

## FICHE

## Autres maladies vectorielles à tiques

Adoptée par le Collège le 13 février 2025

## Principales caractéristiques des rickettsioses transmises en France

<b>Bactériologie</b>	Bactéries intracellulaires du genre <i>Rickettsia</i>
<b>Épidémiologie</b>	<p>Répartition géographique : cosmopolite</p> <p>Modalités de transmission : transmission vectorielle par les tiques (rickettsioses aussi transmises par les puces et les poux, mais non traitées ici)</p> <p>Rickettsioses à tiques en France métropolitaine, deux genres de tiques dures sont principalement impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Rhipicephalus</i></li> <li>– comprenant <i>R. sanguineus</i>, la tique du chien, vecteur de <i>Rickettsia conorii</i>, agent de la fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM), principalement active sur le pourtour méditerranéen), active en période estivale</li> <li>– et comprenant <i>R. pusillus</i>, vecteur de <i>R. sibirica mongolitimonae</i>, agent de la lymphangite à tiques <i>Lymphangitis Associated Rickettsia</i> (LAR)</li> <li>– et <i>Dermacentor</i> (comprenant <i>D. marginatus</i> et <i>D. reticulatus</i>, vecteurs de <i>Rickettsia slovaca</i>, agent principal du syndrome <i>Scalp Eschar associated with Neck Lymphadenopathy After Tick bite</i> (SENLAT), également désigné comme <i>Dermacentor-Borne Necrosis Erythema Lymphadenopathy</i> (DEBONEL) ou encore <i>Tick-Borne Lymphadenitis</i> (TIBOLA)), active de la fin de l'hiver au début du printemps, et en automne</li> </ul> <p>Réservoir principal : classiquement les canidés pour <i>R. sanguineus</i> et les ongulés pour <i>Dermacentor</i></p>
<b>Clinique</b>	<p>Incubation : quelques jours</p> <p><b>Fièvre boutonneuse méditerranéenne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sud de la Loire uniquement</li> <li>– Escarre d'inoculation</li> <li>– Associée à une fièvre, un syndrome pseudo-grippal et une éruption maculopapuleuse diffuse avec éléments purpuriques, paumes des mains et plantes des pieds non épargnées. Parfois : conjonctivite associée et autres complications, notamment neurologiques</li> <li>– Terrain à risque de formes plus sévères : diabète, éthylisme chronique</li> <li>– Mortalité : 2 et 5 % des cas</li> </ul> <p><b>SENLAT/TIBOLA/DEBONEL :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escarre d'inoculation au niveau du cuir chevelu</li> <li>– Associée à un fébricule, des adénopathies douloureuses, principalement cervico-occipitales, des céphalées et une asthénie. Complications possibles : une dermo-hypodermite très inflammatoire et fébrile peut se développer après quelques jours</li> </ul>

	<p>d'évolution au niveau du visage et/ou du cou en l'absence de traitement (diagnostic différentiel = tularémie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain plus touché : femmes et enfants</li> <li>- Évolution : bénigne mais les signes et symptômes peuvent persister jusqu'à plusieurs semaines après leur installation, même après traitement. Une alopecie séquellaire peut être possible au niveau de l'ancienne lésion</li> </ul> <p><b>LAR :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escarre d'inoculation</li> <li>- Associée à une lymphangite entre le site d'inoculation et une adénopathie douloureuse satellite +/- avec un syndrome pseudo-grippal</li> <li>- Aucun décès rapporté</li> </ul>
<b>Diagnostic paraclinique</b>	<p>Le diagnostic est avant tout clinique (escarre d'inoculation associée à d'autres signes cliniques ou symptômes)</p> <p>Direct par PCR : test diagnostique de première intention à partir de la croûte prélevée sur l'escarre, ou d'une biopsie de l'escarre, ou encore d'un écouvillonnage vigoureux de la lésion d'inoculation</p> <p>Indirect par sérologie : plusieurs semaines après le début des symptômes (peu intéressant en pratique clinique)</p>
<b>Traitement</b>	<p>Chez les adultes : doxycycline 200 mg/j en deux prises pendant 7 jours, chez les adultes</p> <p>Chez les enfants : doxycycline 4 mg/kg/j en deux prises (sans dépasser 200 mg/j) si &gt; 20 kg, pendant 7 jours ; ou azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise par jour si &lt; 20 kg pendant 3 jours</p> <p>En cas d'allergie : azithromycine 500 mg à J1 puis 250 mg par jour, pendant 3 jours au total</p>
<b>Déclaration obligatoire</b>	NON
<b>Prévention</b>	<p>Prévention contre les piqûres de tique</p> <p>Pas d'autre prévention spécifique</p>

## Principales caractéristiques de la tularémie

<b>Bactériologie</b>	<p><i>Francisella tularensis</i>, 2 sous-espèces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>F. tularensis tularensis</i> (Amérique du Nord)</li> <li>- <i>F. tularensis holarctica</i> (Europe)</li> </ul> <p>Bacille Gram négatif</p> <p>Tropisme intracellulaire facultatif</p>
<b>Épidémiologie</b>	<p>Présente dans tout l'hémisphère Nord (particulièrement États-Unis et pays scandinaves)</p> <p>Réservoir principal : animaux sauvages (lagomorphes, petits rongeurs) ou rarement familiers (chats, chiens), rarement morsures ou griffures animales ; rarement tiques</p> <p>Modalités de transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contact direct</li> <li>- projection de liquide sur les muqueuses</li> <li>- transmission vectorielle, principalement les tiques <i>Dermacentor +/- Ixodes</i></li> <li>- ingestion d'aliments ou d'eau contaminés</li> <li>- inhalation d'aérosols</li> </ul>

	Pas de transmission inter-humaine (sous réserve d'un cas décrit de transmission après transplantation)
<b>Clinique</b>	<p>Incubation 3-5 jours</p> <p>Début brutal, syndrome algo-fébrile</p> <p>Formes cliniques, selon la porte d'entrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ulcéro-ganglionnaire (transmission par contact cutané)</li> <li>- ganglionnaire</li> <li>- oculo-ganglionnaire (après projection de liquide contaminé)</li> <li>- oropharyngée (après ingestion)</li> <li>- pleuro-pulmonaire (primaire : inhalation, secondaire : dissémination)</li> <li>- septicémique (typhoïdique)</li> <li>- tularémides</li> </ul> <p>De nombreuses complications systémiques peuvent rarement être inaugurales : méningites, encéphalites, endocardites, infections ostéoarticulaires, etc.</p>
<b>Diagnostic</b>	<p>Il est nécessaire d'informer le laboratoire en cas de suspicion de tularémie chez un patient.</p> <p>Direct :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le plus souvent, PCR sur écouvillon d'escarre</li> <li>- plus rarement, isolement de la bactérie (culture positive dans 10 % des cas)</li> </ul> <p>Indirect : sérologie (diagnostic retardé). Une séroconversion ou une x 4 ou plus des titres sérologiques est une confirmation diagnostique.</p>
<b>Traitement</b>	<p>Doxycycline 200 mg/j (4 mg/kg/j chez l'enfant sans dépasser 200 mg/j si &gt; 20 kg), en 2 prises par jour, pendant 3 semaines</p> <p>Ciprofloxacine 500 mg x2/j (ou 30 mg/kg/j en 2 prises chez l'enfant), pendant 2 semaines</p> <p>Lévofloxacine 500 mg/j, pendant 2 semaines</p>
<b>Déclaration obligatoire</b>	OUI ( <a href="https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire">https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire</a> )
<b>Prévention</b>	<p><i>Prévention « promenades » :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vêtements couvrants lors des promenades en forêt</li> <li>- inspection systématique de l'ensemble du corps au retour de la promenade afin de détecter les tiques</li> <li>- éviter toute manipulation d'animaux trouvés morts et de tiques à mains nues (notamment ne pas écraser la tique avec les mains)</li> </ul> <p><i>Prévention « chasse » :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- éviter de chasser des animaux apparemment malades en vue de leur consommation</li> <li>- éviter toute manipulation d'animaux trouvés morts et de tiques à mains nues</li> <li>- gants étanches pour le dépeçage et l'éviscération du gibier</li> <li>- nettoyer méticuleusement le couteau en conservant les gants</li> <li>- se laver soigneusement mains et avant-bras après ces opérations</li> <li>- en cas de blessure accidentelle lors du dépeçage, de l'éviscération ou de la préparation culinaire, nettoyage immédiat de la plaie</li> <li>- cuire à cœur la viande de gibier</li> </ul> <p><i>Prévention « alimentaire » :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bien cuire les produits alimentaires préparés à partir de gibiers</li> </ul>

- ne pas consommer d'eau non potable (eau de source) en zone d'endémie de tularémie

*Prévention du personnel de laboratoire :*

Il est nécessaire d'informer le laboratoire en cas de suspicion de tularémie chez un patient.

## Principales caractéristiques de l'encéphalite à tiques

<b>Virologie</b>	Tick-Borne Encephalitis Virus (TBEV) appartenant au genre <i>Flavivirus</i> , famille <i>Flaviviridae</i> Trois sous-groupes antigéniques : <ul style="list-style-type: none"><li>- européen ou occidental (TBEV-EU)</li><li>- extrême-oriental (TBEV-FE)</li><li>- sibérien (TBEV-SIB)</li></ul>
<b>Épidémiologie</b>	Présente sur la partie septentrionale des continents euro-asiatiques Limite occidentale de la zone d'endémie dans la partie est de la France Réservoir principal : petits rongeurs Modalités de transmission : <ul style="list-style-type: none"><li>- transmission vectorielle : <i>I. ricinus</i> (TBEV-EU) et <i>I. persulcatus</i> (TBEV-FE)</li><li>- ingestion d'aliments contaminés, en particulier fromages au lait cru</li></ul>
<b>Clinique</b>	Incubation 1 à 6 semaines Évolution biphasique avec un intervalle approximatif de 2 semaines entre les deux phases : <ul style="list-style-type: none"><li>- première phase : syndrome pseudo-grippal durant quelques jours</li><li>- deuxième phase : méningite ou méningo-encéphalite lymphocytaire avec risque de séquelles à un an de 20 à 40 %. Ces séquelles sont variables selon la forme clinique initiale mais concernent souvent des troubles de type cognitif avec fatigabilité et difficulté de concentration.</li></ul> L'infection par le virus de l'encéphalite à tiques est souvent asymptomatique (dans environ deux tiers des cas) ou provoque une maladie bénigne, avec des symptômes pseudo-grippaux durant 5 jours en moyenne, qui disparaissent spontanément. Seulement un tiers des personnes vont présenter les deux phases, avec après une période sans plaintes (d'environ une semaine jusqu'à 20 jours), une deuxième phase plus grave de la maladie, avec inflammation méningée ou encéphalique.
<b>Diagnostic</b>	Sérologie : <ul style="list-style-type: none"><li>- critère fort = présence concomitante d'IgM et IgG</li><li>- présence isolée d'IgM : risque de faux positifs avec possibles réactions croisées avec d'autres arboviroses</li></ul>
<b>Traitement</b>	Aucun traitement curatif validé Prise en charge des séquelles de façon pluridisciplinaire (rééducation, etc.)
<b>Déclaration obligatoire</b>	OUI ( <a href="https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire">https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire</a> )
<b>Prévention</b>	Vaccination : <ul style="list-style-type: none"><li>- plusieurs vaccins disponibles en France adaptés à l'adulte et à l'enfant selon le vaccin avec des protocoles vaccinaux en trois doses en primo-vaccination et des rappels à 3 à 5 ans</li><li>- recommandée chez les personnes se rendant en zone d'endémie</li></ul> La vaccination reste à ce jour uniquement recommandée pour les personnes voyageant en Europe dans les pays à forte endémie

(<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1379>). Néanmoins, compte tenu du nombre croissant de cas chaque année en France, en particulier dans les régions frontalières, cette vaccination pourrait être proposée aux personnes ayant une exposition à risque dans les départements concernés.

#### Encéphalite à tiques

Trois vaccins inactivés, préparés à partir de deux souches différentes (Ticovac® adulte et Ticovac® enfant, et Encepur®,) sont disponibles en France :

- [Ticovac® enfant](#) : chez les enfants de 1 à 15 ans révolus
- [Ticovac® adulte](#) : à partir de 16 ans
- [Encepur®](#) : à partir de 12 ans

#### Schéma vaccinal

- Ticovac® enfant et Ticovac® adulte :
  - 3 doses à J0, entre M1 et M3 après la 1<sup>re</sup> dose, puis entre M5 et M12 après la 2<sup>e</sup> dose.
  - 1<sup>er</sup> rappel : 3 ans après la 3<sup>ème</sup> dose de primo-vaccination puis tous les 5 ans pour les personnes âgées de 1 à 15 ans (Ticovac® enfant), de 16 à 59 ans (Ticovac® adulte) ou tous les 3 ans pour celles âgées de 60 ans et plus (Ticovac® adulte).
- Encepur® :
  - 3 doses à J0, entre J14 et M3, puis entre M9 et M12 après la 2<sup>e</sup> dose.
  - 1<sup>er</sup> rappel : 3 ans après la 3<sup>ème</sup> dose de primo-vaccination puis si nécessité de doses de rappel : tous les 5 ans pour les sujets âgés de 12 à 49 ans ou tous les 3 ans pour ceux âgés de 50 ans et plus.

## Différences entre les borrélioses à fièvre récurrente et la borréliose de Lyme

	Borréliose à fièvre récurrente	Borréliose de Lyme
<b>Vecteur</b>	Tiques molles <i>Ornithodoros</i> Exception : tique dure <i>Ixodes</i> pour <i>B. miyamotoi</i>  Poux <i>Pediculus humanus corporis</i> pour <i>B. recurrentis</i>	Tique dure <i>Ixodes</i>
<b>Géographie</b>	Afrique, Asie, Amérique, Europe	Europe, Amérique du Nord
<b>Incubation</b>	3 à 20 jours (moyenne de 7 jours)	3 à 45 jours (moyenne de 15-21 jours)
<b>Évolution clinique</b>	1 phase de 3 jours (1-14 jours), suivie d'une phase d'apyrexie avec persistance des autres signes cliniques, récurrence/7 jours en moyenne	– 3 phases : – localisée précoce (érythème migrant) – disséminée précoce (< 6 mois) – disséminée tardive (> 6 mois)
<b>Clinique</b>		
<b>Fièvre</b>	Élevée Pendant 3 jours (1-14 jours) Puis phase apyrétique Récurrence tous les 7 jours en moyenne	Fébricule ou absence de fièvre
<b>Signes cutanés</b>	Rash maculo-papuleux Pétéchies	Érythème migrant Lymphocytome borrélien Acrodermatite chronique atrophique
<b>Signes articulaires</b>	Polyarthralgies, polymyalgies	Arthrite de Lyme précoce ou tardive

<b>Signes neurologiques</b>	Céphalées intenses Désorientation Agitation  Plus rarement : méningite lymphocytaire aiguë, méningo-encéphalite, myélite, hémiparésie, paralysie des nerfs crâniens	Méningite Méningoradiculite, paralysie faciale Radiculite
<b>Signes digestifs</b>	Douleurs abdominales Nausées, vomissements Anorexie Langue saburrale Hépatosplénomégalie sensible	
<b>Signes cardiaques</b>	Troubles de la conduction, myocardite	Troubles de la conduction
<b>Signes pulmonaires</b>	Toux, œdème pulmonaire, pneumopathie	
<b>Signes ophtalmologiques</b>	Uvéite	Variables
<b>Signes hémorragiques</b>	Pétéchies, épistaxis Rarement : hémorragie interne	
<b>Bactériémie</b>	Marquée	Faible et fugace (7 premiers jours post-piqûre de tique)
<b>Diagnostic direct</b>		
<b>Microscopie</b>	Oui	Non
<b>Culture</b>	Oui	À visée de recherche
<b>PCR</b>	PCR dans le sang	PCR dans le liquide articulaire ou dans une biopsie cutanée
<b>Diagnostic indirect</b>	À visée de recherche Pas de trousse commerciale existante	Sérologie ELISA confirmée par Western-Blot en cas de positivité
<b>Traitement</b>	Doxycycline 200 mg/j (4 mg/kg/j chez l'enfant > 20 kg, sans dépasser 200 mg/j) en 2 prises, pendant 10 jours  Si forme neurologique : ceftriaxone pendant 14 jours  Si borréliose à poux : doxycycline 200 mg/j en 1 prise unique	Doxycycline 200 mg/j (4 mg/kg/j chez les enfants > 20 kg sans dépasser 200 mg/j) en 2 prises, ou ceftriaxone 2 g/j en 1 prise, ou amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises  10 à 28 jours selon la forme clinique
<b>Déclaration obligatoire</b>	NON	NON
<b>Prévention</b>	Fièvres récurrentes à tiques : Prévention contre les piqûres de tique  Dans les zones géographiques particulièrement infestées : prophylaxie post-exposition par doxycycline en dose unique (200 mg) dans les 72 h après exposition  NB : Fièvres récurrentes à poux : lavage des vêtements et tous les tissus en contact (draps, serviettes de toilette) à 60 °C chez le patient et son entourage proche	Prévention contre les piqûres de tique Pas d'autre prévention spécifique

## Principales caractéristiques de l'anaplasmose granulocytaire humaine

<b>Bactériologie</b>	<p><i>Anaplasma phagocytophilum</i></p> <p>Bactérie intracellulaire de la famille des <i>Anaplasmataceae</i></p> <p>Apparentée à <i>Ehrlichia chaffeensis</i> agent de l'ehrlichiose humaine en Amérique du Nord</p>
<b>Épidémiologie</b>	<p>Décrite aux États-Unis et en Europe, dans les régions où les vecteurs (<i>I. ricinus</i>, <i>I. scapularis</i>...) sont présents</p> <p>Réservoir principal : rongeurs et cervidés principalement, mais aussi trouvée chez d'autres mammifères</p> <p>Modalités de transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transmission vectorielle par les tiques</li> <li>- transmission post-transfusionnelle rare mais décrite</li> </ul>
<b>Clinique</b>	<p>Incubation 7 à 21 jours</p> <p>Début brutal, syndrome algo-fébrile avec possibles autres manifestations (digestives, pulmonaires, cutanées, neurologiques...)</p>
<b>Diagnostic</b>	<p>Direct :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identification de <i>morulae</i> sur frottis sanguins : peu sensible</li> <li>- PCR : test diagnostique de première intention</li> <li>- sérologie : moins bonne valeur diagnostique</li> </ul> <p>Signes biologiques indirectement accompagnateurs et fréquents : thrombopénie, cytolyse hépatique</p>
<b>Traitement</b>	<p>Doxycycline, 200 mg/j (4 mg/kg/j sans dépasser 200 mg/j chez l'enfant &gt; 20 kg) en 2 prises, pendant 7 jours ; si enfant de &lt; 20 kg, rifampicine 20 mg/kg/j en 2 prises, pendant 7 jours</p>
<b>Déclaration obligatoire</b>	NON
<b>Prévention</b>	<p>Prévention contre les piqûres de tique</p> <p>Pas d'autre prévention spécifique</p>

## Principales caractéristiques de la babésiose

<b>Parasitologie</b>	<p>Multiplication intra-érythrocytaire d'un protozoaire parasite du genre <i>Babesia</i>, proche des parasites responsables du paludisme (<i>Plasmodium</i>).</p> <p>En Europe, trois espèces sont principalement responsables de babésioses humaines : <i>B. divergens</i>, <i>B. microti</i> et <i>B. venatorum</i>.</p> <p>En France métropolitaine, seules deux espèces ont été rapportées comme responsables de babésioses autochtones humaines : <i>B. divergens</i>, ainsi qu'une espèce phylogénétiquement proche de <i>B. crassa</i> récemment rapportée chez un patient splénectomisé.</p>
<b>Épidémiologie</b>	<p>Répartition géographique : hémisphère Nord</p> <p>Réservoir principal : petits rongeurs (pour <i>B. microti</i>), bovins (pour <i>B. divergens</i>), tiques</p> <p>Modalités de transmission : transmission vectorielle par les tiques, rares cas décrits de transmission transfusionnelle</p>
<b>Clinique</b>	<p>Incubation : 1 à 6 semaines</p> <p>Début brutal, fièvre élevée avec syndrome pseudo-grippal et possibles autres manifestations parfois formes sévères (neurologiques, hépatiques, anémie hémolytique mal tolérée, ictère et hémoglobinurie)</p>

	Formes graves chez sujets immunodéprimés dont splénectomisés
<b>Diagnostic</b>	<p>Direct :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identification de <i>Babesia</i> sur frottis sanguins et parasitémie : peu sensible, à répéter</li> <li>- PCR : test diagnostique de première intention</li> <li>- sérologie : moins bonne valeur diagnostique et qualité des techniques réalisées médiocre, sérologie non recommandée (notamment croisement avec <i>Toxoplasma gondii</i> et <i>Plasmodium sp.</i>)</li> </ul> <p>Signes biologiques autres : anémie hémolytique, thrombopénie, cytolyse hépatique hyperbilirubinémie, altération de la fonction rénale</p>
<b>Traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atovaquone (750 mg ou 20 mg/kg toutes les 12 heures) associée à l'azithromycine (500 à 1 000 mg ou 10 mg/kg) 1 jour, puis 250 mg/j (5 mg/kg)</li> <li>- OU la clindamycine 600 mg (7 à 10 mg/kg) toutes les 8 heures par voie orale associée à la quinine 8 mg/kg (sans dépasser 650 mg) <i>per os</i> toutes les 8 heures</li> <li>- pendant 7 à 10 jours</li> </ul>
<b>Déclaration obligatoire</b>	NON
<b>Prévention</b>	<p>Prévention contre les piqûres de tique</p> <p>Pas d'autre prévention spécifique</p>

## Principales caractéristiques de *Neoehrlichia mikurensis*

<b>Bactériologie</b>	<i>Neoehrlichia mikurensis</i> : petite bactérie à Gram négatif appartenant à la famille des Anaplasmataceae, qui comprend également le genre <i>Anaplasma</i> , dans l'ordre des Rickettsiales
<b>Épidémiologie</b>	<p>Répartition géographique : Europe et Asie</p> <p>Réservoir principal : petits rongeurs, chiens, hérissons, sangliers, ours, blaireaux, chamois et mouflons</p> <p>Modalités de transmission : transmission vectorielle par les tiques</p>
<b>Clinique</b>	<p>Incubation : quelques jours à quelques semaines</p> <p>Début brutal, fièvre élevée avec syndrome pseudo-grippal et complications thrombo-emboliques (thrombose superficielle à profonde et embolie pulmonaire)</p> <p>Terrain à risque : patients immunodéprimés atteints de néoplasies hématologiques ou traités par anti-CD20</p>
<b>Diagnostic paraclinique</b>	Direct par PCR : seul test diagnostique disponible actuellement, volontiers en association avec la PCR <i>Anaplasma</i>
<b>Traitement</b>	Doxycycline 200 mg/jour en deux prises pendant 21 jours (4 mg/kg/j sans dépasser 200 mg/j chez l'enfant > 20 kg ; discuter de formes diluées pour les enfants < 20 kg et discuter conjointement entre pédiatres et CR MVT)
<b>Déclaration obligatoire</b>	NON
<b>Prévention</b>	<p>Prévention contre les piqûres de tique</p> <p>Pas d'autre prévention spécifique</p>

## Principales caractéristiques de la fièvre hémorragique Crimée-Congo

<b>Virologie</b>	<p>Virus (vFHCC) de classe 4, de l'ordre des Bunyavirales, de la famille des <i>Nairoviridae</i> et du genre <i>Orthonairovirus</i></p> <p>Grande diversité génétique, selon sa répartition géographique</p>
<b>Épidémiologie</b>	<p>Endémique en Afrique, en Asie, au Moyen-Orient et dans les Balkans. Épidémies récurrentes en Turquie depuis 2002 ; depuis 2016, 2 cas humains/an en Espagne. Aucun cas autochtone en France à ce jour (mais présence du vecteur et du virus) [<a href="https://ecdc.europa.eu/en/cases-of-crimean-congo-haemorrhagic-fever-infected-in-the-eu/eea-2013-present">Cases of Crimean–Congo haemorrhagic fever infected in the EU/EEA, 2013–present (europa.eu)</a>].</p> <p>Saisonnalité des cas de FHCC : juin, juillet et août.</p> <p>Transmission principale : piqûre d'une tique dure <i>Hyalomma</i>.</p> <p>Autres modes de transmission sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– transmission de l'animal à l'Homme par contact avec du sang ou des tissus d'animaux infectés, pendant ou immédiatement après l'abattage ;</li> <li>– transmission interhumaine par contact direct avec du sang, des sécrétions, des organes ou des liquides biologiques de sujets infectés, dans les 7 à 10 jours après le début des symptômes.</li> </ul>
<b>Clinique</b>	<p>Symptômes généralement bénins et non spécifiques. Mais 12 % des patients développent une fièvre hémorragique classiquement décrite en quatre phases évolutives.</p> <p><b>Phase d'incubation</b> : 2 à 7 jours après la piqûre de tique.</p> <p><b>Phase pré-hémorragique</b> : apparition brutale d'une fièvre + syndrome pseudo-grippal, adénopathies, douleurs abdominales, vomissements, diarrhées non glairo-sanglantes +/- conjonctivite, pharyngite, rash du visage. Cette phase dure 4 à 5 jours et progresse vers des signes hémorragiques chez 20 à 50 % des patients.</p> <p><b>Phase hémorragique</b> : phase courte et d'évolution rapide, allant des pétéchies aux ecchymoses +/- étendues de la peau et des muqueuses, voire à des hémorragies étendues incontrôlables pouvant conduire au décès du patient. Taux de létalité de la FHCC liée à la sévérité du syndrome hémorragique : 5-30 %.</p> <p><b>Phase de convalescence</b> : dure environ 20 jours. Syndrome post-infectieux décrit dans certaines études, avec une récupération totale jusqu'à un an après résolution des symptômes.</p>
<b>Diagnostic</b>	<p>Virus de classe 4 : conditions de confinement adaptées</p> <p>PCR : détection de l'ARN viral pendant la phase virémique (détection directe)</p> <p>Sérologie : détection d'anticorps IgM spécifiques puis IgG dans le sérum, soit par méthode ELISA soit par immunofluorescence (IFA), pendant la phase hémorragique et convalescente</p>
<b>Traitement</b>	<p>Isolement « contact renforcé » et « air » du patient, en chambre seule, et mesures d'hygiène renforcées (personnel formé et gestion des déchets)</p> <p>Évaluation clinico-épidémiologique (avec le clinicien, l'infectiologue référent REB, le CNR des fièvres hémorragiques virales +/- SAMU)</p> <p>Soins de support (hospitalisation, +/- transfusion, réhydratation prudente, antalgiques, anti-pyrétique)</p> <p>Ribavirine dans les 48 premières heures après l'apparition des premiers symptômes chez les patients : 30 mg/kg (sans dépasser 2 g) en dose de charge, suivie par 15 mg/kg (sans dépasser 1 g) toutes les 6 heures pendant 4 jours, puis 7,5 mg/kg (sans dépasser 500 mg) toutes les 8 heures pendant 6 jours</p> <p>Deux saisines récentes en 2024 sur CCHF par l'ANSES (<a href="https://www.anses.fr/fr/system/files/SABA2023SA0194.pdf">https://www.anses.fr/fr/system/files/SABA2023SA0194.pdf</a>) et par le HCSP-CS Mime (<a href="https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1374">https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1374</a>)</p>
<b>Déclaration obligatoire</b>	<p>OUI (ARS et cellule COREB) (<a href="https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire">https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire</a>)</p>

## Prévention

Prévention contre les piqûres de tique (cf. paragraphes précédents)

Prévention des transmissions interhumaines et nosocomiales :

- mesures d'hygiène renforcées (cf. paragraphes précédents) ;
- surveillance des cas contacts cliniquement pendant 14 jours ;
- chimioprophylaxie par ribavirine proposée dans les 48 premières heures suivant le contact chez les professionnels à risque exposés :
  - à réserver aux seuls professionnels de santé victimes d'un accident d'exposition à un risque viral (AEV),
  - à proposer : systématiquement en cas d'exposition avec un patient cas confirmé de FHCC et exposition à risque considéré comme important ; au cas par cas, en cas d'exposition à risque faible avec un cas confirmé ; au cas par cas, en cas d'exposition à risque maximal avec un patient cas possible, en fonction du niveau de conviction clinique quant à une FHCC,
  - à ne pas proposer dans les autres cas,
  - au mieux par voie orale : dose de charge de 30 mg/kg sans dépasser 2 g suivie d'une dose de 15 mg/kg sans dépasser 1 g, 3 x/j pendant 10 jours,
  - ne pas proposer de prophylaxie aux personnes de l'entourage d'un patient : le risque de transmission dans ce contexte est probablement nettement moindre que lors d'une exposition survenue lors de soins prodigués au patient et l'efficacité de la ribavirine, si elle existe, est directement corrélée à la précocité d'administration après exposition. Les personnes de l'entourage d'un patient ont le plus souvent été exposées depuis plusieurs jours lorsque le diagnostic est posé.