



## Soigner le choléra, retour d'expérience

Dr. Diana Galindo Pineda, MSF France





- Présentation clinique
- Principes de la prise en charge
  - Evaluation initiale et surveillance
  - Traitement initial et complémentaire
- Groupes à risque
- Sortie du patient



Selon souche 60 - 75% asymptomatiques

Parmi symptomatiques 25 - 30% sévères (peut être plus élevée)

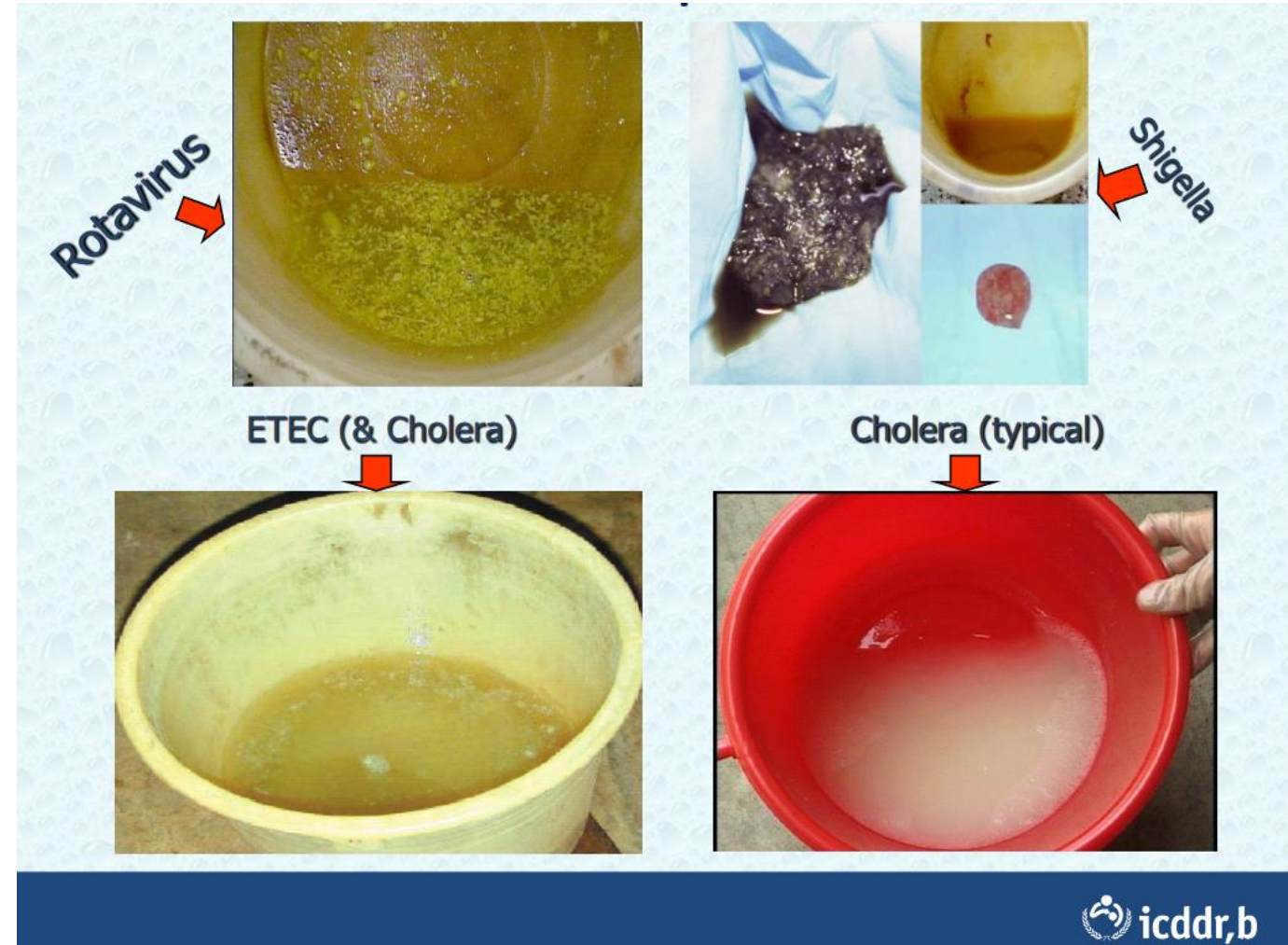
Incubation 12h - 5j // Symptômes ~3 - 4 jours

### Diarrhée aqueuse très abondante

- Installation brutale, évolution très rapide
- Jusqu'à 500 -1000 ml /h.  
4j: 500ml/kg (80kg = 40lt)
- « Robinet »
- « Eau de riz » mais pas au début

### Vomissements clairs

Peut présenter: **douleur abdominal léger, perte de l'appétit**





## Déshydratation

- Muqueuses sèches
- Yeux foncés
- Peau perd élasticité (plie cutanée)
- Tachycardie
- Hypotension
- Altération état de conscience...
- Evolution très rapide : adulte peut mourir en quelques heures (50%)



Le patient peut se présenter d'emblée en état de **choc hypovolémique**





- **Evaluation initiale et triage** : déshydratation, groupes à risque
- **Réanimation / réhydratation liquidienne** immédiate (IV, orale)
- **Surveillance rapprochée et réévaluation** dans les heures qui suivent
- **Autres traitements selon besoin**: antibiotiques, zinc, électrolytes (K), glucose, chroniques...
- **Alimentation** dès que possible, et SI possible /!\ (3 à 4 heures après admission)
- **Education santé patient** et accompagnant (si présent)



Evolution très rapide = traitement urgent = évaluation rapide



### 1. Patient en choc hypovolémique ?

- Perte ou troubles de la conscience
- Absence de pouls ou pouls faible, difficilement palpable
- Tachypnée, respiration haletante ou cyanose



**IV, Ringer Lactate  
Plan thérapeutique C**



### 2. Niveau de déshydratation ?

- **Déshydratation sévère**, y compris état de choc
- **Déshydratation modérée**
- **Pas de déshydratation**

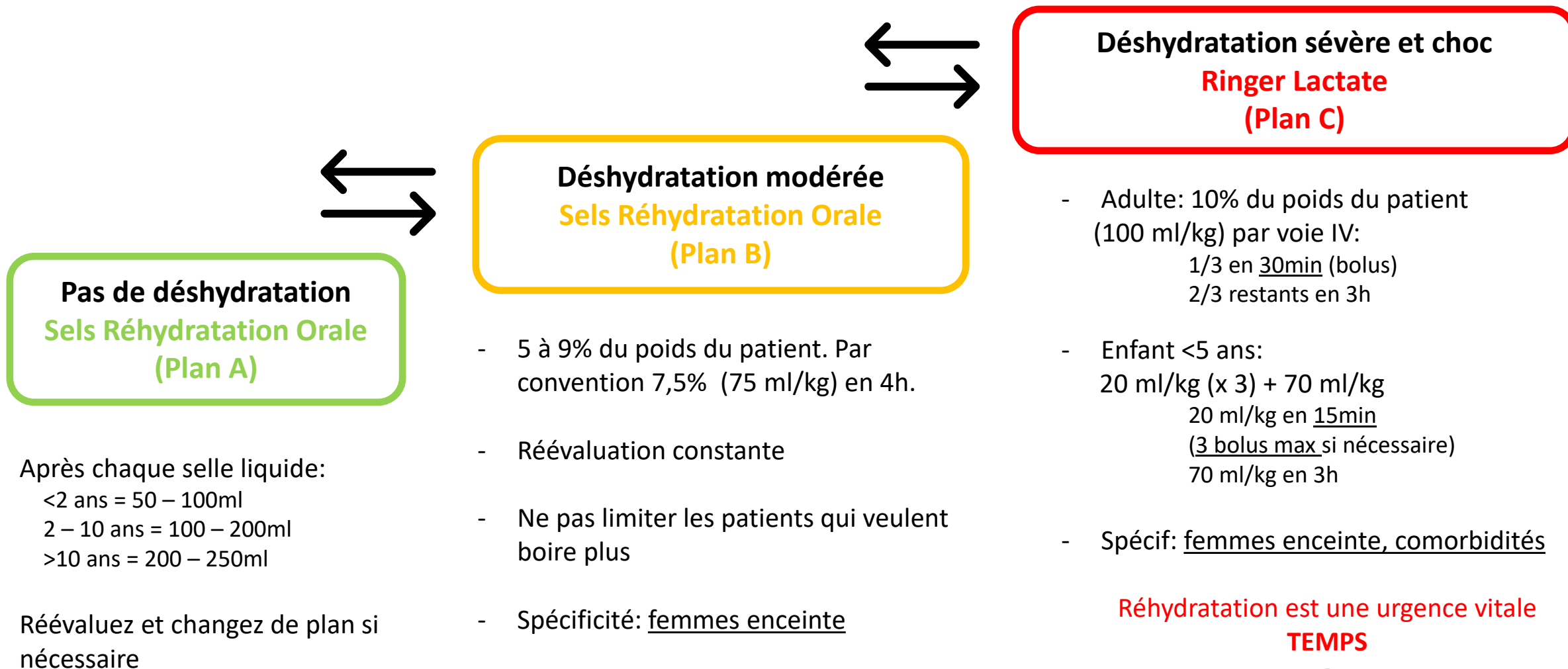
**Tableau 5.2** - Evaluation de la déshydratation (adaptée de l'OMS)

<b>Conscience</b>	Normal, éveillé	Agité, irritable	Léthargique ou inconscient
<b>Pouls radial</b>	Facilement palpable	Palpable, (éventuellement rapide)	Difficile à palper (faible) ou absent
<b>Yeux</b>	Normaux	Creux	Creux
<b>Pli cutané</b>	S'efface rapidement	S'efface lentement (< 2 secondes)	S'efface très lentement (> 2 secondes)
<b>Soif</b>	Boit normalement	Assoiffé boit avec avidité	Incapacité ou difficulté à boire
<b>DIAGNOSTIC</b>	↓ <b>PAS DE DESHYDRATATION</b>	↓ <b>DESHYDRATATION MODEREE</b>	↓ <b>DESHYDRATATION SEVERE</b>

L'état d'hydratation détermine le choix du protocole de traitement initial

Diagnostic	Décision
Déshydratation sévère	<b>Plan de traitement C</b>
Déshydratation modérée	<b>Plan de traitement B</b>
Pas de déshydratation	<b>Plan de traitement A</b>





Réhydratation est une urgence vitale  
**TEMPS**





- Cathéter **18G** chez l'adulte (ou 20G si les veines sont petites), et **22G** ou 24G chez l'enfant
- De préférence les veines de **l'avant-bras ou du pli** du coude: perfusions à débit élevé
- Bolus: **2 cathéters** peuvent être posés (chaque bras). 2<sup>ème</sup> à retirer quand le pouls est bien perçu
- S'il est impossible de poser une voie veineuse périphérique **après 90 secondes**:
  - Voie jugulaire externe
  - Intra-osseuse
  - Nourrisson: veines épicroâniennes de façon provisoire; intra-osseuse à privilégier

→Avoir toujours à porter de main un dispositif pour poser une **aiguille intra-osseuse** si la pose d'un cathéter IV est impossible

→Indiquer au **marqueur, sur chaque** poche, le # de la poche et le nombre total de poches prescrit (1/6, 2/6, 3/6, etc...)





## Compensation des pertes en cours pour tous les degrés de déshydratation

ORALE : idéale

IV : si incapable de boire

- Surveillance : entrées (liquides reçus) et sorties (diarrhées et vomissements)
- Ne pas essayer de mesurer le volume des selles et vomissements !
- Estimation de **volume à remplacer avec de # selles**
- Vomissements : pas pris en compte dans les volumes à remplacer mais à surveiller (**retient SRO?**) et noter.

### SRO

- Débuter **au plus tôt** que possible (3 – 4h max)
- Ne pas laisser les patients ou accompagnants seuls pendant le **traitement** : vérification
- SRO est clé pour éviter **hypoglycémie et hypokaliémie**
- Si vomissements après SRO ou enfants: utiliser une **cuillère**
- Mettez à disposition dans des gros containers / carafes / autre...





### Antibiotiques:

- Selon résistance antibiotique
- Dose unique, PO
- Femmes enceinte
- Selon protocoles : cas avec déshydratation sévère et modérée
- Si vomissement immédiat: répétez la dose

### Sulfate de zinc:

- Enfant < 5 ans
- Une dose / jour / 10 jours
- Peut s'écraser avec cuillère + SRO



### Enfants de < 5 ans

D'autres **signes** de danger spécifiques (= déshydratation sévère) :

- Différence de température entre le corps et les extrémités (mains et pieds froids) ET temps de recoloration capillaire > 2 secondes
- Tachycardie
- Tachypnée

#### Coinfections

### Personnes âgées

Personnes **âgées**:

- **Mortalité** la plus élevée
- Test du **pli cutané** peut être effectué au niveau du torse, sous la clavicule.

Personnes avec comorbidités:

- **Malnutrition, anémie sévère** : traitement adapté (réhydratation, glycémie, infect..)
- Maladies infectieuses chroniques: ne pas arrêter les **traitements** (VIH, hépatites...)
- Disposer des médicaments nécessaires si décompensation.
- Diabétiques : ORS ok!

### Personnes avec comorbidités

→ Un **espace d'hospitalisation dédiée aux cas complexes** : facilite le suivi



## Femme enceinte

- Détermination de l'état d'hydratation difficile : **physiologie** de la grossesse.
- Expérience MSF: la déshydratation, même si pas sévère, peut entraîner **complications fœtales** (mort fœtale intra-utérine, avortement spontané).
  - **Hospitaliser** quel que soit l'état d'hydratation.
  - **Réhydratation IV** est préférable (selon le protocole de MSF), sauf :
    - Pas de déshydratation
    - Pression artérielle systolique **> 90\***
    - Capable de tolérer un apport oral (inclut besoins de base).
  - Bolus de **50ml de glucose à 50 % à l'admission pendant réanimation** liquidienne initiale.
  - Vomissements ou d'incapacité à boire : ajouter **50ml de glucose 50% à chaque** nouveau Lt de Ringer.
  - Surveiller glycémie et l'ajuster si nécessaire (une hypoglycémie profonde peut être dangereuse pour le fœtus)
- Capacité **d'accouchement** : avortements spontanés, mortinaissances, naissances vivantes prématurées et naissances vivantes à terme
  - Si naissance vivante: **l'allaitement**
- **Complications** courantes de la grossesse (infections urinaires, vaginales, travail prématuré, prééclampsie).  
**Durée moyenne de séjour** plus longue.
- Transfusion sanguine et **accès rapide à un bloc opératoire** (césarienne, hémorragie, etc.)

- Ciglenecki I, Bichet M, Tena J, Mondesir E, Bastard M, Tran N-T, et al. (2013) Cholera in Pregnancy: Outcomes from a Specialized Cholera Treatment Unit for Pregnant Women in Léogâne, Haiti. PLoS Negl Trop Dis 7(8): e2368.

- Grossesse et choléra, 2024, document interne MSF.



## Femme enceinte

### Naissances :

- La décision d'accoucher une patiente par césarienne, doit être évaluée avec soin
  - Même s'il existe un risque de mort fœtale intra-utérine, en particulier en cas de déshydratation sévère, **opérer une femme dans cette situation revient à mettre sa vie en danger**
- En cas de déshydratation légère à modérée : l'état du fœtus s'améliore avec la réhydratation et le traitement de la mère
- Déclenchement du travail n'est pas indiqué en générale, sauf en cas d'autres complications obstétriques (par exemple, **prééclampsie**).
- Les **nouveau-nés** ne présentant pas de complications graves restent hospitalisés avec leur mère jusqu'à leur sortie. L'allaitement maternel exclusif est encouragé.
- **Mort fœtale intra-utérine** : le déclenchement du travail/de l'AMIU/de l'avortement n'est généralement **pas urgent** et peut être **effectué après stabilisation des symptômes du choléra**.



- Sorties: signes d'alarme, capable de suivre le traitement sans supervision, moyens de transport
- Kit de sortie: SRO, hygiène
- Immunité 6 mois à 2 - 3 ans
- Personnes dans le foyer: les plus à risque → **éducation en santé / identification sites de PEC**
  - PRO
  - Centres stabilisation
  - Centres de santé
  - Hôpital





- Guide prise en charge d'une épidémie de choléra MSF 2018 (PDF et app pour téléphone)  
<https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/CHOL/francais/prise-en-charge-dune-epidemie-de-cholera-23447565.html>
- Article: Ciglenecki I, Bichet M, Tena J, Mondesir E, Bastard M, Tran N-T, et al. (2013) Cholera in Pregnancy: Outcomes from a Specialized Cholera Treatment Unit for Pregnant Women in Léogâne, Haiti. PLoS Negl Trop Dis 7(8): e2368.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002368>
- App Global Task for Cholera Control (organisation centres et autres informations utiles)  
<https://www.gtfcc.org/fr/cholera-app-3/>