Recommandations antirabiques

Prise en charge des personnes victimes de morsures animales en Bretagne

V1 de la procédure : 1998 - **Version présente : version 16, juin 2021**

Rédacteur : Cédric Arvieux

Relecteurs : Pierre Tattevin

Destinataires : tous les médecins généralistes, les services d'urgences et les centres antirabiques de Bretagne

Textes de référence :

1. Référentiel de bonnes pratiques des plaies aiguës en structure d'urgence, 2017[1]
2. Avis et rapport du Haut Conseil de la santé Publique, 3 juillet et 25 septembre 2020[2]
3. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2021[3]
4. La rage humaine dans un pays reconnu indemne de rage canine et de rage vulpine : état des lieux[4]
5. Recommandation de vaccination contre la rage – HAS – Septembre 2018[5]

Les morsures animales sont un motif de consultation fréquent, tant en médecine générale qu'en centre hospitalier. La prise en charge initiale vise à :

- Evaluer les lésions associées et le niveau de gravité de la plaie elle-même
- Rechercher l'origine d'un saignement actif à stopper pour limiter les conséquences hémodynamiques
- Localiser de potentielles atteintes structurales dans le cadre de plaies pénétrantes.
- Evaluer le risque infectieux, notamment tétanique et rabique, et la validité de la couverture vaccinale tétanique du consultant

1/ Plaie

- Protection individuelle du soignant avant geste médical :

Limiter tout apport exogène contaminant dans le site d'une plaie par réalisation d'une friction hydro-alcoolique sur mains propres ainsi que l'utilisation d'éléments de protection individuelle (EPI) non nécessairement stérile (masque chirurgical, gants et lunettes) avant tout geste de soin.

- Nettoyage-détersion :

Le lavage abondant de la zone lésée doit être effectué à l'eau du robinet contrôlée + savon ou par sérum physiologique sous pression faible, constante et contrôlée, pour enlever les éventuels corps étrangers, les dépôts de sang coagulé et les parties nécrosées non adhérentes. Un lubrifiant type vaseline peut être utilisé pour écarter les poils et les cheveux de la plaie. À l'exception des sourcils, les différentes techniques de coupes ou de tonte des poils et des cheveux n'ont pas de différence sur le risque infectieux, seul le rasage surexpose à ce risque. De plus,

[1] https://www.sfmu.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf

[2] https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=956

[3] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_300421.pdf

[4] JP Stahl et al. Update on human rabies in a dog- and fox-rabies-free country. Med Mal Infect. 2014 Jul;44(7):292-301

[5] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/recommandations_vaccination_contre_la_rage_en_prophylaxie_post-exposition.pdf

Centre antirabique

l'utilisation d'antiseptiques n'est plus recommandée, sauf les plaies à risque infectieux élevé et sur accord médical au-delà des 24 h.

- Exploration :

La plaie doit être maintenue en milieu humide à l'aide d'une compresse imbibée d'eau tout au long du soin jusqu'au pansement final. L'exploration de la plaie va permettre de poser l'indication d'un parage, notamment pour les plaies fortement souillées, délabrées, impliquant une perte de substance ou inaccessibles à une détersion initiale. Pour les plaies de la main, s'assurer de l'absence de lésion tendineuse. Toute plaie profonde doit faire l'objet d'une exploration chirurgicale.

- Sutures et soins à domicile :

Les sutures sont possibles dans les 24 heures qui suivent la morsure**,** à condition que le parage et l'exploration de la plaie aient été complets. Les plaies de la face doivent être suturées, ou au moins rapprochées par des points séparés espacés, pour des raisons esthétiques. Un contrôle clinique de la majorité des morsures est indispensable à la 24ème heure (Grade A).

La prise en charge de la douleur doit débuter dès le premier contact avec le patient, lors du lavage et poursuivie pendant tous les soins (adaptation en fonction de l'évaluation de la douleur).

Les soins des plaies suturées nécessitent un lavage simple et quotidien à l'eau, puis une protection par un pansement adhésif stérile avec compresse intégrée.

2/ Traitement antibiotique

Les morsures sont des plaies à la fois contuses et fortement souillées. Elles sont en général responsables d'une inoculation polymicrobienne. La plupart des plaies par morsure peuvent être soignées en médecine générale ou en service d'urgences.

Il n'y a pas d'indication à réaliser de prélèvement en l'absence de signe infectieux même si la plaie est vue plus de 24h après la morsure.

Les indications d'hospitalisation sont :

- Sepsis grave;
- Infection loco-régionale extensive ou locale non contrôlée par l'antibiothérapie ;
- Lésion articulaire ou tendineuse suspectée ou évidente ;
- Morsures complexes qui peuvent nécessiter un geste chirurgical.

Recommandations antibiothérapeutiques

2A/ Antibiothérapie préemptive

L'antibiothérapie préemptive doit être systématique pour toutes les plaies profondes résultant d'une morsure. L'infection bactérienne étant la complication la plus fréquente. Elle survient en moyenne 12 à 24 h après la morsure et plus rapidement si elle est causée par un chat. Il n'existe aucune indication à l'antibiothérapie locale.

<table>
<tr><th>Types de plaies
Et hypothèses microbiologiques</th><th>Situations cliniques</th><th>Traitements anti-infectieux</th><th>Durée</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Plaies par morsures de mammifères

Pasteurella, Streptocoques, Staphylocoques, Anaérobies</td><td>Absence
de signes infectieux locaux/généraux
(Traitement préemptif systématique)</td><td rowspan="2">Protocole 1 : Amoxicilline + Acide clavulanique 1g / 8h per os (PO)

Si allergie aux pénicillines :
Protocole 2 : <u>au choix</u>
- Doxycycline 100 mg / 12h PO

Si cyclines contre-indiquées
ET allergie aux pénicillines :
Protocole 3 : <u>au choix</u>
- Pristinamycine 1h / 8h PO
- Clindamycine 600 mg / 8h PO
- Cotrimoxazole 800 mg / 160 mg / 12h PO</td><td>5 jours</td></tr>
<tr><td>Présence
de signes infectieux locaux/généraux</td><td>5 jours
(à poursuivre si infection compliquée ou évolution défavorable)</td></tr>
</table>

Chez les enfants de moins de 8 ans ou les femmes enceintes allergiques à l'amoxicilline, la pristinamycine, la clindamycine ou le cotrimoxazole peuvent être des alternatives sous réserve d'avoir éliminé une pasteurellose (dans ce cas, les signes douloureux et inflammatoires apparaissent habituellement dans les 6 heures suivant l'inoculation), sur laquelle ces antibiotiques ont une moindre efficacité que les pénicillines ou les cyclines.

2B/ Antibiothérapie curative

Si le patient est vu à un moment où il existe déjà des signes d'infection (inflammation, écoulement purulent, fièvre, lymphangite…), il faut réaliser des prélèvements microbiologiques, évaluer la nécessité d'un geste chirurgical et initier une antibiothérapie curative par l'association amoxicilline-acide clavulanique.

3/ Prévention du Tétanos

La prévention du risque tétanique doit être discutée devant toute plaie ou effraction cutanéo-muqueuse. Un rappel est habituellement suffisant, utilisant un vaccin combiné avec valence antitétanique (dTpolio ou dtcoqPolio). Les recommandations vaccinales parues en 2013 ont simplifié l'approche de la prévention du tétanos. Devant une plaie, l'administration immédiate d'une dose d'anatoxine tétanique est recommandée lorsque la personne n'est pas à jour de ses vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur[3]. Si, en outre, la plaie est majeure ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique, l'administration d'une dose d'immunoglobulines tétaniques complètera cette prévention.

[3] Après la vaccination complète dans l'enfance et l'adolescence, un rappel à 25, 45 et 65 ans, puis un rappel tous les 10 ans (65, 75, 85 ans etc…) chez les personnes dont l'immunité est considérée comme normale.

Centres antirabiques

Type de blessure	Personne à jour de ses vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur*	Personne non à jour
Mineure, propre	Pas d'injection. Préciser la date du prochain rappel.	Administration immédiate d'une dose de vaccin (0,5mL en intramusculaire ou sous-cutanée profonde) contenant la valence tétanique. Proposer si nécessaire un programme de mise à jour et préciser la date du prochain rappel
Majeure** Ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique	Pas d'injection. Préciser la date du prochain rappel.	Dans un bras, immunoglobulines tétaniques humaines,250 UI (dans la cuisse chez l'enfant < 3 ans ou < 15 kg) Dans l'autre bras, administration d'une dose de vaccin anti-tétanique (ou prescription) Proposer si nécessaire un programme de mise à jour et préciser la date du prochain rappel

*Personnes âgées de moins de 65 ans ayant reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de vingt ans.
Personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de dix ans.

**Plaie majeure: plaie étendue, pénétrante, avec corps étranger ou traitée tardivement.

4/ Prévention de la Rage

En France, il n'y a pas eu de cas de rage autochtone chez les animaux terrestres depuis **1998**, et chez les humains depuis **1924**. De 1970 à 2017, 24 cas ont été diagnostiqués en France, tous en rapport avec une morsure animale survenue hors de France métropolitaine. Les différentes campagnes de vaccination des renards ont permis une éradication du territoire français permettant la signature de l'arrêté déclarant la France libre de rage terrestre. Il peut par contre être rencontré de rares cas de rage humaine importés de régions où la rage est endémique (30 cas importés en Europe entre 1990 et 2012).

Quelques cas de rage canine ont été rapportés en France surtout depuis 2006 : presque tous étaient liés à des chiens (à l'exception d'un chat en 2013) importés frauduleusement de pays où la rage est encore endémique (très majoritairement le Maroc, à un moindre niveau d'autres pays du Maghreb). Ils ont nécessité une déclaration aux autorités sanitaires et vétérinaires et une conduite à tenir spécifique a été édictée (vaccination animale, dépistage animal, vaccination des personnes contacts).

Le risque de contracter une rage après morsure sur le territoire breton est donc très proche de zéro, en tous cas estimé à moins de $1/10^6$ morsures. **On considère aujourd'hui que le risque d'accident grave à l'occasion d'un déplacement vers le centre antirabique pour la réalisation de la vaccination lui est très nettement supérieur[4],[5].**

Il n'est donc pas recommandé de proposer la vaccination antirabique lorsque la morsure par un **mammifère terrestre** a eu lieu dans en France métropolitaine

Cette recommandation ne s'applique pas en cas d'alerte épidémique (comme ce fût le cas en 2004 avec le retour à Lanester d'un chien non vacciné ayant été mordu dans un pays d'endémie) ou si l'on sait que l'animal mordeur est importé d'un pays d'endémie rabique.

L'arrêté du 21 avril 1997 relatif à la mise sous surveillance des animaux mordeurs ou griffeurs visés à l'article 232-1 du code rural n'ayant pas été modifié, **l'obligation de mise en observation des animaux mordeurs ou griffeurs est toujours de rigueur lorsque l'animal est identifié**. Néanmoins, la personne mordue ne doit pas être vaccinée dans l'attente des résultats de l'observation.

[4] Cost-effectiveness of rabies post-exposure prophylaxis in the context of very low rabies risk: A decision-tree model based on the experience of France. Dumas FR, N'Diaye DS, Paireau J, Gautret P, Bourhy H, Le Pen C, Yazdanpanah Y. Vaccine. 2015 Mar 19. pii: S0264-410X(15)00286-8. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.02.075.

[5] Travel-Associated Rabies in Pets and Residual Rabies Risk, Western Europe. Ribadeau-Dumas F, Cliquet F, Gautret P, Robardet E, Le Pen C, Bourhy H. Emerg Infect Dis. 2016 Jul;22(7):1268-71. doi: 10.3201/eid2207.151733.

Recommandations antirabiques

Actuellement les seuls animaux autochtones infectés sur le territoire français métropolitain sont les chauves-souris avec un total de 81 cas positifs de 1989 à décembre 2017. **Concernant la rage des chauves-souris**, les relevés réalisés par le CNR de la rage ont retrouvé la présence de virus de la rage chez 9 chauves-souris dans les départements bretons, le dernier dans le Morbihan en septembre 2012. Le réseau de surveillance a permis d'identifier quatre espèces de chauves-souris infectées par les lyssavirus en France métropolitaine: la sérotine commune, avec 79 cas détectés, porteuses du virus EBLV-1, la pipistrelle commune avec 1 cas d'infection à EBLV-1 diagnostiqué en 2005 ; le vespertillon de Natterer, porteur du virus BBLV (*Bokeloh bat lyssavirus*), isolé à deux reprises en 2012 et en 2013 ; plus récemment, en 2017, un minioptère de Schreibers a été découvert porteur du virus LLEBV (*Lleida bat lyssavirus*). Les lyssavirus de chauves-souris en France métropolitaine diffèrent du virus rabique responsable de la rage du renard et du chien, ainsi que de ceux à l'origine de la majorité des cas humains dans le monde, mais peuvent potentiellement être transmis au chat et à l'homme. Trois cas en lien avec l'EBLV-1 ont été diagnostiqués chez des chats dans le Morbihan en 2003, en Vendée en 2007 et en Bourgogne-Franche-Comté en 2020 (données non publiées), mais à ce jour ce type de contamination n'a jamais été décrit comme ayant donné lieu à des transmissions secondaires.

Il est souvent très difficile de faire le « diagnostic » de morsure, les dents de chauve-souris étant minuscules. Les patients en contact rapproché (morsure, griffure, contact avec les muqueuses) doivent donc systématiquement être vaccinés et bénéficier d'une sérothérapie dans la zone de la morsure (l'animal peut rarement être mis en observation). En effet, le vaccin actuel pourrait être peu efficace contre le virus EBL1 des chauves-souris européennes.

En France, le diagnostic de rage chez un patient adulte décédé au CHU de Limoges en août 2019 dans un tableau d'encéphalite a été confirmé par le CNR de la rage (en 2020, dans le cadre d'un programme de métagénomique, le diagnostic n'ayant pas été évoqué au moment du décès du patient). Il s'agissait d'une infection par un lyssavirus de l'espèce EBLV-1 et le patient était régulièrement en contact avec des chauves-souris sans notion de vaccination pré ou post-exposition. Cela reste un cas exceptionnel car à ce jour, seuls trois cas humains confirmés biologiquement et liés à des lyssavirus de chauves-souris avaient été répertoriés en Europe depuis 1977 mais aucun en France jusqu'à ce premier cas (données du CNR au 12/06/2020).

5/ Conduite pratique

Première situation : La morsure a eu lieu dans un des quatre départements bretons ou dans un département limitrophe, l'animal en cause n'est pas une chauve-souris et il n'y a pas d'alerte épidémique : les soins sont réalisés selon les recommandations des chapitres 1-3. **Aucune démarche spécifique n'est indiquée vis-à-vis du virus rabique.** Si l'animal est identifié, il doit mis en observation selon les recommandations de l'arrêté du 21 avril 1997 relatif à la mise sous surveillance des animaux mordeurs ou griffeurs visés à l'article 232-1 du code rural.

Deuxième situation :

La morsure provient d'un animal potentiellement transmetteur (carnivore) dans un pays d'endémie rabique[6] : il y a indication de vaccination, voire de sérovaccination. Les patients ayant bénéficié d'un vaccin « local » doivent reprendre leur vaccination à zéro (sauf vaccination dans les centres de l'Institut Pasteur locaux).

Dans la plupart des cas, ces patients ont déjà bénéficié d'un début de protocole antirabique dans le pays où a eu lieu la morsure et contactent le CAR directement[7]. Si ce n'est pas le cas, prise de contact téléphonique avec le CAR, qui fixe un rendez-vous (le plus souvent dans la même journée). Si le CAR est fermé, remettre les coordonnées au patient qui recontactera le CAR dès le premier jour ouvrable pour fixer un rendez-vous de poursuite ou reprise de la vaccination.

En cas d'urgence (morsure récente dans un pays d'endémie, aucune vaccination sur place) aux heures/jours non-ouvrables, les deux premières injections de vaccin et la sérothérapie peuvent être pratiquées en service d'urgence[8], puis la suite de prise en charge se déroulera au CAR le plus proche.

---

[6] cf. carte en fin de document

[7] Liste des CAR en annexe

[8] En cas de morsure dans un pays d'endémie, il n'y a pas de délai maximal pour proposer une vaccination, des rages d'incubation supérieure à 5 ans ayant été rapportées

Centres antirabiques

En dehors de l'Afrique sub-Saharienne et de l'Asie, d'où sont issus la majorité des cas de rage humaine (cf. carte), certains pays fréquemment visités par les touristes français sont des pays d'endémie rabique : la Tunisie, le Maroc, l'Algérie, l'Egypte, la Turquie, sont tous des pays considérés comme « à risque important ». Il ne faut pas omettre les anciennes républiques soviétiques (chiens enragés signalés épisodiquement à Moscou « intra muros »).

En cas de morsure par une chauve-souris en France, la démarche est la même que pour les morsures par mammifères terrestres à l'étranger, en sachant qu'habituellement il n'y a pas réellement de plaie visible. Les personnes exposées doivent être prises en charge directement au centre antirabique le plus proche.

En cas d'exposition de catégorie II ou III à une chauve-souris, il y a indication formelle d'un traitement par vaccination, systématiquement associée à des IGR chez le sujet non préalablement vacciné, sauf si on peut analyser le cadavre de la chauve-souris pour recherche de rage (CNR).

Dans toutes les situations particulières, ne pas hésiter à joindre votre correspondant infectiologue habituel

En cas de questions concernant la rédaction de ce protocole, contacter le Dr Cédric Arvieux au centre antirabique du CHU de Rennes : cedric.arvieux@chu-rennes.fr

Centres antirabiques

Coordonnées des centres antirabiques de Bretagne (données actualisées au 21/05/2021)

22 - Centre Antirabique - Hôpital Yves Le Foll - Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC
Service des Maladies Infectieuses
BP 2367 - 22027 SAINT BRIEUC Cedex 1
Téléphone 02 96 01 76 59 – Télécopie 02 96 01 72 35
Médecins responsables :
Dr Rodolphe BUZELE (rodolphe.buzele@armorsante.bzh)
Horaires de réponse : du Lundi au Vendredi de 9h à 12h
Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 9h à 12 h

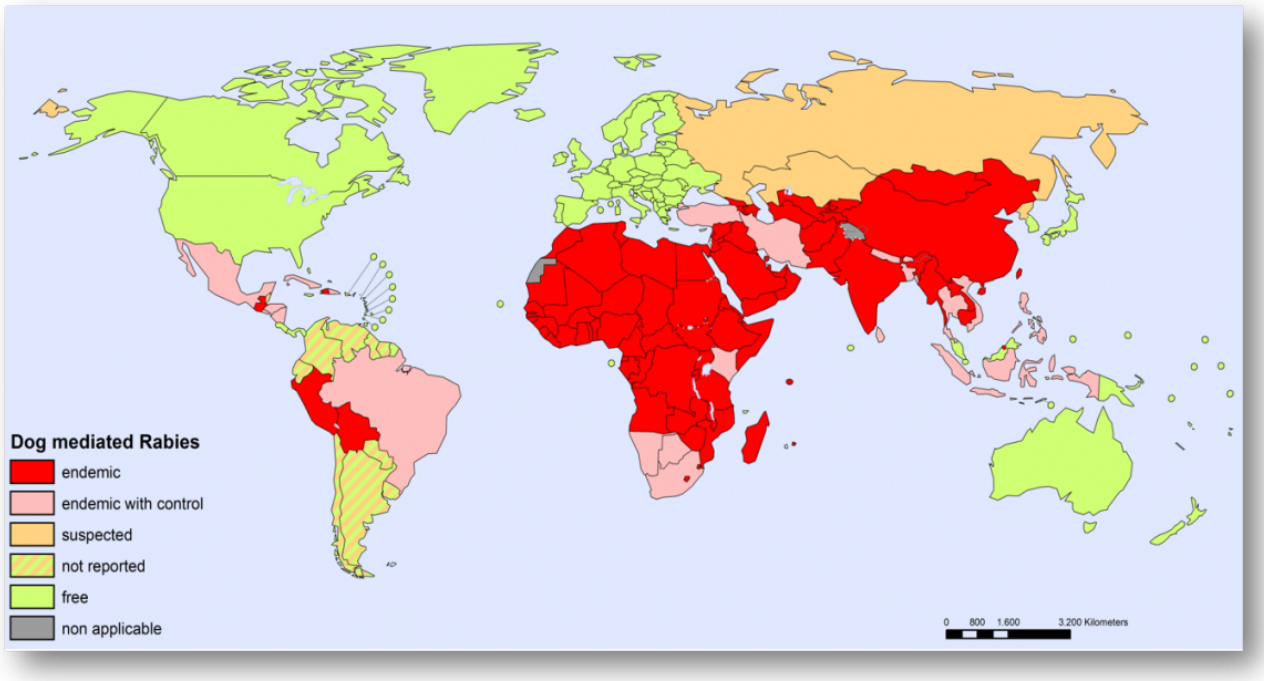
29 - Centre Antirabique - C.H.U. La Cavale Blanche
Service Maladies Infectieuses
Boulevard Tanguy Prigent
29609 BREST Cedex
Téléphone 02 98 34 72 07 – Télécopie 02 98 34 71 93
Médecins responsables : Pr Séverine Ansart (severine.ansart@chu-brest.fr)
Horaires de réponse : du lundi au vendredi de 9 h à 17 h.
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 9h à 12 h 30 et de 14 h à 17h.

35 - Centre Antirabique - CHU de Rennes
Site de Pontchaillou – Hôpital de jour des maladies infectieuses
Médecins responsables : Dr Cédric Arvieux (cedric.arvieux@chu-rennes.fr) Dr F. Souala (jusqu'en 2022 – mohamedfaouzi.souala@chu-rennes.fr) puis Dr F. Benezit (francois.benezit@chu-rennes.fr)
Téléphone: 02 99 28 95 64 – Télécopie : 02 99 28 41 88
Ligne des avis téléphoniques d'infectiologie pour les professionnels de santé : 02 99 28 97 61
En cas d'urgence en hors heures/jours ouvrables : joindre le senior de réanimation médicale au 02 99 28 43 21

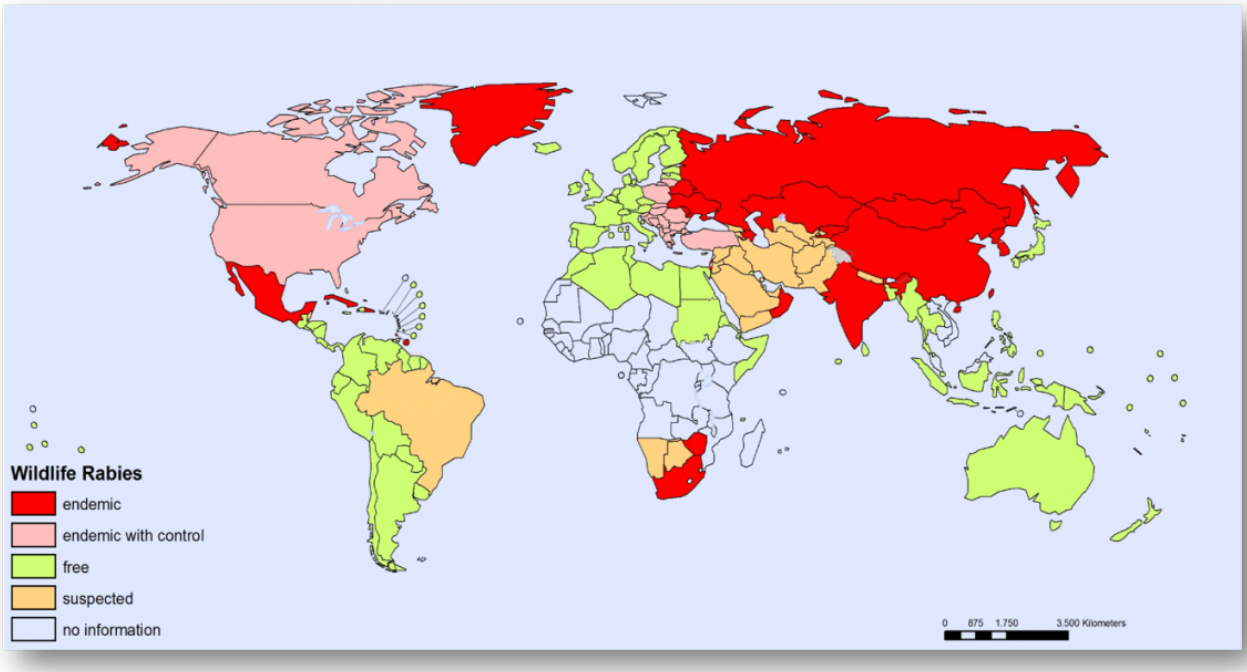
56 – Centre Antirabique Centre Hospitalier de Bretagne Sud Hôpital du Scorff Centre du voyageur international et des maladies tropicales
5 avenue de Choiseul BP 12233 56322 LORIENT
Tél. 02 97 06 75 20 (ligne directe)
Médecin responsable : Dr Bernard GALLEN (b.gallen@ch-bretagne-sud.fr)
Horaires de réponse : du lundi au vendredi de 9h à 17h30
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi sur RV

Centre antirabique

Rage Canine – 2021



Rage chez les animaux sauvages - 2021



https://www.who-rabies-bulletin.org/site-page/occurrence-rabies