



BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Année 2007 Semaine No 2 du 08 au 14 Janvier 2007

Editorial

Note de rédaction

Ce bulletin hebdomadaire est rédigé en vue de présenter la situation épidémiologique des maladies à potentiel épidémique au niveau national. Les cas et les décès enregistrés au cours de la deuxième semaine (c'est-à-dire à partir du 08 au 14 janvier 2007) sont ainsi observés dans ce bulletin.

Il donne aussi des informations sur les épidémies en cours, les mesures prises par les responsables concernés à savoir le Ministère de la Santé, le TRAC, les Districts ainsi que d'autres intervenants pour y faire face.

Les épidémies en cours

Cette semaine a été caractérisée par une épidémie de Cholera dans le district de Rubavu, dans la Province de l'Ouest.

La notification

La notification hebdomadaire de cas est faite par courrier ordinaire adressé au TRACplus (à l'attention de l'Unité d'Epidémiologie), au téléphone numéro portable n° **08554410** de Mme UWIMANA Chantal.

Sommaire :

Le taux de complétude pour cette semaine a été de 83%, 25 Districts sur le total de 30.

Les Districts qui n'ont pas transmis leur rapports sont :Kayanza, Kicukiro, Ruhango, Musanze, Burera et Rulindo.

Les Hôpitaux de district a notifié 413 cas de diarrhée sanglante et 1.540 cas de diarrhée non sanglante.

Paludisme

Dans ladite semaine, les Hôpitaux de district ont notifié 6.149 cas de paludisme présumé dont 1 décès enregistré par le District de Gatsibo et 4.874 cas de paludisme confirmé avec 2 décès. Au total, les Hôpitaux de district ont déclaré 11.023 cas de paludisme dont 3 décès.

Autres maladies

Au cours de cette semaine, 1 cas suspect de méningite a été déclaré par le district de Ngoma (1cas) et (1 décès), 8 cas de choléra avec 1 décès notifiés par Hôpital Gisenyi.

Dans ce numéro:

Editorial :

Note de rédaction, Les épidémies en cours, Notification	1
Complétude et Promptitude, Cholera et prise en charge de cholera	2
Traitement, Mode de transmission et mesure préventive	3

Situation du cholera dans le district de Rubavu depuis le début de l'année	4
--	---

Rédacteurs :

- Vianney NIZEYIMANA, MD, MPH : International Health
- Janet BYARUHANGA, MD, MPH
- Mme Chantal UWIMANA
- Mme Catherine KAYITESI

Cholera

Le choléra est une maladie diarrhéique due à des souches appartenant aux sérogroupes **O1** et **O139** de *Vibrio cholerae*, un **bacille isolé en 1883 par Koch** en Egypte. *Vibrio cholerae* séro groupe O1, biotype El Tor, est répandu sur toute la planète, qui subit actuellement la 7^{ème} **pandémie** de choléra. L'Afrique étant le continent le plus touché au vu du nombre de cas signalés. Des chiffres bien en dessous de la réalité en raison de la sous notification des cas et des insuffisances des systèmes de surveillance. Par exemple, uniquement au Bangladesh, le nombre estimé de cas de choléra survenant chaque année est compris entre 100. 000 et 600. 000.

Période d'incubation

La brève période d'incubation va de moins d'un jour à cinq jours et l'entérotoxine produite par le vibriion entraîne une diarrhée aqueuse, abondante et indolore qui peut rapidement provoquer une déshydratation grave et entraîner la mort en l'absence d'un traitement rapide dans la plupart des cas, la maladie provoque également des vomissements

La plupart des sujets infectés ne tombent pas malades bien que le vibriion reste présent dans les selles pendant 7 à 14 jours. Lorsque la maladie survient, plus de 90 % des épisodes sont bénins ou de gravité modérée et difficiles à distinguer cliniquement d'autres types de diarrhées aiguës. Moins de 10 % des malades présentent un choléra typique avec des signes de déshydratation modérée ou grave.

Epidémiologie

Le choléra est resté confiné au sous-continent indien jusqu'en 1817. Cette date marque le début de la première pandémie cholérique qui a envahi l'Asie, le Moyen-Orient, et une partie de l'Afrique. D'autres pandémies se sont succédées, ayant toutes l'Asie comme point de départ, atteignant tous les continents et progressant de plus en plus rapidement avec l'amélioration des moyens de transport. Nous sommes actuellement dans la 7ème pandémie qui, partie de l'Indonésie en 1961, a envahi l'Asie (1962), puis le Moyen-Orient et une partie de l'Europe (1965), et s'est ensuite étendue en 1970 au continent africain, et en 1991 à l'Amérique Latine.

C'est en **Afrique** que la situation est la plus préoccupante actuellement. Les conflits et les mouvements de masse de réfugiés favorisent les épidémies : on estime que le choléra aurait **tué 23. 800 personnes dans les camps de réfugiés rwandais** installés en juillet 1994 à Goma au Congo. Quatre ans plus tard, près de 13. 500 cas de choléra et près de 800 morts ont été déclarés à l'OMS dans la République Démocratique du Congo entre janvier et mai 1998. Dans cette même période, 20. 000 cas et 1.000 morts ont été signalés en Ouganda.

Jusqu'en **1992**, *Vibrio cholerae* O1 était le seul agent connu du choléra. Cette année-là, une **souche, appartenant à un nouveau séro groupe** - O139 - est apparue en Inde et au Bangladesh. Ce vibriion est aujourd'hui responsable d'épidémies dans plusieurs pays d'Asie et pourrait être à l'origine d'une huitième pandémie cholérique.

Transmission

Le vibriion cholérique est une bactérie très mobile, aux exigences nutritionnelles modestes, dont l'homme est le principal réservoir. La maladie résulte de l'absorption par la bouche d'eau ou d'aliments contaminés. Une fois dans l'intestin, les vibrions sécrètent notamment la toxine cholérique, principal responsable de l'importante déshydratation qui caractérise l'infection : les pertes d'eau et d'électrolytes peuvent atteindre 15 litres par jour. L'homme joue à la fois le rôle de milieu de culture et de moyen de

transport pour le vibrion cholérique. Les selles diarrhéiques libérées en grande quantité sont responsables de la propagation des bacilles dans l'environnement et de la transmission oro-fécale.

De plus, la période d'incubation favorise le transport des vibrions sur de plus ou moins longues distances. Les principaux facteurs favorisant la transmission de l'infection sont **le niveau socio-économique et les conditions de vie des populations**. Les fortes concentrations de population associées à une hygiène défectueuse jouent un rôle important dans l'apparition et le développement d'une épidémie de choléra.

LUTTE EPIDEMIQUE ET MESURES PREVENTIVES

Lorsque le choléra apparaît dans une communauté, il est indispensable de veiller à une évacuation des excréta humains dans de bonnes conditions d'hygiène, à un approvisionnement suffisant en eau de boisson saine ainsi qu'à une bonne hygiène alimentaire. Parmi les mesures efficaces d'hygiène alimentaire, on peut mentionner les suivantes: cuire complètement les aliments et les consommer encore chauds, éviter que les aliments cuits ne soient infectés au contact d'aliments crus, y compris l'eau et la glace, ou par des surfaces contaminées ou des mouches et éviter les fruits ou légumes crus qui n'ont pas été pelés ou épluchés au préalable.

Il est déconseillé de donner aux enfants âgés de moins de cinq ans des boissons hyperosmolaires comme les sucrés dont coca-cola mais plutôt de leur donner des jus fraîchement préparés.

Il est tout aussi important de se laver les mains après avoir déféqué, particulièrement avant de toucher de la nourriture ou de l'eau de boisson.

Une restriction des déplacements et des échanges commerciaux entre les pays ou entre différentes régions d'un même pays ne permet pas non plus d'éviter la propagation de la maladie. La mise sur pied d'un cordon sanitaire aux frontières mobilise des personnels et des ressources qu'il vaudrait mieux consacrer à des mesures de lutte efficaces; elle peut même entraver la collaboration entre les établissements et les pays qui devraient plutôt conjuguer leurs efforts pour lutter contre le choléra.

Lors d'une épidémie ou les agents de santé sont très peu nombreux par rapport aux malades, le regroupement de ces derniers dans un seul centre peut faciliter le traitement et contribuer de surcroît à réduire la contamination de l'environnement.

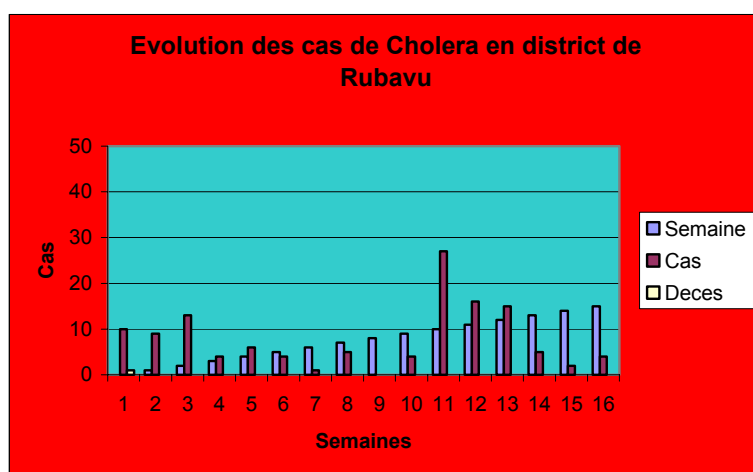
Traitement

La plupart des cas de diarrhée à *V. cholerae* peuvent être traités de façon satisfaisante par l'administration d'une solution de sels de réhydratation orale (présentés sous forme de sachets standard OMS/UNICEF). Au cours d'une épidémie, la seule administration d'un liquide de réhydratation orale suffit dans 80 à 90 % des cas, mais une perfusion peut être nécessaire en cas de déshydratation prononcée.

Dans les cas graves, un antibiotique efficace peut réduire le volume et la durée de la diarrhée et la période d'excrétion du vibrion. La tétracycline est l'antibiotique de première intention, mais elle se heurte à une résistance croissante. Les autres antibiotiques efficaces en cas de résistance à la tétracycline sont le cotrimoxazole, l'érythromycine, la doxycycline, le chloramphénicol et la furazolidone(Ciprofloxacine).

Un traitement communautaire systématique aux antibiotiques ou une chimioprophylaxie de masse n'a aucune utilité contre l'extension du choléra.

EVOLUTION D'EPIDEMIE DE CHOLERA DU DISTRICT DE RUBAVU DEPUIS LA PREMIERE SEMAINE AU SEIXIEME SEMAINE EPIDEMIOLOGIQUE 2007



Ce graphique nous montre que l'épidémie de choléra dans le district de Rubavu a débuté avec la première semaine du mois de janvier 2007. Durant cette période, 30 Cas ont été enregistrés dans les trois premières semaines de ce mois et c'est au cours de la 11^{ème} semaine que l'épidémie de choléra a occasionné très élevé

Ainsi, suite à l'accélération des mesures préventives et thérapeutiques prises par le TRAC Plus en collaboration avec le district de Rubavu, et d'autres intervenants dans le domaine de santé, les cas sont relativement baissés passant de 30 à moins de 10 cas dans la 16^{ème} semaine. Cependant et comme le montre ce graphique, bien que les cas soient diminués, les cas de choléra persistent dans ce milieu.