

**Avis relatif à la prévention vis-à-vis du risque de fièvre hémorragique Crimée-Congo ainsi qu'à la prise en charge de cas humains. HCSP, 7 février 2024**

Avec l'implantation de la tique *Hyalomma* sur le bassin méditerranéen, vectrice de la fièvre hémorragique Crimée-Congo, un document concis de synthèse était indispensable.

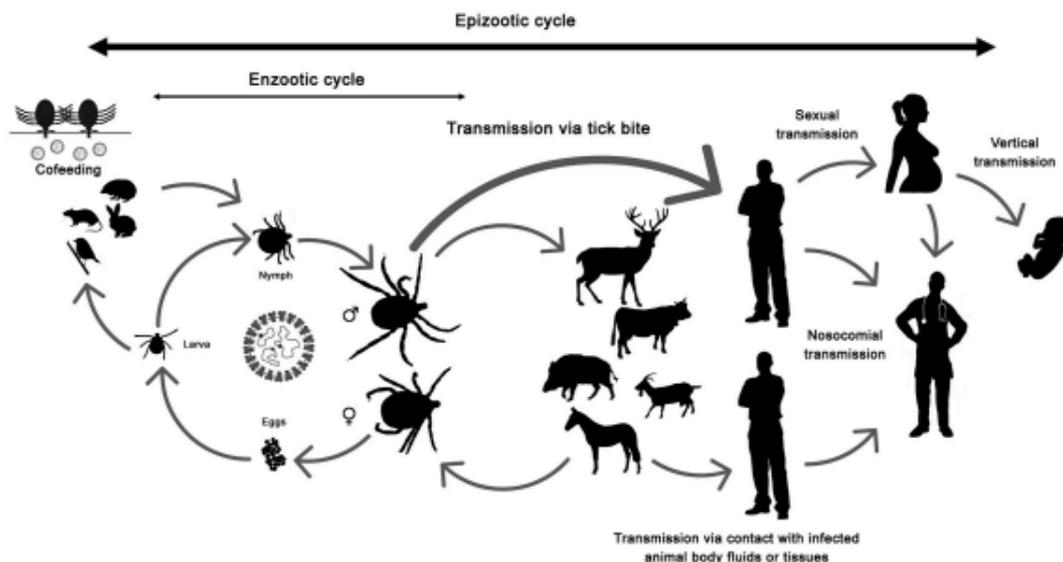
**La fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC)** est une arbovirose transmise le plus souvent par une tique du genre *Hyalomma* mais aussi par contact avec les liquides biologiques humains ou animaux ; une contamination par voie sexuelle ou materno-fœtale est également décrite.

L'expansion de la présence de la tique vectrice, notamment dans le sud de la France et depuis longtemps en Corse est favorisée par le changement climatique et les échanges commerciaux. La FHCC, limitée initialement à l'Afrique et à quelques pays européens (Turquie, Bulgarie et plus récemment Espagne) devient donc une maladie à connaître pour les cliniciens, surtout des zones à risque en France.

**Coté cliniciens, les principaux messages à relever sont :**

- Il est rappelé qu'aucun cas humain n'a été diagnostiqué en France à ce jour et la très faible probabilité de survenue de cas humains de FHCC en France à cette date (avril 2024)
- Transmission cf schéma ci-dessous

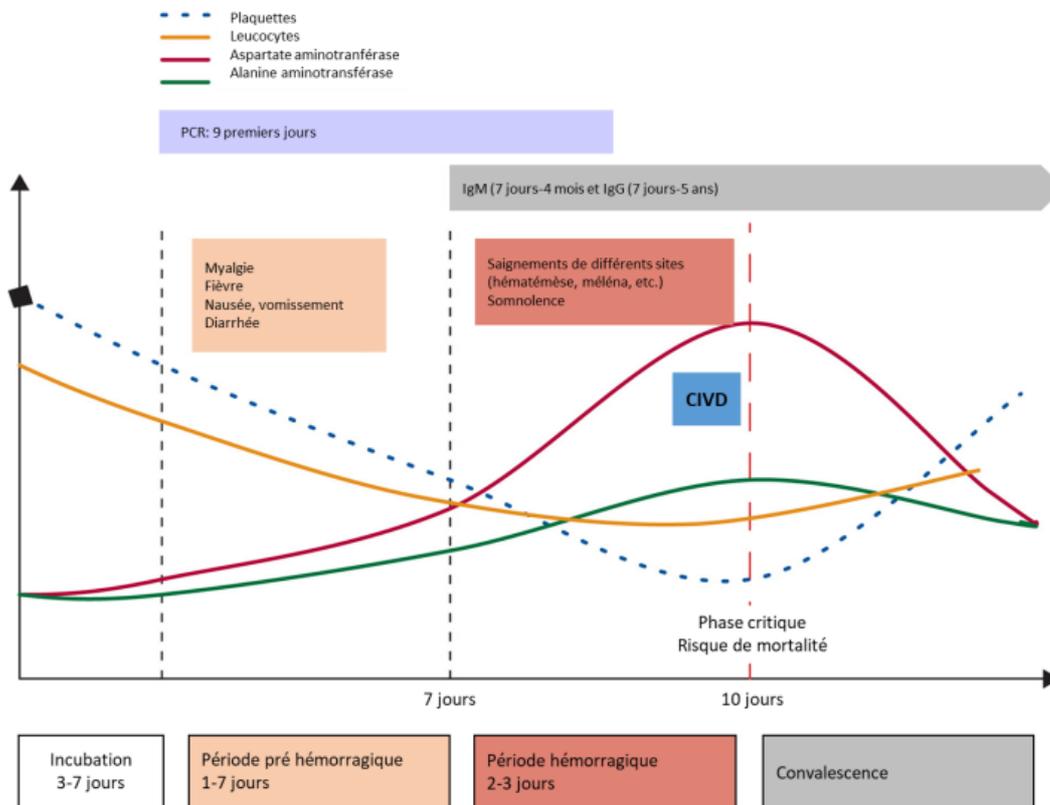
**A noter** que la transmission interhumaine est moins fréquente que pour d'autres fièvres hémorragiques virales, mais bien décrite.



**Figure 1.** Crimean-Congo hemorrhagic fever virus (CCHFV) cycle and its routes of transmission.

- 80% d'infection asymptomatique ou paucisymptomatique, mais les formes cliniques symptomatiques peuvent être graves voire mortelles (5 à 30% si symptômes). On distingue 4 phases : incubation de 1 à 3 jours, phase pré-hémorragique (Sd pseudogrippal, et des signes digestifs dans 50% des cas) de 1 à 7 jours, phase hémorragique de 2 à 3 jours (hémorragie, jusqu'à CIVD et défaillance multiviscérale), phase de convalescence parfois compliquée de polynévrite, troubles neurosensoriels ou cardiaques.

- Le diagnostic biologique repose sur la combinaison des techniques de diagnostic moléculaire et sérologique : PCR + jusqu'à une semaine (parfois plus), et la sérologie + à partir du 5<sup>e</sup> jour.



**Figure 4. Evolution de la biologie et de la clinique de la FHCC. D'après [35,39].**

- La prise en charge est essentiellement symptomatique : des mesures de protection adaptées à l'état clinique du patient et identiques à toute prise en charge d'une fièvre hémorragique virale pour un cas confirmé ; un traitement symptomatique adapté et la prescription très précoce de ribavirine en curatif à discuter; prise de contact avec l'infectiologue référent de l'ESR régional
- La place du traitement post exposition par ribavirine dans les 48h chez les professionnels de santé en cas d'accident d'exposition à risque viral.
- Dans les zones à risque, les messages de prévention et de conduite à tenir après piqûre de tique sont à renforcer : vêtements couvrants, clair, chaussures fermées, +/- répulsifs, contrôle régulier de la peau et ablation des tiques rapidement avec un tire tique. Il est souligné la différence de biotopes de la tique *Hyalomma* (zone semi désertique, garrigue, savane, maquis) avec la tique *Ixodes* (zone humide, forêt, herbes hautes)

#### Conclusion :

Certains CRMVT sont aussi ESR et seront impliqués directement dans la prise en charge des patients suspects de fièvre hémorragique Crimée-Congo. Mais tous les CRMVT seront à l'œuvre dans le relai des mesures de prévention, la formation des professionnels (de santé humaine, vétérinaires, laboratoires.) et seront probablement en lien avec des patients s'interrogeant sur cette maladie.

De fait, il est important d'intégrer les avis du HCSP à notre activité de CRMVT.

**Dr Solène Patrat-Delon, infectiologue au CHU de Rennes, CRMVT Ouest.**