


PORTEUR ASYMPTOMATIQUE DE FILAIRES Prise en charge et enquête de cas		QUALITE-RISQUES GED
Type de Document	Procédure	
Auteur(s)	Dr Rémi MAYAN Dr Jean-Marc SEGALIN	Validation DS 28
Approbateur (s)	Dr. Mathilde BODÉRE-MELIN Directrice adjointe médicale	Date 2022-03

Pour le Ministre et par délégation
La Directrice adjointe de la santé

Mathilde MELIN

Objet :

Le protocole précise les modalités de prise en charge du patient porteur de filaires et les modalités de recherche autour du cas.

Personnes concernées et mode de diffusion :

ETABLISSEMENT- SERVICE-DEPARTEMENT	CATEGORIES PROFESSIONNELLES
Structures de soins de la Direction de la santé	Médecins et tous les professionnels de santé en charge de la santé de la population
MODE DIFFUSION	PERSONNE RESPONSABLE
Direction de la santé-Site Internet	Dr. Rémi MAYAN- Secrétariat de la Direction de la santé

Objectifs et résultats attendus :

OBJECTIFS	INDICATEURS DE SUIVI
Éliminer la transmission de la filariose lymphatique	Nombre de déclarations obligatoires reçues au BVS / an Nombre de patients traités / an Prévalence annuelle de la filariose asymptomatique
Prendre en charge précocement les patients asymptomatiques pour limiter l'apparition des symptômes sources de comorbidités et d'invalidités	Nombre de sujets symptomatiques (prévalence de la morbidités)

Documents de référence :

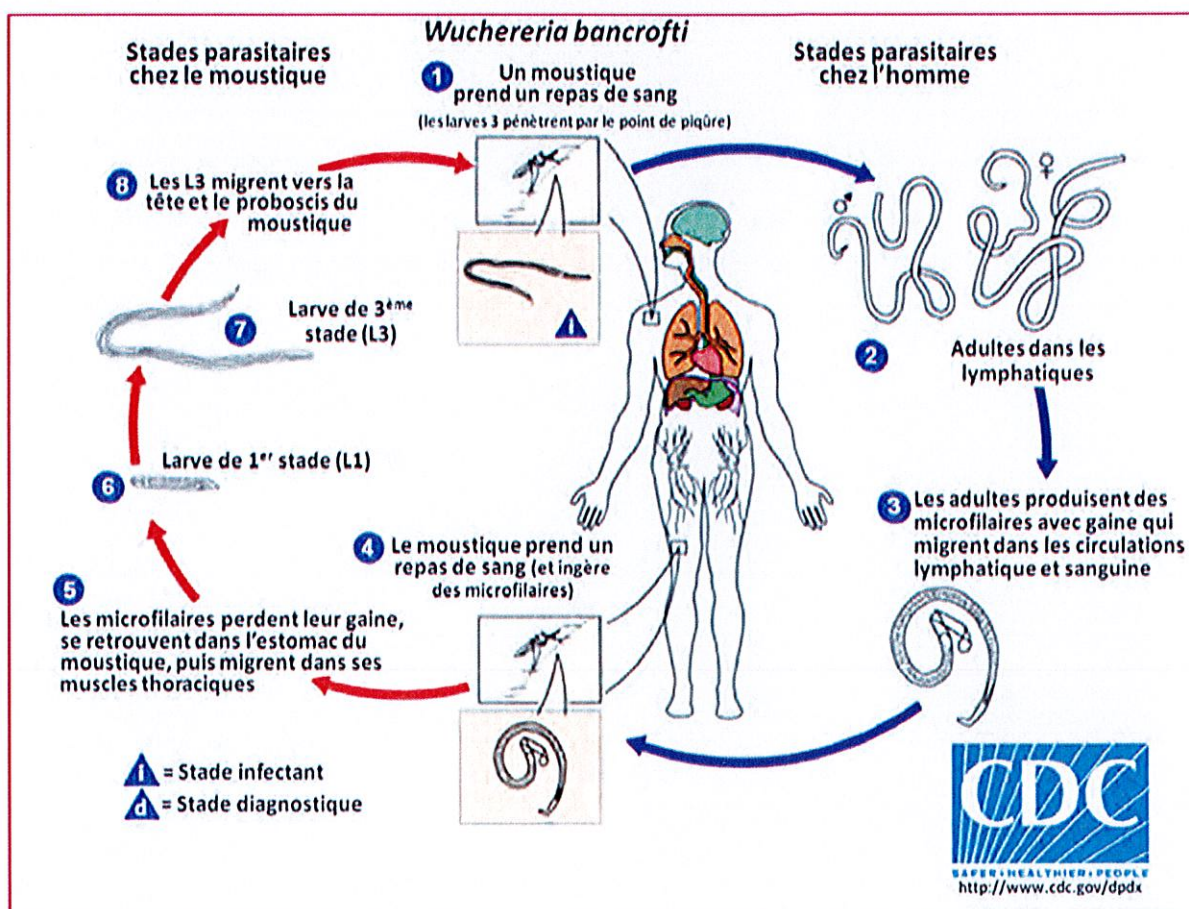
Titre	Référence
Lymphatic filariasis: Progress report 2000-2009 and strategic plan 2010-2020 WHO Global programme to eliminate lymphatic filariasis (GPELF)	https://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources
Filariose lymphatique : prise en charge de morbidité et prévention des incapacités. (OMS)	https://www.who.int/fr
GRAVES P. et al. Triple-Drug Treatment Is effective for lymphatic filariasis microfilaria clearance in Samoa. Trop. Med. Infect. Dis. 2021,6(2),44 https://doi.org/10.3390/tropicalmed6020044	
SUPALI T, et al. (2021) An open label, randomized clinical trial to compare the tolerability and efficacy of ivermectin plus diethylcarbamazine and albendazole vs. diethylcarbamazine plus albendazole for treatment of brugian filariasis in Indonesia. PLOS Neglected Tropical Diseases 15(3): e0009294. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009294	
Guideline: Alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.	
WHO global programme to eliminate lymphatic filariasis. Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration; 2011	
Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2019. Wkly Epidemiol Rec. 2000;95:509-524.	

1. Contexte

La filariose lymphatique est une maladie tropicale négligée, causée par des parasites filaires transmis à l'homme par les moustiques (*Aedes aegypti*, *Aedes polynesiensis*, *Culex quinquefasciatus*). Les manifestations cliniques et invalidantes qui en résultent ne se développent que des années plus tard par altération des vaisseaux lymphatiques (lymphœdème, éléphantiasis, hydrocèle ou encore chylurie).

La lutte contre la filariose est une priorité de santé publique en Polynésie française. Elle est à déclaration obligatoire et s'inscrit dans le programme mondial d'élimination de la filariose de l'OMS depuis 2000, associant interruption de la transmission, prévention et prise en charge des morbidités qu'elle peut induire.

Cette lutte fait l'objet d'enquêtes de surveillance et de campagnes régulières. Ces campagnes consistent à promouvoir les moyens de lutte contre les moustiques, sensibiliser et informer la population sur la maladie, et conduire des campagnes annuelles de traitement de masse dans les zones à forte prévalence (chimiothérapie préventive).



2. Diagnostic

Le diagnostic repose sur un résultat de prélèvement biologique par voie veineuse, associant une antigénémie et une microfilarémie. Le diagnostic est retenu si l'antigénémie et/ou la microfilarémie est positive. Ces examens biologiques seront réalisés soit à l'occasion d'une enquête de prévalence systématique (programme TAS) ou à l'occasion d'un bilan d'hyperéosinophilie.



3. Traitement

En dehors du traitement prophylactique de masse effectué au cours des campagnes annuelles, nous décrivons ici le traitement à réaliser pour une personne diagnostiquée.

3.1. Molécules disponibles

Dénomination commune	Posologie	Effets secondaires	Contre-indications
Diéthylcarbamazine (DEC)*	6 mg/kg prise unique	Fièvre, vertiges, nausées, sensation ébrieuse, asthénie, symptômes asthmatiformes, arthralgies, convulsions	Grossesse connue Allergie connue
Albendazole (ALB)*	400 mg Prise unique	Fièvre, céphalées, vertiges, élévation des enzymes hépatiques	Allergie connue
Ivermectine (IVM)*	Prise unique (200µg/kg si tous les 3 ou 6 mois) (400µg/kg si prise tous les 12 mois)	Fièvre, céphalées, nausées, asthénie	Grossesse et allaitement dans la première semaine après l'accouchement Allergie connue
Doxycycline*	200 mg par jour pendant 6 semaines	Nausées, vomissements, diarrhées, gastralgies, photosensibilité	Allergie connue Grossesse > 4 mois

3.2. Précautions d'emploi

En cas de maladie grave, d'antécédent d'épilepsie ou de convulsions, ou de séjour prolongé en Afrique tropicale dans les 10 dernières années, un avis médical spécialisé est requis pour autoriser la prise.

Pour les patients suivis pour insuffisance rénale chronique ou pour les femmes enceintes et allaitantes, demander un avis spécialisé au CCSMIT (cf coordonnées en bas de page 7).

3.3. Evènements indésirables

Tout effet indésirable doit être déclaré à vigilance@arass.gov.pf.



3.4. Posologie (en accord avec la charte de bon usage du médicament)

POIDS (kg)	TAILLE (cm)	Nombre de comprimés			
		DEC	ALB	IVM (200µg/kg /6 mois) ¹	Total
15-25	90-119	1	1	1	3
26-44	120-140	2	1	2	4
45-64	141-158	3	1	3	7
65-84	158 et +	4	1	4	9
85 et +		5	1	4	10

POIDS (kg)	TAILLE (cm)	Nombre de comprimés			
		DEC	ALB	IVM (400µg/kg /12 mois)	Total
15-25	90-119	1	1	2	4
26-44	120-140	2	1	4	7
45-64	141-158	3	1	6	10
65-84	158 et +	4	1	8	13
85 et +		5	1	8	14

En plus de la DEC et de l'albendazole, l'introduction de l'ivermectine devrait permettre d'accélérer l'élimination de la filariose lymphatique en diminuant drastiquement la quantité de microfaires dans le sang des personnes infectées avec une efficacité épidémiologique sur le long terme. La prudence s'impose néanmoins en l'absence de recommandation nationale ou internationale plus précise.

4. Prise en charge du patient

4.1. Signaler – déclaration obligatoire

La filariose lymphatique est une maladie à déclaration obligatoire (MDO). Ce signalement s'effectue en remplissant la fiche de déclaration MDO disponible en annexe 3 et sur le site de la direction de la santé (<https://www.service-public.pf/dsp/fiches-maladies-declaration-obligatoire/>) et en la transmettant au Bureau de Veille sanitaire à l'adresse suivante : veille@sante.gov.pf.

¹ [Résumé des caractéristiques du produit - STROMEKTOL 3 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments \(medicaments.gouv.fr\)](https://www.medicaments.gouv.fr)

4.2. Traiter

Le traitement des personnes qui ont une antigénémie (Ag) et/ou une microfilarémie (mF) positive repose sur une trithérapie en prise unique associant diéthylcarbazine (DEC), albendazole (ALB) et Ivermectine (IVM) selon le tableau posologique §3.4) en prise observée directe (POD), c'est-à-dire sous supervision par un professionnel de santé.

NB : Cette prise en charge est cumulable avec la POD annuelle du programme d'élimination de la filariose lymphatique si le patient réside dans une zone géographique concernée par la distribution de masse.

4.3. Enquêter autour du cas

Afin de stopper la transmission active de la maladie, il est nécessaire de réaliser une enquête dans l'entourage du cas. Cette enquête est réalisée par la structure de santé de proximité, avec la supervision du Bureau de Veille Sanitaire (BVS) de la Direction de la Santé.

Une enquête au domicile doit être faite dans le mois qui suit la découverte du porteur asymptomatique de filaire afin de :

- Recenser les personnes qui vivent sous le même toit
- Leur proposer la réalisation d'un prélèvement veineux pour bilan de filariose lymphatique (microfilarémie et antigénémie).
- Les traiter en fonction de l'algorithme proposé pour les porteurs asymptomatiques.
- Elargir l'enquête en fonction du nombre de cas secondaires, de l'infestation de l'environnement par les moustiques (milieu rural, zone insalubre, promiscuité).

5. Prise en charge financière et logistique

5.1. Biologie

Afin de permettre à tous les patients de bénéficier d'une prise en charge de qualité, et d'éviter d'avoir à assurer une participation financière, il est conseillé de faire réaliser les prélèvements biologiques dans un laboratoire de biologie et d'analyses médicales ayant signé une convention avec la Direction de la Santé.

Il convient de préciser sur l'ordonnance :

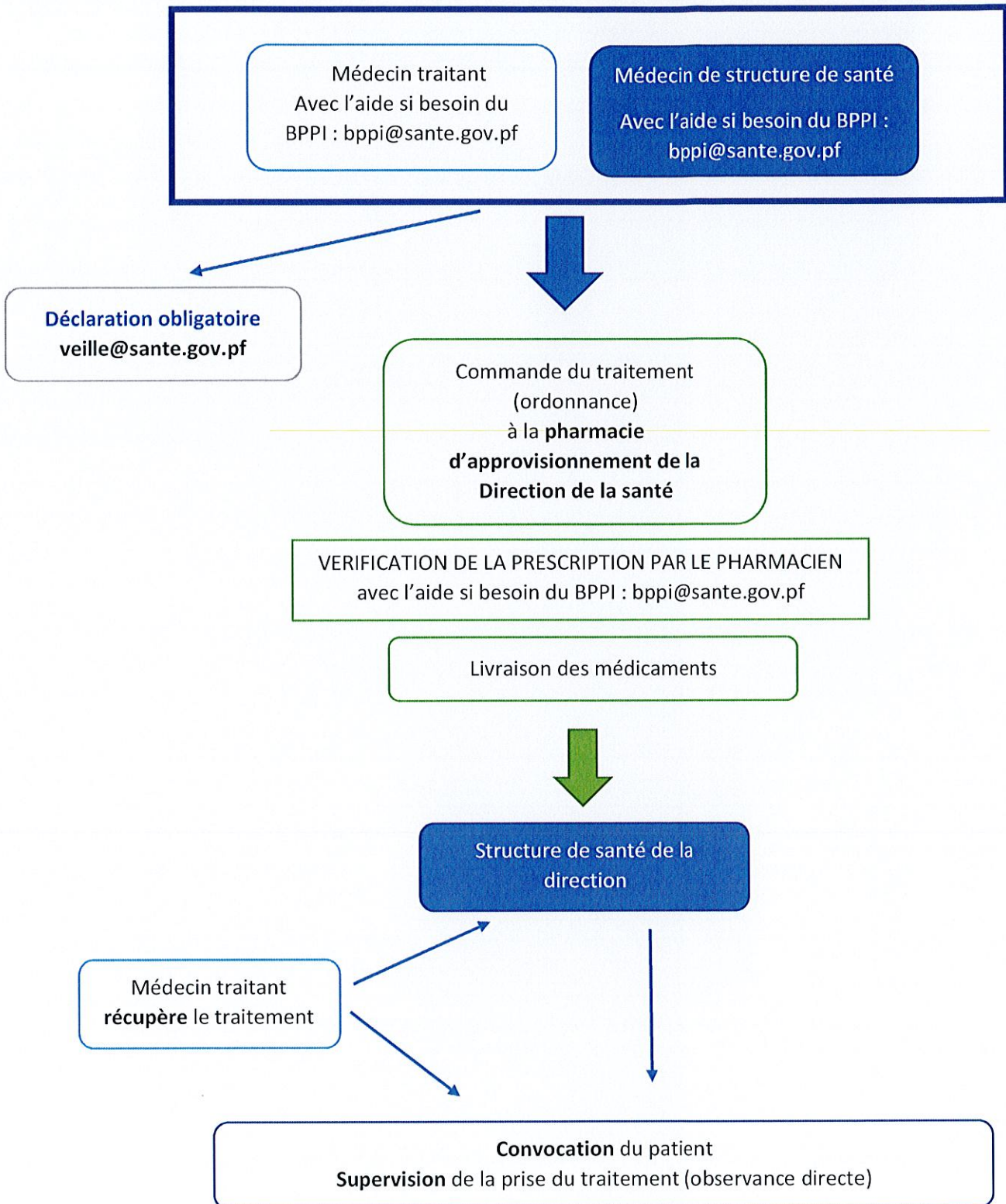
- Bilan de filariose lymphatique
- Faire faire antigénémie et microfilarémie sur tube hépariné
- Prise en charge dans le cadre de la veille sanitaire

5.2. Accès au traitement

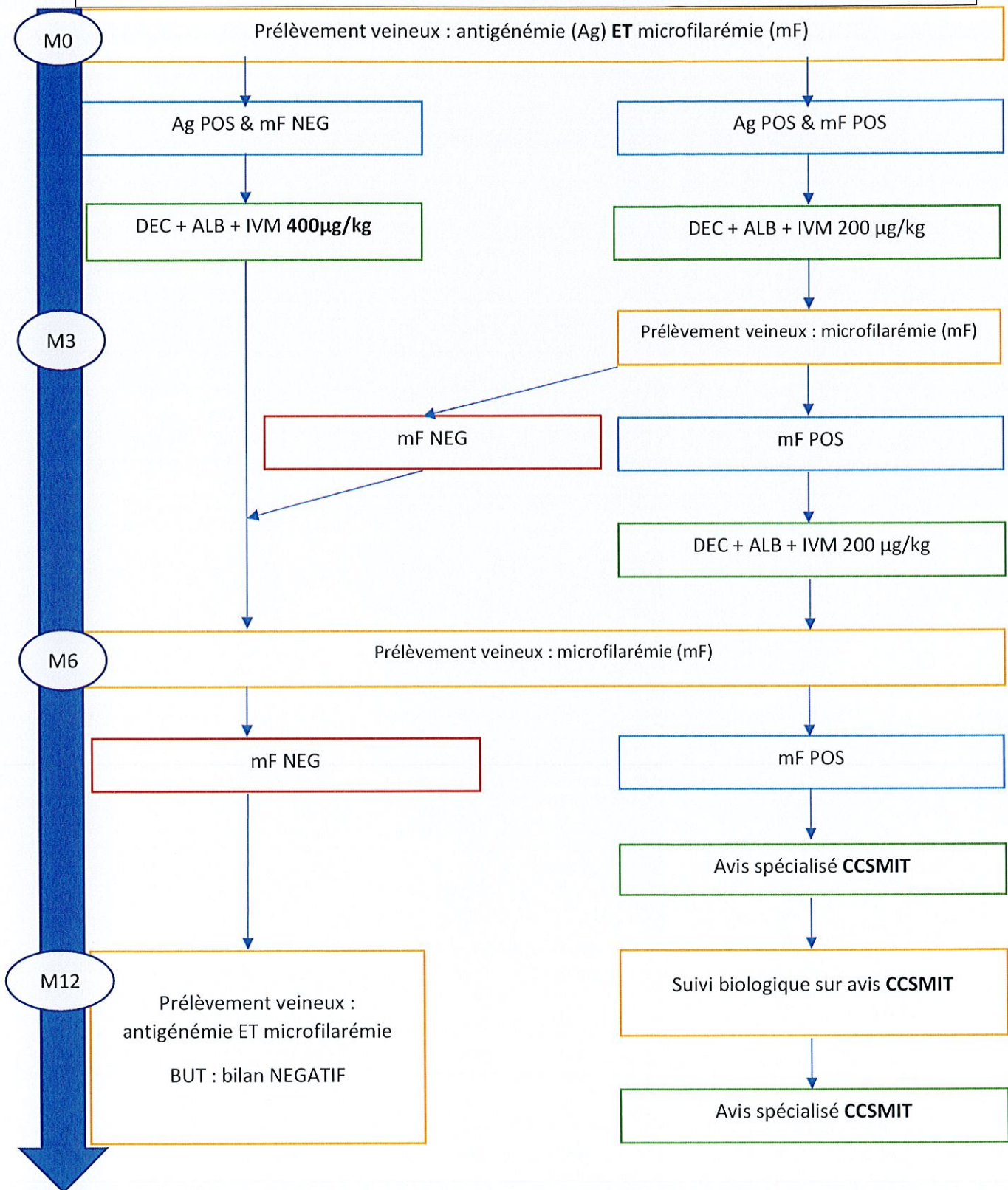
Selon le schéma d'approvisionnement ci-après, le traitement est **pris en charge** par la Direction de la Santé.



DELIVRANCE ET OBSERVANCE DU TRAITEMENT PHARMACEUTIQUE




FILARIOSE LYMPHATIQUE
ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES PORTEURS ASYMPTOMATIQUES



CCSMIT (Centre de Consultation Spécialisée en Maladies Infectieuses et Tropicales) : 40 48 62 05



Annexe – Fiche Maladie à Déclaration Obligatoire (MDO)

Critères de notification Manifestation aiguës et/ou Manifestation chroniques et/ou Diagnostic biologique de confirmation		de filariose lymphatique	Polynésie française Ministère chargé de la santé Direction de la santé  Maladie à déclaration obligatoire FILARIOSE LYMPHATIQUE	
Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :			Médecin de la Direction de la santé Date d'enregistrement : _____ Nom, tampon et signature :	
Si notification par un biologiste Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :				

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F DD _____ Numéro DN _____

La mention d'une adresse précise et du numéro de téléphone est indispensable pour la lutte pério-focale.

Adresse géographique précise : _____ Tel : _____

Date de notification _____ Code d'anonymat _____ (à remplir par la DS)

Date de notification _____ Code d'anonymat _____ (à remplir par la DS)

Sexe : M F Age : _____ ans ou _____ mois Commune de résidence : _____ Ile/pays : _____

Clinique	Manifestations aiguës	Manifestations chroniques
Date de début des signes	_____	
Fièvre ≥ 38,5°C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Chylurie
Accident génital	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Hydrocèle
Poumon éosinophile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Lymphoedème / éléphantiasis
Adénite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
Lymphangite des membres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Aucune
Si oui localisation : _____		
Autre	<input type="checkbox"/>	Si oui préciser : _____
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Motif : _____
Si oui, date d'admission _____		date de sortie _____
Evolution avec séquelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Si oui, type des séquelles : _____		
Diagnostic biologique	Date(s) de prélèvement	Résultats
Eosinophilie (orientation)	_____	_____ G/L _____ %
Antigénémie (confirmation)	_____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
Microfilarémie (confirmation)	_____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
Contexte épidémiologique		
<input type="checkbox"/> Cas isolé <input type="checkbox"/> Autres cas dans l'entourage Si oui, combien _____ <input type="checkbox"/> Contexte, préciser : _____		
Séjour en Afrique au cours des 10 dernières années <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Si oui, dans quel pays : _____ Date de retour en Polynésie française _____		
Prise de chimioprophylaxie annuelle (DEC /Albendazole) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Date de la dernière chimioprophylaxie annuelle _____		

Maladie à déclaration obligatoire (Loi du pays N° 2019.8 du 01/04/2019 et Arrêté CM N° 00584 du 18/04/2019)
 Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique déclaré à la CNIL - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant.
 Médecin désigné de la Direction de la santé : Bureau de veille sanitaire, BP 611, 98 713 Papeete - Tel : 40 48 82 01 / 87 70 65 02 - Fax : 40 48 82 12 - Email : veille@santa.gov.pf