

AFGHANISTAN : UNE CATASTROPHE ANNONCÉE

Bien qu'étant au cœur de l'actualité, l'Afghanistan n'est, certes pas, une destination touristique convoitée mais de nombreux occidentaux y séjournent (militaires en particulier). Des mouvements de population et de réfugiés y ont lieu, et ce pays où tout est à reconstruire, accueille des équipes internationales. On attendait un article de fond sur les maladies infectieuses endémiques à cette région. Mark R. Wallace et collaborateurs viennent combler cette lacune dans *Clinical Infectious Diseases* 2002 ; **34 Suppl 5** : Endemic Infectious Diseases of Afghanistan. Si l'absence de classification des infections décrites est critiquable, l'aspect « catalogue » semble adapté au sujet. Essayons de résumer : Infections parasitaires : *Plasmodium vivax* est à l'origine de la majorité des cas de paludisme, *Plasmodium falciparum* n'est pas rare (région Est de culture du riz; saisonnier de septembre à novembre). Entre 30 à 50% des souches ont acquis une résistance type I et II. La prophylaxie recommandée est la méfloquine ou la doxycycline (qui a également l'avantage d'instaurer une protection vis-à-vis du scrub typhus et de la leptospirose). Ascaridioses et téniasés prédominant au Nord, amibiases et giardiases plutôt au Sud (les œufs d'helminthes survivent mieux en climat froid que les protozoaires). Dans certaines régions, 10 % des enfants sont infectés par *Cryptosporidium parvum*. La leishmaniose viscérale est peu répandue, mais *Leishmania tropica* responsable des formes cutanées, infecte jusqu'à 38 % des populations réfugiées de certains camps. Infections virales : tous les types majeurs d'hépatites virales sont représentés en Afghanistan. Les plus grandes épidémies d'hépatite E ont été recensées au Pakistan et en Inde et l'infection reste une menace. L'arbovirose la plus préoccupante est la fièvre hémorragique Crimée Congo liée à l'activité des tiques (mai à juin). Des cas de transmission nosocomiale ont été enregistrés. L'encéphalite à tique est également présente à cette époque, le variant « Russe » étant particulièrement virulent. Plusieurs cas de rage humaine sont déclarés quotidiennement à Kaboul. Le nombre de renards, loups, chacals et chiens errants impose une vaccination préventive pour les personnels n'ayant pas accès au traitement post-exposition. Les Polio virus type 1 et 3 circulent encore dans ces régions, la vaccination est recommandée. Les conséquences de la rougeole sont effroyables chez les enfants malnutris. C'est une des causes majeures de mortalité infantile principalement en hiver et au début du printemps. Les cas de tétanos néo-natal sont fréquents. Le VIH

suit, comme en Afrique, le trajet des camions. L'usage du préservatif est estimé à 4 %. L'emploi de drogues par voie intra veineuse n'est pas exceptionnel dans la région (au Kazakhstan notamment). Infections bactériennes : L'étiologie des diarrhées a surtout été explorée au Pakistan. *Escherichia coli* entérotoxigène, plus récemment entérohémorragique, *Shigella flexneri*, *Shigella dysenteriae* et différentes espèces de *Salmonella* et *Campylobacter* ont été isolées. Depuis 1988 des épidémies de choléra sont à nouveau observées. La souche la plus fréquente est *V. cholerae* sérotype O1, El Tor, sérotype Ogawa. Le sérotype O139 a sévi de 1993 à 1996. Des souches multirésistantes de *Salmonella typhi* (ampicilline, chloramphénicol, bactrim et, plus récemment, quinolones) sont à l'origine de fièvre typhoïde (cause de plus de 30000 hospitalisations chez les soldats soviétiques pendant leur occupation). La vaccination est particulièrement recommandée. Les infections respiratoires sont dominées par la tuberculose, endémique sur les bords de la mer d'Aral. De nombreuses souches sont résistantes à l'isoniazide et la streptomycine, la prise en charge initiale nécessite une quadruple antibiothérapie. On se souvient de l'épidémie de diphtérie des années 90 en ex-URSS. Le risque étant permanent, la vaccination est recommandée. Le chapitre sur les rickettsioses est utilement complété par le travail de Daryl J. et collaborateurs : The past and present threat of Rickettsial Diseases to Military Medicine and International Public Health, *Clinical Infectious Diseases* 2002 ; **34 Suppl 4**. Il existe un écart entre la séroprévalence observée et les cas décrits de scrub typhus ou fièvre boutonneuse. Les auteurs envisagent la menace bio-terroriste concernant l'emploi de ces agents, mais la comparaison des effets de l'agent de la fièvre Q à celui de l'anthrax ou de la tularémie semble excessive! Les données des pays voisins permettent d'avoir un bon aperçu de la situation des MST. Au Pakistan, la prévalence de *Chlamydia trachomatis* est de 15 % chez les femmes suivies en obstétrique. Les cas de syphilis congénitale sont en augmentation. Les zones rurales sont les plus touchées (échappaient-elles à la surveillance des autorités religieuses ?). Les chiffres à eux seuls résument une situation catastrophique : taux de mortalité infantile de 147/1000 et espérance de vie moyenne de 46 ans. Il semble que, avant tout programme d'aide sanitaire, il faille assurer aux populations de quoi boire et manger.

J. MASLIN

LA GROSSESSE NE CONTRE-INDIQUE PAS L'EMPLOI PROLONGÉ DES REPELLENTS DE TYPE DEET A BUT DE PROPHYLAXIE ANTIPALUSTRE

Les répellents à base de NN-diethyl-M-toluamide (DEET) dont l'emploi s'est généralisé dans le monde entier depuis 40 ans n'ont jamais fait l'objet de notes de pharmacovigilance concernant une éventuelle tératogénicité ou une toxicité fœtale lors d'utilisation pendant la grossesse. Pourtant certaines préparations commerciales de DEET comportent une mise en garde contre un usage prolongé pendant la grossesse, arguant du passage systémique (moins de 10 % de la dose totale appliquée) et de l'existence d'un passage trans-placentaire. L'innocuité d'une application quotidienne de NN-diethyl-M-toluamide (DEET) au cours des 2^e et 3^e trimestres de la grossesse a été cependant confirmée par une étude théra-

peutique randomisée en double aveugle contre placebo (préparation 1.7g DEET + 3.2g thanaka contre 3.2g thanaka seul). Elle concernait 897 femmes de la région du « Triangle d'or » aux frontières thaï et birmane où le paludisme pose de graves problèmes de poly-chimiorésistance de *Plasmodium falciparum*. Aucun effet néfaste sur la survie, la croissance, le développement à la naissance ou à l'âge d'un an n'a été constaté de façon significative dans le groupe traité par DEET par rapport au groupe témoin. Des études restent à mener concernant le premier trimestre de la grossesse.

E. LIGHTBURN

SIDA : L'AFRIQUE TOUCHERA-T-ELLE LE FONDS ?

L'Afrique se verra-t-elle attribuer une substantielle partie du Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose ? Telle est la question posée par l'éditorialiste du *Lancet* dans sa livraison de juillet 2002 (*Lancet* 2002 ; 360), à une semaine de l'ouverture de la XIV^e Conférence internationale sur le Sida qui s'est tenu à Barcelone. La Banque mondiale estime les besoins de ce fonds à 50 milliards de dollars annuels, et à la lecture des dernières données épidémiologiques (29 millions de personnes infectées en Afrique subsaharienne parmi les 40 millions mondiaux fin 2001), l'Afrique devrait être la grande bénéficiaire de cet appui financier. Mais la question reste d'actualité car l'Afrique et le Sida ont reculé sur la liste des priorités des membres du G8 réuni récemment à Kananaskis au Canada. Certains pays comme l'Ouganda montrent pourtant que des actions en matière de lutte contre le Sida peuvent porter leurs fruits. L'équipe ougandaise de S.M. Mbulaitwey met ainsi en évidence pour la première fois une décroissance de l'incidence avec une

baisse de 37 % dans la période 1989-1999. Cette publication (*Lancet* 2002 ; 360 : 41-46) porte sur une étude de cohorte dans 15 villages ruraux du sud-ouest de l'Ouganda. A.E. Grulich et J.M. Kaldor (*Lancet* 2002 ; 360 : 3-4) soulignent que cette étude permet d'enlever les doutes qui existaient sur la réalité d'un déclin de l'épidémie ougandaise, et ils mettent en avant l'intérêt de la surveillance épidémiologique sentinelle chez les jeunes femmes comme marqueur de l'incidence du Vih dans la population générale. Même si J. Parkurst (*Lancet* 2002 ; 360 : 78-80) précise qu'il faut être prudent dans l'interprétation de causalité, ce résultat marque sans doute l'engagement de toute une société face à l'épidémie. L'expérience ougandaise est toutefois un exemple de réussite, et ce pays fortement marqué par le Sida (1,1 millions de personnes y sont infectées, mais seuls 1 à 2 % ont accès aux antirétroviraux) espère que ce fonds lui permettra d'ancrer ce succès dans la durée.

J.M. MILLELIRI

L'ANEMIE DE L'ACCES PALUSTRE EN ZONE D'HYPOENDEMIE : QUI, QUAND ET POURQUOI ?

L'anémie est une conséquence majeure du paludisme à *Plasmodium falciparum*. Son mécanisme est complexe et encore imparfaitement élucidé : hémolyse, dysérythropoïèse, séquestration splénique. D'autres facteurs influencent sa survenue, notamment le niveau de transmission et l'âge, surtout étudiés en zone de transmission élevée. Rares sont les travaux issus de zone d'hypoendémie. A Dakar, où la transmission est faible et saisonnière, l'anémie grave est plus fréquente chez les jeunes enfants, et en cas de parasitémie élevée ou prolongée (P. Imbert *et Coll*, *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997 ; 91 : 22-24). La part dévolue au paludisme dans les anémies, en zone de paludisme instable, n'était pas connue jusqu'à présent. Ce travail a été réalisé en Thaïlande chez 4007 patients admis pour paludisme simple à *P. falciparum* et permet de répondre à trois questions. Qui ? Les facteurs prédisposant à l'anémie sont : l'âge < 5 ans, l'existence d'une spléno- ou hépatomégalie, une résistance au traitement, le sexe féminin, une durée d'évolution avant traitement > 2 jours, ou une infection à *P. falciparum* seul (vs associé à *P. vivax*). Quand ? La chute de l'hématocrite survient pour 3/4 avant J1 (début du traitement) et pour 1/4 entre J1 et J7, date du nadir de l'hématocrite (Ht

moyen à J7 : 32,7 %). L'anémie se corrige en six semaines en moyenne. Pourquoi ? Rapportant la parasitémie initiale à la déglobulisation totale, les auteurs montrent que l'hémolyse des hématies parasitées représente moins de 10 % de la perte totale de globules rouges. Celle-ci s'explique surtout par une destruction d'hématies non parasitées (déformabilité réduite, séquestration splénique ?). Au total, ce travail effectué en zone de transmission faible (< 1 accès/personne/an), montre qu'un accès simple à *P. falciparum* entraîne une anémie modérée et lentement résolutive. Les jeunes enfants, exposés à un risque d'échec du traitement plus élevé et à une chute de l'hématocrite plus marquée, sont les plus vulnérables vis à vis de l'anémie palustre. Bien que cette étude n'en détermine pas les raisons, les auteurs évoquent une prévalence plus élevée d'accès palustres ou d'ankylostomoses dans cette tranche d'âge. D'autres hypothèses ont été avancées, notamment mécanique (P. Imbert, *ibid*) : une masse globulaire totale plus faible pourrait expliquer, à parasitémie égale, une déglobulisation plus marquée chez le jeune enfant que chez l'enfant plus âgé ou l'adulte.

P. IMBERT

L'AFRIQUE AUSTRALE VEUT ELIMINER LA ROUGEOLE

La rougeole est la première cause de mortalité en Afrique pour une maladie contre laquelle nous disposons d'une prophylaxie vaccinale et dont l'éradication est envisagée. Dès à présent, on estime que les programmes de lutte ont évité 80 millions de cas et 4 à 5 millions de décès. On estime la morbidité et la mortalité résiduelles à respectivement, 30 millions de cas et 900 000 décès par an dont la moitié en Afrique. L'étude que rapportent R. Biellik *et Coll* montre bien que ces objectifs de contrôle et d'éradication même difficiles à atteindre, ne sont pas utopiques (*The Lancet* 2002 ; 359 : 1564-1568). Dans une zone d'Afrique australe comptant environ 70 millions d'habitants sur sept pays (Botswana, Lesotho, Malawi, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, et Zimbabwe) la campagne de vaccination contre la rougeole a été renforcée avec pour finalité l'éradication. Des vaccinations de rattrapage et une surveillance épidé-

miologique spécifique sur la rougeole ont été associées aux classiques vaccinations à l'âge de 9 mois. De 1996 à 2000, vingt quatre millions d'enfants âgés de 9 mois à 14 ans ont été vaccinés. La couverture vaccinale était de 91 p. 100. Le nombre de cas diagnostiqués a chuté de 60 000 en 1996 à 117 en 2000 soit une réduction de la morbidité de 99,8 p. 100. Il n'y a pas eu de décès imputé à la rougeole en 2000 contre 166 en 1996, soit une réduction de la mortalité de 100 p. 100. Cette vaccination aboutit au contrôle et permet d'envisager l'éradication de cette maladie dont le cycle naturel est strictement humain, en interrompant la transmission. Mais, tant que la disparition de la maladie n'est pas assurée, tout relâchement serait coupable car chaque sujet non vacciné est un sujet cible pour le virus morbilleux et une situation de nature épidémique redeviendra vite inéluctable.

G. MARTET