

DES CONSÉQUENCES INFECTIEUSES INATTENDUES DU TSUNAMI

Après la survenue du raz-de-marée qui a ravagé les côtes de l'Asie du Sud-Est, de nombreuses hypothèses sur la recrudescence voire les épidémies de maladies infectieuses ont été formulées. On a ainsi parlé de choléra, de typhoïde. Elles ne sont pas vérifiées. Les « prédictionnistes » n'avaient pour la plupart, pas pris en compte un risque caractéristique de la région : la mélioiïdose. Cette infection bactérienne due à *Burkholderia pseudomallei* est fréquente dans des pays comme la Thaïlande et le Laos. C'est précisément le sujet d'une très intéressante mise au point qui a été faite par V. Keluangkhon et Coll (*Med Mal Infect* 2005 ; **35** : 459-75) de Vientiane. Ils nous rappellent qu'il s'agit d'une infection grave (20 à 80 % des cas sont fatals) dans laquelle le poumon est atteint dans 50 % des cas. Liée à une bactérie tellurique, très résistante dans le milieu extérieur, la contamination est fréquemment une inoculation par blessure ou injection comme l'avait décrite Whitmore dès 1912. Elle peut aussi être respiratoire par inhalation d'eau et de boue lors d'une noyade ou même d'aérosols comme les américains l'avaient signalé autour des aires de décollage d'hélicoptères pendant la guerre du Viêt-Nam. Elle semble moins répandue dans les régions côtières qu'à l'intérieur des terres. Pourtant, plusieurs cas ont été décrits dans le Sud de la Thaïlande à la suite du tsunami de décembre 2004 (W. Chierakul et Coll - *Clin Infect Dis* 2005 ; **41** : 982-90). Six survivants du raz-de-marée de la région de Phangnga, province de 140 000 habitants qui hébergeait le complexe hôtelier de Khao Lak, se sont présentés à l'hôpital régional avec une pneumonie entre le 31 décembre 2004 et le 7 février 2005. Les six patients avaient inhalé de l'eau et quatre d'entre eux

étaient blessés, ce qui pouvait présenter une porte d'entrée supplémentaire. La bactérie a été isolée trois fois des hémocultures et quatre fois des sécrétions respiratoires. L'évolution a été favorable sous traitement antibiotique pour cinq des patients, le sixième succombait à une défaillance respiratoire 43 jours après le contagage. Trois des patients étaient diabétiques. L'étude a été complétée par des prélèvements d'échantillon de sol, dans la province côtière de Phangnga, mais aussi et à titre de comparaison dans la province de Ubon Ratchathani où cette infection est beaucoup plus fréquente. Ainsi, 3 (0,8 %) des 360 échantillons de Phangnga se sont révélés positifs contre 20 % (26 sur 133) à Ubon. Dans cette dernière région, rurale, située à l'Est du pays, et limitrophe du Laos, les infections à *B. pseudomallei* sont tellement fréquentes que cette bactérie représente 20 % des espèces isolées d'hémocultures. Les infections par noyade en eau douce y sont un mode possible de contamination et se grevent d'un taux de létalité de 17 %. Ces cas montrent donc que le risque est aussi présent sur la côte. Les observations passées, qui nous ont appris que l'infection pouvait se révéler des mois et même des années après le contagage, fait dire aux auteurs que d'autres cas sont à attendre. Les raisons de ces survenus tardives sont inconnues tant notre connaissance de cette infection reste imparfaite. Ceci concerne aussi bien les habitants survivants de la région que les touristes internationaux qui ont été exposés au risque. Cette étiologie devra donc être envisagée devant une pneumonie chez un survivant du tsunami et, à fortiori, s'il est diabétique ■

M. MORILLON

PARAGONIMOSE EN THAÏLANDE

La paragonimose est une des importantes étiologies de pneumopathies dans le monde. Elle est due à une douve du genre *Paragonimus*. Deux espèces *P. heterotremus* et *P. westermani* sont présentes en Asie du Sud-Est. En Thaïlande, la première est l'agent responsable de la douve pulmonaire. Le principal symptôme est une toux chronique avec parfois une hémoptysie évoquant une tuberculose. La transmission de la paragonimose en Thaïlande est due à l'habitude locale de consommer des crabes d'eau douce crus ou mal cuits. Le premier cas humain de paragonimose a été décrit en 1928 dans le nord de la Thaïlande. Depuis lors, plusieurs cas ont été décrits. Les auteurs rapportent encore deux nouveaux cas récents. Une jeune fille de 10 ans se plaignait de toux avec hémoptysies depuis 3 ans, mais sans douleur thoracique, ni anorexie. Elle avait l'habitude de consommer des crabes de montagne, ramassés dans la rivière près de son village. La radiographie thoracique montrait des images parahilaires. L'examen parasitologique des selles révélait la présence d'œufs de *Paragonimus*. Elle a été traitée par le praziquantel, ce qui a entraîné la guérison. Une autre jeune fille de 10 ans, se plaignait aussi de toux persistante depuis années, sans autre symptôme. Les œufs de *Paragonimus* sont retrouvés dans les selles. La patiente est traitée par praziquantel avec disparition des symptômes (D. Wathanakulpanich et Coll - *Southeast As J Trop Med Hyg*

2005 ; **36** : 853-7). Dans la région frontière Thaïlande-Laos, la rivière Nan héberge de nombreux crabes parasités par *Paragonimus*. Dans ces mêmes lieux, il existe de nombreux animaux sauvages comme hôtes définitifs (tigres, sangliers, porcs) qui consomment les larves métacercariaires situées dans les crabes. Dans cette région, les habitants ont l'habitude de consommer cru des crabes, des crevettes et des poissons. Les patients restent longtemps asymptomatiques, en dehors d'une toux chronique surtout matinale avec parfois une hémoptysie. Le diagnostic différentiel se pose avec une bronchite, une pneumonie ou une tuberculose, avec cependant une symptomatologie moins prononcée. Le diagnostic est établi par la mise en évidence des œufs dans les expectorations et les selles ainsi que par le sérodiagnostic (western blot bande 32, 5, 33 et 36 kDa). La radiographie pulmonaire montre des images nodulaires et d'infiltrats, en particulier au niveau du poumon gauche. Des kystes contenant plusieurs vers adultes ont été trouvés sous forme de nodules de 1 à 2 cm de diamètre, au niveau pleural. Le traitement de choix est le praziquantel 25 mg/kg x 3/j pendant 3 jours avec une très bonne efficacité. Chez un sujet originaire ou revenant de Thaïlande avec une pathologie pulmonaire, il faut toujours penser à évoquer une paragonimose ■

P. BOUREE

SUSHI : DES SOUCIS EVENTUELS

Le sushi et le sashimi sont des plats traditionnels asiatiques, préparés à partir de poissons crus ou plus ou moins cuits. Ces poissons (thon, saumon, morue, hareng) sont d'éventuels porteurs de parasites, qu'il faut connaître en fréquentant en Asie les restaurants locaux et les boutiques de rue. L'anisakidose est due à *Anisakis simplex* (chez le hareng) ou *Pseudoterranova decipiens* (chez la morue). Après ingestion, la larve pénètre dans la paroi gastrique et provoque des épigastralgies. Puis la larve migre vers le grêle pour former une tumeur éosinophilique du grêle. Au stade précoce, l'extraction endoscopique de la larve entraîne la guérison immédiate. L'ingestion de larve de *Diphyllobothrium latum* permet le développement du bothriocéphale, grand ténia de 10 à 15 mètres qui, se nourrissant de vitamine B12, provoque une anémie macrocytaire (Y. Nawa, *et Coll - J Travel Med* 2005; **41** : 1297-303). En Asie du Sud-Est, l'application du muscle de grenouille sur les paupières en cas de conjonctivite (coutume ancestrale) provoque un œdème local et un sillon serpiginieux dû à *Gnathostoma spinigerum*. Aux Philippines, en Thaïlande, ou en Egypte, l'ingestion de certains poissons entraîne l'infestation par *Capillaria philip-*

pinensis responsable de troubles digestifs. L'ingestion de crabe, atteint de *Paragonimus westermani* peut provoquer la distomatose pulmonaire. En Asie du Sud-Est, l'ingestion de poissons d'eau douce peut entraîner une infestation par *Clonorchis sinensis* et *Opisthorchis viverrini* (plus de 4 millions de cas par an) qui peut évoluer vers la cirrhose et surtout le cholangiocarcinome. La douve intestinale, due à *Heterophyes heterophyes* ou à *Metagonimus yokogawai*, représente encore une autre possibilité d'infestation par ingestion de poisson d'eau douce. Enfin, à Madagascar ou en Polynésie, l'ingestion d'escargot ou de salade (contaminée par la bave d'escargot) peut être responsable de la méningite à éosinophiles due à *Angiostrongylus cantonensis*. Le traitement de ces parasites est basé sur l'albendazole et le praziquantel. La meilleure prophylaxie de ces parasites consiste à bien cuire le poisson ou à le congeler à -20°C pendant au moins 24 h. Mais ces mesures, pourtant simples, sont difficiles à faire appliquer, car elles modifient les habitudes alimentaires locales entretenues depuis de nombreuses générations ■

P. BOUREE

RECU DU SIDA ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT À L'EST DU ZIMBABWE ENTRE 1998 ET 2003

Une équipe internationale anglaise, zimbabwéenne et sud-africaine a mis en évidence un lien entre la baisse de la prévalence des infections à VIH et un changement de comportement sexuel entre 1998 et 2003. Cette étude publiée dans la revue *Science* (Gregson S., Garnett G. P., Nyamukapa C. A. *et Coll - HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. Science* 2006; **311** : 664-6) révèle que la séroprévalence a considérablement chuté dans les tranches d'âge jeunes avec une baisse de 23 % chez les hommes de 17 à 29 ans et une baisse de 49 % chez les femmes de 15 à 24 ans. Pour les chercheurs, ce recul de la prévalence est à lier à un changement de comportement sexuel et notamment à la diminution du nombre de relations sexuelles occasionnelles. A partir d'un groupe de 9454 personnes, l'étude conclut que la prévalence, sexe et âge confondus, est passée de 23 % à 20,5 % entre 1998 et 2003, ce qui place le Zimbabwe parmi les rares pays d'Afrique subsaharienne dans lesquels un tel constat a pu être fait. Pour l'expliquer, les auteurs soulignent qu'en raison du niveau de l'épidémie nationale, la peur de mourir du sida a pu influencer sur le comportement des populations ; celles-ci sont bien éduquées et les structures médicales comme les campagnes de communication ont pu jouer également un rôle notable. Au Zimbabwe, les activités de prévention ont précocement inclus le contrôle des infections sexuellement transmissibles et la promotion de l'utilisation du préservatif. Ces actions couplées à l'accès au dépistage et au travail du Programme national zimbabwéen de lutte contre le sida en matière d'information constituent des éléments de compréhension de ce déclin, à l'instar de l'Ouganda qui a enregistré une telle baisse pour des raisons similaires.

Mais en dépit de ces résultats encourageants, les niveaux d'infections en Afrique restent élevés (le Zimbabwe par exemple comptait, en 2003, 1,8 millions de personnes infectées sur une population de 12 millions d'habitants, soit 15 % de l'ensemble) et deux auteurs de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* présentent dans la même livraison de la revue des pistes pour mieux comprendre ces tendances épidémiques (Hayes R, Weiss H. Understanding HIV epidemic trends in Africa. *Science* 2006; **311** : 620-1). Si le Zimbabwe entre dans la « short list » des pays ayant fait la preuve d'une réduction de l'épidémie (Thaïlande et Ouganda), d'autres sont en train de montrer des signes d'un recul identique qu'il convient de confirmer au Kenya, au Burkina Faso, au Cambodge et en Haïti. Mais globalement, en Afrique subsaharienne la plupart des pays présentent actuellement une image de stabilisation épidémique avec un taux de nouvelles infections compensé par un taux de mortalité spécifique. Néanmoins, l'incidence et la prévalence demeurent extrêmement élevées dans de nombreux pays, et même si la prise en charge thérapeutique antirétrovirale est plus accessible, la prévention reste une clé prioritaire dans la réussite des programmes de lutte. Les deux auteurs soulignent enfin l'intérêt de suivre les résultats des études sur l'effet de la circoncision dans la baisse des contaminations, tout en rappelant que la progression rapide de l'épidémie et son extension doivent malheureusement beaucoup aux conditions socio-économiques dans la plupart des pays au sud du Sahara ■

J.-M. MILLELIRI