

وزارة الصحة العمومية

المركز الوطني للأمراض الجديدة وإدارة الرعاية الصحية الأساسية وإدارة حفظ صحة الوسط
والمستجدة وحماية المحيط

منشور 36

الموضوع : دعم خطة اليقظة إزاء مرض فيروس غرب النيل.

تبعاً لتزايد ظهور مرض فيروس غرب النيل لدى الحيوانات والإنسان في بعض بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط خلال موسمي 2010-2011 ، ونظراً لأن بلادنا سجلت خلال موسمي 1997 و2003 انتشاراً وبائياً لحالات التهاب السحايا لدى الإنسان ناتج عن الإصابة بفيروس غرب النيل.

و اعتباراً لاحتمال عودة ظهور هذا المرض ببلادنا، تدعو وزارة الصحة العمومية إلى تفعيل ودعم خطة اليقظة إزاء هذا المرض والتي تنص على تعزيز مراقبة حالات التهاب السحايا الفيروسي (Meningites Virales) وحالات الالتهابات الدماغية (Meningoencéphalites) لدى الإنسان و ذلك طيلة الفترة الممتدة بين 01 أبريل و 30 نوفمبر من كل سنة باتباع الإجراءات التالية:

1. دعوة الأطباء المباشرين لليقظة تجاه كل حالات التهاب السحايا والتهاب الدماغ من النوع الفيروسي طيلة الفترة الممتدة بين 01 أبريل و 30 نوفمبر من كل سنة وذلك بالتبليغ عنها وإجراء التحاليل الضرورية لتشخيص مرض غرب النيل لدى كل هاته الحالات.
2. يتم أخذ العينات الضرورية من دم وسائل النخاع الشوكي لكل حالة مشتبهة من التهاب السحايا الفيروسي أو التهاب دماغي وإرسالها مباشرة إلى مخبر التحاليل الفيروسية بمعهد باستور بتونس، مصحوبة ببطاقة التبليغ الخاصة بمرض حمى غرب النيل (ملحق عدد1). كما يقع إرسال نسخة

من هذه البطاقة إلى المرصد الوطني للأمراض الجديدة والمستجدة عبر الفاكس (71 894 533) مع

العلم أن التحاليل المجرات في هذا النطاق مجانية.

3. في حالة إيجابية نتائج التحليل، يقوم مخبر معهد باستور فوراً بإرسال نتائج التحاليل إلى الطبيب

المباشر و إعلام كل من الإدارة الجهوية للصحة العمومية المعنية والمرصد الوطني للأمراض الجديدة

والمستجدة وإدارة الرعاية الصحية الأساسية وإدارة حفظ الصحة وحماية المحيط.

4. عند إعلامها بتشخيص حالة حمى غرب النيل، على الإدارات المذكورة أعلاه اتخاذ الإجراءات

الوقائية الضرورية التالية عبر مصالحتها الجهوية وبالتنسيق بينها :

■ إعلام المصالح الجهوية المتدخلة في مقاومة البعوض.

■ إعلام المصالح الجهوية البيطرية.

■ الإسراع في القيام بحملة محلية لمقاومة البعوض : إجراء مسح لمخافر البعوض الناقل و تحديد

مواقع تكاثر البعوض في المجال الجغرافي حول الحالة المؤكدة ثم الشروع حالا في مقاومته

مع رفع بعض العينات من يرقات البعوض للتعرف عليها .

■ تعزيز مراقبة الوضع لدى الإنسان و ذلك بـ:

- إعلام المهنيين المعنيين بالحالة الوبائية لهذا المرض و حثهم على اليقظة إزاء أعراض بداية

المرض (ارتفاع درجة الحرارة $< 38^{\circ}\text{C}$ ، صداع شديد، رعشة و دوار و قيء، آلام عضلية

و مفصلية، تصلب في الرقبة و الظهر، عدم القدرة على مواجهة الضوء، فشل

(Asthénie)، طفح جلدي، اضطرابات عصبية.

- إجراء بحوث ميدانية لتقصي وجود إصابات أخرى و بؤر للمرض حول كل

حالة مؤكدة لحمى غرب النيل و رفع عينات للفحوص المخبرية إن اقتضى

الأمر.

- متابعة تطوّر الحالات: يقوم القسم الاستشفائي أو الطبيب المباشر للحالة

المؤكدة بإرسال المعلومات الإضافية حول تطوّر حالة المريض إلى المرصد الوطني

للأمراض الجديدة والمستجدة و ذلك عن طريق بطاقة المتابعة المخصصة لمرض حمى غرب النيل (ملحق عدد2).

- القيام بحملة تحسيسية حول المرض وأعراضه وأسبابه ونشر التثقيف الصحي حول طرق الوقاية منه و طرق الحماية من لسع البعوض لدى سكان المناطق المعرضة للمرض، مع استعمال الدعائم المتوفرة لذلك.

ونظرا للأهمية وحرصا على ضمان العناية الجيدة بالحالات المحتملة واتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة حولها ولدى بقية الأفراد من المخالطين فإننا ندعو كافة الإطارات الطبية وشبه الطبية والإطارات الإدارية وكافة أعوان الصحة إلى تنفيذ ما جاء بهذا المنشور والعمل على إرساء آليات التنفيذ والتنسيق استباقا لكل الاحتمالات.

عن وزير الصحة العمومية
رئيس المجلس البلدي

الإمضاء: زكرياء الوسلاتي

المرسل إليه ، المأخوذ والصياد:

أعضاء الديوان	: للإعلام
المديرين العامين والمديرين بالإدارات المركزية	: للإعلام
الإدارة العامة للهياكل الصحية العمومية	: للإعلام والمتابعة
إدارة الترتيب ومراقبة المهن الصحية	: للإعلام والمتابعة
المدرين الجهويين للصحة العمومية	: للإعلام والمتابعة
رئيس المجلس الوطني لعمادة الأطباء	: للإعلام
رئيس المجلس الوطني لهيئة الصيادلة	: للإعلام
الإدارة العامة للصحة العسكرية	: للإعلام
إدارة مصالح الصحة بوزارة الداخلية	: للإعلام



Fiche1 : Cas suspect d'infection à virus WEST NILE
Déclaration d'une hospitalisation
Surveillance du risque d'émergence du West Nile en Tunisie
Du 01 avril au 30 novembre

A envoyer avec les prélèvements au Laboratoire de virologie à l'Institut Pasteur de Tunis et à faxer à l'ONMNE au (71.894.533)

A remplir par le service déclarant

Date de déclaration : /_/_/ _/_/ _/_/_/

Coordonnées du médecin déclarant

Nom : Téléphone : \.....

Prénom : Email :

Hôpital:..... Service hospitalier:..... Tél.....

Clinique privée : Téléphone :

Identification du patient

Nom:.....

Prénom:.....

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : /_/_/ _/_/ _/_/_/

Gouvernorat :

Délégation :

Adresse : Téléphone :

Information cliniques : (ne remplir cette partie que pour le premier prélèvement)

Fièvre ($\geq 38.5^{\circ}\text{C}$) Oui Non Date début fièvre : _/_/ _/_/ _/_/_

Diagnostic ayant motivé la ponction lombaire: Méningite, méningo-encéphalite, autres, précisez:

Hospitalisation

Date d'hospitalisation ou de transfert : _/_/ _/_/ _/_/_

1^{er} prélèvement :

Nature des échantillons prélevés : LCR, Date du prélèvement: _/_/ _/_/ _/_/_

Sang total, Date du prélèvement: _/_/ _/_/ _/_/_

Sérum Date du prélèvement: _/_/ _/_/ _/_/_

2^{ème} prélèvement :

Nature des échantillons prélevés LCR, Date du prélèvement: _/_/ _/_/ _/_/_

Sang total, Date du prélèvement: _/_/ _/_/ _/_/_

Sérum Date du prélèvement: _/_/ _/_/ _/_/_

Cas suspect de West Nile = LCR clair (non purulent) prélevé chez :

- Un patient hospitalisé entre le 1er avril et le 30 novembre.

-Fébrile (fièvre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$)

-Avec des manifestations neurologiques (méningite ou méningo-encéphalite).



Surveillance de l'introduction du virus WEST NILE

Fiche 3 : Résultats des prélèvements biologiques

Nom & Prénom :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / ___ / ___ / ___ / ___

Date de prélèvement : (jj/mm/aaaa) / ___ / ___ / ___ / ___

Prescription d'un examen de confirmation de West Nile : Oui Non

1 ^{er} prélèvement	Date réception	Date résultat	Résultat
Sérologie	/ /	/ /	
LCR	/ /	/ /	
2 ^{ème} prélèvement			
Sérologie	/ /	/ /	
LCR	/ /	/ /	



Fiche2 : Suivi d'un patient atteint d'infection à virus WEST NILE confirmée

A remplir et à faxer en fin d'hospitalisation par le service déclarant à l'ONMNE
 au (71.894.533)

Nom patient : Prénom : Date de naissance : ___/___/___

Sexe : M / F

Hospitalisation : Date d'entrée: ___/___/___ Date de sortie: ___/___/___

Evolution : Guérison En cours Décédé Si décès, date ___/___/___

Séquelles Oui Non Si oui, précisez :

Informations Cliniques :

Syndrome méningé Oui Non NP

Date début des symptômes : ___/___/___

Date 1ère Ponction Lombar : ___/___/___

Céphalées Oui Non Raideur de la nuque Oui Non

Altération conscience Oui Non Convulsions/coma Oui Non

Signes de focalisation Oui Non Douleurs musculaire Oui Non

Douleurs articulaires Oui Non Troubles visuels Oui Non

Eruption cutanée Oui Non Vomissements Oui Non

Autres signes Oui Non Si oui, précisez :

Autres signes cliniques Oui Non Si oui, précisez :

Traitement anti- viral : Oui Non Si oui, précisez :

Y a-t-il d'autres cas suspects dans l'entourage du patient : Oui Non

Si oui, précisez (qui, quand, où ?)

Cas confirmé de West Nile = Un cas suspect avec au moins un des critères de laboratoire suivants :

- Une identification d'anticorps IgM anti-VWN dans le LCR par Elisa.
- Une séroconversion.
- Une augmentation de 4 fois du titre des anticorps IgG anti-VWN détectés par ELISA sur deux prélèvements consécutifs.