

EPIDÉMIE DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE À VIRUS MARBURG EN ANGOLA.

P HOVETTE

• Travail service de Pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille.
• Courriel : hovette.philippe@wanadoo.fr •

Med Trop 2005 ; **65** : 127-128

Une épidémie de FHV (fièvre hémorragique virale) Marburg se développe en Angola. Elle aurait débuté en octobre 2004 et le premier diagnostic de fièvre a été effectué le 21 mars 2005 (bulletin de l’OMS du 23 mars). Elle a fait, au 20 avril 2005, 244 victimes sur 264 cas.

Tous les malades viennent de la province d’Uige. Dans la seule ville d’Uige, on a dénombré 183 décès pour 197 cas et dans 7 autres localités de cette même province (Songo, Negage et 4 autres localités) 56 cas dont 50 décès.

Les autres décès ont été notifiés dans 7 autres provinces (Tableau I). Les cas ont été déclarés chronologiquement à Luanda (24/3), la capitale, à Cabinda (26/3), à Camabatela (2/4), province de Cuanza Norte, dans la province du Malanje (3/4), dans le Cuanza Sul (6/4), dans le Zaïre (7/4) et enfin dans le Bengo (20/4) (Fig. 1).

Dix huit membres des équipes soignantes sont décédés dont deux médecins, italien et vietnamien.

Depuis le décès d’une femme le 26 mars, aucun cas n’a été signalé au Cabinda et aucun décès dans les autres provinces depuis le 6 avril. Il semble donc que l’épidémie soit actuellement circonscrite dans la province d’Uige.

Dans le pays 513 sujets contacts sont sous surveillance. Des suspects ont été surveillés en République Démocratique du Congo, en Afrique du Sud, au Portugal et en Italie.

Un laboratoire mobile est à Uige depuis le 30 mars permettant de faire le diagnostic de FHV Marburg ainsi que des équipes spécialisées dans la lutte contre les FHV de Médecins Sans Frontières, de l’Organisation Mondiale de la Santé et du Centers for Disease Control d’Atlanta (40 personnes). Un second laboratoire est mise en œuvre par le CDC à Luanda.

La RDC, le Congo, le Zimbabwe, la Zambie, la Namibie, le Kenya, ainsi que Sao Tome et Principe, le Gabon et le Cap-Vert ont pris des «mesures préventives».

L’OMS ne recommande aucune mesure de restriction pour les voyages vers l’Angola, quelle que soit la destination dans ce pays, mais conseille de prendre certaines précautions (Conseils aux voyageurs (Bulletin OMS N° 11 du 13 avril 2005)).



Figure 1 - Angola avec localisation des Provinces concernées par l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Marburg.

Le virus a été identifié en 1967, lors de 3 épidémies de laboratoires simultanées à Marburg, Frankfurt et Belgrade à l’origine de 31 cas dont 7 mortels. Les malades ont été contaminés par des singes verts infectés importés d’Ouganda. Le virus a ensuite disparu jusqu’en février 1975, lorsqu’un homme de retour du Zimbabwe, présentant une pathologie aiguë mortelle, a été hospitalisé en Afrique du Sud. Son compagnon de voyage et une infirmière de l’hôpital contaminés ont survécu. En 1980 et en 1987, trois cas, dont 2 mortels sont diagnostiqués au Kenya. De fin 1998 à fin 2000, s’est développée la première épidémie naturelle de FHV Marburg dans une mine d’or du Nord Est de la RDC. Elle a fait 149 cas, dont 123 mortels (Fig. 2).

La fièvre hémorragique à virus Marburg est une infection suraiguë s’accompagnant de sévères hémorragies. Le contagage se fait par un contact avec des singes malades ou morts et les contacts étroits avec les malades par les fluides biologiques (sang, selles, sperme..) ou lors de rites mortuaires. L’incubation non contagieuse est de 3 à 9 jours. Le début est brutal avec une fièvre élevée et une asthénie intense. Puis surviennent une diarrhée liquide profuse puis sanglante, des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements, des douleurs thoraciques, une dysphagie et une toux. De graves manifestations hémorragiques se développent entre le cinquième et le septième jour dans une très grande proportion des cas et elles touchent le plus fréquemment le tractus digestif et les poumons mais également l’encéphale, le foie et les reins. Une éruption maculo-papuleuse du tronc, parfois généralisée est évocatrice. Les malades décèdent dans un tableau de défaillance multi-viscérale. Il n’existe ni vaccin, ni traitement spécifique. La létalité est de 25 à 80% selon les moyens sanitaires.

La Fièvre Hémorragique à Virus Marburg

C’est la deuxième épidémie naturelle de FHV Marburg est l’on connaît encore peu de chose sur cette infection.

Tableau I - Notifications de cas et de décès.

Localisations	Nombre de décès	Nombre de cas
Uige	183	197
Autres villes de la province d’Uige	50	56
Hors province d’Uige	11	11
Total	244	264

Commentaires

Ce que le monde entier redoutait s'est produit à Uige : une épidémie de FHV Marburg en milieu urbain. Uige est la capitale de la province du même nom, qui se situe au nord de l'Angola frontalière avec la RDC (Fig. 1). C'est une ville d'environ 200 000 habitants qui abrite un hôpital régional et un hôpital militaire.

C'est la première épidémie à Filoviridae qui se développe en milieu urbain, alors que ce sont des zoonoses rurales. Elle a probablement débuté comme les autres par une épidémie chez les primates et le contagement d'un chasseur. Celui-ci a contaminé un certain nombre de proches (pendant les soins et les rites mortuaires) et de soignants dont l'un a été hospitalisé à l'hôpital d'Uige. La prolongation des épidémies sur plusieurs mois ou années est le fait de ré-entrée du virus. Ainsi à Durba, trois souches différentes ont été isolées. Quelle mode de contagement permet une épidémie urbaine ? N'importe quel animal peut être vecteur. En zone urbaine, les rongeurs sont les premiers incriminés mais les chauves souris frugivores, déjà incriminées à Durba et dans les épidémies d'Ebola sont-elles à l'origine des contagements et comment (alimentation, déjection) ? Il semble que, si on mange du singe en Angola, l'on consomme également les chauves souris.

La diffusion inaccoutumée pour une épidémie d'infection à Filoviridae s'explique bien sûr par la localisation urbaine de l'épidémie. Lorsqu'elles surviennent en brousse à l'écart des axes de communications, les épidémies sont spontanément isolées. Le rôle amplificateur probable de l'hôpital d'Uige a dissuadé rapidement les malades de s'y faire soigner (« l'Afrique malade de ses hôpitaux » a pu titrer un journal) et ceux qui pouvaient encore voyager ont préféré se faire hospitaliser dans les provinces voisines. La panique que peut engendrer cette nouvelle peste est également en cause, Galien n'avait-il pas comme précepte : pars et reviens tard.

Dans le premier bulletin de l'OMS, il était souligné que 75 % des personnes décédées étaient des enfants de moins de 5 ans (donc non scolarisés et le plus souvent portés au dos de leur mère), ce qui est inhabituel. La première épidémie de FHV Marburg qui s'est développée à Durba au Zaïre, a touché essentiellement les travailleurs de la mine et leurs conjointes et seuls 12 enfants (8 %) en ont été victimes. S'agit-il vraiment de décès par Marburg ? En effet, la clinique est non spécifique et d'autres infections sévères ont un tableau similaire [accès palustre grave, septicémie, typhoïde (épidémie de typhoïde au Zaïre en décembre janvier 2005 Bulletin de l'OMS du 19/01/05)]. Les premiers prélèvements effectués en décembre 2004 étaient négatifs et les mères qui avaient un contact étroit avec leurs enfants (soins, toilettes, lavage du linge) n'ont pas été touchées au début de l'épidémie. S'il s'agit bien d'enfants victimes de Marburg, il existe probablement un facteur favorisant local qui n'a pas encore été mis en évidence. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées, un variant du virus, une coutume locale responsable du contagement ou une contamination hospitalière des enfants soignés dans les formations hospitalières d'Uige pour une autre infection. Dans l'épidémie de Durba, deux facteurs de risque ont été mis en évidence, le travail à la mine et les injections (4). Dans ce cas, comment expliquer que les mères soient peu atteintes alors que les études sérologiques dans le pool congolais voisin du nord angolais ont montré une pré-

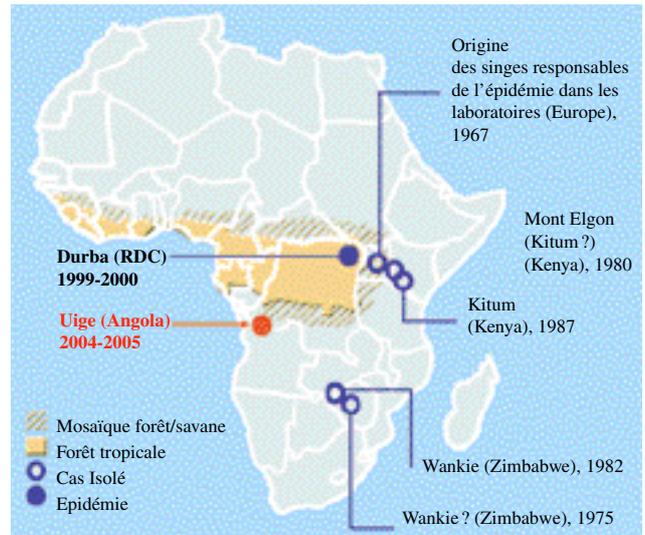


Figure 2 - localisations des cas sporadiques et des épidémies de FHV Marburg (d'après l'IRD)

valence très faible de 3 % de porteurs d'anticorps anti-Marburg qui ne peut expliquer une protection des mères.

Une surmortalité par rapport aux cas sporadiques traités en Europe et en Afrique du Sud (25 %) et à l'épidémie de Durba (82 %) est explicable par le fait que la population consulte initialement les tradipraticiens et les « kimbandeiros » puisque la maladie, pour ces populations, est due à un sort (ont-ils un rôle amplificateurs d'épidémie par les scarifications qu'ils pratiquent avec des objets tranchants réutilisés ?). Ils ne vont à l'hôpital qu'après échec de ces traitements. Dans ce pays exsangue, après 27 ans de guerre civile, la population est malnutrie (LBS Promed N°24) et les moyens dont disposent les centres de soins provinciaux sont rudimentaires en matière de réanimations et de transfusion. Les contaminations par aiguilles réutilisées peuvent également rendre compte de cette surmortalité dont on sait qu'elles provoquent des contagements massifs et des maladies à incubations courtes et rapidement fatales. Enfin il peut s'agir d'une souche de virus Marburg particulièrement agressive ■

RÉFÉRENCES

- 1 - WHO / Global Alert & Response Network. Marburg hemorrhagic fever in Angola and update N° 1 - 15 <<http://www.who.int/csr/outbreak-network/en/>>
- 2 - WHO / Diseases. Fact sheet : Marburg hemorrhagic fever. 31 march 2005. <<http://www.who.int/csr/disease/marburg/factsheet/en/index.html>>
- 3 - International Society for Infectious Diseases. ProMED-mail : Marburg hemorrhagic fever-Angola N°1 - 33. <<http://www.promedmail.org>>. Accessed march 22, to april 2005.
- 4 - DG Bausch, M Borchert, T Grein, C Roth, R Swanepoel, ML. Libande, A Talarmin and all. Risk Factors for Marburg Hemorrhagic Fever, Democratic Republic of the Congo. Risk factors for Marburg hemorrhagic fever, Democratic Republic of the Congo. *Emerg Infect Dis* 2003 ; **9** : 1531-1537.
- 5 - Viral haemorrhagic fever/Marburg, Democratic Republic of the Congo Weekly Epidemiological Record. 21 May 1999, Vol 74, 20
- 6 - Zeller H. [Lessons from the Marburg virus epidemic in Durba, Democratic Republic of the Congo (1998-2000)]. *Med Trop* 2000 ; **60 Suppl 2** : 23-26.