FICHE REB – CHARBON

*Version du 13/05/2024*

**Classification :** bactérie Bacillus anthracis, groupe 3, réglementation Micro-Organisme et Toxine (MOT), Déclaration Obligatoire, agent du bioterrorisme

**Létalité** :

* Très élevée en l’absence de traitement antibiotique précoce : forme pulmonaire et forme méningée 80 à 100%, 25 à 60% pour la forme gastro-intestinale.
* Formes cutanées : 20% pour les formes cutanées compliquées. Moins de 1% si traitement antibiotique très précoce.

**Contagiosité** : pas de transmission interhumaine documentée. Contamination possible dans le monde entier par contact avec bovins (vivants ou morts) ou autres herbivores, avec des peaux ou de la laine venant d’animaux malades, consommation de viande mal cuite, parfois de lait d’animaux infectés, de drogue intraveineuse contaminée, inhalation de spores (aérosolisation).

**Clinique**: Le mode de contamination détermine la forme clinique et le pronostic.

Incubation 2 à 10j, exceptionnel jusqu’à 60 jours (après inhalation, formes quiescentes dans les voies respiratoires).

* **Forme respiratoire :** détresse respiratoire fébrile aiguë d’apparition en quelques heures à quelques jours, accompagnée de dyspnée, d’hypoxie puis d’une défaillance respiratoire associé à une bactériémie et un sepsis sévère. A noter : élargissement du médiastin sur l’imagerie.
* **Forme méningée hémorragique :** dans la moitié des cas.
* **Forme gastro-intestinale :** syndrome gastro-entérique avec diarrhée +/- sanglante et fièvre évoluant rapidement vers une bactériémie et un sepsis sévère.
* **Forme cutanée :** lésion cutanée sur les zones exposées (bras, mains, face, cou) avec apparition d’une papule prurigineuse, puis d’une ou plusieurs vésicules et enfin d’une escarre noire entourée d’un œdème, généralement indolore. Fièvre et malaise possible, pouvant être associés à un sepsis sévère.
* **Forme dermo-hypodermite :** chez les patients usagers de drogue intra veineuse avec évolution vers une bactériémie et un sepsis sévère.

## DÈS LA SUSPICION = tableau clinique + exposition

* **Protéger** : Autour du patient => pas de mesure spécifique : précautions standard. Gants et hygiène des mains lors de contacts avec les lésions cutanées (risque de spores) - Déchets en filière DASRI. Si personne exposée à un aérosol de spores 🡺 une décontamination est requise (cf verso).
* **Prélever et démarrer les soins au plus tôt :** Prélèvements sang, tissus, sécrétions respiratoires avec précautions LSB3, en Etablissement de Santé de Référence - Réalisation d’un antibiogramme impératif. Traitements antibiotiques curatifs pour les patients et prophylactiques pour les personnes cas contact (exposées et asymptomatiques) : précoces et sans délais (cf verso).
* **Faire appel à l’expertise :** Centre national de référence (CNR) charbon => Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA). Département de Microbiologie et Maladies Infectieuses. Unité de bactériologie.

Tel :06 30 55 70 15 Courriel : [irba-cnrlecharbon.accueil.fct@def.gouv.fr](mailto:irba-cnrlecharbon.accueil.fct@def.gouv.fr)

Site : irba.sante.defense.gouv.fr/cnr/#charbon

* **Alerter** : Agence Régionale de Santé. Le signalement aux autorités de santé déterminera les mesures à prendre concernant la source de la contamination.

SI EXPOSITION MASSIVE (inhalation)

**ACCUEIL / ÉVALUATION DES PERSONNES EXPOSEES**

**SAS de décontamination : élimine les spores peau, narines, cheveux   
🡺 déshabillage et douche simple : savon et shampoing**

* SOIGNANTS : **Avant** décontamination de la personne exposée => précautions REB : gants/surblouse/masque chirurgical. **Après** décontamination : précautions standard.
* EVALUATION CLINIQUE



Traitement des formes graves : au moins 14 jours ;

Traitements relais par voie orale par doxycycline ou amoxicilline pendant 8 semaines

Adaptation thérapeutique en fonction de la souche

Adulte : *Si souche Pénicilline sensible : amoxicilline (1g/8h)*

Enfant : *Si souche Pénicilline sensible : amoxicilline (80mg/kg/24h)*

Surveillance :

* Évolution clinique du patient
* Résultats de la biologie

**En l’ABSENCE   
de signes cliniques :**

Traitement prophylactique et surveillance au domicile : ciprofloxacine 500mg/12h ou doxycycline 100mg/12h PO => 60j

**SI PATIENT GRAVE** : privilégier le traitement IV en association avec un autre antibiotique parmi : linézolide, clindamycine, rifampicine

Possibilité en ATU de traitement antitoxinique (ATU) : raxibacumab (anticorps monoclonal) et l’immuno-globuline du charbon en IV (AIGIV : antisérum polyyclonal)

**Enfant**

Ciprofloxacine (10-15mg/kg/12h   
sans dépasser 1 g/j en PO et IV (à passer sur 60 min))

Ou Doxycycline (seulement au-dessus de 8 ans) :

>45 kg => 100mg/12h  
< 45kg => 2 mg/kg/12h (en PO et IV (à passer sur 60 min) sans dépasser 200 mg/j)

**Adulte**

Ciprofloxacine (PO : 500mg/12h, IV : 400mg/12h sur 60 min)

ou Lévofloxacine (PO : 500mg/24h, IV : 400 mg/12h en 60 min)

ou Doxycycline (PO : 100 mg/12h, IV : 200 mg les premiers 24h sur 60min puis 100mg/12h)

FEMME ENCEINTE

Ciprofloxacine (500mg/12h)

**En PRESENCE de signes cliniques :**

**HOSPITALISATION**

**+ traitement curatif à débuter immédiatement**

**Prélèvement / envoi laboratoire LSB3 / CNR**

* Identification de la souche
* Evaluation de la sensibilité aux antibiotiques

*Résultats biologie*