

... de Florence

IIIrd European Conference on Travel Medicine

Le troisième congrès européen de médecine des voyageurs s'est tenu à Florence (Italie) du 15 au 18 mai 2002 sous la présidence de Walter Pasini (World Health Organisation, Collaborating Centre for Travel Medicine, Rimini, Italy). Ce congrès s'est déroulé sur trois jours pendant lesquels 92 communications orales réparties en 25 sessions et 61 communications affichées ont été présentées. Dans une conférence introductive, W. Pasini a rappelé que les maladies à potentiel épidémique tels le paludisme et l'infection par le VIH étaient considérées par les huit pays les plus industrialisés (G8) parmi les menaces les plus sérieuses pour l'humanité. Ces maladies comprennent les maladies émergentes mais aussi celles qui étaient considérées comme contrôlées (tuberculose, diphtérie ou choléra) et qui, dans certains pays sont revenues à des niveaux de transmission semblables à ceux qui existaient plusieurs décennies auparavant. Les objectifs de ce congrès étaient d'examiner les relations passées et présentes entre les voyages et les maladies transmissibles en incluant les épidémies causées par les armes biologiques lors d'actions terroristes. A ce titre, les événements du 11 septembre 2001 à New York ont été rappelés à maintes reprises puisqu'ils ont été évoqués lors de la session introductive et que deux sessions ont été consacrées au bioterrorisme.

Au cours des sessions consacrées au bioterrorisme, S.M. Ostroff a rappelé les principaux agents biologiques et chimiques parmi lesquels les agents du charbon (anthrax), de la variole, de la tularémie et des fièvres hémorragiques virales. A ces derniers, il faut ajouter la toxine botulinique et les gaz neurotoxiques. Les orateurs ont souligné que, malgré un risque relativement faible dans la population et chez les voyageurs, les conséquences psychologiques d'une attaque bioterroriste étaient très élevées (les 22 cas d'anthrax ont entraîné aux Etats Unis la prescription d'une antibio-prophylaxie chez plus de 30 000 personnes). D.A. Alexander a décrit la peur et le sentiment d'insécurité liés à cette menace invisible et aux effets retardés. Pour R.A. Coutinho, le retard au diagnostic par manque d'expérience des médecins face à ces affections et les lacunes dans les capacités de prise en charge de ces derniers sont un problème majeur. Les contre-mesures actuelles face au bioterrorisme sont : le stockage de vaccins, le renforcement de la surveillance et le financement de laboratoires de diagnostic rapide de ces maladies rares. Le développement de vaccins efficaces est nécessaire. Cependant, l'impossibilité de se préparer à toutes les éventualités (en particulier avec la possibilité de créer de nouveaux agents par modification génétique) rend essentielles l'information par les services de renseignements et une meilleure collaboration entre les services de santé européens (échange d'informations sur le diagnostic et la prise en charge des maladies infectieuses rares).

Plusieurs sessions ont traité de problèmes sans rapport avec les maladies transmissibles. Parmi les sujets évoqués

dans ces sessions on citera les risques thrombotiques chez les voyageurs, la santé des femmes en médecine des voyages, les risques professionnels chez les personnes travaillant dans les transports ou à l'étranger, les accidents et les risques liés aux transports aériens ou maritimes.

De nombreuses sessions étaient consacrées aux maladies infectieuses et à leurs préventions.

Deux sessions étaient consacrées au paludisme. F. Castelli a décrit l'épidémiologie du paludisme d'importation en Europe. L'incidence annuelle du paludisme d'importation déclaré en Europe a progressivement augmenté de 1971 (5 575 cas) à 1999 (13 007 cas). De 1981 à 1999, la mortalité annuelle déclarée suivait la même évolution pour passer de 12 à 68 décès. Selon ce même auteur, l'amélioration du système de surveillance du paludisme et une meilleure formation des médecins européens à la prise en charge de cette maladie sont une urgence. R. Behrens a rappelé les concepts actuels de la prévention du paludisme en soulignant le rôle primordial de l'éducation sanitaire aux voyageurs sur les risques et les principes de la prévention de cette affection. Selon lui, les échecs de la prophylaxie du paludisme sont liés à l'ignorance des moyens de prévention, une mauvaise observance de la chimioprophylaxie ou une faible utilisation des moyens de protection des piqûres d'anophèles. Les cas graves de paludisme sont, quant à eux, liés à une mauvaise observance de la chimioprophylaxie ou à un retard au diagnostic ou à la mise en route du traitement. D. Shanks a défini les deux concepts d'épidémies de paludisme *disease-driven* et *person-driven*. Dans le premier cas, l'épidémie de paludisme est due à une modification dans la transmission de la maladie. C'est l'exemple des hauts plateaux d'Afrique de l'Est où des modifications de températures ou les pluies saisonnières entraînent une transmission saisonnière du paludisme dans une population non protégée. Dans le second cas, c'est le déplacement de personnes non immunes (voyageurs, militaires) dans des zones de transmission du paludisme qui est à l'origine de ces épidémies. M.E. Van Den Heuvel a présenté les résultats d'une étude montrant qu'un taux élevé de lactate sérique était un marqueur prédictif de formes graves de paludisme et constituait une aide à la décision de traiter un patient présentant un paludisme sévère par exsanguiino-transfusion. Enfin, Van Riemsdijk a présenté les résultats d'une étude randomisée en double aveugle comparant les effets indésirables neuropsychiatriques de la méfloquine versus l'association atovaquone + proguanil en prophylaxie. Les effets indésirables tels que dépression, asthénie, troubles de l'humeur étaient signalés dans le groupe utilisant la méfloquine uniquement. Dans cette étude sur les effets indésirables neuropsychiatriques, la Malarone® était une bonne alternative à la méfloquine.

L'usage des répulsifs dans la prévention des maladies à transmission vectorielle a également fait l'objet d'une session. Après avoir présenté un inventaire (non exhaustif) des différents vecteurs et des affections à transmission vectorielle chez l'homme, H. Mehlhorn a rappelé l'importance des mesures de protection des piqûres ou des morsures de ces ectoparasites (utilisation de répulsifs en particulier). G. Nentwig a présenté Bayrepel® (KBR 3023) qui, comme son nom l'indique, est un répellent commercialisé par le laboratoire Bayer. Les conclusions et recommandations d'un groupe d'experts de l'OMS (WHOPES) ayant évalué ce produit sont les suivantes : 1) le KBR 3023 peut être recommandé comme étant le répulsif de choix pour la prévention du paludisme, 2) il est efficace et bien toléré chez l'homme, 3) sa durée de protection est plus longue que celle du DEET, 4) son action répulsive est comparable voire meilleure que celle du DEET. Une étude comparative dont les résultats ont été rapportés par C. Costantini a montré que sur *Anopheles gambiae*, l'action répulsive du KBR 3023 était comparable à celle du DEET et que sa durée d'action était statistiquement plus élevée que celle du DEET. Enfin, des études menées en laboratoire et sur le terrain ont montré une diminution de 93 % du nombre de morsures de tiques dans les trois heures suivant l'application cutanée de Bayrepel® (A. Liebis).

Une session était consacrée aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et à l'infection par le VIH. A.C. Gerbase a rapporté les estimations de l'OMS concernant les MST. En 1999, l'incidence mondiale annuelle était estimée à 340 millions chez les 15-49 ans. La prévalence semble plus élevée en zone urbaine, chez les jeunes adultes célibataires. P. Monni a évoqué le tourisme sexuel et la pédophilie en particulier. Un million d'enfants sont concernés dans le monde. Enfin, A. Gromyko a présenté un concept de lutte intégrée contre les MST dans plusieurs pays d'Europe de l'Est (Russie, Ukraine, Ouzbékistan, etc.). Cette lutte est menée conjointement par un grand nombre d'organismes dont les services médicaux scolaires ou pénitentiaires sous l'égide d'un groupe de coordination composé de membres de ces différents services.

Au cours de la session consacrée à la vaccination anti-amarile, D. Sharp a fait le point sur un syndrome de défaillance poly viscérale fébrile secondaire à une vaccination anti-amarile. En 2001, les 7 premiers cas d'un syndrome associant fièvre, hypotension, insuffisance respiratoire, élévation des enzymes hépatiques, lymphocytopenie et thrombopénie secondaire à une vaccination par le vaccin anti-amaril 17D étaient décrits. Six de ces 7 personnes décédèrent. Une enquête rétrospective a permis d'identifier trois cas supplémentaires. Pour l'auteur, une amélioration de la surveillance des effets adverses liés à l'administration d'un vaccin anti-amaril est une nécessité. E.W. Flagg a précisé dans sa communication que des mesures visant à améliorer la surveillance de ces effets indésirables sont actuellement mises en place en particulier par la création aux Etats Unis d'un registre informatisé des Centres de Vaccination Anti-amarile.

Hormis la vaccination anti-amarile, une session était consacrée aux immunisations. Dans sa présentation des nouveaux vaccins rabiques, Y. Rotivel a précisé que ces derniers tendent à remplacer les anciens vaccins et qu'ils peuvent être

employés avant ou après exposition à la rage en raison de leur moindre coût et d'une meilleure tolérance. En conclusion, l'auteur déclare que les outils sont actuellement disponibles pour éradiquer la rage humaine dans le monde. Lors de sa présentation, F. Prégliasco préconisait la vaccination anti-grippale aux voyageurs à risques de complications de la grippe (personnes de plus de 65 ans ou présentant certaines affections chroniques) 1) lors de voyages en zones tropicales, 2) lors de voyages organisés au sein d'un groupe de nombreuses personnes, 3) lors de voyages dans l'hémisphère sud entre avril et septembre. Ces recommandations concernaient les personnes n'ayant pas été vaccinées au cours de l'automne ou de l'hiver ayant précédé le voyage.

J. Zuckerman rapporte que selon la littérature, les vaccinations les plus fréquemment réalisées chez le voyageur concernent les hépatites A et B. Le coût des vaccins impose souvent aux voyageurs de faire un choix parmi les différents vaccins préconisés selon leur destination. Pour l'auteur, l'utilisation de vaccins combinés améliorerait, en raison de leur moindre coût, la couverture vaccinale des voyageurs. L'intérêt d'utiliser des vaccins combinés dans le but de réduire le coût des vaccinations et d'améliorer la couverture vaccinale des voyageurs a également été souligné par I. Potasman. Concernant la vaccination contre l'hépatite A, les CDC recommandent de pratiquer cette vaccination au moins 15 jours avant le départ. Ceci implique que les voyageurs se présentant moins de 15 jours avant leur départ n'étaient pas immunisés contre l'hépatite A. Des études récentes ont montré que 8 à 30 % des voyageurs consultaient dans la semaine précédant le départ. Les données récentes sur la cinétique des anticorps anti-hépatite A, le contrôle d'épidémies d'hépatite A par la vaccination et les bons résultats de la vaccination post-exposition chez l'animal entraînent les praticiens à réfuter ces recommandations et à immuniser les voyageurs consultant à la dernière minute (B.A. Connor).

Les vaccinations contre les diarrhées du voyageur et le choléra ont été abordées dans la session consacrée aux maladies transmises par l'eau et les aliments. Selon C. Bergquist, *Escherichia coli* enterotoxinogène (ECET) est responsable de plus de 60 % des diarrhées des voyageurs et concerne plus de 18 millions de voyageurs chaque année. Le choléra, bien que peu fréquent chez le voyageur, ne doit pas être négligé. L'auteur signale que le vaccin suédois Dukoral®, recommandé par l'OMS dans la prévention du choléra, protège de façon transitoire contre les diarrhées à ECET en raison des réactions croisées entre la toxine cholérique et l'entérotoxine d'ECET. La nécessité d'un vaccin efficace contre ECET est renforcée par l'augmentation des résistances aux antibiotiques des bactéries responsables des diarrhées des voyageurs. Les résistances aux antibiotiques, en particulier aux fluoroquinolones, des germes entéropathogènes ont été abordées par C.D. Ericsson.

Enfin, R. Michel a présenté les résultats de l'investigation d'une épidémie de fièvre typhoïde chez des personnes ayant reçu une vaccination anti-typhoïdique dans les 5 ans ayant précédé l'exposition à *Salmonella enterica typhi*. La souche isolée présentait un bas niveau de résistance aux quinolones et le risque de fièvre typhoïde était deux fois plus élevé chez les personnes vaccinées depuis plus de 3 ans.

L'augmentation des mouvements de population, la santé de ces personnes, qu'il s'agisse de voyageurs, de militaires ou de réfugiés, l'émergence ou la ré-émergence de maladies à potentiel épidémique, l'accroissement des résistances bactériennes et la recherche de nouveaux moyens de prévention ou de traitement de ces affections ont été les principaux sujets abordés au cours de ce congrès. Au terme de ces trois jours où l'importance de la médecine des voyages a été confirmée, il apparaît clairement que cette dernière a encore de nombreux défis à relever.

Les spécialistes mondiaux de la médecine des voyages se sont d'ores et déjà donnés rendez-vous au 8e congrès de l'International Society of Travel Medicine à New York du 7 au 11 mai 2003 ■

Dr R. MICHEL

*Assistant du SSA, Service de Médecine des Collectivités,
Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées,
Marseille, France*

En direct

... de Lisbonne

III^e Congrès Européen de Médecine Tropicale

Le troisième congrès européen de médecine tropicale et de santé internationale s'est tenu à Lisbonne du 8 au 11 septembre 2002, au palais des congrès, sur la rive du Tage, à une encablure de la fameuse tour de Belem. Il était organisé par la fédération européenne des sociétés de médecine tropicale (FESTMIH) et l'Institut d'hygiène et de médecine tropicale fondé en 1902 et intégré à l'Université de Lisbonne depuis 1980. L'accueil des Lisboètes, la douceur et le charme de cette ville vallonnée ont contribué grandement au succès de cette réunion scientifique. Entre les sessions plénières, jusqu'à sept sessions parallèles ont fourni l'occasion d'aborder les questions les plus brûlantes et les avancées les plus récentes de médecine tropicale (*Acta tropica*, septembre 2002, volume 83, supplément 1). Des considérations éthiques concernant les travaux menés dans les pays du Sud aux développements des techniques de biologie moléculaire, en passant par les essais thérapeutiques et vaccinaux, tous les champs de la recherche biomédicale ont été abordés.

La parasitologie a bien sûr occupé une place importante, celle concernant le paludisme mais aussi la trypanosomiase humaine africaine dont les foyers flambent à nouveau, la maladie de Chagas, la bilharziose, l'onchocercose, la leishmaniose et les filarioses lymphatiques. Les infections par le VIH et la tuberculose ont fait l'objet de sessions particulières. La question des agents pathogènes émergents, bactériens et viraux, a été abordée. Les questions d'entomologie ont aussi suscité des interventions intéressantes. Les problèmes posés par la santé des populations nomades et par les ressources des systèmes de santé ont été largement discutés. Pour ses travaux exemplaires menés au Mali, le Dr. Abdoulaye Djimde a reçu le prix «Fighting Malaria» décerné par la FESTMIH et par les laboratoires Sanofi-Synthelabo qui avaient par ailleurs organisé un symposium satellite sur la place du Quinimax® intrarectal ■

Dr C. ROGIER

*Assistant du SSA, Service de Parasitologie
Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées,
Marseille, France*