



## Chancres, chancrelle et origine de la pandémie d'infections par le VIH

L'origine du VIH a longtemps été un sujet de débats habités par la passion. Il est aujourd'hui admis qu'il s'agissait au départ de virus simiens africains qui ont été transmis à l'homme de façon accidentelle, notamment lors de contacts avec la « viande de brousse » puis qui se sont adaptés à leur nouvel hôte. Cette adaptation a vraisemblablement nécessité plusieurs étapes et un grand nombre de transmissions interhumaines avant d'aboutir au phénomène épidémique qui s'est manifesté dans la seconde moitié du vingtième siècle. De nombreuses théories et hypothèses ont déjà tenté d'identifier les facteurs ayant favorisé cette intensification de la transmission interhumaine qui aurait permis l'adaptation du virus. On a ainsi pu évoquer l'utilisation -qui était la règle dans la première moitié du vingtième siècle- de matériel à injection réutilisable par les services de soins, les déplacements et rassemblements de population, conséquences de l'accroissement des villes de la

période coloniale qui auraient favorisé les contacts, voire les grandes campagnes de vaccination et notamment celles contre la poliomyélite. JD de Souza *et al.* (*PLoS ONE* 2010 ; 5 : e9936) ont voulu quant à eux étudier l'hypothèse du rôle des ulcères génitaux comme facteur favorisant la transmission. Les auteurs rappellent que la présence d'un ulcère génital augmente de façon considérable le risque de transmission du VIH lorsqu'il est présent, risque allant jusqu'à 43% dans le sens femme-homme lorsque le sujet réceptif n'est pas circoncis. Ce travail complexe a mis en œuvre à la fois des études phylogéniques pour tenter de préciser les dates d'apparition des premiers « ancêtres » VIH chez l'homme, un travail de recherche historique dans les archives coloniales pour évaluer l'incidence des ulcères génitaux dans les grandes villes africaines au début du vingtième siècle et enfin des simulations basées sur des modèles mathématiques. La diffusion des premiers virus se

serait faite à Kinshasa (Léopoldville) pour le VIH1 groupe M entre 1920 et 1930, à Douala pour le VIH1 groupe O et à Abidjan dans les années 60 pour le VIH2. On constate parallèlement une incidence très élevée d'ulcères génitaux, principalement chancre syphilitique et chancre mou à Kinshasa (près de 5%) et Douala dans les années 30. L'organisation des systèmes de santé et l'apparition de la pénicilline a ensuite fait baisser ces chiffres de façon significative. Sans récuser d'autres facteurs favorisant, cette étude apporte un éclairage nouveau sur une cause très probable de diffusion du virus et ses auteurs saisissent l'occasion de rappeler l'importance que garde la lutte contre les infections sexuellement transmissibles d'une manière générale ainsi que le rôle important que conservent les ulcères génitaux comme facteur favorisant la transmission sexuelle du VIH. ●

Morillon M

## Méningite à éosinophiles : prednisolone ou albendazole

L'étiologie la plus fréquente de méningite à éosinophiles est l'infestation par un nématode du rat, *Angiostrongylus cantonensis*, se manifestant par des céphalées d'intensité variable. Il n'y a pas de traitement spécifique. Des ponctions lombaires répétées peuvent soulager le patient, ainsi qu'une cure de prednisolone pendant 15 jours, associée à l'albendazole. Une étude a été effectuée chez 104 patients adultes (âgés de plus de 15 ans), admis pour méningite à éosinophiles (plus de 10% de polynucléaires éosinophiles dans le LCR), dans les départements de médecine du Srinagarind Hospital de Khon Kaen et du Loei Hospital (Thaïlande). Les patients ont reçu pendant 2 semaines soit la prednisolone seule (60 mg/j) (51 patients âgés en moyenne de 32 ans), soit la prednisolone associée à l'albendazole (15 mg/kg/j) (53 patients âgés en moyenne de 34 ans). Avant trai-

tement, avait été effectué un bilan biologique du sang et du LCR ainsi qu'un sérodiagnostic d'*Angiostrongylus* par immunoblot. Durant le traitement, un anti-inflammatoire était ajouté en cas de céphalées persistantes ainsi que des ponctions lombaires répétées si besoin. Les patients étaient examinés chaque jour pendant les deux semaines de traitement, puis chaque quinzaine jusqu'à la guérison complète. Les patients avaient consommé des escargots crus ou peu cuits ou des crevettes d'eau douce (V. Chotmongkol *et al.*, *Am J Trop Med Hyg* 2009 ; 81 : 443-5). Les patients avaient un engourdissement ou une hyperesthésie du thorax, de la figure ou des membres. Les patients ont constaté une complète disparition des céphalées dans 88,7% sous traitement combiné et dans 88,2% sous prednisolone seule, dont 11% en une semaine et 9% en une quinzaine de jours.

Aucun effet secondaire des médicaments n'a été rapporté. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes concernant l'efficacité et la rapidité du traitement. Les larves de quatrième et de cinquième stade d'*Angiostrongylus* situées dans le tissu cérébral provoquent la formation d'une réaction granulomateuse autour des larves mortes. Parmi les réactions sérologiques, un antigène spécifique 29 KD, extrait des jeunes parasites adultes femelles, a une sensibilité de 55% et une spécificité de 99,4%. Le traitement par prednisolone ayant entraîné une disparition des céphalées dans un délai moyen de 5 jours, ce traitement doit être choisi dans le traitement de l'angiostrongylose, sans nécessité d'un traitement complémentaire par l'albendazole. ●

Bourée P