

Article original

Prise en charge de 90 patients suspects de syndrome respiratoire aigu sévère. Expérience d'une collaboration épidémioclinique en situation d'alerte sanitaire liée à une infection émergente ☆

Management of 90 patients presenting with suspected severe acute respiratory syndrome. Experience of a collaboration between epidemiologists and clinicians facing an emerging infectious disease health alert

L. Cibrelus^a, V. Noël^b, J. Emmanuelli^c, G. Breton^b, P. Longuet^b, B. Rigolli^d,
C. Leport^{b,*}, J.-L. Vildé^b

^a *Mission urgences et sécurité sanitaires, siège de l'APHP, 3, avenue Victoria, 75004 Paris, France*

^b *Service de maladies infectieuses et tropicales B, CHU Bichat–Claude-Bernard, APHP, université Paris-VII, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France*

^c *Département des maladies infectieuses, institut de veille sanitaire, 14, rue du Val d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France*

^d *Service de radiologie, CHU Bichat–Claude-Bernard, APHP, université Paris-VII, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France*

Reçu le 31 août 2005 ; accepté le 28 septembre 2007

Disponible sur internet le 07 novembre 2007

Résumé

Objectifs. – Afin d'analyser les différences possibles d'évaluation entre les équipes opérationnelles épidémiologiques et cliniciennes dans la gestion d'une maladie épidémique émergente, et d'en tirer un enseignement pour la gestion de crises ultérieures, les caractéristiques des patients suspects de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) hospitalisés dans un service parisien ont été décrites.

Patients et méthodes. – Les 90 patients hospitalisés du 16 mars au 30 avril 2003 furent inclus dans cette étude prospective. Les données échangées avec les institutions sanitaires locales permirent à la fois une classification de cas officielle (« possibles », « probables », « exclus ») et une classification locale basée sur une adaptation de celle-ci, incluant une catégorie supplémentaire dans la graduation du risque, intermédiaire entre « possible » et « exclu » (« douteux »).

Résultats. – L'évaluation initiale différait dans 39 % des cas ($n = 35$), sur des arguments épidémiologiques ($n = 24$) ou clinicobiologiques ($n = 11$). L'évaluation finale divergeait dans 54 % des cas ($n = 47$). Tous les patients furent officiellement considérés comme des cas « exclus » de SRAS, alors que 47 demeuraient des cas « possibles » ou « douteux » selon les cliniciens.

Conclusion. – Une différence de perception existait dans environ 40 % des cas, sans impact en termes de diffusion épidémique ou d'exposition nosocomiale, puisqu'aucun cas probable de SRAS n'a été retenu parmi ces patients ou leur entourage. De la confrontation de ces perceptions différentes, mais complémentaires, peuvent émerger des enseignements enrichissant la gestion interdisciplinaire d'épidémies ultérieures.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – The characteristics of patients with a suspected SARS hospitalized in a Paris hospital were studied to analyze the hypothetical differences between epidemiologic and clinical teams in the management of an epidemic emerging disease, and to gather experience for the management of the next outbreak.

☆ Ce travail a été présenté au 51^e Congrès français de médecine interne, à la 24^e Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse (RICAI) et au 6^e European congress of chemotherapy and infection (ECC) en décembre 2004.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : catherine.leport@bch.aphp.fr (C. Leport).

Study design. – All 90 patients hospitalized between March 16 and April 30, 2003, were included. Epidemiological and clinical data were shared with the French National Institute for Health. Cases were classified according to both the official definition (“possible”, “probable”, “excluded”) and a local one, adapted from the official definition but including an additional level of suspicion (“equivocal”), intermediate between “possible” and “excluded”.

Results. – The initial assessment was different in 39% of the cases (n = 35), according to epidemiological (n = 24) or clinical (n = 11) elements. The final assessment diverged in 54% of the cases (n = 47). All patients were officially considered as “excluded” for epidemiologists, while 47 remained as “possible” or “equivocal” cases of SARS according to the clinicians.

Conclusion. – The risk assessment was different in almost 40% of the cases, with no impact on epidemic diffusion or hospital-borne exposure as no probable case of SARS was diagnosed among these patients or their households. The confrontation of these different but complementary points of view will thus enrich the interdisciplinary management of eventual future outbreaks.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : SRAS ; Infection émergente ; Gestion d’épidémie

Keywords: SARS; Emerging infectious disease; Epidemic management

1. Introduction

L’épidémie mondiale de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a débuté en novembre 2002 dans la province de Guangdong, dans le Sud de la Chine. En France, c’est en mars 2003 que les premiers patients suspects de SRAS ont directement été dirigés et hospitalisés dans des services de maladies infectieuses et tropicales préalablement désignés par les institutions sanitaires dans le cadre du plan Biotox de réponse au bioterrorisme [1]. L’annonce officielle par l’Organisation mondiale de la santé (OMS), le 12 mars 2003, d’une épidémie de pneumopathies graves d’étiologie inconnue sévisant dans le Sud-Est asiatique a conduit à étendre à ces services la mission de réponse aux infections à haut risque de transmission [2]. L’identification et la classification officielle des cas ont été élaborées par les institutions sanitaires selon les recommandations de l’OMS, transmises par la Direction générale de la santé (DGS) et l’institut de veille sanitaire (InVS) [2,3]. Cette classification était fondée sur des données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques disponibles dès le début de l’épidémie en zone de transmission locale active de SRAS.

Rapidement, les cliniciens furent confrontés à la prise en charge de patients de retour d’une zone ayant été considérée par l’OMS comme une zone de transmission locale active avant la période d’exposition du patient (ou frontalière d’une zone de transmission locale active au moment de leur exposition), et qui présentaient des anomalies cliniques et/ou biologiques compatibles avec le SRAS, apparaissant plus de dix jours après la fin de l’exposition, sans anomalie radiologique associée.

Bien que les caractéristiques de ces patients n’en fassent pas des cas suspects de SRAS selon la définition officielle en vigueur au moment de leur prise en charge, ils furent hospitalisés dans le secteur dédié au SRAS afin d’assurer au mieux leur prise en charge individuelle et de limiter le risque de transmission nosocomiale en maintenant les patients suspects de SRAS en zone d’isolement. Cela tenait compte du fait que :

- l’on ne disposait pas à l’époque de tests sérovirologiques permettant d’écarter le diagnostic de SRAS avec certitude ;

- bien que basées sur les données émanant des professionnels de santé confrontés au SRAS dans les zones d’incidence maximale, les diverses expressions de la maladie incluses dans la définition de cas de cette pathologie émergente n’étaient pas encore complètement caractérisées (notamment : période d’incubation maximale, degrés de gravité et existence de cas paucisymptomatiques), laissant place à des zones d’incertitude lors de la prise en charge des patients.

Ainsi, les cliniciens furent conduits à adjoindre à la classification officielle une catégorie de probabilité intermédiaire au sein des cas suspects de SRAS.

Cette double approche de la pathologie a été à l’origine de discordances dans la perception de la gravité et de la classification des patients, locale et officielle. L’objet de ce travail est d’analyser ces différences à partir de l’observation de patients hospitalisés pour suspicion de SRAS dans un service référent de la région parisienne.

2. Patients et méthodes

L’étude a porté sur l’ensemble des patients symptomatiques adressés dans le service de maladies infectieuses et tropicales B (SMIT B) de l’hôpital Bichat-Claude-Bernard pour suspicion de SRAS entre le 16 mars 2003 (date de l’ouverture d’un secteur d’isolement dans le service) et le 30 avril 2003 (date de fin de l’étude).

Tout patient adressé dans le service pour suspicion de SRAS était vu en consultation initiale afin de distinguer les cas suspects de SRAS (anamnèse, et/ou des signes généraux, et/ou signes respiratoires et/ou des signes paracliniques évocateurs de la pathologie selon les définitions officielles, Tableau 1), des cas non suspects (absence d’exposition au virus, absence de signe clinique au-delà de la période d’incubation) qui quittèrent l’hôpital au terme de la consultation.

Les cas suspects de SRAS après consultation initiale furent hospitalisés au moins 24 heures dans un secteur dédié à la pathologie. Tous furent inclus dans cette étude.

Pour chaque patient suspect de SRAS, une classification « initiale » était réalisée après consultation, et une classification

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3414398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3414398>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)