

# Fiche « radar » mission COREB – Peste

## INFORMATION pour les SAMU et soignants de première ligne

### Comment dépister et prendre en charge un patient suspect de peste ?

Cette 1<sup>ère</sup> fiche élaborée à la demande de la DGS en cas de recours au SAMU-Centre 15 ou autres soignants de 1<sup>ère</sup> ligne d'un patient suspect de peste en France est volontairement axée sur les étapes très précoces de dépistage et de traitement. Elle est susceptible d'ajustements, avec éléments de prise en charge spécialisés faisant l'objet d'un document plus détaillé à venir.

#### Contexte :

La peste (infection à *Yersinia pestis*) sévit à Madagascar depuis août 2017, touchant au 4/10/2017 environ 194 patients, avec une proportion élevée de formes pulmonaires (50% selon l'OMS, au moins 30 décès), et de possibles foyers épidémiques par transmission interhumaine. Elle peut être grave chez l'homme, avec une létalité proche de 100% pour la forme pulmonaire en l'absence de traitement. C'est une **urgence thérapeutique, doublée d'une urgence de santé publique, justifiant sa déclaration obligatoire (DO)**. Devant cette épidémie inhabituelle (étendue, gravité), sa durée attendue de plusieurs mois, et la présence en France d'une communauté malgache (notamment Ile de France), il paraît opportun d'avertir les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne des mesures urgentes, décrites ci-après.

#### 1- Dépister - Patient suspect = Tableau clinique (≤ 7 jours après exposition) ET Exposition compatibles

**Tableau clinique** : début brutal, intensité du syndrome infectieux, rapidité évolutive (d'où réévaluation rapprochée)

- **Forme bubonique** (incubation 2-5 jours) : syndrome infectieux intense et grave (fièvre à 38-39°C, altération de l'état général, signes digestifs, obnubilation) associés à une adénopathie souvent inguinale, inflammatoire douloureuse (bubon), d'augmentation rapide, avec péri-adénite, évoluant vers fistulisation et suppuration.

- **Forme septicémique** : fièvre élevée (jusque 40-41°C), sepsis grave, prostration, défaillance multi-viscérale, manifestations possibles de myocardite, hépatite, néphrite, et coagulopathie

- **Forme pulmonaire** : soit primitive (contamination respiratoire directe, incubation de quelques heures à 2 jours), soit secondaire après la phase septicémie (5-7 jours). Tableau de pneumopathie fébrile, avec toux, douleur thoracique, expectoration-hémoptysie, dyspnée, rapidement progressif vers détresse respiratoire aigue.

- **Des formes atypiques**, avec signes méningés, pharyngés ou autres, au premier plan, ne peuvent être exclues.

**Exposition** : retour de zone d'alerte épidémique (Madagascar)

- OU contact avec patient suspect / cas probable / confirmé de peste ou ses échantillons biologiques,
- OU piqûre de puce et/ou contact avec rongeurs (rats), en zone épidémique.

☞ Informations essentielles pour un classement adapté, cf définition de cas Santé publique France.

#### 2- Protéger, dès la suspicion

Application des précautions standards systématique. Ajouter des précautions complémentaires : de type Gouttelettes pour les formes pulmonaires avec port d'un masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre. Pour tout geste pouvant générer un aérosol (aspiration bronchique, endoscopie...), les professionnels doivent porter un masque de protection respiratoire de type FFP2. Ce dernier doit être adapté à la forme du visage du soignant ; de type contact pour les formes buboniques avec suppuration.

#### 3- Traiter

**Précocité du traitement antibiotique déterminante pour patient et protection de la collectivité**

☞ **Appel à l'expertise et signalement (DO)**

- Traitement, au minimum symptomatique, si signes de gravité.

- Appel à l'expertise, infectiologue référent, en vue de diagnostic (confirmation de la suspicion) et thérapeutique urgents. Repose sur l'administration de fluoroquinolones IV (ciprofloxacine, levofloxacine) ou doxycycline PO, avec aminosides en cas de signes de gravité.

- Signalement à l'ARS, puis orientation, selon l'évaluation, en service de maladies infectieuses, la proximité d'un service de réanimation averti étant indispensable. Transport assuré par une équipe SMUR sous la responsabilité du SAMU-Centre 15 avec application des mesures d'hygiène (cf point 2)

- Prélèvements à visée microbiologique (expectorations, hémocultures, aspirât de bubon) dès que possible, sans retarder les antibiotiques ; adressés en laboratoire agréé Biotox - Transport avec mesures d'hygiène et de biosécurité appropriées (prélèvements catégorie B). Identification de *Yersinia pestis* par PCR (diagnostic rapide) et/ou culture, définit un cas confirmé.

- Suivi des personnes/ soignants exposés : discussion antibioprophylaxie, avec infectiologue référent

☞ **Dans ce contexte d'alerte, inclure levofloxacine dans le traitement de toute pneumopathie fébrile au retour de Madagascar dans les 7 jours**

Numéro du référent infectiologue à joindre : \_\_\_\_\_  
Contact ARS : \_\_\_\_\_