



Editorial (English version)

The sixteenth Ebola virus disease in Bulape, Democratic Republic of the Congo: Is there something new there?

Daniel Mukadi-Bamuleka^{1,2,3}

Corresponding Author

Daniel Mukadi-Bamuleka, MD, PhD

Courriel: drmukadi@gmail.com

Service of Microbiology, Department of Medical Biology, Kinshasa University Hospital, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Kinshasa, Lemba Mont-Amba, Democratic Republic of the Congo.

1. Service of Microbiology, Department of Medical Biology, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo
2. National Institute for Biomedical Research INRB, INRB, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo
3. Rodolphe Mérieux INRB-Goma Laboratory, Goma, North Kivu, Democratic Republic of the Congo

Received: November 7th, 2025

Accepted: November 15th, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.1>

Introduction

The Democratic Republic of the Congo (DRC) is facing a new Ebola outbreak since the official declaration of the Minister of Public Health, Hygiene, and Social Welfare on September 4, 2025 (1-2). The Sixteenth Ebola Virus Disease outbreak (EVD16) occurred in Bulape, a rural Health Zone close to Mweka where previous outbreaks occurred in 2007-2008.

After the official announcement of the EVD outbreak, most experts would have bet on a possible recurrence of the 2007-2008 viral strain originating in Mweka and Luebo, in the Province of Kasai, DRC. This implies the critical role the survivors would have played in the emergence of this new outbreak. In the world of Ebola, a question always stands “what is the concerned strain?”. This question is crucial, especially when we know the pivotal role the identification of the virus plays in the implementation of medical countermeasures (3-4). If the DRC has faced iterative EVD outbreaks over the last decade (5), the in-country expertise in the management of emergencies has steadily grown. This enhanced knowhow has led to accurate and efficient interventions in the field during outbreaks with highest impact, such as Ebola, Covid-19, Mpox, etc. The key points that should immediately retain the reader's attention are summarized in the lines below, aiming to provide brief but relevant information.

The landscape of the outbreak

Bulape belongs to the eighteen Health Zones of the Province of Kasai, with an estimated population of 155,355 inhabitants over an area of 6,533 km² (6). This rural health zone is close to Mweka, an area previously affected by EVD outbreaks in 2007-2008. The region is known to have a poor accessibility due to its geographical isolation, location, and bad quality of access roads (Figure 1) (2,7).

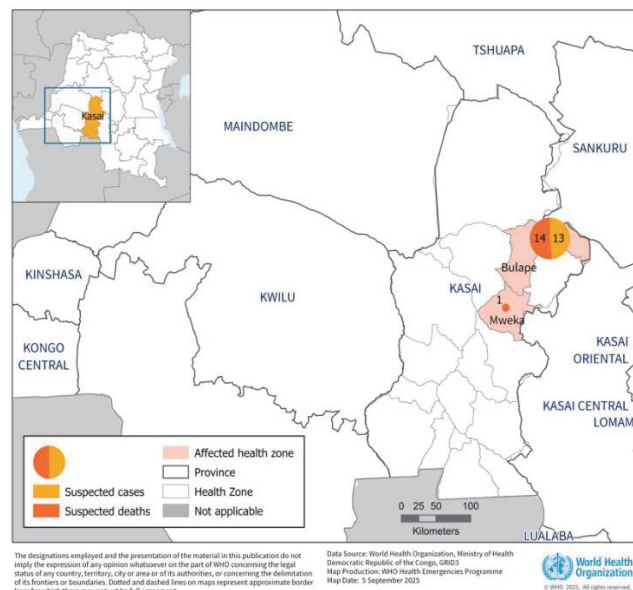


Figure 1. DRC Map showing Bulape Health Zone in pink (WHO)

This poor resource setting also lacks adequate health infrastructures, limiting care and laboratory capacities. This background presents a fragile environment from which health emergencies can arise and spread to the neighborhood or further afield. Thus, early September 2025, this framework lacking a mechanism of outbreaks preparedness, was suddenly transformed into a theater of operations for the EVD16 response in DRC (8-9).

The story at the beginning

On September 1st, 2025, the DRC Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique (COUSP) has been notified by the Kasai Division Provinciale de la Santé (DPS) of several cases presenting a hemorrhagic clinical picture in health areas of Bulape, Bulape Com and Dikolo. The index case was a 34-year-old pregnant woman (34 weeks of pregnancy) admitted on August 20, at the General Referral Hospital of Bulape with high fever, bloody diarrhea, multiple hemorrhage (anal, oral and nasal), vomiting and intense physical asthenia. She had reported to have consumed a wild prey a few days before reporting Ebola symptoms. She was treated with antimalarial, antibiotic and tocolytics prior to delivering a stillborn, the day following her admission. She died five days later in a multiple organ dysfunction syndrome picture. Her burial was carried out without observance of any safe and dignified protocol. A few days later the mid-wives, nurses and lab-technicians who cared at her developed the Ebola symptoms and died in similar conditions (8, 10).

On September 2nd, a multidisciplinary team was quickly deployed for investigation (10). In total, they have collected six human samples, including one oral swab and five whole blood specimens, that they shipped to the Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) in Kinshasa for testing. Samples were received on September 3rd and processed the same day within the INRB biosafety level-3 laboratory (8, 10).

Specimens from suspect-cases were tested with three different RT-PCR kits: the Xpert Ebola (GeneXpert, Cepheid, Sunnyvale, CA, USA) to detect the *Orthoebola zairens*'s viral glycoprotein (GP) and nucleoprotein (NP); the Global Fever panel from Biofire Film Array (BioFire Diagnostics, LLC, Salt Lake City, Utah, USA), a multiplex and multipathogens automated qPCR; and the Altona Realstar Filovirus Type RT-PCR Kit 2.0 (Altona, Hamburg, Germany), a multiplex multi Ebola species rt-PCR. Of note, five out of six samples were tested positive for Ebola Zaïre (EBOV), leading the Ministry of Public Health to officially declare the EVD16 outbreak (8, 10).

Key figures and places to retain

As of September 4, 2025, 28 suspected cases, including 15 deaths, of which four were health-care workers have been reported from three areas of the Bulape health zone (Bulape, Bulape Com and



Dikolo) and Mweka health zone. About 80% of the suspected cases were aged 15 years and older (8). Since the last patient was discharged on October 19, 2025, no new cases have been reported, and the 42-day countdown smoothly runs. As of November 4, 2025, the EVD16 outbreak accounted for 53 confirmed-cases, 11 probable cases, 34 deaths, 19 persons cured, and > 40,000 persons vaccinated. The global case fatality rate of the outbreak is 70,3% and that among confirmed-cases is 64.2% (34 deaths for 53 confirmed-cases). Confirmed cases are distributed per health areas as follows: Balambaie 4, Bulape 16, Bulape Com 4, Dikolo 25, Ingongo 1, Mpianga 3 (11).

Genomic sequencing

In outbreak context, the genomic sequencing has always sought an answer to the following traditional question: “Does the new outbreak represent a new spillover or a resurgence from a previous outbreak?”, though other concerns can be revealed. After Ebola confirmation, the INRB worked hard to provide within 24 hours the genetic sequence of the virus detected in Bulape. The whole genome sequencing carried out on positive samples provided a quasi-perfect genomic coverage (99.97%) allowing identification, characterization and alignment of the virus. The Bulape EBOV strain was closely related to *Ebola Mayinga* that caused the first EVD outbreak in Yambuku, province of Mongala, DRC {Ebola virus/H.sapiens-tc/COD/1976/Yambuku-Mayinga (GenBank accession number NC_002549.1)} (Figure 2) (2, 8).

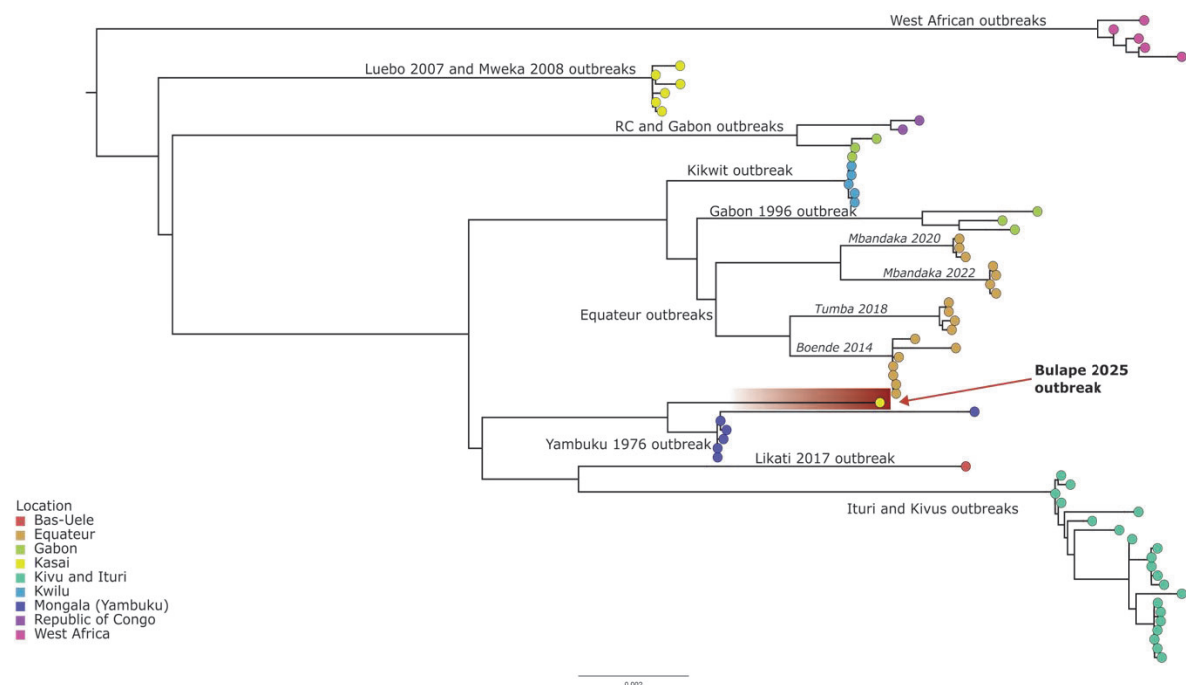


Figure 2. Phylogenetic tree of Ebola Zaire strain in Bulape (Virological)

This information was critical as it confirmed a new spillover and ruled out the possibility of a resurgence from 2007-2008 outbreak’s potential survivors. Further genomic analysis revealed that the ongoing outbreak could have started circulating late July or early August 2025.

Lessons learned from EVD16 outbreak

The fact that the DRC has faced the highest number of EVD outbreaks in the world implies that valuable experience and maturity have been gained by its health professionals and researchers. All actors must capitalize on it to ensure that lessons learned from the long-term management of EVD outbreaks in DRC serve for the good use. These lessons are summarized in the lines below.

During EVD16, the DRC maintained its legacy of responsiveness to emergencies, with interventions carried out within very short timeframes. Of note, the laboratory diagnosis and genetic sequences were



delivered within a 24-hour timeframe. On the following day, the laboratory was lifted from Kinshasa, though it took a few days to be operational in the field.

The laboratory diagnosis triggered quick implementation of countermeasures including specific therapeutics, vaccines, contact tracing, infection and prevention control, safe and dignified burials, etc. The success of quick deployment relied on the strong mobilization of national and international entities under the coordination of the Ministry of Public Health, Hygiene, and Social Welfare.

A focus should be put on the need to maintain a surge capacity in vaccines, therapeutics and diagnostics in strategic points of the country, to allow a rapid national mobilization while waiting for external international support. This is feasible if the pre-deployment to strategic points is envisioned and regular replacement of expired supplies and reagents ensured. However, securing adequate funding upstream is paramount to support regular field operations.

For the last high impact outbreaks, the DRC workforce has always been on point to face multiple health challenges. However, much work should aim at reinforcing the logistics and mobility of actors and materials across sites without relying on external support. This will avoid additional delays where the time can be the best or worst ally to implement efficient control measures during emergencies.

The logistics support is still challenging in the context of emergencies in DRC. Firstly, most outbreaks occur in remote areas with poor accessibility, making the deployment time, money and resource-consuming. Secondly, most logistical resources belong to non-national entities in general. As a result, the use of these means of transport by national personnel is sometimes subject to several restrictions. Thirdly, most governmental resources are not available on time to serve affected areas during emergency situations.

Conclusion

The EVD16 outbreak in Bulape was caused by *Ebola Mayinga strain*, from the first outbreak described in 1976 in Yambuku (Mongala, DRC). Although closed related virus were involved in outbreaks in Tandala (1977), Likati (2017), and North Kivu and Ituri (2018), it's for the first time that *Ebola Mayinga* is causative of an outbreak in the center of the DRC, where two other outbreaks previously occurred in 2007 and 2008.

The laboratory deployed the traditional GeneXpert besides a portable Oxford Nanopore Technologies' platform to ensure real-time testing and sequencing of samples. During this outbreak, prevention and care working-groups used FDA-approved vaccine (Ervebo[®], Merck, Rahway, NJ, USA) and therapeutics (Ebanga[®], Ridgepack Biotherapeutics, Miami, FL, USA).

As diagnostic tools, vaccines and therapeutics were all adapted to the virus strain and triggered a smooth and timely implementation of adequate control measures. Although the outbreak did not provide enough novelty, the expertise of the DRC workforce has played a paramount role in the implementation of control measures. The perfect and coordinated arrangement of roles facilitated the harmonious management of what some experts feared would be an outbreak with the potential to spread to large urban centers or villages. This is where the COUSP has played a pivotal role, to effectively coordinate the efforts of specific entities to achieve a true teamwork. The success will undoubtedly be shared with all stakeholders, the population, the government, national and international entities, for whom this outbreak was handled with care to quickly bring it under control.

Conflict of interest

The author declares no conflict of interest regarding the present article.

References

1. US CDC. Ebola Outbreak in the DRC: Current Situation. <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html> (accessed November 7, 2025).
2. Virological. The 16th Ebola Virus Disease Outbreak in Bulape Health Zone, Kasai, Democratic Republic of the Congo: A new spillover event from an unknown reservoir host. <https://virological.org/t/the-16th-ebola-virus-disease-outbreak-in-bulape-health-zone-kasai-democratic-republic-of-the-congo-a-new-spillover-event-from-an-unknown-reservoir-host/1003/1> (accessed November 7, 2025).
3. Mbala-Kingebeni P, Villabona-Arenas CJ, Vidal N, Likofata J, Nsio-Mbeta J, Makiala-Mandanda S *et al.* Rapid Confirmation of the Zaire Ebola Virus in the Outbreak of the Equateur Province in



- the Democratic Republic of Congo: Implications for Public Health Interventions. *Clin Infect Dis*. 2019 Jan 7;**68** (2):330-333.
4. Mbala-Kingebeni P, Pratt CB, Wiley MR, Diagne MM, Makiala-Mandanda S, Aziza A *et al*. 2018 Ebola virus disease outbreak in Équateur Province, Democratic Republic of the Congo: a retrospective genomic characterisation. *Lancet Infect Dis*. 2019 Jun;**19** (6):641-647.
 5. Mukadi-Bamuleka D, Nkuba-Ndaye A, Mbala-Kingebeni P, Ahuka-Mundeki S, Muyembe-Tamfum JJ. Impact of Ebola epidemics on the daily operation of existing systems in Eastern Democratic Republic of the Congo: a brief review. *J Med Econ*. 2024 Jan-Dec;**27** (1):184-192.
 6. Reliefweb. Situation Report. République Démocratique du Congo : Épidémie - 08-2025 - Épidémie de fièvre hémorragique virale Ebola dans les AS de Bulape, Bulape Com et Dikolo, ZS de Bulape, Province du Kasai (2025-09-04). <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/republique-democratique-du-congo-epidemie-08-2025-epidemie-de-fievre-hemorragique-virale-ebola-dans-les-de-bulape-bulape-com-et-dikolo-zs-de-bulape-province-du-kasai-2025-09-04> (accessed November 7, 2025).
 7. Organisation Mondiale de la Santé. RDC : sortie du dernier patient guéri d’Ebola. <https://www.afro.who.int/fr/news/rdc-sortie-du-dernier-patient-gueri-debola> (accessed on November 7, 2025).
 8. World Health Organization. Disease Outbreak News: Ebola virus disease - Democratic Republic of the Congo. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON580> (accessed November 7, 2025).
 9. Reliefweb. Genre en bref - Épidémie d’Ebola au Kasai, République Démocratique du Congo (Mardi 16 Septembre 2025). <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/genre-en-bref-epidemie-debola-au-kasai-republique-democratique-du-congo-mardi-16-septembre-2025> (accessed November 7, 2025).
 10. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, Centre d’Opérations d’Urgences de Santé Publique. Note d’information en rapport avec la suspicion de la fièvre hémorragique virale Ebola. INS/COUSP/FTK/0127/CNB/2025. 1^{er} Septembre 2025.
 11. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, Centre d’Opérations d’Urgences de Santé Publique. Rapport de Situation de la Maladie à Virus Ebola/16^{ème} épidémie. SitRep MVE N° 58/MVE_16/2025 du 2 et 3 Novembre 2025.

Cite this article as Mukadi-Bamuleka D. The sixteenth Ebola virus Disease in Bulape, Democratic Republic of the Congo: Is there something new there? *Ann Afr Med* 2025; **19** (1): e6587-e6591. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.1>



Editorial (French version)

Seizième épidémie de Maladie à Virus Ebola à Bulape, en République Démocratique du Congo : y a-t-il du nouveau ?

Daniel Mukadi-Bamuleka^{1,2,3}

Corresponding Author

Daniel Mukadi-Bamuleka, MD, PhD

Courriel: drmukadi@gmail.com

Service of Microbiology, Department of Medical Biology, Kinshasa University Hospital, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Kinshasa, Lemba Mont-Amba, Democratic Republic of the Congo.

1. Service of Microbiology, Department of Medical Biology, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo
2. National Institute for Biomedical Research INRB, INRB, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo
3. Rodolphe Mérieux INRB-Goma Laboratory, Goma, North Kivu, Democratic Republic of the Congo

Reçu le 7 novembre 2025

Accepté 15 novembre 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.1>

Introduction

La République Démocratique du Congo (RDC) est confrontée à une nouvelle épidémie d'Ebola depuis la déclaration officielle du Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale le 4 septembre 2025 (1-2). La seizième épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE16) s'est déclarée à Bulape, une Zone de Santé rurale proche de Mweka où des épidémies précédentes s'étaient produites en 2007-2008.

Après l'annonce officielle de l'épidémie d'Ebola, la plupart des experts auraient parié sur une possible résurgence de la souche virale de 2007-2008 provenant de Mweka et Luebo, dans la province du Kasai, en RDC. Cela implique que les survivants auraient joué un rôle crucial dans l'émergence de cette nouvelle épidémie. Dans le monde d'Ebola, une question se pose toujours : « Quelle est la souche concernée ? ». Cette question est cruciale, surtout lorsque l'on connaît le rôle central que joue l'identification du virus dans la mise en œuvre des contre-mesures médicales (3-4). Si la RDC a été confrontée à des épidémies répétées de MVE au cours de la dernière décennie (5), l'expertise nationale en matière de gestion des urgences n'a cessé de croître. Ce savoir-faire accru a permis des interventions précises et efficaces sur le terrain lors d'épidémies ayant un impact majeur, telles que Ebola, Covid-19, Mpox, etc. Les lignes ci-dessous résument les points clés qui devraient immédiatement attirer l'attention du lecteur, dans le but de fournir des informations succinctes mais pertinentes.

Le paysage de l'épidémie

Bulape fait partie des dix-huit zones de santé de la province du Kasai, avec une population estimée à 155.355 habitants sur une superficie de 6.533 km² (6). Cette Zone de Santé rurale est proche de Mweka, une région précédemment touchée par des épidémies de MVE en 2007-2008. La région est connue pour son accès difficile en raison de son isolement géographique, de sa situation et de la mauvaise qualité des routes d'accès (Figure 1) (2,7).

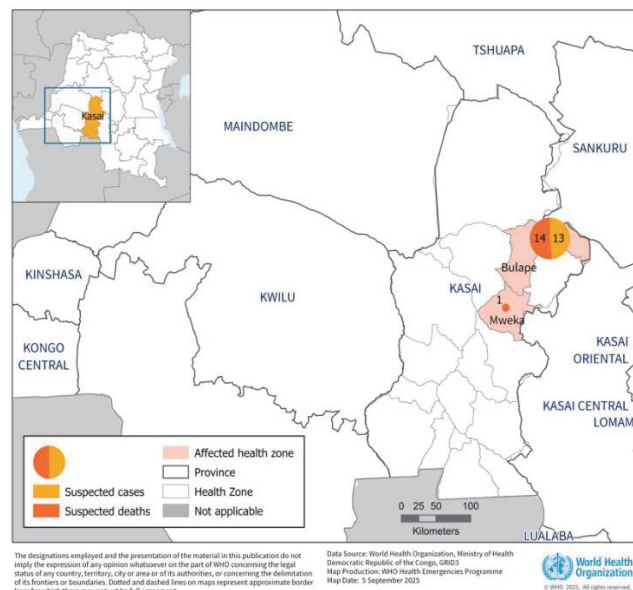


Figure 1. DRC Map showing Bulape Health Zone in pink (WHO)

Ce contexte à ressources limitées s'accompagne également d'un manque d'infrastructures sanitaires adéquates, ce qui limite les capacités en matière de soins et de laboratoires. Ce contexte présente un environnement fragile dans lequel des urgences sanitaires peuvent survenir et se propager au voisinage ou plus loin. Ainsi, début septembre 2025, ce cadre dépourvu de mécanisme de préparation aux épidémies va soudainement se transformer en théâtre d'opérations pour la riposte à la MVE16 en RDC (8- 9).

L'histoire au commencement

Le 1er septembre 2025, le Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique (COUSP) de la RDC a été informé par la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Kasai de plusieurs cas présentant un tableau clinique hémorragique dans les Zones de Santé de Bulape, Bulape Com et Dikolo. Le cas index était une femme enceinte de 34 ans (34 semaines de grossesse) admise le 20 août à l'Hôpital Général de Référence de Bulape avec une forte fièvre, une diarrhée sanglante, des hémorragies multiples (anales, buccales et nasales), des vomissements et une asthénie physique intense. Elle avait déclaré avoir consommé un gibier sauvage quelques jours avant de présenter les symptômes d'Ebola. Elle a été traitée avec des antipaludiques, des antibiotiques et des tocolytiques avant d'accoucher d'un enfant mort-né, le lendemain de son admission. Elle est décédée cinq jours plus tard dans un tableau de syndrome de défaillance multiviscérale. Son enterrement a été effectué sans respecter aucun protocole d'enterrement digne et sécurisé. Quelques jours plus tard, les sages-femmes, les infirmières et les techniciens de laboratoire qui s'étaient occupés d'elle ont développé les symptômes d'Ebola et sont décédés dans des conditions similaires (8, 10).

Le 2 septembre, une équipe multidisciplinaire a été rapidement déployée pour mener l'enquête (10). Au total, elle a prélevé six échantillons humains, dont un écouvillon oral et cinq échantillons de sang total, qui ont été envoyés à l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) à Kinshasa pour y être analysés. Les échantillons ont été reçus le 3 septembre et traités le jour même dans le laboratoire de niveau de biosécurité 3 de l'INRB (8, 10).

Les échantillons des cas suspects ont été testés à l'aide de trois kits RT-PCR différents : le Xpert Ebola (GeneXpert®, Cepheid, Sunnyvale, Californie, États-Unis) qui détecte la glycoprotéine (GP) et la nucléoprotéine (NP) d'*Orthoebola zairensis* ; le panel Global Fever de Biofire® Film Array (BioFire Diagnostics, LLC, Salt Lake City, Utah, États-Unis), une qPCR automatisé multiplex et multipathogène ; et le kit Altona® Realstar Filovirus Type RT-PCR Kit 2.0 (Altona, Hambourg, Allemagne), un rt-PCR multiplex multi-espèces Ebola. Il est à noter que cinq des six échantillons ont



été testés positifs à Ebola Zaïre (*EBOV*), ce qui a conduit le ministère de la Santé Publique à déclarer officiellement l'épidémie de MVE16 (8, 10).

Chiffres clés et lieux à retenir

Au 4 septembre 2025, 28 cas suspects, dont 15 décès, parmi lesquels quatre étaient des professionnels de santé, ont été signalés dans trois aires de la Zone Santé de Bulape (Bulape, Bulape Com et Dikolo) et dans la Zone de Santé de Mweka. Environ 80 % des cas suspects étaient âgés de 15 ans et plus (8). Depuis la sortie du dernier patient le 19 octobre 2025, aucun nouveau cas n'a été signalé et le compte à rebours de 42 jours se déroule sans encombre. Au 4 novembre 2025, l'épidémie de MVE16 comptait 53 cas confirmés, 11 cas probables, 34 décès, 19 personnes guéries et plus de 40 000 personnes vaccinées. La létalité globale de l'épidémie est de 70,3 % et celui au sein des cas confirmés est de 64,2 % (34 décès pour 53 cas confirmés). Les cas confirmés sont répartis par aires de santé comme suit : Balambaie 4, Bulape 16, Bulape Com 4, Dikolo 25, Ingongo 1, Mpianga 3 (11).

Séquençage génomique

Dans le contexte d'une épidémie, le séquençage génomique a toujours cherché à répondre à une question traditionnelle : « La nouvelle épidémie représente-t-elle une nouvelle introduction ou une résurgence d'une épidémie précédente ? », bien que d'autres préoccupations puissent être révélées. Après la confirmation de l'épidémie d'Ebola, l'INRB a travaillé d'arrache-pied pour fournir dans les 24 heures la séquence génétique du virus détecté à Bulape. Le séquençage complet du génome effectué sur des échantillons positifs a fourni une couverture génomique quasi parfaite (99,97 %), permettant l'identification, la caractérisation et l'alignement du virus. La souche EBOV de Bulape était étroitement liée au virus *Ebola Mayinga* qui a causé la première épidémie de la MVE à Yambuku, dans la province de Mongala, en RDC {virus Ebola/H.sapiens-tc/COD/1976/Yambuku-Mayinga (numéro d'accès GenBank NC_002549.1)} (Figure 2) (2, 8).

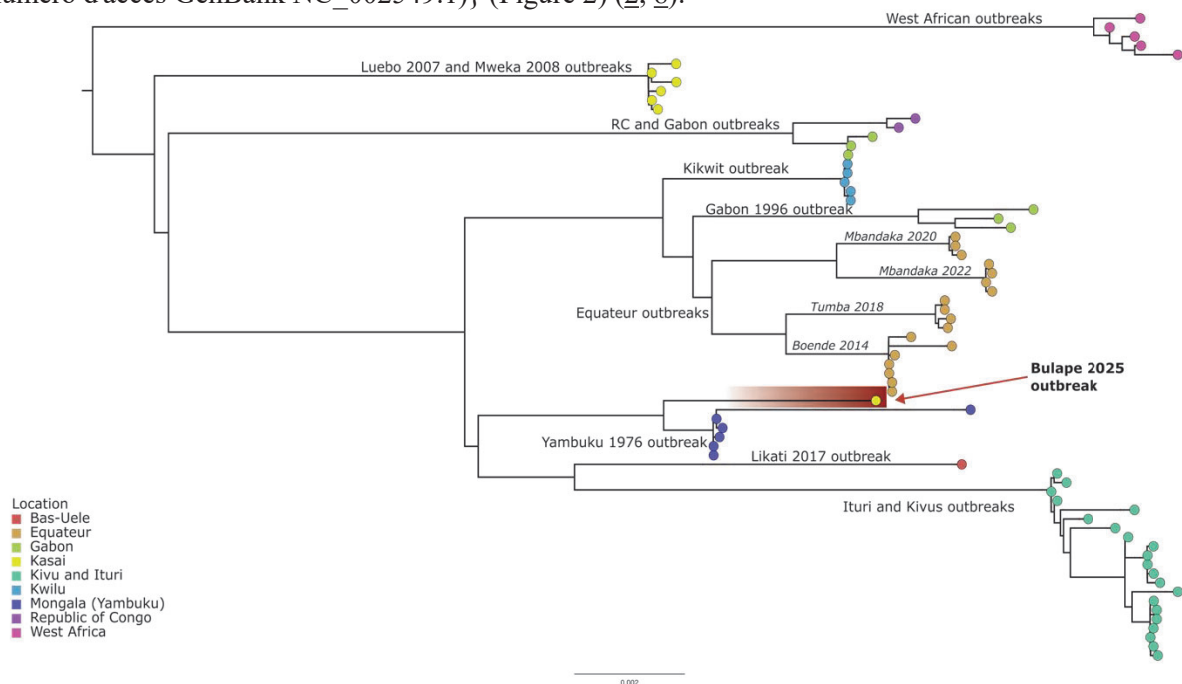


Figure 2. Phylogenetic tree of Ebola Zaïre strain in Bulape (Virological)

Cette information était cruciale, car elle confirmait une nouvelle introduction et excluait la possibilité d'une résurgence potentielle à partir des survivants de l'épidémie de 2007-2008. L'analyse génomique approfondie a révélé que le virus en cours aurait commencé à circuler fin juillet ou début août 2025.

Leçons apprises de l'épidémie de MVE16



Si la RDC a été confrontée au plus grand nombre d'épidémies de MVE au monde, il est certain qu'elle a acquis une expérience et une maturité considérables. Tous les acteurs doivent en tirer parti pour s'assurer que les leçons tirées soient mises à profit. Les enseignements tirés de la gestion à long terme des épidémies de MVE en RDC peuvent être résumés dans les lignes ci-dessous.

Au cours de l'épidémie de MVE16, la RDC a maintenu sa tradition de réactivité face aux urgences, avec des interventions menées dans des délais très courts. Il convient de noter que le diagnostic au laboratoire et le séquençage génétique ont été réalisés dans un délai de 24 heures. Le lendemain, le laboratoire a été déployé de Kinshasa, quoi qu'il a fallu quelques jours pour qu'il soit opérationnel sur le terrain.

Le diagnostic de laboratoire a déclenché la mise en œuvre rapide de contre-mesures, notamment des traitements spécifiques, des vaccins, le suivi des contacts, la prévention et contrôle de l'infection, des enterrements dignes et sécurisés, etc. Le succès de ce déploiement rapide repose sur la forte mobilisation des entités nationales et internationales sous la coordination du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale.

Il convient de mettre l'accent sur la nécessité de maintenir une capacité de pointe en matière de vaccins, de traitements et de diagnostics dans les points stratégiques du pays, afin de permettre une mobilisation interne rapide en attendant l'appui extérieure. Cela est possible si le pré-déploiement vers les points stratégiques est envisagé et si le remplacement régulier des intrants et réactifs périmés est assuré. Cependant, il est primordial de garantir un financement adéquat en amont pour soutenir les opérations régulières sur le terrain.

Lors des dernières épidémies à fort impact, le personnel de la RDC s'est toujours montré à la hauteur pour faire face à de multiples défis sanitaires. Cependant, il convient de consacrer beaucoup d'efforts au renforcement de la logistique et de la mobilité des acteurs et du matériel entre les sites sans compter sur un soutien extérieur. Cela permettra d'éviter des retards supplémentaires, alors que le temps peut être le meilleur ou le pire allié pour mettre en œuvre des mesures de contrôle efficaces en cas d'urgence.

Le soutien logistique reste difficile dans le contexte des situations d'urgence en RDC. Premièrement, la plupart des épidémies surviennent dans des zones reculées et difficiles d'accès, ce qui rend le déploiement coûteux en temps, en argent et en ressources. Deuxièmement, la plupart des ressources logistiques appartiennent généralement à des entités non nationales. Par conséquent, l'utilisation de ces moyens de transport par le personnel national est parfois soumise à plusieurs restrictions. Troisièmement, la plupart des ressources gouvernementales ne sont pas disponibles à temps pour desservir les zones touchées en situation d'urgence.

Conclusion

La seizième épidémie de la MVE à Bulape a été causée par la souche *Ebola Mayinga*, issue de la première épidémie décrite en 1976 à Yambuku (Mongala, RDC). Bien que des virus étroitement apparentés aient été impliqués dans les épidémies de Tandala (1977), Likati (2017) et du Nord-Kivu et de l'Ituri (2018-2020), c'est la première fois que le virus *Ebola Mayinga* est à l'origine d'une épidémie dans le centre de la RDC, où deux autres épidémies s'étaient déjà déclarées en 2007 et 2008.

Le laboratoire a déployé le GeneXpert® traditionnel en plus d'une plateforme portable Oxford® Nanopore Technologies afin d'assurer le diagnostic et le séquençage des échantillons en temps réel. Au cours de cette épidémie, les groupes de travail chargés de la prévention et des soins ont utilisé un vaccin (Ervebo®, Merck, Rahway, NJ, États-Unis) et des traitements (Ebanga®, Ridgepack Biotherapeutics, Miami, FL, États-Unis) approuvés par la FDA.

Les outils diagnostiques, les vaccins et les traitements étant tous adaptés à la souche virale séquencée, ils ont permis la mise en œuvre rapide et sans heurts de mesures de contrôle adéquates. Bien que l'épidémie n'ait pas présenté de nouveautés particulières, l'expertise du personnel congolais a joué un rôle primordial dans la mise en œuvre des mesures de contrôle. La répartition parfaite et coordonnée des rôles a facilité la gestion harmonieuse de ce que certains experts craignaient être une épidémie susceptible de se propager aux grands centres urbains ou aux villages. C'est là que le COUSP a joué un rôle central, en coordonnant efficacement les efforts d'entités spécifiques afin de parvenir à un



véritable travail d'équipe. Le succès sera sans aucun doute partagé avec toutes les parties prenantes, la population, le gouvernement, les entités nationales et internationales, pour qui cette épidémie aura été gérée avec soin afin de la maîtriser rapidement.

Conflit d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

References

1. US CDC. Ebola Outbreak in the DRC: Current Situation. <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/index.html> (accessed November 7, 2025).
2. Virological. The 16th Ebola Virus Disease Outbreak in Bulape Health Zone, Kasai, Democratic Republic of the Congo: A new spillover event from an unknown reservoir host. <https://virological.org/t/the-16th-ebola-virus-disease-outbreak-in-bulape-health-zone-kasai-democratic-republic-of-the-congo-a-new-spillover-event-from-an-unknown-reservoir-host/1003/1> (accessed November 7, 2025).
3. Mbala-Kingebeni P, Villabona-Arenas CJ, Vidal N, Likofata J, Nsio-Mbeta J, Makiala-Mandanda S, *et al.* Rapid Confirmation of the Zaire Ebola Virus in the Outbreak of the Equateur Province in the Democratic Republic of Congo: Implications for Public Health Interventions. *Clin Infect Dis.* 2019 Jan 7;68 (2):330-333.
4. Mbala-Kingebeni P, Pratt CB, Wiley MR, Diagne MM, Makiala-Mandanda S, Aziza A, *et al.* 2018 Ebola virus disease outbreak in Équateur Province, Democratic Republic of the Congo: a retrospective genomic characterisation. *Lancet Infect Dis.* 2019 Jun;19 (6):641-647.
5. Mukadi-Bamuleka D, Nkuba-Ndaye A, Mbala-Kingebeni P, Ahuka-Mundeke S, Muyembe-Tamfum JJ. Impact of Ebola epidemics on the daily operation of existing systems in Eastern Democratic Republic of the Congo: a brief review. *J Med Econ.* 2024 Jan-Dec;27 (1):184-192.
6. Reliefweb. Situation Report. République Démocratique du Congo : Épidémie - 08-2025 - Epidémie de fièvre hémorragique virale Ebola dans les AS de Bulape, Bulape Com et Dikolo, ZS de Bulape, Province du Kasai (2025-09-04). <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/republique-democratique-du-congo-epidemie-08-2025-epidemie-de-fievre-hemorragique-virale-ebola-dans-les-de-bulape-bulape-com-et-dikolo-zs-de-bulape-province-du-kasai-2025-09-04> (accessed November 7, 2025).
7. Organisation Mondiale de la Santé. RDC : sortie du dernier patient guéri d'Ebola. <https://www.afro.who.int/fr/news/rdc-sortie-du-dernier-patient-gueri-debola> (accessed on November 7, 2025).
8. World Health Organization. Disease Outbreak News: Ebola virus disease - Democratic Republic of the Congo. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON580> (accessed November 7, 2025).
9. Reliefweb. Genre en bref - Épidémie d'Ebola au Kasai, République Démocratique du Congo (Mardi 16 Septembre 2025). <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/genre-en-bref-epidemie-debola-au-kasai-republique-democratique-du-congo-mardi-16-septembre-2025> (accessed November 7, 2025).
10. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, Centre d'Opérations d'Urgences de Santé Publique. Note d'information en rapport avec la suspicion de la fièvre hémorragique virale Ebola. INS/COUSP/FTK/0127/CNB/2025. 1^{er} Septembre 2025.
11. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, Centre d'Opérations d'Urgences de Santé Publique. Rapport de Situation de la Maladie à Virus Ebola/16^{ème} épidémie. SitRep MVE N° 58/MVE_16/2025 du 2 et 3 Novembre 2025.

Cite this article as Mukadi-Bamuleka D. The sixteenth Ebola virus Disease in Bulape, Democratic Republic of the Congo: Is there something new there? *Ann Afr Med* 2025; 19 (1): e6587-e6591. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.1>