

LE PALUDISME D'IMPORTATION A SFAX (TUNISIE)

En Tunisie, les campagnes d'éradication du paludisme fondées en 1903 par Charles Nicole ont abouti à une régression remarquable de l'endémie palustre. Ce n'est qu'après la réalisation d'un long programme national d'éradication, entrepris avec l'appui de l'O.M.S., que cette parasitose a pu être réellement maîtrisée (1). Le dernier cas réellement autochtone à Sfax date de 1973 (2). Cependant, on se trouve actuellement confronté, particulièrement dans les grandes villes du pays, au paludisme d'importation. L'intérêt de cette note est d'attirer l'attention sur ce nouvel aspect épidémiologique de cette parasitose dans notre région.

De 1978 à 1998, 61 cas de paludisme ont été recensés à Sfax, avec une nette augmentation ces dix dernières années, de 1988 à 1998 (53 cas). Les tunisiens représentaient seulement 16,4 p. 100 de tous les cas dépistés; 82 p. 100 des cas étaient originaires d'Afrique; 78 p. 100 étaient des étudiants. La tranche d'âge la plus touchée correspondait aux 20 à 27 ans, avec une prédominance masculine (80,3 p. 100). Globalement, 98,3 p. 100 des cas avaient été contractés en Afrique. Les pays à l'origine des infections étaient le Niger (20 cas), la Mauritanie (6 cas), la Côte d'Ivoire (6 cas), le Sénégal (4 cas), le Mali (5 cas), le Togo (4 cas), le Burkina Faso (1 cas), la Guinée (1 cas), le Bénin (1 cas), le Cameroun (1 cas), le Gabon (1 cas), le Soudan (2 cas), le Kenya (1 cas), le Rwanda (1 cas), les îles Comores (3 cas), le Maroc (1 cas), l'Algérie (1 cas), la Libye (1 cas), l'Oman (1 cas). *Plasmodium falciparum* était responsable du plus grand nombre de cas (85,2 p. 100) avec présence de gamétoocytes dans 42,3 p. 100, suivi de *Plasmodium ovale* (8,1 p. 100) et de *Plasmodium vivax* (6,5 p. 100). La voie d'entrée à Sfax des sujets infestés était essentiellement aérienne (81 p. 100), mais aussi terrestre (7,6 p. 100) et maritime (1 cas).

Cette progression des cas de paludisme d'importation dans cette région d'Afrique du nord s'explique par l'intensification des échanges d'étudiants, des activités commerciales et professionnelles. En effet, la majorité des cas sont des étudiants. Etant donné les difficultés d'inscription dans les universités européennes, ceux-ci trouvent en Tunisie un terrain d'accueil pour les études supérieures. La Tunisie compte annuellement environ 2 500 étudiants étrangers dont 28 p. 100 sont originaires d'Afrique subsaharienne (3). Ils constituent pour le système de dépistage, la population cible la plus correctement contrôlée par le service de médecine scolaire. Le tourisme, grand pourvoyeur de cas dans de nombreux pays occidentaux (4, 5), est plus rarement retrouvé à l'origine de paludisme d'importation dans notre région. La route trans-saharienne, reliant la Tunisie par sa région sud-ouest à un certain nombre de pays africains, explique que l'Afrique de l'ouest et en particulier le Niger, la Mauritanie et la Côte d'Ivoire, soit la zone de contamination la plus fréquente et puisse également favoriser l'implantation d'espèces non autochtones d'anophèles. Par ailleurs, la relative importance des porteurs de gamétoocytes constitue un risque non négligeable pour une éventuelle reprise de l'évolutivité paludéenne, d'autant plus que l'anophèle vecteur est encore retrouvé dans plusieurs secteurs de Sfax ce qui illustre les

difficultés de cette phase d'entretien. Cette situation doit relancer une activité de surveillance entomologique et épidémiologique pour éviter une éventuelle réémergence paludéenne encore possible.

A. AYADI, F. MAKNI, H. SELLAMI, F. CHEIKH-ROUHOU,
S. BEN HAMED

• Travail du Laboratoire de Parasitologie-Mycologie (A.A., Professeur Agrégé, Chef de Service; M.F., Assistante; S.H., C.H., Docteurs en Médecine) et du Service des Maladies Infectieuses (B.S., Professeur, Chef de Service) du Centre Hospitalier Universitaire Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

• Correspondance : A. AYADI, Service de Parasitologie-Mycologie, Faculté de Médecine, Sfax, Tunisie • Fax : 00 216 04 24 62 17 • e-mail : ali.ayadi@rns.tn •

- 1 - CHEDLI A., KENNOU M. F., KOOLI J. - Le paludisme en Tunisie : historique et état actuel. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 1985; **78** : 844-851.
- 2 - AYADIA A., BEN HAMED S., CHAHED K., ZRIBI M. - Historique et état actuel du paludisme à Sfax. *Bull. Soc. Fr. Parasitol.* 1993; **11** : 195-200.
- 3 - BOURATBINBE A., CHAHED M.K., AOUN K. et Coll. - Le paludisme d'importation en Tunisie. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 1998; **91** : 203-207.
- 4 - APITZSCH L., RASCH G., KIEHL W. - Le paludisme d'importation en Allemagne en 1996. *Eurosurveillance* 1998; **3** : 35-36.
- 5 - SABATINELLI G., MAJORI G. - Surveillance du paludisme en Italie : analyse des données de 1986 à 1996 et données provisoires de 1997. *Eurosurveillance* 1998; **3** : 38-40.

MANIFESTATIONS UROGENITALES DE L'INFECTION PAR LE VIH EN MILIEU SENEGALAIS : A PROPOS DE 10 CAS

Les manifestations urogénitales associées à l'infection par le VIH incluent des tumeurs, des infections notamment prostatiques et des troubles mictionnels (1). Cependant, ces différents aspects cliniques, bien que connus, ont été peu décrits, encore moins dans les pays tropicaux. L'objectif de cette étude est de rapporter les manifestations urogénitales observées au cours de l'infection par le VIH en milieu urologique sénégalais.

Il s'agit d'un travail rétrospectif portant sur 10 cas colligés en cinq ans dans le Service d'Urologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar. Le sérodiagnostic de l'infection à VIH a été réalisé par le test ELISA et la confirmation a été obtenue par la technique de western-blot. Le stade clinique des malades a été déterminé selon la classification CDC 93. Les observations sont résumées dans le tableau I.

Les infections urogénitales associées à l'infection par le VIH sont graves, souvent suppuratives et d'évolution torpide. Selon Benson et Coll., outre les germes communs de l'infection urinaire, peuvent être retrouvés des germes tout à fait inhabituels tels que les salmonelles ou les cytomégalo-virus (2). L'infection du haut appareil urinaire prend souvent la forme d'abcès rénaux comme chez le patient 10 ou périrénaux extensifs d'évolution traînante et cachectisante. La prostatite aiguë est fréquemment retrouvée chez les personnes séropositives pour le VIH. Lepout et Coll., sur une série de 210 patients, ont retrouvé 8 p. 100 de prostatite

Tableau I - Principales caractéristiques de 10 observations de manifestations urogénitales chez des sujets séropositifs vis-à-vis du VIH à Dakar, Sénégal.

N°	Age	Sexe	Type VIH	Clinique	CDC 93
1	79	M	VIH 2	Dysurie/Sténose urétrale	C
2	52	M	VIH 2	Dysurie/Hématurie	C
3	37	M	VIH 1	Dysurie/Abcès scrotal	C
4	48	M	VIH 2	Hématurie	C
5	35	M	VIH 2	Prostatite aiguë	C
6	45	M	VIH 2	Phlegmon pénoscrotal	C
7	42	M	VIH 2	Phlegmon pénoscrotal	C
8	31	M	VIH 1	Dysurie	C
9	50	M	VIH 1	Hématurie	C
10	29	F	VIH 1	Abcès rénal à <i>Citrobacter</i>	C

aiguë (3). Dans le cas de l'observation 5, une souche de streptocoque a été isolée. Il s'agissait par ailleurs d'un patient qui avait des antécédents de MST et présentait une péri-urétrite chronique. Nous n'avons pas observé de prostatite à cryptocoques.

La relation entre infection à VIH et l'hématurie a fait l'objet de plusieurs études. Kaplan et Coll., l'ont retrouvé dans 18 p. 100 des cas (4), tandis que Miles, sur une série de 120 patients vivant avec le VIH, ont noté une hématurie dans 26 p. 100 des cas (5). Bien que fréquemment rapportée, la pathogénie de l'hématurie en milieu tropical est difficile à préciser eu égard à la grande fréquence des autres causes d'hématurie notamment la bilharziose, comme ce fut le cas pour l'observation 2.

Les troubles vésicosphinctériens, parfois révélateurs, peuvent être simplement liés à un rétrécissement urétral fréquent en milieu tropical ou à un obstacle cervicoprostatique chez les hommes âgés. En revanche, Hermieu et Coll. pensent qu'ils peuvent être liés à l'atteinte du système nerveux central et s'intégrer dans un tableau neurologique plus général (1).

Ainsi, les manifestations urogénitales associées à l'infection par le VIH sont polymorphes mais ne sont pas spécifiques. Des études sur des séries plus importantes permettront de mieux décrire les différents aspects cliniques et de préciser la responsabilité du VIH.

S.M. GUEYE, P.A. FALL, A.K. NDOYE, C. SYLLA, M. BA, A. MENSAH

• Travail de la Clinique Urologique (S.M.G., C.S., M.B., Maîtres de Conférences Agrégés; P.A.F., Chef de Clinique Assistant; K.A.N., Maître-Assistant; A.M., Professeur Titulaire, Chef de Service), Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal.

• Correspondance : S.M. GUEYE, BP 6039 Dakar, Sénégal • Fax : 00 221 821 64 42 • e-mail : smgueye@metissacana.sn •

1 - HERMIEU J.F., DELMAS V., BOCCON-GIBOD L. - Micturition disturbances and human immunodeficiency virus infection. *J. Urol.* 1996; **156** : 157-159.

2 - BENSON M.C., KAPLAN M.S., O'TOOLE K., ROMAGNOLI M. - A report of *Cytomegalovirus* cystitis and a review of other genito-urinary manifestations of the acquired immune deficiency syndrome. *J. Urol.* 1988; **140** : 153-154.

3 - LEPORT C., ROUSSEAU F., PERRONNE C. et Coll. - Bacterial prostatitis in patients infected with the human immunodeficiency virus. *J. Urol.* 1989; **141** : 334-336.

4 - KAPLAN M.S., BENSON M.C., WECHSLER M. - Urological manifestations of AIDS. *Urology* 1987; **30** : 441-443.

5 - MILES B.J., MELSER R.M., FARAH R. et Coll. - The urological manifestations of acquired immunodeficiency syndrome. *J. Urol.* 1989; **142** : 771-773.

LIMNATIS NILOTICA,

C AUSE D'ANEMIE SEVERE CHEZ UN NOURRISSON

Les sangsues sont des vers hermaphrodites appartenant à l'embranchement des annélidés qui comprennent plusieurs espèces de taille, de morphologie et de biologie extrêmement variées. *Limnatis nilotica* est connue comme sangsue parasitant les voies respiratoires des animaux herbivores, des chiens et accidentellement de l'homme (1). L'intérêt de cette note est non seulement de rapporter la première observation tunisienne mais aussi d'insister sur le contexte particulier d'un parasitisme observé chez un nourrisson chez lequel une sangsue a entraîné une importante déglobulisation.

R.K., âgé de 14 mois, originaire de Jelma (Sidi Bouzid) au centre du pays, a consulté dans le Service de Pédiatrie de Sfax pour épistaxis et hématomèse de moyenne abondance, évoluant depuis 10 jours, sans autres signes d'accompagnement. L'examen physique a montré une pâleur cutanéomuqueuse sans hépatosplénomégalie ni fièvre. La numération formule sanguine a découvert une anémie sévère à 6,1 g/dL d'hémoglobine, de type hypochrome microcytaire, nécessitant la transfusion de 2 culots globulaires. L'examen des fosses nasales a mis en évidence la présence d'une masse longue, brunâtre, très mobile et contractile, qui a été extraite relativement facilement à la pince. Ce ver de 10 cm de long et 0,5 cm de large, était formé d'une succession d'anneaux et muni de 2 ventouses dont la postérieure était plus large que l'antérieure, avec latéralement de chaque côté du ver une bande orangée. Ces caractéristiques morphologiques reconnaissent l'espèce *Limnatis nilotica* (Fig. 1). La reprise de l'interrogatoire des parents a trouvé la notion de consommation d'eau d'une citerne découverte dans les champs où la mère avait l'habitude d'emmener son fils. L'évolution a été marquée par l'arrêt de l'épistaxis et de l'hématomèse et l'ascension des taux d'hémoglobine à 8 g/dL puis à 11 g/dL au bout d'une semaine.

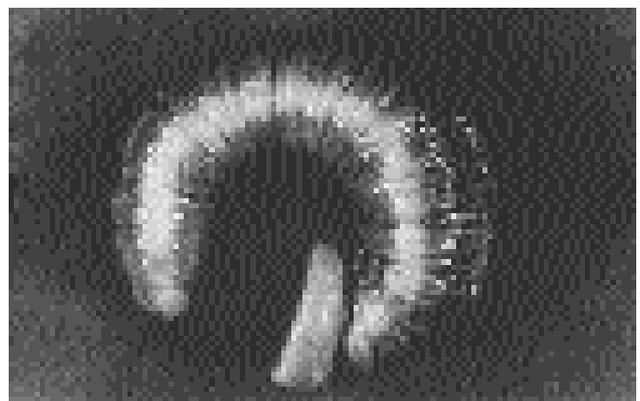


Figure 1 - *Limnatis nilotica*.

Les sangsues sont des parasites hématophages, aquatiques ou terrestres. Elles ont fait l'objet autre fois et même actuellement d'un élevage intensif en raison de leur usage médical (1, 2). Les sangsues aquatiques sont les plus répandues, essentiellement *Limnatis nilotica* qui vit dans les sources, les mares, les citernes de toute l'Afrique du nord (1). Avalée avec l'eau de boisson, elle se fixe habituellement dans le pharynx, sur les amygdales, les cordes vocales, la cavité nasale ou buccale et même oculaire. Parfois, à la suite d'une baignade, certaines peuvent attaquer les muqueuses vulvovaginale et uréthrale. Elles sécrètent des substances anticoagulantes provoquant des saignements au niveau du site d'adhérence (3, 4) pouvant même entraîner une anémie sévère. Certains auteurs ont isolé de la salive de certaines sangsues des inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire tel que l'inhibiteur du PAF, une collagénase et l'adénosine triphosphatase diphosphohydrolase (5). Cette observation a le mérite d'attirer l'attention sur ce type de pathologie souvent méconnue et non signalée, survenant essentiellement en milieu rural. L'approvisionnement en eau potable pose encore des problèmes dans plusieurs zones de Tunisie ce qui oblige les gens à se désaltérer imprudemment avec ainsi un risque de se contaminer. Les impressionnantes manifestations cliniques que nous avons observées, en particulier cette spoliation sanguine aiguë, ont été rapidement jugulées par l'extraction de cette sangsue et la transfusion de deux culots globulaires entraînant une amélioration clinique spectaculaire. Il est plus facile de détacher la sangsue quand elle est gorgée de sang car, à jeun, ses mâchoires tiennent fortement la muqueuse. Il est évident que la sensibilisation des populations exposées au risque de contamination à partir des sources hydriques permettra d'éviter ce genre de situation clinique.

F. CHEIKH-ROUHO, M. BESBES, F. MAKNI, M. CHAABOUNI, A. AYADI

• Travail du Laboratoire de Parasitologie-Mycologie (C-R.D., M.B., Docteurs en Médecine ; F.M., Assistante ; A.A., Professeur Agrégé, Chef de Service) du Centre Hospitalier Universitaire Habib Bourguiba, et du Service de Pédiatrie (M.C., Assistant) du Centre Hospitalier Universitaire Hédi-Chaker, Sfax, Tunisie.

• Correspondance : A. AYADI, Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Faculté de Médecine, Sfax, Tunisie • Fax : 00 216 04 24 62 17 • e-mail : ali.ayadi@rns.tn •

1 - BRUMPT E. - Précis de Parasitologie, Volume II. Classe des Annélidés. Masson ed., Paris, 1978, 2138 p

2 - DE CHALAIN TM.- Exploring the use of the medicinal leech : a clinical risk-benefit analysis, *J. Reconstr. Microsurg.* 1996; **12** :165-172.

3 - MANSON-BAHR P.E.C., BELL D.R. - Leeches and leech infestation. Manson's tropical diseases. 19th edition, London 1987, 1557 p.

4 - ALCELIK T., CEKIC O., TOTAN Y. - Ocular leech infestation in a child. *Am. J. Ophthalmol.* 1997; **124** : 110-112.

5 - RIGBI M., OREVI M., ELDOR A. - Platelet aggregation and coagulation inhibitors in leech saliva and their roles in leech therapy. *Semin. Thromb. Hemost.* 1996; **22** : 273-278.

LES MALADIES TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES : LES LIMITES DU DIAGNOSTIC ANATOMOCLINIQUE EN AFRIQUE

Les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) forment un groupe hétérogène de lésions du trophoblaste associant les hyperplasies trophoblastiques pures pourvues de villosités placentaires (la môle hydatiforme complète (MHC), le syndrome triploïde (ST) ou môle partielle et la môle invasive), les tumeurs et pseudotumeurs trophoblastiques dépourvues de villosités (le choriocarcinome gestationnel (CCG), la tumeur trophoblastique du site placentaire, le nodule trophoblastique du site d'implantation et la tumeur trophoblastique épithélioïde récemment décrite) (1-3). Leur fréquence est difficilement appréciable en raison de l'hétérogénéité des lésions rapportées dans la littérature (3) ; cependant, quelques études réalisées sur des grandes séries de produits ovulaires du premier trimestre de la grossesse, estiment la fréquence de survenue de la grossesse molaire à 1 cas sur 300 à 1 000 grossesses, avec environ 5 à 10 p. 100 de cas de maladie trophoblastique persistante, caractérisée par une élévation croissante du taux sanguin de la sous-unité β de la gonadotrophine chorionique humaine (β HCG) après évacuation de la cavité endo-utérine. Moins de 1 p. 100 des cas évolue vers un carcinome trophoblastique (3, 4). La présentation clinique et les données morphologiques couplées au dosage des β HCG facilitent le diagnostic ; dans certains cas, il peut être difficile et le recours aux techniques d'immunohistochimie, de cytogénétique et/ou de biologie moléculaire apporte une aide précieuse (5, 6). En Afrique subsaharienne, ces ressources complémentaires n'existent pas ; même le simple dosage de β HCG peut manquer. Ainsi, le diagnostic des différentes entités lésionnelles, l'épidémiologie, l'adaptation thérapeutique et le suivi des patientes sont souvent assortis de difficultés (4).

Nous avons revu une série hospitalière de 1 875 prélèvements ovulaires, examinés sur une période de 7 ans, de 1986 à 1992, à Brazzaville, Congo, parmi lesquels 59 cas, soit 3,15 p. 100, ont été initialement diagnostiqués comme MTG. Le tableau I résume le diagnostic microscopique avant et après relecture des coupes histologiques. La totalité de ces 59 cas ont été relus par l'un de nous en simple aveugle. Ces prélèvements comportaient 29 produits de curetage endo-utérin, 12 produits ovulaires d'expulsion spontanée, 9 produits d'aspiration endo-utérine, 8 pièces d'hystérectomie totale et 2 biopsies du col utérin. Tous les prélèvements avaient été fixés dans du formol tamponné à 10 p. 100 et inclus en paraffine. Les coupes histologiques de 5 à 6 μ m d'épaisseur, avaient été colorées à l'hémalum-éosine. Quelques cas avaient bénéficié d'une coloration spéciale par la réaction d'acide périodique de Schiff (PAS). Les techniques diagnostiques complémentaires telles que la cytométrie en flux, l'immunohistochimie ou la cytogénétique n'ont pas pu être réalisées.

La MHC était la variété histologique la plus fréquente avec 34 cas soit 57,6 p. 100, dont 1 invasive. L'âge gestationnel était situé entre 3 et 24 semaines d'aménorrhée (moyenne d'âge gestationnel : 14 semaines), chez des femmes âgées de 14 à 57 ans (moyenne d'âge : 27,5 ans), avec une prédilection pour la tranche d'âge de 20 à 29 ans (39,4 p. 100). Neuf cas, soit 16,1 p. 100, de ST ont été diagnostiqués le plus souvent au-delà du premier trimestre entre 22 et 35 semaines d'aménorrhée. Parmi les carcinomes trophoblastiques, le CCG était la tumeur la plus fréquente avec 8 cas soit 13,5 p. 100 avec 2 localisations cervicales. Les patientes étaient âgées de 25 à 56 ans

(moyenne d'âge : 40 ans). Le diagnostic de choriocarcinome avait été cliniquement évoqué dans 5 cas sur 8. Trois patientes avaient présenté 3 mois auparavant une môle hydatiforme complète non suivie. L'évolution a été rapidement défavorable pour tous les cas. L'unique tumeur trophoblastique du site placentaire a été diagnostiquée sur une pièce d'hystérectomie totale réalisée à la suite de la découverte échographique d'un nodule intramyométrial hypoéchogène mesurant 5 cm de grand axe, chez une fille âgée de 17 ans, primigeste et primipare, qui présentait des métrorragies en post-partum. Le dosage des prolans urinaires s'élevait à 2400 UI/mL (seuil de sensibilité normal inférieur à 300 UI/mL). Les suites évolutives avaient été simples.

Comme dans la littérature, les affections les plus fréquemment rencontrées sont successivement la MHC, le ST et le CCG (3-5). Le nombre d'ajustements diagnostiques après relecture est le reflet des difficultés rencontrées en pratique courante chez nous. Les problèmes les plus fréquents sont en rapport avec les môles. Dans l'ensemble, les prélèvements déjà fixés, et sans embryon macroscopiquement reconnaissable, nous ont été adressés avec le diagnostic clinique de grossesse molaire. L'examen anatomopathologique a permis, la plupart du temps, de distinguer les MHC des ST et des dystrophies villositaires post-rétentionnelles. Les bases du diagnostic sont classiques : l'hyperplasie du revêtement trophoblastique et un axe villositaire avascularisé, œdémateux ou kystique pour la MHC ; l'hyperplasie partielle ou focale du revêtement trophoblastique, l'aspect festonné des contours villositaires et la présence de foyers d'invagination intrachoriales du trophoblaste périvillositaire pour le ST (3, 5) ; les débris ovulaires dépourvus de l'un de ces critères étaient considérés comme des dystrophies villositaires par rétention. C'est ainsi que nous avons éliminé 4 hypothèses cliniques de grossesse molaire parce que le matériel n'était constitué que de caduque utérine. Par ailleurs, un cas de MHC a été reclassé en ST. Enfin, deux diagnostics initiaux de ST ont été modifiés en dystrophie villositaire par rétention. Philippe et Chadli-Debbiche ont rappelé les limites de cette approche diagnostique en rapportant des cas de môle partielle simulant histologiquement une MHC, ou des môles complètes comportant peu ou pas de larges villosités œdémateuses ou kystiques lorsqu'elles sont diagnostiquées tôt (5). Dans ce cas, l'étude de la quantité d'ADN en cytométrie en flux apporte un argument diagnostique supplémentaire (6). Le second problème crucial rencontré dans nos contrées est l'identification précoce de la maladie trophoblastique persistante après une grossesse molaire par le dosage itératif de β HCG. En effet, 6 cas de MHC avaient des antécédents cliniques de grossesse molaire. Les mêmes antécédents étaient mentionnés dans 3 cas de choriocarcinome gestationnel et dans l'unique cas de môle invasive. Des auteurs ont évoqué la valeur pronostique de certains paramètres biologiques (le taux sérique de β HCG ou de l'hormone placentaire lactogène (HPL)), cliniques (la persistance des métrorragies) ou morphologiques, notamment l'infiltration de la jonction endomètre/myomètre ou l'importance de l'hyperplasie du revêtement trophoblastique (5). En dehors des signes cliniques et biologiques, nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier ces données. Les cas de carcinome trophoblastique n'ont pas fait l'objet d'ajustement diagnostique. De fait, leur identification microscopique est habituellement aisée. Leur évolution défavorable en l'absence de ressources thérapeutiques adap-

Tableau I - Diagnostics avant et après relecture histologique de 59 cas de maladie trophoblastique gestationnelle au Congo.

Diagnosics	Avant relecture	Après relecture
Môle hydatiforme complète	38	33
Syndrome triploïde	9	8
Môle invasive	1	1
Choriocarcinome gestationnel	8	8
Tumeur trophoblastique du site placentaire	1	1
Dystrophie villositaire post-rétentionnelle	2	4
Incontrôlables (prélèvements insuffisants)	0	4
<i>Total</i>	<i>59</i>	<i>59</i>

tées, corrobore l'ensemble de nos résultats. L'unique cas de tumeur trophoblastique du site placentaire dont les données cliniques (jeune âge), topographiques (lésion intramyométriale) et évolutives (recul à 6 mois sans particularités) sont caractéristiques, aurait pu bénéficier d'une étude immunohistochimique à l'aide des anticorps anti- β HCG ou anti-HPL ou encore anti-cytokératine (notamment de faible poids moléculaire) pour éliminer un nodule pseudotumoral du site d'implantation ou une tumeur trophoblastique épithélioïde de pronostic encore indéterminé (2).

Sur la base de techniques histologiques conventionnelles, qui sont habituellement les seules disponibles en Afrique subsaharienne, le diagnostic des MTG est possible dans la majorité des cas. En revanche, la résolution de problème de diagnostic différentiel entre les môles d'une part, les tumeurs et les pseudotumeurs trophoblastiques d'autre part, bénéficierait de l'apport de techniques complémentaires en immunohistochimie et/ou en cytogénétique (5, 6).

A. N'GOLET, D. MOUKASSA

- *Travail du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (A. N'G., Professeur Agrégé, Maître de Conférences), Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville, Congo, et du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (D.M., Praticien Hospitalier), Hôpital Calmette, Lille, France.*
- *Correspondance : D. MOUKASSA, Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Hôpital Calmette, boulevard du Professeur J. Leclercq, 59037 Lille cedex, France • Fax : 03 20 44 47 27 • e-mail : d-moukassa@chru-lille.fr ou ngolet.arthur@innet.td •*

- 1 - PHILIPPE E. - Les maladies trophoblastiques gestationnelles. *Ann. Pathol.* 1994; **14** : 11-14.
- 2 - SHIH I.M., KURMAN R.J. - Epithelioid trophoblastic tumor : a neoplasm distinct from choriocarcinoma and placental site trophoblastic tumor simulating carcinoma. *Am. J. Surg. Pathol.* 1998; **22** : 1393-1403.
- 3 - THAM K.F., RATNAM S.S. - The classification of gestational trophoblastic disease : a critical review. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1998; **60 Suppl. 1** : S39-S49.
- 4 - JUNAID T.A. - Epidemiologic aspects of gestational trophoblastic diseases in Ibadan, Nigeria. *Adv. Exp. Med. Biol.* 1984; **176** : 177-185.
- 5 - PHILIPPE E., CHADLI-DEBBICHE A. - Les maladies trophoblastiques. Pièges dans le diagnostic histologique. *Ann. Pathol.* 1994; **14** : 15-22.
- 6 - LAQUERRIERE A., CARON P., DUVAL C. et Coll. - Intérêt de la cytométrie en flux dans le diagnostic et la classification des aspects molaires. *Gynecologie* 1991; **42** : 441-446.

PALUDISME AUTOCHTONE EN GUADELOUPE

Je me réjouis que l'article de Poinsignon et Coll. ait suscité deux lettres à la Rédaction (1, 2) confirmant le risque de ré-émergence de cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* en Guadeloupe. A cet égard, la présentation de deux cas guadeloupéens autochtones indiscutables par Fauran et Coll. survenus entre 1963 et 1965 est tout à fait significative (3). De même, la confirmation par Carme et Coll. que 30 cas de paludisme ont été répertoriés depuis 1995 en Guadeloupe est une information importante, même si pour 27 d'entre eux, leur caractère importé en provenance de pays d'endémie connus ne fait pas de doute (4). Cela confirme bien les observations faites en 1991-1992 au Laboratoire de Parasitologie du Centre Hospitalier Régional de Pointe-à-Pitre/Abymes, à savoir que la présence de porteurs de gamétocytes de *Plasmodium falciparum* dans cette région réputée « éradiquée » constituait une menace réelle pouvant conduire à la découverte de nouveaux cas inattendus, comme signalé par Poinsignon et Coll. (1, 2). En conséquence, il n'est pas inutile de rappeler, comme le font d'ailleurs à leur manière chacune de ces quatre publications, qu'au retour de la Guadeloupe, exclure *a priori* de la grille des examens de laboratoire prescrits la recherche du paludisme pour faire le bilan étiologique d'une fièvre, est une omission potentiellement dangereuse pour le patient.

C.P. RACCURT

PU-PH, Service de Parasitologie-Mycologie et Médecine des Voyages,
Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, 80054 Amiens Cedex 1, France
• Fax : 03 22 45 56 53 • e-mail : raccurt@yahoo.fr •

- 1 - POINSIGNON Y., ARFI C., SARFATI C. et Coll.- Accès palustre au retour d'un voyage aux Antilles Françaises. Discussion sur le mode de transmission. *Med. Trop.* 1999; **59** : 55-57.
- 2 - POINSIGNON Y., ARFI C., SARFATI C. et Coll.- Case report : French West Indies – a tourist destination at risk for *Plasmodium falciparum* transmission ? *Trop. Med. Int. Health* 1999; **4** : 255-256.
- 3 - FAURAN P., DELAUNAY P., MARTY P. - Paludisme autochtone en Guadeloupe : à propos de deux cas survenus en 1963-1965. *Med. Trop.* 1999; **59** : 414.
- 4 - CARME B., NICOLAS M., DESBOIS N., STROBEL M. - Les Antilles françaises ne peuvent être considérées comme une destination à risque d'infection palustre. *Med. Trop.* 1999; **59** : 414-415.

A PROPOS DE PLONGEE ET TROPIQUES

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article de C. Robinet relatif à la pratique de la plongée sous-marine en eaux tropicales (1). Le paragraphe intitulé « antipaludéens et pratique de la plongée autonome » appelle toutefois plusieurs remarques. Le choix de la prophylaxie antipalustre doit être guidé par les recommandations internationales et doit mettre en balance le risque et les bénéfices en fonction du pays visité et de la durée du séjour (2). Il convient de rappeler que l'OMS déconseille l'utilisation de la méfloquine chez les personnes pratiquant des activités nécessitant une motricité fine et une bonne discrimination spatiale, en particulier chez le plongeur sous-marin (3). Ceci est lié aux nombreux effets secondaires neurologiques observés avec cette molécule, notamment neurosensoriels, dont les plus fréquents sont les vertiges et les troubles du sommeil, et les plus sérieux les psychoses et les accès épileptiques (2). Même si l'incidence et la sévérité de ces effets secondaires sont actuellement controversées (4), les recommandations de l'OMS n'ont pour l'instant pas été modifiées et restent toujours d'actualité. Les effets secondaires de la méfloquine sont par ailleurs très proches des signes cliniques de l'accident de décompression, et peuvent donc prêter à confusion chez le plongeur (5). A la lumière de ces données, il nous semble qu'il est préférable actuellement de proposer une prophylaxie par la doxycycline ou l'association chloroquine/proguanil au plongeur sous-marin qui désire se rendre en zone de chloroquinorésistance. La prescription de méfloquine, non conseillée, ne devrait être éventuellement envisagée qu'après un essai de tolérance réalisé une semaine avant le départ.

P. HENO

Assistant du SSA, HIA Laveran, 13998 Marseille Armées, France
• Fax : 04 91 61 71 14 • e-mail : Philheno@aol.com •

- 1 - ROBINET C. - Plongée et tropiques. *Med. Trop.* 1999; **59** : 225-226.
- 2 - STEFFEN R., SCHLAGENHAUF P. - La chimioprophylaxie du paludisme. Recommandations nationales et internationales : indications, efficacité, incidence des effets indésirables. Douzième Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse sur la prise en charge et la prévention du paludisme d'importation à *Plasmodium falciparum*. *Med. Mal. Inf.* 1999; **29 Suppl 3** : 385-389.
- 3 - OMS - Risques pour la santé et précautions à prendre. In « Voyages internationaux et santé ». OMS ed., Genève, 1999.
- 4 - ROUVEIX B. - Effets indésirables des antimalariques, cardiotoxicité exclue. Douzième Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse sur la prise en charge et la prévention du paludisme d'importation à *Plasmodium falciparum*. *Med. Mal. Inf.* 1999; **29 Suppl 3** : 326-332.
- 5 - WRIGHT D. - Mefloquine and scuba diving. *N. Z. Med. J.* 1995; **108** : 514.