

Rage



La rage est une maladie redoutée depuis la nuit des temps. Le virus de la rage atteint le cerveau et provoque la mort en quelques jours. La prévention et le traitement par vaccins et immunoglobulines actuellement disponibles permettent d'obtenir pratiquement cent pour cent de succès.

Qu'est-ce que la rage?

La rage est une maladie virale évitable qui frappe les mammifères. Elle est le plus souvent transmise par la morsure d'un animal enragé, le virus de la rage étant présent dans la salive. Toutefois, toute autre forme de contact avec la salive ou les tissus cérébraux d'un mammifère infecté peut également induire la maladie. Le virus rabique infecte le système nerveux central, entraînant l'infection du cerveau (encéphalite) dont l'issue est fatale. Depuis l'Antiquité, l'apparition des symptômes de la rage équivalait à une sentence de mort. La rage n'est pas, au sens naturel du terme, une maladie de l'espèce humaine – l'infection humaine est toujours dépendante du réservoir animal sauvage et domestique. Le mot "rage" est un héritage direct du latin "*rabies*": "colère", "fureur" et, déjà à cette époque, "maladie du chien".

Le délai entre l'exposition au virus et l'apparition des premiers symptômes de la maladie est généralement de trois semaines à deux mois, mais la période d'incubation est variable, pouvant aller de 10 jours à un an. Les tout premiers symptômes de la forme humaine sont non spécifiques puisqu'ils consistent en fièvre, céphalées et sensation de malaise généralisé. Avec l'évolution de la maladie apparaissent les symptômes neurologiques qui peuvent être les suivants: agitation, anxiété, confusion, excitation, hallucinations, insomnie, paralysie, hypersalivation, difficultés à avaler (spasme laryngopharyngé) et répulsion pour l'eau. Le décès survient généralement dans les quelques jours qui suivent l'apparition des symptômes.

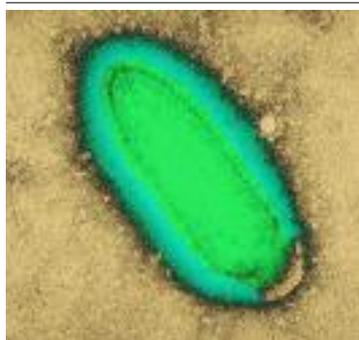
Qui est atteint de la rage?

Au cours du siècle dernier, la rage en Europe a considérablement évolué. À présent, plus de 95 % de la morbidité animale totale recensée chaque année concerne la faune sauvage; les animaux domestiques (chien, chat et bétail) représentent moins de 5 % des cas de rage, alors que jusqu'en 1950 ils représentaient la majorité des cas. Aujourd'hui, les principaux hôtes du virus de la rage sont les carnivores sauvages, essentiellement les renards, et les chauves-souris.

En Europe, la mortalité humaine liée à la rage est inférieure à cinq cas par an grâce à la mise en place de programmes extrêmement stricts de lutte contre la rage et de prévention de la transmission de l'animal à l'homme. La prophylaxie qu'autorisent les vaccins modernes s'est avérée couronnée de succès dans pratiquement 100 % des cas.

Les quelques décès associés à la rage enregistrés en Europe ne surviennent que lorsque le patient n'a pas pu consulter un médecin, généralement parce qu'il n'a pas eu conscience d'avoir été exposé au virus.

La forme humaine de la rage est encore fréquente dans les pays en développement d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine où les chiens errants sont le vecteur majeur de la maladie. Un contact direct avec des animaux sauvages comme le renard, le chat sauvage, la mangouste, la chauve-souris, le singe, le chacal et le loup constitue un autre risque d'exposition à la rage. C'est dans le continent asiatique que se trouve concentré le plus grand nombre de cas de rage humaine avec plus de 95 % de la morbidité totale mondiale et environ 35 000 décès par an. Dorénavant, l'exposition aux chiens enragés demeure la cause de plus de 90 % des contaminations humaines et de plus de 99 % de la mortalité humaine liée à la rage.



Virus de la rage au microscope électronique

Quels sont les traitements existants?

Il n'existe pas de traitement de la rage cliniquement exprimée. Les mesures thérapeutiques prises une fois la maladie déclarée sont purement symptomatiques et le patient décèdera en quelques jours.

Il y a encore quelques dizaines d'années, la simple idée de se faire vacciner contre la rage était pratiquement tout aussi effrayante que les symptômes mortels de la rage, car cette vaccination exigeait toute une série d'injections très douloureuses dans l'abdomen. Aujourd'hui, la recherche pharmaceutique a développé, pour les personnes susceptibles d'avoir été exposées à la rage, un schéma vaccinateur antirabique efficace qui, administré en post-exposition ou à titre préventif avant une exposition, confère une immunité vis-à-vis de la maladie. Les vaccins actuels sont préparés à partir de cultures cellulaires de différents types, notamment sur cellules diploïdes humaines, lignée cellulaire rénale de singe, cellules embryonnaires de poussin ou cellules fœtales de singe rhésus. Bien que la forme humaine de la rage soit devenue très rare en Europe, on estime à 50 000 le nombre de personnes recevant un traitement prophylactique antirabique pré- ou post-exposition.

La vaccination pré-exposition consiste en trois doses de vaccin antirabique administrées sur trois ou quatre semaines; elle est recommandée pour les groupes à haut risque comme les vétérinaires, les chasseurs, les forestiers, les professionnels en contact avec les animaux et les chercheurs qui travaillent avec le vaccin antirabique vivant dans les laboratoires de recherche ou les unités de fabrication des vaccins. La prophylaxie pré-exposition doit également être envisagée pour les autres personnes dont les activités les amènent à entrer fréquemment en contact avec des animaux potentiellement porteurs du virus. En outre, les voyageurs internationaux susceptibles de résider dans des zones de rage canine, dite "rage des rues", dépourvues de structures de soins compétentes immédiatement accessibles doivent être considérés comme des candidats à la vaccination pré-exposition.

La prophylaxie pré-exposition n'écarte pas la nécessité d'une surveillance médicale attentive après exposition à la rage. Toutefois, elle simplifie le traitement en éliminant l'obligation de recourir aux immunoglobulines antirabiques humaines et en réduisant le nombre de doses de vaccin nécessaires. Il semble également qu'elle renforce l'immunité chez les sujets dont le traitement post-exposition viendrait à être différé.

La vaccination post-exposition est indiquée chez les personnes susceptibles d'avoir été exposées à un animal porteur du virus, soit par morsure, soit par contamination des muqueuses par des tissus infectieux comme la salive. En cas de morsure par un animal suspect, la plaie doit être lavée soigneusement au savon et à grande eau. Les morsures à la face, au cou, à la nuque ou aux mains doivent être prises très au sérieux.

La prophylaxie post-exposition est le seul traitement efficace contre la rage. Le vaccin provoque dans l'organisme une réponse immunitaire qui neutralise le virus avant que celui-ci atteigne le système nerveux et le cerveau. La vaccination doit donc être instaurée le plus tôt possible après l'exposition, selon un schéma comportant une dose d'immunoglobulines antirabiques et cinq doses de vaccin antirabique sur une période de 28 jours. Celles-ci et la première dose de vaccin doivent être administrées aussitôt après l'exposition.

Quels sont les traitements en développement?

De nombreux aspects de cette maladie demeurent obscurs. Par exemple, on ne parvient pas à expliquer les variations de la période d'incubation, qui peut être très courte comme extrêmement longue. Malgré la persistance de ces problèmes, des progrès formidables ont été accomplis. La vaccination orale de la faune sauvage avec des vaccins antirabiques recombinants commence à réduire l'incidence de la rage chez le renard et les autres vecteurs de la maladie.

Les ressources en immunoglobulines étant limitées, la recherche se concentre sur les anticorps monoclonaux humains protecteurs. Deux nouveaux anticorps de ce type en sont aujourd'hui au stade de l'expérimentation préclinique. Les chercheurs s'efforcent également de développer des vaccins à moindre coût destinés aux pays qui sont économiquement dans l'incapacité de se procurer les préparations vaccinales existantes. L'une des stratégies envisagées est le développement d'un vaccin ADN.

Quelles sont les perspectives à plus long terme?

Après la mise au point du premier vaccin antirabique par Louis Pasteur en 1885, on avait espéré éliminer la maladie. Cependant, cet objectif n'a pas été atteint, car le virus s'est trouvé préservé au sein de nombreuses populations animales. Si étrange que cela puisse paraître, il est probable que la rage soit redevenue une maladie infectieuse émergente. Largement éradiqué chez le chien grâce aux programmes de vaccination, le virus a réémergé dans certains pays européens, s'affirmant comme un problème de grande ampleur dans les populations de mammifères, en particulier le renard, le furet et la chauve-souris. De plus, la zone de prévalence du virus s'est élargie; confinée à l'origine aux pays d'Europe centrale et orientale, elle s'étend aujourd'hui aux régions occidentales de la France et du Bénélux.

La mortalité humaine associée à la rage sévit dans les pays où les ressources de santé publique sont insuffisantes, l'accès au traitement préventif est limité, les outils diagnostiques sont rares et les programmes de lutte contre la rage pratiquement inexistants. Bien que tout tend à démontrer que la lutte contre la rage canine à travers les programmes de vaccination animale et d'élimination des chiens errants peut ramener l'incidence de la rage humaine à un taux très faible, le coût de tels programmes est, pour le moment, rédhibitoire pour de nombreux pays en développement. Leur mise en œuvre n'y est souvent que partielle, car elle nécessite chaque année la revaccination de millions d'animaux.

Sauf à consacrer davantage de ressources à ces programmes, la rage continuera de constituer une menace majeure pour la santé publique en Asie, en Afrique et en Amérique latine.



MISE EN GARDE

L'EFPIA a tenté tout ce qui peut être raisonnablement attendu afin d'assurer que l'information fournie dans ce PDF soit correcte et à jour. Cependant, l'EFPIA ne peut garantir que l'information est complète ou exacte à tout moment. Vous devez consulter votre médecin ou une personne qualifiée au sujet de tout problème spécifique touchant votre santé. L'information contenue dans ce PDF, réunie sous le titre "Des médicaments au service de l'humanité" est mise à disposition pour autant qu'aucun élément (y compris les photos) n'en soit reproduit ou extrait sans l'autorisation de la Fédération européenne d'Associations et d'Industries pharmaceutiques (EFPIA). Ni les fiches ni les photos ne peuvent, en aucun cas, être utilisées dans le cadre de ou en relation avec des activités commerciales et/ou promotionnelles.

Comité de rédaction: Dr. Robert Geursen (Rédacteur en Chef), Peter Heer, Bill Kirkness, Philippe Loewenstein, Steve Mees, Dr. Jean-Marie Muschart, Marie-Claire Pickaert (Coordinatrice).

Credits photos: ABPI, Allergan, AstraZeneca, EFPIA/Lander Loeckx, Damian Foundation, Galderma, Hilaire Pletinckx, Roche, sanofi-aventis; Design & Production: Megaluna+Triumviraat