

Procédure SPILF- COREB - Maladie à virus Ebola (MVE)*

Comment dépister et prendre en charge un patient suspect de MVE ?

Contexte : Épidémie de MVE signalée par les autorités sanitaires en Afrique de l'Ouest depuis mars 2014.

Situation à jour : http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fever/pages/index.aspx

Compte-tenu de la gravité, de la contagiosité et de l'absence de traitement spécifique validé, il est essentiel que : dès le 1^{er} contact avec le système de soins, le 1^{er} médecin qui dépiste le 1^{er} patient suspect de MVE au retour de zone à risque, appelle le centre 15, qui organise le recours rapide à l'expertise clinique & épidémiologique. L'objectif est d'adapter la prise en charge individuelle et collective selon la probabilité de MVE et de ne pas méconnaître un diagnostic alternatif curable (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>).

I- Dépister : Patient suspect = Tableau clinique (<21 j après exposition) ET Exposition compatibles

Tableau clinique : Fièvre >38°C de début brutal et /ou syndrome clinique compatible

Signes évocateurs (degrés divers): asthénie, anorexie, céphalées, algies diffuses, douleurs abdominales, thoraciques, odynophagie, dysphagie, conjonctivite, rash, hépatomégalie, splénomégalie, toux, râles bronchiques

Signes évocateurs différés >J5 : diarrhées, vomissements, hémorragies cutanéomuqueuses et viscérales

Exposition : Retour de zone d'épidémie et contact avec le sang ou autre fluide corporel (à fortiori si plaie et/ou contact en structure de soin) d'un patient suspect, cas possible ou confirmé (défunts y compris).

- ☞ Expertise infectiologues & épidémiologistes, estimation **probabilité diagnostique et risque pour collectivité** :
- Cas EXCLU : fièvre sans exposition caractérisée et sans signes évocateurs de MVE, avec diagnostic alternatif plus probable = InVS
 - Cas POSSIBLE : fièvre avec signes évocateurs de MVE et exposition avérée confirmée < 21 j avant le début des symptômes ou forme grave compatible avec une MVE= InVS
 - Patient restant SUSPECT : syndrome clinique compatible avec MVE et exposition incertaine

Diagnostic alternatif : évoquer et documenter en priorité un paludisme (frottis/TDR), une infection bactérienne (hémoculture pour méningocoque, salmonellose...) ou virale (arbovirose, hépatites, rickettsiose...) (conditions de sécurité biologique appropriées : RPMO BioEbola voir www.infectiologie.com)

II- Protéger :

Précautions standards d'hygiène complétées par précautions complémentaires de type contact + anti-projections avec mesures barrières renforcées dès la suspicion, niveau à graduer selon la probabilité diagnostique et les symptômes (analyse de risque):

Patient : isolement géographique (box individuel pré-identifié et équipé*) avec port de masque chirurgical et port de pyjama usage unique

Soignant : protection couvrante imperméable ou étanche, avec gants et protections anti-projections

*Anticiper pré-requis indispensables : box dédié, matériel de protection pour le patient dans la chambre et pour le soignant à l'extérieur de la chambre, thermomètre sans contact, numéros téléphone de garde : InVS, référent infectiologue de l'établissement ou référent de l'établissement de zone (ESR).

☞ Eviter AES : équipe dédiée, entraînée, travail en binôme senior médecin / infirmière (pas d'étudiant au contact)

III- Prendre en charge :

Recherche de facteurs et signes de gravité :

- signes de gravité spécifiques de MVE (manifestations hémorragiques, signes neuro-psychiques, hoquet rebelle),
 - sepsis grave/choc septique/défaillance(s) viscérale(s),
 - prise en compte des comorbidités éventuelles
- = Appel réanimateur, mesures de protection maximisées (la contagiosité étant liée à l'intensité des symptômes).

Alerte et orientation du patient

Dès suspicion de MVE, **appel** Centre 15, ARS, infectiologue référent expertise/transfert selon probabilité diagnostique : ARS (n° dédié régional)/InVS, Alerte@invs.sante.fr, 0820 42 67 15 (7j/7, H24)

- si cas possible: transfert direct SMIT ESRH (chambre seule avec sas, pression négative contrôlée)

- si patient suspect: transfert SMIT référent

Confirmation virologique= CNR FVE, P4 Lyon (7j/7, H24): 04 37 28 24 40/3 (appel préalable).

Sang total, sérum, urines...≥ 1 tube EDTA 7 ml et 1 tube sec 7ml. Emballage P4, carboglace, fiche renseignée.

En ESRH, possibilité de PCR sur site avec confirmation CNR si PCR positive

Diagnostic cas CONFIRMÉ : tableau clinique et confirmation virologique MVE par le CNR

Traitement en concertation réanimation / SMIT selon besoin : symptomatique.

☞ Antibiothérapie probabiliste, voire traitement anti-palustre ; traitements spécifiques (protocoles de recherche ou prescription à titre dérogatoire). Contre-indication aux AINS et aux anticoagulants.