

CA 01

ANALYSE DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DU PALUDISME DE L'ENFANT DANS UNE RÉGION RURALE DE RÉPUBLIQUE CÔTE D'IVOIRE

C. RAPP, C. FICKO, P. IMBERT, R. BARRUET, T. DEBORD

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé

Courriel : rappchristophe@aol.com

Évaluer le niveau de connaissance sur le paludisme de l'enfant et les pratiques de prise en charge et de prévention dans une zone rurale précarisée par la crise ivoirienne. Il s'agit d'une étude prospective d'une durée de 6 semaines réalisée pendant la petite saison des pluies, sur le site du groupement médico-chirurgical (GMC) du Service de Santé des Armées déployé dans le district sanitaire de Kossou. Après tirage au sort, les parents d'enfants âgés de 0 à 15 ans consultants au GMC pour une suspicion de paludisme ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire semi-structuré et ouvert, administré dans leur langue native. Dans cette étude, 186 parents ont été inclus. L'âge moyen était de 32 ans (16-52). Le sexe ratio (H/F) était de 0,77. 82 % des répondants étaient d'origine ivoirienne, ont noté 28,2 % de déplacés. Le niveau de connaissance sur le paludisme de l'enfant était faible (mode de transmission et signes de gravité méconnus dans respectivement 60 et 77 % des cas). L'automédication à domicile était la règle (55 %), elle était inadaptée (molécule, posologie durée) dans 60 % des cas. Seuls 20 % des enfants étaient adressés d'emblée dans une structure de soins. Dix pour cent des parents avaient recours à la médecine traditionnelle (tradipraticien ou phytothérapie). Les mesures préventives étaient connues de 35 % des répondants. Des insecticides étaient utilisés dans 27 % des foyers, mais seuls 10 % des enfants bénéficiaient d'une moustiquaire (5 % de moustiquaire imprégnées). Le défaut de connaissance et les pratiques inadaptées étaient significativement associés au statut de déplacé ou d'étranger et au niveau socioéconomique. Ces résultats suggèrent que l'information sur les risques et la gestion du paludisme de l'enfant est insuffisante dans cette communauté rurale de République de Côte d'Ivoire. La prise en charge à domicile, le plus souvent inadaptée, résulte de la conjugaison de facteurs socioculturels, de la libre circulation des antipaludiques et du faible recours aux structures sanitaires. Ce constat invite à replacer la communauté au centre de la stratégie de lutte en favorisant des actions d'éducation et la promotion de la moustiquaire imprégnée. Dans cette région pauvre, de transmission intense, la création de centres de santé de proximité susceptibles d'assurer une prise en charge efficace et gratuite du paludisme de l'enfant est une priorité ■

CA 02

PRÉVALENCE DE LA RÉSISTANCE *IN VITRO* D'ISOLATS DE *PLASMODIUM FALCIPARUM* PROVENANT DE POINTE-NOIRE (RÉPUBLIQUE DU CONGO) VIS-À-VIS DE 11 ANTIPALUDIQUES

B. PRADINES^{1,2}, P. HOVETTE³, T. FUSAI^{1,2}, H. LÉONARD ATANDA³, E. BARET^{1,2}, P. CHEVAL³, J. MOSNIER^{1,2}, A. CALLEC³,
J. CREN^{4,2}, R. AMALVICT^{1,2}, J-P. GARDAIR⁵, C. ROGIER^{1,2}

1 - Unité de recherche en biologie et épidémiologie parasitaires, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille, France

2 - Institut Fédératif de la Recherche n°48, Marseille, France

3 - Centre Médical de Secours, Total Exploration et Production Congo, Pointe-Noire, République du Congo

4 - Unité de recherche en physiologie et pharmacocinétique parasitaires, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille

5 - Département Médical International, Total, Paris la Défense, France

Courriel : bruno.pradines@free.fr

Nous avons déterminé le niveau de résistance *in vitro* d'isolats de *Plasmodium falciparum* vis-à-vis d'antipaludiques standards comme la chloroquine, l'amodiaquine, l'halofantrine, la méfloquine, le cycloguanil et la pyriméthamine et de nouveaux antipaludiques comme la dihydroartémisinine, la doxycycline, l'atovaquone et la luméfantine. La résistance *in vitro* à la chloroquine atteint 76 %. Trente huit pour cent des isolats sont de sensibilité diminuée à la quinine. Soixante-seize % et 96 % des isolats sont respectivement résistants ou de sensibilité intermédiaire au cycloguanil et à la pyriméthamine. Seulement 2 % des souches sont résistantes à l'amodiaquine. Nous n'avons pas montré de résistance *in vitro* à l'halofantrine, à la luméfantine, à l'atovaquone ou à la dihydroartémisinine. La méfloquine, l'halofantrine et la luméfantine démontrent une forte corrélation. Nous n'avons pas identifié de résistance croisée entre les réponses à la monodéséthylamodiaquine et celles à la dihydroartémisinine ou celles à l'atovaquone et celles au cycloguanil. En raison d'un niveau de résistance à la chloroquine important, d'un fort taux de résistance *in vitro* au proguanil et à la pyriméthamine et d'une diminution de sensibilité à la quinine, il semble nécessaire d'utiliser dorénavant dans le traitement des accès non compliqués des associations d'antipaludiques à base de dérivés de l'artémisinine, d'amodiaquine, de luméfantine, de méfloquine ou d'atovaquone ■

CA 03

ÉPIDÉMIE DE PALUDISME DANS UN GROUPE DE TOURISTES AU BURKINA FASO : ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES MESURES DE PRÉVENTION ANTIPALUDIQUE

S. SICARD, F. SIMON, P. GAZIN

Service de pathologie infectieuse et tropicale, Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille, France

Courriel : simon-f@wanadoo.fr

A l'occasion d'une épidémie de paludisme survenue parmi des touristes français (9 cas sur 26) ayant séjourné 2 semaines au Burkina Faso, nous avons évalué la qualité de leurs mesures de prévention antipaludique. Chaque touriste, malade ou non, a rempli un questionnaire sur sa démarche d'information sur le risque du paludisme, sur la compliance aux mesures antivectorielles et à la prophylaxie prescrite. 92 % des touristes ont recherché des conseils de prévention avant leur départ, en majorité par une consultation spécialisée (69 %). 19 des 26 voyageurs ont utilisé une chimioprophylaxie qui était, à une exception, adaptée au niveau de résistance de *P. falciparum* au Burkina Faso. La prise a été régulière sur place 15 fois sur 26, mais seuls 4 sujets l'ont poursuivie pendant 4 semaines après le retour. La lutte anti-vectorielle (LAV) était constamment incomplète (port de vêtements longs le soir : 50 % ; application systématique de répulsifs : 65 % ; utilisation régulière de moustiquaire : 50 % ; pulvérisation d'insecticide : 20 %). Le groupe malades avait significativement moins consulté de spécialiste du voyage que les sujets non malades (55,6 % vs 76 %), préférant utiliser Internet (44,5 % vs 0 %). Il n'y avait pas de différence significative sur l'utilisation des moyens de LAV, mais les malades avaient significativement moins pris de chimioprophylaxie (33,3 % vs 100 %). Cette épidémie confirme l'efficacité d'une chimioprophylaxie adaptée et bien prise. Les mesures de prévention contre le paludisme sont irrégulièrement recherchées, prescrites et appliquées par les touristes français. La qualité des outils d'information des voyageurs en France mériterait d'être renforcée tant au niveau des conseils médicaux que sur l'Internet ■

CA 04

CHIMIOSENSIBILITÉ DE *PLASMODIUM FALCIPARUM* IMPORTÉ DES COMORES À MARSEILLE EN 2004-2005

P. PAROLA¹, P. MINODIER⁴, F. SIMON⁵, B. PRADINES³, M.P. CARLOTTI², L. BERTAUX², G. SOULA⁶, P. GAZIN⁶,
M.P. RANJEVA⁷, S. BADIAGA⁴, J. DELMONT¹, M. MORILLON⁸, P. BROUQUI¹, D. PARZY²

1 - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Nord, AP-HM • 2 - UR3P, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille • 3 - URBEP, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille

4 - Service des urgences, Hôpital Nord • 5 - Service de pathologies infectieuses et tropicales, HIA Laveran

6 - Centre de formation et recherche en médecine et santé tropicales, Faculté de Médecine Secteur Nord

7 - UP CET, Hôpital Timone, AP-HM • 8 - Laboratoire de biologie, HIA Laveran, Marseille, France

Courriel : d.parzy@free.fr

Des tests de chimiosensibilité ont été effectués sur 143 souches de *Plasmodium falciparum*, prélevées en 2004-2005 chez des patients hospitalisés à Marseille pour paludisme d'importation au retour des Comores. Au total, 77 souches ont été maintenues en culture pour réaliser des tests isotopiques. Concernant la résistance *in vitro* aux antifoliques, 10,4 % des souches sont résistantes au cycloguanil. Les résultats des études moléculaires disponibles sur 75 souches confirment les tests isotopiques avec 61,3 % des souches présentant la mutation de base Asp108 du gène *Pfdhfr*, associée à la résistance aux antifoliques tandis que 49,3 % ont 2 mutations additionnelles Ile51 et Arg59, associées à un haut niveau de résistance. De plus, 48,05 % des souches sont résistantes à la chloroquine *in vitro* et 68 % des souches prélevées présentant la mutations Pfcr76, associée à la résistance à la chloroquine. Enfin, 1 % des souches testées sont résistantes à la méfloquine, mais aucune à l'atovaquone, la quinine, l'halofantrine, la doxycycline ou l'artémether. La possibilité d'analyser un grand nombre de souches comoriennes à Marseille au Centre (sud) National de Référence de la Chimiosensibilité du Paludisme, permet de fournir des éléments essentiels pour les choix de chimioprophylaxie des voyageurs, mais aussi pour la politique de lutte antipaludique aux Comores ■

CA 05

Y A-T-IL ENCORE DU PALUDISME À DJIBOUTI ?

S. GIDENNE¹, J. MASLIN¹, M. SALEH², D. MATTERA³

1 - Laboratoire de biologie Clinique / GMC BOUFFARD – Djibouti

2 - Direction technique organisme de protection sociale / OPS 1 / Djibouti

3/ Laboratoire de biologie / Hôpital général Peltier / Djibouti

Courriel : sgidenne@free.fr

Une étude rétrospective portant sur les cas de paludisme à Djibouti, de mars 1998 à avril 2006, a été menée au Laboratoire de Biologie Médicale du Groupement Médico-Chirurgical Bouffard (GMCB). Cet établissement de soins destiné aux militaires français, accueille les forces armées djiboutiennes et leurs familles, et une partie de la population civile. Pour les années 2005 et 2006, les données du GMCB ont été comparées à celles de l'Hôpital Général PELTIER (hôpital public djiboutien) et de l'Organisme de Protection Sociale, (OPS, dispensaire réservé aux salariés djiboutiens). Les demandes de diagnostic de paludisme au GMCB concernent, de 1998 à 2006, respectivement de 57 % à 71 % de patients djiboutiens et de 43 et 29 % de patients français. Au total, 23 026 recherches de paludisme

ont été effectuées entre mars 1998 et mars 2006. Parmi ces recherches, 1 190 (5,16%) cas de paludisme ont été diagnostiqués. La répartition des espèces plasmodiales est la suivante : 1 117 (93,8%) *Plasmodium falciparum*; 67 (5,6%) *Plasmodium vivax* et 6 (0,6%) *Plasmodium ovale*. Entre 1998 et 2003, le nombre de cas positifs était compris entre 2,9 et 13,7% des demandes. En 2004, 2005, et jusqu'au mois de mars 2006, les nombres de cas positifs étaient respectivement, de 20 (0,7%), 13 (0,7%), et 1 (0,1%), avec de nombreux cas d'importation documentés (Afrique de l'Ouest et Ethiopie principalement). Les données de l'hôpital Peltier et de l'OPS confirment cette forte diminution des cas de paludisme diagnostiqués à Djibouti. Outre l'amélioration des campagnes de démoustication, il est permis de discuter l'impact des derniers événements climatiques à Djibouti sur l'écologie vectorielle, telles que les inondations destructrices d'avril 2004 suivies d'une longue période de sécheresse. Au vu de ces résultats, les données de l'OMS (2 142 cas de paludisme déclarés en 2003 à Djibouti), souvent basées sur des estimations, mériteraient d'être ré-actualisées, de même que les recommandations en matière de prophylaxie ■

CA 06

PERFORMANCE DE 269 SITES OFFRANT DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

E. AUDUREAU¹, M. PÉCHEVIS², J.G. KAHN³, M-H. BESSON², J. SABA², J. LADNER³

1 - Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU - Hôpitaux de Rouen, Rouen, France

2 - Axios International, Paris, France • 3 - University of California, San Francisco, USA

Courriel : etienne.audureau@wanadoo.fr

L'objectif est d'évaluer la performance de sites de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) utilisant la névirapine (NVP). Depuis juillet 2000, Boehringer Ingelheim offre la NVP (VIRAMUNE®) dans le cadre de programmes de PTME du VIH. A l'inclusion, des informations sur l'institution responsable, la prévalence attendue (avant la mise en oeuvre du programme) et le nombre de sites PTME ouverts étaient recueillies. Chaque programme inclus était suivi tous les six mois par un rapport de situation, qui recueillait pour chaque site des informations sur le nombre de femmes vues en consultations prénatales (CPN), la prévalence observée, le pourcentage de femmes testées et le nombre de femmes et nouveaux-nés mis sous NVP. Le ratio de couverture en NVP (RCN) (nombre observé de femmes sous NVP/nombre attendu de femmes sous NVP) a été utilisé comme indicateur de performance. Entre décembre 2001 et février 2006, 269 sites issus de 20 programmes mis en place dans 17 pays sub-sahariens ont été inclus (51 sites en Afrique Centrale, 89 Est, 67 Sud, 62 Ouest), cumulant 2 374 mois de suivi (en moyenne, 8,8 par site). 9 programmes, cumulant 153 sites étaient coordonnés par des organisations non gouvernementales et 9 (113 sites) par des institutions gouvernementales. Au total, 283 410 femmes ont été vues en CPN. Le nombre moyen de CPN par mois et par site était de 116,4 (médiane [M] : 58,0 ; extrêmes : 1,3-1 879,3). La performance était hétérogène : le RCN moyen était 0,44 (M=0,42 ; extrêmes= 0,0 - 1,0). Le RCN moyen des centres de santé primaire était de 0,47 (M=0,43) et celui des établissements des hôpitaux secondaires et tertiaires de 0,38 (p=0,02), alors que la performance n'était pas significativement différente selon le type d'institution responsable (0,43 pour les programmes gouvernementaux, 0,44 pour ONG ; p=0,86). La prévalence attendue du VIH et la proportion de femmes testées étaient significativement corrélées (coefficient de Spearman [rs]=0,41 ; p<10⁻⁴). Une corrélation positive et significative était retrouvée entre le RCN et le pourcentage de femmes testées (rs=0,65 ; p<10⁻⁴) et entre la prévalence VIH observée et le RCN (rs=0,29 ; p<0,001). La variabilité entre sites au sein d'un même programme est forte. Les centres de santé primaire semblent plus efficaces, ainsi que ceux situés en zone de forte prévalence VIH, suggérant l'existence de critères qualitatifs spécifiques pouvant expliquer le succès d'un programme sur le terrain. De nombreux facteurs sont susceptibles de modifier la perception de qualité chez les usagers et d'améliorer l'utilisation des structures de santé offrant des services de PTME ■

CA 07

EVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL, DE L'ÉTAT PSYCHIATRIQUE ET DE L'ALIMENTATION DES MALADES INFECTÉS PAR LE VIH AU STADE DE SIDA ADMIS AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU CHU DE FANN (DAKAR) : À PROPOS DE 43 CAS

B. HATIM, B.M. DIOP, T.H. KHRAIS, A. NDIR, P.S. SOW

Institut Pasteur de Dakar, Service d'Immunologie clinique et parasitaire, Dakar, Sénégal

Courriel : hatimbachir@yahoo.fr

Les troubles nutritionnels sont fréquents au cours de l'infection à VIH. Ceux-ci pourraient contribuer à l'aggravation de l'immunosuppression. En Afrique, très peu d'études ont été réalisées sur l'état nutritionnel des malades vivant avec le VIH. Le but de ce travail était d'évaluer l'état nutritionnel de malades infectés par le VIH, hospitalisés à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Fann de Dakar et d'apprécier l'impact de la sous-alimentation et des troubles d'ordre psychiatrique sur la qualité de vie de ces malades. Ce travail a concerné 43 patients répondant à la définition de cas. Pour chacun d'eux, des données cliniques (état général, indice de Karnofsky, signes fonctionnels digestifs, infections opportunistes), des mesures anthropométriques (poids, taille, pourcentage de perte de poids, indice de masse corporelle, circonférence brachiale, pli cutané tricipital) ont été recueillies sur un questionnaire. En outre, un

examen psychiatrique conduit par un spécialiste et une enquête alimentaire qualitative ont été effectués. L'âge moyen des malades est de $38,5 \pm 5,8$ ans. Le sex-ratio est égal à 1. Le profil sérologique VIH-1 a été prédominant (90,7 % des cas) par rapport au VIH-2. La candidose digestive et la tuberculose pulmonaire ont été les infections opportunistes les plus fréquemment rencontrées. La dysphagie est retrouvée chez 19 % des malades et l'anorexie dans 53 % des cas. La pâleur des muqueuses et la déshydratation sont aussi fréquentes. La majorité des malades (90,7 %) présentaient une perte de poids supérieure à 10 % par rapport au poids habituel, avec selon les indices anthropométriques, une malnutrition chez 86 % des malades pour un IMC $> 18,5$ kg/m² (dont 65,1 % avait un IMC < 16 Kg/mm²), 81,3 % de dénutrition avec une CB < 220 mm et environ le même pourcentage de dénutris selon le PCT. L'enquête alimentaire a révélé que seulement 7 % des malades avaient un régime équilibré. Au plan de l'état psychiatrique, des troubles allant de l'anxiété à la dépression sévère ont été décrits chez 23 malades sur les 35 examinés, presque toujours associés à une dénutrition. L'état nutritionnel et l'état psychique sont donc à prendre en compte tous les deux dans la prise en charge thérapeutique des malades infectés par le VIH au stade de sida ■

CA 08

RÉMISSION SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL SEUL D'UN LYMPHOME DU MALT PAROTIDIEN SUR TERRAIN VIH

K. BÂ-FALL, A.R. NIANG, M.B. FAYE, I.C. DIAKHATÉ, P.S. BÂ, N.M. DIAGNE-GUEYE, A.R. NDIAYE, P.M. GUEYE, P.S. MBAYE

Services médicaux • Service ORL • Service radiologie
Hôpital Principal de Dakar
Courriel : khadybafall@caramail.com

Les lymphomes du MALT sont généralement décrits dans des localisations gastriques ou pulmonaires. Nous rapportons le 34^e cas mondial de lymphome du MALT parotidien survenant sur terrain VIH/sida amélioré spectaculairement par le traitement antirétroviral. Un ingénieur guinéen de 42 ans, sans antécédent particulier, était hospitalisé le 09/03/05 pour une tuméfaction sous angulo-maxillaire droite évoluant depuis un an dans un contexte d'amaigrissement de 12 Kg. L'examen clinique montrait un patient en bon état général avec un BMI 26 et retrouvait une tuméfaction sous-angulo-maxillaire droite ferme de 3 centimètres de diamètre, indolore, non inflammatoire et de multiples adénopathies cervicales de 3 cm de diamètre, fermes, non inflammatoires, superficielles. Les autres aires ganglionnaires étaient libres. L'hémogramme objectivait 12,7 g/dl d'hémoglobine, un VGM à 84,5 fl, 4 850 leucocytes dont 1 830 polynucléaires neutrophiles, 1 990 lymphocytes, 90 éosinophiles, 100 basophiles et 840 monocytes. La glycémie à jeun, les transaminases, la créatinémie étaient normales. L'échographie cervicale, montrait une formation parotidienne gauche de 33 mm sur 23 mm d'échostructure hypoéchogène homogène et de multiples adénopathies latéro-cervicales bilatérales de 1 et 3 cm, ces anomalies étant confirmées par le scanner du cou. La radiographie pulmonaire, l'échographie abdominale et une endoscopie digestive haute étaient normales. La cytoponction d'une adénopathie cervicale n'a pas trouvé de BAAR. Les sérologies EBV, HTLV1/2, CMV, antitoxoplasmique étaient négatives. La sérologie VIH-2 était positive et les CD4 étaient à 229/mm³. Le bilan des co-infections était négatif. La biopsie-exérèse de la tuméfaction parotidienne et d'une adénopathie cervicale a été réalisée et dans l'attente des résultats, ce patient avait bénéficié d'une trithérapie antirétrovirale par zidovudine lamivudine et indinavir. L'histologie mettait en évidence une infiltration de la parotide par un lymphome du MALT. Ce patient au stade C2 du CDC sous trithérapie depuis 2 mois fut convoqué pour bénéficier d'une chimiothérapie. A l'arrivée ce protocole CHOP fut abandonné devant la constatation d'une rémission complète de la tuméfaction parotidienne et des adénopathies cervicales sous traitement antirétroviral seul. Après un an de suivi, aucune récurrence n'a été notée. A ce jour à notre connaissance, seules 2 autres cas de rémission de lymphomes du MALT sous traitement antirétroviral ont été décrits par Girard et Ribeiro dans des localisations pulmonaires et gastriques. Ce lymphome du MALT original de par sa localisation parotidienne et sa rémission sous traitement antirétroviral seul mérite d'être rapporté ■

CA 09

ETIOLOGIES DES PNEUMOPATHIES LIÉES AU VIH/SIDA À BANGUI, RÉPUBLIQUE DE CENTRAFRIQUE

R. BERCION¹, Y.B. SERVICE², V. FIKOUMA², A. IGNALEAMOKO², E. KASSA-KELEMBHO¹, P. GABRIÉ², M. GABRIÉ-CONQUET¹, L. RAHALISON³, L. CHARTIER⁴, L. BARIL⁴, P. L'HER⁵, Y. GERMANT⁴, M. VRAY⁴

1 - Institut Pasteur de Bangui, RCA • 2 - Hôpital Communautaire de Bangui, RCA • 3 - Institut Pasteur de Madagascar

4 - Institut Pasteur de Paris • 5 - Hôpital Militaire de Libreville, Gabon

Courriel : rbercion@pasteur-bangui.org

Avec une séroprévalence de près de 15 %, la République Centrafricaine (RCA) compte parmi les pays les plus touchés par l'infection à VIH. Selon les études, entre 60 et 80 % des malades VIH+ seraient atteints par une pneumopathie bactérienne au cours de l'évolution de la maladie SIDA. Afin de préciser les étiologies infectieuses des pneumopathies liées au VIH/SIDA, une étude prospective a été menée entre juin 2002 et juillet 2004 conjointement par l'Institut Pasteur et l'Hôpital Communautaire de Bangui, RCA (projet ANRS 1260). Les malades VIH+, âgés d'au moins 18 ans et hospitalisés pour avoir des signes cliniques et radiologiques de pneumopathie, ont été inclus dans l'étude après consentement écrit. Le bilan initial comportait la recherche de BAAR, une étude bactériologique et mycologique des crachats, la détermination du taux de lymphocytes CD4+ sanguins. Chez les sujets BAAR-, une fibroscopie

avec fibro-aspiration et lavage broncho alvéolaire était discutée. Les malades étaient mis sous traitement et revus à trois semaines pour examen clinique et radiologique de contrôle. Parmi les 193 patients admis pour pneumopathie pendant la période d'étude, 143 ont été inclus dans l'analyse et 50 exclus (23 VIH-, 5 pneumopathies non retenues, 8 radios normales ou absentes, 14 autres motifs). Agés en moyenne de 35 ans (extrêmes 18-65 ans), 94/143 (66 %) des sujets étaient des femmes. Quatre-vingt huit pour cent avaient un sida de stade III ou IV selon la classification de l'OMS. Le taux de lymphocytes CD4+ médian était de 200 par mm³ (Q1-Q3 : 75-347). L'index de masse corporelle médian était de 17,3 (Q1-Q3 : 15,8-19,7). Seulement 17 % des patients connaissaient leur statut VIH avant l'inclusion et parmi eux, 17 % étaient sous antirétroviraux et 9 % sous prophylaxie par cotrimoxazole. Une fibroscopie bronchique a été réalisée chez 57 % des malades. Dans 79 cas (55 %), une étiologie a été confirmée : 66 cas de tuberculose (84 %), 2 pneumocystoses (3 %), 16 bactéries pyogènes (20 %). Une association d'au moins 2 pathogènes était notée pour 6 malades. Au total, 71 cas de tuberculose certaine ou probable ont été retenus (50 % des malades inclus) dont seulement 42 (59 %) avaient un examen direct positif pour les BAAR. Vingt et un patients (15 %) sont décédés dans les trois semaines suivant l'inclusion. La tuberculose est la première cause de pneumopathies chez les malades infectés par le VIH à Bangui. La tuberculose pulmonaire survient précocement au cours de l'évolution de la maladie VIH/sida alors que le taux de lymphocytes CD4+ est encore relativement élevé. La microscopie est négative dans près de 40 % des cas. La pneumocystose est une cause rare de pneumopathie au cours du sida en RCA. La survenue d'une pneumopathie est souvent l'occasion de la découverte de l'infection à VIH ■

CA 10

RENOUVELLEMENT DES ORDONNANCES D'ANTIRÉTROVIRAUX COMME INDICATEUR DE L'OBSERVANCE : VALIDATION DE LA MÉTHODE ET PERSPECTIVES

S. BADRÉ-SENTENAC, C. ESSOMBA, C. COMMEYRAS, C. COUANFACK, J.L. REY

Faculté de Pharmacie de Montpellier, Clapiers, France
Courriel : c.commeyras@wanadoo.fr

Nous rapportons le bilan rétrospectif de l'analyse des ordonnances d'antirétroviraux dispensées à la pharmacie de l'hôpital Central de Yaoundé, premier centre de prise en charge les patients infectés par le VIH au Cameroun, en vue de valider une méthode simple d'évaluation de l'observance. Sur 21 mois, 1832 ordonnances ont été délivrées à 669 patients. La régularité de leur renouvellement est analysée pour 230 patients traités depuis au moins 4 mois et vus au moins 2 fois à la pharmacie. Le taux de renouvellement régulier des traitements à la pharmacie est de 53 % sur l'ensemble des patients (73 % hors perdus de vue). La proportion des irréguliers est plus élevée chez les perdus de vue ($p=0,02$). Le taux est étudié selon le type et la durée du traitement. L'indicateur de renouvellement des ordonnances paraît être un bon indicateur d'observance, facile à obtenir, robuste et sensible à certains facteurs. Sa mise en place implique la contribution des pharmaciens et leur coordination avec les autres intervenants et doit pouvoir être testée en fonction du site, du type ou de la durée du traitement. L'analyse du rapport du nombre d'ordonnances délivrées au nombre d'ordonnances attendu permet d'évaluer la qualité et le respect des procédures de prescription et de délivrance et finalement d'avoir un indicateur simple de l'observance des patients. Une consultation pharmaceutique personnalisée lors de la dispensation, incluant des informations sur la maladie, la compliance, les aspects positifs et négatifs du traitement et les protocoles de prise (éducation thérapeutique) implique cependant de renforcer les ressources humaines à ce niveau. Notre communication se propose de discuter cette méthode d'analyse de l'observance ainsi que les perspectives de la mise en place d'une consultation pharmaceutique pour le suivi des traitements les plus délicats et/ou les plus longs ■

CA 11

INTÉRÊT DU FROTIS SANGUIN DANS LE DIAGNOSTIC DE L'HISTOPLASMOSE DISSÉMINÉE CHEZ LE PATIENT ATTEINT DU SIDA EN AFRIQUE

D. DÉBAT ZOGUÉRET, M.L. BIGEL, V. PERRONNE, C. BILLY, F. RICHARDIN, F. GRINIER

Service des maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier François Quesnay, Mantes-La-Jolie, France
Courriel : david.debat_zogueret@libertysurf.fr

L'histoplasmosse disséminée est une infection fongique opportuniste du sida, due à *Histoplasma capsulatum* (Hc), fréquente en zones endémiques (Amérique, Afrique du Sud, Asie de l'Est), exceptionnelle en Europe. L'orientation diagnostique par examen microscopique de la formule sanguine est inhabituelle. Un homme originaire du Ghana, âgé de 39 ans, en France depuis 18 ans, était atteint d'un sida stade C3 et avait une mauvaise observance de son traitement antirétroviral. Il a été hospitalisé pour un état cachectique, des diarrhées sanglantes profuses (15 selles/j) et une fièvre à 39°C. L'examen clinique objectivait des lésions papulo-nodulaires profuses du visage et des ulcérations buccales. Biologiquement, on notait une pancytopenie, une neutropénie, des signes d'activation macrophagique (élévation des LDH, de la ferritinémie et de la triglycéridémie), l'absence d'atteinte cérébrale. Le diagnostic d'HD à *Hc var capsulatum* a été évoqué sur l'examen de la formule sanguine, puis de la moelle et confirmé sur hémoculture. Il s'y associait une infection à *Mycobacterium avium complex* (MAC) diagnostiquée dans les hémocultures et dans les selles. L'évolution clinique et biologique de l'histoplasmosse disséminée a été favorable avec amphotéricine B liposomale (Ambisome®) pendant 14 jours puis relais oral par itraconazole (Sporanox®), avant l'initiation du traitement anti-MAC. Après 6 mois, aucune rechute n'était notée avec le traitement d'en-

retien par itraconazole. Sur le continent africain, la forme dite américaine à *Hc var capsulatum* n'a été observée fréquemment qu'en Afrique du Sud, sporadiquement dans certains pays africains intertropicaux, en particulier au Kenya. La littérature ne signale à notre connaissance aucun cas d'histoplasmosse disséminée au Ghana dont est originaire notre patient sauf chez des immigrants de ce pays en Europe occidentale. Le diagnostic d'histoplasmosse disséminée est souvent difficile du fait du caractère trompeur des signes cliniques ou biologiques faisant discuter d'autres infections opportunistes, parfois intriquées. L'examen microscopique méticuleux du frottis sanguin après coloration au May-Grünwald-Giemsa qui ne figure pas parmi les examens souvent préconisés peut être d'un intérêt diagnostique dans les pays africains ayant des moyens d'investigation limités. Dans les formes disséminées, il peut permettre le dépistage rapide des histoplasmes, la culture en apportant la certitude. Cette modalité technique simple et moins onéreuse peut s'avérer suffisante selon le contexte clinique. ■

CA 12

LUTTE CONTRE LE SIDA : COMMENT ASSURER LA PÉRENNITÉ DES SYSTÈMES D'APPROVISIONNEMENTS EN ANTIRÉTROVIRAUX DANS UN CONTEXTE DE PANDÉMIE ? LES MÉCANISMES DE TRANSFERT DE COMPÉTENCES DE LA CHMP DANS LA GESTION DES ANTIRÉTROVIRAUX ET LES MÉDICAMENTS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

A. BA, S. FAYET, A. COURCAMBECK, H. DEGUI

Centrale humanitaire médico-pharmaceutique, Clermont-Ferrand, France.

Courriel : h.degui@chmp.org

La relation à double sens entre la santé et le développement s'appuie sur la mise en place d'un processus permanent de développement durable dans les pays à ressources limitées qui passe par un transfert de compétences adapté et accepté par les pays du Sud. Dans ces pays, la plupart des médicaments commercialisés sont importés puisque la production pharmaceutique est quasi inexistante. L'importation de médicaments dans ces pays engendre des risques quant à la qualité, la sécurité et l'efficacité de ces médicaments. On constate que l'absence de système de contrôle en général induit une circulation de faux médicaments, ou de médicaments de qualité non vérifiée. Le développement de marchés parallèles de produits de santé est certes lié à la faiblesse des systèmes de contrôle pharmaceutique, mais également aux faiblesses des systèmes de contrôle d'importation généraux (douanes, contrôles aux frontières). En général, les textes réglementaires locaux sont inadaptés au contexte marchand actuel (droit de propriété intellectuelle par exemple) ou bien si les textes ont été mis à jour en fonction des réglementations internationales, les formations du personnel à ces nouvelles règles n'ont pas encore été effectuées. La complexité toujours accrue des outils et des méthodes à mettre en œuvre selon les exigences des organismes internationaux (OMC, OMS, ...), ne permet plus à un interlocuteur unique d'intervenir sur les nombreux leviers de contrôle de qualité du médicament. Il faut donc aujourd'hui mettre en commun les savoir-faire et les expertises, afin de réussir au niveau d'un pays l'installation de mécanismes pérennes permettant d'agir efficacement sur la mise à disposition auprès des populations de médicaments de qualité en particulier dans la réponse globale qu'il faut apporter à la lutte contre le sida. En effet, la plupart des systèmes d'approvisionnement en médicaments existants dans les pays à ressources limitées sont confrontés à des problèmes qui peuvent remettre en cause la lutte mondiale contre le sida. Parmi ces problèmes, on peut citer : rupture de stocks, absence de système de pharmacovigilance, qualité des antirétroviraux, absence de système fiable de prévisions de commandes, capacité de stockage limitée... Face à ces problèmes, la CHMP acteur dans le domaine du médicament depuis des années apporte une réponse d'accompagnement personnalisé des acteurs terrain pour un transfert de méthodes et d'outils simples acceptés et adaptés aux réalités du terrain. Pour cela, la CHMP a mis en place un système de partenariat en réseau avec les principaux acteurs internationaux (CRF; ESTHER; OMS; FG; LeeM; AFSSAPS; Ministère des affaires étrangères français) et un système de compagnonnage personnalisé avec une formation sur site. Cette démarche permet d'associer les acteurs terrain tout au long de la formation. Notre credo : le transfert des compétences constitue la seule vraie voie pour soutenir l'Afrique dans sa quête d'un développement durable ■

CA 13

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA MALADIE DE KAPOSI SUR TERRAIN VIH/SIDA À PROPOS DE 12 CAS À L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

N.M. DIAGNE-GUEYE¹, K. BA-FALL¹, P.M. GUEYE¹, G. AGBOTON², T.O. SOKO³, F.K. MBAYE-SOUMAH¹, C. PERINO¹,
P.S. BA¹, A.R. NDIAYE¹, P. CAMARA¹, M. SANE¹, P.S. MBAYE¹

1 - Service de Médecine Interne • 2 - Service d'ophtalmologie • 3 - Service de radiologie

Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal

Courriel : yamaismael@yahoo.fr

La maladie de Kaposi est une néoplasie opportuniste à tropisme cutané principalement rencontrée chez les patients infectés par le VIH. Elle demeure la manifestation tumorale la plus fréquente au cours du sida. Les objectifs ont été de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie de Kaposi chez le sujet infecté par le VIH en milieu hospitalier. Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans (février 1996 - février 2005) à l'Hôpital Principal de Dakar, incluant tout patient vivant avec le VIH/sida hospitalisé dans les services médicaux, présentant une maladie de Kaposi diagnostiquée cliniquement, histologiquement

ou à l'aide d'examen paracliniques complémentaires. Douze patients ont été inclus. Le sex-ratio est de 11. L'âge moyen des patients était de 39 ans (25-47) ans. Onze patients étaient infectés par le VIH-1 et le type n'était pas précisé dans un cas. Le taux de CD4 moyen était de 103 par mm³ (17-312). Les signes cliniques étaient : la fièvre avec une altération de l'état général (83 %), une toux (66,7 %), une hémoptysie (25 %). Les sièges électifs étaient : la peau (n = 11/12), le poumon (n = 10/12), le tube digestif (n = 11/12), l'oeil (n = 1/12), l'ORL (n = 1/12), les ganglions (n = 5/12). Il s'agissait toujours de formes multiviscérales : peau/poumon/digestif (n=6/12), peau/ganglion/poumon (n=5), poumon/digestif/ganglion (n = 1). L'anémie était constante associée à une leucopénie (n = 4) et une thrombopénie (n=2). Le diagnostic était fait sur des lésions macroscopiques évocatrices : cutanées chez 11 malades, 5 fibroscopies bronchiques, 2 endoscopies digestives hautes, 3 rectosigmoidoscopies, et 3 confirmations histologiques. Onze patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie par bléomycine (83,3 %), le nombre de cures variant de 1 à 12. Un patient a bénéficié d'une polychimiothérapie associant bléomycine et vincristine. La chimiothérapie était précédée d'une corticothérapie dans 3 cas. Deux patients étaient sous traitement antirétroviral. Au plan évolutif, 6 patients étaient décédés avant la fin du traitement, 2 étaient vivants, 4 étaient perdus de vue. La maladie de Kaposi chez des patients infectés par le VIH atteint surtout l'homme et se présente sous une forme multiviscérale atteignant préférentiellement la peau, les poumons et le tube digestif. C'est une affection grave de mauvais pronostic. L'espoir demeure dans la chimiothérapie associée au traitement antirétroviral qui a grandement amélioré la survie des malades ■

CA 14

EPIDÉMIE DE SIDA EN AFRIQUE ET SÉCURITÉ INTERNATIONALE LE CAS DE L'ÉRYTHRÉE

D. KEROUEDAN

Avenue Léopold Wiener 77, 1170 Bruxelles
Courriel : d.keruedan@skynet.be

En janvier 2000, les Nations Unies inscrivent la pandémie de sida comme une question de sécurité internationale, du fait de son ampleur et de son potentiel déstabilisateur politique, économique et social. A partir du cas de l'Érythrée, en conflit de démarcation de frontière avec l'Éthiopie depuis 5 ans après plusieurs décennies de conflits armés, l'auteur présentera les liens entre conflit et exposition au risque d'infection VIH, entre conflit armé, pauvreté, prostitution et viols notamment des très jeunes filles, et exposition à l'infection VIH, ainsi que les liens entre la démobilisation militaire et le risque de propagation de l'épidémie à l'échelle d'un pays et de la région de la Corne de l'Afrique. En réponse à ces interactions entre le sida et les questions de sécurité nationale et internationale, l'auteur présentera la stratégie de l'Érythrée, les références internationales stratégiques dans ce domaine (ONU), quelques autres exemples dont la Côte d'Ivoire et la revue documentaire relative à la position des États-Unis sur ces questions ■

CA 15

DÉCENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE BIOLOGIQUE DES PVVIH EN SITUATION DE CRISE SOCIO-POLITIQUE ET MILITAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

A. KOUASSI-M'BENGUE, Y. SOUMAHORO, Y. CREZOIT, S. DAOUA-OKOU, A. YÉO, M. DOSSO

CHU Yopougon/Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Côte d'Ivoire

Courriel : kouassimbengue@yahoo.fr

La Côte d'Ivoire, est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest le plus affecté par l'infection à VIH avec une séroprévalence de 9,7%. La stratégie adoptée pour la décentralisation de la prise en charge des PVVIH est la répartition du territoire entre les différents partenaires pour un meilleur bénéfice des populations. Cependant l'IPCI en partenariat avec le fonds mondial a mis en place un plan pilote de passage à échelle dans les sites sous sa tutelle. Notre étude avait pour objectif un an après le démarrage de ce plan pilote, d'évaluer le processus de décentralisation de la prise en charge biologique des PVVIH des sites sous tutelle de l'IPCI en vue de son amélioration. Il s'agit d'une étude qui s'est déroulée sur sept mois d'août à septembre 2006. Elle a concerné sept laboratoires d'analyses médicales d'établissements sanitaires publics repartis de la façon suivante : 4 en zone gouvernementale (Divo, Daloa, Gagnoa, Yamoussoukro) et 3 en zone rebelle (Bouaké, Man, Korhogo). Les données ont été recueillies sur les sites à l'aide d'une interview structurée et d'une grille d'observation élaborée à partir du paquet minimum d'activité biologique (PMA BIO). Toutes les spécialités biologiques d'une prise en charge biologique des PVVIH étaient réunies dans 2 laboratoires sur 7 soit 25,7%. Le personnel qualifié est disproportionné sur le plan quantitatif et qualitatif mais toutes les structures ont au moins un personnel de laboratoire qualifié, en particulier les TSL sont présents dans 6 laboratoires sur 7 soit 85,71%. L'équipement était insuffisant ainsi que les réactifs et consommables mais le cytomètre de flux était l'équipement standard des 7 laboratoires visités soit 100%. On notait une absence de supervision, en particulier dans les zones pro-rebelles et une irrégularité dans l'élaboration des rapports d'activités. Cette étude a permis de noter les dysfonctionnements. L'amélioration du processus de décentralisation de la prise en charge biologique des PVVIH pourrait être obtenue par l'approvisionnement en équipement nécessaire ainsi que par la formation du personnel en management de la qualité ■

CA 16

IMPLICATION DE L'IPCI DANS LA PTME EN COTE D'IVOIRE

A. KOUASSI-M'BENGUE, M. DOUMBIA, A. DIBY, A. FOLQUET, S. BONI, M. DOSSO

CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Courriel : kouassimbengue

Dans le monde, 40,3 millions de personnes sont infectées par le VIH/sida parmi lesquelles 37,2 millions d'adultes dont 17,6 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants de < 15 ans (90 % se trouvent en Afrique subsaharienne). La Côte d'Ivoire, est l'un des pays d'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'infection à VIH avec une séroprévalence de 9,7 %. Depuis le diagnostic des premiers cas de VIH en 1987 par l'IPCI, celui-ci s'est impliqué en premier lieu dans le diagnostic du VIH/sida à travers ses laboratoires d'analyses médicales. Cette institution contribue à la prévention de la transmission mère-enfant en collaboration avec le service de Gynécobstétrique du CHU de Cocody depuis Novembre 2002. L'objectif général est de contribuer à la réduction de la transmission mère – enfant de l'infection au VIH/sida. Les objectifs spécifiques sont de déterminer la séroprévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes consultant en Service de gynéco-obstétrique du CHU de Cocody ; de déterminer le taux de transmission mère-enfant de l'infection à VIH/sida ; d'évaluer l'impact de la politique nationale de PTME et de former le personnel de Santé aux stratégies de PTME. Il s'agit d'une étude de cohorte qui s'est déroulée de Novembre 2002 à mars 2006. Elle a concerné 2 816 femmes enceintes dépistées après un consentement éclairé en CPN et leurs nouveaux nés suivis jusqu'à l'âge de 15 mois. Le diagnostic sérologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes a utilisé 2 tests rapides le Determine HIV de Abbott et le Génie II HIV1/2 de Biorad en algorithme en série. Le diagnostic sérologique de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives et âgés d'au moins 15 mois a utilisé les mêmes tests conformément à la politique nationale. Trois cent soixante dix femmes enceintes étaient séropositives pour le VIH, soit une séroprévalence de 13,1 %. La distribution des sérotypes était respectivement de 94,3 % pour le VIH-1, 2,3 % pour le VIH-2 et 3,4 % pour VIH-1+2. Vingt enfants nés de mères séropositives et âgés de plus de 15 mois ont bénéficié du diagnostic de l'infection à VIH. Parmi les 20 enfants suivis, 6 se sont avérés séropositifs pour l'infection à VIH soit un taux de transmission de 30%. La PTME constitue un des moyens de lutte contre l'infection à VIH. Plusieurs protocoles thérapeutiques existent mais il est nécessaire de les évaluer localement afin d'éviter d'éventuelles résistances au traitement ■

CA 17

FINANCER ET ACCOMPAGNER LES ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE : L'UN NE PEUT ALLER SANS L'AUTRE

J.M. MILLELIRI, A. BOUMAH, A. KRENTEL, J.L. REY

Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille, France

Courriel : j-m.milleliri@wanadoo.fr

Les associations de lutte contre le sida sont reconnues comme des partenaires et des acteurs indispensables aux programmes nationaux et aux institutions intervenant face à l'épidémie de sida en Afrique et dans les pays en développement. L'émergence de cette société civile s'étant approprié les enjeux des interventions et sa participation à une action de citoyenneté a été facilitée par l'accessibilité à des fonds financiers. L'accès à ces financements ne doit pas faire oublier la nécessité d'un accompagnement technique d'associations émergentes dont la capacité de gestion et de structuration est parfois limitée. En 1998, dans le cadre du projet du Fonds d'Aide et de Coopération « appui à la lutte contre le sida » mis en place par la Coopération française au Gabon, un appel d'offres ouvert aux associations gabonaises a été lancé. Le soutien financier (limité à 22 500 euros par projet) a porté sur des actions d'Information d'Education et de Communication (IEC) centrées sur des populations-cibles vulnérables. Un soutien technique de la part du projet FAC était apporté aux associations sous forme de formation initiale, de suivi opérationnel des activités et de leurs évaluations. Au total, 49 associations de droit gabonais ont déposé un dossier de financement accompagnant une offre technique de service. Un comité de sélection *ad hoc* a retenu 11 projets associatifs à soutenir. Seuls 7 d'entre eux l'ont été, en raison de l'absence de transparence dans la gestion antérieure de la structure pour 4 associations. Sur les 7 projets financés (de 7 500 euros à 22 500 euros), un seul n'a pas atteint les objectifs fixés. Par la suite, 4 autres associations ont été soutenues selon la même méthodologie et atteignant toutes les objectifs du projet présenté. En 2005, 4 des 11 associations soutenues à l'époque continuaient à mener des actions régulières et/ou continues en matière de lutte contre le sida. Les associations gabonaises ne manquent ni d'engagement ni de capacités d'intervention en terme de potentialité humaine. Les résultats obtenus au Gabon par les projets issus de l'appel d'offres de 1998 et le soutien réalisé dans d'autres projets illustrent ces capacités. Néanmoins, ces associations doivent encore être accompagnées techniquement et être mieux soutenues institutionnellement. La nécessité d'un bureau technique opérationnel aidant les acteurs de la société civile à développer leurs activités, à accompagner ces actions de terrain et à les évaluer est clairement apparue. L'accès aux financements internationaux doit également être soutenu et accompagné, notamment par les institutions nationales, qui doivent être persuadées que les acteurs de la société civile sont des partenaires et non des concurrents dans la lutte contre l'épidémie ■

CA 18

DÉPISTAGE DES RÉSISTANCES AUX ANTIRÉTROVIRAUX DU VIH-1 CHEZ LES PATIENTS RÉCEMMENT INFECTÉS

M. CARON¹, E. NICAND¹, J.J. DE PINA², P. IMBERT³, T. DEBORD³

1 - HIA Val de Grâce, Paris • 2 - HIA Laveran, Marseille • 3 - HIA Bégin, Saint Mandé

Courriel : en.biol-vdg@filcom.com

Effectuer un test génotypique de résistance en cas d'infection récente est une des recommandations pour la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Pour évaluer la fréquence des virus résistants aux antirétroviraux, une étude a été conduite à partir de 2002, chez les patients récemment infectés en France et en Afrique (Djibouti et Afrique subsaharienne). Les plasmas de 49 patients récemment infectés (15 patients infectés en France et 29 patients contaminés en Afrique) ont été testés par séquençage du gène *pol* du VIH-1. L'interprétation du génotype de résistance a été fait suivant l'algorithme présenté par l'ANRS. Le sous typage des sous types a été déterminé à partir de la séquence peptidique de la transcriptase inverse. Vis-à-vis des analogues nucléosidiques et nucléotidiques, les mutations associées à la résistance ont été observées chez 2/15 (13 %) des patients infectés en France et chez 2/29 (6 %) des patients infectés en Afrique. Par ailleurs, 2 de ces 29 patients présentaient une mutation majeure associée à la résistance aux anti-protéases. Alors qu'en France, les patients étaient infectés avec un isolat de sous type B, à Djibouti, la contamination était due principalement au sous type C. Chez les sujets récemment infectés, l'utilisation du génotype des résistances est majeure en France comme en Afrique pour guider le choix de la première ligne d'association d'antirétroviraux ■

CA 19

HYPERCALCÉMIE MALIGNE COMPLIQUANT UNE TUBERCULOSE MILIAIRE CHEZ UN PATIENT AU STADE SIDA : UNE MANIFESTATION INHABITUELLE DU SYNDROME DE RESTAURATION IMMUNITAIRE

C. RAPP, C. FICKO, P. IMBERT, R. BARRUET, T. DEBORD

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France

Courriel : rappchristophe@aol.com

Depuis la généralisation des HAART, les complications liées au syndrome de restauration immunitaire (SRI) sont en augmentation croissante chez les patients VIH co-infectés par la tuberculose. Le diagnostic et la prise en charge de ces situations sont souvent difficiles, faisant discuter une infection opportuniste ou une toxicité médicamenteuse. Un homme de 41 ans, originaire du Cameroun était admis en novembre 2003 pour une fièvre associée à un syndrome confusionnel. Le diagnostic d'infection à VIH (CD4 : 50/mm³, charge virale 16 000 copies/ml) révélée par une tuberculose miliaire à *M. tuberculosis* (cerveau, œil, poumon, urinaire) était porté. La radiographie pulmonaire (RP) montrait une miliaire et l'IRM cérébrale objectivait deux lésions intracérébrales (tuberculomes). Une quadrithérapie antituberculeuse était initiée, associée à une corticothérapie et de la vitamine D. L'évolution initiale était favorable et une trithérapie (abacavir, stavudine, lamivudine) était débutée au deuxième mois. Quinze jours plus tard, il était réhospitalisé pour un syndrome confusionnel en rapport avec une hypercalcémie à 4,11 mmol/l (No < 2,5). Le dosage de parathormone PTH-1-84 était bas (1 ng/l, No 7-75) et le niveau de 25 OH cholécalférol contrastait avec un haut niveau de 1-25 (OH)₂ D₃. L'analyse du LCR était normale. Les dosages plasmatiques des ARV et des antituberculeux étaient adaptés. La RP et l'IRM cérébrale montraient une aggravation des lésions pulmonaires et cérébrales. La charge virale VIH était abaissée à 194 copies/ml et les CD4 augmentés à 123/mm³. Après une cure de pamidronate et de corticoïdes, l'évolution clinique était favorable et la calcémie se normalisait en 1 semaine. En Afrique Subsaharienne, le SRI est une préoccupation récente, responsable d'une part non négligeable de la mortalité précoce des patients VIH traités, co-infectés par la TB ou une autre infection opportuniste. L'hypercalcémie, complication le plus souvent asymptomatique de nombreuses granulomatoses, apparaît exceptionnelle au sein des manifestations du SRI associé à la TB, seul un cas ayant été rapporté chez un patient VIH atteint d'une tuberculose pulmonaire. Notre cas suggère que la restauration brutale de la réponse granulomateuse de l'hôte peut générer une hypercalcémie vitamine D-dépendante, favorisée de surcroît par la charge mycobactérienne et la prise de vitamine D. Les corticoïdes, qui suppriment la formation des granulomes, sont le traitement de choix. Chez les sujets VIH co-infectés par une miliaire tuberculeuse ayant un taux de CD4 bas, le calcium et la vitamine D doivent être évités, la calcémie doit être surveillée. Dans les régions d'hyperendémie tuberculeuse, la possibilité d'un SRI doit être envisagé devant des manifestations neurologiques ou une hypercalcémie ■

CA 20

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE AU DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH CHEZ LES MIGRANTS

C. RAPP, P. IMBERT, C. FICKO, R. BARRUET, T. DEBORD

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France

Courriel : rappchristophe@aol.com

L'objectif est de décrire les caractéristiques cliniques et sociales des migrants lors de la découverte de l'infection par le VIH et les comparer aux données épidémiologiques nationales. Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005 des migrants pris en charge pour une infection à VIH *de novo* dans le service des maladies infectieuses. Recueil de données épidémiologiques, cliniques, et socio-économiques. Durant la période, 60 patients (35 hommes, 25 femmes) représentant 56 %, des découvertes d'infections *de novo* par le VIH ont été inclus. L'âge moyen était de 37 ans (31,5 chez les femmes, 39,9 chez les hommes). 88 % des patients étaient originaires d'Afrique subsaharienne (ASS). La répartition des modes de contamination était la suivante : hétérosexuel : 85 %, homosexuel : 8,5 %, toxicomanie : 5 %. Le délai médian entre l'arrivée en France et le diagnostic était de 24 mois (2-312), il était supérieur à 5 ans dans 37 % des cas. Près de 40 % des patients avaient réalisé un test VIH au moins une fois antérieurement. Plus de deux tiers des patients étaient symptomatiques (hommes : 86 %, femmes : 48 %) et 63 % ont été admis en urgence. 45 % des patients étaient diagnostiqués tardivement au stade sida. L'infection opportuniste inaugurale était la tuberculose dans 50 % des cas. Une co-infection par une hépatite chronique (VHC, 3 ; VHB, 9) était notée chez 12 patients (20 %). Au plan social, 46 % des patients étaient sans emploi et 40 % ne possédaient pas de logement. Enfin, 38,5 % des patients étaient en situation irrégulière et 15 % déclaraient n'avoir aucune couverture sociale. En accord avec les données récentes en Ile de France, nos résultats soulignent la part croissante des migrants originaires d'ASS dans les nouveaux diagnostics d'infections par le VIH. En dépit du biais de recrutement hospitalier, la proportion élevée de patients diagnostiqués au stade sida avec une prédominance masculine, illustre le dépistage tardif de cette population précaire. La prévalence élevée de la tuberculose (24 %) au premier rang des infections opportunistes reflète l'ampleur de l'endémie tuberculeuse en Afrique. La pérennisation des bénéfices liés à l'accès aux soins et aux ARV impose des progrès urgents dans la politique d'accès aux droits sociaux des migrants. L'incitation au dépistage précoce à l'aide d'une communication ciblée visant à lever les barrières (gratuité, anonymat, disponibilité des ARV) est une priorité ■

CA 21

ETUDE DE LA SÉRO-PRÉVALENCE DE L'INFECTION VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX À MADAGASCAR

O. RATSIRAHONANA, J. SARDA, B. RARIVOSON, M. ANDRIAMIANDRISOA, A. RAKOTOARISAONINA,
H. RAMAROKOTO, B. RAVELOJAONA

Madagascar

Courriel : ratsirahonana_orelys@yahoo.fr

Dans le contexte où la pandémie du VIH/sida ne cesse de s'accroître, Madagascar reste encore un des pays le moins infectés dans le monde. Mais une enquête menée chez les femmes enceintes en 2003 a montré que le niveau de l'épidémie du VIH semble basculer dans une phase généralisée. En effet, cette prévalence est de 1,17 %. En matière de tuberculose, il n'existe pas de données récentes précisant le niveau de prévalence de l'infection par VIH chez les tuberculeux. Aussi, le Ministère de la santé et le consortium des partenaires ont-ils décidé d'établir un protocole d'enquête pour déterminer la prévalence de l'infection à VIH parmi les patients atteints de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire au niveau national. Pour avoir une base de mesure des tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux à Madagascar à travers une enquête de sérodiagnostic parmi les malades dépistés dans les centres de diagnostic et de traitement de tuberculose (CDT). Une enquête transversale, avec un échantillonnage consécutif jusqu'à atteindre le nombre de sujets nécessaires est la méthode adoptée. Les formations sanitaires ont été tirées au sort sur la base d'une liste exhaustive des CDT, selon un mode de sondage en grappe de type PEV à partir des populations cumulees, de manière à prélever pendant une période de 6 mois (décembre 2004 à mars 2005) un nombre total de malades égal à 1 800 soit 30 grappes de 60 malades. Chaque patient est interrogé à partir d'un questionnaire standardisé contenant des informations socio-démographiques, les habitudes sexuelles, la connaissance du VIH/sida et son attitude. Dans cette étude, 1 759 malades ont été inclus. Le sexe ratio homme/femme est 1,49. L'âge moyen est de 39,79 ans et 49,1 % sont mariés. Les agriculteurs sont 49 %. Quant au niveau d'étude 21,2 % sont illettrés, 42,5 % de niveau primaire et 32,2 % de niveau secondaire. Le taux d'utilisation du préservatif est de 9,2 %. Concernant le statut VIH, 16 cas sont séropositifs, soit 0,91 %. Le taux de positivité le plus important se trouve dans la province de Mahajanga : 2,10 % et de Toliara : 1,01 % ■

CA 22

FACTEURS DE RISQUE DE L'INFECTION À VIH DANS DES POPULATIONS URBAINES D'AFRIQUE CENTRALE

C. ROGIER, R. LALOU, M.F. PURUENHCE, B. ATIPO, J.P. NKOENDOLO METOUAKEBOSSO,
H.J. PARRA, B. BIKANDOU, S. SARAGOSSI, M. ETCHEPARE

Unité de recherche en biologie et épidémiologie parasitaires, IMTSSA, Marseille, France

Courriel : christophe.rogier@wanadoo.fr

L'association entre la séropositivité VIH et les réponses à une enquête de surveillance comportementale (connaissances, attitudes, croyances et pratiques) menée en novembre 2003 dans la population adulte (15 à 49 ans) des principales villes de la République du Congo (80% de la population totale), a été recherchée chez 3442 personnes (1795 hommes et 1647 femmes), par sondages en grappes. Le taux de séroprévalence VIH était de l'ordre de 4,1% (IC95% : 3,5% - 4,8%). Les situations étaient très contrastées d'une ville à une autre, le taux de séroprévalence variant de 1,3% à 9,4%. Pour les hommes, le risque de séropositivité VIH était significativement supérieur chez les hommes les plus âgés, n'ayant pas dépassé le collège, vivant dans les villes de la région sud, ayant eu plus de 5 partenaires occasionnels, ayant fréquenté une professionnelle du sexe ou ayant eu des signes d'infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois. Le risque d'infection était également augmenté, de façon non significative, chez les hommes en union libre ou ne rejetant pas les deux principales fausses croyances concernant la transmission. Les facteurs de risques ne différaient pas selon les localités. Chez les femmes, des facteurs de risque significatifs étaient communs aux habitantes de l'ensemble des villes et d'autres différaient selon les villes. Le risque de séropositivité VIH était supérieur chez les femmes les plus jeunes, n'ayant pas dépassé le collège, les célibataires, divorcées ou veuves, les évangélistes ou « sans religion », ayant une différence d'âge importante avec leur premier partenaire sexuel, ayant subi des rapports sexuels sous contrainte, ne rejetant pas les deux principales fausses croyances concernant la transmission, ne percevant pas le sida comme une menace pour la communauté, consommant plus d'alcool ou ayant une attitude défavorable vis à vis du préservatif. Ces informations devraient permettre d'adapter et de mieux cibler la lutte contre l'épidémie à VIH/sida selon le genre et les types de localité dans les grandes villes de la République du Congo ■

CA 23

CO-INFECTIONS PAR LE VIH ET LES VIRUS DES HÉPATITES B ET C CHEZ LES DONNEURS DE SANG AU BURKINA FASO

L. SANGARÉ, D. KANIA, A. KOANDA

Service de Bactériologie-Virologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

Courriel : lsangare@univ-ouaga.bf

Les objectifs sont d'assurer la qualification microbiologique du sang à transfuser et évaluer les co-infections virales chez les donneurs bénévoles de sang à Ouagadougou. Sujets et méthodes : 500 dons non répétitifs de sang ont été recueillis en collectes mobile (N=366) et fixe (N=134) à la Banque de sang du CHU Yalgado Ouédraogo, de mai à décembre 2004. Chaque échantillon a été analysé pour le dépistage sérologique du VIH, du virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) par les tests Genscreen Plus HIV Ag-Ab (Bio-Rad, France), Monolisa AgHBs Plus (Bio-Rad), Monolisa Anti-HCV Plus version 2 (Bio-Rad) et Ortho HCV 3.0 Test System with Enhanced SAve (Ortho Diagnostics, France) respectivement. Les données ont été collectées et analysées à l'aide du logiciel EPI Info version 2002 et toute valeur $p < 0,05$ a été considérée significative. L'âge moyen des donneurs était de 26,2 ans \pm 7,3 ans (18 ans-58 ans) et le sex ratio H/F de 2,3. Les nouveaux donneurs représentaient 80% de la population d'étude contre 11,2% pour les anciens et 8,8% pour les donneurs familiaux. Au total, 149 dons étaient porteurs de marqueurs viraux et impropres à la transfusion dont 49 de VIH, 96 d'AgHBs et 26 d'anti-VHC ; 12 étaient co-infectés par les VIH/VHB, 5 par les VHB/VHC et 3 par les VIH/VHC. Les différences d'infections virales entre les tranches d'âge ($p=0,57-0,72$), l'origine des dons ($p=0,27-0,99$) et les types de donneurs ($p=0,22-0,66$) n'étaient pas statistiquement significatives. Cependant les co-infections VIH/VHB étaient plus importantes que les autres ($p=0,006$). Les infections virales sont responsables d'une part importante d'exclusions des donneurs de sang au Burkina Faso. La principale co-infection en cause dans les disqualifications virologiques des dons est associée au VIH et au VHB. Cette co-infection a des impacts connus sur l'évolution de l'infection à VIH qui pourraient être réduits par l'immunisation des donneurs non encore infectés par le VHB ■

CA 24

INFECTIONS PAR LE VIH ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES FEMMES ENCEINTES À OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

A. KOANDA, L. SANGARÉ, W.A. COMBASSÉRÉ, D. KANIA, J. LANKOANDÉ
Service de Bactériologie-Virologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso
Courriel : lsangare@univ-ouaga.bf

Le Burkina Faso est un pays tropical qualifié de haute endémie des infections à VHC. La séroprévalence du VIH est estimée à la régression ; cependant peu de données sont disponibles sur les infections par les deux virus dans le pays. L'objectif est d'évaluer les fréquences des infections par les VIH et VHC dans une population urbaine de femmes enceintes du Burkina Faso. De juillet à août 2003, 360 femmes enceintes reçues à la maternité du CHU Yalgado Ouagadougou lors de leur dernière consultation prénatale. Après conseil, le consentement éclairé et volontaire, 307 femmes ont adhéré à l'étude. Un échantillon de sang recueilli chez chaque femme enceinte a été soumis au dépistage sérologique du VIH par les tests Determine HIV1/2 (Abbott Diagnostics, France) et ImmunoCombII BiSpot HIV-1 & 2 (PBS Organics, France) selon la stratégie II de l'OMS/ONUSIDA. Les anti-VHC ont été détectés par les tests Monolisa anti-VHC PLUS et Innotest VHC Ab IV (Innogenetics, France). Les résultats indéterminés et les positifs ont été validés par les tests HIV Blot 2.2 (Genelabs Diagnostics, France) et INNO-LIA HCV Ab III Update (Innogenetics). L'âge moyen des 307 femmes était de 24,6 ans \pm 6,0 ans [15 ans - 43 ans]. Elles étaient majoritairement des femmes au foyer (66,6 %), mariées (59,3 %), vivant dans des foyers monogames (78 %), excisées (68,1 %), sans antécédents de transfusion (94,5 %), d'intervention chirurgicale (83,7 %) ou de soins dentaires (84 %) et 77,6 % étaient à leur deuxième grossesse. Les résultats des analyses sérologiques ont montré que 20 (6,5 %) d'entre elles étaient VIH+ dont 6,2 % de VIH-1 et 0,3 % de VIH-2. Le VIH était significativement plus présent chez les femmes excisées et celles de 20-29 ans que dans les autres catégories. Les anticorps anti-VHC étaient présents chez 8/307 (2,6 %) femmes enceintes : le virus était significativement plus présent chez les mères au foyer, célibataires ($p=0,002$) et excisées ($p=0,02$). Aucune différence statistiquement significative n'était associée aux autres variables. Seule une mère était co-infectée par les 2 virus. Les fréquences des infections par les VIH et VHC sont élevées chez les femmes enceintes, notamment chez celles âgées de 20-29 ans ou ayant des antécédents d'excision. L'adoption de mesures préventives associées à cette mesure culturelle pourrait permettre de réduire les taux d'infection chez ces femmes au Burkina Faso ■

CA 25

PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES CANDIDATS AU DÉPISTAGE VOLONTAIRE DE L'INFECTION PAR LE VIH DANS LE SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE NATIONALE DE N'DJAMÉNA (TCHAD)

H.Z.B. TCHOMBOU, D.A. AVOCKSOUMA
Service des maladies infectieuses/HGRN N'Djaména, Tchad
Courriel : tchombouzb@yahoo.fr

Le service des maladies infectieuses (SMI) de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména, service de référence de la prise en charge des PVVIH, fonctionne également comme un centre de dépistage volontaire (CDV). L'objectif de cette étude a été de décrire les caractéristiques des candidats au dépistage volontaire de l'infection par le VIH en 2004 dans les SMI afin d'orienter les stratégies de prise en charge. Les personnes désireuses de connaître leur statut sérologique VIH sont reçues en consultation de routine dans le service. Un pré-test leur est administré. Après consentement éclairé, on procédait à un prélèvement veineux dans le service. Les renseignements socio-démographiques et cliniques étaient notés sur un registre reportant le code d'anonymat. La demande d'examen et le prélèvement étaient acheminés au laboratoire. Les candidats étaient revus une semaine plus tard pour le post-test. De janvier à décembre 2004, un total de 142 volontaires ont été reçus sur un total de 502 personnes soit 28,3 %. On notait 80 hommes (56,3 %) pour 62 femmes, soit un sex-ratio H/F de 1,3. Les volontaires provenaient de N'Djaména ($n=105$), de Moundou ($n=14$) et des autres provinces du pays. L'âge moyen des hommes était de 35,7 ans contre 26,2 chez les femmes. Les volontaires de 24 ans ou moins représentaient 24,6 % de l'échantillon. Les volontaires étaient mariés ($n=87$ dont 33 femmes) ; célibataires ($n=49$ dont 23 femmes) ou veufs ($n=8$ dont 2 hommes). Au plan de l'occupation, les élèves/étudiants/enseignants étaient les plus représentés ($n=41$), suivi des femmes au foyer ($n=26$), du personnel de santé ($n=9$), des hommes en tenue ($n=7$) et des chauffeurs/mécaniciens ($n=6$). Pour 64 volontaires (45,1 %), la sérologie s'était avérée positive. Les motifs qui conduisaient le plus souvent les volontaires au dépistage étaient : i) le désir de connaître la sérologie chez 67 personnes dont 22 séropositives, ii) partenaire séropositive ou suspectée dans 20 cas, dont 14 séropositives, iii) le bilan pré-nuptial dans 6 cas dont 2 séropositives, iv) la volonté de se rassurer dans 4 cas, dont 2 séropositives, v) les diarrhées prolongées dans 8 cas, tous séropositifs, vi) les éruptions cutanées -zona- dans 4 cas, dont 3 séropositifs. Pour les volontaires séropositifs, une confirmation de la sérologie et une prise en charge adaptée leur était proposée. Les résultats de cette étude montrent que le SMI peut fonctionner à la fois comme CDV et centre de traitement et de dispensation des ARV, les volontaires séropositifs étant pris dans un continuum de soins. L'introduction des auto-tests contribueraient à réduire le délai d'attente et à stimuler davantage les volontaires ■

CA 26

SUIVI DES PATIENTS VIH POSITIFS SOUS ARV : EXPÉRIENCE DU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE NATIONALE DE N'DJAMÉNA (TCHAD)

H.Z.B. TCHOMBOU¹, M.B. MOUANODJI²

1 - Service des maladies infectieuses/HGRN • 2 - Faculté des sciences de la santé de N'Djaména
Courriel : tchombouzb@yahoo.fr

La trithérapie ARV est à ses débuts au Tchad. L'objectif de cette étude était de faire le point du suivi des patients sous ARV dans le service des maladies infectieuses de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména, afin d'orienter les stratégies de prise en charge. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de janvier 2001 à juin 2004. 289 patients ont été mis sous ARV pendant cette période, dont 155 femmes (53,6 %), avec un âge moyen de 35,7 + 8,2 ans. Ces patients provenaient de 29 villes et agglomérations du pays, en majorité de N'Djaména (49,8 %) et de Moundou (24,2 %) et étaient principalement des ménagères (26,6 %), des hommes en tenue (10,4 %) ou des enseignants (10 %). Le niveau d'étude était secondaire dans 65,4 %. Les mariés représentaient 67,1 %. Les patients reçus en ambulatoire étaient les plus nombreux (72 %). Les délais au traitement après indication étaient <1 mois dans 26,3 % ; et >6 mois dans 15,6 %. Selon le type de VIH (n=51), 33 patients étaient VIH-1 et 18 VIH-2. Le taux moyen de lymphocytes TCD4 (n=228) était de 160,8 éléments/mm³. 81 patients avaient un taux de TCD4 <100. La ligne thérapeutique la plus prescrite était : névirapine + stavudine + lamivudine (83,7 %) suivie de la combinaison lamivudine + stavudine + indinavir (5,5 %). Un traitement traditionnel concomittent était avoué par 18 patients. La prise en charge (achats de médicaments, examens biologique) des patients était assurée essentiellement par la famille (43,9 %). La moyenne de durée de traitement ARV était de 21,9 mois avec des extrêmes de 1 à 52. Le taux moyen de CD4 au début du traitement ARV était de 165,4/mm³, contre 312,2 au moment de l'étude. Dans notre échantillon, 195 patients ont été considérés comme observants (65,6 %) contre 102 non-observant. L'observance ne semble pas liée au sexe ou au niveau de scolarisation des patients. Les principales causes d'interruption du traitement ARV étaient : i) le manque de ressources financières (39,2 %) ; ii) les oublis (37,2 %) et les ruptures de stock en pharmacie (26,5 %). Cette étude rappelle l'intérêt de la consultation d'observance, et montre la faisabilité de la trithérapie ARV dans un pays à faible ressource comme le Tchad, avec une meilleure amélioration des conditions de prise en charge ■

CA 27

LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU SIDA À LIBREVILLE (GABON) : L'EXEMPLE D'UN PARTENARIAT ESTHER RÉUSSI ENTRE LE CHU DE NICE ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LIBREVILLE

P. MARTY, S. JARLÉGAND, E. CUA, J. TESTA, D. MARSÉ, I. MISTOUL, R. TCHOUA, M. LIMOUKOU, T. ZUÉ ASSEKO,
C. CHARDENAL, M. DÉRY, J.-J. ROMATET, P. DELLAMONICA.

Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Hôpital de l'Archet, Nice, France
Courriel : marty.p@chu-nice.fr

Suite à l'initiative du gouvernement français de mettre en place le programme « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau » (ESTHER) qui vise à rapprocher les hôpitaux du nord et ceux des pays du sud les plus confrontés à l'épidémie de sida, le CHU de Nice et le Centre Hospitalier de Libreville ont développé des axes de coopération afin d'améliorer concrètement la prise en charge des patients VIH+. Ce partenariat initié en 2002 a permis une amélioration du circuit diagnostique grâce à la restructuration des laboratoires du CH de Libreville, à la mise à disposition d'équipements et de réactifs, et à la formation de techniciens de laboratoire au CHU de Nice. Cette évolution permet aujourd'hui de diagnostiquer sur le même site les protozooses opportunistes, les cryptococcoses, le BK et autres infections bactériennes. Les nouvelles capacités d'analyse de ce laboratoire peuvent également profiter aux autres structures situées à proximité dont le Centre de Traitement Ambulatoire de la Croix Rouge. Sur le plan de la prise en charge, ce partenariat a permis l'organisation de formations largement ouvertes en ateliers pluridisciplinaires, de formations individuelles au CHU de Nice et de compagnonnages réguliers entre praticiens. Ces formations ont porté sur l'hygiène hospitalière, la prévention de la transmission mère-enfant, l'administration des ARV et le traitement des maladies opportunistes. Parallèlement, ce partenariat a développé un axe visant au développement du système d'information (logiciel ESOPE) pour assurer un meilleur suivi des patients et une meilleure gestion de la file active. En mars 2006, le nouveau service d'Infectiologie du CH de Libreville a ouvert ses portes avec l'appui sur place d'une équipe du CHU de Nice. Au cours des mois à venir, ce partenariat mettra l'accent sur la qualité de la prescription des ARV en fonction des molécules disponibles, le contrôle qualité des examens de laboratoire et la continuité des soins grâce à l'utilisation du logiciel de suivi. Le CHU de Nice a aussi favorisé l'émergence de partenariats ESTHER avec d'autres hôpitaux du Gabon (Fondation Schweitzer, Hôpital de Port-Gentil) et de la région PACA (CH d'Antibes, CH de Fréjus Saint-Raphaël), l'AP-HM étant jumelée avec la Fondation Jeanne-Ebori de Libreville. Par ailleurs, le CHU de Nice a développé une coopération fructueuse en Infectiologie avec l'hôpital municipal de Canton en Chine (Financement : Ministère des Affaires étrangères) et l'Hôpital Hassan II d'Agadir au Maroc (Financement : ESTHER) ■

CA 28

CONTRÔLE DE QUALITE DU DÉPISTAGE DES VIH, VHB, VHC EN AFRIQUE FRANCOPHONE (ANNÉE 2004)

B. FALL¹, C. TOURÉ-KANE², G-M. GERSHY DAMET³, A. GUEYE-N'DIAYE², G. VERCAUTEREN⁴, S. MBOUP²

1 - Hôpital Principal, Dakar • 2 - Hôpital A Le Dantec, Dakar • 3- OMS Afrique • 4 - OMS Genève

Courriel : pierrehanca@aol.com

L'objectif est d'évaluer les performances des pays participants en matière de dépistage du VIH, VHB et VHC. Dans le cadre du programme OMS d'évaluation externe de la qualité, un panel de 10 échantillons de plasma, préparés et caractérisés (2 VIH-1, 1 VIH-2, 2 VHB, 1 VHC, 4 négatifs) au laboratoire de bactériologie-virologie du CHU Le Dantec de Dakar, est envoyé à 18 laboratoires nationaux de référence : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-vert, Centrafrique, Gabon, Guinée, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Mali, Mauritanie, Niger, Sao Tomé, Sénégal (CNTS), Tchad et Togo. Après dépistage et confirmation éventuelle selon leurs méthodes de routine, les résultats sont renvoyés au laboratoire organisateur de l'évaluation. Résultats : 16 laboratoires ont réalisé la sérologie VIH à l'aide de tests Elisa (Vironostika, Genscreen, Murex, Human, Wellcozyme) et/ou de tests rapides (Immucomb, Determine, Genie II, Capillus, Vidas, SD Bioline). Les algorithmes décisionnels sont différents selon les laboratoires participants et seuls 6 d'entre eux effectuent un test de confirmation VIH. Une concordance totale des résultats est obtenue pour 15 laboratoires. Des résultats non conformes ont été répertoriés pour 1 seul laboratoire (faux positif). Deux laboratoires de références n'ont pas répondu à l'enquête d'évaluation. La sérologie VHB (Ag HBs) est réalisée par 12 laboratoires, 11 d'entre eux ont eu une concordance totale avec la référence. La sérologie VHC est réalisée par 7 laboratoires, avec une concordance totale pour 5 d'entre eux. Les performances des laboratoires participants sont globalement satisfaisantes pour le VIH et le VHB malgré la grande diversité des algorithmes mis en jeu. La sérologie VHC tend à se développer dans les différents pays. De telles évaluations doivent être renforcées notamment au sein de chaque pays afin de mieux promouvoir les notions de qualité en Afrique ■

CA 29

RETARD DE DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI VIH-1 SOUS-TYPE A LORS D'UNE PRIMO-INFECTIION CHEZ UN PATIENT CAUCASIEN

P. HANCE¹, V. LEMEE², F. SIMON¹, J-D. POVEDA³, J-C. PLANTIER², M. MORILLON¹, FR. SIMON²

1 - Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille • 2 - CNR Associé pour le VIH, Rouen

3 - Laboratoire Pasteur Cerba, Cergy-Pontoise

Courriel : pierrehanca@aol.com

Monsieur WH, trente huit ans, a été contaminé par un VIH-1 du sous-type A du groupe Majeur entre Août 2004 et Octobre 2005 au cours d'un séjour à Mayotte. Les facteurs de risque d'exposition sont sexuels. L'attention est attirée par une sérologie répertoriée positive mais des western-blots incomplets et faiblement réactifs ainsi qu'une charge virale VIH-1 négative. Entre novembre et janvier 2006, trois western-blots à un mois d'intervalle montrent une très légère augmentation des anti-GP160 et un profil atypique limité à une réactivité anti-GAG non évolutive. Sur cette même période, l'ensemble des charges virales réalisées par les tests Monitor V1.5 Roche et une technique de PCR temps réel maison sur LTR sont restées inférieures au seuil de détection (>200 copies). Le patient est cliniquement asymptomatique, le typage lymphocytaire objective un taux de T4 à 2 600/mm³. Le sérotypage confirme bien une infection par un VIH-1 du groupe M mais n'a pas permis de déterminer le sous-type. Le patient a été revu en février soit plus de six mois après la probable contamination. Les charges virales sont toujours indétectables et le western blot reste faiblement réactif avec profil incomplet. Une amplification de l'ADN proviral à partir des cellules lymphocytaires du patient a été positive sur les fragments LTR et GP41. Les analyses phylogénétiques réalisées sur le fragment d'enveloppe confirment une infection par un VIH-1 group M sous-type A. La cinétique d'apparition des anticorps est modifiée pour ce patient par la mauvaise reconnaissance des antigènes du sous-type B des western-blots. Les faibles affinités et avidités des anticorps de primo-infection combinées à la distance génétique entre les souches et probablement une faible production d'anticorps expliquent le retard observé dans l'évolution des profils des western-blots. La faible réplication du virus, probablement à l'origine de la faible production d'anticorps se traduit par des charges virales basses non détectables. Cette non détection d'une faible charge virale peut aussi être en rapport à la distance génétique de cette souche par rapport aux amorces et sondes utilisées pour la quantification. Ce dossier souligne la nécessité d'une lecture soignée des western-blots qui peuvent évoluer très lentement sur plusieurs mois avec une négativité des examens de charges virales et confirme l'importance des suivis cliniques et virologiques de ce type de patient ■

CA 30

COMPARAISON DES 3 CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES DU VIH/SIDA EN RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI

A. JOUVION, F. SIMON, J.J. DE PINA

Service de pathologie infectieuse et tropicale et Laboratoire de biologie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille, France

Courriel : simon-fr@wanadoo.fr

En Afrique intertropicale, l'évaluation du statut immuno-virologique des sujets infectés par le VIH est limitée aux données cliniques et aux quelques infections opportunistes détectées par les outils diagnostiques disponibles. Les classifications internationales de l'infection VIH/sida sont utilisées pour la déclaration des cas de sida et l'indication des traitements antirétroviraux, mais leur valeur diagnostique respective est mal connue. Le but de l'étude est de comparer les classifications Bangui-1986, OMS-1990, CDC-1993 à Djibouti. Le recrutement consécutif est de 100 malades adultes séropositifs au VIH, à l'hôpital Bouffard, Djibouti, du 01/09/2001 au 31/08/2003. Catégorisation de chaque patient dans les 3 classifications à partir des données cliniques et paracliniques initiales. 43 malades étaient d'emblée au stade (st.) sida selon la classification clinique de Bangui, la tuberculose tous sites étant de loin la première infection opportuniste (19/43). La répartition des 100 sujets selon la classification OMS était : 39 st.4, 35 st.3, 9 st.2 et 17 st.1. Tuberculose extrapulmonaire ou disséminée (24/39), toxoplasmose cérébrale et candidose oesophagienne étaient les principales pathologies classant st.4. Celles classant st.3 étaient : candidose orale (13/35), tuberculose pulmonaire (10/35), perte de poids > 10 % et/ou diarrhée > 1 mois et/ou fièvre > 1 mois sans étiologie (9/35). La classification CDC identifiait 62 st.C, 18 st.B et 20 st.A, la tuberculose tous sites (40/62) s'avérant la pathologie majeure classant st.C, tandis que la candidose orale et un syndrome constitutionnel représentaient les principales pathologies classant st.B. La tuberculose est l'événement opportuniste majeur de l'adulte infecté par le VIH à Djibouti, influençant nettement les classifications et la proportion de sida déclarés. Si le sida est défini par le st.C CDC, la classification de Bangui permet un diagnostic instantané de sida avec une spécificité de 92,9 %, mais une sensibilité de 62,9 %. Les 39 st.4 OMS et 22 des 35 st.3 OMS étaient au st. « sida » CDC, 13 st.3 OMS correspondaient à un st.B CDC. La différence réside dans la partition OMS de la tuberculose en pulmonaire (st.3) et extrapulmonaire/multifocale (st.4), et dans la prise en compte de son ancienneté. La classification CDC expose au risque de déclarer plus de sida que celle de l'OMS. L'indication des traitements antirétroviraux en zone d'endémie tuberculeuse peut varier selon la classification utilisée ■

CA 31

SEPTICÉMIES SUR VIH/SIDA EN RÉPUBLIQUE DE DJIBOUTI

A. JOUVION, F. SIMON, J.J. DE PINA, M. FABRE

Service de pathologie infectieuse et tropicale et Laboratoire de biologie, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille, France

Courriel : simon-fr@wanadoo.fr

Les septicémies sur VIH sont des événements cliniques fréquents et toujours graves au cours de l'évolution de la maladie. Le spectre étiologique est marqué par un particularisme régional bactériologique avec des conséquences thérapeutiques. Le but de l'étude : présentation clinique, bactériologique des septicémies sur VIH et implications thérapeutiques à Djibouti, Afrique de l'Est. Le recrutement est consécutif de 105 malades adultes infectés par le VIH, hôpital Bouffard, Djibouti, 01/09/2001-31/08/2003. Réalisation d'hémocultures standard et Isolator® pour mycobactérie, devant toute fièvre supérieure à 72 heures. Durant l'étude, 18 malades ont présenté une septicémie. Les causes étaient : entérobactéries (9/18) surtout du genre *Salmonelle* (7/9), cocci Gram positif (2/18), mycobactéries (7/18) mais recherchées que lors des 18 derniers mois de l'étude. Cliniquement pour les mycobactériémies, cachexie, fièvre supérieure à un mois et autres localisations associées (cutanée, ganglionnaire, péricardique) étaient constants. 7 souches du complexe *M. tuberculosis* ont été identifiées, à colonies rugueuses typiques (5/7) ou lisses (2/7). 30 % des souches étaient multirésistantes (résistance primaire). Contrairement aux pays industrialisés où ils prédominent, les cocci GRAM+ sont très rares. Le pronostic des septicémies à salmonelles est mauvais (43 % de décès) et pose le problème des résistances à l'amoxicilline (71 %) en terme curatif et au cotrimoxazole (50 %) en terme curatif et prophylactique. *M. tuberculosis* est certainement la première cause de bactériémie lors du sida à Djibouti. Malgré les contraintes d'expédition, les hémocultures pour mycobactéries sont faisables et rentables (21 % de positivité chez 33 malades testés). Cette étude montre la première description mondiale de bactériémie à *M. tuberculosis* sous-type *canetti* (2 cas) ; par contre aucune mycobactérie atypique n'a été identifiée dans cette série. Le pronostic est dramatique (6/7 décès). Une septicémie tuberculeuse doit être suspectée d'emblée en cas de fièvre prolongée cachectisante avec hépatomégalie et/ou abcès viscéraux et/ou miliaire pulmonaire et/ou éruption cutanée diffuse atypique. Dès sa suspicion, le traitement antituberculeux doit être débuté en urgence, au mieux parentéral. En cas d'échec d'un traitement standard (RHEZ), il convient de redouter une résistance de *M. tuberculosis* plus qu'une mycobactériose atypique ■

CA 32

ZONA MULTIMÉTAMÉRIQUE ET LYMPHOPÉNIE CD4 BRUTALE APRÈS VACCINATION ANTI-AMARILE CHEZ UN PATIENT VIH+ SOUS TRITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

P. KRAEMER, J. ALLEMAND, S. FOURCADE, F. SIMON

Service de pathologie infectieuse et tropicale, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille, France

Courriel : simon-fr@wanadoo.fr

De plus en plus de patients infectés par le VIH sollicitent les centres internationaux de vaccination pour être vaccinés contre la fièvre jaune. Un homme de 40 ans, VIH+, à l'état immuno-virologique stable (CD4 entre 400 et 500/mL) depuis plusieurs années sous une trithérapie (2 IN+1IP), a été vacciné par le vaccin anti-amarile (souche 17D Rockefeller). Deux semaines plus tard, le patient souffrait d'un zona multimétamérique hyperalgique avec radiculite invalidante et son taux de CD4 était de 170/mL. Malgré un traitement par aciclovir et antalgiques, le patient n'a retrouvé son autonomie que deux mois plus tard. Le vaccin anti-amarile utilisé en France est efficace et bien toléré chez le sujet immunocompétent. En cas de déficit immunitaire, l'injection d'un vaccin à virus vivant atténué expose aux risques d'une infection disséminée, d'une majoration transitoire du déficit et d'une moindre efficacité vaccinale. Chez le sujet VIH+, la description d'accidents post-vaccinaux rares mais graves (une possible myéломéningoencéphalite décrite en Thaïlande) justifie la prudence. En France, le Collège des Enseignants en Maladies Infectieuses et Tropicales retient le seuil de 200 CD4+/mL au delà duquel un malade peut être vacciné, tandis que le Comité des Maladies liées aux Voyages et des Maladies d'Importation et le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique sont nettement moins précis. Bien que d'imputabilité délicate, notre cas montre qu'il est nécessaire que les instances sanitaires françaises accordent leurs recommandations en matière de vaccination anti-amarile chez le patient VIH+, que le médecin du centre anti-amarile dispose d'un taux récent des lymphocytes CD4 avant d'administrer ce vaccin et qu'il existe un registre de déclaration des événements opportunistes post-vaccinaux ■

CA 33

PANORAMA DES MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES AU COURS DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

J.J. MORAND, F. SIMON

Service de dermatologie et Service de pathologie infectieuse et tropicale, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille, France

Courriel : simon-fr@wanadoo.fr

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine comporte fréquemment des manifestations cutanéomuqueuses, parfois révélatrices. Elles sont devenues moins fréquentes en raison du dépistage plus précoce de la maladie et de l'avènement des thérapies anti-rétrovirales. Elles sont extrêmement polymorphes et pour la plupart résultent de processus infectieux. Certaines sont quasiment spécifiques (leucoplasie orale chevelue), d'autres sont particulièrement évocatrices car elles ne s'observent que dans le cadre de troubles sévères de l'immunité (mycoses opportunistes) ou de syndromes carenciels majeurs (déficits du cuir chevelu). La primo-infection VIH doit systématiquement être évoquée devant un exanthème et/ou un énanthème et/ou des érosions muqueuses associées dans un contexte fébrile avec syndrome mononucléosique. De même, un rash après prise médicamenteuse (ampicilline notamment) doit faire proposer une sérologie VIH. Diverses manifestations peuvent faire évoquer la maladie surtout en zone tropicale (candidose buccale, zona ou varicelle profuse, herpès cutanéomuqueux chronique, prurit-prurigo, dermatite séborrhéique). La maladie de Kaposi se diagnostique dorénavant à des stades plus tardifs et il est plus rare qu'elle révèle l'affection notamment par le biais du lymphoedème du membre. On observe une augmentation du risque de toxidermie. L'augmentation de prévalence des lymphomes résulte d'une part de la fréquence des co-infections à virus d'Epstein-Barr ou à HTLV 1 ou 2 et de ce fait, de l'augmentation du pouvoir mutagène et oncogène de ces virus sur les lymphocytes, d'autre part du rôle des cytokines dans l'activation et la prolifération de ces cellules. De la même façon, les infections ano-génitales à papillomavirus sont plus fréquentes et le risque de dégénérescence est plus grand, imposant un frottis cervical tous les 6 mois chez la femme et un frottis de la muqueuse anale chez l'homosexuel afin de dépister la néoplasie au stade intra-épithélial. L'infection à VIH (ou parfois ses traitements) entraîne volontiers une xérose favorisant le prurit et par conséquent, la greffe d'infections de type folliculite ou de *Molluscum contagiosum*. L'hyperpigmentation diffuse ou localisée, parfois muqueuse (gingivale ou jugale) ou unguéale (mélanonychie) est fréquente en phase tardive de sida et polyfactorielle : le plus souvent, elle est d'origine médicamenteuse (aspect flagellé de la bléomycine, kétoconazole, zidovudine). Il faut systématiquement en cas d'hypermélanose diffuse, éliminer une insuffisance surrénalienne (potentiellement infectieuse : tuberculose, mycobactéries atypiques, toxoplasmose, cryptococcose, CMV) ou une carence vitaminique (vitamines B12, PP, acide folique). ■

CA 34

LA NÉPHROPATHIE AU COURS DE L'INFECTION PAR LE VIH : À PROPOS D'UNE OBSERVATION

P.S. BA, C. PERINO, P.M. CAMARA, K. BA-FALL, P.S. MBAYE

Services médicaux, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

Courriel : basambasn2000@yahoo.fr

Une infection rétrovirale qui se révèle par un syndrome néphrotique est une situation peu courante, mais mérite d'être connue car le pronostic peut être rapidement fatal comme nous le montre l'observation que nous rapportons. Un patient de 33 ans originaire de Guinée, sans antécédents medico-chirurgicaux, a été hospitalisé pour un amaigrissement non chiffré évoluant depuis 3 semaines, associée à une dyspnée d'effort. A l'examen, il était apyrétique, pesait 60 kg pour une taille de 178 cm. Les conjonctives étaient pâles. On trouvait un œdème diffus des membres inférieurs, prenant le godet, avec bouffissure du visage, une tachycardie régulière à 110/min et une tension artérielle à 140/90 mm Hg. Il existait une dermatopathie diffuse ichtyosiforme et une candidose oro-pharyngée floride. Les examens biologiques révélaient une anémie à taux d'Hb à 8,2 g/dl normocytaire arégénérative ; les leucocytes à 3 600/mm³ avec 1 700 PN/mm³, une lymphopénie à 410/mm³ et des plaquettes à 234 000/mm³. Le bilan hépatique était normal, de même que la glycémie ; la fibrinémie était à 4,27 g/l. La sérologie rétrovirale était positive au VIH-1 et confirmée par méthode Elisa ; il y avait une altération sévère de la fonction rénale, avec une créatininémie à 192 mg/l, une clairance de la créatinine à 4,6 ml/mn, une protéinurie importante à 3,87 g/24 h, une hypoalbuminémie à 27 g/l et une protidémie à 68 g/l. L'ionogramme sanguin était normal. L'échographie montrait des reins hyperéchogènes légèrement augmentés de volume. Il s'agissait d'un syndrome néphrotique impur associé à une infection par le VIH. Malgré le traitement symptomatique (réhydratation et administration de furosémide) et l'introduction rapide des ARV, l'évolution était rapidement défavorable avec anurie réfractaire et décès au sixième jour d'hospitalisation. La néphropathie associée au VIH est bien connue depuis les années 80. Il en existe 3 types principaux : la néphropathie associée au VIH forme dite « NVIH », la plus fréquente (80 % des cas) est spécifique du sujet noir de toute origine, et aurait un substratum génétique ; la glomérulonéphrite proliférative à dépôts immuns ; la néphrite interstitielle lymphoplasmocytaire de spécificité de race et serait liée à un désordre immunitaire induit par le virus du sida. Elles se caractérisent toutes par leur potentiel évolutif avec une aggravation rapide aboutissant à une insuffisance rénale terminale. A l'échographie, les reins sont habituellement de taille normale ou augmentés de volume. Notre observation pourrait s'inscrire dans l'une des 2 premières entités, mais seule la PBR qui n'a pu être réalisée chez notre patient aurait pu l'étayer. Les néphropathies associées au VIH sont rares, mais graves et peuvent survenir à tous les stades de l'infection rétrovirale. La fonction rénale doit être périodiquement évaluée tout au long du suivi du patient, même traité avec les ARV ■

CA 35

TUBERCULOSE PULMONAIRE ASSOCIÉE À UNE PNEUMOCYTOSE CHEZ UN PATIENT IMMUNODÉPRIMÉ : UN PIÈGE DIAGNOSTIQUE À SAVOIR DÉJOUER

P.S. BA, C. PERINO, P. CAMARA, K.B. FALL, N.M. DIAGNE, P.S. MBAYE

Services médicaux, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

Courriel : basambasn2000@yahoo.fr

La tuberculose et la pneumocystose sont intimement liées à l'infection par le VIH. Leur association est rare, mais ne doit pas être méconnue. C'est ce qu'illustre l'observation ci-dessous. Un sénégalais de 48 ans est suivi depuis 2001 pour une infection rétrovirale découverte à l'occasion d'une tuberculose pulmonaire bacillifère. Le taux de CD4 était à 44/mm³. Il était traité par des antituberculeux, et déclaré guéri à terme. Par ailleurs, il était sous ARV (3 TC – DDI – Efavirenz) avec des CD4 à 250/mm³, contrôlés en 2003. Le patient est perdu de vue jusqu'à sa réhospitalisation en février 2005 pour une altération fébrile de l'état général accompagnée d'une toux productive mucopurulente, et d'une polypnée superficielle. Le patient avait arrêté ses médicaments depuis 1 an. A l'examen, il pesait 55 kg, pour une taille de 180 cm. La température était à 39°, TA = 122/80 mmhg, FC = 108/mn, FR = 30/mn. Il présentait une candidose buccale, une pâleur conjonctivale. Il n'y avait ni hépatomégalie ni splénomégalie. L'auscultation pulmonaire notait des râles crépitants aux deux bases pulmonaires. La radiographie du thorax montrait un syndrome nodulo-interstitiel diffus avec hypertrophie hilare sans cardiomégalie. La NFS montrait 3 600 GB/mm³, 1 730 PNN et une lymphopénie à 950/mm³, Hb = 9,9 g/dl, les gaz du sang montraient : PH 7,48, PCO₂ = 28 mmhg, PAO₂ = 70 mmhg, HCO₃⁻ = 22 meq/l, SAO₂ = 90 %. Le taux de CD4 était à 50/mm³. Les tubages gastriques montraient plusieurs BAAR/ champs. L'évolution n'était pas favorable sous traitement anti tuberculeux bien administré pendant une semaine avec persistance de la dyspnée. Le patient bénéficiait d'un LBA sous oxygène qui révélait des kystes et des trophozoïtes de *Pneumocystis carinii*. C'est sous cotrimoxazole 4 ampoules 3 fois/24heures que l'amélioration clinique et respiratoire était obtenue. Le traitement anti-rétroviral a été repris à distance de l'épisode aigu adopté au génotypage. Devant une pneumopathie dyspnéisante chez un patient porteur de rétrovirose à VIH, la tuberculose et la pneumocystose à *Pneumocystis carinii* peuvent être associées chez le même malade comme l'illustre notre observation. Le piège diagnostique doit être évité par une recherche active de ces affections au mieux par lavage bronchoalvéolaire, et dans les zones sous équipée un traitement présomptif d'épreuve (Bactrim + Antituberculeux) doit être décidé au plus tôt, le but étant de sauver un patient en détresse respiratoire ■

CA 36

NOUVEAU RÉTROVIRUS HUMAIN HTLV-3 : SÉQUENCE COMPLÈTE ET CARACTÉRISATION DE LA PROTÉINE TRANSACTIVATRICE TAX

S. CALATTINI, S. CHEVALIER, A. GESSAIN, A. FROMENT, R. MAHIEUX

Unité d'épidémiologie et physiopathologie des virus oncogènes, CNRS URA 1930, Institut Pasteur, Paris, France

Courriel : rmahieux@pasteur.fr

Les rétrovirus HTLV et STLV appartiennent au groupe des virus T lymphotropes de primates. Nous avons découvert au Cameroun, l'existence d'un nouveau membre de la famille des HTLV, HTLV-3_{py143}. Un autre isolat d'HTLV-3 a aussi été caractérisé par une équipe américaine. HTLV-3 est donc présent en Afrique Centrale, où sa prévalence est inconnue. Il est communément admis que la distribution actuelle des virus HTLV-1 résulte de transmissions inter-espèces singes-hommes. Comme les virus simiens STLV-3 sont présents en Afrique de l'Ouest, Centrale et de l'Est, nous pouvons penser que les HTLV-3 pourraient être largement répandus sur le continent Africain. Nous avons obtenu la séquence complète d'HTLV-3_{py143} qui présente plus de 97 % d'identité avec une souche STLV-3 isolée au Cameroun. Le provirus possède les phases ouvertes de lecture correspondant aux gènes *gag*, *pol*, *env*, *tax* and *rex*. De façon intéressante, le LTR qui correspond au promoteur viral, ne possède que 2 éléments de réponse à Tax au lieu de 3 chez HTLV-1. La région 5'pX du virus HTLV-3_{py143} est délétée de 366 pb par rapport aux STLV-3, entraînant la disparition de la phase ouverte de lecture. Le génome d'HTLV-1 code une protéine transactivatrice : Tax1. Tax1 possède un pouvoir oncogène et est responsable de la transformation des cellules qui l'expriment. Nous avons détecté la présence d'anticorps anti-Tax3 dans le sérum de l'individu infecté par HTLV-3. Ce résultat démontre que la protéine Tax3 est exprimée *in vivo*. *In vitro*, Tax3 présente une localisation intra-cellulaire principalement nucléaire, similaire à celle de Tax1. Nos résultats montrent aussi que comme Tax1, Tax3 a la capacité de lier les co-activateurs de la transcription. Nous avons montré que Tax3 était capable de recruter la machinerie de transcription cellulaire. Dans tous les types cellulaires testés, Tax3 a la capacité d'activer la transcription de son promoteur viral (HTLV-3 LTR) mais aussi des promoteurs hétérologues (HTLV-1 et HTLV-2 LTRs). Tax3 active aussi la voie NF- κ B. Enfin, nous avons montré que comme Tax1, la partie C-terminale de Tax3 contenait une séquence de liaison aux protéines contenant un domaine PDZ. Ce domaine est critique pour le pouvoir oncogène de Tax1. Tax3 est donc exprimée *in vivo*, et ses propriétés le rapprochent davantage de Tax1 que de Tax2. Cela suggère la possibilité de l'existence de maladies lymphoprolifératives chez les personnes infectées par HTLV-3 ■

CA 37

PROFIL DE RÉSISTANCE ET ÉPIDÉMIOLOGIE MOLÉCULAIRE DU VIH-1 À DJIBOUTI

J. MASLIN¹, C. ROGIER², M. GRANDADAM³, M. CARON⁴, E. NICAND⁴, J.L. KOECK⁵, F. BERGER⁶, D. MATTERA⁷,
S. GIDENNE¹, M. ALI KHAMIL⁸

1 - Laboratoire de biologie clinique, GMC Bouffard, Djibouti • 2 - Unité de recherche biologie-épidémiologie parasitaire, IMTSSA, Marseille

3 - Unité de virologie tropicale, IMTSSA, Marseille • 4 - Laboratoire de biologie clinique, HIA Val de Grâce, Paris

5 - Laboratoire de biologie clinique, HIA Picqué, Bordeaux • 6 - DESP Nord, EASSA, St Mandé

7 - Laboratoire de biologie clinique, Hôpital Peltier, Djibouti • 8 - Ministère de la santé - Djibouti

Courriel : maslin_j@yahoo.com

Une étude épidémiologique (prévalence de l'infection par le VIH-1 dans la population générale, et analyse des caractéristiques des sujets infectés) et virologique (détermination du génotype de résistance, et sous-typage des souches) a été menée en 2002 à Djibouti. Parmi un échantillon de 2423 sujets naïfs et représentatifs de la population générale, 53 patients étaient séropositifs pour le VIH-1. La prévalence de l'infection par le VIH-1 était de 2% à Djibouti. Ce taux est très inférieur à celui des pays voisins, excepté celui de la Somalie. Les 53 patients dépistés étaient tous virémiques, 62% d'entre eux ayant une charge virale supérieure à 4,5 log (30 000 copies/ml). Les 2 principaux sous-types circulants étaient le C (73%), et le recombinant CRF02_AG (18%). L'analyse des génotypes de résistance montre qu'à Djibouti, les 3 classes d'antirétroviraux sont concernées par les mutations. Les plus fréquentes, liées au polymorphisme, sont M36I et R41K, suivies de K20R dans les sous-types C et CRF02_AG. Les mutations associées à une résistance sont plus rares, et concernent surtout les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (K101E). On retrouve des résistances sur d'autres classes : N88D (liée au nelfinavir), et 1 souche présente la mutation K65R (liée au tenofovir). La présence de ces mutations pourrait s'expliquer par la circulation de souches issues de malades ayant eu accès à d'autres traitements que ceux en vigueur localement. Au vu de ces résultats, il paraît nécessaire d'adapter les algorithmes permettant le suivi des patients. Les schémas de prophylaxie et de prise en charge immédiate des personnels militaires exposés pourraient également prendre en compte ces résultats ■

CA 38

NO ET TRYPANOSOMOSE DU GENRE BRUCEI : MODALITÉS DE RÉGULATION MÉTABOLIQUE DIFFÉRENTES

D. AMROUNI, A. BUGUET, R. CESPUGLIO, B. BOUTEILLE, P. VINCEDEAU, S. GAUTIER-SAUVIGNÉ

EA 3734 Neurobiologie des états de vigilance, Université Claude-Bernard, Lyon, France

Courriel : a.buguet@free.fr

La trypanosomose humaine africaine est une maladie réurgente en Afrique sub-saharienne. Le monoxyde d'azote (NO), synthétisé par la NO synthase (NOS) à partir de la L-arginine, est un messager important dans le système immunitaire et dans le système nerveux. C'est un élément pivot dans la stratégie développée par le trypanosome pour contourner les défenses immunitaire de l'hôte au profit de son développement. La maladie évolue en deux phases : une phase lymphatico-sanguine (stade 1) et phase méningo-encéphalitique (stade 2). Ces deux stades existent aussi chez les rats infectés par *Trypanosoma brucei brucei*, le stade neurologique apparaissant après 9 à 12 jours d'infection. Chez le rat, la concentration du NO, mesurée par voltammétrie avant et après infection (15 et 21 jours), varie de façon opposée dans le système nerveux central (SNC) et dans le compartiment périphérique (sang, péritoine). Dans le SNC, le NO augmente alors qu'il diminue en périphérie. Ces données suggèrent des modalités différentes de régulation de la synthèse du NO. Située au carrefour de plusieurs voies métaboliques, la L-arginine semble jouer un rôle clé. Après 13 jours d'infection, l'activité de la NOS inductible diminue dans le compartiment périphérique. Parallèlement la voie de l'arginase est activée et conduit à une synthèse accrue de L-arginine et des acides aminés dérivés de son hydrolyse (proline, glutamine, glutamate). Au niveau du SNC l'activité de la NOS inductible augmente, celle de l'arginase ne varie pas et le profil de concentration des acides aminés n'est pas significativement modifié. De façon concomitante, l'activité de la diméthylarginine diméthyl aminohydrolase (DDAH) augmente dans des proportions similaires à celle de la NOS inductible. La DDAH catalyse l'hydrolyse de la diméthylarginine asymétrique (ADMA), un produit terminal du catabolisme des protéines méthylées, également puissant inhibiteur des NOS. En conclusion, les mécanismes régulateurs de la synthèse du NO sont différents dans le compartiment périphérique et dans le SNC. Chez le rat, la souris et l'homme (une diminution du NO sanguin est également observée chez les patients), la diminution de la production du NO dans le compartiment périphérique reflète la stratégie utilisée par le trypanosome pour altérer les processus immunitaires de l'hôte. Dans le SNC, la surproduction du NO contribue certainement aux atteintes neurologiques observées. ■

CA 39

LE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH/SIDA EN ENTREPRISE EN AFRIQUE : NIVEAU PARTICIPATIF DES DIFFÉRENTS MODES OPÉRATOIRES

T. MIKLAVEC, J. BONNEVILLE

Sanisphere, 10 rue aux Ours, 75003 Paris France

Courriel : thomas.miklavac@sanisphere.com

De nombreuses entreprises africaines ont mis en place des programmes de lutte contre le sida pour leurs employés et leurs familles. Elles facilitent notamment l'accès au dépistage gratuit, anonyme, volontaire et associé à des solutions de prise en charge. Cette étude cherche à préciser les modes opératoires favorisant la participation. Sanisphere a étudié 80 programmes d'entreprise dans le cadre d'un projet mené en 2005. Un échantillon de 16 entreprises africaines (Afrique du Sud : 6, Cameroun : 5, Kenya : 5) a été retenu en raison de l'exploitabilité des données récoltées sur le dépistage (rigueur des processus, précision et fiabilité des données, mode opératoire unique). Trois modes opératoires ont été distingués : dépistage ponctuel sur site par des équipes externes (mode 1), continu sur le site de l'entreprise par des équipes internes (mode 2), continu hors site par des équipes externes (mode 3). Les taux de participation correspondent au nombre de tests réalisés sur le nombre d'employés sur une période d'un an. Cette étude ne porte pas sur les choix de techniques de dépistage. Résultats : 1. Participation mode 1 (8 entreprises) : moyenne 70 %, écart type 0,22, série : 95 % ; 95 % ; 75 % ; 75 % ; 70 % ; 70 % ; 40 % ; 37 % . 2. Participation mode 2 (5 entreprises) : moyenne 34 % ; écart type 0,33 ; série : 91 % ; 32 % ; 27 % ; 14 % ; 7 % . 3. Participation mode 3 (3 entreprises) : moyenne 6,7 %, écart type 0,07, série : 15 % ; 3 % ; 2 % . Au-delà des seuls taux de participation, le mode 1 est l'occasion d'une sensibilisation de masse sur le sida. Cependant, le temps consacré au *counseling* est moindre et de possibles problèmes de discrétion se posent. Le mode 2 permet à l'entreprise de maîtriser au mieux la qualité du *counseling* mais suscite des interrogations chez les employés quant à la confidentialité. Le mode 3 est le plus simple à mettre en œuvre mais ne fait que supprimer la barrière du coût, non déterminante sur la cible considérée et ne permet pas de maîtriser la qualité du *counseling*. Limites de l'étude : non prise en compte : des taux de non récupération (10 à 30 % ; leur intégration accentue les écarts, le mode 1 étant fréquemment réalisé avec remise immédiate des résultats) ; des dépistages réalisés hors programme d'entreprise (intuitivement considérés comme anecdotiques de façon quasi-unanime, pas d'évidence cependant) ; du cumul de dépistages sur plusieurs années ■

CA 40

PROFIL DES HÉMOPATHIES MALIGNES DE L'ADULTE À L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR : ETUDE RÉTROSPECTIVE SUR 102 CAS (RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES)

T. CARMOI, I. GUEYE, S.B. GNING, B. NDIAYE, A.R. NDIAYE, M. GUEYE, K. BA FALL, M. THIAM,
M.U. SANE, P.S. MBAYE

*Services médicaux, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal
Courriel : t.carmoi@libertysurf.fr*

Il s'agit d'une étude rétrospective de 102 cas d'hémopathies malignes diagnostiquées entre janvier 2002 et septembre 2005 dans les services médicaux de l'HPD. L'objectif est de réaliser un panorama des hémopathies malignes (HM) diagnostiquées à l'HPD et préciser les caractéristiques démographiques et cliniques d'une population de patients porteurs de ces affections. Dans cette étude, 145 cas sont colligés, 26 dossiers n'ont pu être retrouvés et 17 autres (14 cas de myélome) sont inexploitable car incomplets. L'étude porte finalement sur un groupe de 102 patients. Les patients sont inclus sur des critères de certitude diagnostique, exigés pour chaque type de pathologie. Notre série est constituée de : 56 cas de lymphomes, 16 cas de myélomes, 15 cas de syndromes myéloprolifératifs (SMP), 11 cas de leucémies aiguës (LA), 4 cas de leucémies lymphoïdes chroniques (LLC). La population concernée est composée de 65 hommes pour 37 femmes d'un âge moyen de 46,7 ans. Les lymphomes représentent 55 % des HM. Dans ce sous groupe, 41 cas sont des lymphomes non hodgkiniens (LMNH) et 15 cas des maladies de Hodgkin (MH). 3 patients présentant un LMNH de type B sont séropositifs pour le VIH-1. 6 patients présentant un lymphome sont positifs pour HTLV-1, 5 de ces patients présentent un LMNH et 1 patient une MH. La majorité des patients présentant un lymphome (LMNH ou MH) sont au stade 3 (28,6 %) ou 4 (44,6 %) de la classification de Ann Harbor. Pour les myélomes, le pic monoclonal est de type IgG dans 11 cas, A (1 cas) et D (1 cas), 1 cas de myélome à chaînes légères Kappa, un plasmocytome vertébral. Selon la classification de Salmon et Durie, 12 patients sont au stade 3, 3 au stade 1, 1 n'a pu être classé. 15 cas de SMP sont dénombrés. Il s'agit de 11 cas de leucémie myéloïde chronique (LMC), 2 cas de splénomégalie myéloïde 1 cas de thrombocytémie essentielle et 1 cas non classé. Les LMNH sont les plus fréquentes des hémopathies malignes au Sénégal comme dans notre série. Le myélome semble plus rare (mais 14 dossiers n'ont pu être exploités), il s'agit majoritairement de formes classiques à IgG. Les SMP sont proportionnellement nombreux dans cette série et dominés par la LMC pour laquelle un traitement spécifique par Glivec® est disponible. Pour l'ensemble des HM, il existe un retard au diagnostic comme en témoignent les classements évaluant la masse tumorale ■

CA 41

APPROCHE GÉOGRAPHIQUE DES RISQUES D'ÉMERGENCE DE MALADIES VIRALES EN AFRIQUE ÉQUATORIALE

P. DREVET

Bordeaux, France

Courriel : pierre.drevet@libertysurf.fr

Les massifs forestiers d'Afrique centrale sont dans l'aire de répartition naturelle de plusieurs espèces de primates incriminées dans l'émergence de pathologies humaines transmissibles. Cette étude s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), responsable de la pandémie actuelle de sida, est d'origine zoonotique. Né de la recombinaison des formes simiennes de rétrovirus, le virus humain (VIH) est issu du passage de la barrière inter-espèces des Virus d'Immunodéficience Simienne (VIS) portés par les primates qui ont été sélectionnés au fil des temps et à l'occasion d'expositions multiples aux organismes humains. Considérons l'environnement de l'espace étudié d'une part d'un point de vue bio-géographique : un biotope où vivent les espèces animales identifiées réservoirs de virus tels les Primates Non Humains (PNH) ; et d'autre part du point de vue social et spatial : un territoire construit et approprié par les populations locales (habitudes territoriales, activités agricoles). Les pressions sur les ressources ligneuses sont à l'origine de la pénétration forestière. Avec l'installation de populations exogènes dans les campements ouvriers, les besoins alimentaires augmentent. La disponibilité du gibier et l'absence d'alternative à la chasse (pas d'élevage ni d'économat dans les camps) donnent lieu à une augmentation des pressions anthropiques traduit par une expansion spatiale des territoires, et précisément des parcours de chasse. Les facteurs de risques directs (agents pathogènes circulant chez les primates à l'état sauvage) et indirects liés à la consommation de viande de brousse ou à la forte mobilité des populations de la zone étudiée, sont aggravés par les lacunes en matière de moyens de prévention et de sensibilisation. L'analyse géographique permet de mettre en évidence les différentes échelles et les différentes temporalités du processus d'émergence. Les paramètres spatiaux et sociaux incriminés dans les différentes étapes de contamination (exposition lors de contacts sanguins avec les primates), de diffusion (transmission inter-humaine) et de propagation (mobilités et migrations) de la maladie sont lus, dans cette étude, au travers de l'examen des habitudes alimentaires et domestiques ainsi que des pratiques territoriales et migratoires. Cette démarche montre que les facteurs favorisant l'enracinement et le développement des maladies virales transmissibles sont en partie liés à la territorialisation et aux pressions sur les espaces forestiers de notre zone d'étude. Le manque de structures sanitaires, s'il se pérennise, laisse entrevoir un avenir peu propice à l'éradication du risque de contamination virale des populations forestières ■

CA 42

AFFLUX DE VICTIMES : L'ANALYSE DE LA BATAILLE RANGÉE DE GUÉMÉ (CAMEROUN)

E. GUÉVART, H. HAMADICKO

Coopération française & Délégation provinciale de la Santé publique du Littoral, Ambassade de France, Yaoundé, Cameroun

Courriel : guevart_edouard@yahoo.fr

Une bataille rangée, expression violente d'un conflit social chez les peuples Massas, a opposé les Massas du Cameroun à leurs homologues du Tchad. Le but de l'étude est de décrire et expliquer les lésions présentées par les victimes. La bataille a commencé le jour du marché, à 17h, à Guémé, à la frontière du Tchad, à 22 km de l'hôpital provincial de Yagoua (Extrême Nord Cameroun). Elle a pris fin dès la tombée de la nuit à 18 h. Les résultats sont de 82 blessés (80 H, 2 F) âge moyen 38 ans, tous Camerounais (60 victimes tchadiennes ont été traitées dans leur pays). Urgences absolues : U1 = 5, Urgences relatives : U2 = 44, U3 = 18, Eclipsés : U0 = 15, Décès = 0. Quatre-vingt-dix sept lésions : 48 traumatismes cranio-faciaux dont 2 fractures mandibulaires et 1 perte de connaissance brève avec saignement abondant du cuir chevelu, 4 traumatismes oculaires, 6 contusions thoraciques, 9 fractures fermées des os de l'avant-bras, 30 lésions diverses (morsures, contusions). La bataille rangée est la démonstration de force d'un clan sur un autre dont il veut se venger. Deux rangées de centaines de robustes hommes jeunes armés de bâtons et de pierres s'affrontent face à face. En deuxième ligne, les jeunes garçons s'initient. En troisième ligne les femmes encouragent les hommes, appellent du renfort, réarment les combattants ou ramassent les blessés : d'où le faible nombre de victimes féminines. Un rang s'avance vers l'adversaire. Après avoir donné les coups, le rang se retire et on ramasse les blessés. Le rang adverse avance à son tour et donne les coups, et ainsi de suite. On ne frappe pas un ennemi tombé ou blessé. La bataille s'arrête toujours à la tombée de la nuit (18 h). Le lendemain matin, chaque assaillant rend visite au domicile et prend des nouvelles de ses victimes pour les reconforter, avant que la bataille reprenne. C'est souvent en fin de marché que débute la bataille rangée, après consommation importante d'alcool. Sa terminaison rapide dès la tombée de la nuit évite que le conflit dégénère. La technique de la bataille rangée explique le grand nombre de victimes, leur prédominance masculine, et le type de lésions observées (contusions cranio-faciales). Ses règles sont bien codifiées, quasi sportives : tant qu'elles sont respectées, la bataille rangée joue son rôle cathartique, elle ne dégénère pas, et les lésions sont habituellement bénignes, contrairement aux bagarres contre d'autres clans, utilisant la sagaie et pouvant être mortelles ■

CA 43

ANTIBIOPROPHYLAXIE DE MASSE CONTRE LE CHOLÉRA DANS LA PRISON CENTRALE DE DOUALA (NEW BELL) AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE 2004

E. GUÉVART, J. SOLLÉ, J. NOESKE, G. AMOUGOU ELLO, A. MOUANGUE, A. BITA FOUA

Coopération française & Délégation provinciale de la Santé publique du Littoral, Ambassade de France, Yaoundé, Cameroun

Courriel : guevart_edouard@yahoo.fr

L'apparition de 5 cas suspects de choléra dans la prison de New Bell, au cœur de la ville de Douala durant l'épidémie de janvier à septembre 2004 a déclenché leur prise en charge curative par réhydratation, antibiothérapie, isolement, et surtout une prévention par antibioprofylaxie de masse auprès des 3036 détenus et 164 membres du personnel de la prison par la prise unique de 300 mg de doxycycline. Cette chimioprofylaxie de masse, réalisée en une fois, n'a été suivie d'aucun effet secondaire notable. Deux cas suspects 106 jours plus tard ont déclenché les mêmes mesures, incluant la chimioprofylaxie pour 2400 détenus. Aucun nouveau cas n'a été déclaré ensuite malgré la mise en place d'un système de vigilance redoublée. La survenue d'une épidémie de choléra en milieu urbain doit inciter les autorités sanitaires à mettre en place une surveillance épidémiologique rigoureuse et des stocks pharmaceutiques de sécurité dans les milieux fermés à haut risque comme les établissements pénitentiaires. Bien conduite sous la forme de la prise unique contrôlée d'un antibiotique d'efficacité prouvée par l'antibiogramme, la chimioprofylaxie de masse a causé peu d'effets secondaires, pour une protection immédiate, que ne pouvaient pas assurer d'autres mesures préventives (éducation, hygiène et salubrité, vaccination) ■

CA 44

ÉVOLUTION DE LA SENSIBILITÉ DE *VIBRIO CHOLERAE* O1 APRÈS UTILISATION PROLONGÉE D'ANTIBIOTIQUES EN TRAITEMENT ET EN PROPHYLAXIE AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE DOUALA (CAMEROUN) 2004

E. GUÉVART, J. SOLLÉ, J. NOESKE, A. MOUANGUE, M-C. FONKOUA, N. WOUAFO

Coopération française & Délégation provinciale de la Santé publique du Littoral, Ambassade de France, Yaoundé, Cameroun

Courriel : guevart_edouard@yahoo.fr

L'utilisation curative et préventive d'antibiotiques pour prévenir l'extension explosive d'une épidémie de choléra à Douala en 2004 nécessitait une surveillance stricte de la sensibilité du vibron cholérique. L'objectif est de décrire l'épidémie et l'utilisation des antibiotiques, et suivre la sensibilité du vibron cholérique aux antibiotiques utilisés. Les 14 hôpitaux autorisés ont tous utilisé les mêmes protocoles diagnostiques, thérapeutiques, et préventifs, y compris dans la communauté par des visites domiciliaires. Tous les cas ont

été confirmés cliniquement et notifiés. Les prélèvements étaient systématiques en début et fin d'épidémie et aléatoires en cours d'épidémie. Chaque souche isolée a fait l'objet d'un antibiogramme par la méthode des disques. De janvier à septembre 2004, 5 020 malades et 177 353 contacts ont reçu de la doxycycline en prise unique (91 %) ou, en cas de contre-indication, de l'amoxicilline en 3 jours (9 %). Pourtant, 69 décès ont été enregistrés (létalité 1,37 %). Sur 187 prélèvements, le vibriion a été isolé 111 fois. Les 111 antibiogrammes ont montré une résistance aux sulfamides et à la colistine, et une sensibilité aux cyclines, aux bêtalactamines, et aux fluoroquinolones, sans aucune modification durant les 8 mois du suivi. Malgré le risque, l'utilisation massive et prolongée des antibiotiques prescrits dans le respect des protocoles et sous contrôle strict n'a pas laissé émerger de souches résistantes. La chimioprophylaxie demande toutefois un protocole rigoureux incluant un «paquet d'activités» communautaires et un suivi continu ■

CA 45

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MÈRES D'ENFANTS DIARRHÉIQUES DE MOINS DE 5 ANS À POINTE NOIRE

H.L. ATANDA, J.C. BON, A. OKOKO, A. CALLEC, D. LARROQUE, P. CHEVAL, J. PORTE, J.P. GARDAIR, P. HOVETTE

Centre Médical de Secours, Total E&P Congo, Pointe Noire, République du Congo
Courriel : hovette.philippe@wanadoo.fr

Le syndrome diarrhéique reste la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique Noire. La prévention de la mortalité repose sur une réhydratation par voie orale (RVO) précoce et adaptée. Pour améliorer la prise en charge de la diarrhée à Pointe Noire, nous avons mené une étude prospective par questionnaire sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans consultant pour une diarrhée aiguë. Le questionnaire permettait le recueil des données cliniques de l'enfant, du niveau d'étude de la mère et de connaissances sur les signes de gravité, la RVO et les solutés de réhydratations orales (SRO) ainsi que l'allaitement. 475 femmes (universitaire G1=97, secondaire G2=254 et primaire G3=124) ont répondu au questionnaire. Les garçons sont les plus touchés avec un sex ratio de 1,3. L'étude révèle que :

- le délai moyen de consultation est de 48 h. Il est < 24h dans 54,6 %, 52 % et 12,1 % pour les mères des G1, G2 et G3 ;
- 30,6 % des mères connaissent les signes de gravité dans le G3, 99,6 % et 100 % dans les G2 et G1 ;
- l'attitude vis-à-vis de l'allaitement maternel est bonne pour 81,4 %, 63,8 % et 45,2 % pour respectivement G1, G2 et G3 ;
- la RVO est connue de respectivement 100 % des mères du G1, 97,2 % de celles du G2 et 29 % de celles du G3 tandis que l'utilisation des SRO est correcte pour 71,1 % des mères du G1, 91,3 % de celles du G2 et 4 % de celles du G3.

Cette étude révèle que ces CAP des mères sont corrélées à leur niveau d'étude et sont excellentes dans les G1 et G2. Les mères du G3 consultent plus tard, seulement 12,1 % le 1^{er} jour, et méconnaissent les signes de gravité de la diarrhée à 70 %, l'intérêt de la RVO à 71 % et l'usage des SRO à 96 % alors que la prise en charge de la diarrhée aiguë se résume à cela le plus souvent. 54,8 % des mères du G3 arrêtent l'allaitement maternel lors de diarrhée de leur enfant pensant que leur lait est en cause. C'est une des explications de la surmortalité par diarrhée des enfants. Cette enquête montre que la cible des prochaines campagnes d'éducation doit être les mères n'ayant pas dépassé l'école primaire. Les consultations doivent également être un moment privilégié pour rappeler l'usage des SRO, trop souvent prescrits sans explication ■

CA 46

EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT COURT PAR SEL DE PENTAMIDINE CHEZ 2 PATIENTS ATTEINTS DE LEISHMANIOSE CUTANÉE LOCALISÉE DE L'ANCIEN MONDE

S. JAURÉGUIBERRY, G. GRABY, E. HOPE-RAPP, A. CANESTRI, F. BRICAIRE, E. CAUMES

Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France
Courriel : stephane.jaureguiberry@tnn.ap-hop-paris.fr

Le traitement des leishmanioses cutanées localisées de l'Ancien Monde (LCLAM) demeure difficile avec une efficacité relative des azolés ou des dérivés de l'antimoine. Nous décrivons 2 cas de LCLAM guéris par deux injections intra-musculaire (IM) d'iséthionate de pentamidine (PI) après échec des traitements classiques. Un malien de 19 ans présentait des lésions ulcéro-croûteuses avec lymphangite nodulaire des deux membres supérieurs. Un traitement par antimoniate de méglumine par voie IM au Mali avait été un échec. L'examen parasitologique direct montrait des formes amastigotes de *Leishmania sp.* Six semaines de traitement par 200 mg/j de fluconazole *per os* est un échec. Un traitement par deux injections de 3 mg/kg en IM de PI à 48 heures d'intervalle est effectué. La tolérance est bonne. Trois mois plus tard, on note une disparition des signes. Depuis aucune rechute n'a été notée. Une femme de 50 ans présente des lésions cutanées multiples durant six mois, apparues dans les suites d'un voyage en Egypte. Le diagnostic de LCLAM est évoqué devant des lésions papulonodulaires de la face et des bras associées à une lésion ulcérée du coude droit et est confirmé par l'examen parasitologique direct cutané. Un traitement par 200 mg/j de fluconazole pendant 6 semaines est un échec. Un traitement par deux injections de 4 mg/kg en IM de PI à 48 heures d'intervalle permet la guérison, constatée deux mois plus tard avec une bonne tolérance. Ces 2 cas suggèrent l'efficacité de 2 injections de PI dans le traitement des LCLAM. Cette efficacité a déjà été évoquée avec un schéma de 3 injections de 4 mg/kg de base de pentamidine. Des études complémentaires sont nécessaires afin de préciser les doses de PI (base ou sel) et le nombre d'injections. ■

CA 47

TROIS CAS DE BILHARZIOSE INVASIVE AVEC MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES

S. JAURÉGUIBERRY, P. TATTEVIN, F. BRICAIRE, M. DANIS, E. CAUMES

Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

Courriel : stephane.jaureguiberry@tmn.ap-hop-paris.fr

La phase d'invasion de certaines helminthoses peut s'accompagner d'encéphalites qui posent des problèmes thérapeutiques : corticoïdes et/ou antiparasitaires ? Nous décrivons trois cas de bilharziose invasive avec atteintes neurologiques centrales et discutons les traitements. Trois patients sont hospitalisés au retour du Mali. Un bain en eau douce est retrouvée pour chacun d'entre eux. Le diagnostic de bilharziose sera confirmé par séroconversion dans les cas 1 et 3 et par examen direct positif dans les urines pour le 2^e cas. Pour les 3 patients, l'Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale réalisée est évocatrice de vascularite cérébrale. Le premier patient présente un syndrome confusionnel avec hémiparésie gauche. Quatre mois plus tard, il persiste des séquelles motrices minimes et un ralentissement psychomoteur. Un traitement par praziquantel est instauré sans effet. Le deuxième patient présente une marche ataxique, des troubles des fonctions supérieures, des hémorragies sous unguéales en flammèche et une fièvre. Il est traité par praziquantel. Les symptômes régressent. Le troisième patient présente durant 1 mois des myalgies, des céphalées, une toux sèche, une diarrhée et un œdème palpébral. Le praziquantel est institué dans l'hypothèse d'une bilharziose aiguë. Deux jours plus tard une confusion mentale, des troubles du comportement et des hémorragies sous unguéales en flammèche apparaissent. Un traitement par corticoïde entraîne la disparition des symptômes. Il existe une communauté d'expression des signes neurologiques survenant lors de la bilharziose, de la fasciolose, de la trichinellose invasive et des syndromes hyperéosinophiliques. Cette vascularite cérébrale, touche principalement les territoires jonctionnels, et engage le pronostic vital ou fonctionnel. Elle relève plus des corticoïdes que des antiparasitaires, inactifs à ce stade et pouvant aggraver les troubles neurologiques ■

CA 48

IMPLICATION DE DEXAMÉTHASONE DANS LA SURVENUE D'UNE ARTÉRITE SEPTIQUE CÉRÉBRALE AU COURS D'UNE MÉNINGITE À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

N. LEFEBVRE^{1,2}, A.-C. CARRE¹, M. RIQUE³, E. FORESTIER², S. DAOU², X. DELABRANCHE¹, P. GUIOT¹, Y. MOOTIEN¹

1 - Service de réanimation médicale, Centre hospitalier de Mulhouse

2 - Service des maladies infectieuses et tropicales, Fédération médicale A, Centre hospitalier universitaire de Strasbourg

3 - Service des urgences, Centre hospitalier de Haguenau

Courriel : nicolas.lefebvre@chru-strasbourg.fr

Depuis l'année 2005 différentes sociétés savantes recommandent l'utilisation d'une corticothérapie, associée au traitement antibiotique, au cours de la prise en charge des méningites bactériennes. Les effets secondaires, rapportés lors des différentes études prospectives ayant confirmé leur intérêt, semblent peu importants. Cependant, nous rapportons un premier cas de vascularite infectieuse cérébrale attribuée à leur utilisation. Un homme de 65 ans, éthylique chronique, était trouvé inconscient à domicile. Hospitalisé en réanimation par le SAMU, son examen clinique montrait à l'admission : un score de Glasgow à 6, une température à 39°C, une pression artérielle à 15/8, un pouls à 90/min, une raideur de nuque. Il n'y avait pas de signe de localisation. Les examens biologiques pratiqués objectivaient une CRP à 550 mg/L avec hyperleucocytose (22000/mm³). La ponction lombaire initiale montrait : 7000 leucocytes/mm³ (PNN : 72%), protéines 1,4 g/L, glucose 3 mmol/L avec présence de *Streptococcus pneumoniae* à l'examen direct (CMI pour l'amoxicilline <0,023 mg/L). Le scanner cérébral initial était normal. Le traitement instauré immédiatement après la ponction lombaire comportait alors : céfotaxime 16 g/24 h, vancomycine 60 mg/kg/24 h IVSE et dexaméthasone 10 mg toutes les 6 heures (48 heures) selon le protocole recommandé. L'absence d'amélioration clinique (persistance de la fièvre) et l'apparition d'une arthrite septique du genou, conduisait à réaliser un scanner cérébral au huitième jour. Il montrait des lésions ischémiques, périphériques, avec effet de masse, évoquant une artérite septique cérébrale. Le patient décédait le treizième jour d'une défaillance multiviscérale secondaire à un choc septique malgré la poursuite de l'antibiothérapie qui était adaptée au genre dès la prise en charge initiale. Cette observation doit nous rendre attentif aux risques de complications liées à l'utilisation des corticoïdes lors des méningites bactériennes. Les recommandations actuelles sont larges avec l'administration de dexaméthasone lors de la prise en charge initiale de tout patient présentant une méningite présomée bactérienne. Avec notre expérience, nous pensons qu'ils doivent être discutés devant chaque patient, en considérant l'importance de la réaction méningée (taux de leucocytes dans la ponction lombaire) et la durée de l'évolution avant la prise en charge initiale. La dexaméthasone limite la pénétration intra-cérébrale des antibiotiques chez l'animal, en conséquence peut-être faudrait-il instituer la corticothérapie quelques heures après un traitement antibiotique efficace. Une analyse des différentes études confirmant l'intérêt de la dexaméthasone dans le traitement des méningites bactérienne est présentée, nous précisons les différentes complications qui ont été observées ■

CA 49

TROIS CAS DE MALADIES DE CHAGAS IMPORTÉES EN UN AN DANS UN HÔPITAL PARISIEN : REFLET D'UNE ÉMERGENCE DÉBUTANTE ?

F.X. LESCURE, M. DEVELOUX, J.B. GUIARD-SCHMID, M.G. LEBRETTE, F. GAY, V. ROLLA, C. TRUYENS, G. PIALOUX

Services des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Tenon, Paris, France

Courriel : xavier.lescore@tnn.ap-hop-paris.fr

Nous rapportons 3 cas de maladies de Chagas chroniques d'importation observés à Paris en 2005 dont deux myocardites chagasiennes chroniques (MCC). Les trois patients sont d'origine bolivienne, une femme de 40 ans en France depuis 3 ans, femme de ménage, un homme de 38 ans en séjour touristique et un homme de 48 ans, en France depuis 5 ans, travaillant dans le bâtiment. Ils viennent tous les trois de la même région (province de Valle Grande, région péri-urbaine de Santa Cruz). Les 2 premiers souffraient de dyspnée à l'effort et de syncopes, ils étaient porteurs d'un bloc sino-auriculaire avec bradycardie < 50/min et l'homme avait une fraction d'éjection à 20%. Le troisième se plaignait de douleurs thoraciques sans qu'aucun argument objectif n'ait été retrouvé. Les sérologies en IF et ELISA étaient positives dans les 3 cas. Les deux premiers malades ont bénéficié de l'implantation d'un pacemaker, d'un traitement cardiotrope à vie et du benznidazole pendant 8 semaines. Le troisième, bien que paucisymptomatique, bénéficiera d'un traitement anti-infectieux spécifique sur les arguments sérologiques et épidémiologiques. Seulement 6 cas ont été rapportés en Europe depuis 20 ans : 2 cas de MCC, 2 cas de myocardites chagasiennes aiguës, 1 cas post-transplantation et 1 cas de transmission materno-fœtale. Les 3 cas identifiés en 2005 dans notre service représentent l'occasion de sensibiliser la communauté médicale concernant : i) une possible émergence de cette pathologie d'importation liée à l'immigration latino-américaine en Europe et à l'augmentation de la fréquence des voyages des Européens en Amérique Latine ; ii) des formes cliniques variées ; iii) l'intérêt du traitement de la forme chronique encore discuté ; iv) la transmission par voie transfusionnelle (Guyane Française) ; v) le recrutement non infectiologique des formes chroniques rendant le diagnostic étiologique difficile pour un spécialiste d'organe (cœur ou tube digestif) ■

CA 50

UN NOUVEAU FOYER DE TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE AU CAMEROUN ?

V. EBO'O EYENGA¹, F. J. LOUIS², D. CHELO³, B. NGONO, P.P. SIMARRO²

1 - Programme national de Lutte contre la trypanosomiose humaine africaine, Yaoundé, Cameroun

2 - Organisation mondiale de la santé, Yaoundé, Cameroun

3 - Fondation Chantal Biya, Centre Mère-Enfant, Yaoundé, Cameroun

4 - Hôpital de Mbandjok, Mbandjok, Cameroun

Courriel : louisfj_who@yahoo.fr

Au Cameroun, la trypanosomiose humaine africaine se limite à 5 foyers : Mamfé et Fontem à l'ouest, Campo et Bipindi au sud, et Doumé à l'Est. En février 2006 à Yaoundé un garçon âgé de 12 ans est hospitalisé, dans un tableau de trouble de la conscience avec fièvre. Le pédiatre pratique une ponction lombaire qui ramène un LCR clair, normotendu, avec une cytorachie de 250 leucocytes par microlitre (72% de lymphocytes et 18% de polynucléaires) et de 820 hématies par microlitre. Surtout, l'examen direct du LCR met en évidence de nombreux trypanosomes. L'interrogatoire du père apporte les éléments suivants : l'enfant est né à Yaoundé en 1994 et y a vécu jusqu'en 2000. En 2000, il a vécu à Biboto, petit village situé à 12 km de Mbandjok (à 100 km au nord de Yaoundé), en bordure des grandes plantations sucrières du pays. Depuis 2001, il vit à Mbandjok et n'a jamais quitté cette ville. La sœur de l'enfant est décédée en 2001 à Biboto, à l'âge de 18 mois, d'une affection non précisée. La mère a présenté à Biboto une affection fébrile d'étiologie non précisée, qui a été traitée « à l'indigène ». Elle est décédée dans un tableau cachectique au bout d'un an d'évolution de cette affection fébrile. Une équipe spécialisée s'est rendue à Mbandjok et à Biboto. A Mbandjok, l'examen du reste de la fratrie du garçon et des 52 élèves de sa classe n'a décelé aucun malade. L'enquête entomologique autour du domicile du garçon a montré une densité de glossines très faible. A Biboto (environ 400 habitants), les discussions avec la population ont révélé que l'épouse du chef du village est décédée en 2005 dans un tableau de somnolence quasi permanente. L'enquête entomologique a montré une densité de glossines plus élevée qu'à Mbandjok, notamment le long de la rivière Akono où se pratiquent baignades, lessive et vaisselle. La dissection des mouches n'a pas mis en évidence de trypanosomes. L'examen de 174 habitants a permis le dépistage d'un cas très suspect de trypanosomiose : il s'agit d'une femme âgée de 48 ans qui présente une sérologie CATT positive à une dilution au 1/32^e de son sérum, mais dont les analyses parasitologiques sont restées négatives. De nouveaux foyers de trypanosomiose humaine africaine sont périodiquement découverts au Cameroun : Bipindi a été identifié en 1994, Doumé en 2000. Il s'agit en fait de la reviviscence d'anciens foyers, silencieux depuis plusieurs décennies. La particularité du « foyer de Biboto » est qu'il se révèle dans une zone du Cameroun où la maladie n'a jamais été décrite. Le foyer du Mbam, le plus proche, se situe sur l'autre rive du fleuve Sanaga, à plusieurs dizaines de kilomètres, et est silencieux depuis une trentaine d'années. L'hypothèse est faite de l'existence de longue date de ce foyer, à bas bruit, resté méconnu en raison de la très faible densité de population de la région et de la pauvreté de l'infrastructure sanitaire locale ■

CA 51

SANG CAPILLAIRE SUR PAPIER BUVARD POUR LE DIAGNOSTIC D'INFECTION PAR LE VIRUS DE LA DENGUE PAR RT-PCR

S. MATHEUS¹, J-B. MEYNARD², J. MORVAN¹, X. DEPARIS³

Laboratoire de Virologie, Cayenne cedex, Guyane

Courriel : smatheus@pasteur-cayenne.fr

Des prélèvements capillaires sanguins absorbés sur papier buvard sont évalués comme échantillons de diagnostic virologique lors d'une infection par le virus de la dengue. Des prélèvements veineux et capillaires sont obtenus auprès de 72 patients suspectés d'infection par le virus de la dengue. Nous avons comparé les résultats obtenus en utilisant les prélèvements capillaires absorbés sur papier buvard et analysés par RT-PCR à ceux obtenus à partir de prélèvements veineux analysés suivant la même méthode et/ou par isolement sur cellules. Le test diagnostique à partir de sang capillaire a une sensibilité et une spécificité respectivement de 100 % (IC 95 % [87,7 % -100 %]) et de 94 % (IC 95 % [86,8 % -100 %]). Ces résultats montrent que le diagnostic de la dengue par RT-PCR peut être réalisé à partir de sang capillaire absorbé sur papier buvard. Ces échantillons capillaires sur papier buvard présentent un double avantage : (i) la simplification des conditions de transport notamment en zone tropicale, puisqu'ils peuvent être conservés à température ambiante, (ii) une méthode de prélèvement moins douloureuse pour les enfants. En outre, cette étude montre que chez certains patients, les particules virales sont présentes plus longtemps au niveau des capillaires qu'au niveau du sang périphérique. L'étude de la viabilité de ces particules virales pourrait nous apporter des informations nouvelles sur la physiopathologie de l'infection par le virus de la dengue ■

CA 52

LES HANTAVIRUS DU NOUVEAU MONDE CIRCULENT-ILS EN GUYANE FRANÇAISE ?

S. MATHEUS¹, J-B. MEYNARD², P. ROLLIN³, B. MAUBERT⁴, J. MORVAN¹

Laboratoire de Virologie, Cayenne cedex, Guyane

Courriel : smatheus@pasteur-cayenne.fr

Depuis l'identification en 1993 aux Etats Unies du virus Sin Nombre (SNV) responsable du syndrome pulmonaire à Hantavirus (HPS), de nombreuses études ont été menées dans les Amériques pour déterminer la séroprévalence des hantavirus du Nouveau Monde. La Guyane, département français d'Amérique du Sud, héberge une population très variée en espèces de rongeurs susceptibles d'être des réservoirs potentiels d'hantavirus. L'observation de pathologies évocatrices chez certains patients, associée à une prévalence significative à SNV dans les pays voisins, a conduit le Laboratoire de Virologie de l'Institut Pasteur de la Guyane à estimer la prévalence des anticorps anti SNV au sein de la population. Ainsi, entre avril 2002 et avril 2004, un total de 420 sérums issus de patients pour lesquels un diagnostic d'infection par l'agent de la fièvre Q, responsable d'un tableau clinique similaire, a été sélectionné pour l'étude. Une prévalence des anticorps de type IgG de 1,42 % a été observée dans cette étude, révélatrice d'un contact des patients avec un agent responsable de HPS. Toutefois, l'absence de patients présentant une sérologie positive en IgM SNV dans cette étude, ne permet de déterminer avec certitude si l'infection contractée par ces patients provient d'un contact avec l'agent pathogène en Guyane française. La circulation du virus dans les pays limitrophes associée à des mouvements de population, nous conduit à continuer les investigations sérologiques parallèlement à la recherche d'un réservoir rongeur en Guyane française ■

CA 53

EVALUATION DE LA CONNAISSANCE, DES ATTITUDES ET DES PRATIQUES DES ACTEURS PÉRIPHÉRIQUES DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE SPATIALE DES ÉPIDÉMIES AU SEIN DES FORCES ARMÉES EN GUYANE (2SE FAG)

E. DAUDENS, J-B. MEYNARD, B. DUPUY, G. MOINE, G. TEXIER, H. CHAUDET, L. PELLEGRIN, O. TOURNEBIZE,
X. DEPARIS, R. MIGLIANI, A. SPIEGEL, J-P. BOUTIN

*Institut Pasteur de la Guyane, Unité d'Epidémiologie, Cayenne, Guyane
et Département d'épidémiologie et de santé publique, IMTSSA, Marseille, France
Courriel : jbmeynard@pasteur-cayenne.fr*

Le système de surveillance spatiale des épidémies au sein des forces armées en Guyane (2SE FAG) a été mis en place en octobre 2004. Durant la conception et le développement de ce système, les aspects ergonomiques et la formation des personnels ont été des préoccupations constantes. Les échanges réalisés périodiquement avec les acteurs périphériques ainsi que leur retour d'expérience ont déjà permis de faire évoluer le système depuis son démarrage. Une évaluation réalisée au bout de 18 mois de fonctionnement au moyen d'une enquête méthodologiquement validée (enquête CAP) a eu pour objectif d'estimer de façon objective et quantifiée les connaissances, attitudes et pratiques des utilisateurs périphériques vis-à-vis de la surveillance épidémiologique en général, du système 2SE FAG dans sa globalité, des différentes fonctions utilisées (enregistrement, déclaration, rétro-information, messagerie), du logiciel et des matériels dédiés (ordinateurs, assistants personnels digitalisés, moyens de communications satellitaires et GPS). Les principaux résultats montrent que les utilisateurs périphériques (médecins et infirmiers) ont une bonne connaissance de la surveillance épidémiologique en général et de ses enjeux, ainsi que de la nécessité de disposer pour les armées d'un système d'alerte précoce. Le système 2SE FAG est

bien perçu dans sa globalité et les enjeux internationaux (évaluation par des personnels de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord en novembre 2005, participation à un exercice multinational en juin 2006) bien compris. Ces derniers représentent d'ailleurs un facteur de motivation indéniable. Les aspects pratiques quotidiens sont par contre évalués plus durement. La participation au système 2SE FAG, mais aussi au système de surveillance épidémiologique réglementaire des armées représente une double charge de travail qui est soulignée par la totalité des personnes enquêtées. Le logiciel utilisé sur PC dans les cabinets médicaux d'unité est encore perfectible et l'utilisation de PDA dans les missions en forêt jugé globalement inadapté. ■

CA 54

MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU SYSTÈME DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA DENGUE EN GUYANE EN AVRIL 2006

P. CHAUD, J-B. MEYNARD, J. ROSINE, V. ARDILLON, A. BOUIX, E. DAUDENS, C. TONNER, C. GRENIER,
M. JOUBERT, F. DJOSSOU, J-M. FONTANELLA, P. DUSSART, S. MATHEUS, P. RABARISON, F. MANSOTTE, S. LANGEVIN,
B. DUPUY, F. RAVACHOL, J. MORVAN, P. QUÉNEL

*Institut Pasteur de la Guyane, Unité d'Epidémiologie, Cayenne, Guyane
Courriel : jbmeynard@pasteur-cayenne.fr*

La Guyane connaît depuis la fin novembre 2005 une épidémie de dengue due principalement au sérotype DEN-2. La surveillance de cette épidémie est jusqu'à présent basée uniquement sur les données du Centre National de Référence des arbovirus de l'Institut Pasteur de la Guyane et des laboratoires de ville. Elles ne permettent pas d'avoir une estimation de l'ampleur de l'épidémie en cours. La comparaison de ces données avec celles recueillies les années précédentes selon les mêmes modalités permet de considérer que l'actuelle épidémie est la plus importante que la Guyane ait connue depuis 1996-1997. C'est dans ce contexte qu'il a été décidé de mettre en place à compter du mois d'avril 2006, une surveillance hebdomadaire des cas suspects de dengue vus par un réseau de médecins généralistes, les postes et centres de santé, les services d'urgence hospitaliers et les services d'hospitalisation des 3 hôpitaux de Guyane, les médecins des forces armées. Cette surveillance vise à recenser, de façon exhaustive, l'ensemble des cas suspects de dengue permettant ainsi de favoriser une réactivité plus importante autour des cas graves, d'obtenir une meilleure estimation de l'ampleur de l'épidémie et de suivre de manière réactive son évolution. Un cas suspect est défini comme un patient présentant une fièvre d'apparition brutale ($>38^{\circ}\text{C}$), sans point d'appel infectieux et au moins un des signes suivants évoluant depuis moins de 7 jours : céphalées, douleurs rétro-orbitaires, myalgies, arthralgies, lombalgies. Les données sont collectées quotidiennement par les acteurs périphériques sur des supports spécifiquement créés. Ces données concernent le nombre hebdomadaire de cas suspects et le nombre de sérologies prescrites. Elles sont déclarées le lundi de la semaine suivante au niveau de la cellule de veille sanitaire, par téléphone, fax ou courriel. La cellule de veille réalise une analyse globale de ces données et les associe aux données produites par le CNR et les différents laboratoires. Elle retourne à l'ensemble des acteurs un bulletin de rétro-information le jeudi de chaque semaine pour les données recueillies la semaine précédente. Ce bulletin est diffusé à l'Institut de Veille Sanitaire par la Cire Antilles-Guyane ■

CA 55

EMERGENCE DE LA DENGUE LE LONG DU FLEUVE MARONI EN GUYANE RÉSULTATS DE L'INVESTIGATION DE L'ÉPIDÉMIE SURVENUE À MARIPASOULA DÉBUT 2006

J-B. MEYNARD, V. ARDILLON, S. MATHEUS, C. BASURKO, E. DAUDENS, C. VENTURIN, F. RAVACHOL, G. THALMENS,
L. BESANÇON, A. HERVÉ, P. GABORIT, J. ISSALY, P. RABARISON, F. MANSOTTE, P. DUSSART, P. CHAUD,
J. ROSINE, J. MORVAN, P. QUÉNEL

*Institut Pasteur de la Guyane, Unité d'Epidémiologie, Cayenne, Guyane
Courriel : jbmeynard@pasteur-cayenne.fr*

La dengue est une affection virale considérée comme endémique en Guyane et qui sévit également sur un mode épidémique, jusqu'à présent uniquement sur la bande littorale. Fin novembre 2005, une augmentation anormale des cas suspects de dengue était signalée par les centres de santé situés le long du fleuve Maroni. Ce signal a été objectivé dans les mois suivants par une augmentation significative des cas confirmés par le laboratoire du centre national de référence des arbovirus de l'Institut Pasteur de la Guyane. Une épidémie a été suspectée et une mission d'investigation entomo-épidémiologique a été réalisée du 20 au 23 février 2006, selon une méthodologie développée par la cellule inter-régionale d'épidémiologie Antilles-Guyane. Les objectifs de cette investigation étaient de confirmer l'épidémie, de documenter l'émergence de la dengue le long du Maroni, de mieux connaître la dynamique de transmission et de limiter l'extension du phénomène par une réponse adaptée. Le volet épidémiologique consistait en la recherche active de cas autour des cas signalés dans toute la commune. L'enquête concernait tout l'environnement familial et professionnel des cas, ainsi que toutes les habitations ou lieux de travail avoisinants. Le volet entomologique consistait en la capture d'insectes dans un échantillon aléatoire de bâtiments et en la recherche de gîtes larvaires au niveau des habitations et des lieux de travail des cas. L'investigation a concerné 75 habitations et 8 lieux de travail, soit 528 sujets interrogés. Parmi ces sujets, 174 étaient des cas suspects (33,0%) et 134 des cas probables (25,4%), alors que le signalement de départ était de 13 cas de dengue confirmés à Maripasoula pour la période d'enquête. La capture d'insectes dans l'échantillon aléatoire de maisons permettait d'objectiver la présence d'*Aedes aegypti* dans 91% des maisons

(20/22), alors que ces insectes n'existaient pas en aussi grand nombre dans les campagnes de capture les années précédentes. Des gîtes larvaires étaient mis en évidence avec des chiffres différents selon les différents quartiers de la commune. Des fûts d'eau étaient en particulier retrouvés pour 47,1 % des habitations, le plus souvent utilisés en complément du réseau d'eau public pour l'arrosage des jardins et les animaux (65 %). Des mesures de lutte antivectorielle au niveau individuel et collectif ont été mises en place par le service départemental de désinfection et des campagnes de sensibilisation organisées dans les établissements scolaires et à l'occasion d'un débat public pour la population générale ■

CA 56

BILHARZIOSE INTESTINALE AU RETOUR D'UNE RANDONNÉE TOURISTIQUE EN GUINÉE BISSAU

C. RACCURT., Y. EL SAMAD, T. CHOUAKI, E. JUSTINIEN, J.L. SCHMIT

Service de parasitologie et mycologie médicales, Hôpital Sud, CHU d'Amiens, Amiens, France

Courriel : raccurt@yahoo.fr

La bilharziose d'importation est en recrudescence dans les pays du Nord à cause du développement du tourisme dans les régions tropicales et de l'augmentation de l'immigration en provenance des régions d'endémie. Depuis 1999 en Europe, 53 % des cas recensés par le «*European Network on Imported Infectious Diseases Surveillance*» concernent des européens qui voyagent essentiellement pour des raisons touristiques. La majorité des cas s'infeste en Afrique et parmi 333 analysés, 130 étaient dus à *Schistosoma mansoni*, 92 à *Schistosoma haematobium* et 4 à *Schistosoma intercalatum*. Nous rapportons un cas de bilharziose intestinale dû à *S. mansoni* chez un voyageur picard âgé de 49 ans, suite à un séjour touristique de seulement 8 jours en Guinée Bissau. Cette observation a un double intérêt : (1) le délai du diagnostic porté au bout de 2 mois après la première consultation grâce à la découverte d'œufs de *S. mansoni* dans les selles du fait de la négativité du sérodiagnostic ; (2) le pays de contamination. La Guinée Bissau est en effet un pays d'Afrique occidentale bien connu pour ses foyers endémiques de bilharziose urinaire à *S. haematobium*, mais où l'installation de *S. mansoni* est récente (premier cas autochtone trouvé chez un enfant âgé de 6 ans en 1989 à Saucunda, région de Gabu). Cette observation rappelle l'intérêt de multiplier les examens parasitologiques (selles, urines et sang) en cas d'hyperéosinophilie au retour d'un voyage tropical, en dépit de la négativité des sérodiagnostics parasitaires standards ■

CA 57

LE POINT SUR *ECHINOCOCCUS GRANULOSUS* ET *FASCIOLA HEPATICA* EN HAÏTI

C. RACCURT, J. BLAISE

Service de parasitologie et mycologie médicales, Hôpital Sud, CHU d'Amiens, Amiens, France

Courriel : raccurt@yahoo.fr

Cunéusement, peu d'informations sont disponibles sur l'échinococcose et la fasciolose dans la Caraïbe. En Haïti, *Echinococcus granulosus* et *Fasciola hepatica* sont connus de longue date (1931) et ont un impact important sur la valeur économique du cheptel. En effet, entre 1978 et 1982, 15 177 foies parasités de 60 450 bovins abattus (25,1 %) pour l'industrie alimentaire (*Haitian American Meat Production Company*) ont été saisis à Port-au-Prince. Ces deux plathelminthes représentent un risque sanitaire pour la santé humaine. Cette présentation fait le point sur la fréquence de la distomatose hépatique et de l'hydatidose hépatique et pulmonaire chez les animaux de boucherie à partir de données recueillies dans les abattoirs entre 1978 et 1993. La fasciolose hépatique est présente chez 10,7 % à 22,8 % des bovins, 3,2 % des ovins et 0,9 % des caprins. La dicrocoeliose a été trouvée chez 1,1 % des caprins. L'hydatidose hépatique est présente chez 5,2 % des porcs et 0,39 % des bovins. L'hydatidose pulmonaire se rencontre chez 2,1 % des ovins, 0,9 % des caprins et 0,3 % des bovins. Par ailleurs, les résultats d'une première enquête sur l'échinococcose canine à Port-au-Prince montrent la fréquence de ce parasite qui affecte 21 % à 25 % des chiens étudiés. Ces résultats doivent alerter le corps médical haïtien sur le risque sanitaire humain que font courir ces parasites qui affectent avec une fréquence élevée les animaux domestiques de ce pays ■

CA 58

NEUROCYSTICERCOSE D'IMPORTATION : LIMITES DU SÉRODIAGNOSTIC

C. RACCURT, J. PELTIER, M. HUERRE, L. LLOPIS, M. LEFRANC, G. NEVEZ, T. CHOUAKI, T. NAGARAX, T. TOUSSAINT

Service de parasitologie et mycologie médicales, Hôpital Sud, CHU d'Amiens, Amiens, France

Courriel : raccurt@yahoo.fr

Un Malgache âgé de 71 ans, en France depuis 2004, sous phénobarbital pour comitialité ancienne, présente depuis quelques mois des difficultés à la marche à type de syndrome cérébelleux statique avec céphalées modérées. L'imagerie (IRM) montre un volumineux kyste cérébelleux et une hydrocéphalie triventriculaire débutante. Sérodiagnostic négatif en ELISA pour cysticercose, hydatidose et trichinose, positif pour toxocarose/ascarirose (DO = 1.234), confirmé en immuno-électrophorèse (2 arcs) et en western blot,

(2 bandes). L'intervention (23/11/2005) retire un kyste parasitaire. L'examen anatomo-pathologique diagnostique une cysticercose d'aspect pseudo glandulaire caractéristique. Le sérum négatif en ELISA se révèle positif en western blot (2 bandes) au contrôle. Un enseignant âgé de 23 ans, arrivé depuis 1 mois d'Inde son pays d'origine, sans antécédents personnel ni familial, a une crise comitiale généralisée inaugurale le 15/12/2005. L'imagerie (TDM) montre une hypodensité pariétale gauche d'allure œdémateuse et une petite masse arrondie sur la corne frontale gauche. Le sérodiagnostic parasitaire est négatif pour toxoplasmose, toxocarose/ascaridiose, hydatidose et trichinose, positif pour cysticercose : ELISA (DO = 0.674) et western blot (2 bandes). Le patient est mis sous traitement antiparasitaire (praziquantel 40 mg/kg) + prédnisone 30 mg/j pendant 21 jours. Nouvelle crise comitiale le 20/12/2005. Même image sans augmentation de volume au contrôle scanographique de janvier 2006. L'intérêt de ces deux observations est de rappeler : (1) le risque de neurocysticercose chez le migrant de tous âges arrivant de zones d'endémie connues, et se révélant par une crise d'épilepsie brutale ou par des troubles neurologiques focaux progressifs ; (2) les limites du sérodiagnostic nécessitant la confirmation en cas de positivité ou la vérification en cas de négativité par western blot, technique plus sensible ■

CA 59

ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS DE L'ENFANT DANS UNE ZONE DE CONFLIT DE CÔTE D'IVOIRE

C. RAPP, C. FICKO, P. IMBERT, R. BARRUET, T. DEBORD

*Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France
Courriel : rappchristophe@aol.com*

Décrire le spectre des infections pédiatriques observées dans une formation sanitaire implantée en zone de conflit. Tous les enfants âgés de moins de 15 ans présentant une infection ont été inclus de façon prospective du 01/08/2005 au 31/09/2005 lors de leur consultation au groupement médico-chirurgical (GMC) de Toumbokro situé au centre de la RCI. Les critères d'inclusion étaient : infection certaine ou suspectée par un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques. La distribution des infections et leur association avec l'âge et le statut socio-démographique des enfants ont été analysées. Parmi les 918 enfants admis en consultation pendant la période, 710 (78 %) présentaient au moins une infection. L'âge moyen était de 49 mois (3-180), 66 % des enfants ayant moins de 5 ans. Le sexe ratio était de 0,9. 85 % des enfants étaient de nationalité ivoirienne, 20 % étaient des déplacés. 15 % des enfants présentaient au moins deux infections (extrêmes 2-4). Le délai médian de prise en charge de 8 jours (1-70), était de 3 jours chez les enfants fébriles. Une automédication à domicile et un recours à la médecine traditionnelle étaient retrouvés respectivement dans 30 et 4 % des cas. Un tiers des enfants avait consulté antérieurement dans une formation sanitaire locale. La répartition des principales infections étaient la suivante : paludisme (39 %, *P. falciparum* 37 %), infections cutanées (23 % dont 35 cas d'ulcère de Buruli), diarrhées aiguës (11 %), infections des voies respiratoires basses (6 %), infections ORL et stomatologiques (8 %), fièvre bénigne (6 %), parasitose intestinale et bilharziose urinaire. Une infection par le VIH était mise en évidence chez 6 enfants. Une association significative ($p < 0,001$) était retrouvée entre le paludisme et l'âge < 5 ans. Les infections cutanées et la bilharziose urinaire étaient significativement plus fréquentes chez les enfants déplacés et non ivoiriens ($p < 0,05$). Peu de données sont disponibles sur les pathologies infantiles rencontrées dans les centres de santé dans cette région en crise. Notre étude, réalisée pendant la petite saison des pluies, confirme la prévalence élevée des maladies infectieuses, au premier rang desquelles figure le paludisme à *P. falciparum*. À l'exception des ulcères de Buruli, le spectre des maladies illustre les défauts d'hygiène et le manque d'accès aux soins de ces populations rurales pauvres. Ces résultats plaident pour la prise en charge intégrée urgente des maladies de l'enfant ■

CA 60

UN CAS DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE IMPORTÉE DE MALAISIE CHEZ UN GOLFEUR

C. RAPP, C. FICKO, P. IMBERT, R. BARRUET, T. DEBORD

*Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France
Courriel : rappchristophe@aol.com*

Les fièvres hémorragiques avec syndrome rénal (FHSR) sont endémo-épidémiques en Asie du Sud-Est. Chez les voyageurs, les cas importés sont exceptionnels. Un homme de 38 ans était hospitalisé en février 2006 pour une fièvre aiguë associée à des céphalées et des myalgies intenses, apparues 21 jours après un séjour d'une semaine à Kuala Lumpur. À l'admission, la température était à 38°C, la PA était à 110/60 mmHg, on notait un exanthème du cou et du tronc et une hépatomégalie à 2 travers de doigt confirmée par l'échographie abdominale. La bandelette urinaire montrait une protéinurie et une hématurie. L'hémogramme objectivait une thrombopénie à 23 000 plaquettes/mm³ et une hyperleucocytose (13 600 GB dont 80 % de polynucléaires). La CRP était à 100 mg/L, la créatininémie était à 129 µmol/l. Il existait une cytolyse à 2 N associée à une cholestase. La recherche d'hématozoaire du paludisme était négative de même que l'antigène p24 VIH et le MNI test. La radiographie pulmonaire et l'électrocardiogramme étaient sans anomalie. Le patient signalait un flou visuel authentifié par l'examen ophtalmologique qui montrait une paralysie de l'accommodation. L'évolution immédiate était marquée par une majoration transitoire de l'insuffisance rénale à J3 (créatininémie : 147 µmol/l, protéinurie (3 g/24h) sans hypoalbuminémie). La symptomatologie s'amendait en 5 jours et les anomalies biologiques se corrigeaient spontanément en 15 jours. Le diagnostic de FHSR à HTV était confirmé par le CNR (Lyon). La seule exposition à risque retrouvée était la pratique du golf

sur un parcours périurbain, sans notion de manipulation de rongeurs ni morsure. La FHSR à Hantaan virus (HTV), est une pathologie émergente qui touche chaque année plus de 100 000 patients en Asie rurale. L'homme se contamine le plus souvent par inhalation de poussières contaminées par les excréments (urines, salive) d'un rongeur spécifique (*Apodemus agrarius*). L'incidence de cette affection potentiellement sévère est sous estimée en Malaisie à une circulation virale a été démontrée parmi les rongeurs. Seuls 2 cas importés (Australie 1987, Hawaï 2004) ont été décrits chez des voyageurs de retour de Malaisie. Comme le suggère notre observation, l'incubation peut être prolongée et la notion d'exposition à risque n'est pas toujours facile à retrouver. La présence de signes de myopie inconsistante, est évocatrice. Le diagnostic de certitude est fondé sur la sérologie (CNR Lyon). Les modifications environnementales et l'absence de lutte contre les rongeurs dans les zones urbaines d'Asie du Sud-Est rendent compte de l'extension possible de la FHSR à HTV. Chez un patient fébrile de retour de Malaisie, la FHSR à HTV doit désormais être ajoutée au diagnostic différentiel de la dengue ■

CA 61

ETUDE DU TRANSCRIPTOME DE CELLULES ENDOTHÉLIALES INFECTÉES PAR LE VIRUS DE LA DENGUE : INFLUENCE DES FACTEURS VIRAUX SUR LA RÉPONSE DE L'HÔTE

C. SAPET, C. PEYREFFITTE, S. DEVIGNOT, D. PUTHIER, C. N'GUYEN, H. TOLOU, P. COUISSINIER-PARIS

*Unité de virologie tropicale, IFR 48 Université de la méditerranée,
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille, France
Courriel : cedricsapet@yahoo.fr*

Le syndrome de choc de dengue (DSS) est la manifestation clinique la plus sévère de l'infection due aux quatre sérotypes de virus de dengue. Le développement de nouvelles thérapeutiques anti-virales s'appuie sur une meilleure connaissance des mécanismes sous-tendant la physiopathologie de l'infection par ces virus. En outre, la dengue constitue un modèle de choix d'étude du dysfonctionnement endothélial associé à l'infection par d'autres virus de fièvres hémorragiques virales. Notre équipe a développé un modèle d'étude du dysfonctionnement endothélial induit au cours de l'infection par le virus de dengue. Les résultats antérieurs ont montré que des cellules endothéliales microvasculaires répondent à l'infection par un virus sauvage non adapté, en acquérant un certain nombre de modifications phénotypiques et fonctionnelles. Une approche complémentaire, par analyse du transcriptome au moyen de puces à ADN, a été initiée pour identifier les voies d'activation induites dans ces cellules au cours de l'infection virale. Cette approche est étendue à l'étude de cellules provenant de différents territoires microvasculaires en réponse à des souches virales de dengue présentant des caractéristiques différentes (souches sauvages associées à divers formes cliniques, souches atténuées, souches de différents sérotypes). Ces travaux devraient nous permettre d'identifier des gènes de la réponse de l'hôte impliqués dans l'activation et le dysfonctionnement endothélial et d'appréhender le rôle de facteurs viraux dans la régulation de la réponse endothéliale à l'infection ■

CA 62

EVALUATION DE LA TRANSFUSION ERYTHROCYTAIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBREVILLE

R. TCHOUA, D. NSAME, J. VANDJI, A. BOULMAAROUF, J.M. MANDJI, R. BAYA, P. CAMUS

*Département d'anesthésie réanimation et urgence
Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon
Courriel : romtchoua@yahoo.fr*

À Libreville, la transfusion sanguine représente une activité importante en milieu hospitalier. Le rapport d'activité du Centre National de Transfusion Sanguine montre que le Centre Hospitalier de Libreville est le premier utilisateur de produits sanguins labiles avec une consommation annuelle de près de 7 329 culots globulaires. Connaître l'épidémiologie de la transfusion érythrocytaire, à travers les services hospitaliers à forte demande de transfusion, et évaluer la pratique transfusionnelle de ces derniers. Il s'agit d'une étude prospective centrée sur 235 patients hospitalisés dans les services de pédiatrie, oxylogie et gynécologie obstétrique réalisée entre février et juillet 2004. Cette étude a été réalisée au centre hospitalier de Libreville. Le centre national de transfusion sanguine (CNTS) a servi de centre de référence pour la traçabilité des produits sanguins. A partir d'un questionnaire mis à la disposition des services un relevé des données relatives à la transfusion était effectué. Pour ce qui est de la traçabilité des produits sanguins labiles, le fichier informatique du CNTS a permis de reconstituer le dossier pré-transfusionnel du malade, à partir duquel il était possible de suivre le circuit des produits sanguins labiles depuis le donneur jusqu'au receveur. Au plan épidémiologique, on note une prédominance féminine avec un sex ratio de 2,79 liée au recrutement en gynécologie obstétrique. L'âge moyen de la population était de 3 ans chez les enfants et 33 ans chez les adultes. Les hémorragies représentent l'étiologie la plus fréquente (34 %) suivie du paludisme (21 %) et de la drépanocytose (12 %). La majorité des patients a été transfusée selon le respect des règles de compatibilité en iso-groupe et iso-Rhésus. Le groupe sanguin O Rhésus positif était le plus fréquent (96 %). Nous avons observé deux cas d'hyperthermie et un cas d'œdème pulmonaire comme complications immédiates. Cette étude sur l'évaluation de la transfusion érythrocytaire dans 3 services du CHL, montre que la qualité transfusionnelle dans notre pays mérite une réflexion approfondie, car les bonnes pratiques de distribution, et d'acte transfusionnels sont soumises à un encadrement législatif précis et rigoureux ■

CA 63

LES INTOXICATIONS AIGUES NON MÉDICAMENTEUSES AU GABON : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

R. TCHOUA, C. CHAVIHOT, J.M. MANDJI, A. BOULMAAROUF, J. VANDJI, R. BAYA, P. CAMUS

Département d'anesthésie réanimation et urgence

Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon

Courriel : romtchoua@yahoo.fr

Les intoxications aiguës, liées aux médicaments ou non, sont des accidents fréquemment rencontrés dans les services des urgences. Si pour les médicaments la prise en charge de l'intoxication est généralement bien codifiée, celle de l'intoxication non médicamenteuse est plus délicate du fait de l'absence d'une typologie précise des risques liés à la prise de ces produits. Les caractéristiques épidémiologiques des intoxications aiguës non médicamenteuses sont indéterminées et aucune analyse toxicologique n'est réalisable à ce jour au Gabon. Les objectifs ont été de définir les aspects épidémiologiques et décrire la prise en charge des intoxications aiguës non médicamenteuses (IANM) dans les deux principales villes du Gabon, Libreville et Port-Gentil. C'est une étude prospective qui s'étalait du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004. Les patients étaient interrogés et examinés, les données rapportées sur un questionnaire et analysées. L'étude s'est déroulée à Libreville nous avons travaillé dans quatre établissements hospitaliers et dans deux à Port-Gentil. Les patients ayant consulté pour intoxication aux produits domestiques, industriels et agricoles ou aux toxiques d'origine animale étaient inclus. Les patients présentant une intoxication chronique ou liée à d'autres toxiques étaient exclus. 32 patients ont été retenus. La prévalence était de 2,4 %, l'âge moyen 15,5 ans. Les intoxications étaient accidentelles dans 23 cas soit 71,9 %, domestiques ou professionnelles dans les autres cas. Le toxique majeur retrouvé était l'hypochlorite de sodium dans 28,1 % de cas, ensuite le pétrole lampant dans 25 % des cas, puis des toxiques industriels et d'origine animale. Deux patients ont pratiqué des vomissements provoqués après ingestion de pétrole lampant. À l'hôpital, le traitement était souvent symptomatique et la psychothérapie occultée. Aucun décès n'est survenu. Les intoxications aiguës non médicamenteuses sont le plus souvent accidentelles, intéressent l'enfant à la maison et l'adulte au travail. Elles posent le problème de surveillance des enfants avec le déconditionnement des produits et de protection des employés. Nécessairement, il faudrait éduquer les populations et codifier le traitement des intoxications par l'hypochlorite et les hydrocarbures sur les lieux de l'accident et à l'arrivée à l'hôpital ■

CA 64

LES BRÛLURES GRAVES EN RÉANIMATION À LIBREVILLE

R. TCHOUA, A. DIENNO, J.M. MANDJI, A. BOULMAAROUF, J. VANDJI, R. BAYA, P. CAMUS

Département d'anesthésie réanimation et urgence

Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon

Courriel : romtchoua@yahoo.fr

Les brûlures graves à Libreville représentent 3 % des hospitalisations des services de réanimation et 82 % de la pathologie circonstancielle du service de réanimation du CHL. Elles entraînent des répercussions organiques, psychologiques et socio-économiques lourdes avec un taux de morbi-mortalité très élevé. En 20 ans, peu d'études au Gabon ont porté sur cette question. À partir d'un état des lieux couvrant deux périodes distinctes celle des années quatre-vingt et celle des années quatre-vingt-dix nous avons réalisé une étude rétrospective sur 6 ans du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2005 dont le but était de faire ressortir les domaines pour lesquels des avancées ou des retards ont été enregistrés après l'an deux mille. À partir d'une série de 72 dossiers enregistrés, il ressort une non amélioration du pronostic des brûlés graves et que les enfants restent les principales victimes des brûlures domestiques et représentent la moitié de la population atteinte. La prise en charge pré hospitalière ainsi que le transport médicalisé sont quasi inexistantes et les délais d'admission sont allongés avec une moyenne de 24 heures malgré l'existence d'un service d'aide médicale d'urgence implanté depuis 2002 et la réorganisation des services des urgences. La prise en charge présente des insuffisances à différents niveaux et les complications surviennent dans 74 % des cas. La mortalité est de 62 % avec une surmortalité infantile de 58,62 %. Selon le score pronostique de Tobiasen, la survie pour des brûlures cotées 4 et 5 était de 57 %, de 50 % pour celles cotées 6 et 7, enfin de 27 % pour celles cotées 8 et 9. La survie des patients est en moyenne inférieure à 50 % pour une survie prévisible de 80 à 100 %. De ces résultats il apparaît primordial de pallier ces insuffisances pour réduire le taux de morbi-mortalité, grâce à une nouvelle approche centrée sur une prise en charge stéréotypée dans le cadre de l'organisation d'un centre de traitement des brûlés graves ■

CA 65

L'OBSERVANCE DE LA SURVEILLANCE VÉTÉRINAIRE AU CENTRE ANTIRABIQUE (CAR) D'ABIDJAN

I. TIEMBRE, S. DAGNAN, J. BENIE, E. KONAN, D. EKRA, J. TAGLIANTE-SARACINO.

Centre antirabique, Abidjan Côte d'Ivoire

Courriel : itiembre@yahoo.fr

La rage demeure un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays en développement, et particulièrement en Côte d'Ivoire. Face au taux d'abandon du traitement antirabique élevé dans notre centre (50,6%), la surveillance vétérinaire menée conformément à la réglementation pourrait être d'un grand apport dans la prise en charge de nos patients. En effet, la connaissance de l'état de santé de l'animal contaminateur constitue une étape essentielle dans cette prise en charge. Ce travail avait pour objectif général d'étudier l'observance de la surveillance vétérinaire par les patients exposés à la rage et pour objectif spécifique, de décrire le profil des animaux mis sous surveillance vétérinaire ; répertorier la proportion de sujets ayant produit les 3 certificats vétérinaires prescrits par la loi ; déterminer le délai moyen du début de la surveillance vétérinaire par rapport à la date de la morsure ; rechercher d'éventuelles difficultés liées à la réalisation de la surveillance vétérinaire. Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} juillet au 30 septembre 2003 Centre Antirabique (CAR) de Treichville, seul centre de référence de la lutte contre la rage à Abidjan. Nous avons inclus dans notre étude les personnes exposées au risque d'infection rabique qui se sont présentées pour une première consultation au CAR et dont l'animal mordeur a été retrouvé et mis sous surveillance vétérinaire. Les résultats suivants ont été obtenus : 94,8% des animaux mordeurs sont des chiens et 69,5% ne sont pas vaccinés. 71,7% des sujets ont consulté dans les deux jours suivant l'exposition. 31,3% des sujets exposés ont produit les 3 certificats vétérinaires prescrits par la loi. Le délai moyen de production du premier certificat est de 4,2 jours. Le sexe du sujet exposé, le statut vaccinal de l'animal mordeur et le délai écoulé entre la morsure et la première consultation sont des facteurs qui influencent l'observance de la surveillance vétérinaire. Notre enquête a permis de déterminer quatre difficultés majeures dans la réalisation de la surveillance vétérinaire, à savoir les difficultés financières (37,3%), les difficultés de déplacement (28,4%), le manque de temps (9,9%), et les difficultés d'accessibilité de la clinique vétérinaire (2,5%). Au vu de ces résultats, l'adoption d'une législation rigoureuse et la mise en place un programme national de lutte contre la rage en concertation avec la direction des services vétérinaires s'impose ■

CA 66

LE PIAN EN CÔTE D'IVOIRE : PROBLÈME DE SANTÉ OUBLIÉ OU NÉGLIGÉ ?

N.M. KOFFI, B. TOURE, K.P. ASSI, K. DIBY, O. AKE

Abidjan, Côte d'Ivoire

Courriel : brahitoure@yahoo.fr

Le pian, tréponématose endémique sévissant dans les régions tropicales et subtropicales humides, est déterminé par *Treponema per-*
tenuis. Les campagnes de traitement de masse de l'OMS et de l'UNICEF (1950 – 1960) ont permis une régression notable de la maladie, suscitant un réel espoir d'éradication. Cependant, l'interruption des activités du programme va entraîner une résurgence de la maladie dans plusieurs pays. Le pian est endémique en Côte d'Ivoire et les données sanitaires révèlent des cas de pian dans tous les districts sanitaires. Au cours de l'année 2000, 9 212 nouveaux cas de pian ont été notifiés dans les statistiques sanitaires, soit une incidence hospitalière de 0,58 pour mille. La présente communication décrit la situation du pian en Côte d'Ivoire sur base des statistiques sanitaires disponibles, ponctuée par une étude transversale. Une étude transversale, populationnelle s'est déroulée du 15 septembre 2004 au 15 décembre 2004 dans le village d'Asseudji et ses 8 campements environnants. Elle a permis d'examiner 2 182 personnes réparties dans 206 ménages. Cette enquête a permis le diagnostic clinique de 11 cas de pian (6 à Asseudji et 5 dans les campements). La prévalence moyenne retrouvée était de 5‰ (3,3‰ à Asseudji et de 14,2‰ dans les campements environnants) : 91% des malades étaient de sexe masculin et 82% avaient un âge inférieur ou égal à 15 ans. Seuls 3 malades soit 36,4% étaient sous traitement médical au moment de l'enquête. Les antécédents de pian ont été retrouvés chez 36,4% des malades. Les résultats de notre étude ainsi que les statistiques sanitaires confirment l'endémicité du pian en Côte d'Ivoire, plus de 30 ans après les espoirs d'éradication suscités par la campagne de traitement de masse. Le pian a certes disparu des grandes villes du fait de l'amélioration des conditions d'hygiène et aussi de l'accès aux services de santé. Cependant, il est encore fréquent dans les zones rurales où les conditions de son maintien demeurent. Le pian apparaît comme une maladie du passé et ne fait pas partie des problèmes de santé actuels nécessitant la mobilisation des ressources ■

CA 67

RÉGRESSION PARTIELLE SPONTANÉE D'UNE AMIBIASE HÉPATIQUE DIAGNOSTIQUÉE TARDIVEMENT CHEZ UN TOURISTE

E. DE PARSEVAL, S. SICARD, S. FOURCADE, P. KRAEMER, F. SIMON

Service de pathologie infectieuse et tropicale, Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille, France
Courriel : simon-f@wanadoo.fr

L'amibiase hépatique est typiquement révélée par une hépatomégalie douloureuse et fébrile au retour d'un voyage exotique. Le diagnostic des présentations atypiques est souvent moins rapide. Nous présentons un cas diagnostiqué avec retard, mais dont les paramètres biologiques se sont normalisés sans traitement. Un homme de 26 ans, sans passé pathologique, a consulté pour douleur rétro-ombilicale et fébricule isolée au retour d'un séjour de 21 jours en Inde. L'examen physique était normal. Les examens biologiques montraient l'absence de paludisme, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une CRP à 216 mg/L et un bilan hépatique normal. En l'absence de critère clinique de gravité et d'anomalie électrique et radiographique, aucun traitement n'a été prescrit et une surveillance a été instaurée. La guérison clinique et biologique a été obtenue spontanément en 4 semaines. L'apparition secondaire de douleurs discrètes de l'hypochondre droit a conduit à réaliser une imagerie qui a montré une collection à paroi épaisse du segment V du foie. La sérologie amibienne s'est révélée positive, alors que l'hémogramme et la CRP étaient normaux. Le patient a été traité de principe par métronidazole (1,5 g/j x 7j) et le suivi tomographique a montré la régression progressive de la collection. Ce dossier illustre le piège diagnostique des formes fébriles pures de l'amibiase hépatique, dont la complication classique est la rupture d'abcès. Une régression spontanée clinique et biologique est exceptionnelle chez le touriste non immun, alors que cette notion est admise en zone d'endémie amibienne sur des critères sérologiques et échographiques ■

CA 68

DÉCOUVERTE D'UNE LOASE LORS D'UNE PONCTION D'OVOCYTES POUR FÉCONDATION *IN VITRO*

S. FOURCADE, F. SIMON, J. DELMONT, B. ROSSIN, P. BOYER

Service de pathologie infectieuse et tropicale, Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille, France
Courriel : simon-f@wanadoo.fr

Une femme de 33 ans, spécialiste de l'écologie forestière africaine, ayant vécu au Cameroun, au Burkina Faso, et au Bénin depuis 1996, a pour seuls antécédents, deux grossesses extra-utérines (1999, 2004) sur malformation utérine (prise de Distilbène® par sa mère). Incluse dans un protocole de fécondation *in vitro* (FIV), elle bénéficie d'une ponction d'ovocytes après la phase de stimulation hormonale. C'est alors que l'analyse microscopique du liquide de ponction révèle la présence de filaires de Loa-loa. La lecture de l'hémogramme montre alors une faible microfilariémie, alors que la patiente n'a jamais été symptomatique. Cette découverte fortuite a conduit les médecins de la procréation médicalement assistée à annuler le protocole FIV pour prendre un avis spécialisé en pathologie tropicale. Deux cures d'ivermectine ont été administrées pour réduire la charge microfilarienne sanguine et intra-abdominale et une deuxième FIV a été réalisée à distance (aucune microfilarie dans le liquide d'ovocyte), permettant d'obtenir quatre embryons. Les deux transferts de deux embryons se sont soldés par un échec, non imputable à la parasitose. La découverte de microfilaires de Loa-loa dans le liquide d'aspiration des ovocytes est un événement exceptionnel et déroutant pour les experts de la procréation médicalement assistée. L'origine pourrait être une contamination sanguine lors d'une ponction hémorragique des ovaires stimulés ou une origine péritonéale. La difficulté de l'analyse de la situation a été d'évaluer les bénéfices et les risques respectifs de la maladie et de son traitement par ivermectine sur une grossesse éventuelle obtenue par FIV ■

CA 69

LEPTOSPIROSE CHEZ UN CHIEN MILITAIRE AU TCHAD : INTÉRÊT DU TEST DIAGNOSTIQUE ELISA PROTECTIVE PEPTIDE

C. ROQUEPLO¹, J.L. MARIÉ¹, B. DAVOUST², G. ANDRÉ-FONTAINE³

1 - Secteur vétérinaire de Marseille, Marseille, France

2 - Direction régionale du service de santé des armées de Toulon, France

3 - Unité de bactériologie médicale et moléculaire des leptospires, Ecole nationale vétérinaire de Nantes, France

Courriel : cedric.roqueplo@wanadoo.fr

La leptospirose est une anthrozoonose bactérienne de répartition mondiale, particulièrement importante en zone tropicale, pouvant être létale chez l'homme. Très souvent sous-diagnostiquée, cette maladie constitue un grave problème de santé publique. Elle est due à différents sérovars de l'espèce pathogène *Leptospira interrogans* s.l. Parmi les très nombreuses espèces animales touchées, le chien présente une grande sensibilité. Cette maladie présente un vaste réservoir environnemental et animal, à l'origine de la plupart des contaminations humaines. En fin de saison des pluies, un chien militaire présenté en consultation au vétérinaire des Eléments français au Tchad, quarante jours après son arrivée à N'Djamena, a été hospitalisé pour insuffisance rénale. Une leptospirose associée au sérovar *L.i. icterohaemorrhagiae* a été diagnostiquée. Le chien était vacciné à l'aide d'un vaccin classique protégeant contre *L.i. canicola*

et *L.i. icterohaemorrhagiae*. Le diagnostic a été réalisé par sérologie à l'aide de deux tests : le test de microagglutination (test de référence) et le test Elisa protective peptide (test expérimental). Ce dernier utilise les propriétés antigéniques d'un peptide de la protéine Hap1 sécrétée uniquement par tous les sérogroupes pathogènes, dès le début de l'infection. Ce test permet d'objectiver précocement une infection par un leptospire pathogène et de différencier les anticorps vaccinaux des anticorps post-infectieux. Son utilisation pourrait se révéler intéressante pour établir un diagnostic précoce de la maladie dont la symptomatologie est protéiforme. Enfin, les différents outils diagnostiques, qu'ils soient bactériologiques, sérologiques ou moléculaires, sont passés en revue ■

CA 70

L'HÉMOGRAMME AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (FT)

N. LEFEBVRE^{1,2}, S.B. GNING², J. MARGERY², K. BA-FALL², A. NDIAYE², A. NIANG², M. RIQUE²,
B. CHEVALIER², P.S. MBAYE², J.M. DEBONNE³

1 - Service des Maladies Infectieuses, Hôpitaux Universitaires, Strasbourg, France

2 - Services médicaux, Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

Courriel : n.lefebvre@wanadoo.fr ou nicolas.lefebvre@chru-strasbourg.fr

Une leucopénie avec neutropénie et hyperlymphocytose relative est décrite lors de la FT. Cependant les études cliniques comportent rarement l'hémogramme complet. Nous avons donc cherché à décrire la formule sanguine complète au cours de la FT. Une étude rétrospective des cas de FT non compliqués initialement, a été menée à l'Hôpital Principal de Dakar. Les cas étaient définis par une hémoculture et/ou une coproculture positive pour *S. typhi*, enregistrés au laboratoire de bactériologie de 1995 à 2002. L'hémogramme de l'admission était confronté aux données cliniques. Soixante dix patients étaient inclus, d'âge médian 15 ans, de sexe ratio H/F 1,4. Les éléments cliniques observés étaient : fièvre (97 %), vomissements (71 %), douleurs abdominales (54 %), céphalées (50 %), diarrhée (49 %), pouls dissocié (31 %). Les complications étaient : hépatite (n=14), cholécystite (n=3), hémorragies digestives (n=2), péritonite (n=1), appendicite (n=1), localisation multiviscérale (n=1), décès (n=1). Pour 72 % des patients, les leucocytes étaient compris entre 4000 et 10000/mm³. Ceux qui ont eu une complication avaient un nombre moyen de 7800 ± 4600/mm³, plus élevé que pour les formes simples 6400 ± 2900/mm³ (p<0,05). La formule sanguine complète était disponible pour 49 patients : 79,6 % avaient des polynucléaires neutrophiles (PNN) entre 1500 et 7000/mm³, avec un taux de lymphocytes normal (46,2 %) ou bas (51,3 %). Les lymphocytes étaient inférieurs à 1500/mm³ pour 51 % sans relation avec l'âge, la survenue d'une complication ou le nombre de PNN. On notait une anémie (<10 g/dl) pour 47,9 %, une thrombopénie (<150 000/mm³) pour 42,7 % sans relation avec l'âge ou les complications. La numération leucocytaire est souvent normale lors de la FT, la neutropénie rare, la lymphopénie, l'anémie et la thrombopénie fréquentes. L'hyperleucocytose est plus fréquente dans les formes qui se compliquent ■

CA 71

DÉPLOIEMENT D'UN MODULE DE PCR EN TEMPS RÉEL SUR LE TERRAIN EN ZONE TROPICALE EXPÉRIENCE BIOTOX DJIBOUTI 2006

J. MASLIN¹, K. AHMED¹, E. SENNAVOINE¹, S. GIDENNE¹, M. GRANDADAM², S. FORCET³, D. VIDAL³

1 - Laboratoire de biologie Clinique, GMC BOUFFARD, Djibouti

2 - Unité de virologie tropicale, IMTSSA, Marseille

3 - Département de biologie des agents transmissibles, CRSSA, Grenoble

Courriel : maslin_j@yahoo.com

Àu début de l'année 2006, une unité de Biologie Moléculaire a été développée au sein du Laboratoire de Biologie Médicale du GMC Bouffard à Djibouti. Parmi les matériels déployés, un automate Light-Cycler (Roche diagnostics) permet la réalisation de PCR en temps réel. Son utilisation est justifiée par la nécessité de mettre en œuvre un test diagnostique rapide face au risque d'agression par un agent B dans cette région de la Corne d'Afrique (partenariat avec le CRSSA). Il permet aussi de faire face au risque naturel par le développement de procédures pour les arboviroses (Dengue, West Nile, Chikungunya, en partenariat avec l'IMTSSA) et pour le virus grippal H5N1 (en partenariat avec l'HIA Val de Grâce). Après validation des procédures de diagnostic (fournies par le CRSSA) au Laboratoire, le module de détection a été déployé sur le terrain, dans la région de Damerjog (terrain sablonneux, température : 40°C, humidité > 70 %). L'ensemble des étapes analytiques (extraction, mélange réactionnel, amplification, analyse des courbes) a été effectué pour *B. anthracis*, *Y. pestis*, variole et autres poxvirus. La méthode utilisée est celle des sondes TaqMan, et fait appel à des témoins positifs plasmidiques et des contrôles négatifs. Ce premier déploiement d'un module complet de PCR en temps réel sur le terrain en zone tropicale, a permis d'évaluer sa praticabilité et son ergonomie, ainsi que sa fiabilité en conditions climatiques extrêmes. Les résultats, validés par les contrôles, sont conformes à ceux attendus avec des différences minimales dans le déroulement des phases d'amplifications. Les résultats du CT (cycle seuil), des intensités de fluorescence, et du déroulement du self-test (contrôle interne appareil) ont pu être comparés avec les données obtenues au laboratoire. Cette première expérience a permis de proposer de nombreuses améliorations pratiques dont l'apport sera évalué lors de prochains déploiements ■

CA 72

UNE ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE INHABITUELLE DANS LA RÉGION DE LA CORDILLÈRE, PHILIPPINES

E. BERTHERAT, E. GARNOTEL, S. DEEKS, S. LYONS, M. NINAL, C. ROCES, P. NICOLAS

EPR/CDS, OMS, Geneve, Suisse

Courriel : bertherate@who.int

L'importance de l'infection à méningocoque aux Philippines n'est pas bien comprise. Il semble que les formes méningococcémiques soient plus fréquentes dans ce pays que partout ailleurs dans le monde, plusieurs épidémies de ce type ayant été décrites dans le passé. Entre le 1^{er} septembre 2004 et le 31 janvier 2005, un total de 104 cas d'infections à méningocoque a été rapporté dans la région administrative de la Cordillère au nord de l'île de Luzon. Le taux d'attaque a été de 1,1 pour 10 000 habitants. Le taux de létalité a atteint 31 pour 100. L'analyse bactériologique et biomoléculaire des agents pathogènes isolés à partir des prélèvements cliniques a montré que l'épidémie était due à un même clone de *Neisseria meningitidis* séro groupe A, appartenant au complexe ST-5. Les cas étaient disséminés. Les enfants de moins d'un an ont connu le taux d'attaque le plus élevé mais tous les groupes d'âge ont été touchés. La présentation clinique était inhabituelle, 57 % des cas ont présenté une forme méningococcémique avec un taux de létalité de 50 pour 100. La moitié des cas sont survenus à Baguio, une ville de 280 000 habitants, principale zone urbaine de la région. L'épidémie et la panique qui s'en est suivie, ont eu un réel impact sur l'économie. La pression politique et médiatique a contribué à la mise en œuvre de mesures de contrôle inappropriées, qui ont dû être corrigées par la suite. En l'absence d'identification d'une population à haut risque d'infection, l'option d'une campagne de vaccination a été écartée. Information de la population, diagnostic et traitement précoces, associés au suivi des contacts avec vaccination au cas par cas et chimioprophylaxie, ont contribué au contrôle de l'épidémie. L'enquête épidémiologique n'a pas permis d'identifier de facteurs de risque pour le développement de la forme grave de la maladie. La proportion très élevée de méningococcémies au cours de cette épidémie pourrait s'expliquer par l'action d'une souche de *N. meningitidis* spécialement virulente ou par une sensibilité particulière de la population de cette région ■

CA 73

EFFICACITÉ ET TOLÉRANCE COMPARÉES DE L'ASSOCIATION DOXYCYCLINE-CHLOROQUINE VS DOXYCYCLINE EN CHIMIOPROPHYLAXIE DU PALUDISME

R. MICHEL, S. BARDOT, J-P. BOUTIN, P. CLAIR, J-E. TOUZE

Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille, France

Courriel : imtssa.ure@wanadoo.fr; r.michel@free.fr

L'efficacité de la chimioprophylaxie du paludisme chez les militaires séjournant en zone de transmission du paludisme est un facteur essentiel de disponibilité opérationnelle. La résistance croissante aux différentes molécules antipaludiques utilisées amène à rechercher de nouvelles associations. Le Service de santé des armées (SSA) dispose de possibilités limitées en raison de nombreuses zones de résistance à la gélule antipaludique du SSA (chloroquine-proguanil), de l'existence d'effets secondaires essentiellement neuro-psychiatriques liés à la prise de méfloquine et d'une demi-vie brève de la doxycycline limitant son efficacité. Le coût élevé et l'utilisation limitée à trois mois de l'association atovaquone-proguanil et l'absence de perspective de commercialisation à court terme de la tafénoquine limitent les alternatives chimioprophylactiques. Toutefois, l'apparition en Afrique subsaharienne d'une élévation du niveau de la sensibilité à la chloroquine de *Plasmodium falciparum*, qui s'explique en partie par une baisse de la pression de sélection médicamenteuse vis à vis de cette molécule, ouvre des perspectives. En outre, la bonne tolérance et la longue demi-vie de la chloroquine sont des arguments pour l'associer à la doxycycline, principale molécule utilisée dans les armées en chimioprophylaxie du paludisme. Entre août 2004 et mars 2006, le SSA a réalisé un essai clinique randomisé en double aveugle ayant pour objectif de comparer l'efficacité et la tolérance de cette association doxycycline-chloroquine *versus* doxycycline-placebo en prophylaxie du paludisme. Au total, plus de 1 000 volontaires ont été inclus dans cet essai clinique et suivis jusqu'à un mois suivant leur retour d'une mission de 4 mois en Côte d'Ivoire ou au Gabon. Les données sur l'observance et la tolérance à la chimioprophylaxie ont été recueillies de façon hebdomadaire. L'efficacité des deux schémas prophylactiques a été comparée sur la survenue d'un paludisme clinique. Une analyse statistique intermédiaire faite sur les 300 premiers sujets inclus n'a pas mis en évidence de différence d'efficacité ni de tolérance de ces deux régimes prophylactiques. Les résultats de l'analyse statistique des données de cet essai clinique seront présentés par les auteurs. Cependant, même dans l'éventualité d'une efficacité et d'une tolérance comparables dans les deux groupes de l'essai clinique, l'adoption de cette nouvelle association en remplacement de la doxycycline seule permettrait sans doute de diminuer le risque d'apparition de souches plasmodiales résistantes ■

CA 74

DE NOUVEAUX SUPPORTS ÉDUCATIFS POUR LA PRÉVENTION DU PALUDISME DANS LES ARMÉES

R. MIGLIANI¹, R. MICHEL¹, L. OLLIVIER¹, B. QUEYRIAUX¹, V. RICHARD², P. MARTIN², A.M. GILLET¹, L. PATAIN¹, J.M. MOURILLE³, C. YVEN⁴, P. MAHÉ⁵, P. SAPIN⁵, C. MARTIN⁶, A. SPIEGEL⁷, J.P. BOUTIN¹

1 - IMTSSA, Marseille, France • 2 - DCSSA, Paris • 3 - 43^e BIMA, Côte d'Ivoire • 4 - 13^e BCA, Chambéry
5 - 3^e RPIMa Carcassonne • 6 - 6^e BIMA Libreville • 7 - Ecole du Val-de-Grâce, Paris

Courriel : rene.migliani@free.fr

Un dépliant d'information et quatre affiches pour la prévention du paludisme destinés aux armées ont été réalisés en 2004 et 2005. Les objectifs de ces outils éducatifs étaient d'améliorer le niveau de connaissances sur le paludisme, de renforcer l'application des mesures individuelles de protection et d'éviter le paludisme grave. Une évaluation de leur impact a été réalisée en 2005, à l'aide de questionnaires standardisés sur un échantillon de 172 militaires en court séjour en Afrique centrale, et s'est déroulée en 3 étapes : i) évaluation en milieu de séjour des connaissances sur le paludisme (8 questions) et de l'observance des mesures prophylactiques (vêtements couvrants la nuit, répulsifs cutanés, moustiquaire de lit et prophylaxie médicamenteuse), ii) mise en place des supports éducatifs et iii) évaluation en fin de séjour des connaissances, de l'observance et de la perception des supports éducatifs. Les participants étaient de sexe masculin et d'âge moyen égal à 26,4 ans (extrêmes 20 ans et 43 ans). Les supports éducatifs ont contribué à une augmentation significative du niveau de connaissances avec un score global (1 point par bonne réponse) lors de l'enquête avant mise en place des supports de 5,14 et lors de l'enquête de fin de séjour de 5,52 ($p < 10^{-4}$). Par contre le niveau d'observance des mesures de protection n'a pas été amélioré en fin de séjour avec un score global d'application des mesures de prévention (aucun point si la mesure n'avait jamais été appliquée et jusqu'à 4 points si elle avait été appliquée quotidiennement) lors de l'enquête initiale de 10,7 et de 9,5 de fin de séjour ($p < 10^{-6}$). Les militaires enquêtés ont déclaré en majorité (42 %) que ces supports éducatifs pouvaient être utiles et incitatifs pour prévenir le paludisme. Pour améliorer l'impact de ces supports, il convient de les utiliser de 2 manières : i) en appui des séances d'éducation sanitaire et ii) en campagne d'affichage avant départ (unité en métropole) ou à l'arrivée (unité en zone d'endémie) en plaçant les affiches dans des lieux de passage ciblés (infirmerie, lieux de restauration et de détente) puis en les enlevant afin de ne pas émettre leur intérêt lors d'autres départs et arrivées et pour les conserver en bon état. Ces supports doivent être disponibles auprès des établissements de ravitaillement. Au total, ces supports éducatifs sont des éléments d'information et d'appui pour les médecins, les infirmiers et les cadres de contact qui restent essentiels par leur action d'éducateurs pour espérer modifier les comportements à risque des militaires exposés au paludisme en mission et au retour ■

CA 75

INCIDENCE DU PALUDISME DANS LES FORCES ARMÉES ROYALES (FAR) EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC) DE 2001 À 2005

M. MRABET, A. LEMNOUER, M. OUAALINE

Laboratoire de Biologie Médicale, HMI Med V, Rabat Maroc

Courriel : mouaaline@yahoo.fr

Le contingent des FAR de la mission des Nations Unies au Congo (MONUC) déployé depuis 2001 en RDC, est composé de 800 militaires avec relève tous les 6 mois. Le site de déploiement expose ces personnels au paludisme à *Plasmodium falciparum*. La prophylaxie individuelle associe l'utilisation de moustiquaire, d'insectifuges et d'une chimioprophylaxie. Au début, cette dernière était à base de l'association chloroquine-pyguanil (savarine®), puis à partir de 2003 de méfloquine (lariam®). La prophylaxie collective repose sur l'aménagement de l'environnement, l'utilisation d'insecticides à base de malathion. Le but de ce travail est de mesurer l'incidence annuelle du paludisme au sein de ce contingent et d'évaluer la prophylaxie préconisée. Il s'agit d'une étude rétrospective, dont les données sont issues des rapports mensuels d'activité des médecins du contingent et des registres du laboratoire de l'hôpital niveau II de Bunia. La densité d'incidence globale annuelle du paludisme était 3,7 pour 100 personnes-année. Le nombre total de cas de paludisme enregistré sur les 5 années est de 1 507, dont 70 % à *P. falciparum*, 18 % à *P. ovale*, 6 % à *P. malariae*, 1,7 % *P. spp.* Le nombre de cas annuels de paludisme déclarés s'est accru entre 2001 et 2002 avec un nombre total annuel de 372 en 2001 et 919 en 2002 avec des densités d'incidences respectives de 1,13 pour 100 personnes-mois et 2,3 pour 100 personnes-mois. A partir de 2003, ce nombre a diminué d'une façon très significative. Il a atteint une densité d'incidence de 0,2 pour 100 personnes-mois (n=108) en 2003, une densité d'incidence est de 0,1 pour 100 personnes-mois (n=68) en 2004, et une densité d'incidence 0,06 pour 100 personnes-mois (n=40) en 2005. Cette diminution d'incidence était la conséquence de deux facteurs. Le premier étant le remplacement de la savarine® qui était mal adaptée à cette zone, par la méfloquine. Le deuxième facteur était le changement du site de déploiement du contingent, de Kisingani à Bunia située au nord-est du pays à 1 200 m d'altitude où le climat est moins chaud et la température de la nuit descend au dessous de 15°C pendant la saison des pluies, ce qui réduit l'agressivité du moustique et par conséquent le nombre des piqûres infestantes. Malgré la faible densité d'incidence du paludisme enregistrée ces deux dernières années, il faut rester vigilant vis-à-vis de l'utilisation de la méfloquine en prophylaxie pendant 6 mois, et renforcer la surveillance épidémiologique par l'étude de la chimiorésistance ■

CA 76

INVESTIGATION ENTOMO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE AUTOUR DES CAS D'INFECTION À VIRUS CHIKUNGUNYA IMPORTÉS EN GUYANE, REPRÉSENTANT LES DEUX PREMIERS CAS EN AMÉRIQUE DU SUD

J-B. MEYNARD, J. ROSINE, E. DAUDENS, S. LANGEVIN, S. MATHEUS, C. VENTURIN, G. THALMENS, C. ROTHON, A. HERVÉ, V. PEZIN, C. TONNER, V. ARDILLON, P. DUSSART, P. RABARISON, F. MANSOTTE, F. RAVACHOL, P. CHAUD, J. MORVAN, P. QUÉNEL

*Institut Pasteur de la Guyane, Unité d'Epidémiologie, Cayenne, Guyane
Courriel : jbmeynard@pasteur-cayenne.fr*

Entre le 14 et le 16 mars 2006, le Centre National de Référence des Arbovirus de l'Institut Pasteur de la Guyane a confirmé l'infection par le virus Chikungunya chez deux soeurs de retour depuis le 7 mars 2006 d'un séjour à Madagascar. Une patiente a présenté les premiers signes cliniques le 3 mars alors qu'elle était encore à Madagascar, la seconde le 7 mars dans l'avion entre Paris et Cayenne. Les deux sœurs sont arrivées en Guyane en phase de virémie. Elles ont été signalées aux autorités sanitaires le 8 mars 2006, l'une par son médecin traitant, l'autre par le service réalisant son hospitalisation. Elles ont été placées en isolement, l'une à domicile, l'autre sous moustiquaire à l'hôpital. Le service départemental de désinfection a immédiatement réalisé des opérations de décontamination au niveau des habitations de ces deux sœurs. Des investigations entomo-épidémiologiques ont été menées les 22 et 23 mars 2006 aux alentours des lieux d'habitation des deux patientes, soit 16 jours après l'arrivée en Guyane. Ce délai est le temps minimal nécessaire pour voir survenir des cas secondaires. Il est effectivement admis que le cycle extrinsèque du virus chez le moustique est de 10 jours et le temps d'incubation du virus chez l'être humain est de l'ordre de 5 à 7 jours. Ces investigations avaient pour objectifs de détecter des cas secondaires autochtones consécutifs à ces deux cas primaires et de s'assurer que les mesures de décontamination avaient été mises en œuvre sur toute la zone entourant les habitations (sur un rayon de 200 mètres). Ces premières investigations ont permis de montrer que ces deux premiers cas importés n'ont pas été à l'origine de cas secondaires autochtones. Elles ont aussi permis de constater qu'il existe de nombreux échanges entre la Guyane et certaines îles de l'Océan Indien (Réunion, Madagascar). Plusieurs personnes des communautés concernées ont signalé le passage fréquent et pour des raisons économiques par le Suriname pour les échanges avec l'Océan Indien. Des mesures spécifiques de contrôle au niveau des aéroports ont pu être mises en place avec les autorités surinamiennes, ainsi que des actions ciblées au niveau des communautés. Par ailleurs, les médecins ont été sensibilisés sur le risque d'émergence du virus Chikungunya en Guyane et il leur a été demandé de déclarer aux autorités sanitaires locales tous les patients fébriles présentant un syndrome algique, des sérologies Chikungunya et dengue devant être demandées pour tous ces patients ■
