

RISQUE INFECTIEUX RESPIRATOIRE EN MILIEU DE SOINS - Actualités

- ▶ Varicelle
- ▶ Variole
- ▶ Tuberculose

La varicelle

- ▶ Primo-infection par le virus VZV
- ▶ 600 000 cas par an (90% < 15 ans)
3300 hospitalisations, 20 décès (69% > 15 ans)
- ▶ Transmission
 - essentiellement par aérosols
 - possible par contact direct et indirect
- ▶ Contagiosité importante
 - Taux d'attaque jusqu'à 90% dans communauté réceptive (promiscuité)
- ▶ Risque accru
 - Immuno-dépression : formes graves avec varicelle disséminée
 - Femmes enceintes : complications fœtales (5 premiers mois) ou périnatales

Varicelle et personnel soignant

- ▶ 1 à 2% des personnels de santé ne sont pas immunisés
 - Peuvent contracter des formes graves : pneumopathies varicelleuses (létalité augmente avec l'âge)
 - Etre à l'origine de varicelles nosocomiales
 - Femmes en âge de procréer : complications fœtales et périnatales
- ▶ Mesures de protection
 - Eviction n'est pas une mesure suffisante : transmission possible pendant la phase d'incubation
 - Idem pour les mesures d'isolement (respiratoire + contact)
 - Immunoglobulines spécifiques pas facilement disponibles (ATU)
- ▶ Vaccin vivant atténué maintenant disponible

Recommandations du CSHP du 19/03/04 → calendrier vaccinal

Vacciner les personnes sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative qui exercent les professions suivantes :

- professionnels en contact avec la petite enfance (crèches et collectivités d'enfants notamment),
- professions de santé
 - en formation
 - à l'embauche ou en poste en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immuno-déprimés, gynéco-obstétrique, néo-natologie)

Vaccin contre la varicelle

- ▶ 2 vaccins ont l'AMM depuis peu
(VARIVAX[®], VARILRIX[®])
 - vaccins à virus vivant atténué
 - schéma adulte : 2 injections espacées de 6 à 10 semaines
 - Taux de séroconversion > 90%
 - Efficace en prophylaxie post-exposition : prévient plus de 90% des varicelles si administré dans les 72h
- ▶ Effets secondaires
 - Rash possible dans 1 à 6% des cas
 - Eviction nécessaire de 10j si apparaît chez un soignant vacciné

La variole

- ▶ La première maladie jamais éradiquée par l'homme
- ▶ A travers une combinaison de la vaccination et d'une stratégie de surveillance et d'intervention autour des cas
- ▶ Dernier cas de variole « naturel » en 1977
- ▶ Certification de l'éradication en 1980 par l'OMS
- ▶ Accompagnée d'une recommandation d'interruption mondiale de la vaccination
- ▶ Engagement des pays de détruire leurs stocks de virus ou de les transférer vers l'un des deux laboratoires de référence de l'OMS (Russie et USA)

Variole et bio-terrorisme

Sur quoi reposent les craintes?

- ▶ Information crédible d'un programme russe de
 - militarisation de souches de variole
 - incluant des recherches visant à augmenter la virulence des souches classiques
- ▶ Possibilité d'une fuite de virus et d'expertise à partir de l'un des deux laboratoires de référence
- ▶ Possibilité de non destruction des souches par certains pays

Virus de la variole comme agent de bio-terrorisme : arguments en faveur

- ▶ Infectieux sous forme aérosol
- ▶ Stabilité du virus sous forme aérosol
- ▶ Faiblesse de la dose infectieuse (quelques virions)
- ▶ Maladie facilement transmissible
- ▶ Létalité élevée (jusqu'à 30% pour la variole majeure)
- ▶ Pas de traitement validé disponible
- ▶ Importante susceptibilité de la population
- ▶ Susceptibilité totale des enfants et jeunes adultes

La vaccination préventive

- ▶ On peut craindre une efficacité insuffisante, en cas d'attaque massive, des mesures de contrôle (isolement, vaccination des sujets contacts) pour interrompre la transmission dans une population susceptible
- ▶ La vaccination préventive rendrait caduque la menace terroriste
- ▶ Mais le vaccin a des effets secondaires
 - La vaccination préventive de l'ensemble de la population induirait un nombre substantiel de décès et de séquelles
 - ...dans un contexte d'une menace purement théorique de survenue de la maladie

Taux de complications associés à la vaccination anti-variolique (cas/million vaccinations)

	Autoinoculation accidentelle	Vaccine généralisée	Eczéma vaccinatum	Vaccine Progressive	Encéphalite post-vaccinale
Primo- vaccination	529.2	241.5	38.5	1.5	12.3
Re- vaccination	42.1	9.0	3.0	3.0	2.0
Taux de létalité	-	-	6 %	45 %	30 %

Source: pour les taux de complications: *Lane et coll, 1970, JID 122:303-9 (10 states study)*

pour létalité: estimation à partir données de la littérature (essentiellement *Fenner et coll*)

Recommandations de l'InVS entérinées par le CSHP *Novembre 2001*

- ▶ La vaccination de masse ne se justifierait qu'en cas de menace d'épidémie de grande ampleur
- ▶ La réponse autour des cas (recherche active, diagnostic rapide et isolement immédiat; identification, vaccination et suivi des contacts) reste la stratégie la plus efficace et la plus efficiente
- ▶ Recommandation d'une vaccination préventive du personnel à risque élevé d'exposition dont l'ampleur dépend du niveau de la menace

Plan de vaccination actuel

- ▶ **Constituer une équipe nationale dédiée**
 - **Volontaires**
 - **ayant une place définie dans cette équipe**
 - **prêts à intervenir en cas d'appel 24h/24**
 - **formés à la prise en charge d'un cas de variole**
- ▶ **Sollicitée en première ligne** pour aller chercher le patient et le prendre en charge dans un hôpital référent pendant **quatre jours** en attendant que des équipes de deuxième ligne soient vaccinées.

Vaccination obligatoire de l'équipe dédiée

- ▶ Avoir déjà été vacciné (certificat de vaccination + test d'immunité)
- ▶ Ne pas avoir de contre-indications (eczéma, immuno-dépression, maladies neurologiques...)
 - Personnelles
 - Et dans son entourage

La tuberculose

- ▶ Mycobactéries du complexe tuberculosis
 - *M tuberculosis*, *M bovis*, *M africanum*
- ▶ Transmission par aérosols de particules infectieuses
 - émises par un patient atteint de tuberculose pulmonaire ou laryngée
 - Frottis (crachat-tubage) positif = BAAR au direct

Nouvelles recommandations : prévention et prise en charge de la tuberculose en France

Groupe de travail CSHPF

D. Abiteboul, F. Antoun, Z. Bessa , C. Billy, E. Bouvet, B. Dautzenberg , B.
Decludt, J. Gaudelus, V. Jarlier, S. Lerasle , O. Siruguet, V. Vincent

Avec la participation de I. Balty, M-C. Bayeux, T. Comolet, C. Delarue

Pourquoi de nouvelles recommandations ?

- ▶ Modifications épidémiologiques de la tuberculose
 - Arrêt de la décroissance des cas déclarés en France
 - tuberculose-maladie stable à 11/100 000 depuis 1997
 - tuberculose multi-résistante stable à 50 cas par an
 - MAIS grandes disparités :
 - Situation préoccupante en IDF : 47% des cas déclarés
 - Epidémies dans des foyers de migrants (175 cas en 2001)
- ▶ Nouvelles modalités de surveillance = déclaration, signalement
- ▶ Prise charge
 - Bonne après le diagnostic
 - Mais diagnostic tardif
 - Défaut d'organisation et de surveillance
 - du suivi du traitement
 - des enquêtes autour d'un cas et de la prise en charge des infections dépistées
- ▶ Suppression de la revaccination par le BCG pour les enfants (*avis CSHPF du 21/06/02*)

➔ revalorisation des tests tuberculiniques

D. Abiteboul - 15ème journée du GERES

Points nouveaux : propositions

- ▶ Accent sur la prise en charge en amont de la tuberculose maladie
- ▶ Traitement de la tuberculose infection
=> importance du dépistage de l'infection =
Liaison entre les services de lutte anti-tuberculeuse, les structures de soins et les DDASS
- ▶ Importance de l'observance et du suivi
- ▶ Prévention de la transmission aux personnels exposés

Prévention de la transmission aux personnels exposés

- ▶ **Priorité aux mesures d'isolement respiratoire**
 - Au premier rang desquels l'isolement et le traitement précoce du malade
 - Le masque, mesure complémentaire, doit :
 - Avoir une bonne adhérence au visage
 - Faire l'objet d'une information rigoureuse
- ▶ **Associées à une surveillance médicale adaptée**
 - Suppression de la revaccination BCG → meilleure surveillance basée sur l'IDR
 - Pas de dépistage systématique radiologique pulmonaire : modulé selon le niveau de risque
 - Traitement des infections latentes dépistées

Prévention : choix du masque

Avis du CCSHPPF du 14 mars 2003

▶ Pour le personnel

- Masques de protection respiratoire
 - Performances testées (*norme EN 149*)
 - 2 critères : pénétration du filtre + fuite au visage
- Niveau de protection préconisé
 - Masque de type FFP1 au minimum
 - Masque de type FFP2 dans certaines situations particulièrement à risque : intubation, tuberculose multi-résistante...

▶ Pour les patients

- Masque de type chirurgical

BCG : modifications de la réglementation

Décret n° 2004-635 du 30 juin 2004 et Arrêté du 13 juillet 2004

- Une primo-vaccination par le BCG est obligatoire pour les professions de santé et assimilés (*art. R. 3112-1 et 2*)
- Preuve = écrit ou cicatrice
- Contre-indications : immunodépression et dermatoses étendues
- Indications de l 'IDR :
 - Avant primo-vaccination
 - Dans l 'enquête autour d 'un cas de tuberculose
 - Aide au diagnostique de tuberculose
 - Test de référence dans le cadre de la surveillance des professionnels exposés

Surveillance du personnel

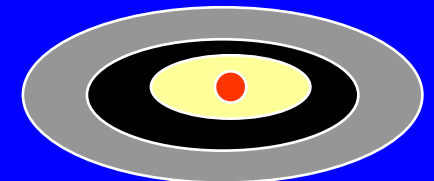
SECTEUR A RISQUE ELEVE (*accueillant au moins 5 tuberculeux bacillifères par an*)

- ▶ Visite systématique annuelle
- ▶ Radio pulmonaire systématique et IDR : 18 mois à 2ans
 - ➔ *Si positivation ou variation ≥ 10 mm de l'IDR : infection très probable*
 - ➔ *Si récente (datant de moins de 2 ans) : proposer un traitement (après avoir éliminer une tuberculose-maladie)*

Surveillance du personnel

SECTEUR A RISQUE FAIBLE (*accueillant au maximum 1 tuberculeux bacillifère par an*)

- ▶ Pas de dépistage radiologique systématique après l'embauche
- ▶ Investigation autour d'un cas comme en population générale
 - Liste des sujets contacts : contacts répétés, rapprochés avec personne BK+, sans mesure d'isolement respiratoire adéquate
 - Chez les contacts les plus proches
 - Mettre en place une surveillance : T0, T 3 mois et T 12 – 18 mois
 - Élargir le cercle si des cas sont identifiés



Prévention et prise en charge de la tuberculose

Site internet du ministère de la santé www.sante.gouv.fr

Revue des Maladies Respiratoires *décembre 2003 - vol 20 ; 2 n°6*

- ▶ Epidémiologie de la tuberculose
- ▶ Organisation de la surveillance épidémiologique en France
- ▶ Le rôle des services de lutte anti-tuberculeuse
- ▶ Organisation des moyens
- ▶ L'intradermo-réaction à la tuberculine
- ▶ Diagnostic clinique et bactériologique de la tuberculose
- ▶ Traitement de la tuberculose infection latente : vers un changement des pratiques en France
- ▶ Traitement de la tuberculose maladie
- ▶ Particularités de la tuberculose pédiatrique
- ▶ Observance et suivi du traitement
- ▶ **Investigations à conduire autour d'un cas de tuberculose**
- ▶ Tuberculose et migrants
- ▶ **Tuberculose et personnels exposés : prévention et surveillance**
- ▶ **Prévention de la transmission en milieu de soins**
- ▶ Tuberculose et voyages