



JNI 16^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie
Nancy et l'interrégion Est

du mercredi 10 au vendredi 12 juin 2015

Centre Prouvé
Grand Nancy Congrès & Événements



Expérience de prise en charge des patients au Centre de Traitement Ebola de Macenta, Guinée, avec la Croix Rouge française

Dr Christophe Longuet
Directeur Médical
Fondation Mérieux



16^{es} JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015



JNI 16^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie
Nancy et l'interrégion Est

du mercredi 10 au vendredi 12 juin 2015

Centre Prouvé
Grand Nancy Congrès & Evénements



Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : Dr Christophe Longuet

Titre : Prise en charge des patients au Centre de Traitement Ebola de Macenta, Guinée



Consultant ou membre d'un conseil scientifique

OUI



NON



Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents

OUI



NON



Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations

OUI



NON



Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

OUI



NON



16^{es} Journées Nationales d'Infectiologie, Nancy
du 10 au 12 juin 2015

Mission avec la Croix Rouge Française: Ouverture du Centre de Traitement Ebola de Macenta



16^{es} JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

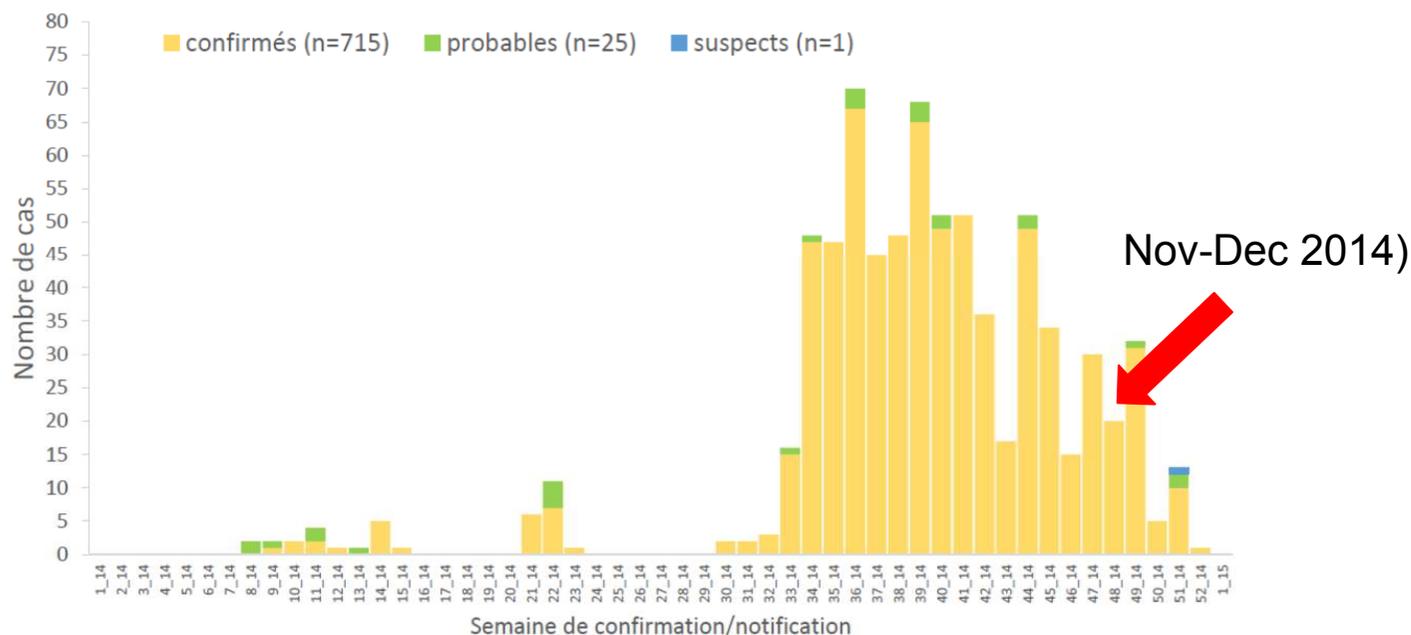
Le centre de traitement Ebola de Macenta



Photo: Croix Rouge française

Courbe épidémique à Macenta (2014)

- a. Cas notifiés par semaine de confirmation (cas confirmés) ou notification (cas probables et suspects), Guinée, semaines 1, 2014 – 2, 2015 (documentation non-exhaustive des décès communautaires non-prélevés (cas probables))



Ouverture aux malades le 18 novembre 2014



Le triage

FICHE DE NOTIFICATION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE (VERSION COURTE) Numéro d'identification du patient: 0701

Date de Notification: 18/11/14 (J, M, A) à 14h51'

Section 1. Information sur le Patient

Nom de Famille: Koum
 Age: 13 Ans Ans Mo
 Numéro de Téléphone (Patient/famille): _____

Etat du patient à la date de notification: Vivant Décédé Si décédé, Date du Décès: ___/___/___ (J, M, A)

Lieu de Résidence Permanente: _____
 Nom du Chef de Famille: _____ Pays: Guinée Région: Fouta-Djallon
 Préfecture: Niékéba Sous-préfecture: CU Village/Ville: Bano

Occupation: _____ Nom du centre médical: _____
 Personnel de santé; Position: _____
 Autre, précisez: Élève

Endroit où le patient est tombé malade: Pays: Guinée Préfecture: Niékéba
 Sous-préfecture: CU Village/Ville: Bano

Section 2. Signes Cliniques et Symptômes

Date du début des signes et symptômes: 11/11/14 (J, M, A)

Veillez marquer une réponse pour CHAQUE symptôme indiquant s'il est survenu pendant cette maladie:

Fièvre <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Toux <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Nausées / vomissements <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Difficultés à respirer <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Diarrhées <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Difficultés à avaler <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Fatigue générale intense <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Mal à la gorge <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Perte d'appétit / anorexie <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Hoquet <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs abdominales <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Saignements inexpliqués <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs thoraciques <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Si oui, précisez: _____
Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Autres signes cliniques non-hémorragiques: <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	Si oui, précisez: _____
Céphalées <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc	

Section 3. Informations sur l'Hospitalisation

Au moment de cette notification, le patient est-il hospitalisé ou en cours d'admission à l'hôpital? Oui Non

Si oui, Date d'hospitalisation: 19/11/14 (J, M, A) Nom du centre médical: CTE - N'kalanke
 Préfecture: Niékéba Village/Ville: _____

Le patient est-il dans un CTE (isolement) ou en cours d'isolement? Oui Non
 Si oui, date d'isolement/admission au CTE: 18/11/14 (J, M, A)

Le patient était-il hospitalisé ailleurs ou a-t-il visité un autre centre médical pour cette maladie? Oui Non Inc

Si oui, Dates d'hospitalisation: ___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)
 Nom du centre médical: _____ Préfecture: _____ Village/Ville: _____



Le triage

Numéro d'identification
du patient:

Section 4. Epidémiologie / Facteurs d'expositions

PENDANT LE MOIS PRÉCÉDENT LE DÉBUT DES SYMPTÔMES:

1. Il y a-t-il eu contacts avec un malade Ebola, connu/suspect, ou simplement avec une personne malade? Oui Non Inc

Si oui, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacun des malades pouvant être une source de contamination:

Nom du malade potentiel	Lien de parenté	Date(s) du contact (J, M, A)	Village	Préfecture	Est-ce-que la personne était vivante ou décédée ?	Types de contact**
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: __/__/__ (J, M, A)	
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: __/__/__ (J, M, A)	
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: __/__/__ (J, M, A)	

**Type de contact:
(indiquez toutes les possibilités)

- 1 – A touché des sécrétions/excréments du malade (sang, vomissures, salive, urine, selles)
- 2 – A touché directement le corps du malade (vivant ou décédé)
- 3 – A touché ou partagé linges, habits, plats/assiettes, instruments avec le malade
- 4 – A dormi ou mangé avec, ou séjourné dans la même maison ou pièce que le malade

2. Est-ce-que le patient a participé à des funérailles avant la maladie actuelle? Oui Non Inc

Si oui, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacune des participations à un enterrement:

Nom de la personne décédée	Lien de parenté	Dates de participation aux funérailles (J, M, A)	Village	Préfecture	Avez-vous porté ou touché le corps?
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Le patient a-t-il voyagé en dehors de chez lui ou de son village/ville avant la maladie actuelle? Oui Non Inc

Si oui, Village: _____ Préfecture: _____ Date(s): __/__/__ - __/__/__ (J, M, A)

4. Le patient a-t-il été hospitalisé, a-t-il consulté dans un hôpital ou visité quelqu'un hospitalisé avant la maladie actuelle? Oui Non Inc

Si oui, Nom du patient: _____ Date(s): __/__/__ - __/__/__ (J, M, A)

Nom du Centre Médical: _____ Village: _____ Préfecture: _____



Définition d'un cas suspect de MVE

Toute personne, vivante ou décédée qui a été en **contact avec un cas de MVE** ou ayant eu un contact avec un animal mort ou malade (surtout la viande de brousse)

ET fièvre

OU fièvre

ET au moins un des trois symptômes suivants:

Céphalées

Asthénie

Anorexie

Difficulté à avaler

Vomissements/nausée

Diarrhée

Douleur abdominale

Myalgies/arthralgies

Dyspnée

Hoquet

OU saignement inexpliqué

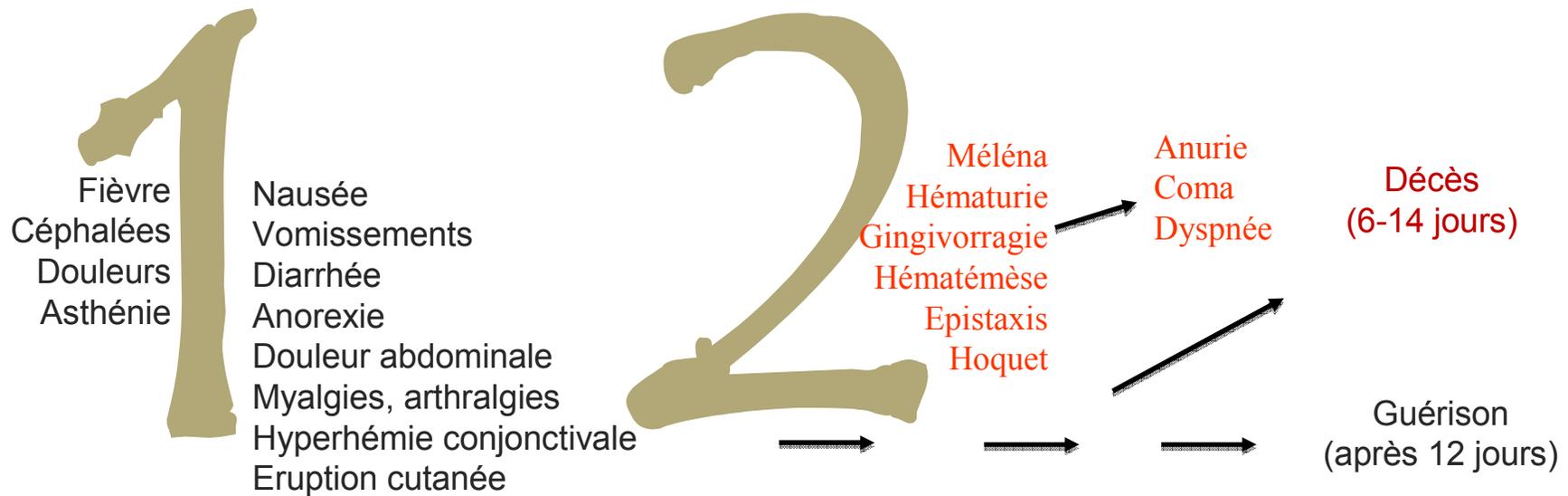
Maladies infectieuses tropicales

	MVE	paludisme	rougeole	méningite	choléra
Fièvre	+	+	+	+	-
Vomissements	+	+	+	+	(+)
Diarrhées	+	(+)	(+)	-	+++
Douleurs abdominales	+	+	+	-	+
Céphalées	+	+	+	++	-
Myalgies/ arthralgies	+	+	+	+	-
Saignements	+	(+)	(+)	pétéchies	-

Il y en a d'autres...

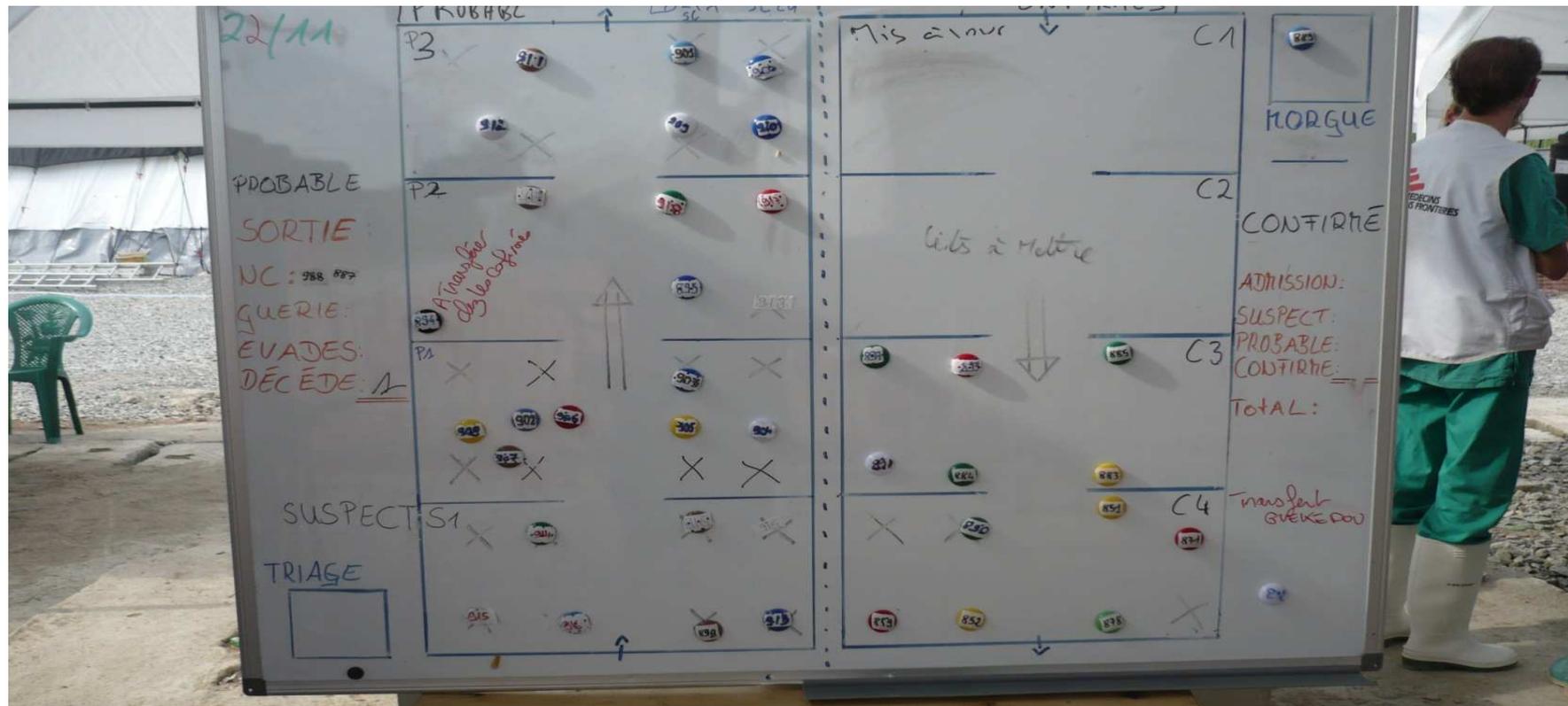
Présentation clinique de la maladie à virus Ebola (MVE)

Incubation: 3 à 21 jours – généralement entre et 12 jours



Adapté de Sylvain Baize

Le tableau de situation



Habillage



En zone à haut risque



Déshabillage



Activités médicales quotidiennes



Les médicaments

Traitement oral systématique

- SRO
- Multivitamines
- Plumpy Nut
- Cefixime 400mg 2x/j pdt 5j
- Co-Artem 2x/j pdt 3j

Traitement parentéral

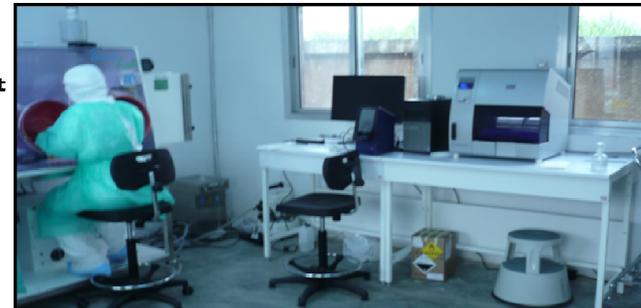
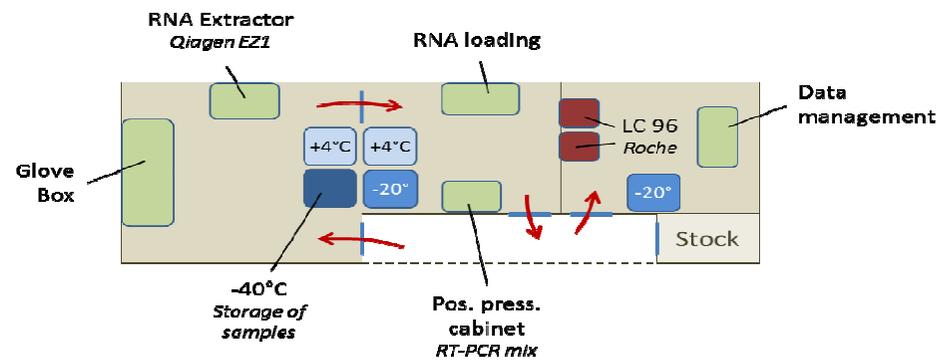
- Ringer
- Artesunate
- Ceftriaxone

Traitements symptomatiques

- Fièvre → Paracétamol
- Vomissements → Métoclopramide
- Douleur → Paracétamol, Tramadol
- Anxiété → Benzodiazepine
- Hématémèse → Oméprazole



Le laboratoire de l'Institut Pasteur



Résultats quotidiens

Institut Pasteur		Laboratoire du Centre de Traitement Ebola de MACENTA											
		Diagnostic initial admission										lundi 1 décembre 2014	
Date analyse	ID CTE	Nom patient	ID éch.	Type Prvt	Date récep.	P falci	Plasm autre	IgM typh	Lassa	CCHF	Ebola	CT Ebola	CONCLUSION
01/12/14	CRM143/		20	Salive	30/11/14	NT	NT	NT	NT	NT	Pos	24	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC949		21	Plasma	01/12/14	Neg	Neg	NT	NT	NT	Neg		RT-PCR Ebola négative, à interpréter / date début maladie
01/12/14	MC954		25	Plasma	01/12/14	Neg	Neg	NT	NT	NT	Pos	23	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC952		26	Plasma	01/12/14	Neg	Neg	NT	NT	NT	Pos	17	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC953/1		27	Plasma	01/12/14	Neg	Neg	NT	NT	NT	Pos	19	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC951		28	Plasma	01/12/14	Pos	Neg	NT	NT	NT	Pos	15	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC950		29	Plasma	01/12/14	Pos	Neg	NT	NT	NT	Pos	18	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC948/1		31	Plasma	01/12/14	Neg	Neg	NT	NT	NT	Pos	27	Infection par le virus Ebola
01/12/14	MC947/1		32	Plasma	01/12/14	Neg	Neg	NT	NT	NT	Neg		Absence d'infection par le virus Ebola
01/12/14	MC955/1		36	Plasma	01/12/14	Pos	Neg	NT	NT	NT	Pos	16	Infection par le virus Ebola
01/12/14	CRM145/		37	Salive	01/12/14	NT	NT	NT	NT	NT	Neg		Absence d'infection par le virus Ebola
01/12/14	CRM146/		38	Salive	01/12/14	NT	NT	NT	NT	NT	Pos	29	Infection par le virus Ebola

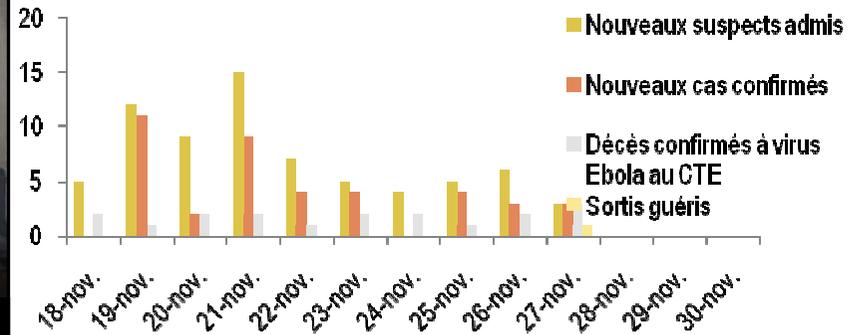
Activités des hygiénistes



Activités des lavandières



Rapports épidémiologiques



NO	DATE d'admission	DATE de début de symptômes	Noms Prénoms	Age	Sexe	Adresse Domicile	Symptômes	Labo	Dates de résultats	Date de l'issue de soins
1	17/11/14	20/11/14	Kelebe	32	M	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	20/11/14	20/11/14
2	2/12/14	30/11/14	Kelebe	32	M	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	02/12/14	02/12/14
3	08/12/14	08/12/14	Kelebe	32	F	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	08/12/14	08/12/14
4	04/12/14	02-03/12/14	Kelebe	50	M	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	04/12/14	04/12/14
5	09/12/2014	10/12/2014	Kelebe	25	F	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	09/12/14	09/12/14
7	10/12/2014	07/12/2014	Kelebe	30	M	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	10/12/14	10/12/14
8	11/12/2014	?	Kelebe	30	M	Kelebe	Fièvre, douleurs musculaires, vomissements, diarrhée, éruption cutanée	Labo de l'Etat	11/12/14	11/12/14



Les trois 1ères semaines d'activité du CTE de Macenta

Admissions

n = 104

Cas confirmés	n = 61
Décès	51%
Guéris	10%
Encore en CTE	39%
Sex ratio F/H	1.4
Age médian	32 ans
Extrêmes	12 j - 68 a
Personnel de santé	9%

Contact	MVE confirmée	Non cas
Contact avec un malade	93%	78%
Participation à des funérailles	19%	11%

Délai entre symptômes et admission	MVE confirmée	Non cas
minimum	0	0
maximum	10	17
médian	4	4

Paludisme	MVE confirmée	Non cas
<i>P. falciparum</i>	25%	38%

Rapport de Emmanuel Belchior, InVs



Remerciements



- **Bernard Simon, Tuan Tran-Minh, de la Croix Rouge française**
- **Sylvain Baize, Stéphanie, Alexandra, de l'UBIVE, Institut Pasteur**
- **Emmanuel Belchior, de l'Institut de veille sanitaire (InVS)**
- **Professionnels des CTE de Donka et de Macenta (électriciens, logisticiens, hygiénistes, sensibilisateurs communautaires, psychologues, infirmiers, médecins, guéries...) du ministère de la Santé de Guinée, de la CRf, de MSF, de l'Eprus...**

Merci à vous



16^{es} JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015