

Infection au virus de la poliomyélite : repérer et prendre en charge un patient suspect en France

Maladie contagieuse provoquée par le poliovirus (famille picornavirus, genre Enterovirus, sérotypes 1, 2 et 3), qui peut envahir le système nerveux et entraîner en quelques heures des paralysies irréversibles. Vaccination préventive efficace. Programme mondial d'éradication – OMS : diminution de 99 % du nb de cas depuis 1988, éradication de 2 souches de virus sauvage sur 3 (sérotypes 2 et 3). Sérotype 1 endémique au Pakistan et Afghanistan (détecté Mozambique et Malawi, cf polioeradication.org). Epidémies à poliovirus dérivés du

virus vaccinal (VDPV) augmentant depuis 2016, détectées surtout en Afrique, mais aussi en Ukraine (couverture vaccinale insuffisante), Yémen et Israël, nécessitant les mêmes recommandations de prise en charge. Détection en 2022 de VDPV2 génétiquement proches dans les eaux usées de Londres et l'Etat de New York, 1 cas de poliomyélite à VDPV2 dans l'Etat de New York. Vaccination obligatoire depuis 1964 en France. Couverture vaccinale : 90,9% (3 doses à 24 mois). Maladie à Déclaration Obligatoire.

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

► Dépister = protéger

Tableau clinique : plus fréquent chez enfants < 5 ans - formes asymptomatiques 90%. Syndrome grippal (fièvre, fatigue, céphalées) pouvant s'accompagner de vomissements, raideur de nuque (méningite aseptique), myalgies particulièrement intenses. **Dans 1 à 2% des infections : à J6-8**, fièvre + paralysie flasque, asymétrique, prédominant aux membres inférieurs, ascendante, sans troubles sensitifs, maximale après 3-5 jours d'évolution. Jusqu'à 10 % de décès par paralysie des muscles respiratoires, en l'absence de mesures palliatives. Séquelles avec paralysies résiduelles de degrés variables.

Exposition : en l'absence de vaccination à jour, contact avec patient infecté, via ses sécrétions respiratoires ou ses fèces (contagiosité maximale pendant 7 à 10 jours débutant avant les symptômes via les sécrétions respiratoires et excrétion dans les fèces durant 3 à 6 semaines avec un risque moindre de transmission), ou un environnement contaminé (ingestion eau ou aliments contaminés), en particulier au retour d'une zone à risque (zone avec circulation avérée de poliovirus sauvage ou de VDPV).

► **Sans négliger le diagnostic différentiel** : syndrome de Guillain-Barré, myélite aiguë transverse, autres infections virales (entérovirus, arbovirus) ou toxinique (botulisme).

Recours à l'expertise : infectiologue

Protéger - dès la suspicion - Transmission interhumaine directe oro-fécale et respiratoire, et indirecte par voie alimentaire

► **Patient** : isolement en chambre individuelle, usage de solution hydro-alcoolique (SHA), port de masque chirurgical si signes respiratoires (dans le cadre des précautions standard).

► **Soignant** : précautions standard + précautions complémentaires contact avec désinfection de tous les objets souillés par les excréta du patient - L'exclusion pour cette prise en charge d'un professionnel non à jour de sa vaccination anti polio est souhaitable. ► **Gestion des déchets de soins et effluents** : filière DASRI.

► **Identification précoce des personnes contact** avec l'ARS pour les contacts communautaires, et avec les équipes opérationnelles d'hygiène et services de santé au travail pour les contacts en milieu de soins.

Prendre en charge

► **Recherche de signes de gravité** : signes neurologiques, détresse respiratoire

► **Pas de traitement curatif**. Prise en charge en hospitalisation avec avis infectiologue référent.

► **Traitement symptomatique** et surveillance de l'évolution de l'atteinte neurologique, pouvant nécessiter des mesures de réanimation.

► **Alerte et orientation** : dès suspicion de poliomyélite, **contact ARS / Cellule régionale de SpF** pour enquête épidémiologique. **Vaccination** : vérifier et mettre à jour selon calendrier vaccinal, chez patient et contacts (dans le doute : 1 dose de vaccin inactivé). **Maladie à Déclaration Obligatoire**.

► **Prélèvements - En lien avec CNR : MOT** - Virus de groupe 2 - PCR sur selles (2 prélèvements à 24h d'intervalle), prélèvement naso-pharyngé), LCR (rarement positif). Penser aux prélèvements complémentaires pour le diagnostic microbiologique différentiel (y compris entérovirus non polio comme l'EV-D68 ou l'EV-A71).

Infectiologue référent à joindre, nom :

Tél :

CNR des Enterovirus, biologistes référents : Bruno Lina ou Isabelle Schuffenecker, tél : 04-72-07-11-11

ARS, tél :

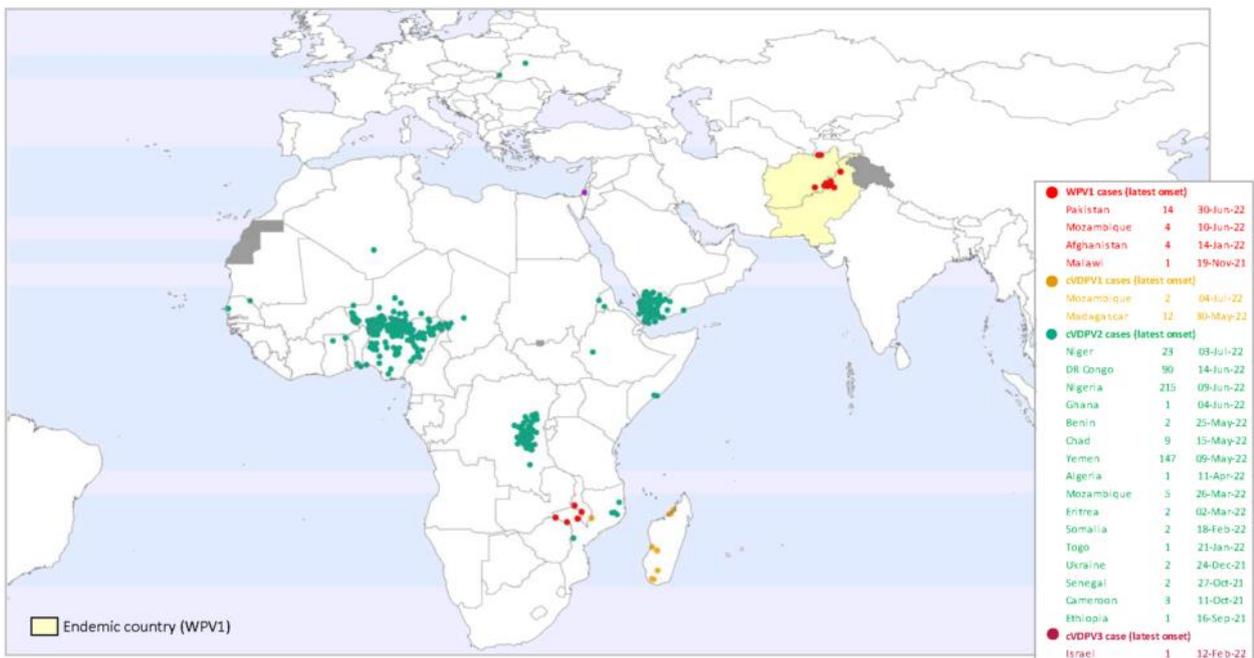
Poliomyélite : points-clés pour les soignants de 1^{ère} ligne

Signes d'alerte

1 - Fièvre avec myalgies intenses, parfois signes digestifs et méningite aseptique - Paralysie flasque asymétrique ascendante fébrile d'apparition brutale pour 1-2 % des formes

2- Patient non-vacciné ou venant d'une zone à circulation de poliovirus sauvages (Pakistan, Afghanistan) ou dérivés de virus vaccinaux (Afrique, Yémen et dans une moindre mesure Ukraine et Israël)

Global WPV1 & cVDPV Cases¹, Previous 12 Months²



¹Excludes viruses detected from environmental surveillance; ²Onset of paralysis 17 Aug. 2021 to 16 Aug. 2022

Data in WHO HQ as of 16 Aug. 2022

Carte : cas de poliomyélite dans le monde dans les 12 derniers mois, au 16/08/2022 (virus sauvage souche 1 + VDPV ; ne tient pas compte du virus détecté dans les eaux usées)

Mesures de protection



1 - Patient : SHA + isolement en chambre +/- masque chirurgical (si signes respiratoires)

2- Soignant : SHA + surblouse + gants non stériles (= précautions contact) +/- masque chirurgical (si signes respiratoires)

3 - Identification personnes contact + vaccination



Infectiologue référent à joindre :

Nom : [redacted] **Tél :** [redacted]

ARS => Déclaration Obligatoire, tél : [redacted]