

## PEUT-ON PROPOSER 2G D'AZYTHROMYCINE EN MONOPRISE À LA PLACE DE LA PÉNICILLINE G INTRAMUSCULAIRE POUR TRAITER LA SYPHILIS ?

La pénicilline G retard par voie intramusculaire (IM) constitue depuis 60 ans le traitement de référence de la syphilis. Avec la facilité d'une prise orale unique que lui confère sa longue demi-vie (68 heures) et ses concentrations tissulaires élevées, l'azythromycine a été envisagée comme traitement alternatif, dans le but de limiter les complications et les difficultés logistiques des injections IM. Un essai thérapeutique effectué en Tanzanie vient d'évaluer l'équivalence des deux traitements (G. Riedner *et Coll - N Engl J Med* 2005 ; **353** : 1236-44). Sélectionnés parmi une population à haut risque de maladie sexuellement transmissible (MST), 328 patients (25 ayant une forme primaire et 303 une forme latente précoce avec un titre d'anticorps supérieur à 1/8 par rapid plasma reagin test) ont été randomisés pour recevoir 2g d'azythromycine orale en une prise ou 2,4 millions d'unités de benzathine pénicilline G IM. Le critère de jugement était la décroissance à 9 mois du taux d'anticorps (diminution de 2 dilutions) ou une épithélialisation des lésions en moins de 2 semaines en cas de syphilis primaire. La population de l'étude, de répartition homogène entre les deux groupes, avait un âge moyen de 27 ans, comportait 71,6% de femmes et 52,1% de séropositifs pour le VIH. Les taux de succès étaient de 97,7% (IC95%=94-99,4) dans le groupe azythromycine et 95% (IC95%=90,6-97,8) dans le groupe pénicilline, sans différence significative. La tolérance des traitements était bonne. Aucune différence pour le critère primaire n'était notée dans les différents sous-groupes (séropositifs, femmes, taux d'anticorps élevé). Les patients qui

avaient une syphilis primaire ou un taux d'anticorps supérieur à 1/64 avaient des taux de guérison proches de 100%. Ces résultats favorables méritent quelques remarques. Alors que plusieurs publications font déjà état de l'émergence de souches résistantes pour l'azythromycine (Lukehart S.A. *et Coll - N Engl J Med* 2004 ; **351** : 154-8), les taux de rechute ou de récurrence n'ont pas été évalués dans cette étude (les patients guéris étant exclus du suivi). Cet élément est d'autant plus à considérer que la surveillance des résistances nécessite des techniques coûteuses (PCR) non envisageables dans des pays aux ressources limitées. Même si le taux des résistances semble faible dans ces pays aujourd'hui, l'utilisation large des macrolides pour le traitement des infections respiratoires ou des MST doit nous rendre particulièrement vigilants. Par ailleurs, l'azythromycine ne passe pas la barrière placentaire et ne limite pas la transmission materno-fœtale. Cette molécule ne pourra donc pas être utilisée pour la prévention de la syphilis congénitale qui reste un problème majeur en pays d'endémie (*Bull World Health Organ* 2004 ; **82** : 424-30). Ainsi, il semble prudent de continuer à suivre les recommandations qui préconisent toujours l'utilisation de la pénicilline IM pour le traitement de la syphilis. A l'instar de la doxycycline ou de l'érythromycine, considérons l'azythromycine uniquement comme traitement alternatif chez les patients ne pouvant recevoir la pénicilline.

N. LEFEBVRE

## ABCÈS DU FOIE ET BILHARZIOSE

Les abcès bactériens du foie sont relativement rares, malgré la fréquence des cholécystites, appendicites, et péritonites. L'incidence des abcès bactériens est de 10 à 20 cas pour 100 000 admissions des hôpitaux brésiliens. Des études expérimentales ont montré la possibilité d'abcès hépatiques dus à différents germes, ce qui a été confirmé par les cas cliniques. Les auteurs rapportent le cas d'un Brésilien de 43 ans ayant consulté pour une fièvre et des douleurs de l'hypocondre droit, chez un sujet ayant subi une dérivation porto-cave 5 ans auparavant pour fibrose portale bilharzienne. Une infestation par *P. aeruginosa* s'est développée à la suite d'une cholécystectomie par laparoscopie. Il a été traité par voie intraveineuse par antibiotiques pendant 2 mois. Le patient présentait une hépatosplénomégalie. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose (16 000 GB/mm<sup>3</sup>), avec un taux normal d'enzymes hépatiques. Le scanner abdominal mettait en évidence un abcès de 3 cm de diamètre. Une ponction de pus va permettre d'isoler *P. aeruginosa*. A été alors institué un traitement intraveineux par ciprofloxacine pendant 2 mois, puis par ceftazidime pendant 30 jours. Mais la guérison a nécessité néanmoins un curage chirurgical de l'abcès (L.Z. Goldani. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005 ; **99** :

932-6). Au cours de la bilharziose intestinale due à *Schistosoma mansoni*, de nombreux œufs restent dans la circulation et vont dans le foie en formant des granulomes inflammatoires. Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer l'association entre la bilharziose et les abcès à pyogènes. Les bactéries sont liées à la fibronectine et au collagène qui sont abondants dans le granulome. Une réponse immune due à la bilharziose joue également un rôle, en particulier par inhibition de la réponse des lymphocytes Th1. Une dizaine de cas d'abcès à pyogènes ont déjà été signalés dans la littérature, dont 8 cas chez des enfants de 5 à 14 ans. Les symptômes cliniques étaient la fièvre et les douleurs du quadrant abdominal supérieur droit. Le germe retrouvé le plus souvent chez les patients a été *Staphylococcus aureus*, ayant nécessité la prise d'antibiotiques pendant 4 semaines et un drainage chirurgical. Aussi, bien que le nombre de cas de bilharzioses intestinales avec des abcès du foie à pyogènes soit très restreint, il faut être attentif à une telle association chez les patients revenant d'une zone d'endémie.

P. BOURÉE

## PRÉVALENCE DES POUX DE TÊTE CHEZ LES ENFANTS EN MALAISIE

Les poux de tête, *Pediculus capitis*, sont très fréquents chez l'enfant, mais ne transmettent aucune infection. L'infestation peut rester complètement asymptomatique ou provoquer un prurit intense. En outre, les poux étant hématophages, une infestation massive peut provoquer une anémie avec une asthénie et une baisse de l'activité scolaire. L'infestation est cosmopolite et un taux de 5% est considéré comme épidémique. Diverses études en zone tropicale ont montré des résultats aux environs de 10%, avec des variations selon la saison, l'âge et les conditions socio-économiques. Une étude a été réalisée dans quarante écoles primaires dans le district de Kuala Krai, en Malaisie (M. Bachok - *Southeast Asian J Trop Med Pub Hlth* 2006 ; 37 : 536-43). Les élèves devaient remplir un questionnaire sur les symptômes présentés et les conditions sanitaires de logements. L'étude a porté sur 426 enfants, répartis dans 6 écoles avec un taux d'infestation de 35% (allant de 23% à 56% selon les écoles). Parmi ces enfants, 18% avaient une infestation légère et 17% une infestation

importante. Parmi les différents critères étudiés, certains facteurs ont été trouvés comme facteurs favorisant de l'infestation par les poux : infestation antérieure, infestation d'autres membres de la famille, le nombre de frères et sœurs, le sexe (de 13% à 45% chez les filles et très rare chez les garçons), la longueur de cheveux et le niveau d'hygiène. Les garçons ont des cheveux courts et peu de contact entre eux. Au contraire, les filles ont les cheveux longs, gardent les cheveux couverts (ce qui maintient un niveau d'humidité et de température favorable à la survie des poux) et ont des contacts prolongés entre elles. La fréquence était significativement plus élevée chez les enfants noirs avec les cheveux crépus et longs. Aussi une éducation continue de santé et des contrôles réguliers sont-ils nécessaires pour réduire le taux d'infestation par les poux. Il faut, en outre, expliquer le rôle néfaste de l'échange des effets personnels comme les bonnets et les peignes n

P. BOUREE

## LE RISQUE D'ÉPIDÉMIES EST NÉGLIGEABLE APRÈS LES CATASTROPHES NATURELLES

L'équipe du CHU de Besançon, conduite par le Pr Piarroux tord le cou à un a priori bien ancré dans la culture populaire que les catastrophes naturelles (tremblements de terre, éruption volcaniques ou tsunami) génèrent des épidémies au sein des populations victimes. En analysant plus de 600 désastres géophysiques survenus dans le monde entre 1985 et 2004 (Floet N, Viel JF, Mauny F *et Coll - Emerg Infect Dis* 2006 ; 12 : 543-8), cette équipe met en évidence que seules trois épidémies ont éclaté dans les suites de telles catastrophes : une de rougeole après l'éruption de Pinatubo aux Philippines, une de coccidioidomycose après un tremblement de terre en Californie et une de paludisme à *Plasmodium vivax* au Costa Rica dans les suites d'un tremblement de terre suivi de pluies intenses. Les auteurs concluent que si les médias se font souvent l'écho

du fait que les corps des victimes de catastrophes naturelles puissent être une cause potentielle d'épidémies, il s'agit en fait d'un mythe. Ceci conduit à priver les survivants de cérémonies mortuaires pour leurs proches décédés, sans que la pratique d'enlèvements des corps soit justifiée. L'industrie de la communication est souvent à l'origine de cette sur-enchère dans la dramatisation d'un risque faible. Pour répondre plus efficacement aux besoins des victimes de ces désastres naturels, le public, les mass media, les organisations humanitaires et les forces de sécurité doivent être mieux informées sur les actions utiles et sur celles qui sont futiles.

J.M. MILLELIRI

## ÉPIDÉMIES ET CATASTROPHES NATURELLES PAS DE LIEN DIRECT MAIS DES NUANCES

S'il est maintenant bien admis par la communauté scientifique (certains médias restant encore à éduquer...) que les catastrophes naturelles ne provoquent pas par elles même d'épidémies et que les cadavres de leurs victimes ne sont pas des sources d'infection, les déplacements et les concentrations de population qui sont les « dégâts collatéraux » de ces catastrophes peuvent quant à eux être générateurs de phénomènes épidémiques. C'est ce que nous rappellent J.T. Watson *et Coll* du Programme des urgences humanitaires de l'OMS (*Emerging Infectious Diseases* 2007 ; 13 : 1-5). Les auteurs ont ainsi recensé des événements liés au déficit d'accès à l'eau potable faisant suite à des inondations : choléra au Bangladesh par exemple, ou le contact forcé des populations déplacées avec une eau contaminée : leptospiroses à Taiwan, en Inde ou au Brésil. Des infections à

transmission aérienne comme la rougeole, les méningites à méningocoques et beaucoup d'autres se transmettent facilement dans les communautés de personnes déplacées, souvent entassées dans des espaces restreints. Les blessures provoquées par un tremblement de terre sont susceptibles d'être la porte d'entrée du tétanos chez des victimes non vaccinées comme cela a été observé à Aceh (Sumatra) et au Cachemire en 2005. Les auteurs concluent fort raisonnablement que le risque d'épidémie est faible après une catastrophe naturelle lorsque celle-ci n'a pas pour conséquence un déplacement de populations. Le message est dès lors bien différent de celui qui périodiquement joue sur l'inconscient collectif et sur la peur instinctive des cadavres.

M. MORILLON

## INTÉRÊT DES TESTS DIAGNOSTIQUES DANS LA LEISHMANIOSE VISCÉRALE

**L**a leishmaniose viscérale, ou kala-azar, atteint environ 500 000 personnes par an, principalement en Inde, au Bangladesh ou au Soudan. Les patients présentent une hépatosplénomégalie, un amaigrissement et une fièvre prolongée. Dans ces pays, ce tableau pouvant être dû à plusieurs étiologies comme le paludisme, la tuberculose diffuse ou la typhoïde, il est important de pouvoir établir rapidement le diagnostic de leishmaniose. De nombreux patients, habitant dans des zones rurales, souvent dépourvues de structure médicale, il est nécessaire de pouvoir disposer de tests fiables, faciles à réaliser et peu onéreux. La recherche des leishmanies dans la rate est certes le meilleur critère diagnostique, mais n'est pas réalisable sur le terrain. Il en est de même des ponctions de ganglion ou de moelle. Parmi les tests immunologiques, le test d'agglutination directe mis au point en 1980, conseillé par l'OMS, est fiable mais nécessite du matériel de précision (pipettes, plaques de microtitration) ce qui ne permet pas son utilisation sur le terrain. Un test sur bandelette a été proposé en 1998, mais avec des résultats variables selon les auteurs. Le test de formol gélification, est peu sensible, mais bon marché et simple à réaliser. Enfin, un test d'agglutination sur particules de latex, récemment proposé dans les urines (KA-tex), a montré une sensibilité de 48% à 100%, les résultats étant moins bons dans les atteintes précoces où la splénomégalie

est encore modérée. Une étude comparative de ces tests a été réalisée à l'hôpital de Rangeli dans le sud-est du Népal où la leishmaniose viscérale est endémique. Cette région est la zone frontière avec l'état indien du Bihar, zone hyperendémique de leishmaniose viscérale. Les malades ont été sélectionnés sur une fièvre persistant depuis plus de 15 jours (sans étiologie évidente retrouvée) et sur le fait d'être porteur d'une splénomégalie (F. Chapuis, *Trop Med Intern Hlth* 2006 ; 1 : 31-40). Les patients chez qui les parasites

Test	sensibilité	spécificité	valeur prédictive positive	valeur prédictive négative	coût \$	temps de réalisation
Formol gélification	52 %	97 %	96 %	57 %	0,25	6'
Test en bandelette	89 %	90 %	93 %	85 %	1	9'
KA-tex urines	57 %	98 %	98 %	56 %	?	20'

ont été retrouvés à la ponction ont été traités par le stibogluconate de sodium, à la dose de 20 mg/kg/j pendant 1 mois. Les patients déjà traités antérieurement et toujours porteurs de parasites (considérés comme rechute) ont été traités par amphotéricine B (0,5 mg/kg/j pendant 14 jours). L'étude a inclus 85 patients ayant une leishmaniose viscérale confirmée et 57 patients atteints d'autres pathologies. Les tests cités ci-dessus se sont montrés reproductibles, avec une sensibilité et une spécificité assez bonnes. Ces résultats corroborent d'autres études similaires effectués en Inde, au Népal ou au Soudan montrant les bonnes performances du test en bandelettes. Ce test semble donc être le plus performant et le plus facile à réaliser sur le terrain avec d'excellents résultats.

P. BOURÉE

### Le Médecin général inspecteur Buisson, Directeur de publication de Médecine Tropicale, ÉLU À L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

**L**e Médecin général inspecteur Buisson, Directeur de l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des Armées a été élu membre titulaire de l'Académie nationale de médecine dans la 4<sup>e</sup> division (section hygiène, médecine préventive et épidémiologie). Il est le 48<sup>e</sup> médecin militaire à être ainsi distingué depuis la création de l'Académie.