

# Fièvres Hémorragiques Virales (FHV)

## Repérer et prendre en charge un patient suspect en France

### INFORMATION pour les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne

Les FHV, transmissibles par contact avec tous les fluides corporels, sont potentiellement graves. En contexte **d'épidémies / endémie de FHV** en Afrique de l'Ouest et Centrale, Lassa restant la plus exportée, et Ebola et Marburg responsables de résurgences fréquentes, il est essentiel que dès le 1<sup>er</sup> contact d'un patient suspect avec le système de santé, **soit organisé, par les 1<sup>ers</sup> soignants, le recours rapide à l'expertise, avec une application stricte des mesures de protection, tout en recherchant les diagnostics alternatifs plus probables dont le paludisme.**

### Dépister - Patient suspect = Tableau clinique (< 21 jours après exposition) ET Exposition compatibles

► **Dépister = Protéger**

Tableau clinique : fièvre >38°C de début brutal et / ou syndrome clinique compatible parmi :

- asthénie, céphalées, douleurs abdominales, odynophagie, dysphagie, conjonctivite, rash, hépatosplénomégalie, toux
- signes évocateurs souvent après J5 : diarrhées, vomissements, hémorragies cutanéomuqueuses et viscérales, voire méningo-encéphalite plus tardive

Exposition : en zone d'alerte épidémique et zone endémique notamment milieu rural ; contact avec tout fluide biologique de patient cas possible, confirmé, guéri ou d'animal possiblement infecté.

► **Sans négliger le diagnostic alternatif** pour éviter tout préjudice pour le patient et débiter un éventuel traitement anti-infectieux d'épreuve

**Autres causes de fièvre au retour d'Afrique :**

**Paludisme**, infection bactérienne (dont méningococcie, salmonellose, leptospirose) ou virale (grippe, hépatite, arboviroses : fièvre jaune, dengue, Chikungunya, fièvre de la vallée du Rift...)

Hémocultures, PL à réaliser seulement une fois le diagnostic FHV exclu.

### >> Recours à la triade d'expertise : infectiologue référent REB + SAMU Centre 15 + CNR des FHV

Si patient classé « cas possible »

>>> Information astreinte de l'ARS

>>> Transfert du patient par une équipe dédiée du SAMU de L'ESR pour confirmation du diagnostic

### Protéger - Dès la suspicion (s'appuyer sur recommandations rapport HCSP Ebola 17/03/2022

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1228> )

► **Patient** : isolement en chambre individuelle séparée du flux des patients de la structure de soins, usage de solution hydro-alcoolique (SHA), port de masque à usage médical.

► **Soignant** : précautions standard + précautions complémentaires « renforcées REB » : SHA, masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, surblouse imperméable (ou casaque chirurgicale), charlotte, surchaussures, double paire de gants non stériles, port de lunettes largement couvrantes (lunette-masque ou visière), soins regroupés pour limiter le risque d'exposition.

- si forme excrétante : SHA, masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, combinaison intégrale étanche aux liquides (ou à minima surblouse imperméable ou casaque chirurgicale avec cagoule chirurgicale et surbottes) avec tablier plastique imperméable, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes (lunette-masque ou visière), surchaussures.

► **Organisation des soins** : équipe dédiée et entraînée, travail en binôme, médecins et infirmier(e)s expérimentés (pas d'étudiant).

► **Gestion des déchets de soins et effluents gélifiés** : filière spécifique avec incinération.

► **Identification précoce des personnes contact** avec l'ARS pour les contacts communautaires et avec les hygiénistes et la santé au travail pour les contacts en milieu de soins (définition des contacts du HCSP 01/12/2021 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1129>).

### Prendre en charge

► **Recherche de signes de gravité** : manifestations hémorragiques, signes neuro-psychiques, hoquet rebelle, sepsis grave ; prise en compte d'éventuelles co-morbidités (grossesse, délai d'accès aux soins).

► **Traitement du patient, au plus tôt** pour éviter tout préjudice de perte de chance (d'autant plus si prise en charge retardée par nécessité d'un transfert en ESR) après avis RCP avec infectiologue référent et en lien avec ANSM :

- au minimum symptomatique, d'autant plus si signes de gravité : mesures d'hydratation et de réanimation si nécessaire - contre-indication aux AINS et anticoagulants,
- anti-infectieux d'épreuve : antibiothérapie probabiliste et/ou traitement anti-palustre,
- traitements spécifiques, indications et modalités :

Ebola : anticorps/antiviraux selon rapport HCSP 17/03/2022

Autre FHV : traitement à discuter collégialement (ANSM/CNR)

► **Alerte et orientation** : dès suspicion de FHV validée par triade d'expertise en cas possible, contact ARS et, si nécessaire, transfert par SAMU compétent vers l'ESR.

► **En lien avec CNR : choix des prélèvements à réaliser, confirmation ou infirmation virologique dès que possible.**

► **Vaccination uniquement pour Ebola** à envisager seulement si virus Ebola Zaïre, pour les soignants et éventuels personnes contacts.

**Infectiologue référent** à joindre : Nom : ..... tél. ....

**CNR des FHV (H 24)**: tél. 04 37 28 24 40

**ARS, tél** .....

# Alerte Marburg- Octobre 2024

## Rwanda

### Contexte

- Au 17 octobre 2024, 62 cas confirmés dont 15 décès.
- La majorité des cas concernaient des professionnels de santé laissant à penser que les premières chaînes de transmission n'ont pas été détectées précocement.
- Des mesures ont été mises en place au Rwanda dès le diagnostic des premiers cas.
- Risque de propagation aux pays voisins : cas signalés près des frontières avec la RDC, la Tanzanie et l'Ouganda.
- Risque d'importation en Europe jugé modéré faible (ECDC)

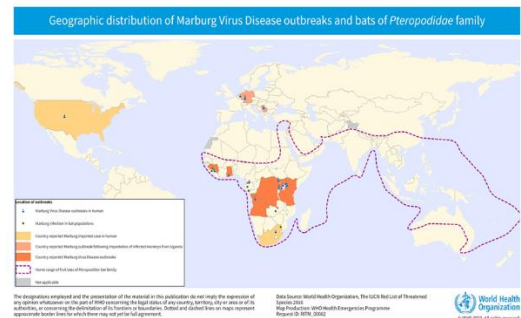


Figure 1 : OMS

### Particularités de l'agent infectieux

Virus Marburg :

- Période d'incubation : de 2 à 21 jours, généralement de 5 à 9 jours
- Diagnostic uniquement par le CNR FHV (pas de kits commerciaux disponibles et validés)
- Pas de vaccination ni traitements spécifiques validés
- Clinique inaugurale non spécifique cependant l'odynophagie, le rash, les tableaux volontiers gastro-intestinaux et l'atteinte respiratoire (dyspnée sans toux) sont des signes les plus spécifiques avant l'apparition des signes hémorragiques non constants et d'apparition secondaire.

### Check-list FHV – soignant de 1<sup>ère</sup> ligne

Le patient revient-il de la zone d'exposition depuis moins de 21 jours ? Si oui, dates du séjour ?

- Préciser les facteurs d'exposition : contact avec un malade cas possible ou confirmé, activité de soins

Le patient a-t-il des signes compatibles avec une FHV ? Si oui, lesquels ?

- Fièvre : objectivée, depuis quelle date ?
- Asthénie, céphalées, douleurs diffuses, odynophagie, dysphagie, conjonctivite, rash, hépatosplénomégalie
- Forme excrétoire = diarrhées, vomissements, hémorragies

**Les mesures de protection (Précautions complémentaires renforcées REB) sont-elles prises ?**

- Patient : isolement chambre individuelle, SHA, masque à usage médical
- Soignant : SHA, masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, surblouse imperméable (ou casaque chirurgicale), charlotte, surchaussures, double paire de gants non stériles, port de lunettes largement couvrantes (lunette-masque ou visière).
- Si forme excrétoire : SHA, masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, combinaison intégrale étanche aux liquides (ou à minima surblouse imperméable ou casaque chirurgicale avec cagoule type chirurgicale et surbottes) avec tablier plastique imperméable, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes (lunette-masque ou visière), surchaussures.



Figure 2. Combinaison intégrale avec APR, lunettes couvrantes/visières, double gants, surchaussures, tablier (Source INRS)

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