



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



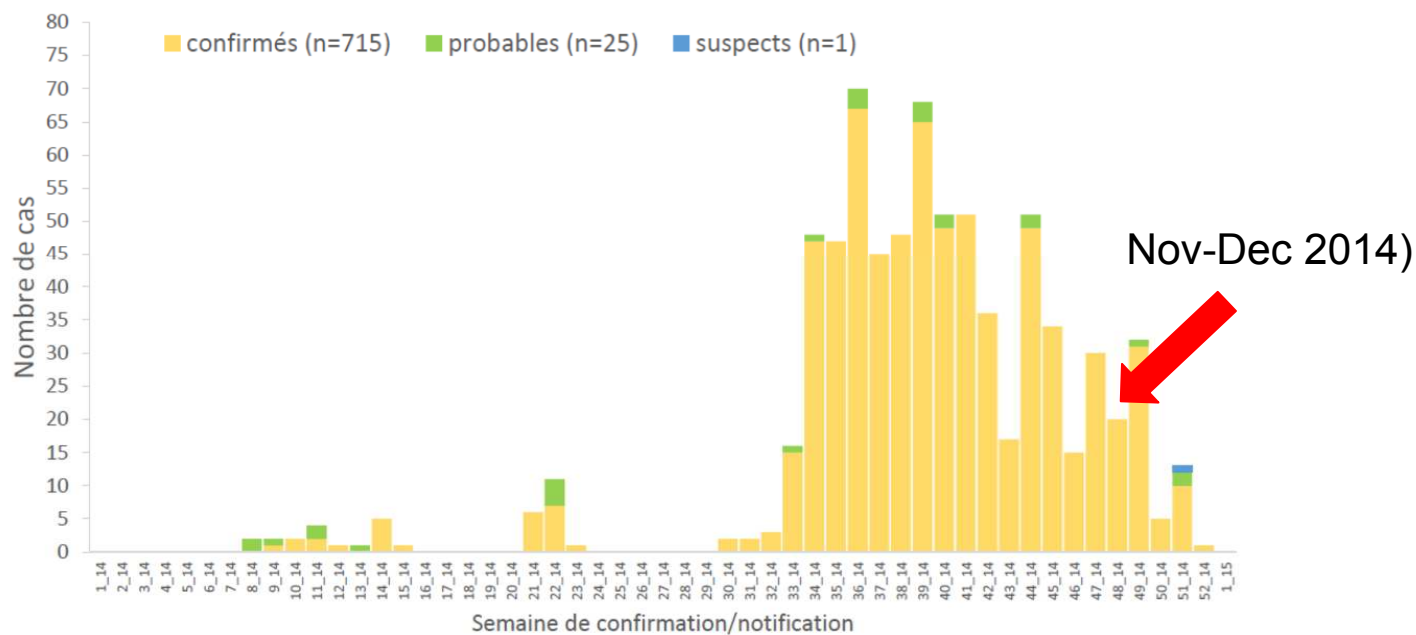
Le centre de traitement Ebola de Macenta



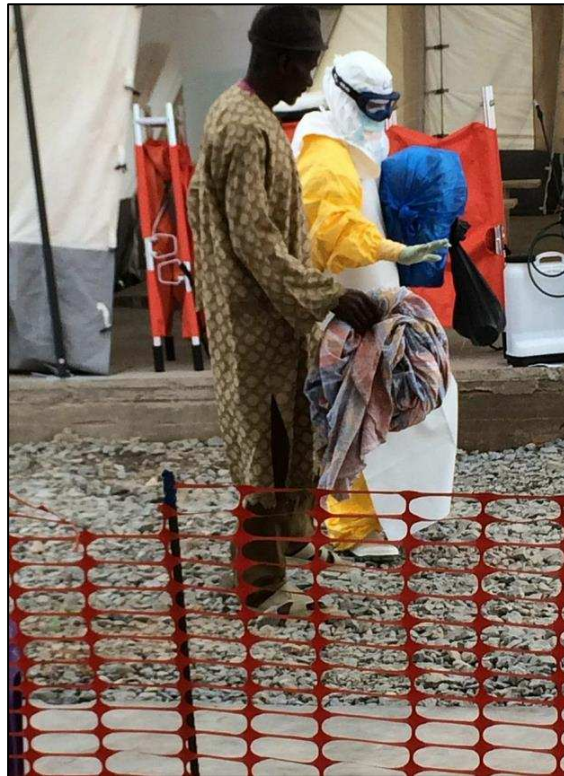
Photo: Croix Rouge française

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: Côte d'Ivoire Région: Française
Préfecture: N'Zérékoré Sous-préfecture: C11 Village/Ville: Bano

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

Endroit où le patient est tombé malade: Pays: Côte d'Ivoire Préfecture: N'Zérékoré
Sous-préfecture: C11 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'Zérékoré
Préfecture: N'Zérékoré 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

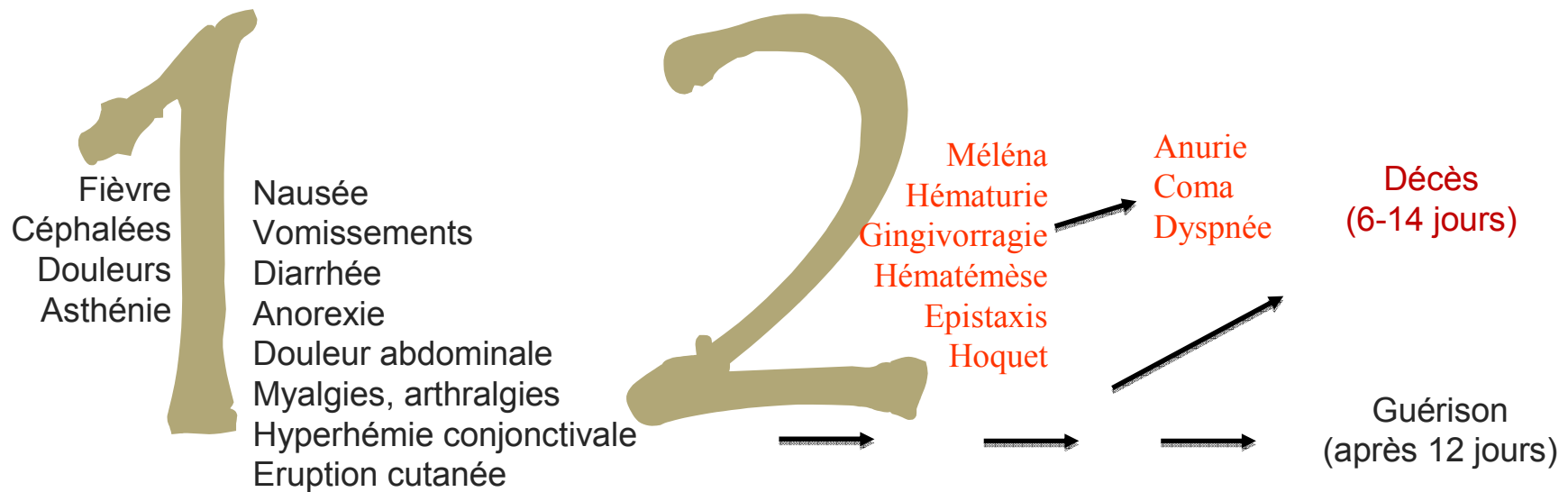
OU saignement inexpliqué

Maladies infectieuses tropicales

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

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

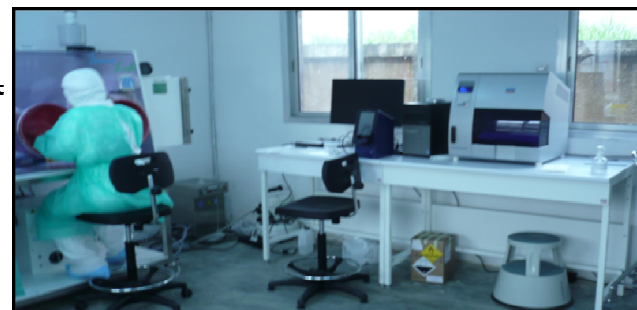
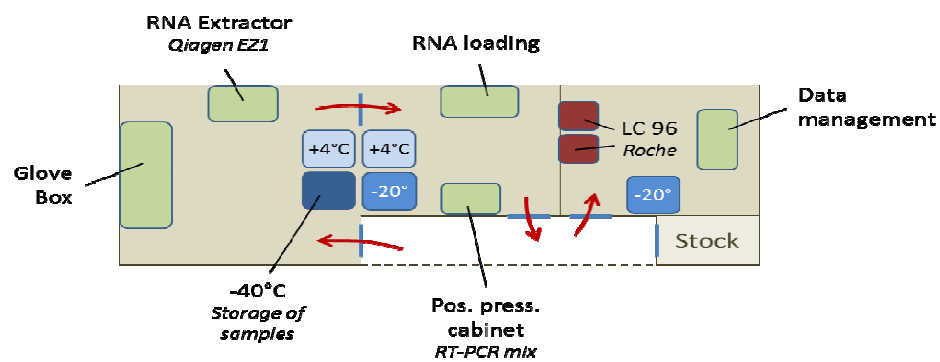
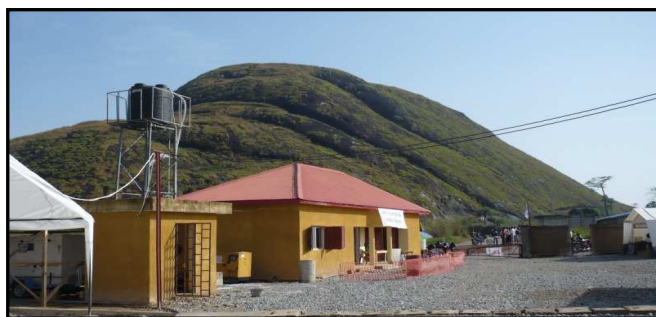
- Ringer
- Artesunate
- Ceftriaxone

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 |

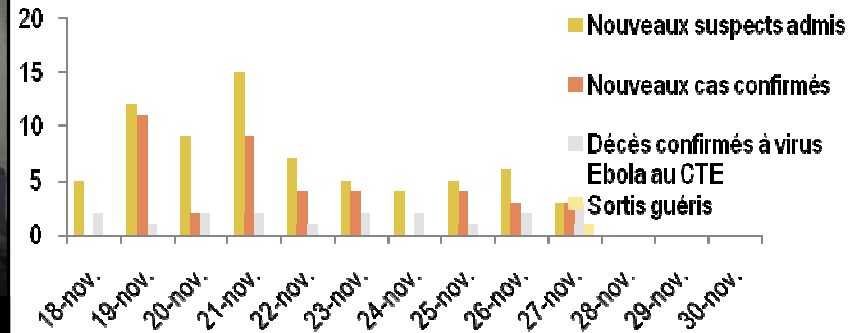
Activités des hygiénistes



Activités des lavandières



Rapports épidémiologiques



| ID | DATE d'admission | DATE de début de symptômes | Noms Prénoms | Age | Sexe | Adresse | Symptômes | Labo | Test et résultat | Date de l'essai | Statut |
|----|------------------|----------------------------|--------------|--------|------|--------------|--|----------------------|-------------------------|-----------------|-------------|
| 1 | 17/11/14 | 20/11/14 | Kouadio | 32 ans | M | Pointe Noire | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 02/11/14 → 02/11/14 | 02/11/14 | Sorti guéri |
| 2 | 2/12/14 | 30/11/14 | Stou | 38 ans | M | Biologie | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 02/12/14 → 02/12/14 | 02/12/14 | Sorti guéri |
| 3 | 08/07/14 | 18/07/14 | Bouam | 32 ans | F | Biologie | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 03/07/14 → 03/07/14 | 03/07/14 | Sorti guéri |
| 4 | 04/07/14 | 02-03/07/14 | Kouadio | 56 ans | M | Pointe Noire | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 07/07/14 → 07/07/14 | 07/07/14 | Sorti guéri |
| 5 | 09/07/2014 | 10/07/2014 | Soumah | 25 ans | F | Marsabit | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 09/07/2014 → 09/07/2014 | 09/07/2014 | Sorti guéri |
| 7 | 10/07/2014 | 30/06/2014 | Camara | 38 ans | M | Pointe Noire | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 07/07/14 → 07/07/14 | 07/07/14 | Sorti guéri |
| 8 | 17/07/2014 | ? | Moukoko | 50 ans | M | Pointe Noire | fièvre, douleurs musculaires, vomissements | Labo de Pointe Noire | 17/07/14 → 17/07/14 | 17/07/14 | Sorti guéri |



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



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

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