

**LA MALADIE A VIRUS EBOLA, UNE FIEVRE HEMORRAGIQUE
TROPICALE**

G.E. Piérard (1)

(1) Chef de service, CHU du Sart Tilman, service de Dermatopathologie

**Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées au
Dr. G.E. PIERARD, service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman,
4000 Liège.**

RESUME

La maladie à virus Ebola est une fièvre hémorragique tropicale qui peut rester sporadique ou prendre un décours épidémique, particulièrement en milieu hospitalier. Le personnel médical et paramédical paye alors le plus lourd tribut à cette maladie. L'actualité récente nous a rappelé que ce risque n'a pas disparu en Afrique noire.

Une actualité médicale vient, une fois de plus, de toucher la partie centrale de l'Afrique. Les médias nous ont rapporté les conséquences graves d'une épidémie de maladie à virus Ebola au Zaïre. Il s'agit d'une virose tropicale éruptive hémorragique qui se classe parmi un ensemble hétérogène de maladies (1) dont la plupart sont transmises par des arthropodes hématophages (tableau 1). Cependant, le réservoir et l'agent vecteur du virus Ebola, qui ne sont pas connus, sont vraisemblablement différents de ceux des autres viroses hémorragiques. De plus, à la différence de la plupart de ces affections, le virus Ebola s'adapte à la transmission interhumaine. Il existe deux modalités de propagation de la maladie (2-4). Certains cas sporadiques apparaissent d'une manière apparemment capricieuse, à partir d'une source énigmatique, et restent cantonnés dans le milieu familial. L'évolution peut rester infraclinique ou se manifester dans un tableau clinique péjoratif. Le second mode de transmission est de type épidémique. Les cas secondaires ou tertiaires de transmission interhumaine sont fréquents et touchent particulièrement le personnel hospitalier et de laboratoire. Ils sont souvent plus graves que les cas primaires. Les infections nosocomiales ou par contacts extra-familiaux sont donc favorables à une extension explosive de la maladie. Ce caractère épidémiologique est commun à quelques fièvres hémorragiques africaines appelées maladie de la vallée du Rift, maladie de Lassa, maladie à virus Marburg, et maladie à virus Ebola (tableau 1).

L'infection à virus Ebola n'est individualisée que depuis 20 ans, lorsque deux foyers épidémiques sont apparus presque simultanément au sud-Soudan et au nord-Zaïre (2, 4, 5). Le virus, qui fut pour la première fois isolé à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers (6) a été appelé Ebola, du nom d'une rivière zaïroise. Il s'agit d'un Filoviridae, virus à RNA ressemblant sur le plan morphologique au virus de Marburg, sans cependant avoir de communauté antigénique entre eux. La longueur moyenne du virus Ebola est de l'ordre du micromètre, mais le pléomorphisme du virion est tel que certains d'entre eux peuvent atteindre la taille considérable de 14 micromètres.

Les études séro-épidémiologiques récentes ont prouvé que le virus Ebola est ancien et assez répandu en Afrique noire. Il est même possible que l'épidémie de 429 avant J.C., connue sous le nom de peste d'Athènes, corresponde à l'une de ces filovirose (7).

La contamination virale interhumaine nécessite un contact étroit, probablement au site d'une abrasion cutanée mineure. Les conditions rudimentaires de travail et d'hygiène dans certains dispensaires et hôpitaux de régions défavorisées sur le plan médical (8) permettent la transmission de l'infection par le sang. Lors des épidémies antérieures, la mortalité a été maximale chez les patients infectés par des aiguilles non stérilisées (4).

Le diagnostic clinique des fièvres hémorragiques repose sur l'association d'une hyperthermie et d'hémorragies (9). Il est écarté si les symptômes apparaissent plus de trois semaines après la date de retour d'une zone endémo-épidémique, ou d'un contact avec un malade. Les fièvres virales hémorragiques sont dues à un groupe de plusieurs virus appartenant à des familles et à des genres différents (tableau 1). Ces affections ne doivent pas être confondues avec d'autres parasitoses, infections ou envenimations beaucoup plus fréquentes sous les tropiques et qui peuvent être à l'origine d'un tableau hémorragique identique (tableau 2). Tout clinicien examinant un sujet fébrile, de retour d'Afrique en particulier, devrait donc envisager l'éventualité

d'une fièvre hémorragique virale. Si le risque d'une telle affection reste exceptionnelle, les conséquences en sont graves, imposant des mesures d'isolement strict pour éviter le développement d'une épidémie hospitalière dont la mortalité peut être élevée.

Quel que soit le virus responsable d'une fièvre hémorragique, la maladie est souvent univoque (9). La période d'incubation varie de 3 à 18 jours. Dans sa phase initiale une altération de l'état général s'installe avec fièvre, céphalées, arthralgies et myalgies. Après une courte période de rémission qui est inconstante, la fièvre réapparaît brutalement accompagnée d'un exanthème maculo-papuleux des fesses qui devient érythémato-squameux et s'étend de manière centrifuge sur le reste du corps. Un enanthème du voile du palais, en grain de tapioca est parfois présent. Le syndrome hémorragique se manifeste par un purpura cutané pétéchial et ecchymotique, des épistaxis, des gingivorragies, une hématurie et des hémorragies digestives s'exprimant par une diarrhée afécale muco-sanglante. Il s'y associe parfois une bradycardie, une insuffisance rénale ou une hépatite cytolytique. La période critique se situe vers le 4ème jour se marque par l'apparition de troubles de la conscience et du comportement. Le choc hypovolémique avec oligurie qui peut survenir vers le 9ème jour est le signal d'une fin imminente. Dans les maladies à virus Ebola ou Marburg, la létalité peut atteindre 80 %.

Lorsque le diagnostic d'une fièvre hémorragique tropicale est évoqué sur le plan clinique, le malade doit être isolé, placé dans une chambre avec une pièce adjacente servant de sas, permettant de stocker le matériel et les vêtements nécessaires à la pratique des soins. Le personnel soignant doit porter un équipement de protection. Tous les déchets sont décontaminés avant de sortir du sas puis incinérés. Les prélèvements sanguins sont réduits au strict nécessaire et le laboratoire doit être prévenu du risque potentiel. Il est utile d'effectuer une sérologie et/ou une isolation virale, et de rechercher des éventuelles leucopénie, thrombocytopénie et coagulation intravasculaire. Les

patients devraient être traités dans l'hôpital où le diagnostic est évoqué, car les déplacements augmentent considérablement les risques de transmission. Après confirmation du diagnostic par le laboratoire, il faudrait poursuivre les mesures d'isolement et de décontamination. Il faut de plus identifier et surveiller les personnes-contact qui sont classées en trois niveaux de risques (faible, modéré ou élevé). Les personnes pour lesquelles le risque est faible ou modéré, sont placées sous surveillance médicale pendant trois semaines. Tout sujet-contact présentant une fièvre doit être hospitalisé et considéré comme une victime de fièvre hémorragique virale. Les personnes avec risque élevé sont d'emblée hospitalisées.

Le traitement est symptomatique et décevant lors d'épidémies. Le virus est détruit après 30 minutes à 60°C ou après exposition aux ultraviolets, à l'irradiation gamma et au contact de solvants de lipides ou d'hypochlorite. La prévention, l'hygiène et le contrôle de l'épidémie par isolation des malades restent donc les seuls moyens efficaces contre la maladie à virus Ebola.

REFERENCES

1. MARTET G, COUE JC, LECAMUS JL. -Epidémiologie et prophylaxie des fièvres hémorragiques virales. *Med Trop*, 1990, 50, 331-338.
2. PATTYN SR. - Ebola virus haemorrhagic fever. Elsevier, Amsterdam, 1978, 1-436.
3. BARON RC, McCORMICK JB, ZUBEIR OA. - Ebola virus disease in southern Sudan. Hospital dissemination and interfamilial spread. *Bull WHO*, 1983, 61, 997-1001.
4. JANSSENS PG, KIVITS M, VUYLSTEKE J. - Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours. Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1992, 1085-1102.
5. BOWEN ETW, PLATT GS, LLOYD G, BASKERVILLE A, HARRIS WJ, VELLA EE. - Viral haemorrhagic fever in southern Sudan and northern Zaïre. *Lancet*, 1977, i, 571-573.

6. PATTYN SR, JACOB J, VAN DER GROEN G, PIOT P, COURTEILLE G. - Isolation of a Marburg-like virus from a case of haemorrhagic fever in Zaïre. *Lancet*, 1977, i, 573-574.
7. PIERARD GE. - La peste. Une résurgence médiévale ? *Rev Med Liège*, 1994, 49, 645-648.
8. PIERARD GE.- Introduction à la dermatologie tropicale. *Rev Med Liège*, 1994, 49, 204-213.
9. CAUMES E. - Viroses tropicales éruptives. Dans : *Dermatologie tropicale*. Ed. par G.E. Piérard, E. Caumes, C. Franchimont et J. Arrese Estrada. Publ. Editions de l'Université de Bruxelles/AUPELF, 1993, pp 115-125.

Tableau 1 : Caractéristiques de fièvres hémorragiques virales tropicales.

VECTEUR	MALADIE	VIRUS		REPARTITION GEOGRAPHIQUE
		FAMILLE	ESPECE	
Moustique	Fièvre jaune	Flavivirus	amaril	Amérique et Afrique tropicale
	Denge hémorragique	Flavivirus	dengue	Asie du sud-est, Pacifique, Cuba
	F.H. Chikungunya	Togavirus	chikungunya	Asie
	Fièvre de la vallée du Rift*	Bunyavirus	RVF	Afrique subsaharienne
Tique	F.H. Crimée-Congo	Bunyavirus	CCHF	Afrique, Moyen-Orient
	M. de la forêt de Kyasanur	Flavivirus	KFD	Inde
Rongeur	F.H. de Junin	Arenavirus	junin	Argentine
	F.H. de Machupo	Arenavirus	machupo	Bolivie
	F. de Lassa*	Arenavirus	lassa	Afrique de l'Ouest
	F.H. avec syndrome rénal	Bunyavirus	hantaan	Asie
Inconnu	M. à virus Marburg*	Filovirus	marburg	Kenya
	M. à virus Ebola*	Filovirus	ebola	Zaïre, Soudan

* Transmission interhumaine possible

F.H. : fièvre hémorragique; F. : fièvre; M. : maladie

Tableau 2 : Principales fièvres hémorragiques tropicales

PARA-SITOSSES	BACTERIOSES	ARBOVIROSES	AUTRES VIROSES	ENVENIMATIONS ET INTOXICATIONS
Paludisme	Septicémie*	Fièvre jaune	Hépatites virales	Morsure de serpents
Leishmaniose viscérale	Avortement septique	Denge hémorrh. F. vallée du Rift	M. de Marburg M. d'Ebola	Piqûres d'insectes Warfarin
	Peste	F.H. de Crimée-	F.H. de Junin	
	Borréliose	Congo	F.H. de Machupo	
	Leptospirose	F à Chikungunya	Rougeole grave	
	Typhoïde	Maladie de la forêt	F.H. avec syndrome	
	Bartonelloset	de Kyasanur	rénal	
	Typhus exanthématique			

* : Méningocoques, plus rarement pneumocoques, streptocoques, Haemophilus influnzae.

F. : fièvre; F.H.: fièvre hémorragique; M. : maladie