

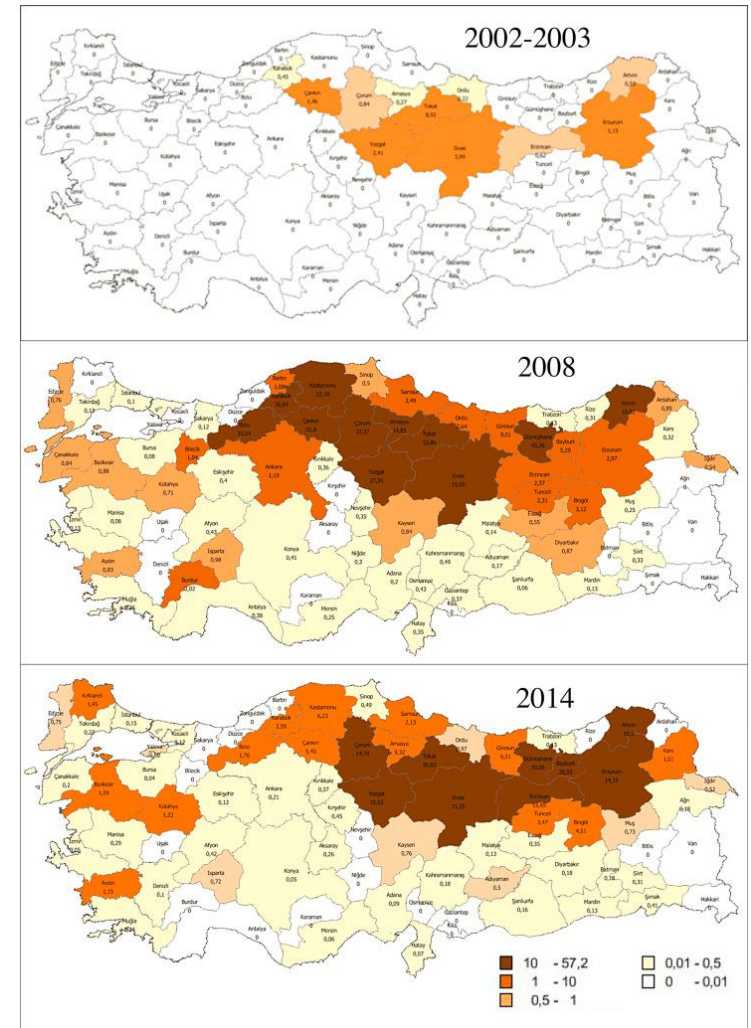
# Retex « prise en charge Fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC) en Turquie »

Le 04 juin 2024

**Mission SPILF-Emergence : Simon Bessis, François Goehringer, Duc Nguyen, Thomas Perpoint**

# La FHCC en Turquie

- 2002-2018 :
  - 11041 cas
  - Létalité 5 %
- Nb de cas annuel : > 1000 cas
- Distribution géographique :
  - Haut plateau anatolien
  - Chaîne Pontique



# Impact des facteurs environnementaux

- **Saisonnalité**

- Avril à septembre
- Corrélation avec la température
- Dérèglement climatique

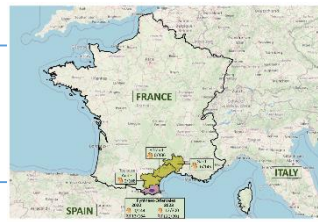
- **Interactions vecteur/hôtes**

- Oiseaux migrateurs → Lagomorphes → Bovins

- **Facteurs d'exposition**

- Exposition aux tiques : 60 %
- Professionnels : fermiers, bouchers
- Loisirs : promeneurs

# Contexte de la mission



- 1. Présence du virus FHCC dans vecteur (*Hyalomma Marginatum*) en France métropolitaine**

Bernard *et al.* Eurosurveillance 2024

- 2. Absence de cas autochtone** (1 cas importé en 2004)

Jauréguiberry *et al.* J Clin Microbiol. 2005

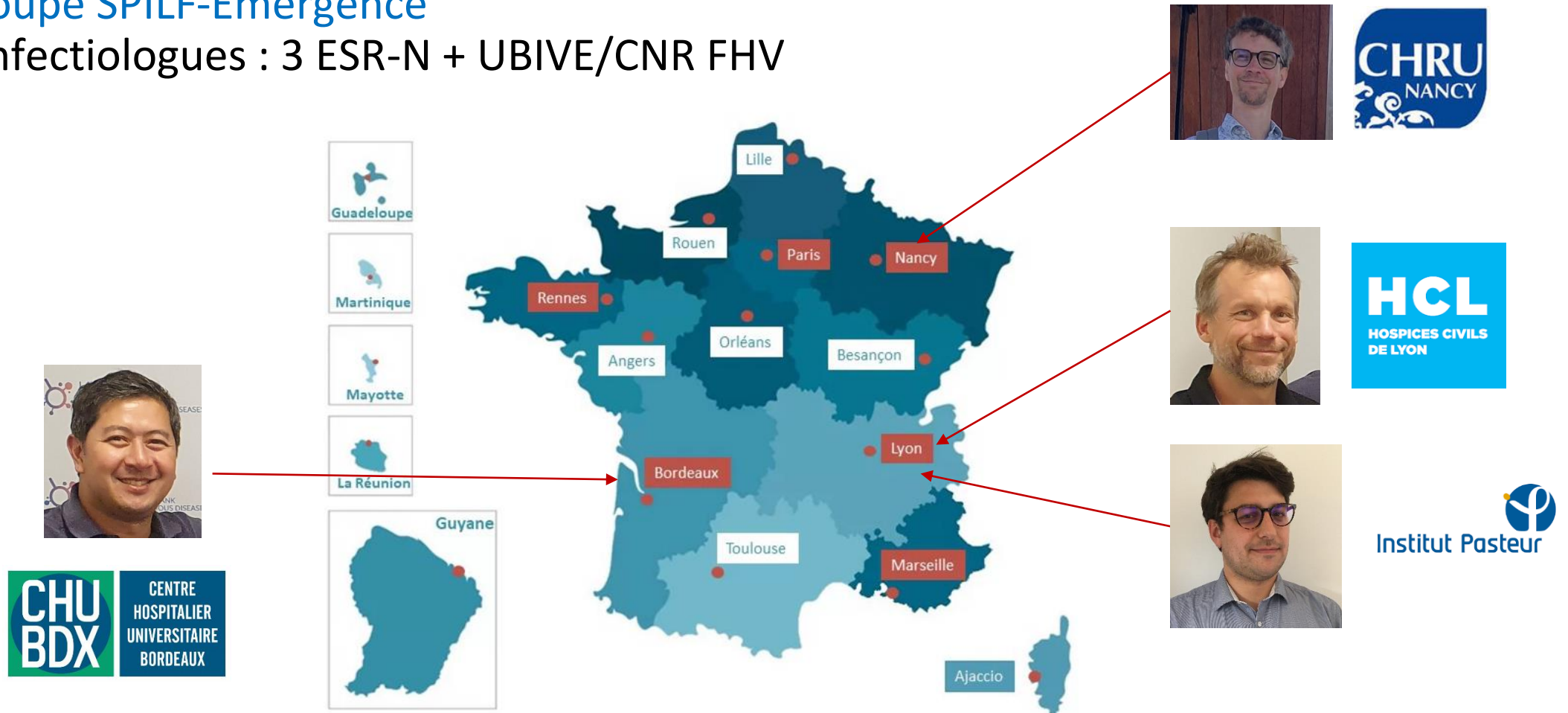
=> **Préparation à la survenue de cas autochtones**

## Objectif :

- Analyse du circuit de prise en charge des patients suspects et confirmés de FHCC d'un pays expert
  - Circuit du patient
  - Circuit du prélèvement et du diagnostic virologique
  - Mesures de protection spécifiques liées au risque FHCC
  - Prise en charge thérapeutique

# Délégation Française

- Groupe SPILF-Emergence
- 4 infectiologues : 3 ESR-N + UBIVE/CNR FHV



# Plan de voyage



# Les sites et experts rencontrés



Pr Önder Ergönül



Dr Mert Kuşkucu



Pr Handan ALAY



Dr. Fatma KESMEZ CAN



Pr Kemalettin ÖZDEN



Dr Fatihan Pınarlık



Dr Şiran Keske



Pr Rahmet Guner



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

# Circuit de l'alerte du cas suspect/confirmé

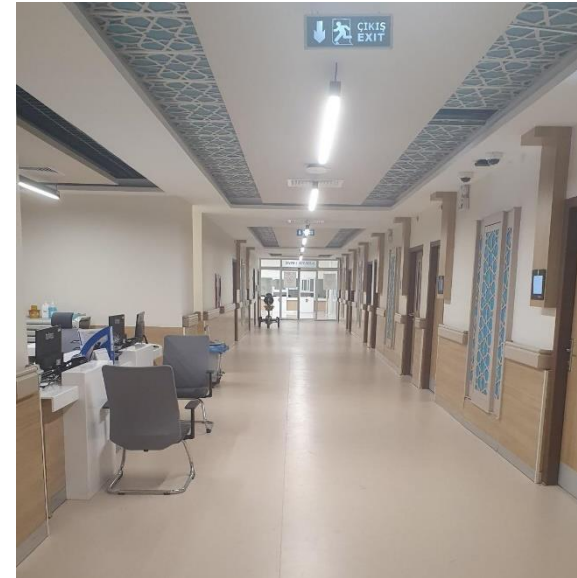
- Pas de prise en charge ambulatoire
- **Hétérogénéité des prises en charge hospitalière**
  - Complexité du système de soins Turque
  - Zone d'endémie ou non
- **Contact d'un infectiologue référent**
- Accord pour transfert vers un hôpital de référence (universitaire et/ou d'état)
- Transport médicalisé « REB » :
  - Non systématique pour formes modérées
  - Systématique pour formes hémorragiques
  - **Absence de brancard avec bulle de confinement**



# Hospitalisation du cas suspect/confirmé

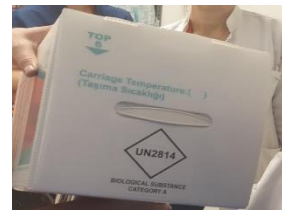
- **Secteur d'isolement dédié :**
  - **Non systématique en zone d'endémie (centre et capacités dépendant)**
  - Chambre seule mais cohorting si nombre important de cas simultanés
  - **Chambre à pression négative** : 1-2 chambre(s) par unité à **Ankara** (Hors zone d'endémie)
- **Pas d'équipe spécifique de soignants dédiée**
  - Acculturation au risque pour une maladie endémique

# Secteurs d'hospitalisation REB



# Circuit des prélèvements biologiques

- **Prélèvement sanguin pour diagnostic** réalisé dans l'hôpital de référence
- **Envoi du prélèvement dans un laboratoire de référence** (Ankara et différentes antennes) pour confirmation diagnostique: **RT-PCR**, sérologie
  - **Pas de triple emballage**



- Agent de **classe 4** mais **traité en LSB3**
- Biologie de routine: **circuit classique**
  - Transport des échantillons (parfois pneumatique)
  - Techniciens : EPI ou non



**Endémie**

# Mesures d'hygiène hospitalière

- **Précautions complémentaires "Contact"**

- Toutes formes cliniques
- Signalétique
- Port du masque chirurgical
- Ecran facial avec visière de protection si excréteur
- Pas de double paire de gants
- **Pas de Tychem C® ni Tyvek®**



- **Circuit d'élimination des déchets**

- Non spécifique/DASRI

- **Corps du défunt**

- Soins du corps par un imam formé avec EPI
- Mise en bière scellée, pas de contact de la famille avec le corps



# Risque nosocomial

- **Contact direct avec le sang**
  - **Piqûres d'aiguille ++**
  - Procédures d'intubation
  - Patients excréant
- **Risque faible à très faible**
  - Urine, selles
  - LCR, sécrétions bronchiques non sanglantes
- **Traitement antiviral post-exposition +++**
  - Ribavirine 500 mg x 4/jour pendant 10 jours

# Aspects cliniques

- **Critères de gravité**
  - Fièvre prolongée
  - Cinétique de chute des plaquettes et/ou d'élévation transaminases (ASAT++)
  - Hémorragies : discordance entre bibliographie et réalité clinique
    - Hémorragies mineures (épistaxis) => formes modérées ≠ graves
  - Formes graves : 10 %
  - Mortalité : 5 % -> 15 %
- **Intérêt pratique des scores pronostiques** (SSI, score de Bakir, SOFA) ?
  - Absence d'harmonisation
  - Idéalement prédictif d'un transfert en réanimation : mortalité > 99 %
- **Critères de sortie d'hospitalisation**
  - Pas de PCR de contrôle
  - Normalisation clinique (> 3 j) et biologique (plaquettes > 100 G/L)

# Prise en charge des patients

- Surveillance des paramètres : 4 passages/jour
- Bilan biologique : 1 à 2 fois/jour => 3 fois par jour si forme grave
- Plateau d'imagerie : accessibilité variable selon centres
  - Aménagement de créneau ou non
  - Négociation avec radiologue +/- facile
- Traitement antiviral : ribavirine non consensuelle et sans dose de charge
- Corticothérapie dans les formes sévères, parfois anakinra (non consensuel)
- Transfusion : PFC et plaquettes
- Pas d'expérience obstétricale
- **Réanimation :**
  - Traitement support et correction des défaillances (amines vasopressives, hémodialyse, ECMO...)
  - Plasmaphèrese
  - Mortalité élevée +++

# Vécu du patient

- **Visite des familles**
  - Possible pour formes légères à modérées
  - Impliquée dans les soins de nursing
  - Limitée à 1 personne/jour avec EPI
  - Signature d'une décharge
- Perception et ressenti du patient variable (ruraux /citadins, zone d'endémie)



# Mesures de santé publique

- Pas de contact-tracing
- Informations donn es   la famille
- Communication au grand public



TEDBİR	KONTROL	M�DAHALE
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Riskli alanlardan d�nd�kten sonra kene olup olmadıėını g�rmek i�in v�cudunuzun ve elbiselerinizin her yerine dikkatlice bakın. V�cudunuzu �zellikle diz arkası, koltuk altları, kulak arkası, ense, sa� dipleri ve kasıklar dahil kontrol edin ya da ettirin.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Oturacaėınız yere aėk renkli �rt� serin. Baė, bah�e, tarla, orman gibi riskli alanlara giderken aėk renkli ve kapalı kıyafetler giyiniz. Pantolon pa�alarını corap i�ine sokun ya da �izme giyiniz. Hayvanların kan ve idrarına �iplak elle dokunmayın.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• V�cudunuza tutunan keneyi �iplak elle dokunmadan; eldiven, bez ya da po�et ile �ıkarın. �ıkaramıyorsanız en yakın saėlık kuruluşuna gidin.</li></ul>
	<p><b>�ocuklarınızın v�cudunu mutlaka kontrol edin.</b></p>	

# Discussion

- **Transposition des mesures de précautions et des EPI**
- **Circuit du prélèvement biologique intégré à la routine** (hormis le prélèvement virologique)
- **Classification des cas sévères** - difficulté à prédire le pronostic en phase pré-hémorragique
- **Place des traitements et stratégies thérapeutiques :**
  - Plasmaphérèse si formes sévères
  - Utilisation des antiviraux : Ribavirine mais centre-dépendant
  - Utilisation des immunomodulateurs : Corticothérapie, anti-IL1
  - Intérêt d'une prise en charge réanimatoire car létalité élevée ?

# Conclusion

- **Expérience enrichissante** : partage de connaissance sur FHCC
  - Prise en charge hospitalière (diagnostique et thérapeutique) exclusive
  - **Risque nosocomial** corrélé aux accidents d'exposition au **sang** (AES)
  - Précautions non adaptées aux agents de classe 4
  - Absence de consensus sur les prises en charge (antiviraux/immunomodulateurs)
- => Rédaction de recommandations Turques à venir pour 2024
- Volonté bilatérale de collaboration scientifique

# Remerciements

