

Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo (FHCC)

Repérer et prendre en charge un patient suspect

INFORMATION pour les soignants de 1^{ère} ligne

La FHCC est une forme potentiellement sévère de fièvre hémorragique virale (FHV). Le vecteur principal, la tique *Hyalomma* spp. est endémique dans certaines régions d'Asie dont la Turquie, d'Afrique, de l'Europe du Sud et de l'Est (péninsule ibérique et balkanique). Depuis cette année, le virus a été détecté chez des tiques en France. A date, aucun cas humain n'a été identifié en France.

La probabilité d'une transmission vectorielle autochtone reste faible mais à titre de prévention, et considérant le risque de transmission nosocomiale par contact avec tous fluides biologiques d'un patient infecté, il est essentiel pour les soignants, dès le premier contact avec un patient suspect, **d'organiser le recours rapide à l'expertise, avec une application stricte des mesures de protection**

Dépister = Protéger - Patient suspect : tableau clinique avec signes hémorragiques ET expositions compatibles ≤ 14 jours après l'exposition

► **Incubation de 2 à 14 jours (5 jours en moyenne). La plupart des formes sont pauci- ou asymptomatiques (80%).**

Tableau clinique :

=> **Phase initiale** : aspécifique, fièvre >38°C de début brutal, syndrome pseudo-grippal avec signes digestifs associant asthénie, céphalées, myalgies, nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, hépatosplénomégalie, polyadénopathies, vertiges, photophobie, rachialgies...

=> **Phase hémorragique** : atteintes cutanéomuqueuses et viscérales après J7 à J10 du début des symptômes.

Exposition :

=> **Au pourtour du bassin méditerranéen, en zone d'alerte épidémique ou zone endémique (retour de voyage) :**

- Piqûres de tiques (saisonnalité de fin mars à août - pic : avril-mai-juin)
- Contact avec fluides biologiques d'animaux sauvages/d'élevage

En France principalement :

- Bovins, ovins, caprins, équidés - infestation entre mars et juillet
- Lagomorphes (lapins sauvages, lièvres) - infestation entre début juillet et octobre

=> **Ou contact avec fluides biologiques d'un patient cas probable/confirmé.**

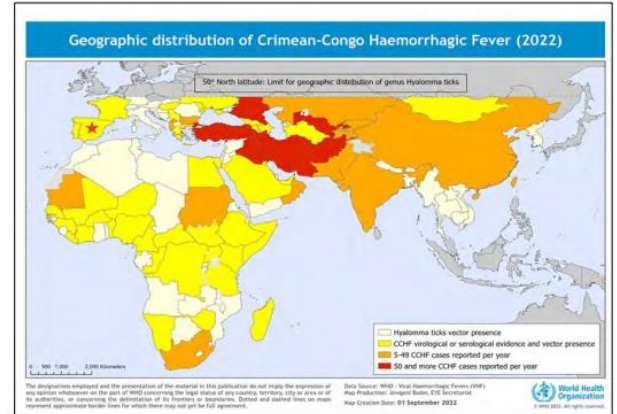


Figure 34 : Répartition des cas et de la présence du virus de la FHCC dans le monde.

Source : carte modifiée d'après l'OMS, 2022. En gris : pas de présence avérée de populations de tiques du genre *Hyalomma*, notamment au-delà de 50° de latitude nord ; en blanc : présence de tiques du genre *Hyalomma* ; en jaune : présence du vecteur et sérologie positive ★ : entre 1 et 3 cas de FHCC par an ; en orange : 4-49 cas de FHCC par an ; en rouge : plus de 50 cas de FHCC par an.

Lien ECDC : <https://www.ecdc.europa.eu/en/crimean-congo-haemorrhagic-fever/facts/factsheet>

Recours à l'expertise : infectiologue référent REB + SAMU Centre 15 + CNR des FHV pour classement

Si patient cas suspect validé par la triade d'expertise

- Orientation du patient vers un établissement de santé de référence (ESR) pour prise en charge clinique et diagnostique
- Selon CNR : choix des prélèvements à réaliser
- Signalement sans délai à l'ARS

Protéger - Dès la suspicion

► **Patient** : solution hydro-alcoolique (SHA), masque chirurgical et isolement en chambre/box individuelle

► **Soignant** : précautions standard + précautions complémentaires « renforcées REB » : SHA, APR FFP2 résistant aux projections, pyjama à 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 excrétaante (saignements, vomissements ou diarrhées) : ajout combinaison intégrale étanche (ou a minima surblouse imperméable ou casaque chirurgicale avec cagoule chirurgicale, double paire de gants non

stériles en nitrile et surbottes avec rajout de tablier plastique imperméable)

► **Organisation des soins** : équipe dédiée, travail en binôme, médecins et infirmier(e)s expérimentés (pas d'étudiant). Soins regroupés pour limiter le risque d'exposition

► **Gestion des déchets de soins et effluents gélifiés** : filière spécifique avec incinération, désinfection : solution d'eau javel à 0.5%

► **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

Prendre en charge en ESR

► **Rechercher les signes de gravité** : manifestations hémorragiques, signes de défaillance hémodynamique, prévenir le réanimateur dès l'arrivée du patient dans l'ESR

► **Diagnostic** : PCR FHCC sur prélèvement sanguin, réalisée par le CNR après accord ; organiser les modalités de transport : catégorie B de classe 6.2 code UN 3373-Le CNR réalise les diagnostics des autres FHV : Ebola, Marburg, Lassa en fonction de l'exposition du patient (retour de voyage en zone d'endémie).

► **Diagnostics différentiels** : en fonction du contexte (retour de voyage de zone impaludée, de zone d'endémie de FHV, piqûre de tique...) et de la présentation clinique : priorité aux prélèvements biologiques pris en charge en Laboratoire de Biosécurité niveau 3 (LSB3) de l'ESR : paludisme (TDR) si pertinent (ex : retour d'Afrique subsaharienne), conservation d'hémoculture avant démarrage d'un traitement probabiliste associant traitement antipaludique si besoin et traitement antibiotique à large spectre (C3G+/-intracellulaire par doxycycline), sérothèque arboviroses pour réalisation dès la levée de doute.

► **Traitement du patient, symptomatique**: mesures d'hydratation et de réanimation si nécessaire, contre-indication aux AINS et anticoagulants, **spécifique** : sur avis expert et collégial (infectiologue REB référent/ANSM/CNR/ARS). Ribavirine : efficacité discutée en curatif mieux documentée en situation de post-exposition, favipiravir : essais cliniques ou usage compassionnel.

Infectiologue référent REB : Service/CHU : tél. (astreinte) :

CNR des FHV : tél. : 04 37 28 24 43 ou 04 72 76 82 91

ARS (astreinte), tél. :