



Fiche REB

TULARÉMIE

> Classification

La **Tularémie** est causée par la bactérie *Francisella tularensis*, dont deux sous espèces sont pathogènes pour l'homme :

- **tularensis** (type A), agent du groupe 3. La plus virulente, elle est absente naturellement en France et à une létalité jusqu'à 35% (cas importés ou acte malveillant) ;
- **holortica** (type B), agent du groupe 2. Plus bénigne et présente en France, sa létalité est de moins de 5% à 15% (formes naturelles)

Les deux relèvent de la **réglementation sur les microorganismes et toxines (MOT)**, sont des **agents potentiels du bioterrorisme** et sont soumis à **signalement obligatoire** auprès des autorités sanitaires.

> Contagiosité

Il n'y a pas de transmission interhumaine documentée à ce jour. La contamination s'effectue par :

- > Contact direct avec des animaux atteints : lièvres, lapins, rongeurs et occasionnellement d'autres animaux sauvages ou domestiques (chats, caprins...) ou avec un environnement contaminé (travaux agricoles, jardinage) ;
- > Piqûre de tique ou de moustique ;
- > Ingestion d'eau ou d'aliments contaminés ;
- > Inhalation (aérosols).

> Clinique

L'incubation dure en moyenne 2 à 5 jours (maximum 14 jours).

Les symptômes initiaux sont peu spécifiques (syndrome pseudo-grippal), puis la forme clinique dépend directement de la porte d'entrée de la bactérie :

- > **Forme locale** : soit ulcéro-ganglionnaire (lésion locale au point de pénétration, adénopathie avec ou sans ulcération), soit avec conjonctivite si contact oculaire (forme oculo-ganglionnaire), soit oropharyngée ;
- > **Forme pleuropulmonaire** : toux sèche, bronchiolite, pleuropneumonie, adénopathie hilaires, détresse respiratoire ;
- > **Forme typhoïdique** : fièvres, céphalées, asthénie, vomissements et douleurs abdominales pouvant évoluer vers un choc septique.

DÈS SUSPICION = TABLEAU CLINIQUE + EXPOSITION

1. Protéger

Appliquer les précautions standards.

2. Prélever et démarrer la prise en charge au plus tôt

• Biologie

La contamination en laboratoire est possible, aussi il est nécessaire de prévenir le laboratoire dès la réalisation des prélèvements.

> **Prélèvements** : sang, tissus et sécrétions respiratoires doivent être adressés vers un laboratoire de bactériologie de **niveau LSB3**. L'envoi vers un LSB2 est possible s'il est identifié le type B ;

• Traitement

> **Curatif** : Le traitement antibiotique curatif des patients doit être mis en œuvre de façon précoce et sans délai (se rapporter au logigramme page 3).

> **Prophylactique** : Pour les personnes cas contact, exposées et asymptomatiques :

• Adulte :

Ciprofloxacine : 500mg/12h ou Doxycycline : 100 mg/12h.

• Enfant (<45kg) :

Ciprofloxacine : 15mg/kg/12h (sans dépasser 500mg/24h) ou doxycycline : 2mg/kg/12h (sans dépasser 200mg/24h).

3. Faire appel à l'expertise

Le centre national de référence (CNR) des *Francisella* peut être joint pour expertise :

- > Téléphone : 04 76 76 54 79
- > Mél : cnr-francisella@chu-grenoble.fr

4. Alerter

Toute suspicion d'un cas de tularémie doit faire l'objet d'un **signalement sans délai** auprès de l'Agence régionale de santé. Ce signalement déterminera les mesures à prendre concernant la source de la contamination.

SI EXPOSITION MASSIVE (INHALATION)

ACCUEIL/ÉVALUATION DES PERSONNES EXPOSÉES

- > Soignants, patients et exposés : application des précautions standards
- > Evaluation clinique : signes cliniques, gravité.
 - Si asymptomatique : prophylaxie antibiotique

Absence de signes de gravité

AMBULATOIRE

Présence de signes de gravité

HOSPITALISATION

Envoi des prélèvements en laboratoire LSB3/CNR

- > Identification de la souche
- > Evaluation de la sensibilité aux antibiotiques

INITIER LE TRAITEMENT IMMÉDIATEMENT

PATIENT STABLE

Antibiothérapie **per os**

Adulte :

Ciprofloxacin : 500mg/12h **ou**

Lévofloxacin : 500mg/24h

Si contre-indication aux fluoroquinolones :

Doxycycline : 100 mg/12h

Enfant (<45kg) :

Ciprofloxacin : 15mg/kg/12h (sans dépasser 500mg/24h)

Si contre-indication aux fluoroquinolones :

Doxycycline : 2mg/kg/12h

(sans dépasser 200mg/24h)

14 jours de traitement

PATIENT GRAVE

Bi-antibiothérapie fluoroquinolone ou doxycycline + aminoside **en intraveineuse**

Adulte :

Ciprofloxacin : 400 mg/8h **ou**

lévofloxacin : 750mg/24h

Si contre-indication aux fluoroquinolones :

Doxycycline : 200mg/24h en une fois à J1 puis 100 mg/12h + gentamicine : 5mg/kg/24h (5 jours)

Enfant (<45kg) :

Ciprofloxacin : 15 mg/kg/12h (sans dépasser 500mg/24h)

Si contre-indication aux fluoroquinolones :

Doxycycline : 4 mg/kg en une fois à J1 puis 2 mg/kg/12h (sans dépasser 200mg/24h) + gentamicine : 4.5-7.5 mg/kg/24h (5 jours)

21 jours de traitement

Femmes enceintes : fluoroquinolones possibles, si contre-indication

- > Forme bénigne : azithromycine (à discuter selon l'antibiogramme)
- > Forme grave : gentamycine IV en monothérapie

Adaptation thérapeutique et poursuite du traitement par voie orale selon :

- > Les résultats de l'antibiogramme
- > L'évolution clinique du patient



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de la Santé**