

# Atelier n°2 : « Retour d'expérience/ patient suspect REB »

3<sup>ième</sup> Journée de rencontre des ESR  
29.06.17

Docteur CHOPIN

PH Unité de Maladies infectieuses  
CHRU de Lille

# Anamnèse :

**Urgences médicales CHRU de Lille le 16.09.14 à 22h48 :**

-Homme 42 ans, originaire d'Afrique subsaharienne.

-Motif d'admission : céphalées

Antécédents :

-«Terrain migraineux » (pas de suivi, pas de traitement de fond)

-Tabagisme actif

## Examens cliniques et para-cliniques à l'entrée :

**Neurologique** : Céphalées +phono-photophobie

**Examen Abdominal** : : sensibilité flan droit isolée

**Constantes** : TA 115/65mmHg, FC 75bpm, SaO2  
AA ambient 95%, T : 37.9°C

**TDM cérébral** : RAS

**BS** : Leucocytes : 3680/mm<sup>3</sup>, plaquettes 115000/  
mm<sup>3</sup>, Hg 12.5 g/dl, CRP 28mg/l, BH et bilan rénal  
normaux, TP 69%.

# Hypothèse diagnostique et traitement :

Avis demandé auprès du neurologue de garde  
Suspicion de migraine/terrain : Biprofénid puis  
ZOMIG

# Réévaluation :

**Le 17/09 à 14h :**

**Constante :** T : 39°C, TA 117/65 mmHg, FC 87 bpm, SaO<sub>2</sub> à 95%

**Modification de l'examen clinique neurologique :**

- somnolence,
- persistance céphalées
- phono-photophobie
- raideur de nuque
- malaise avec chute dans le couloir

**BS :** Leucocytes : 3660/mm<sup>3</sup>, plaquettes : 69000/MM<sup>3</sup>, Hg 14.6 g/dl, CRP 69 mg/l, TP 66%.

# Quelles informations vous manque t'il ?

Anamnèse : **contexte de survenue** :

- Mode de vie, origine etc... :

Originaire de Guinée Conakry. Dernier voyage il y a 3 ans (2011) en Guinée Conakry.

- Contage ? NON

# Hypothèses diagnostiques ?

Méningite aiguë bactérienne ou virale

→ Indication : Ponction lombaire

- Refus du patient initialement
- Résultats :

Cytologie	1 élément/mm <sup>3</sup>
Biochimie	Protéinorachie 0.28g/l
	Glycorachie 0.65 g/l
	Chlorurachie 121 mmol/l

**CCL : Sd viral ? Hospitalisation au post  
urgence le 17.09 à 22h12**

## Suite de l'histoire :

**Le 18.02.17** : appel du biologiste : découverte fortuite sur la NFS :

**hématozoaire de type bague à chaton**

→ confirmation par frottis goutte épaisse :  
*P.falciparum*, parasitémie à 0.2%

# Appel de l'infectiologue

Paludisme autochtone ?? Paludisme de  
survenue tardive ?

Patient « suspect de maladie à virus Ebola » ?

## Reprise de l'interrogatoire :

- Vit en France depuis 2002 avec un dernier voyage en 2008 (et non 2011)
- Famille (femme et 3 enfants) en Guinée Conakry
- Papiers d'identités non présentés mais sécurité sociale à jour (pas d'AME)
- Réaffirme l'absence de voyage récent
- Pas de contact avec une population de migrant ou de voyageurs en zone d'endémie
- Pas de notion de transfusion, pas de lien avec aéroport etc...
- Situation de précarité : pas de domicile fixe (vit chez des amis et famille)
- Interrogatoire sur situation épidémique en Guinée Conakry :  
DENI

# Paludisme autochtone

- En France : Surveillance par InVs et du CNR !

Définition InVS		
Tableau clinique évocateurs de paludisme	Frottis/goutte épaisse positifs	pas de voyage en zone endémique dans les 12 mois précédents le début des signes cliniques

## Origine possible de la contamination

Transfusion sanguine

Greffe

Toxicomanie IV

AES

Zone aéroportuaire (liaison internationale-pays endémique) :

Travail sur une zone aéroportuaire (TARMAC, Courrier postal, sac de voyage)

Résidence sur une zone aéroportuaire ou sur commune limitrophe d'un aéroport

Voisinage de travailleur sur zone aéroportuaire

Réception de paquet, valise, container en provenance d'une zone d'endémie

Contact avec voyageur d'un pays endémique

# Rapport CNR 2015 sur activité 2014 :

- 2 cas de paludismes à transmission autochtones en 2014 : transmis par un anophèle infectieux acheminé par voie aérienne dans l'avion ou dans les bagages des passagers transportés
- En moyenne : 1 à 2 cas /ans

# Paludisme de survenue tardive

- Accès palustre survenant plus d'une année après la sortie de la zone d'endémie.
- *P. vivax* et *P. ovale*/ hypnozoïtes
- *P. falciparum* : contamination récente le plus souvent mais : Rapport CNR 2015 sur l'année 2014 : .
- 26/2142 patients : formes tardives (1.2%), avec un délai retour / diagnostic supérieur à 1 :
- 9 cas pour *P. falciparum* (0,5 %) : délai de survenue de l'accès après l'arrivée en France varie de 14 à 75 mois (1,2-6,2 ans).

# Prolonged *Plasmodium falciparum* Infection in Immigrants, Paris

Emerg Infect Dis. 2008 Feb;14(2):323-6.

Eric D'Ortenzio,\*<sup>1</sup> Nadine Godineau,†  
Arnaud Fontanet,‡ Sandrine Houze,\*<sup>§</sup>  
Olivier Bouchaud,¶<sup>#</sup> Sophie Matheron,\*<sup>\*\*</sup>  
and Jacques Le Bras\*<sup>§</sup>

Table 2. Factors independently associated with prolonged *Plasmodium falciparum* infection in 248 immigrant travelers\*

Variable	OR (95% CI)*	p value
Age, y		
<5	1	
5–14	1.45 (0.15–13.74)	
15–60	1.72 (0.25–12)	
>60	3.04 (0.16–56.25)	0.45
First-arrival immigrant		
No	1	
Yes	22.93 (9.74–53.96)	<0.001
Men	1	
Nonpregnant women	0.67 (0.28–1.59)	
Pregnant women	4.21 (1.13–15.77)	0.03
Use mefloquine		
No	1	
Yes	11.55 (2.06–64.78)	0.005

\*OR, odds ratio; CI, confidence interval.

# Patient suspect d'infection à un agent REB?

Patient « suspect de maladie à virus Ebola » ?  
syndrome clinique compatible avec MVE  
+exposition incertaine

# Expertise de l'infectiologue :

- Hospitalisation en unité de Maladies infectieuses/ Patient « suspect de Maladie à virus Ebola »
- Initialement : patient refuse d'être transféré en unité de Maladies infectieuses.



PCR dans le SANG EBOLA négative

→ cas exclu

# Problématiques :

1/ Relation médecin/patient : facteur d'exposition dépend de l'interrogatoire du patient

→ Représentation socio-culturelle de la maladie

L'Anthropologie :

- Etablir un pont entre le système de santé et la communauté : trouver un équilibre entre la mise en place autoritaire des mesures sanitaire et des approches empathiques
- Faire entendre la voix de la communauté : reconnaissance du rôle de la communauté dans la gestion de l'épidémie
- Former les équipes d'investigation/respect culture locale
- Instruire et informer les populations locales sur le risque sanitaire
- Améliorer la connaissance des chaînes de transmission de la maladie

→ Causes polyfactorielles

→ La communication !

## 2/ Refus initial d'hospitalisation !

→ Qu'est ce que dit la Loi ?

- Code de santé publique : pas de focus sur la maladie virus Ebola (contrairement à la tuberculose par exemple)
- L.3131-1 : « **en cas de menace sanitaire grave** appelant des mesures d'urgence, notamment **en cas de menace d'épidémie**, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute **mesure proportionnée** aux risques courus **et appropriée** aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population ».

Article R3115-3-1 Décret/3 avril 2017/ section « contrôle sanitaire aux frontières » :

«Pour lutter contre la propagation des maladies, le préfet peut prescrire sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé :

1° **Des mesures de placement et de maintien en isolement** (...), en établissement de santé ou dans tout autre lieu adapté, des personnes affectées.

2° Des mesures ayant pour objet la **mise en quarantaine** (...) à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté » (par exemple des espaces sécurisés) « des personnes susceptibles d'être affectées ».

Mais uniquement lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La personne a été diagnostiquée porteuse d'une maladie contagieuse grave;

2° La personne a refusé, pour partie ou totalement, une prise en charge sanitaire adaptée à son état de santé, notamment son isolement et le suivi de son traitement, et ce, en dépit des demandes répétées des professionnels de santé et des services de santé ».

**ATTENTION**, il est important de noter que la mise en quarantaine ou en isolement **NE** signifie **PAS** que les soignants peuvent alors passer outre le consentement du patient de refuser le traitement ou de manière plus générale d'être soigné. Cette mesure ne vise **qu'à éloigner** le patient potentiellement affecté du reste de la population **afin d'éviter tout risque d'épidémie.**

3/Gestion des personnels médicaux et paramédicaux !