

# Fièvres hémorragiques virales africaines importées en Occident : analyse du parcours de soins et pertinence des recommandations pour la prise en charge



D. Andriamanantena, C. Rapp  
HIA Bégin, Saint-Mandé  
JNI 2011



# Fièvres hémorragiques virales (FHV) à transmission interhumaine = **Ebola, Marburg, Lassa, CCHF**

- rares mais → **parfois épidémies avec** :
  - **mortalité élevée** (15-30 % pour CCHF et Lassa hospitalisés, 50 - 80% pour Ebola et Marburg)
  - **cas secondaires en milieu de soins**
  - traitement surtout symptomatique, pas de vaccin disponible
- Recommandations prise en charge cas importés =
  - CDC en 1988 dernière mise à jour 1995
  - CNR FHV en France 1989 → HCSP 2001 (prise en charge des infections virales aiguës importées, hautement contagieuses)
- Peu de cas de FHV africaines importées en Occident rapportés (cas individuels, sporadiques)

# Objectifs

- Synthèse cas importés FHV africaines en Occident
- Analyse modalités de mise en œuvre mesures d'isolement et impact sur survenue de cas secondaires
- Évaluer pertinence des recommandations

# Transmission interhumaine des FHV africaines = contact avec liquides biologiques

- Liquides biologiques = sang, selles, vomissements, urines, sécrétions pharyngées
- Contact associé à :
  - **stades avancés de la maladie** (pas de transmission en phase d'incubation ou au stade précoce avec fièvre isolée)
  - **circonstances d'exposition**
    - direct proches / soins / toilette funéraire
    - indirect / réutilisation matériel soins
    - pas de transmission interhumaine par voie aérienne rapportée
      - **amplification épidémie milieu de soins**
      - décès de personnels hospitaliers révélateur d'épidémie**

FHV africaine = pathologie rare, diagnostic difficile  
(syndrome hémorragique inconstant et différé)

⇒ **Risque principal en Occident =  
transmission nosocomiale d'un cas importé  
diagnostiqué tardivement**

→ Elaboration de recommandations =  
**mesures d'isolement contraignantes dès la suspicion de FHV**  
dans l'attente de la confirmation diagnostique  
(sérologie, RT-PCR, Ag-capture, culture)

# Isolement des cas suspect ou confirmé de FHV

- CDC 1983, mises à jour 1988 et 1995 :
  - envisager chambre P négative dès la prise en charge pour éviter transfert à un stade tardif (mal toléré et ↑ risque transmission)
- HCSP 2001 infections virales importées hautement contagieuses
  - chambre individuelle avec sas pour habillage (blouse, gants, masque FFP2, lunettes)
  - chambre à P négative si possible, mais ne constitue pas motif de transfert systématique

# Parcours de soins des FHV africaines importées en Occident : matériel et méthode

- **Recueil =**
  - alertes **ProMed mail** (Programme de Surveillance des maladies émergentes ; repose sur système électronique de notification)
  - + **Pubmed** (mots clés «imported viral hemorrhagic fever »)
- **Critères = cas confirmés de FHV africaines importées**, à transmission interhumaine (Ebola, Marburg, Lassa, CCHF) depuis dernières mises à jour des recommandations CDC

# Résultats (1) : caractéristiques cliniques des FHV africaines importées

- 1<sup>ère</sup> alerte en 1997 - 16 cas entre 1997 et 2010 Europe-USA
  - 11/16 = fièvre de Lassa
- Manifestations cliniques :
  - Manifestations hémorragiques 6/16
  - Diarrhée, vomissement 6/16
  - Odynophagie, toux, SF respiratoires 4/16
  - Neurologiques (Lassa ++)  
4/16



## Résultats (2) : évolution des FHV africaines importées

- décès / FHV 7/16
- décès / autre cause (EP) 1
- Guérison 5
- évolution inconnue 3

## Résultats (3): parcours de soins

- 5 rapatriements sanitaires / 11 cas hospitalisés après le retour
- Mesures d'isolement =

Isolement	/ 16	Délai de mise en œuvre de l'isolement
Précautions standard	5	
Chambre individuelle avec sas	6	3 jours (2) / 16 jours / inconnu(3)
Chambre à pression négative	3	6 heures / 2 jours (après PEC initiale en chambre à 3) / inconnu
Non décrit	3	

## Résultats (4): enquêtes autour des cas

- **Recherche de cas secondaire =**
  - interrogatoire
  - couplé à sérologie pour 2 enquêtes
  - pour 5 malades, recherche des contacts non décrite
- **+ de 1722 contacts** identifiés
- **0 cas secondaire symptomatique, 1 séroconversion**

# Discussion (1)

- Risque de FHV africaines importées en Occident faible mais réel
- Respect des précautions standard = toujours efficace :  
cf cas rapatriés et cas isolés secondairement (en cours d'hospitalisation)
- Tableau clinique peu spécifique, diagnostics différentiels nombreux
- Peu de services hospitaliers équipés de chambres à pression négative (67 en France)<sup>1</sup>

⇒ **Pertinence de l'isolement en chambre à pression négative pour tout cas suspect de FHV discutée**

<sup>1</sup> Fusco et al . *Journal of Hospital Infection* 2009;73,:15-23

## Discussion (2)

- Fréquence des risques d'exposition aux liquides biologiques pour les cas rapportés :
  - diarrhée-vomissements, signes respiratoires, manifestations hémorragiques
  - soins intensifs (2), réanimation (3 intubations), chirurgie digestive (1)
- Isolements en chambre individuelle avec sas (6/16) plus fréquents qu'isolement en chambre à pression négative (3/16)
- 1 cas secondaire / prélèvement pharyngé sans masque

⇒ **transmissibilité moins importante que redoutée lors de la rédaction des recommandations mais...**

## Discussion (3)

- Virus FH africaine restent agents hautement pathogènes, cf gravité des cas importés hospitalisés (mortalité 46,7 %)
- Risque de transmission nosocomiale non nul

→ **Qui isoler en pratique ? Comment ?**

⇒ **intérêt des centres référents<sup>2</sup>**

<sup>2</sup> *Bannister et al. Lancet Infect Dis 2009; 9: 45-56*

# Discussion (4)

## intérêt centres référents

- **Moyens :**
  - spécialiste en maladies infectieuses (diagnostics différentiels)
  - chambres individuelles avec sas
  - laboratoire (équipements de sécurité)
  - soins intensifs
- **Protocoles écrits**, équipes entraînées, circuit identifié (patient, prélèvements)

# Discussion (5)

## intérêt centres référents

- 2 scénarios :
  - rapatriement sanitaire vers centres référents
  - conseils à structure d'accueil (transfert / SAMU si nécessaire)
- **Mise en œuvre graduelle des mesures d'isolement en fonction du niveau de risque présumé de transmissibilité = probabilité diagnostique + risque transmission / tableau clinique**



# Conclusion

- FHV africaines importées restent maladies rares, mais graves
- Pour ↓ risque de cas secondaire nosocomial application rigoureuse des PS et mesures barrières = nécessaire et suffisant
- Place de l'isolement en chambre à pression négative pour tout cas suspect non indispensable
- Intérêt réunions d'experts pour la mise à jour des protocoles standardisés