

MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC) chez un Mauritanien : cas clinique.

Observation

Un homme de 49 ans, mauritanien, habitant à Selibali, au sud de la Mauritanie, est évacué de l'hôpital de Nouakchott à l'Hôpital Principal de Dakar pour un syndrome hémorragique fébrile.

Après avoir séjourné plusieurs jours parmi des troupeaux de dromadaires couverts de tiques, il a présenté brutalement une asthénie profonde, suivie d'une fièvre supérieure à 39°C, avec sueurs, frissons et troubles digestifs. Le 3^{ème} jour, sont apparues des hématomés, suivies de méléna, des épistaxis, et de larges hématomes au niveau des points de ponctions. Une fibroscopie digestive haute a montré une muqueuse gastrique parsemée de suffusions hémorragiques. Le taux d'hémoglobine était à 8,6 g/dl. Après transfusion de sang, le malade est évacué sur Dakar.

A l'entrée, le malade est fébrile (39°5 C). L'examen montre une pâleur conjonctivale sans ictère, des pétéchies des membres inférieurs et des ecchymoses brachiales.

L'interrogatoire apprend qu'il a été vacciné contre la fièvre jaune deux ans auparavant.

Examens paracliniques

- NFS : globules rouges : 2.600 000 ; taux d'Hb : 8,4 g/dL, globules blancs : 4 500/mm³, plaquettes : 80 000/mm³.

- Oesogastroduodénoscopie de contrôle : gastrite fundique purpurique saignant au moindre contact.

- Transaminases : ALAT 28 UI/l, ASAT 36 UI/l.

- Créatininémie : 87 µmol/l.

TP : 80%. TCK : 25 sec. pour le témoin, 30 sec. pour le malade.

La recherche des anticorps YF-IgM, DEN-IgM (DEN1,2,3,4), anti-LASV-IgM, anti-RVF-IgM, anti-CHC-C IgM) apporte le diagnostic sérologique.

Questions

- 1- Quelles sont les principales fièvres hémorragiques virales en Afrique de l'ouest ?
- 2- Quels sont les principaux éléments permettant le diagnostic de la FHV en cause ?
- 3- Quelles sont les méthodes de diagnostic de laboratoire ?
- 4- Y a-t-il un traitement ?
- 5- Quelle en est la prévention ?
- 6- Quelles sont les fièvres hémorragiques virales à transmission nosocomiale ?

Discussion :

1- En Afrique de l'ouest, les principales fièvres hémorragiques sont dues à des virus : virus amaril, virus des dengues, virus de la Fièvre de Lassa, virus de la Fièvre de la Vallée du Rift, virus de la Fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC).

2- Il s'agit ici d'une Fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC). La FHCC est une maladie transmise par les tiques, à partir d'un grand nombre d'animaux sauvages et domestiques infectés (bovins, moutons, chèvres, chameaux, autruches). La contamination des animaux survient lorsqu'ils sont piqués par des tiques infestées.

La maladie est répartie sur plus d'une trentaine de pays en Europe du sud-est, en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie. Elle est due au virus VFHCC, du genre *navivirus* et de la famille des *Bunyaviridae*. La FHCC a été décrite durant la 2^{ème} guerre mondiale chez des militaires de l'ex-URSS dans la péninsule de Crimée et en 1956, un virus, le virus Congo, a été isolé au Congo Belge (actuellement RDC) qui s'est révélé identique à celui de Crimée.

Il y a une extension actuelle des cas dans les pays tempérés : Iran, Turquie, Fédération de Russie, Bulgarie, Kosovo, Albanie. Il y a un risque pour les pays occidentaux en rapport avec des cas importés ou des personnels déplacés (par exemple, en Afghanistan).

Le virus VFHCC est un virus de grande variabilité génétique, de classe 4, listé par le CDC dans la catégorie C des agents du bioterrorisme.

L'homme se contamine par morsure de tiques ou par contact avec des fluides biologiques d'animaux ou de sujets infectés. C'est un virus à l'origine d'infections à fort potentiel nosocomial.

Le tableau clinique comporte trois phases successives : pré-hémorragique, hémorragique et convalescence. L'incubation est de 1 à 6 jours variant selon la charge virale et le mode d'infection. Le début est brutal. La phase pré-hémorragique est peu spécifique associant un syndrome pseudo-grippal, des troubles digestifs et des troubles de l'humeur. Elle est suivie d'une phase hémorragique entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour (hémorragies sous-cutanées, externes et internes) engageant le pronostic vital dans 10 à 50% des cas. La convalescence apparaît, en cas d'évolution favorable, 10 à 20 jours après le début de la maladie. Elle est longue, marquée par une asthénie persistante.

La biologie associe une thrombopénie, une élévation des enzymes de cytolysse hépatique et musculaire (ASAT, ALAT, LDH, CPK) et de cholestase, des troubles de la coagulation (allongement du TP et du temps de thromboplastine activé), une CIVD.

La pathogénie est mal connue. Il y a une production élevée de médiateurs solubles tels que les cytokines pro-inflammatoires et un dysfonctionnement de la réponse immunitaire innée.

3- Le diagnostic est basé sur l'isolement du virus, la détection du génome par des techniques moléculaires (RT-PCR), la détection d'anticorps anti-CHC.C (IgM et IgG, 7 jours après le début des symptômes).

4- Il n'y a pas de traitement spécifique. L'OMS recommande la ribavirine 30 mg/kg en dose de charge, puis 15 mg/kg toutes les 6 heures pendant 4 jours, et enfin 7,5 mg/kg toutes les 8 heures pendant 6 jours, durée totale de 10 jours. Son efficacité est controversée.

5- Il n'y a pas de vaccin à usage humain. La prévention repose sur la lutte antivectorielle et l'éviction des morsures de tiques, la réduction de la transmission de la tique à l'homme (vêtements protecteurs, acaricides sur les vêtements, répulsifs sur la peau), de l'animal à l'homme (gants, vêtements de protection pour manipuler les animaux ou leurs tissus), inter-humaine (contact avec les malades, gants et équipement de protection pour le personnel soignant, lavage régulier des mains), et l'information des populations et des personnels soignants.

La lutte contre les animaux et les tiques est difficile. L'infection est en général asymptomatique chez l'animal.

6- La FHCC est une fièvre hémorragique arbovirale, avec risque de transmission nosocomiale. Le risque de transmission nosocomiale contre-indique l'évacuation. Les fièvres hémorragiques virales (FHV) à transmission nosocomiale sont la Fièvre de Lassa, les Maladies à virus Marburg et Ebola et la FHCC, qui est la seule FHV arbovirale nosocomiale.

Dans le cas présenté, le diagnostic a été apporté par la sérologie. L'évolution clinique a été favorable dès le 7^{ème} jour. Il n'y avait ni atteinte hépatique, ni atteinte rénale, ni trouble de la coagulation, à l'exception de la thrombopénie. Il n'y a pas eu d'autre cas, ni dans le village, ni dans les deux hôpitaux.

Il y a actuellement un risque majeur d'infection à FHCC en Afrique de l'ouest. Elle doit être évoquée devant toute fièvre hémorragique au même titre que la fièvre jaune, la dengue, la fièvre de la vallée du Rift et la fièvre hémorragique non arbovirale due aux virus Lassa.

Références

- Saluzzo J.F., Aubry P., Aubert M., Digoutte J.F. La maladie à virus CHF-Congo en Afrique. A propos d'un cas à manifestations hémorragiques en Mauritanie. Bull. Soc. Path. Ex., 1985, 78, 164-169.
- Aubry P., Touze J.E. Fièvre hémorragique à CHF-Congo. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulière édit., mars 1990, p. 157.
- Flusin O., Iseni F., Rodrigues R et coll. La Fièvre hémorragique de Crimée-Congo : l'essentiel pour le praticien. Méd. Trop., 2010, 70, 429-438.
- OMS. Fièvre hémorragique de Crimée-Congo. Aide-mémoire n°208. Janvier 2013.

Professeur Pierre Aubry. Texte revu et corrigé le 03/01/2014.