

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien.

N° 36 – Juin 2014

La lettre d'information n°36 du 30 juin 2014 est consacrée à la Maladie à virus Ebola, à la suite de l'épidémie qui a atteint l'Afrique de l'Ouest début 2014.

1- Introduction

Le Ministère de la Santé de la Guinée a notifié à l'Organisation Mondiale de la Santé le 22 mars 2014 des cas de Maladie à virus Ebola. En fait, l'épidémie avait débuté en janvier 2014 et a par la suite gagné deux pays limitrophes : le Liberia et la Sierra Leone.

C'est la première fois que la Maladie à virus Ebola est dépistée en Afrique de l'ouest. Jusque là, elle n'avait sévit qu'en Afrique centrale et orientale. La première épidémie a été notifiée en 1976 en République Démocratique du Congo (RDC) et au Soudan. Puis les épidémies se sont succédées de 1976 à 2012 dans cinq pays d'Afrique centrale et orientale : la RDC, le Soudan, le Gabon, l'Ouganda, le Congo. Un cas a concerné une ethnologue infectée en Côte d'Ivoire en 1994 et évacuée sur la Suisse, son pays d'origine, où le diagnostic a été porté avec retard. Aucun cas n'a été rapporté en Côte d'Ivoire. Un cas en Afrique du Sud en 1996 a concerné une infirmière ayant traité un patient transféré du Gabon en Afrique du Sud.

Plus de 2 000 cas ont été rapportés jusqu'en 2013 avec plus de 1 500 décès.

La Maladie à virus Ebola était donc relativement limitée au point de vue géographique jusqu'à l'épidémie d'Afrique de l'Ouest en 2014.

2- Epidémiologie

La Maladie à virus Ebola est due, comme la Fièvre Hémorragique de Marburg, à un *filovirus*. Le vecteur et le réservoir de virus ne sont pas connus avec certitude. Les contaminations humaines primaires sont dues au contact direct avec des singes des forêts tropicales infectés. Ces animaux présentent une létalité très importante. Ils ne sont donc pas le réservoir de virus naturel de la maladie. Les chauves-souris frugivores sont les hôtes naturels probables du virus *Ebola* : il n'y a pas de signe évolutif de la maladie chez les chauves-souris qui peuvent jouer un rôle dans la persistance du virus dans l'environnement,

Les modes de transmission incriminés sont le contact direct avec les primates non humains et avec les personnes infectées, malades ou décédées, en particulier lors de contacts interfamiliaux ou hospitaliers (contact avec du sang, des liquides organiques ou des tissus de personnes ou d'animaux infectés). La Maladie à virus Ebola est une maladie nosocomiale.

Il y a cinq souches distinctes du virus *Ebola* : *Zaire (EBOV)*, *Soudan (SUDV)*, *Bundibugyo (BDBV)*, *Reston (RESTV)* et *Forêt de Taï (Taï Forest TAFV)*. Le souche *Zaire* est la plus meurtrière induisant une mortalité proche de 90% et la souche *Soudan* une mortalité de 50%. Le sous-type *Reston* a été reconnu en 1989 chez des primates non humains en provenance des Philippines, il n'est pas pathogène pour l'homme. Le sous-type *Forêt de Taï* était autrefois appelé *Ebola-Côte d'Ivoire*.

Entre les émergences épidémiques, il y a un silence trompeur, avec mise en évidence d'une part importante de la population IgG positive, y compris dans les régions où aucune épidémie n'a été observée. L'épidémie à virus Ebola qui sévit actuellement en Afrique de l'ouest intéresse trois pays : la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone. En Guinée, la maladie sévit dans le sud du pays, en particulier dans la capitale Conakry et à Guédékou, village-frontière avec la Sierra Leone et le Liberia. Au 30 juin 2014, 759 cas confirmés, probables et suspects ont été notifiés avec 467 décès, dont 413 cas en Guinée (303

décès), 107 au Liberia (65 décès), 239 en Sierra Leone (99 décès). C'est la plus importante épidémie liée au virus Ebola jamais enregistrée. Elle est due à la souche *Zaire*. Il a été observé une hausse alarmante de plus de 60% depuis le début du mois de juin, liée à une reclassification de certains cas, mais surtout à l'identification de nouveaux cas.

3- Physiopathologie

Une étude sérologique menée au Gabon a mis en évidence une prévalence globale de 15,3% en IgG anti-EBOV, sans différence entre les villages endémiques et les villages non endémiques, les taux de prévalence étant significativement plus élevés dans les zones de forêts (19,4%). Ces résultats mettent en évidence des prévalences étonnamment élevées non compatibles avec une épidémiologie du virus *Ebola* caractérisée par un faible nombre. Ces taux élevés suggèrent une exposition régulière au virus *Ebola* caractérisée par un faible nombre d'épidémies, des épidémies de faible envergure (en général, moins de 100 cas) et une létalité élevée (de l'ordre de 80%). L'immunité développée par les personnes IgG+ pourrait s'avérer protectrice. En effet, la mémoire immunologique induite chez le singe macaque par les candidats vaccins est soutenue par les IgG+ spécifiques et les lymphocytes T CD8+ sécrétant de l'IFN- γ composants du système immunitaire détectés chez les personnes IgG + identifiées au Gabon.

4- Clinique

L'incubation est de 2 à 21 jours. Les symptômes d'appel sont de survenue brutale : fièvre, asthénie, myalgies, céphalées, maux de gorge. Puis apparaissent des vomissements, de la diarrhée, des éruptions cutanées, une insuffisance rénale et hépatique et des hémorragies internes et externes (diarrhée sanglante dite diarrhée rouge, hématurie,...). Les sujets infectés restent contagieux tant que le virus est présent dans leur sang et leurs sécrétions.

5- Diagnostic.

Au début, un malade atteint de Fièvre hémorragique virale ne présente pas de signe spécifique, quelle qu'en soit la cause. Le diagnostic clinique se pose avec de nombreuses maladies présentes en Afrique : le paludisme, les shigelloses, la fièvre typhoïde, la leptospirose, les rickettsioses, les fièvres récurrentes, les hépatites virales, etc.

L'apparition des hémorragies internes et externes permet d'évoquer une fièvre hémorragique virale, dont les étiologies sont en Afrique la Fièvre jaune, la Fièvre de la Vallée du Rift (FVR), la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo (FHCC), la Fièvre de Lassa, la Fièvre hémorragique à virus Marburg, la Maladie à virus Ebola.

Une vaccination contre la Fièvre jaune élimine cette maladie. La géographie était un critère diagnostique entre la Fièvre de Lassa qui sévit en Afrique de l'ouest et la Maladie à virus Ebola, mais ce critère ne peut plus être retenu en 2014.

En pratique, le diagnostic est apporté par la biologie :

- diagnostic direct : présence de tout ou partie du virus dans l'échantillon prélevé (sang, sérum, autres liquides, ...) par RT-PCR et isolement du virus sur culture cellulaire.
- diagnostic indirect par titrage immunologique des IgM et des IgG spécifiques par test ELISA.

6- Conduite à tenir devant un cas de Maladie à virus Ebola FHV

Il n'y a actuellement ni traitement préventif ni traitement curatif, ni vaccin.

Devant un patient suspect de FHV, il importe d'observer d'emblée des règles strictes :

- isoler le patient,
- protéger la famille et le personnel soignant,
- éviter la dissémination des produits biologiques,
- mettre en place un traitement symptomatique.

7- Conduite à tenir devant une épidémie de Maladie à virus Ebola

7.1- Prise en charge des cas

Il y a trois types de cas :

- cas alerte : personne ayant présenté une fièvre élevée à début brutal ou morte soudainement ou ayant présenté une hémorragie ou une diarrhée sanglante (dite diarrhée rouge) ou une hématurie,
- cas suspect : personne décédée ou vivante ayant été en contact avec un cas probable ou confirmé ou avec un animal mort ou malade, et/ou fébrile et présentant au moins trois des symptômes suivants : céphalées, fatigue, myalgies ou arthralgies, dyspnée, vomissements ou nausées, diarrhée, douleurs abdominales, dysphagie, hoquet, ou des saignements inexpliqués,
- cas probable : personne présentant des symptômes compatibles avec une Maladie à virus Ebola évalués par un médecin, ou une personne décédée présentant un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Après les résultats de laboratoire, les cas précédents sont reclassés en «cas confirmés au laboratoire» ou « non-cas» suivant les résultats positifs ou négatifs

Les cas suspects ou probables sont admis dans un Centre d'isolement ou, si refus, à domicile (réduction des risques de transmission à domicile : garde-malade formé aux techniques de base de désinfection et disposant d'une trousse de protection et de désinfection, au minimum : bassin, gants, blouses, pulvérisateur et eau chlorée).

7.2- Prise en charge des contacts

Toute personne ayant été en contact physique avec un cas (ou une personne décédée) ou avec des liquides physiologiques d'un cas (ou d'un décédé) au cours des trois semaines précédentes, est suivie à domicile, surveillé pendant 21 jours après l'exposition à un cas primaire (durée maximum de l'incubation: 21 jours).

7.3- Prise en charge des malades au Centre d'isolement

Pour couper l'élément hospitalier de la chaîne de transmission (transmission nosocomiale), il faut assurer :

- l'isolement des malades dans un bâtiment isolé, les accès aux malades étant limités au personnel et aux membres de la famille autorisés.
- le traitement symptomatique par paracétamol, réhydratation orale ou IV (Ringer lactate), macromolécules, sang. Sont contre-indiqués : AINS, acide acétylsalicylique, anticoagulants oraux, héparine, corticoïdes,
- les précautions « standard » éviter tout contact avec le sang et tous les fluides corporels, la peau et les muqueuses des malades. Pour cela : se laver les mains après tout acte (eau, savon); porter des gants et les changer après chaque acte, des masques, des blouses, des lunettes de protection; manipuler les aiguilles et tout instrument pointu avec précaution; limiter les actes invasifs.
- les procédés de désinfection permettent de prendre en charge les déchets : l'eau de Javel, la solution alcoolisée à 70°, l'ébullition, l'autoclave détruisent le virus Ebola.

7.4- Prise en charge des cadavres

Les familles ne peuvent pas procéder aux rites mortuaires, les cadavres sont mis dans un sac mortuaire (saupoudré d'hypochlorite de calcium).

7.5- Prise en charge des convalescents

Il y a une persistance des virus vivants pendant plusieurs semaines et risque de transmission avec le sperme (préservatif ou abstention pendant 3 mois).

Au 28 juin 2014, le nombre de cas et de décès dus à la Maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest continue d'augmenter et l'OMS s'inquiète du risque de "propagation internationale". Alors que, depuis 2008, les épidémies d'Afrique centrale et orientale étaient rapidement résolutives, l'épidémie actuelle d'Afrique de l'ouest continue à évoluer, la résistance aux mesures d'isolement étant responsable d'une deuxième vague encore plus virulente que la première.

Références

Leroy E., Baize S., Gonzalez J.P. Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : l'actualité des filovirus. *Méd. Trop.*, 2011, 71, 111-121.

Baize S., Pannetier D., Oestereich L. et coll. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea. Preliminary Report. *NEJM.*, 2014, April 16, DOI 10-1056/ NETLMoa1404505.

OMS. Maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest-mise à jour. 1^{er} juillet 2014.

Professeur Pierre Aubry. Texte écrit le 1^{er} juillet 2014.