



# Maladies infectieuses d'importation

Nathan Peiffer-Smadja

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

Hôpital Bichat – Claude Bernard

24/04/24



- **Quelles maladies pour quel voyage ?**
- Quelques pathologies sélectionnées pour les réanimateurs
- Quelques outils utiles

# Fièvre



**Toute fièvre impose  
d'interroger le patient  
sur ses voyages**

# Informations du voyage : interrogatoire poussé

Vaccins / Prophylaxie

Déroulement du voyage et lieux

Activités lors du voyage

Animaux

Anamnèse précise

- Les infections aiguës communautaires cosmopolites
  - Bactériennes (pneumonie, IU, méningites, etc.)
  - Virales (Grippe, COVID-19, EBV, etc.)
- IST et primo-infection VIH
  - Dont mpox

# Trois approches à croiser

- Destination
- Délai après le retour (arboviroses < 7 jours, palu 3 mois)
- Syndromique

**Tableau 4**  
Période d'incubation des principales infections liées aux voyages.

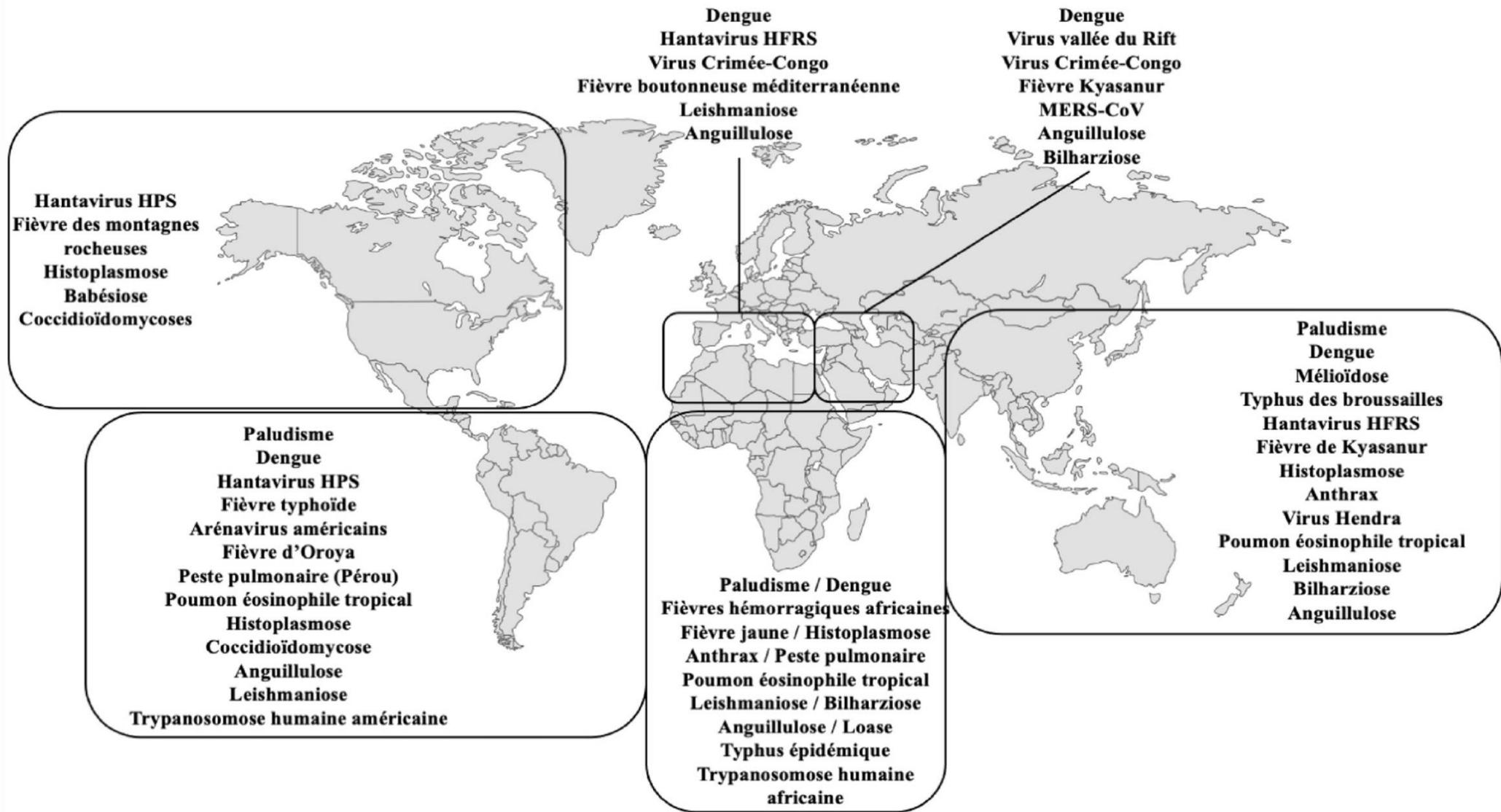
Incubation courte < 10 jours	Incubation moyenne entre 10 et 21 jours	Incubation longue > 21 jours
Paludisme Arboviroses (dengue, fièvre jaune, encéphalite japonaise, Chikungunya) Fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa, Marburg, Crimée-Congo) Shigelloses Fièvre typhoïde et para-typhoïdes Salmonelloses Rickettsioses (fièvre boutonneuse) Fièvre Q Pneumonies bactériennes Borrélioses Méningococcémie Leptospiroses Amoebose intestinale Trypanosomose africaine (aiguë)	Paludisme Flavivirus (TBE, E. japonaise)  FHV  Primo-infection VIH Rickettsioses Fièvre Q CMV Toxoplasmose Fièvre typhoïde et paratyphoïde Leptospiroses Brucellose Bilharziose d'invasion Trypanosomose africaine (aiguë) Histoplasmose Amoebose intestinale	Paludisme Bilharziose  Primo-infection VIH  Hépatites virales Tuberculose Syphilis secondaire EBV Amoebose hépatique Leishmaniose viscérale Brucellose Trypanosomose

TBE : tick born encephalitis ; CMV : cytomégalovirus ; EBV : Epstein-Barr virus.

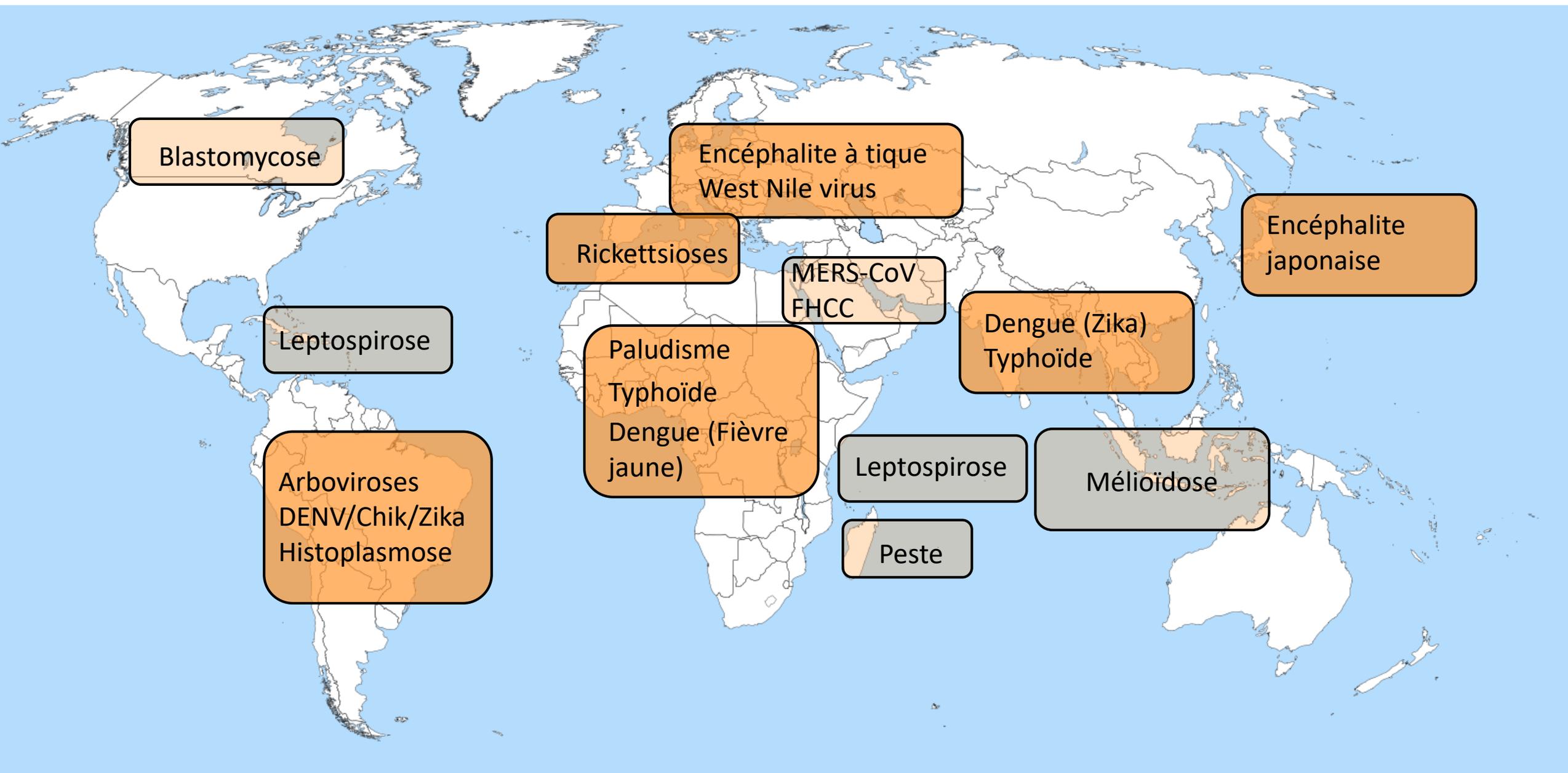
# Pathologies infectieuses d'importation : aide à la réflexion à destination du réanimateur

*Sepsis of the returning traveler: keys for the intensivists*

Jolan Malherbe<sup>1\*</sup> • Sylvie Dargère<sup>2</sup> • Damien du Cheyron<sup>1</sup> • Xavier Valette<sup>3</sup>



**Figure 2** - Distribution géographique des principaux diagnostics.



Blastomycose

Encéphalite à tique  
West Nile virus

Encéphalite japonaise

Rickettsioses

MERS-CoV  
FHCC

Leptospirose

Dengue (Zika)  
Typhoïde

Paludisme  
Typhoïde  
Dengue (Fièvre jaune)

Arboviroses  
DENV/Chik/Zika  
Histoplasmosse

Leptospirose

Mélioïdose

Peste

# Rash

Arboviroses

Rougeole

Typhus exanthématique

Typhoïde

## Rash

Arboviroses

Rougeole

Typhus exanthématique

Typhoïde

## Escarre

Rickettsioses

Anthrax

## Rash

- Arboviroses
- Rougeole
- Typhus exanthématique
- Typhoïde

## Pneumonie

- Histoplasmose (Tuberculose)
- Hantavirus (nouveau monde) / Leptospirose
- MERS-CoV
- Fièvre Q
- Mélioïdose

## Escarre

- Rickettsioses
- Anthrax

## Rash

Arboviroses  
Rougeole  
Typhus exanthématique  
Typhoïde

## Pneumonie

Histoplasmosse (Tuberculose)  
Hantavirus (nouveau monde) / Leptospirose  
MERS-CoV  
Fièvre Q  
Mélioidose

## Escarre

Rickettsioses  
Anthrax

## Ictère

Leptospirose  
Hépatites virales  
Fièvre jaune (Dengue)

## Diarrhée

Typhoïde

## Pancytopénie

Leishmaniose viscérale

## Syndrome hémorragique

Dengue

Fièvre hémorragique Crimée Congo

Fièvre jaune

## Pneumonie

Histoplasmose (Tuberculose)

Hantavirus (nouveau monde) / Leptospirose

MERS-CoV

Fièvre Q

Mélioïdose

## Rash

Arboviroses

Rougeole

Typhus exanthématique

Typhoïde

## Escarre

Rickettsioses

Anthrax

## Ictère

Leptospirose

Hépatites virales

Fièvre jaune (Dengue)

## Diarrhée

Typhoïde

# Hyperéosinophilie

Coccidioidomycose / Paracocci

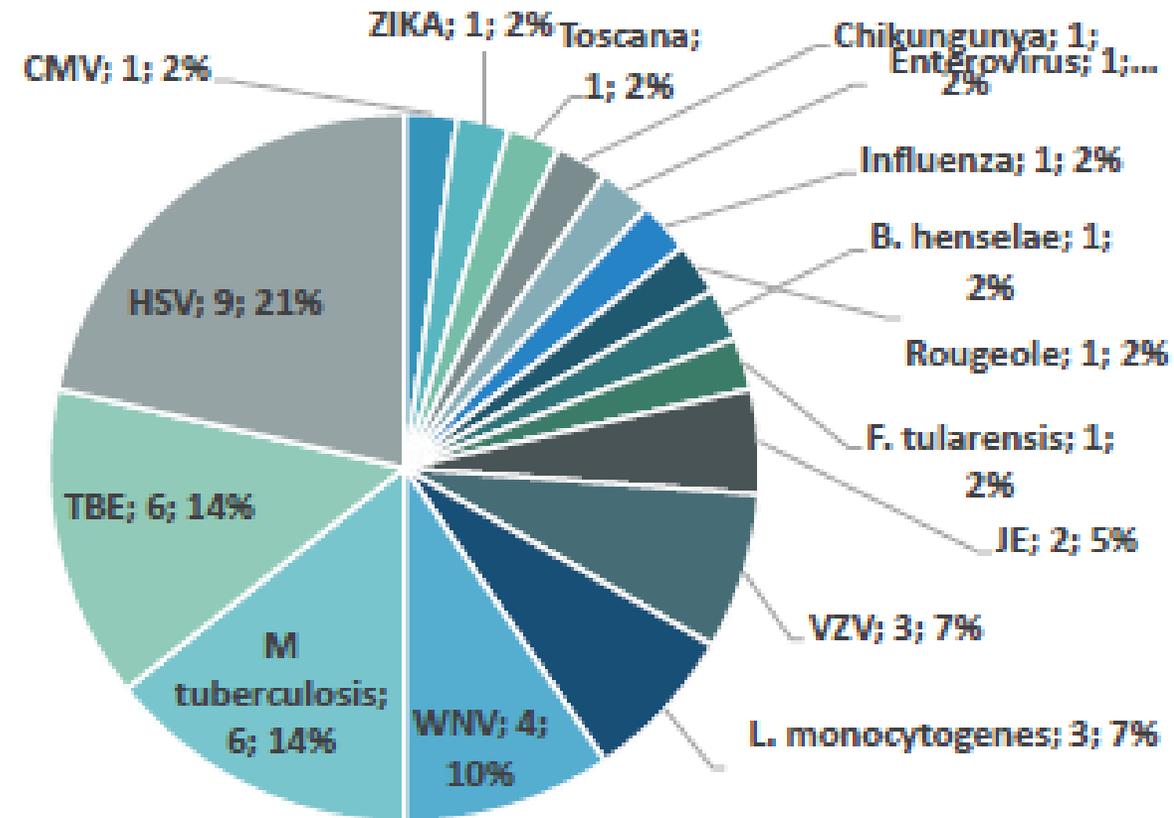
Anguillulose maligne

Bilharziose aiguë

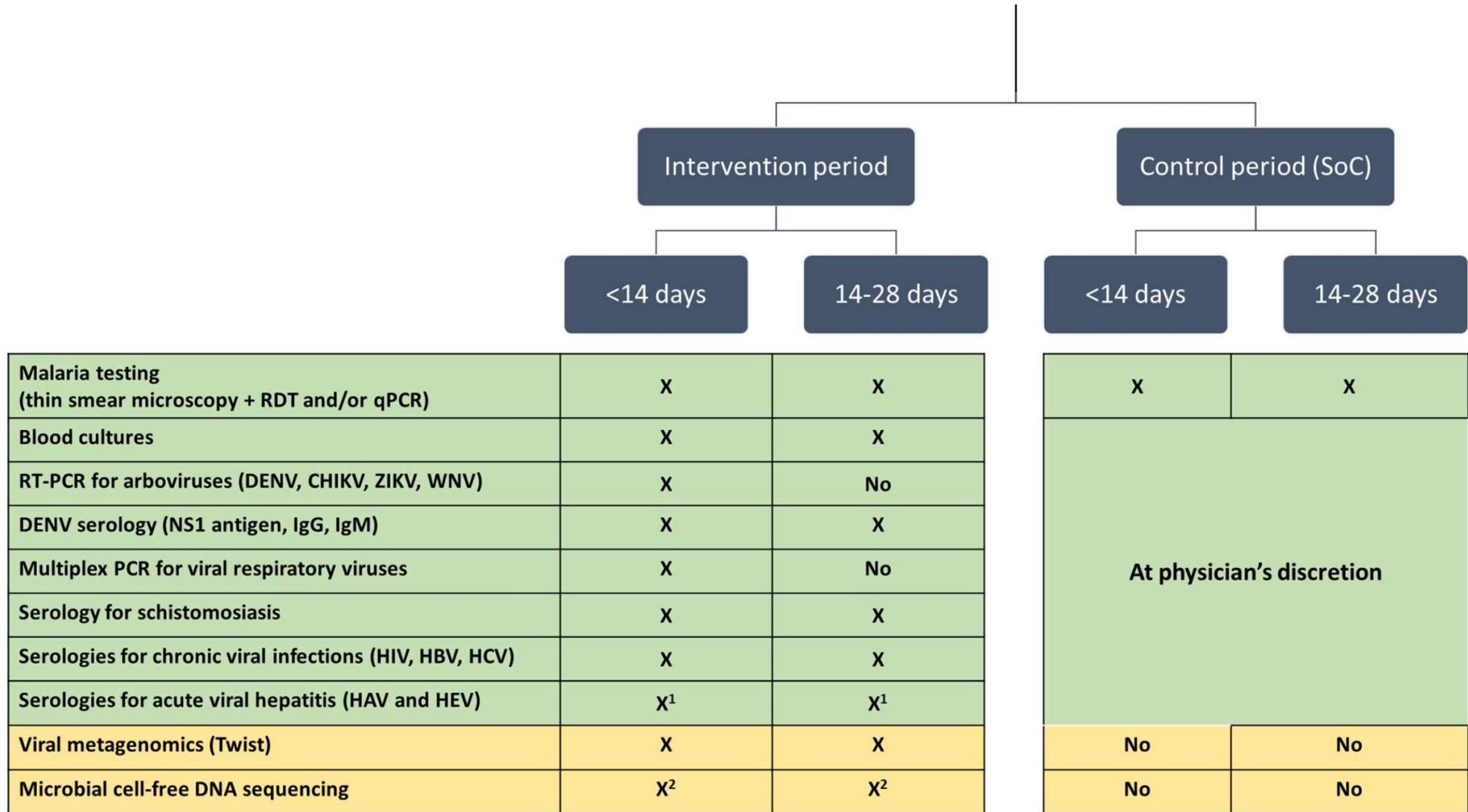
# Encéphalites

# Etiologies encéphalites infectieuses des voyageurs

- 69 voyageurs  
42/69 avaient une cause identifiée  
**15/69 arbovirose (21%)**
- **17 voyageurs en zone tropicale**  
4 *M. tuberculosis*  
**4 arbovirus: Japanese Encephalitis, Chikungunya, Zika, TBE**  
Pas de West Nile
- **34 voyageurs en Europe**  
**7 Arbovirus: West Nile, TBE, Toscana virus**  
5 HSV
- 4 patients avec morsure de carnivore dans pays à risque de rage  
aucun cas de rage malgré absence de TPE



# Patient avec de la fièvre au retour des tropiques consultant aux urgences

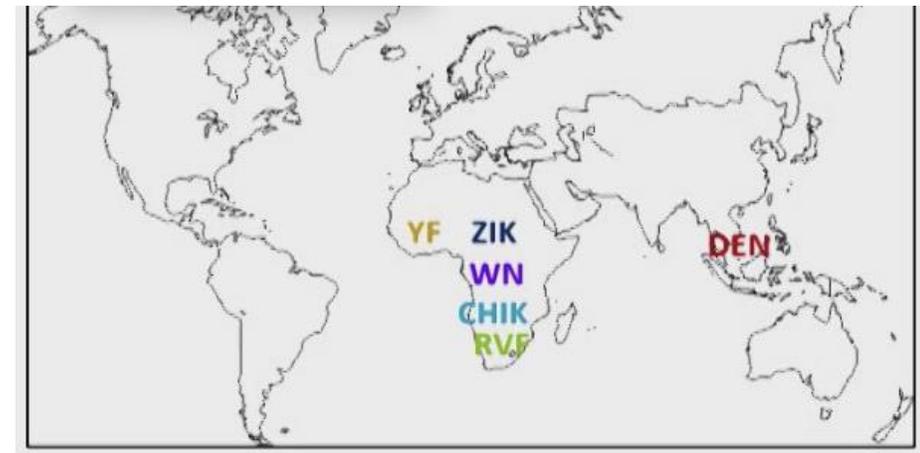


Revu systématiquement avec les résultats : critère de jugement = diagnostic microbiologique confirmé

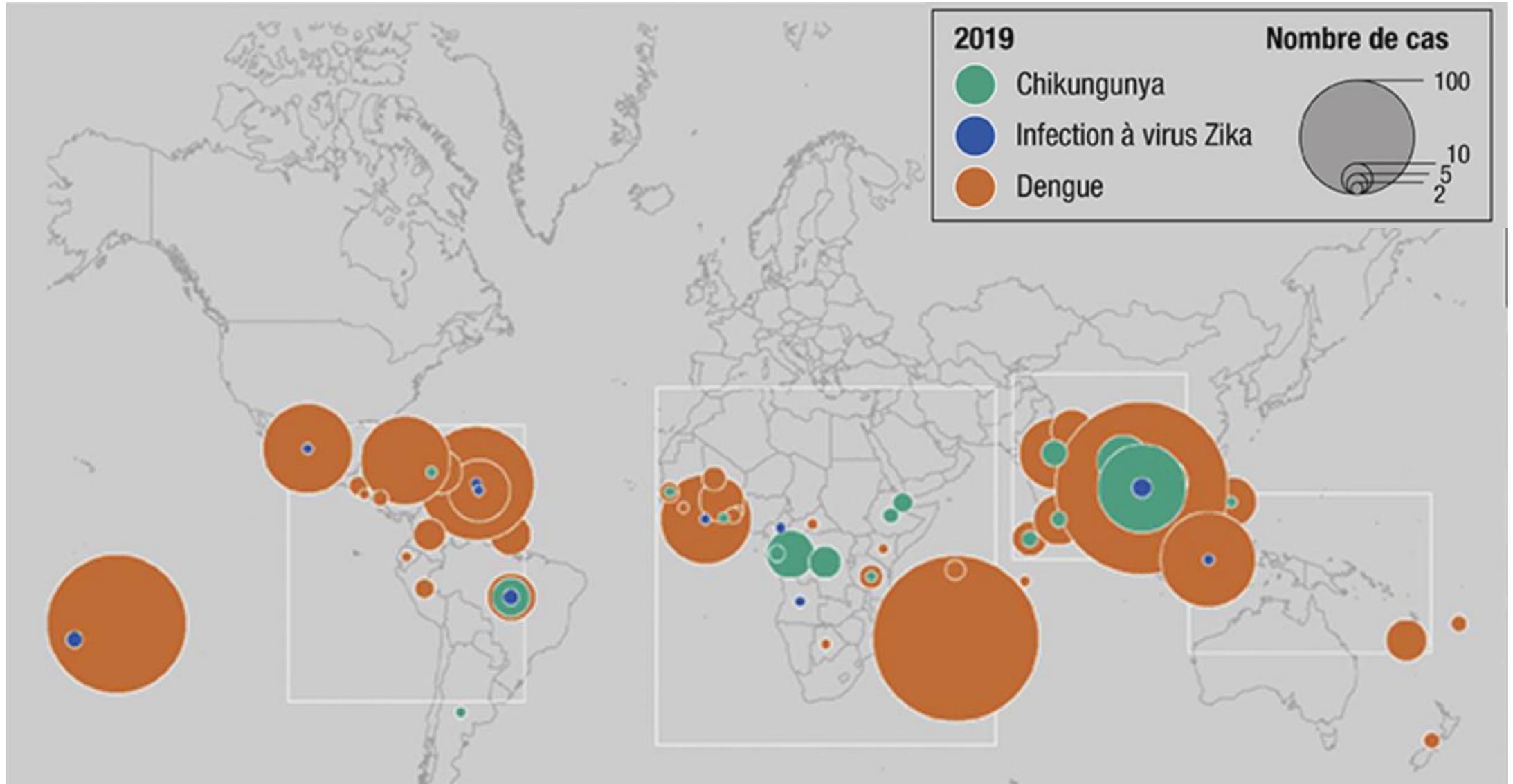
- Quelles maladies pour quel voyage ?
- **Quelques pathologies sélectionnées pour les réanimateurs**
- Quelques outils utiles

# Arbovirus

- « Arthropod-borne virus »
- Virus transmis par piqûres d'**arthropodes, tiques, moustiques**
- Flavivirus
  - Dengue / Fièvre jaune / Zika / West Nile Virus
- Chikungunya
- Toscana (encéphalites)
- Cause croissante de pathologies en Amérique et en Europe



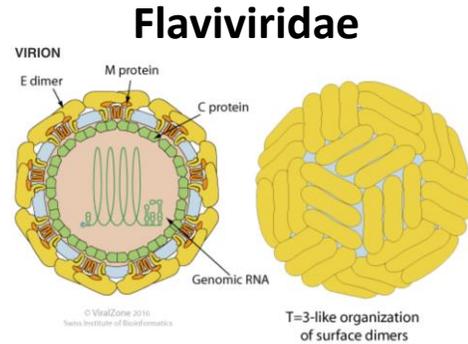
# Arboviroses : cas importés France métropolitaine





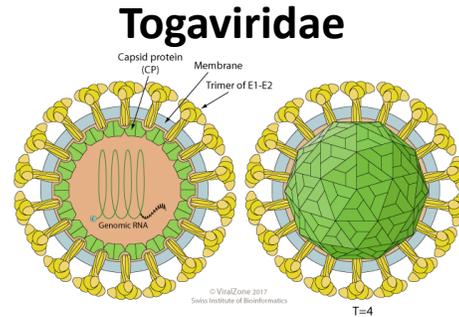
# Arbovirus : Virologie

Laura Levi



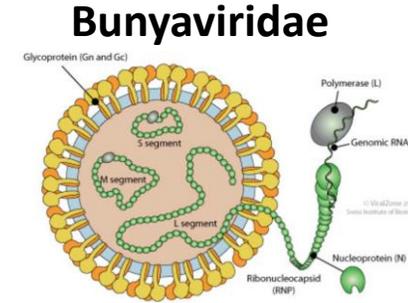
## Flavivirus

- Fièvre Jaune\***
- Dengue\***
- Tick-borne encephalitis virus**
- Zika
- Encéphalite japonaise
- West Nile virus



## Alphavirus

- Chikungunya**
- O'Nyong Nyong
- Mayaro
- Ross river
- Sindbis
- VEE, EEE, WEE



## Phlebovirus

- Rift Valley Fever\*
- Toscana
- Sandfly Naples
- Sandfly Sicilian

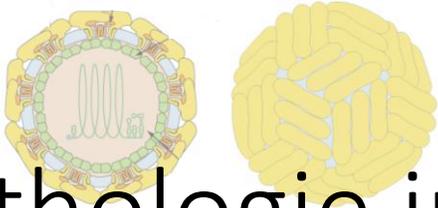
## Nairovirus

- Fièvre**
- Crimée**
- Congo\***

## Ortho-bunyavirus

- Oropuche

\* Arbovirose hémorragique

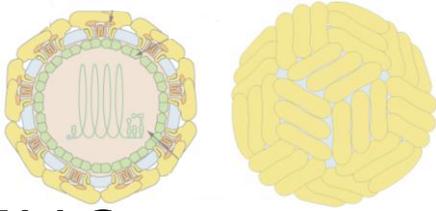


# Pathologie induite par les flavivirus

- 50-80% d'infections asymptomatiques
- Formes modérées : syndrome pseudo-grippal
  - Céphalées
  - Myalgies +/- arthralgies
  - Rash cutané
- Formes sévères
  - Atteintes neurologiques (WNV, JEV, **TBEV**, **Chik**, ZIKV)
  - Atteintes « viscérales » : hépatites, syndrome de fuite capillaires (**DENV**, **Fièvre jaune**)
  - Formes congénitales (ZIKV++) : microcéphalie, insuffisance placentaire

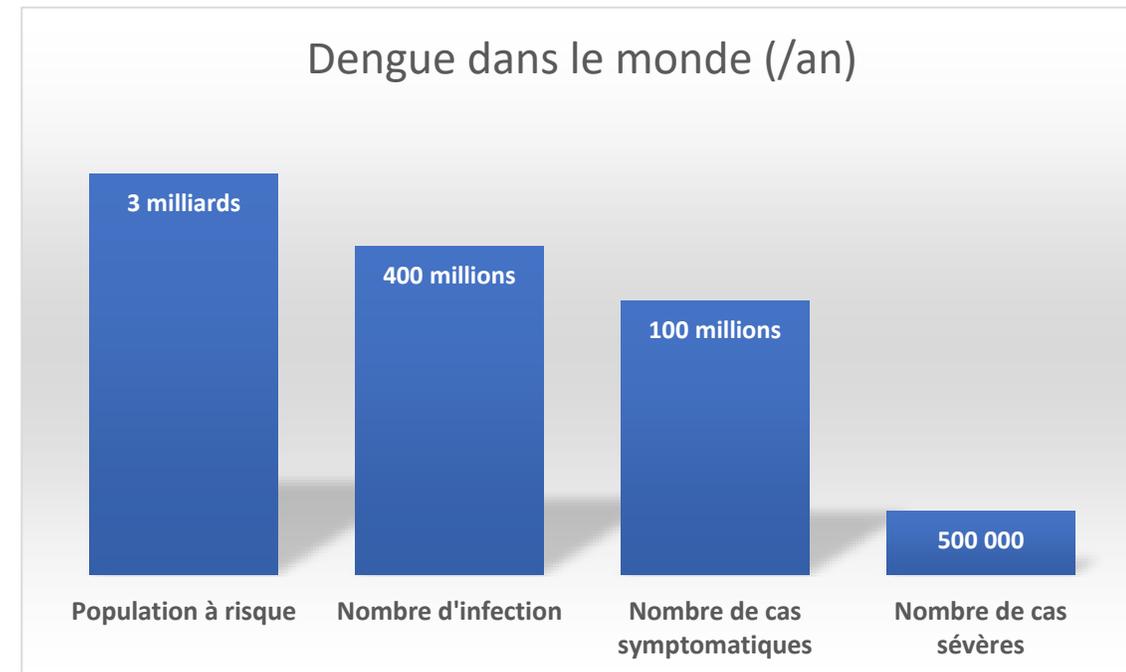
# Dengue

# Dengue

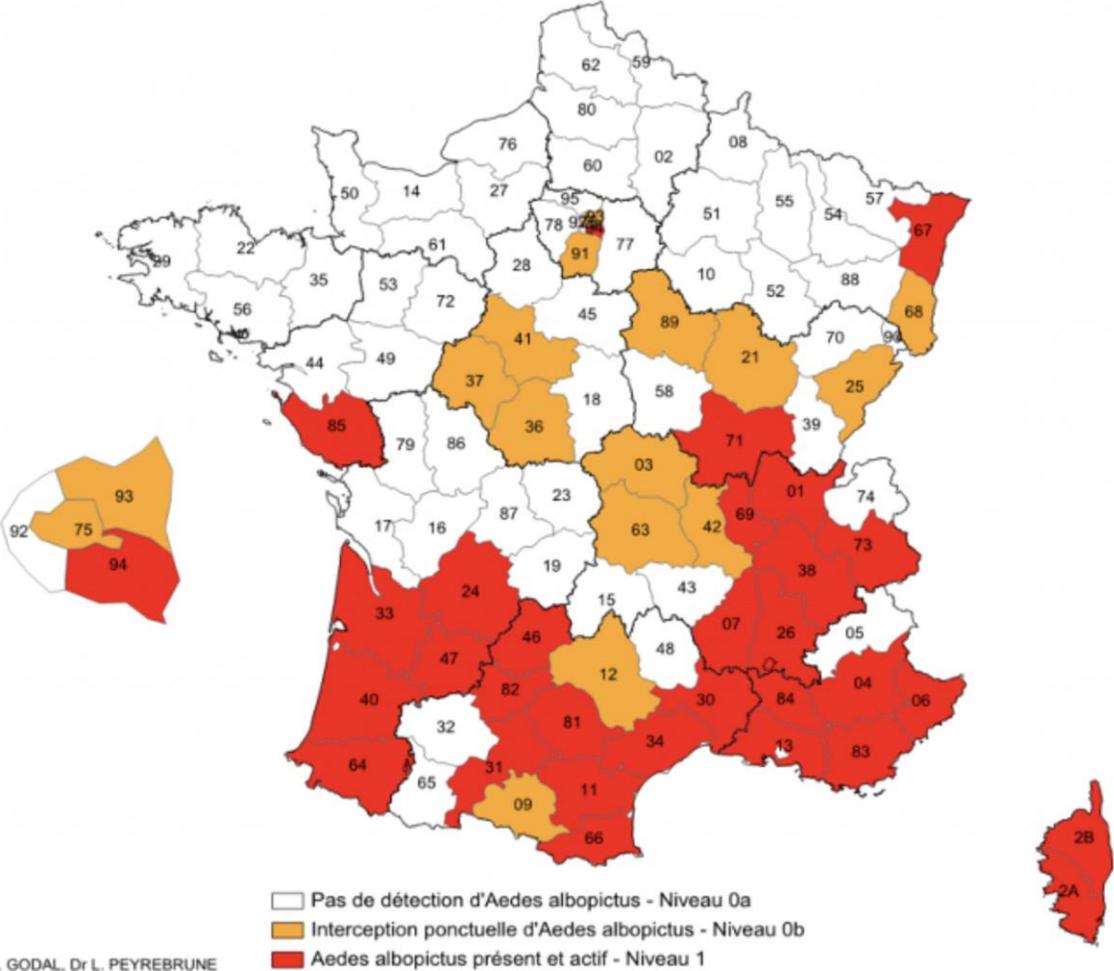


Laura Levi

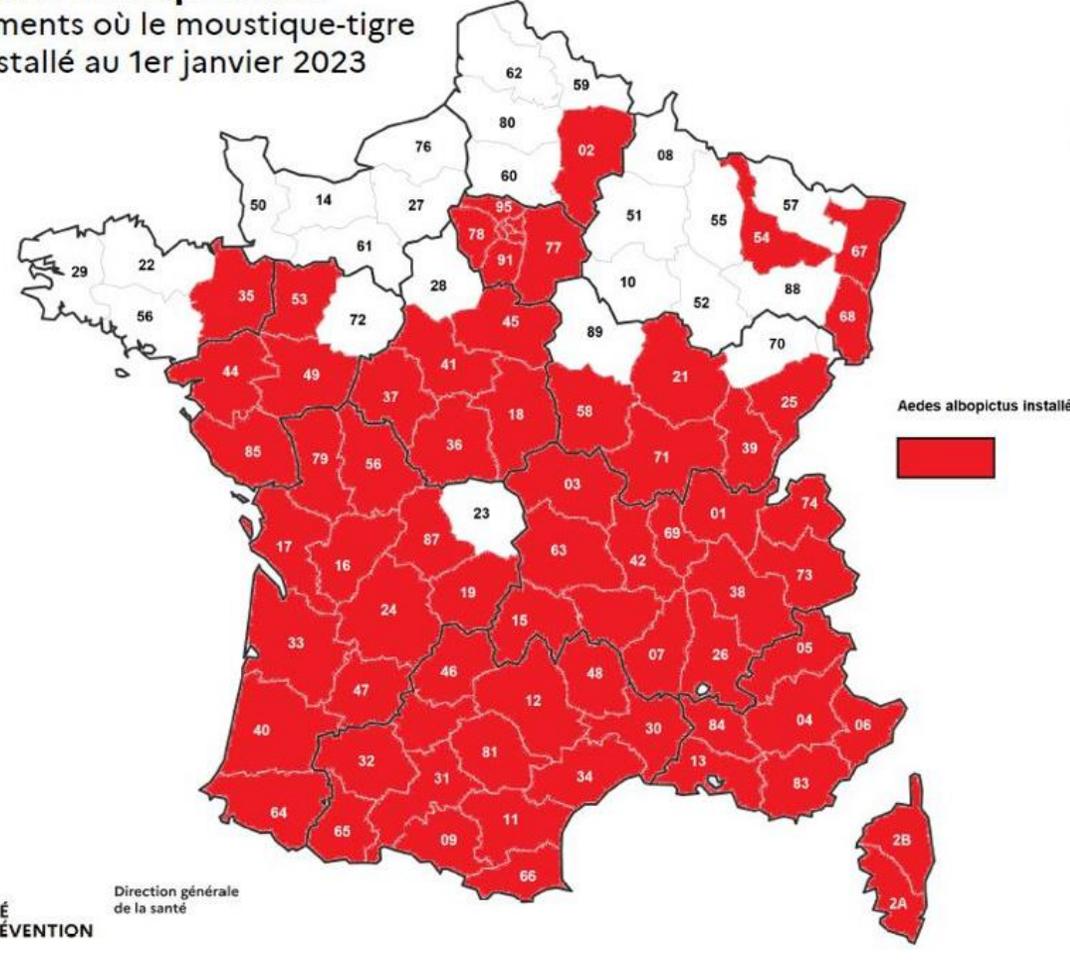
- Transmise par *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus*
- $\frac{1}{4}$  de la population mondiale vit en zone d'endémie
- Incidence
  - > 1939 : épidémies sporadiques
  - Actuellement : 400 millions d'infection par an
  - Arbovirose la plus fréquente



# Moustique Aedes albopictus en France au 1er janvier 2016



# France métropolitaine Départements où le moustique-tigre est installé au 1er janvier 2023



Published Date: 2024-03-23 02:32:15 CET

Subject: PRO/AH/EDR> Invasive mosquito - France: (ND)

Archive Number: 20240323.8715571

INVASIVE MOSQUITO - FRANCE: (NORMANDY)

\*\*\*\*\*

A ProMED-mail post

<http://www.promedmail.org>

ProMED-mail is a program of the  
International Society for Infectious Diseases

<http://www.isid.org>

Date: Fri 22 Mar 2024

Source: RFI [edited]

<https://www.rfi.fr/en/france/20240322-tiger-mosquitoes-now-everywhere-in-france-after-spreading-to-normandy>

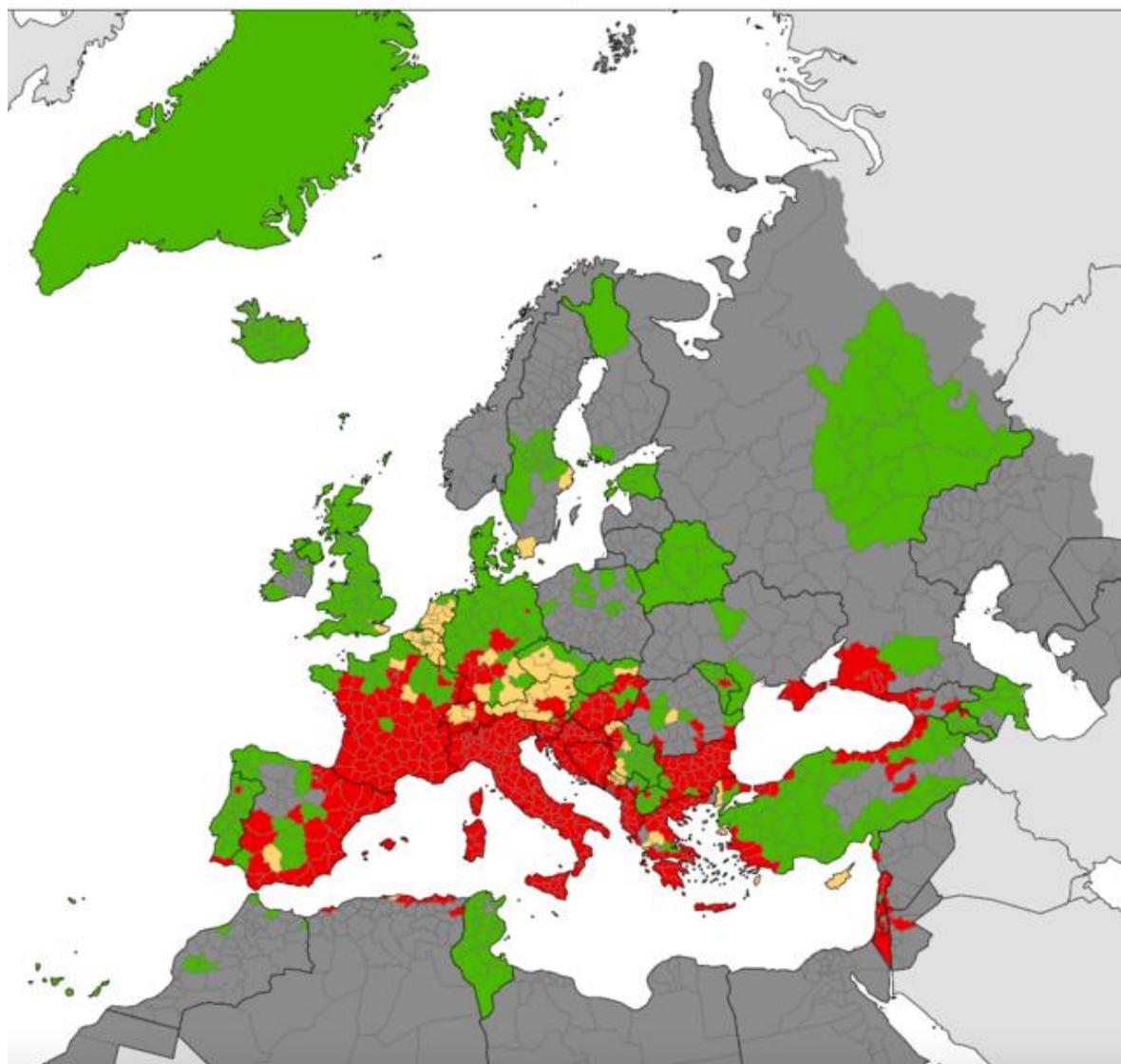
Tiger mosquitoes now everywhere in France after spreading to Normandy

-----

## Legend

- Established
- Introduced
- Absent
- No data
- Unknown

### *Aedes albopictus*, October 2023



## Principales caractéristiques des épisodes de transmission de dengue autochtone identifiés en France métropolitaine en 2022 (n=9)

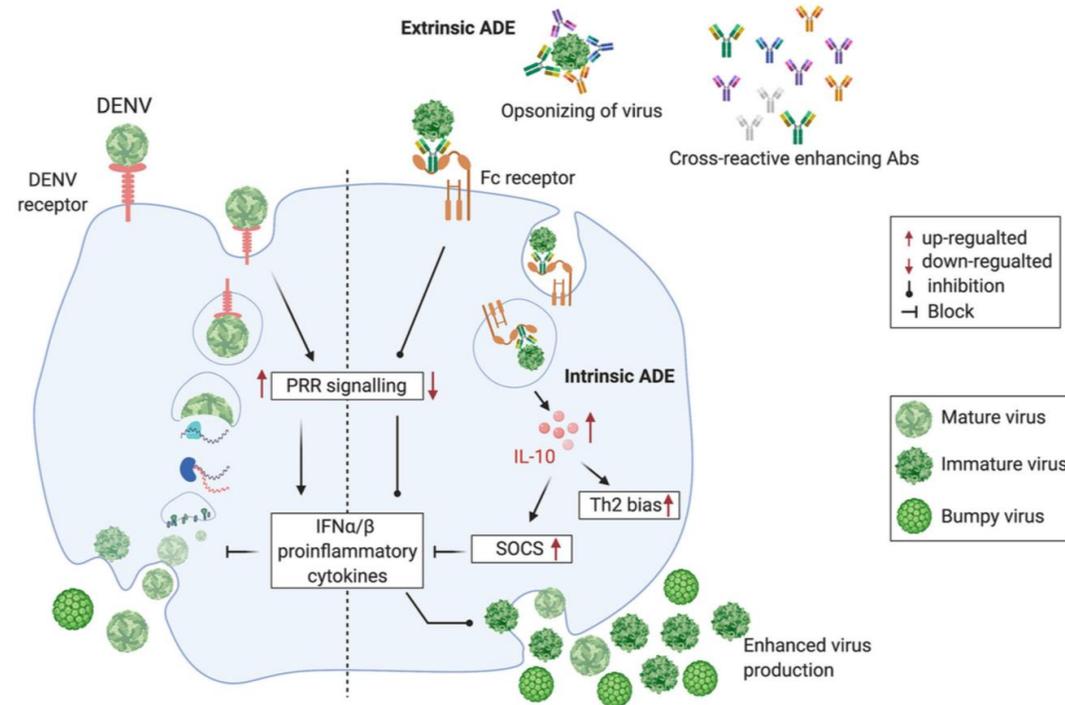
Zone géographique concernée			Nombre de cas	Identification du cas primaire importé	Sérotype	Date de début des signes	
Région	Département	Commune				Min	Max
Occitanie	Pyrénées-Orientales	Perpignan	1	Non	DENV-3	12/06	NA
Paca	Var	Fayence	7	Non	DENV-1	20/06	22/07
Occitanie	Hautes-Pyrénées	Andrest / Rabastens-de-Bigorre	4	La Réunion	DENV-1	11/07	28/08
Paca	Alpes-Maritimes	Saint-Jeannet / Gattières	35	Non	DENV-3	25/07	22/09
Occitanie	Haute-Garonne	La Salvetat-Saint-Gilles	4	République démocratique du Congo	DENV-3	14/08	20/08
Paca	Alpes-Maritimes	Saint-Laurent-du-Var	10	Non	DENV-1	15/08	16/09
Occitanie	Tarn-et-Garonne	Montauban	1	Non	ND	30/08	NA
Occitanie	Haute-Garonne	Toulouse	2	Non	DENV-3	15/09	21/09
Corse	Corse-du-Sud	Région de Porto-Vecchio	2	Non	DENV-3	20/09	20/09

DENV : virus de la dengue. Paca : Provence-Alpes-Côte d'Azur. NA : non applicable. ND : non déterminé.

La survenue de cas de dengue autochtone est dorénavant un phénomène attendu dans le sud de la France mais la situation a été exceptionnelle en 2022 : augmentation du nombre d'épisodes, de leur intensité et des zones géographiques concernées.

# Dengue

- **4 sérotypes**
  - Immunité contre le sérotype infectant
  - Maximum 4 dengues/personne
- **Symptomatiques vs Asymptomatiques**
  - Forme non compliquée : fièvre
  - Forme sévère :
    - syndrome de fuite capillaire >> syndrome hémorragique, hépatite
    - Plus fréquents chez les nouveaux nés
- **Antibody-dependent enhancement (facilitation par les anticorps)**
  - 2eme infection plus grave
  - AC hétérologues contre les autres sérotypes
  - Facilite l'infection des monocytes-macrophages



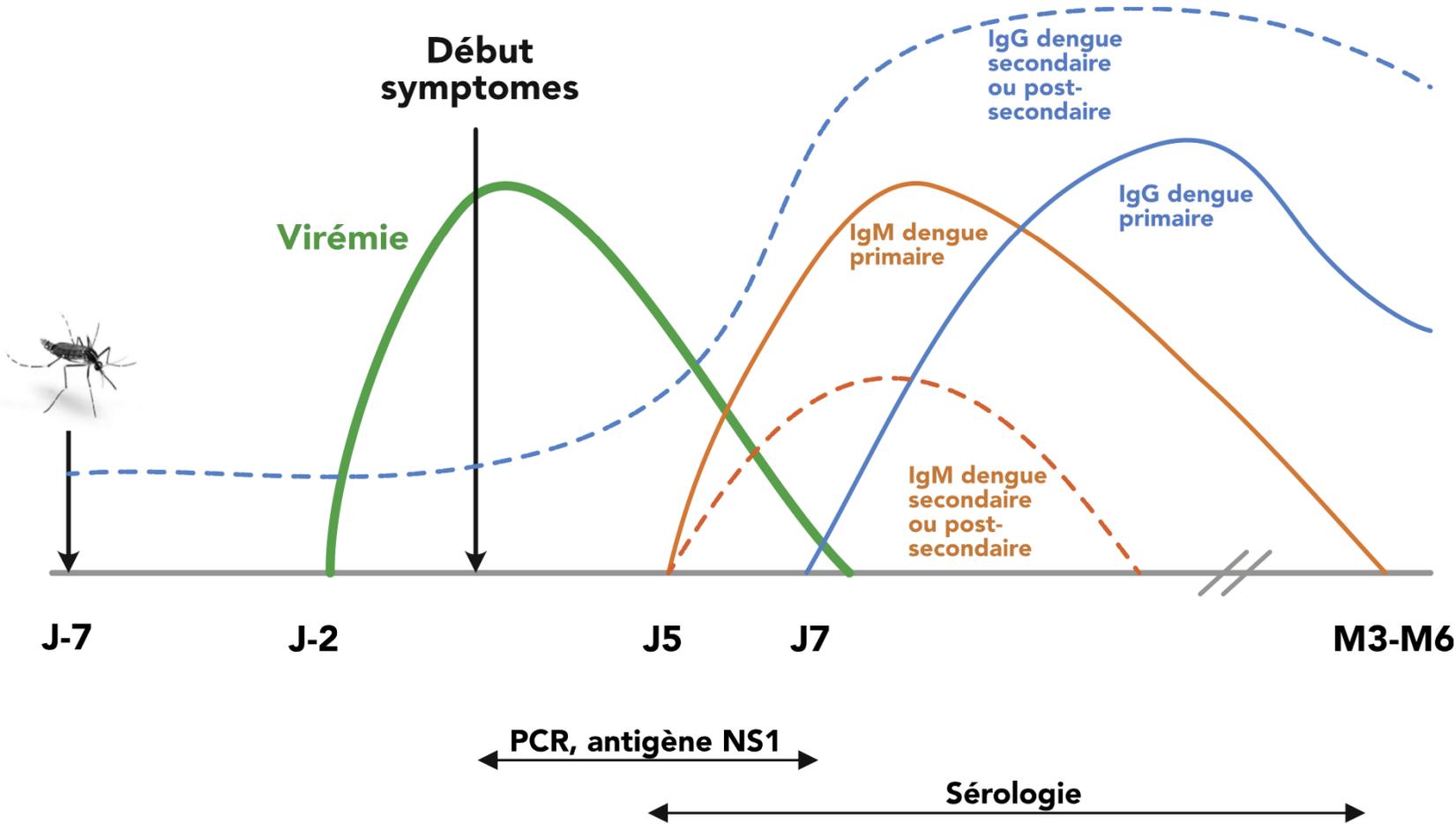








# Diagnostic virologique de la dengue



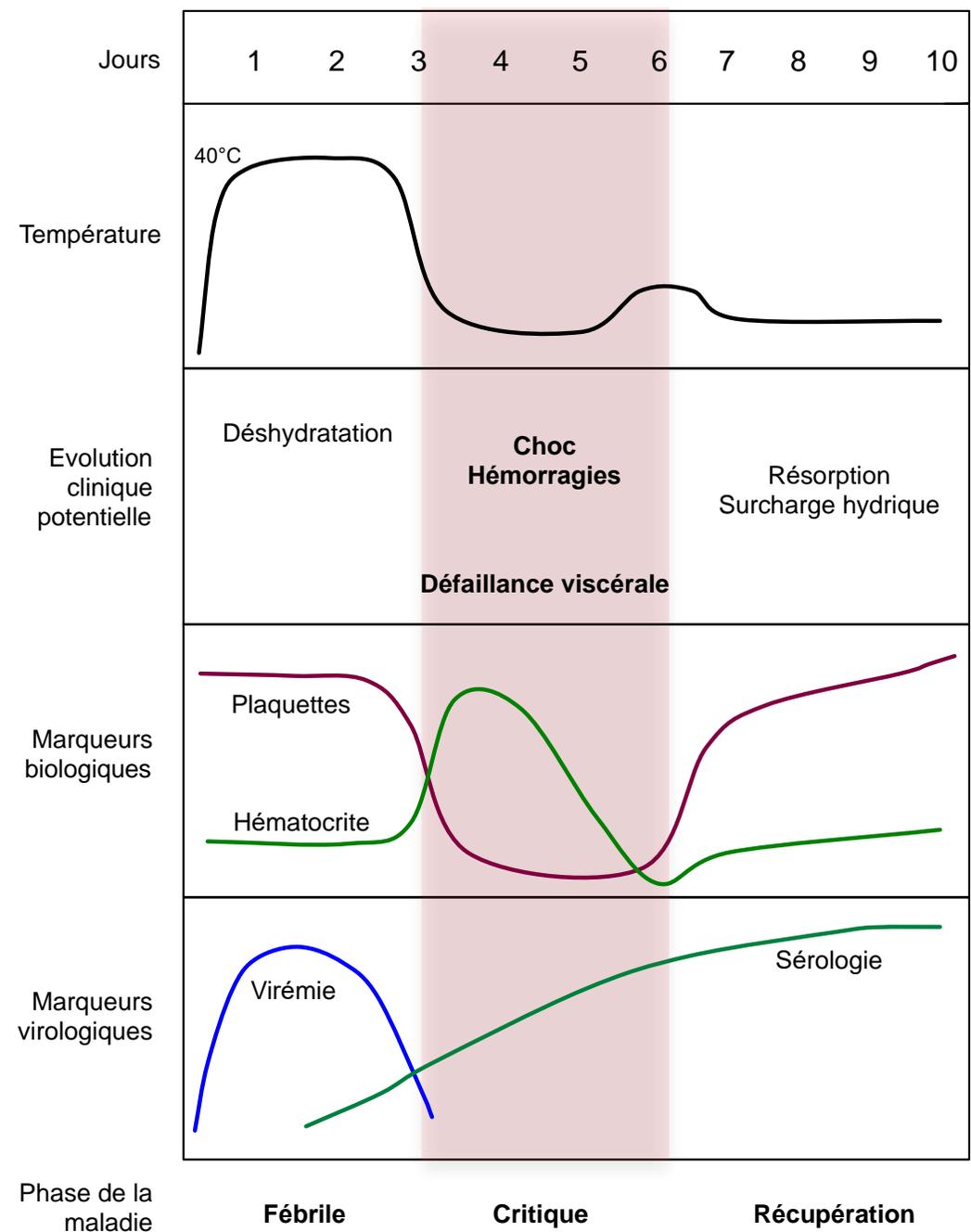
**Sensibilité NS1 vs RT-PCR**

	NS1 Elisa	NS1 Trod
Total, n= 537	61,2	49,4
Dengue primaire, n=60	85,0	66,7
Dengue secondaire, n=150	48,0	40,7

Najioullah F et al. Diagn Microbiol Infect Dis. 2011;69:172-8.

# Dengue : Phase fébrile

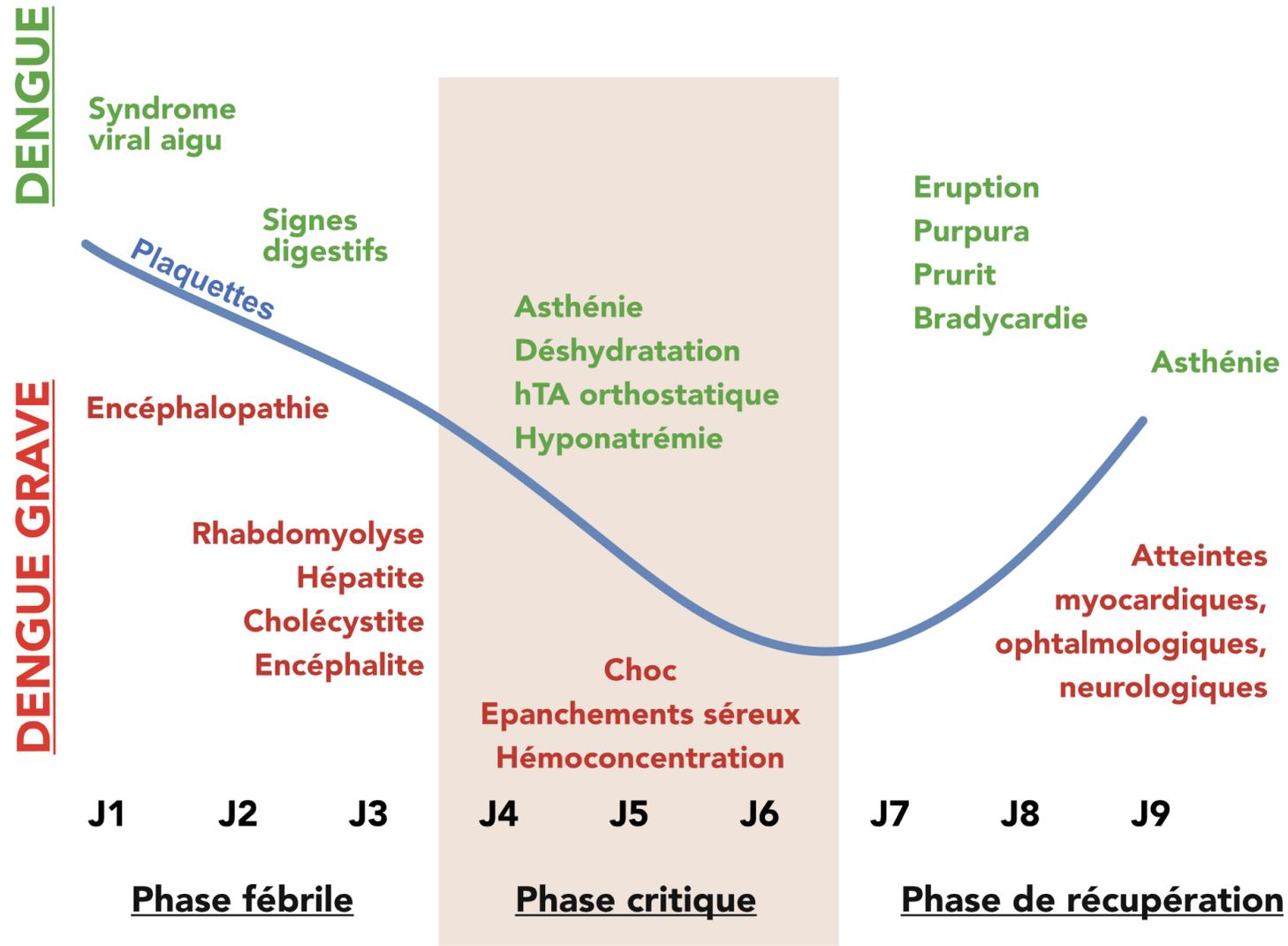
- Début brutal (noter date et heure +++)
- De J<sub>1</sub> à J<sub>3/4</sub> (jusqu'à J<sub>7</sub>)
  - Fièvre, syndrome algique
  - Érythème facial ou diffus
  - Pharyngite, injection conjonctivale
  - Signes digestifs
  - Hémorragies mineures
  - CRP < 60 mg/l, leucopénie
- Déshydratation +++

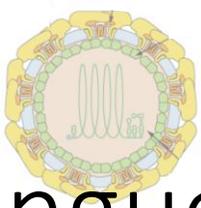


# Situations à risque de dengue grave

- Grossesse (en particulier dernier trimestre, accouchement)
- Ages extrêmes (< 1 an ou > 65 ans)
- Maladies chroniques
  - **Syndromes drépanocytaires majeurs (SS, SC, Sβthalassémie)**, thalassémie
  - Hémophilie, thrombopénie chronique
  - Diabète, asthme, insuffisance cardiaque, hépatopathie chronique
- Obésité
- Déficit immunitaire
- Traumatisme, chirurgie ou accidents vasculaires cérébraux récents
- Traitements
  - Anticoagulants
  - Aspirine, anti-inflammatoire
  - Prise excessive de paracétamol

# Manifestions cliniques observées au cours de la dengue et de la dengue grave en fonction de la durée d'évolution et du taux de plaquettes





# Dengue : Prise en charge

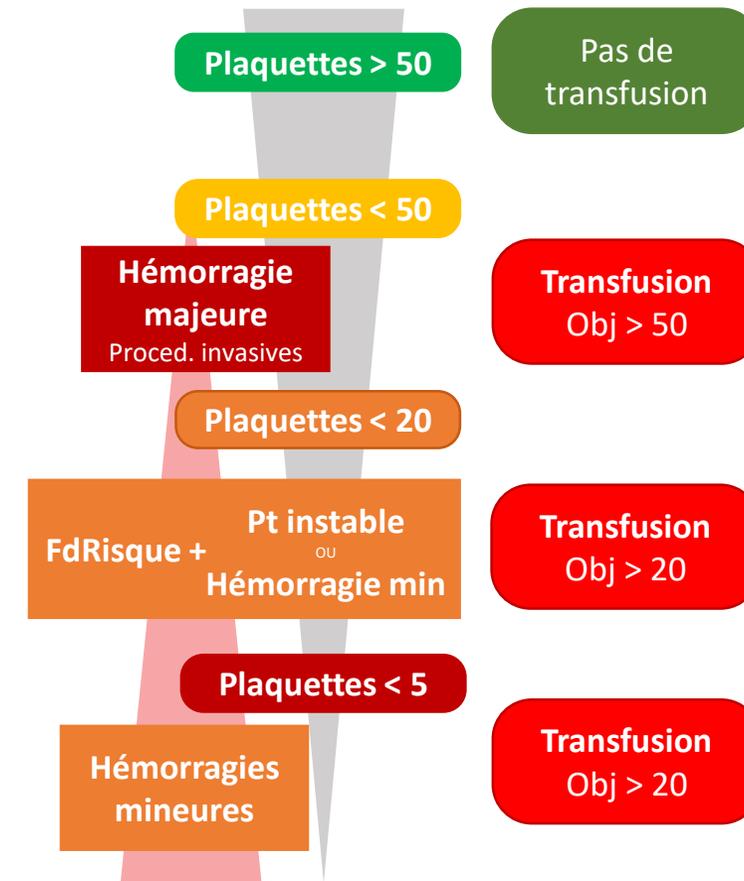
- Ambulatoire vs hospitalisation
- Hydratation +++
- Paracétamol (sans excès)
- Pas d'AINS
- Suivi si ambulatoire

# Dengue sévère : Prise en charge

Laura Levi

- Hospitalisation en soins intensifs
- Prise en charge symptomatique :
  - Remplissage, hydratation
    - Cristalloïdes > colloïdes
  - Surveillance de l'hématocrite
  - Thrombopénie
    - Transfusion de plaquettes?
    - Anti-D
- Prévention :
  - Vaccin?
  - Lutte anti-vectorielle?

FdRisque :  
HTA, AVC  
Trauma crânien  
Chirurgie  
Anticoagulants  
Coagulopathie



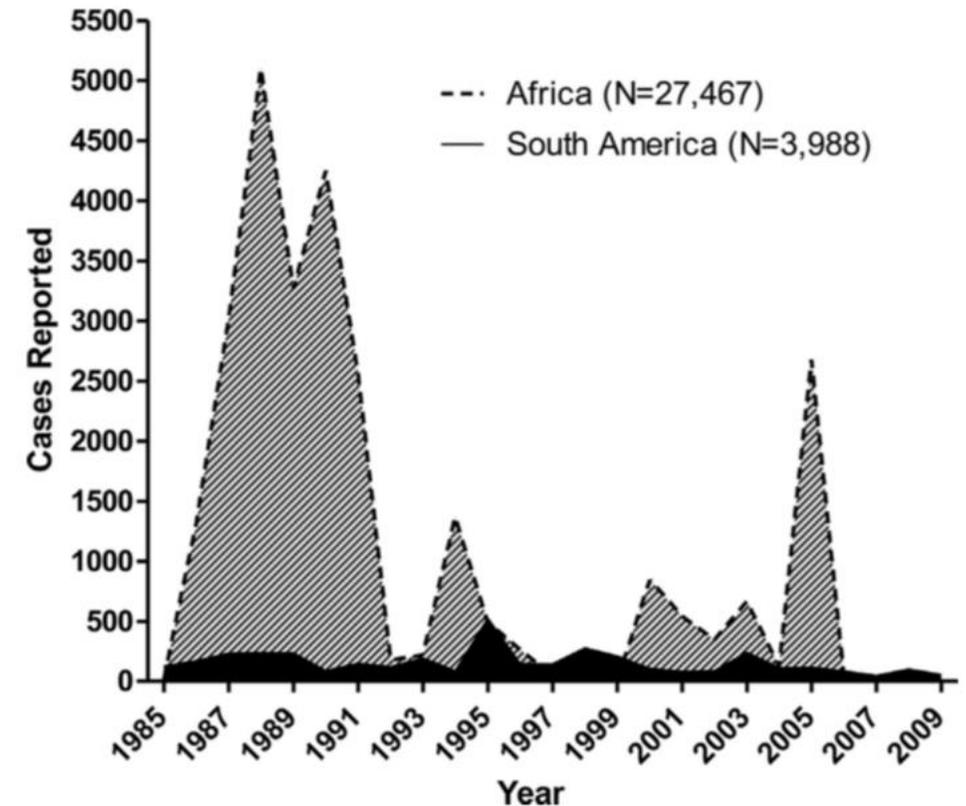
# Dengue : Phase de récupération

- Amélioration clinique
  - Réabsorption du liquide extracellulaire (48 à 72 h)
  - Éruption, prurit
  - Bradycardie
  - Augmentation du taux de plaquettes
- Défaillance viscérale
  - Myocardite
  - Ophtalmologique
  - Neurologique

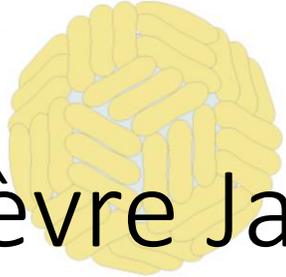
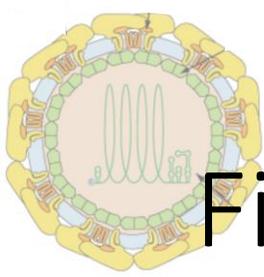


# Fièvre Jaune

- Transmission *Aedes* et *Haemagogus spp*
- Réservoir : primates non humain
- Vaccin anti-amarile
- Diminution des cycles urbain, persistance de cycles sylvatiques
- Estimation 2013 (OMS) : 80 à 170 000 cas/an, 30 000 décès ?



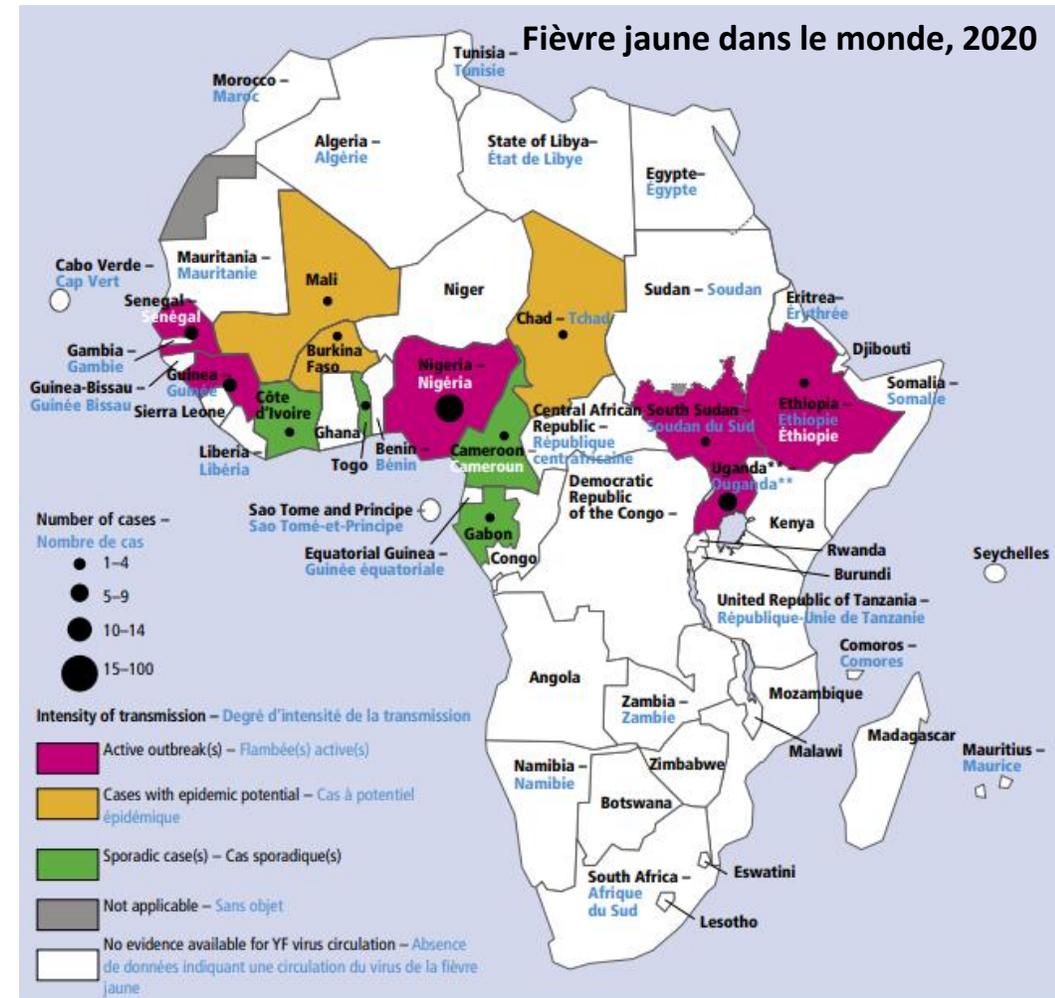
**Fig. 1.** Cases of yellow fever in Africa and South America, 1985–2009, officially notified to the World Health Organization.

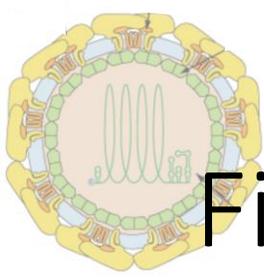


# Fièvre Jaune

- **EYE strategy (2017-2026) :**
  - Gavi, UNICEF et OMS
  - tous les pays africains et américains concernés
  - objectif 1 milliard de vacciné en 2026

**Eliminate yellow fever epidemics by 2026**





# Fièvre jaune : Tableau Clinique



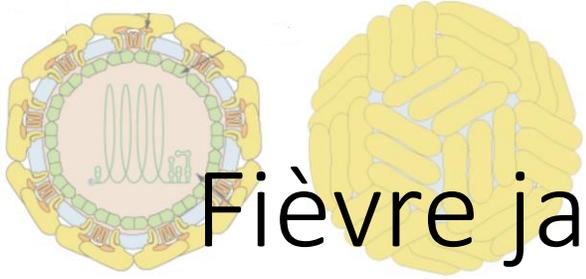
- Majorité d'asymptomatiques
- Homme > femme
- Syndrome grippal de 3-4 jours :
  - Fièvre (80-100%), céphalées, asthénie, myalgies,
  - Syndrome hémorragique (physiopathologie?)
  - Symptômes digestifs : nausée/vomissement, ictère (10 à 20%)
- Biologie
  - leucopénie (lymphopénie, neutropénie), anémie, thrombopénie modérée,
  - cytolyse, hyperbilirubine (rare 8%, Walama et al)
  - Baisse du facteur V

Walama et al, Int J Inf Dis, 2012

Yeh-Li et al, J Travel Med, 2019

Kallas et al, Lancet ID, 2019

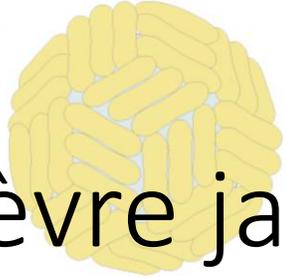
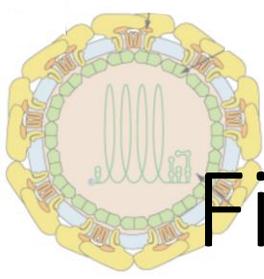
[www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever)



# Fièvre jaune : Formes graves

- Epidémie 2011 Ouganda : Mortalité 25% (Homme 30% vs Femme 18%)
- Epidémie de Sao Paulo 2018
  - 79 patients en soins intensifs (80% hommes, 33-56 ans, majoritairement non comorbides)
- Clinique (J2-12) :
  - Fièvre et symptômes digestifs (ictère 19%)
  - Cytolyse (ASAT20N>ALAT10N), thrombopénie modérée,  $\nabla$ facteur V
  - **Mortalité 67%** :
    - hémorragie digestive, état de mal épileptique, acidose métabolique sévère, pancréatite nécrotique, défaillance multi viscérale
    - Sur-risque : diabétiques (80% vs 67%)

Clinical condition	n (%)
Acute renal failure	66 (84)
Seizures	19 (24)
Pancreatitis	46 (58)
Haemorrhage	52 (66)
Arrhythmia/myocarditis	21 (27)



# Fièvre jaune : Prise en charge

- Pas de traitement curatif, amélioration de la survie par les soins de support
- Prise en charge :
  - Anticonvulsivants si encéphalopathie hépatique et/ou ammoniémie  $> 70$  mmol/l
  - IPP systématique
  - Echange plasmatique : réduction des hémorragies (indépendantes de la thrombopénie et de la baisse du TP)
  - Ribavirine?
- En développement :
  - IgG1 monoclonal anti protéine E (traitement post exposition, phase 1)
- Prévention :
  - Contrôle vectoriel
  - Vaccination

Monath et al, J Clin Viro, 2015

Walama et al, Int J Inf Dis, 2012

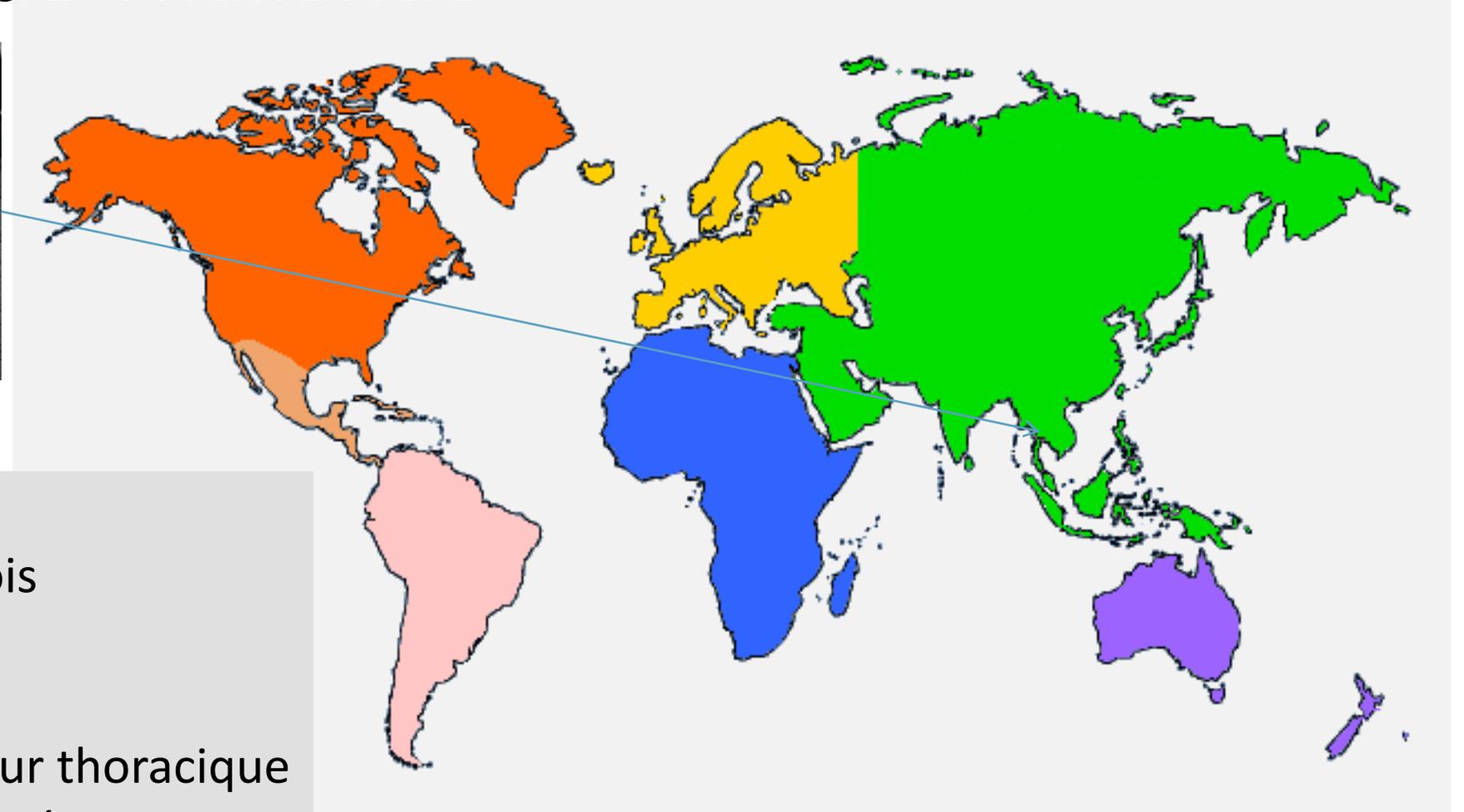
Yeh-Li et al, J Travel Med, 2019

Low et al, NEJM, 2020

Kallas et al, Lancet ID, 2019

# Pneumonies au retour des tropiques

# Au retour de Thaïlande



Femme, 21 ans

Bénévole pendant 4 mois

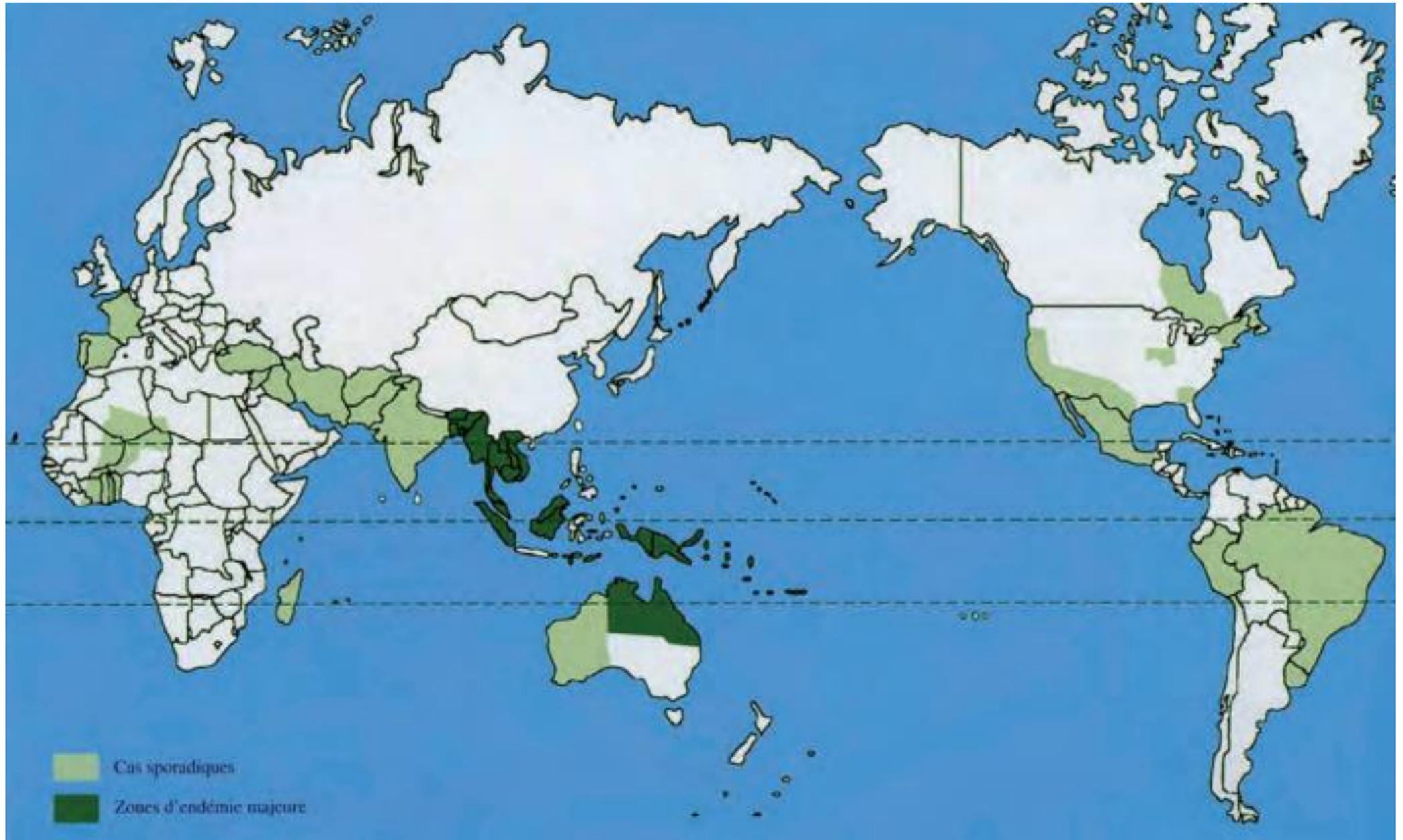
Inondations

M1 du retour

AEG, fièvre, toux, douleur thoracique

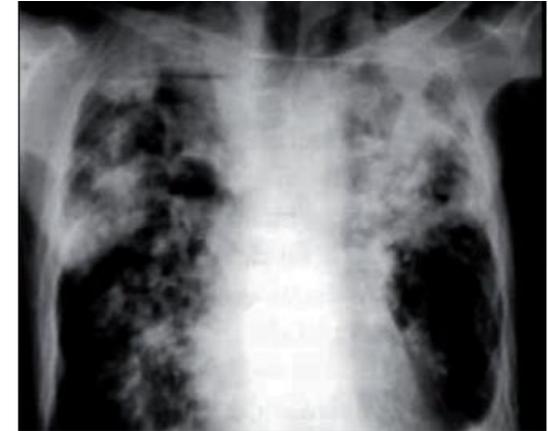
RT : pneumopathie excavée

# Mélioïdose



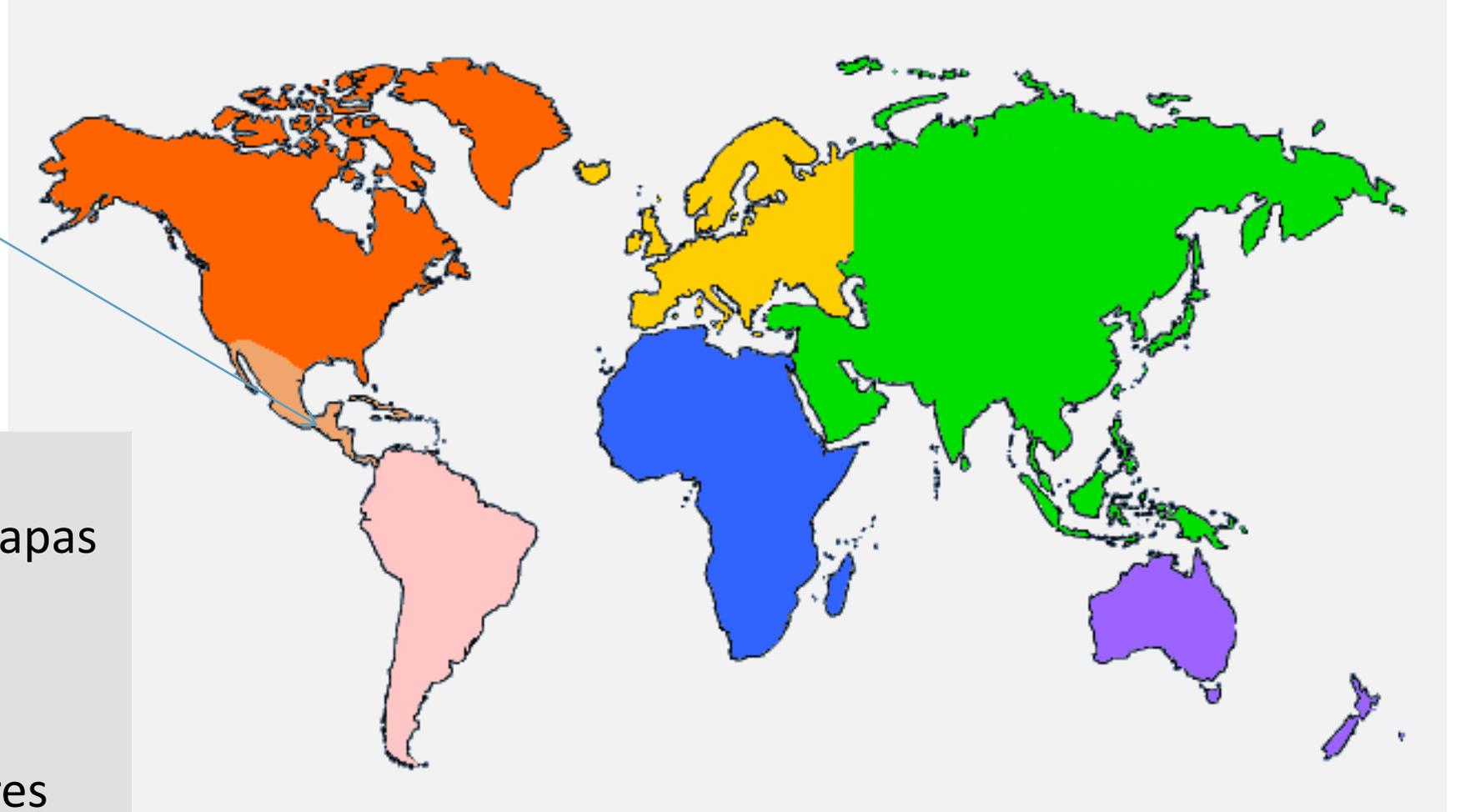
# Mélioïdose

- ***Burkholderia pseudomallei*** : BGN présent dans les sols
- **Contact avec la boue ou l'eau contaminée** (inondations, tsunami)
- Transmission transcutanée, aérienne ou digestive
- Incubation variable : <24 heures à >20 ans
- Gravité variable : asymptomatique à choc septique
- Forme aiguë, forme chronique, forme latente
  - **Forme aiguë localisée :**
    - **Atteinte pulmonaire ++ (50%): pneumonie, abcès, empyème**
    - Atteinte abdominale, ostéo-articulaire, musculaire, cardiovasculaire, cutanée, cérébrale
- **Létalité : 19% à 80%**
- Rechutes : 6 % à 1 an et 13 % à 10 ans
- **Hémocultures, culture de prélèvement profond (P3)**
- Traitement :
  - **Ceftazidime ou méropénème 10 à 14 jours**
  - **Cotrimoxazole + doxycycline 12 à 20 semaines**



*ePILLY trop 2016*

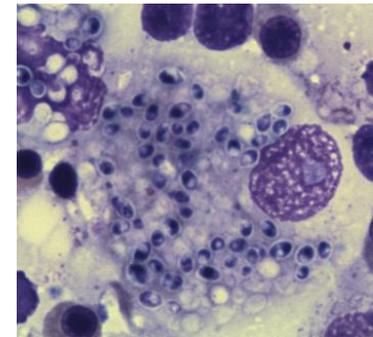
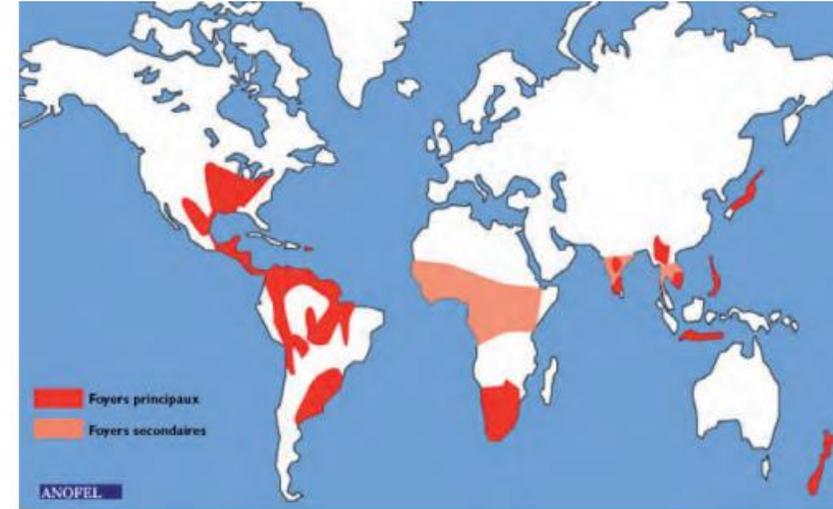
# Au retour du Mexique...



Femme, 46 ans  
Spéléologie dans le Chiapas  
Nuit en grotte  
J10 du retour  
Fièvre, toux, dyspnée  
RT : nodules pulmonaires  
3 autres voyageurs malades

# Histoplasmose pulmonaire aiguë

- ***Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum***
- Champignon dimorphique
- Sols enrichis en déjections d'oiseaux ou de chauve-souris
- **Transmission par inhalation** : spéléologie, visites de grotte...
- Incubation 7 à 21 jours
- **Forme pulmonaire aiguë** :
  - Asymptomatique 70-80% des cas
  - Toux, fièvre, dyspnée, douleurs thoraciques
  - Imagerie : infiltrats localisés ou diffus, nodules, ADP médiastinales
  - Résolution spontanée < 10 jours
- Autres formes : pulmonaire chronique, **disséminée (immunodéprimé)**
- Diagnostic microbiologique :
  - Examen direct et culture LBA > expectoration (P3)
  - Antigène sérum ou LBA
  - Sérologie
- Traitement si atteinte diffuse, sévère, peu sévère ≥ 1 mois
  - **Itraconazole** 2 mois +/- amphotéricine B liposomale 10-15 j

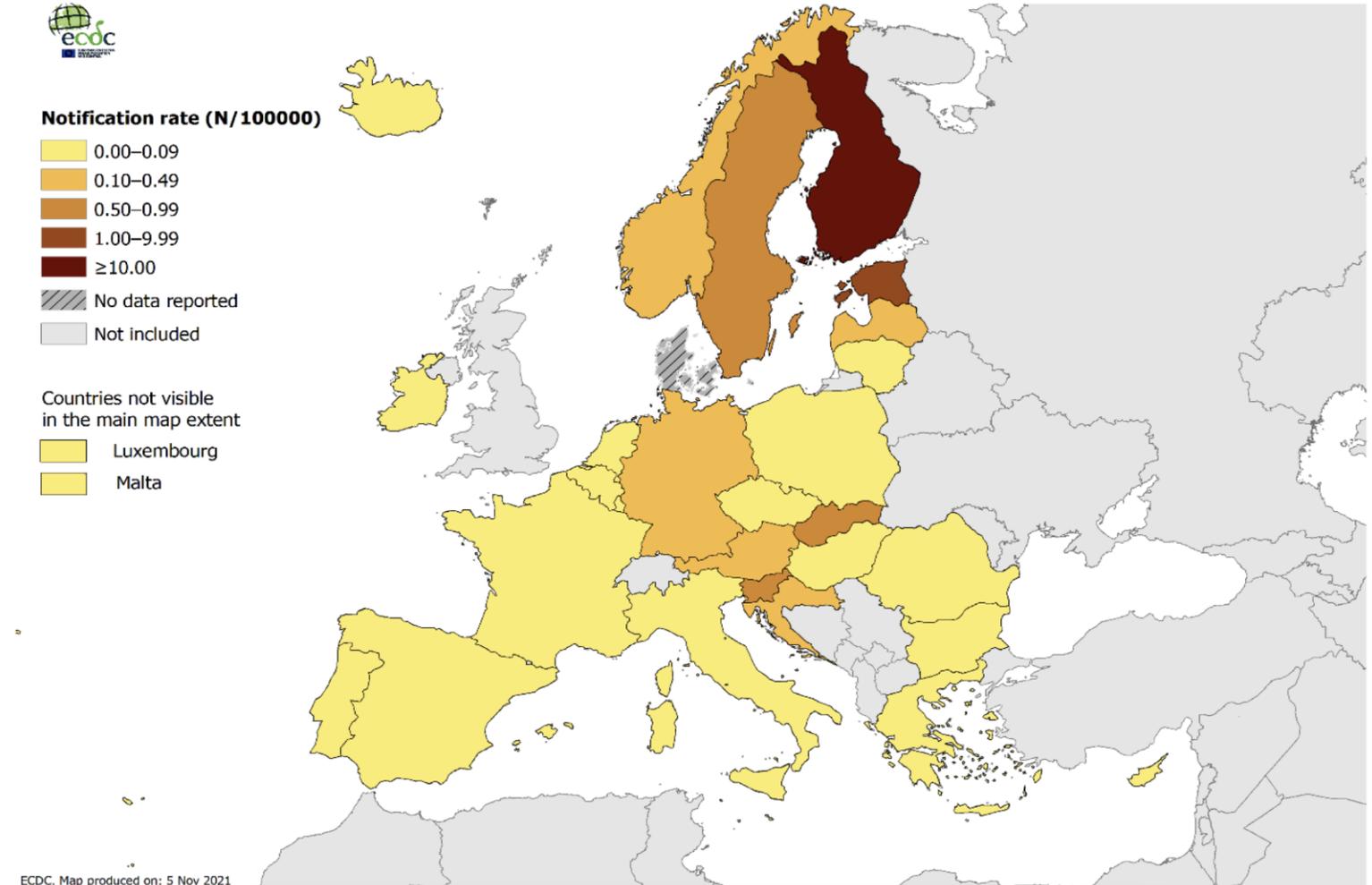


# Orthohantavirus

**Haemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS)**, mainly caused by Seoul, Puumala and Dobrava viruses which are prevalent in **Europe**

**Hantavirus cardiopulmonary syndrome**, which may be caused by Andes virus, Sin Nombre virus, and several others prevalent in the **Americas**.

**Figure 1. Distribution of hantavirus infection rates per 100 000 population by country, EU/EEA, 2020**



# MERS-CoV

- Middle East Respiratory Syndrome coronavirus
- **Péninsule arabe** +++, 26 pays depuis 2012
  - Actuellement : Arabie saoudite, Bahreïn, Emirats arabes unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Oman, Qatar, Yémen
- Transmission
  - Contact avec camélidés (directe et indirecte)
  - Interhumaine (établissements de santé)
- **Délai  $\leq 14$  jours après le retour**
- **Signes respiratoires + fièvre**
- Forme pauci symptomatique  $\rightarrow$  SDRA
- Formes graves chez l'immunodéprimé
- PCR sur écouvillon rhinopharyngé
- **Alerte REB**



*ePILLY trop 2016*

# Contexte clinique

---



- Homme martiniquais de 58 ans
- Pas de voyage récent, en Guyane depuis > 20 ans.
- Antécédent : aucun
- Douleur thoraciques fébriles + céphalées depuis 6 jours
- Foyer de crépitants en base droite. Pas de critère de gravité.
- Biologie : GB 8,4 G/L, CRP 308 mg/L
- sérologies VIH négative

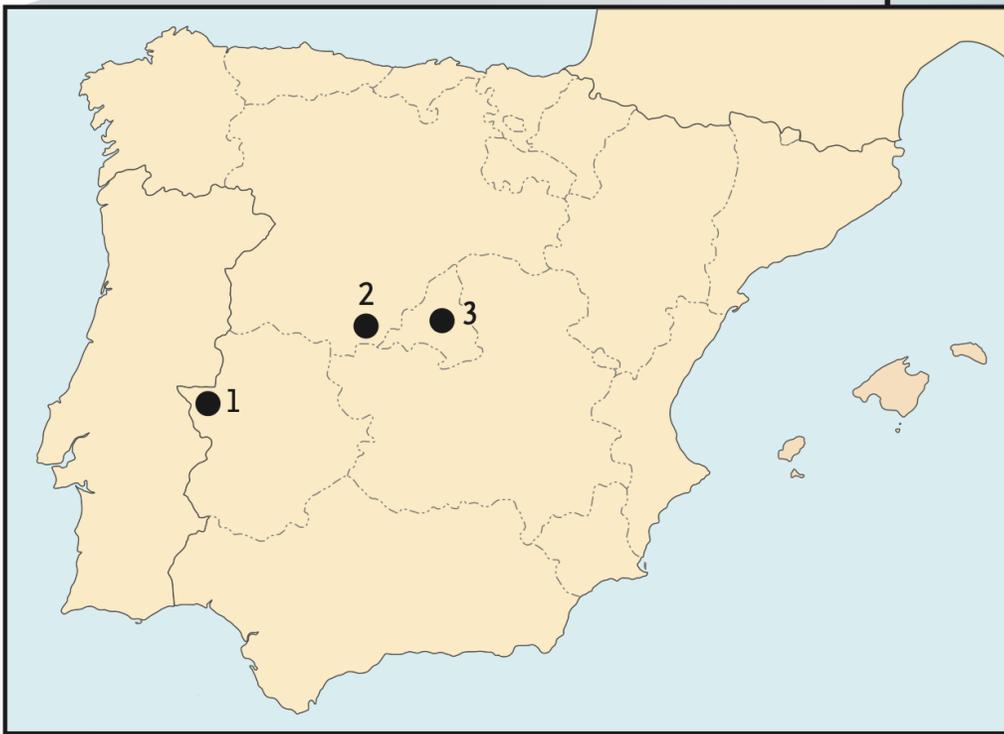
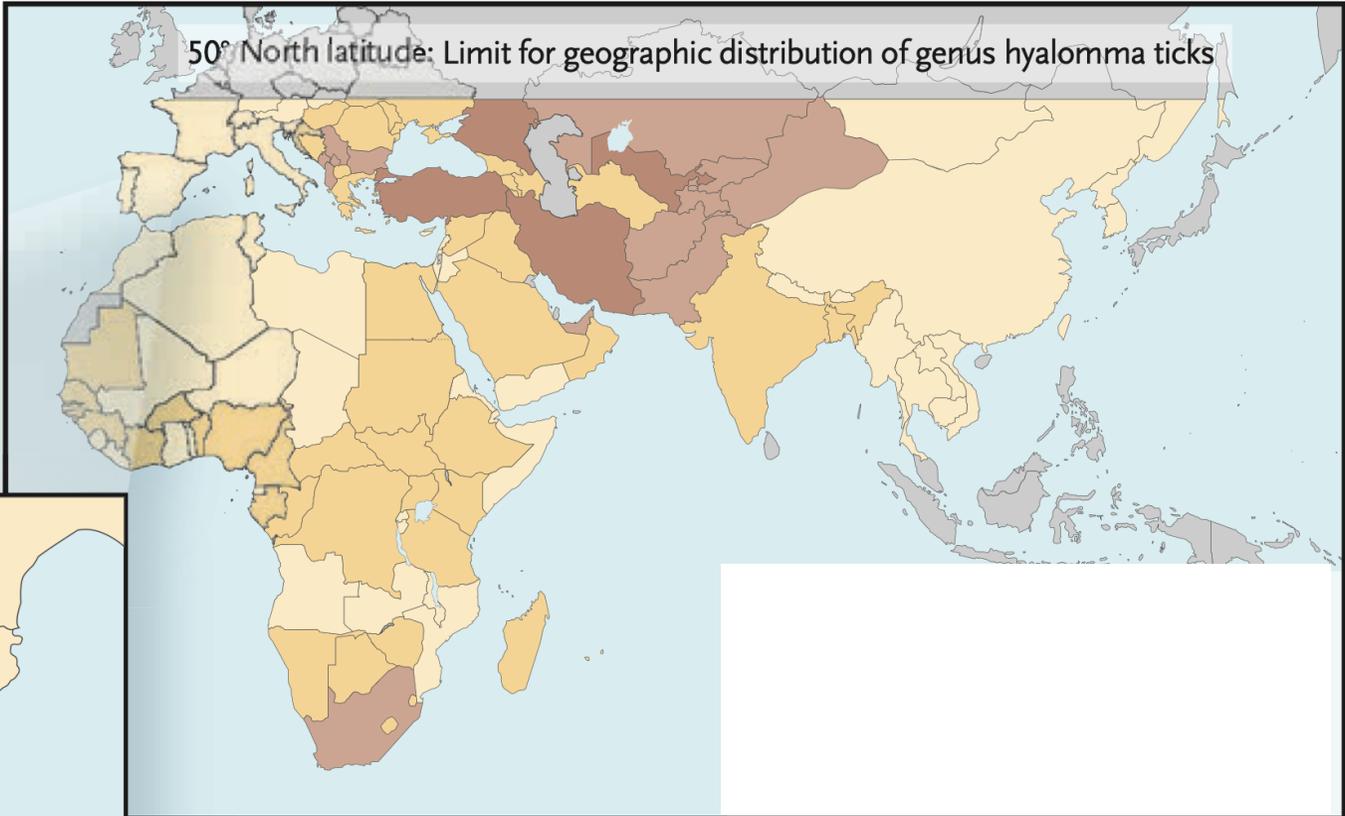


BRIEF REPORT

Autochthonous Crimean–Congo  
Hemorrhagic Fever in Spain

JULY 13, 2017

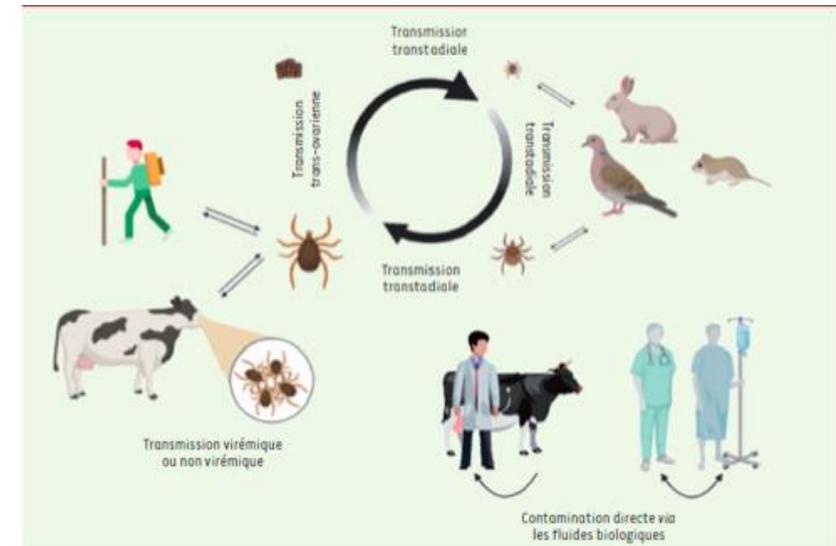
50° North latitude: Limit for geographic distribution of genus hyalomma ticks

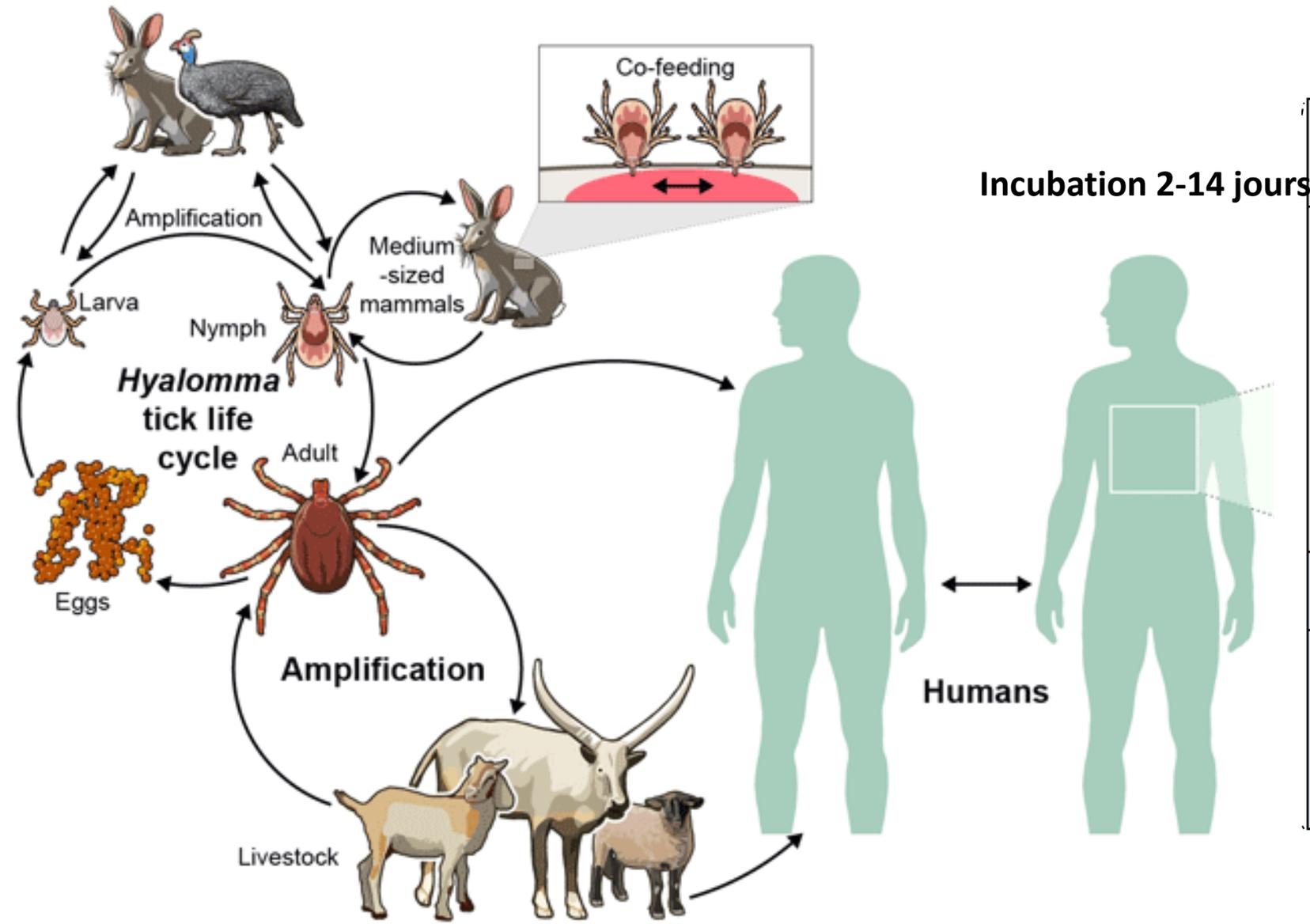




# Transmission FHCC

- Vecteur = tique dure adulte de la famille des *Ixodidae*, du genre *Hyalomma*
- **Transmission principalement par pique de tiques de avril à juillet**
- Hôtes: animaux sauvages et domestiques, bovins, moutons, chèvres, lièvres, chevaux, chiens, poulets, chameaux, porcs oiseaux souvent résistants mais pas les autruches ou pintades



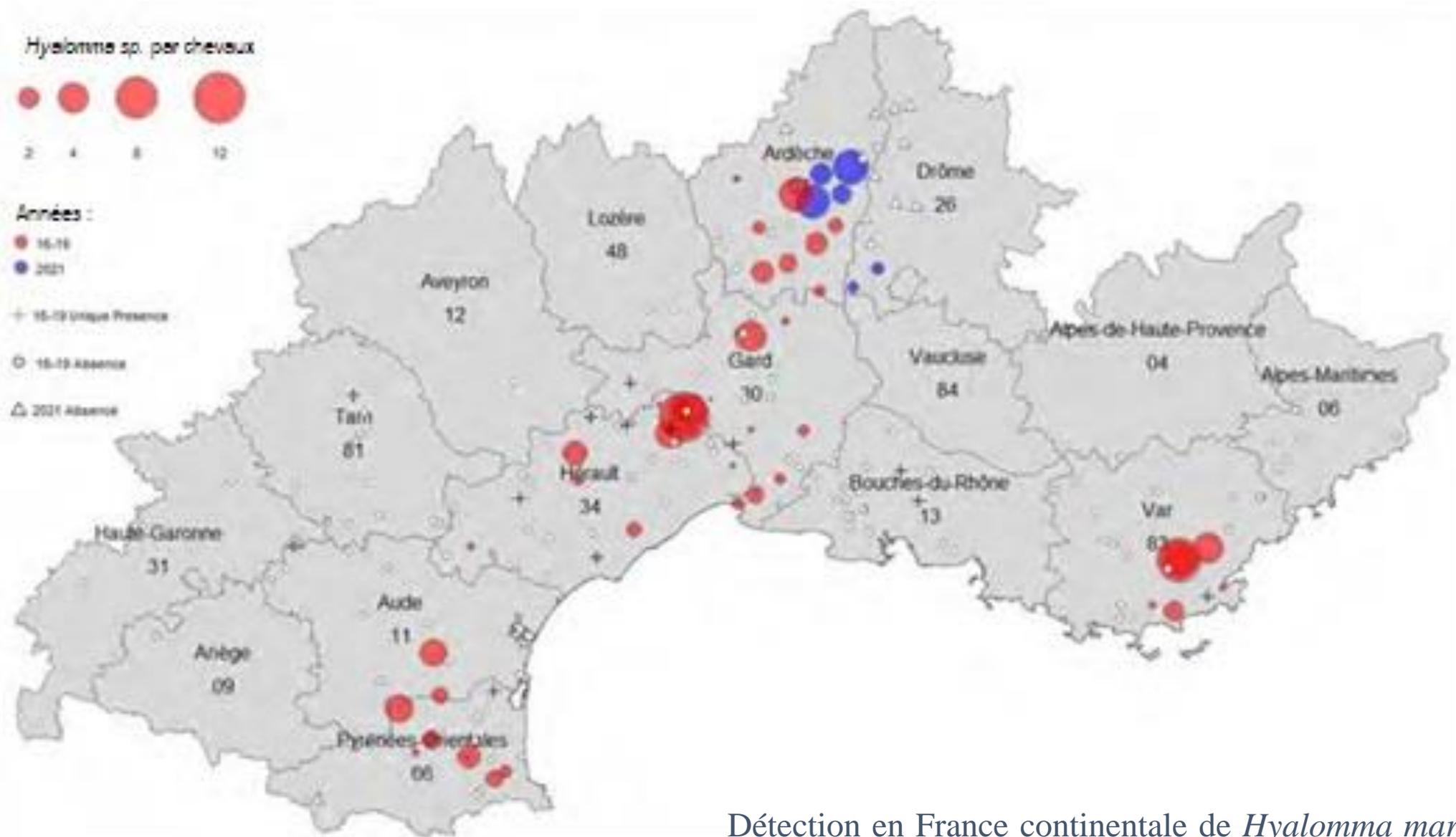


		J1-J7	J7-J10
		Phase pré hémorragique	Phase hémorragique
		Sd fébrile non spécifique : céphalées, myalgies, nausées, fièvre...	Pétéchies Hématomes Ecchymoses Epistaxies Gingivorragies Hématémèses Rectorragies, mélénas Méno/métrorragies Hématuries
		Facteurs de risque de décès	
		Elévation des cytokines proinflammatoires Cytolyse hépatique Thrombopénie Charge virale élevée Absence de séroconversion	

Recent advances in understanding Crimean–Congo hemorrhagic fever virus

# Fièvre hémorragique de Crimée Congo

- Maladie isolée pour la première fois en 1944 en Crimée, Virus isolé pour la première fois en 1956 au Congo
- Incubation: dépend du mode de contamination
  - **Après une piqûre de tique: 1 - 3 jours**
  - Après contact avec liquide biologique infecté: 5 - 6 jours
- Clinique: asymptomatique 80%  
J1 début brutal, phase pré-hémorragique aspécifique:  
fièvre, céphalées, myalgies, vertiges, troubles digestifs, hépatosplénomégalie, adénopathies  
J3-J7 phase hémorragique, défaillance multi-viscérale  
J10-J20 phase de convalescence: asthénie, tachycardie, troubles de l'attention, dépression
- Diagnostic: CNR FHV Lyon



Détection en France continentale de *Hyalomma marginatum* en 2022 d'après le rapport de l'Anses dans plusieurs départements du sud de la France

# Première détection du virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo dans le Sud de la France

RÉSULTATS & IMPACT • 25 octobre 2023

Une équipe du Cirad vient de mettre en évidence la présence du virus de la Fièvre Hémorragique Crimée-Congo dans des tiques de l'espèce *Hyalomma marginatum* collectées dans les Pyrénées Orientales (Occitanie). C'est la première détection de ce virus en France. Aucun cas humain en revanche n'a été diagnostiqué sur le territoire.

Cette année pour la première fois, une centaine de tiques sur plus de 2000, collectées en 2022 et surtout 2023 au printemps, se sont révélées positives à la présence du virus de la FHCC. Ces résultats ont été confirmés en octobre par le CNR des Fièvres Hémorragiques Virales (FHV) de l'Institut Pasteur.

- Quelles maladies pour quel voyage ?
- Quelques pathologies sélectionnées pour les réanimateurs
- **Quelques outils utiles**

# DGS « du jour »

## Rougeole

Mesdames, Messieurs,

La Direction Générale de la santé (DGS) appelle à la vigilance renforcée de l'ensemble des professionnels de santé concernant la détection précoce de la rougeole et la mise en œuvre des mesures de prévention appropriées en raison d'une augmentation récente du nombre de cas en France (bulletin Santé publique France) et sur le continent européen.

La situation actuelle, fait craindre, au vu de la forte contagiosité de la maladie, une diffusion plus large sur le territoire national au cours des mois à venir et aussi à l'approche des grands rassemblements de l'été (Jeux Olympiques 2024).

### A. Recommandations sanitaires

- Le diagnostic clinique de la rougeole doit être évoqué devant tout patient, quel que soit son statut vaccinal, en présence d'une fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  associée à une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, rhinite, toux, signe de Köplik. Les patients sont contagieux 5 jours avant l'apparition de l'éruption ;

- Une confirmation biologique est indispensable préférentiellement par prélèvement oropharyngé et amplification génique par RT-PCR, l'ARN viral étant détectable de quelques jours avant le début de l'éruption jusqu'à environ 10 jours après.

### B. Signalement précoce

Tout cas cliniquement évocateur (y compris avant résultats biologiques) doit faire l'objet d'un signalement sans délai au point focal régional de l'Agence Régionale de Santé (ARS) par tout moyen approprié (téléphone, mail) ou à l'aide de la fiche de déclaration obligatoire même si tous les items n'ont pu être renseignés, ils pourront être complétés par la suite.

# DGS de la veille

Mesdames, Messieurs, Cher(e)s Collègues,  
Bonsoir,

Ce message a pour objectif de vous informer de la mise en ligne ce jour d'un point épidémiologique sur le site de Santé publique France concernant les infections à Parvovirus B19.

En effet, une épidémie d'infections à Parvovirus B19 touche toutes les régions de France hexagonale et toutes les catégories d'âge, en particulier l'enfant, depuis mai 2023. Son intensité s'est accrue à la fin du dernier trimestre 2023 et elle poursuit son ascension en 2024 avec un pic qui n'était pas encore atteint au mois de mars. Cette situation est partagée par plusieurs pays européens. Les raisons de cette épidémie ne sont pas clairement établies, mais comme pour d'autres infections virales ou bactériennes, elle pourrait être liée à la levée des mesures sanitaires (notamment confinement et mesures barrières) qui a suivi la pandémie de COVID-19 durant laquelle une dette immunitaire a pu s'installer.

Parmi les éléments ayant motivé ce point épidémiologique figurent les suivants :

1. Le signalement à Santé publique France d'une augmentation du nombre de fausses couches et de morts fœtales en lien avec une infection à Parvovirus B19 rapportée par certains services de périnatalité ainsi que des données de laboratoires montrant des tests positifs pour le Parvovirus B19 dans les prélèvements de liquide amniotique ;
2. Une augmentation du nombre de cas d'infections sévères à Parvovirus B19 rapportée à Santé publique France par certains médecins urgentistes et réanimateurs ;
3. Cinq décès de nourrissons, dont quatre chez des nouveau-nés en lien avec une infection congénitale, depuis janvier 2024 enregistrés via la certification électronique des décès, contre au maximum un par an entre 2016 et 2022.

# DGS du jour

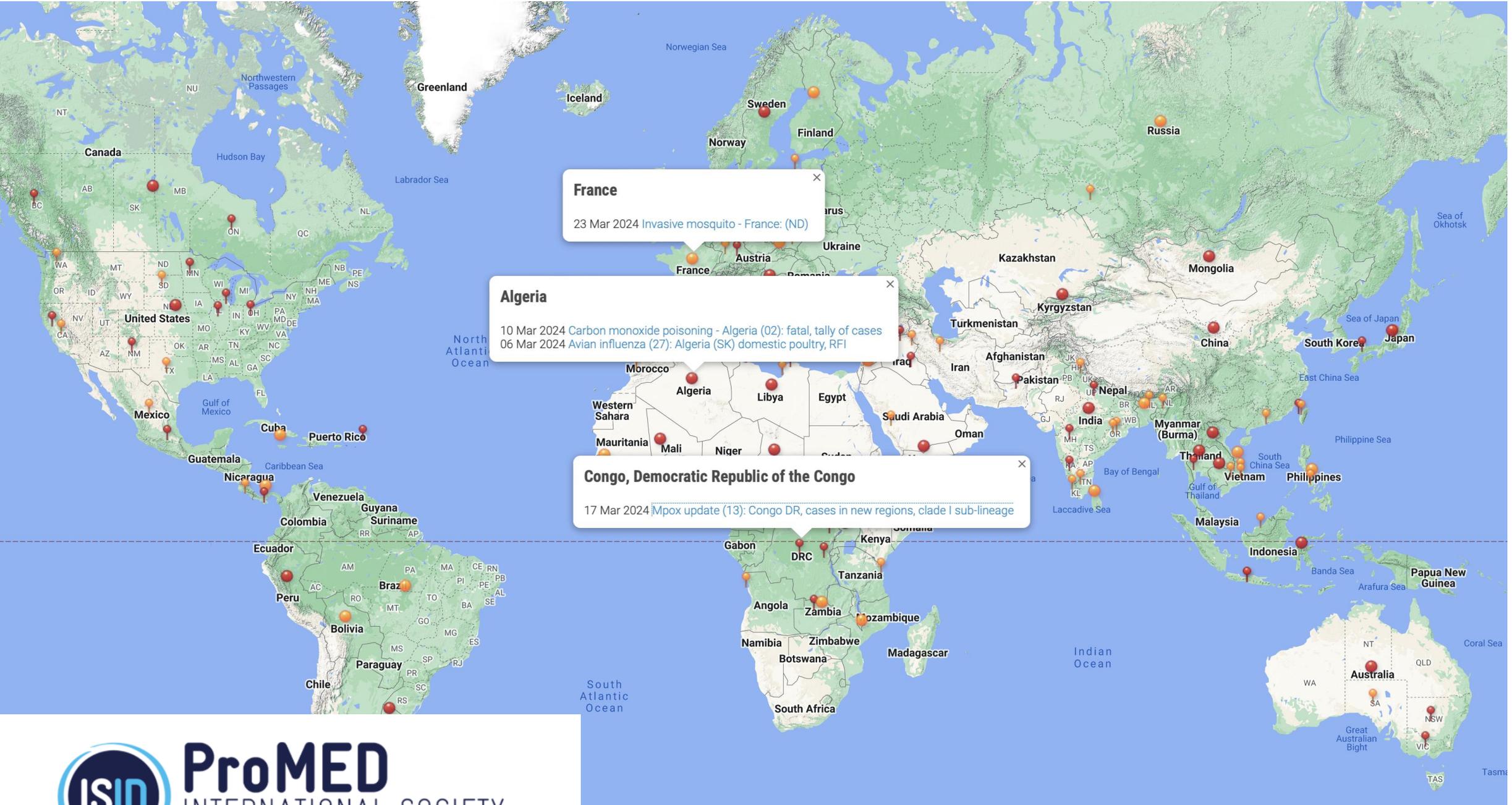
Mesdames, Messieurs,

**Le nombre de cas importés de dengue signalés en métropole** atteint des chiffres bien plus élevés que les années précédentes. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 14 avril 2024, 1 361 cas de dengue importée ont été notifiés versus 122 sur la même période en 2023. Plus de 80% de ces cas revenaient **de Martinique ou de Guadeloupe**, et 6% de **Guyane**, où des épidémies sont en cours depuis mi 2023 ([Santé Publique France](#)).

**Nous attirons donc votre attention d'une part sur le diagnostic de dengue qui doit être évoqué devant tout syndrome fébrile et algique notamment associé à un antécédent de voyage en zone de circulation du virus et d'autre part sur le signalement rapide aux Agences régionales de santé de ces cas, afin de pouvoir mettre en œuvre rapidement les mesures de contrôle et de lutte.**

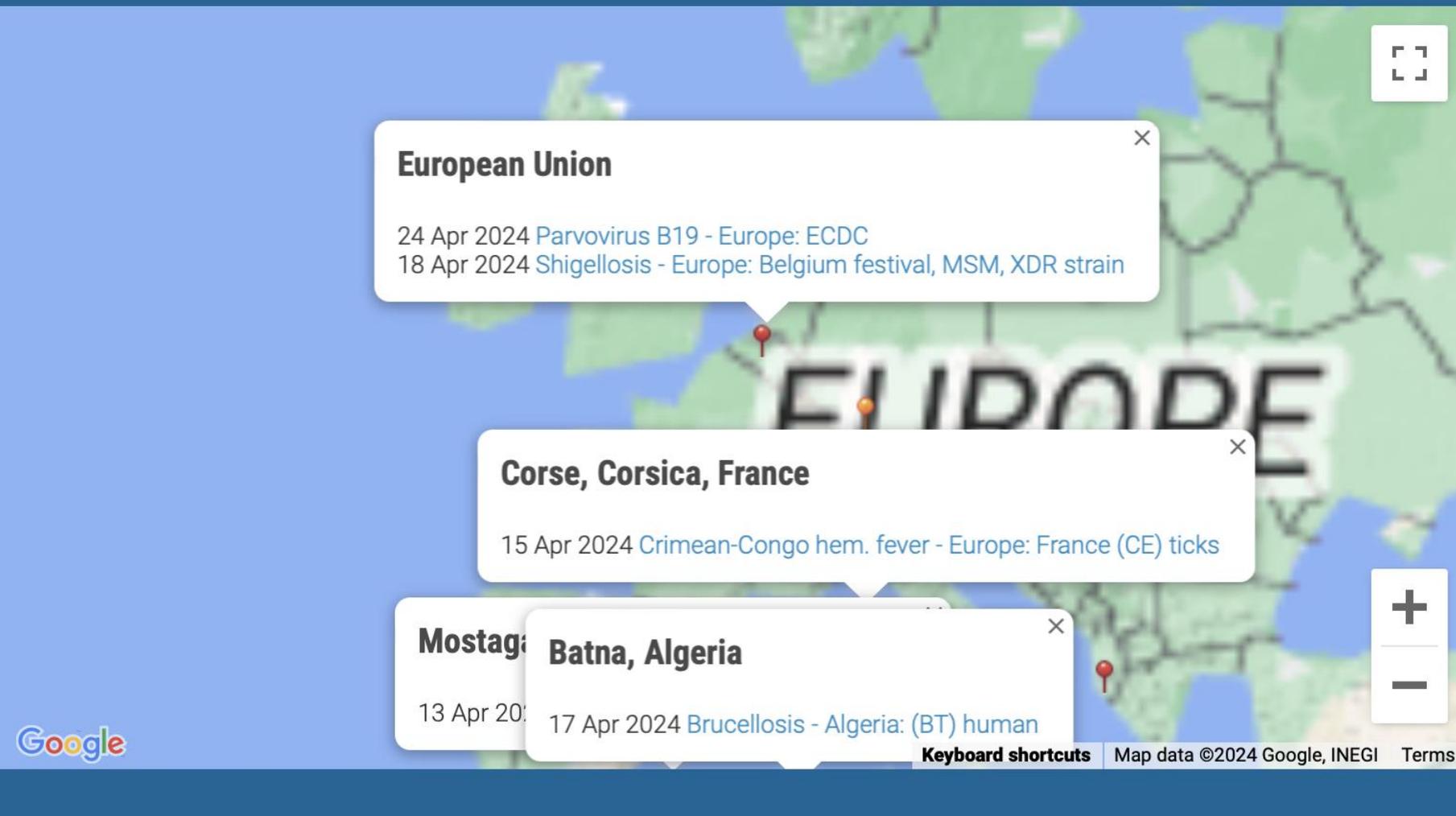


Un outil de suivi des émergences



**ProMED**  
INTERNATIONAL SOCIETY  
FOR INFECTIOUS DISEASES

<https://promedmail.org>



**European Union** ×  
24 Apr 2024 [Parvovirus B19 - Europe: ECDC](#)  
18 Apr 2024 [Shigellosis - Europe: Belgium festival, MSM, XDR strain](#)

**Corse, Corsica, France** ×  
15 Apr 2024 [Crimean-Congo hem. fever - Europe: France \(CE\) ticks](#)

**Mostaganem, Algeria** ×  
13 Apr 2024 [Brucellosis - Algeria: \(BT\) human](#)

**Batna, Algeria** ×  
17 Apr 2024 [Brucellosis - Algeria: \(BT\) human](#)

**European Union** ×

24 Apr 2024 [Parvovirus B19 - Europe: ECDC](#)  
 18 Apr 2024 [Shigellosis - Europe: Belgium festival, MSM, XDR strain](#)

**Corse, Corsica, Fr**

15 Apr 2024 [Crimean-Congo haemorrhagic fever](#)

**Mostaganem**

13 Apr 2024 [Crimean-Congo haemorrhagic fever](#)

**Batna, Algeria**

17 Apr 2024 [Brucella melitensis](#)

24 Apr 2024 [Measles - Sudan: \(SI\) vaccination](#)

24 Apr 2024 [Poliomyelitis update \(11\): Africa \(Congo DR, Chad, Nigeria\)](#)

24 Apr 2024 [Avian influenza \(52\): India \(KL\) duck, HPAI H5N1, culling](#)

24 Apr 2024 [Undiagnosed deaths, illnesses - Nigeria \(02\): \(SO, ZA, KD\) heavy metal poisoning susp.](#)

24 Apr 2024 [Salmonellosis, st Typhimurium - Denmark](#)

24 Apr 2024 [Gastroenteritis, waterborne - China: \(HB\)](#)

24 Apr 2024 [Anthrax - USA: \(TX\) sheep](#)

24 Apr 2024 [Parvovirus B19 - Europe: ECDC](#)





**SPILF**

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE  
DE LANGUE FRANÇAISE

**CMIT**

COLLÈGE DES UNIVERSITAIRES  
DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

**SNMInf**

SYNDICAT NATIONAL  
DES MÉDECINS INFECTIOLOGUES

**CNP-MIT**

CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL  
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

**Infectio-DPC**

DÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL CONTINU

**Groupes de travail** ▾

Vaccination-Prévention

**Émergences**

Monkeypox

Covid-19

Actualités épidémiologiques

Veille bibliographique

Site mission COREB nationale

[Fiches pratiques de prise en charge](#)

Recherche

## Fiches pratiques de prise en charge

Le groupe vous propose des fiches pragmatiques d'aide à la prise charge de patients atteints par un pathogène biologique émergent ne bénéficiant pas de recommandation de prise en charge claire en France. Ces fiches sont issues d'un travail bibliographique des membres de SPILF émergences, sont relues le cas échéant par le Centre National de Référence concerné, et si besoin sur des points précis d'autres sociétés savantes (exemple FF2H pour aspects pratiques de précautions complémentaires). Il ne s'agit en aucun cas de recommandations, et elles n'ont aucun caractère opposable.

- [MALADIE DU CHARBON \(ANTHRAX\) \(MARS 2023\)](#)
- [EBOLA ET FILOVIRUS \(MARS 2023\)](#)
- [FIEVRE HEMORAGIQUE DE CRIMÉE-CONGO \(DECEMBRE 2023\)](#)
- [TULAREMIE \(JANVIER 2024\)](#)



Université  
Paris Cité

Merci de votre attention

Nathan Peiffer-Smadja

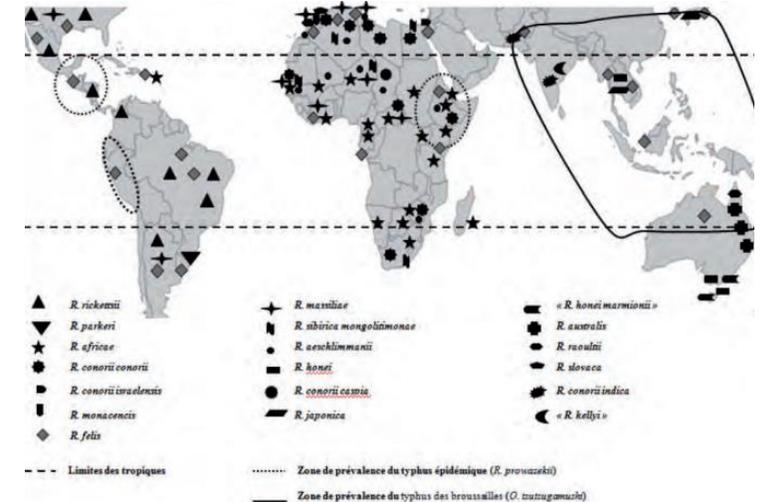
[Nathan.peiffer-smadja@aphp.fr](mailto:Nathan.peiffer-smadja@aphp.fr)

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales  
Hôpital Bichat – Claude Bernard



# Typhus des broussailles

- ***Orientia tsutsugamushi*** : BGN intracellulaire
- **Transmission par piqure de larves de trombiculidés**
- Incubation 5-20 jours
- **Chancre d'inoculation (50%)**
- **Signes extra-respiratoires**
  - Céphalées, myalgies, asthénie, confusion, fièvre élevée, polyadénopathies généralisées, injection conjonctivale, exanthème, hépato-splénomégalie, syndrome méningé
  - Thrombopénie, cytolyse hépatique
- Complications : atteinte myocardique, pulmonaire, rénale, CIVD
- Létalité : 0 à 30 % selon le terrain
- **Sérologie**
- **Doxycycline** pendant 7 jours
- Evolution favorable en 2-3 semaines



ePILLY trop 2016

# Encéphalite à tique (TBE)

- *Flavivirus*
- 3 sous-types:
  - européen transmis par *Ixodes ricinus*
  - extrême oriental transmis par *I. persulcatus*
  - sibérien transmis par *I. persulcatus*
- Incubation: 7 - 14 jours
- Clinique: évolution bi-phasique

J0-J5 Première phase virémique : syndrome pseudo grippal  
Puis rémission clinique asymptomatique de 7 jours

**> J10 Deuxième phase: encéphalite  
début brutal, reprise fébrile, manifestations neurologiques  
méningite, ménigo-encéphalite, myélite, paralysie, radiculite**

- Diagnostic: Détection d'Ac IgM spécifiques dans LCR et/ou sérum, par ELISA  
PCR pourrait être utile pour un diagnostic différentiel précoce de la TBE

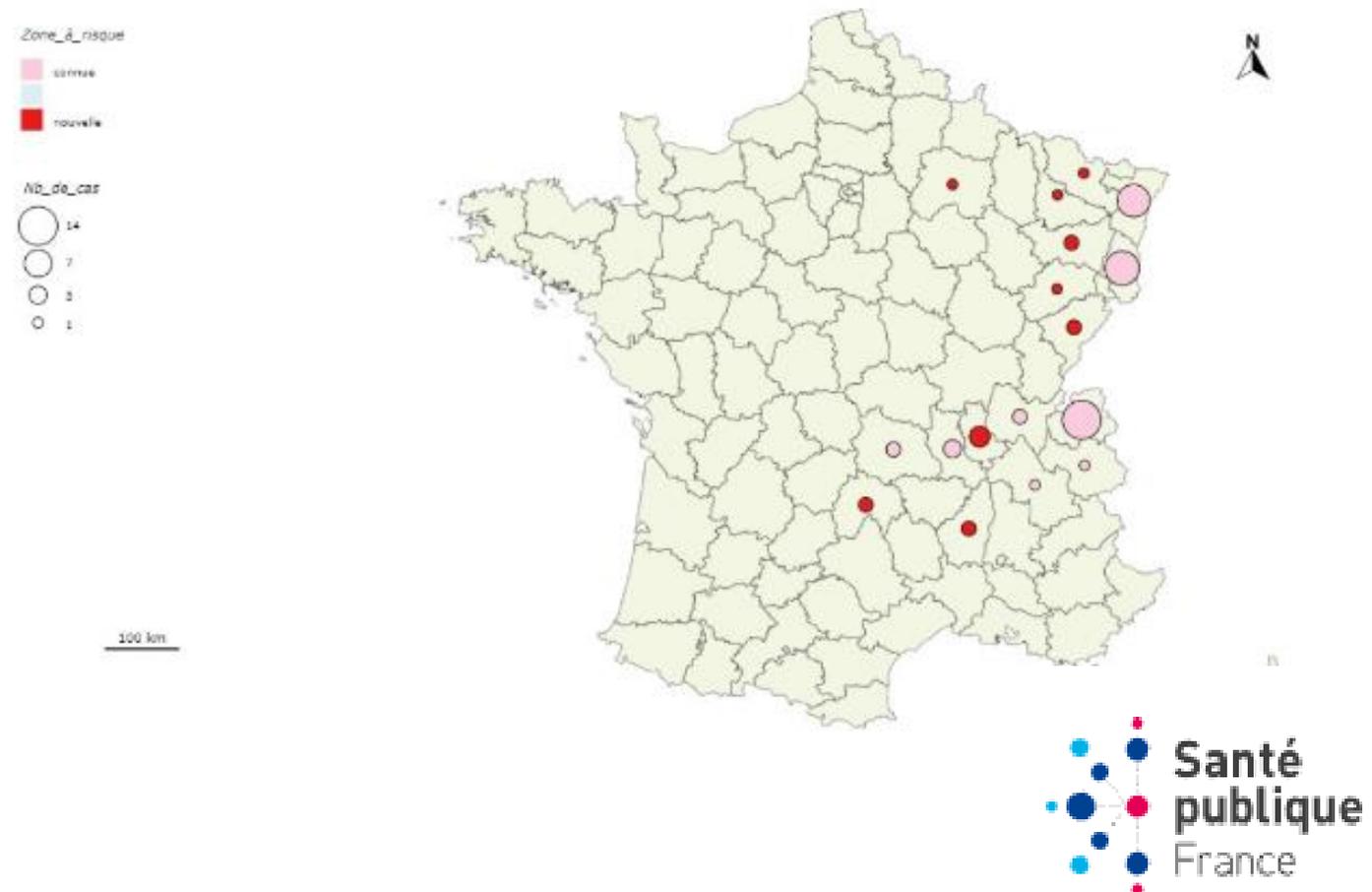


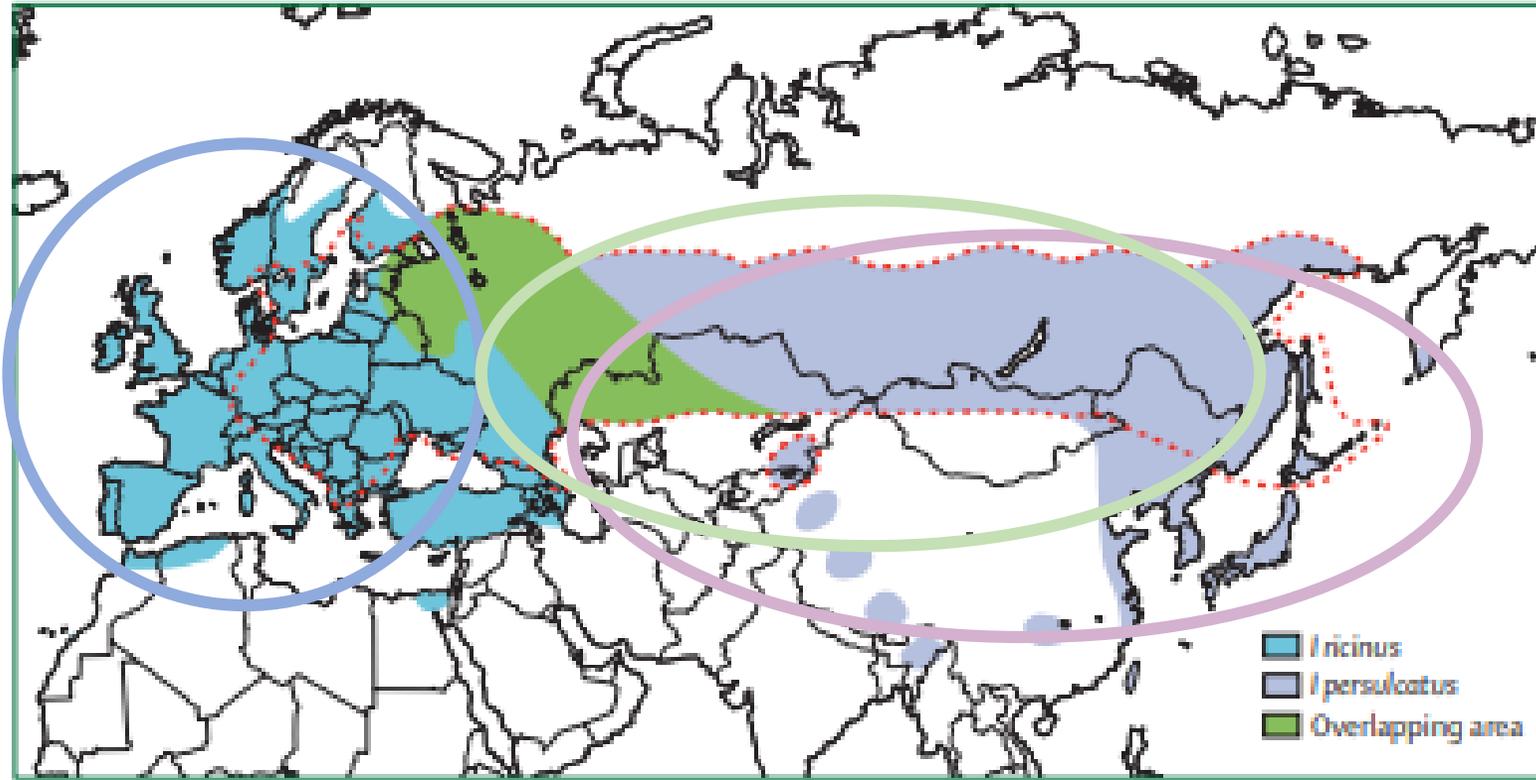
# Epidémiologie TBE

Premier bilan des cas recensés par la DO entre 05/2021 et 05/2023

- 71 cas notifiés:
  - **61 autochtones (86%)**
  - 67 hospitalisés (94%)
  - 0 décès
- 11 professionnels à risque (15%)  
éleveur ruminants/chevaux,  
agent office national des forêts,  
horticulteur, forestier
- Haute-Savoie > Alsace

Lieu probable de contamination des cas autochtones d'infection par le virus TBE déclarés en France de mai 2021 à mai 2023 (n= 61)





Maladie moins grave  
 Létalité: 1-3%  
 Infections chroniques

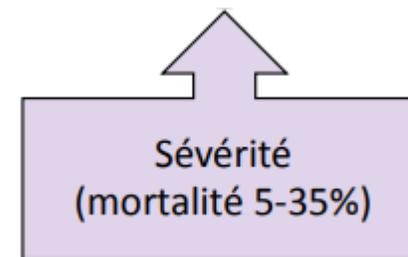
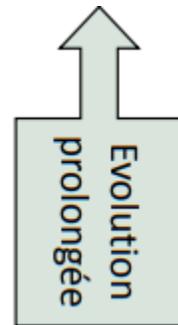
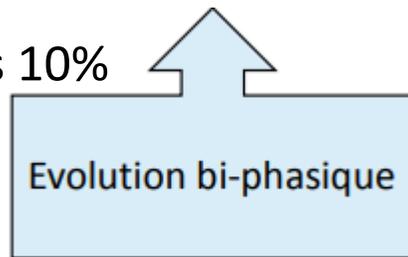
Maladie plus bénigne  
 2<sup>e</sup> phase: 20-30%  
 Létalité: 0,5-2%  
 Séquelles neuro graves 10%

European  
 subtype

Siberian  
 subtype

Far-eastern  
 subtype

Maladie plus grave  
 1 phase sans intervalle  
 asymptomatique  
 Létalité jusqu'à 35 %  
 Séquelles neuro graves ++

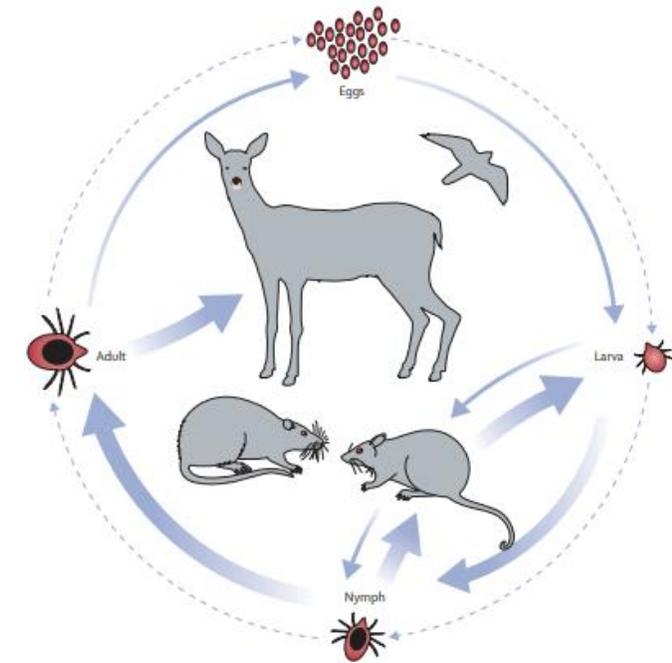
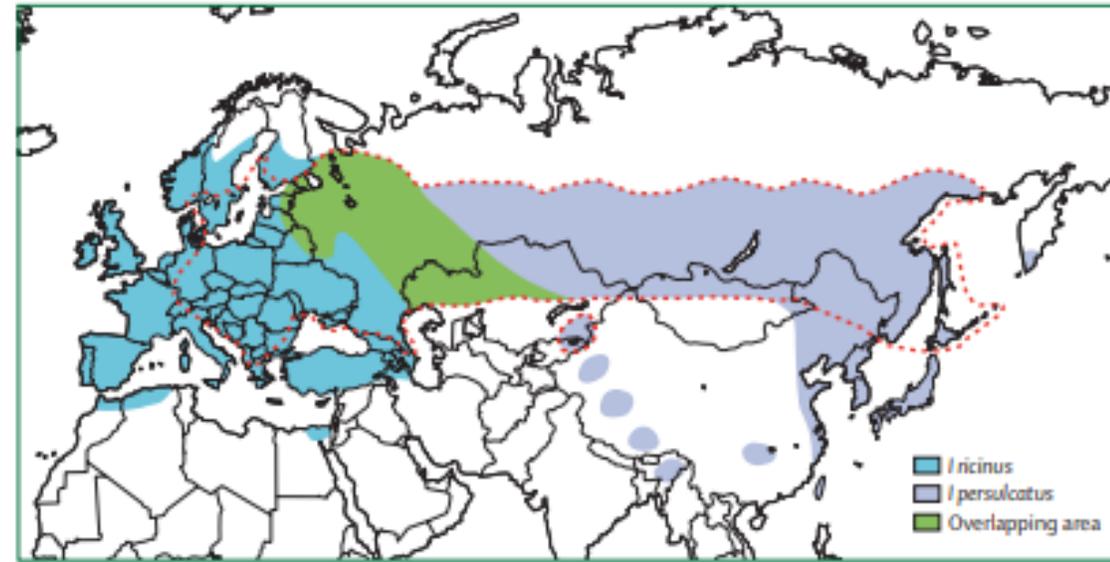


# Transmission TBE

- **Transmission principalement par pique de tique infectée (au cours d'un repas sanguin)**

Pas de transmission inter humaine sauf mère infectée à son enfant allaité

- **Sujet à risque : pratique d'activités en plein air / forêts**



*Lindquist, Lancet 2008*