolas Ettahar, Xavier Lemaire, Fanny Vuotto, Anne Goffard, Sylvie Behillil, Vincent Enouf, Valérie Caro, Alexandra Mailles, Didier Che, Jean-Claude Manuguerra, Daniel Mathieu, Arnaud Fontanet, Sylvie van der Werf, and the MERS-CoV study group**

Lancet 2013

1 cas importé (Dubai) et un cas nosocomial secondaire (patient ayant partagé la chambre 3 jours) car

diagnostic du premier cas tardif (tableau digestif initial)

Les deux patients étaient immunodéprimés

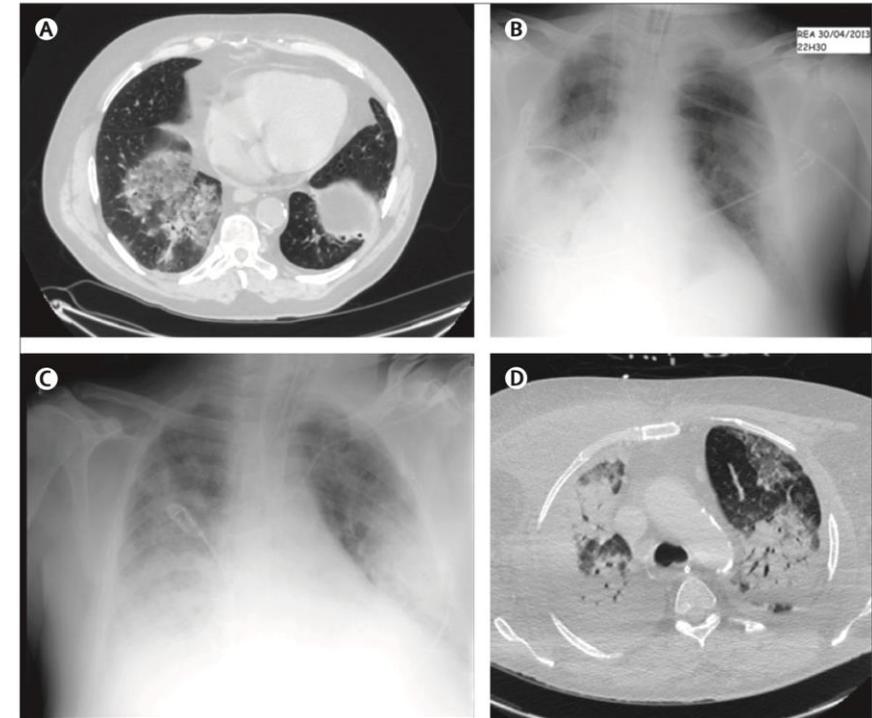


Figure 1: Radiographs and CT scans of the chest of patient 1
(A) CT scans of the chest obtained on April 24. Substantial bilateral ground-glass opacity and consolidation can be seen. (B, C) Chest radiographs. Groundglass opacity and condensation, mainly on the lower right lobe, were noted on April 30 (B). Bilateral around-glass opacity and consolidation were noted on May 8 (C). (D) On May 17, the CT

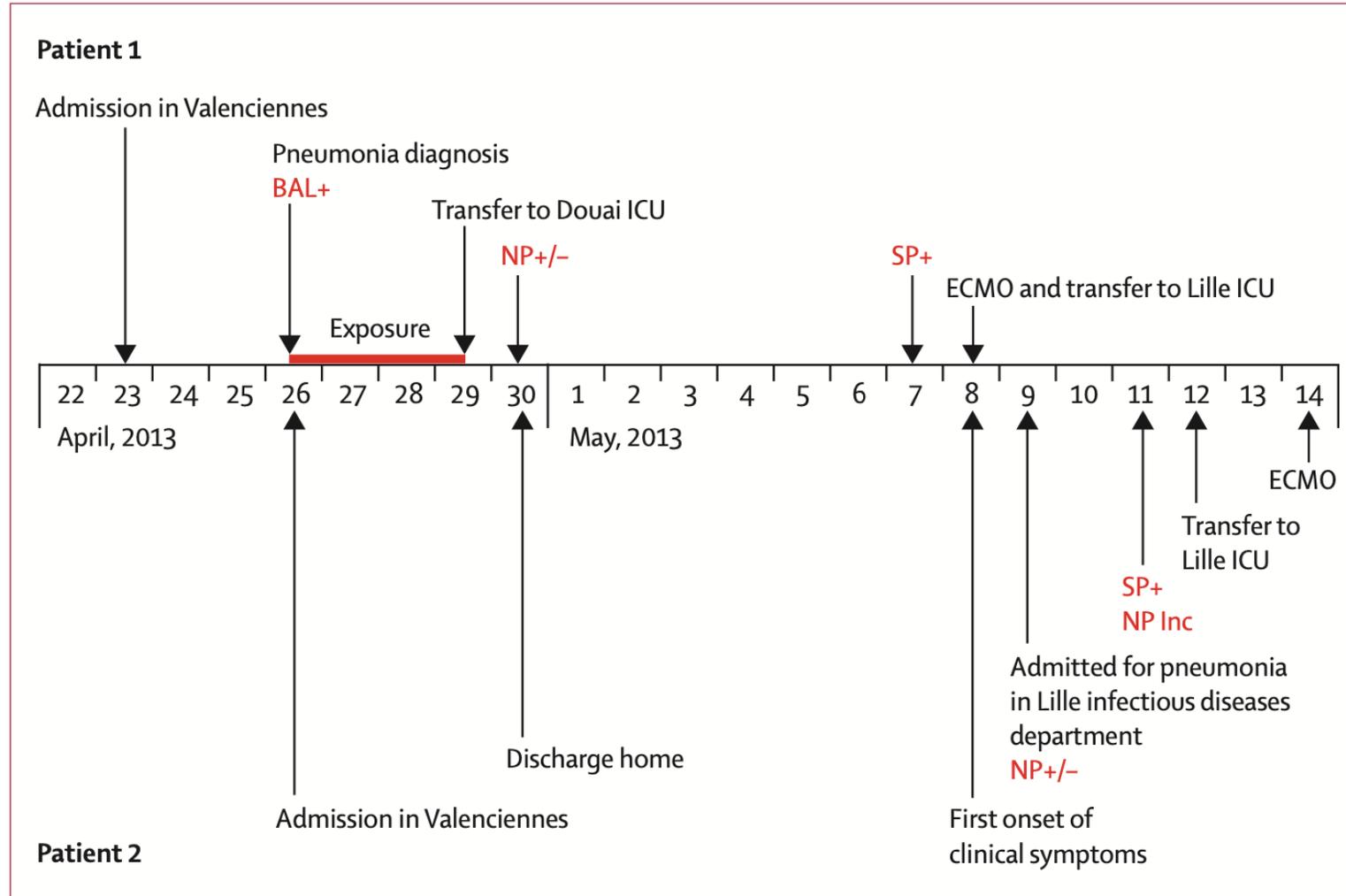


Figure 3: Timeline of pertinent exposure, dates of illness, and virological findings in patients 1 and 2

Exposure (bold red line) shows the period during which the two patients shared the same room.

BAL=bronchoalveolar lavage. NP=nasopharyngeal swab. SP=sputum. Inc=Inconclusive. ECMO=extracorporeal membrane oxygenation. ICU=intensive-care unit.

Dernier cas importé en Europe: 2018



European Centre for Disease Prevention and Control
An agency of the European Union

New case of MERS-CoV identified in the United Kingdom

News

24 Aug 2018

The patient is a resident of the Middle East, where they are believed to have been infected before travelling to the UK. The case was initially admitted to a hospital in Leeds and subsequently transferred to the Royal Liverpool Hospital, an expert respiratory infectious disease centre. The patient is currently stable and receiving treatment.

The national authorities are currently identifying close contacts with the individual to monitor their symptoms and provide health advice. This includes a small number of passengers who travelled in close proximity to the patient on flight Saudi Arabian Airlines SV123 to the UK on 16 August. In its risk assessment, ECDC recommends that close contacts of confirmed cases must be monitored for symptoms for 14 days after the last exposure.

SUMMARY



0
Newly reported cases



2613
Laboratory-confirmed cases reported since April 2012



12
Countries reported cases since April 2012 in the Eastern Mediterranean Region



943
Deaths reported since April 2012



27
Countries reported cases globally

Table. 1. Number of MERS cases in the Eastern Mediterranean Region by month and outcome in 2024

2024	Survived	Died
January	0	1
February	0	0
March	0	1
April	0	2
May	0	0
Total	0	4