

CA.MV.01

FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL EN 2005

Seydi M, Poda A, Diop SA, Dieng AB, N'diaye M, Badji F, Akoua-Koffi C, Sall A, Soumare M

Clinique des Maladies Infectieuses, CHU de Fann. BP 15 499 Dakar-Fann (Sénégal)

Correspondance : seydi.moussa@gmail.com

Au Sénégal en 2005, une épidémie de fièvre jaune a été notifiée à Koumpentoum et à Goudiry situés respectivement à 361 km et à 584 km de Dakar dans la région de Tambacounda. C'est pourquoi nous avons réalisé cette étude qui avait pour objectif de décrire le système d'alerte, les cas cliniques confirmés, les investigations menées (épidémiologiques, virologiques, entomologiques), la riposte vaccinale et enfin de formuler des recommandations. Il s'agissait d'une analyse rétrospective des cas de fièvre jaune observés en 2005 dans les districts sanitaires de Koumpentoum et de Goudiry. Malgré l'existence de 105 cas suspects au niveau national déclarés par 36 districts en 2005, seuls sept cas ont été confirmés (quatre cas à Goudiry et trois cas à Koumpentoum). Un ictère fébrile a été noté dans tous les cas. L'évolution était défavorable pour quatre patients et favorable sans séquelles pour trois patients. L'augmentation de la couverture vaccinale à Koumpentoum et à Goudiry qui était respectivement de 90,5% et de 102% à la suite des cas observés devrait avoir un impact positif sur la disparition de l'épidémie. Cependant il est indispensable de maintenir la pression vaccinale anti-amarile notamment dans le cadre du programme élargi de vaccination ainsi qu'une surveillance des sites sentinelles mais aussi de mener une lutte antivectorielle et une sensibilisation des populations.

CA.MV.02

EVALUATION DES RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN NATIONAL DE LA COMMUNICATION POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LA ZONE SANITAIRE DE POBÈ AU BÉNIN

Kinde-Gazard D, Makoutode M, Agueh V, Capo-Chichi J, Atobian H, Diallo MP

Institut Régional de Santé Publique, Cotonou, Bénin

Correspondance : makoutod@hotmail.com

Malgré les efforts de lutte tant au niveau national qu'au niveau du district ou des zones sanitaires, la morbidité et la mortalité du paludisme n'ont pas diminué au Bénin. La verticalité des programmes de lutte contre le paludisme et la faible capacité managériale des équipes cadres de districts sanitaires en sont les principales raisons. Nombreuses sont les études qui ont montré l'importance de l'information, l'éducation et la communication pour la santé dans la lutte contre le paludisme surtout chez les enfants de moins de 5 ans. L'information et la sensibilisation sont aussi des interventions incontournables pour susciter un changement de comportement auprès des mères d'enfants. A cet effet et dans le cadre de « Faire Reculer le Paludisme » (FRP), le Bénin, à l'instar d'autres pays africains subsahariens, s'est doté d'un plan national de communication et de mobilisation sociale pour la lutte contre le paludisme qui couvre la période 2003-2005.

L'objectif de cette étude, a été d'évaluer les résultats de la mise en œuvre d'un plan de communication pour la lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans une zone sanitaire du Bénin.

Il s'agit d'une enquête transversale de type évaluative menée du 03 au 30 octobre 2005. Elle a porté sur 184 mères d'enfants de moins de 5 ans et 38 personnes ressources sélectionnées selon les techniques de sondage par grappes et choix par commodité. Parmi les enfants de moins de 5ans ayant fait la fièvre, 41,1% (23/56) ont bénéficié d'un traitement dans les 24 heures après le début des symptômes. Parmi ces derniers, 17,4% (4) ont été amenés dans un centre de santé. Seulement 3,6% des enfants ont bénéficié d'un traitement adéquat.

Le niveau de connaissance et la perception de la communauté sont prépondérants dans la lutte contre le paludisme. 69,5% des enquêtés ont un niveau de connaissance assez élevé et 73.9% peuvent citer au moins un signe de paludisme. Parmi les moyens de prévention cités, la moustiquaire imprégnée arrive en première position, 41.3%. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée et des autres méthodes de prévention serait le résultat de la mise en œuvre de plan intégré de communication développé dans la zone d'étude.

L'évaluation du plan de Communication pour la lutte contre le paludisme dans cette zone pilote révèle une certaine efficacité de ce plan de communication. Il serait possible de le généraliser dans tout le Bénin.

CA.MV.03

Y A-T-IL UNE PLACE POUR LA PROTÉINE C ACTIVÉE (XIGRIS®) DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME GRAVE D'IMPORTATION DE L'ADULTE ?

Becret A, Nau A, Mardelle V, Pouliquen G, Petrognani R, Peytel E

Département anesthésie réanimation, HIA Laveran, Marseille

Correspondance : tonin_becret@hotmail.com

Le paludisme grave est défini par la présence de formes asexuées de *Plasmodium falciparum* dans le sang associée à au moins un critère de gravité. Chez l'adulte non immun, le paludisme grave réalise une défaillance multiviscérale similaire à celle observée dans les états infectieux graves bactériens, avec des troubles de conscience de profondeur variable. Comme dans le sepsis d'origine bactérienne, le paludisme se caractérise par des anomalies de la coagulation. La maladie se caractérise par ailleurs par la séquestration d'hématies parasitées et l'accumulation de plaquettes au sein des lits microvasculaires (*Med Trop* 2003 ; 63 : 258-66).

La protéine C activée recombinante humaine (drotrécogine alfa activée) est indiquée dans le traitement des patients adultes présentant un sepsis sévère avec plusieurs défaillances d'organe en complément d'une prise en charge conventionnelle optimale (*N Engl J Med* 2001 ; 344 : 699-709).

Le sepsis étant défini comme un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) à une infection d'origine bactérienne, virale, parasitaire ou fongique (*Chest* 1992 ; 101 : 1644-55), le paludisme grave peut être assimilé à un sepsis sévère à *P. falciparum* (*Med Trop* 2003 ; 63 : 258-66). Stricto sensu il peut donc entrer dans les indications de la drotrécogine alfa activée.

Nous avons eu à prendre en charge un patient sans antécédent âgé de 33 ans, qui a présenté une hyperthermie et des céphalées le lendemain du retour d'un séjour touristique de trois semaines au Mali, pendant lequel il n'avait pas pris de chimioprophylaxie anti-palustre. Une parasitémie à 36 % de *Plasmodium falciparum* a été retrouvée à l'examen du frottis sanguin. Malgré le remplissage vasculaire et la mise en route d'un traitement par quinine IV à doses efficaces (dose de charge de 16,7 mg/kg puis 8,3 mg/kg toutes les huit heures en perfusions de quatre heures, sous contrôle de la quininémie), l'état clinique du patient s'est aggravé le soir de son admission. Il présentait alors une défaillance hémodynamique et une défaillance neurologique. Le taux de plaquettes était de 55000 par mm³. Devant l'absence de contre-indication, un traitement par drotrécogine alfa activée a été débuté à la dose de 24 µg/kg/h pendant 96 heures. L'évolution a été rapidement favorable, le patient a été sevré de la noradrénaline à J5, extubé à J7. Le patient a été transféré en service d'infectiologie à J13. Enfin, aucune des séquelles fréquentes du paludisme grave d'importation n'a été déplorée, en particulier sur le plan neurologique.

CA.MV.04

A PROPOS D'UN CAS DE LEISHMANIOSE VISCÉRALE : COMMENT DÉTERMINER LE LIEU DE LA CONTAMINATION ?

Roche C, Delacour H, Roche B, Morand C, Soullié B, Kuhls K, Koeck JL

Fédération de biologie clinique Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué, Bordeaux, France

Correspondance : labos.hiarp@wanadoo.fr

Deux espèces sont responsables de la leishmaniose viscérale (LV) : *Leishmania donovani donovani* et *Leishmania donovani infantum*. *L. donovani* est présente dans la péninsule indienne, en Asie et en Afrique de l'Est. *L. infantum* est présente dans le bassin méditerranéen, en Afrique de l'Est et en Amérique du Sud. La détermination de l'espèce a un intérêt épidémiologique (origine de la contamination) ou thérapeutique (résistance de *L. donovani* aux antimoniés).

Observation clinique. Un homme immunocompétent de 52 ans, sans antécédent notable, présente une fièvre persistante avec altération de l'état général 3 mois après un séjour de 2 ans à Djibouti suivi de quelques jours dans le Sud-Est de la France. A l'admission, l'examen clinique rapporte une pâleur cutanéomuqueuse associée à une hépato-splénomégalie. Les examens biologiques révèlent une pancytopénie (leucocytes : 1 800.106/L, polynucléaires neutrophiles : 666.106/L, hémoglobine : 9,7 g/dL, thrombocytes : 102 000.106/L) associée à un syndrome inflammatoire (CRP : 109 mg/L) et une hypergammaglobulinémie polyclonale (IgG : 25,3 g/L). A J0, l'examen microscopique direct sur frottis de moelle osseuse coloré par la méthode de May-Grunwald Giemsa montre la présence de très nombreuses formes amastigotes de leishmanies. Par la suite, la culture médullaire sur milieu RPMI et la sérologie spécifique seront positives. A J1, une PCR spécifique du genre *Leishmania* (détection de l'ADNr 18S) est positive à partir de la moelle et du sang. De plus, l'amplification suivie de la détermination de la séquence du gène cyt-b permet d'identifier *L. infantum*. Après traitement par N-acétyl-glucamine (3g/j pendant 28 jours), l'évolution est favorable avec disparition de la fièvre, de l'organomégalie et normalisation des paramètres biologiques.

Discussion. *L. infantum* étant présente dans le bassin méditerranéen et en Afrique de l'Est, il n'est pas possible d'exclure chez ce patient une contamination autochtone. Seul un génotypage étendu peut différencier les variants méditerranéens de ceux d'Afrique de l'Est. Dans cet objectif, un typage multi-locus de la souche par la méthode des microsatellites est en cours de réalisation.

CA.MV.05

SCHISTOSOMIASE INTESTINALE ACTIVE PARMIS DES MILITAIRES BELGES DE RETOUR DE MISSION EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Soentjens P, Aerssens A, Dooms E, Pirnay JP, De Vos D

Travel clinic, Centre d'Excellence des Maladies Infectieuses, Hôpital militaire, Bruxelles, Belgique

Correspondance : patrick.soentjens@mil.be

La République Démocratique du Congo (RDC) a récemment été reconnue comme région à risque élevé pour la schistosomiase (Clerinx J. *Euro Surveill* 2007 ; 12 : E071011.2.). Nous n'avons connaissance que d'une publication décrivant un cluster de schistosomiase intestinale parmi des militaires de retour de mission en RDC (Bengtsson E. *Bull World Health Organ* 1966 ; 34 : 273-6). Le syndrome de Katayama est une manifestation clinique précoce de la schistosomiase: une maladie tropicale qui se développe quelques semaines après l'infection. Due au temps de latence et à la présentation non-spécifique, c'est la forme de schistosomiase la plus fréquemment mal diagnostiquée (Ross AG. *Lancet Infect Dis* 2007 ; 7 : 218-24).

Des soldats belges étaient en mission à Kalémie durant les années 2005 et 2006. Vu le risque de contracter la parasitose par contact direct avec des eaux infestées, les activités professionnelles et de récréation ont été analysées. Nous avons inventorié les patients symptomatiques afin de typer les caractéristiques du Katayama importé. Chaque patient était traité par du praziquantel (40 mg/kg) durant trois jours conjointement avec des corticostéroïdes. Après un mois le traitement était répété (Gryseels B. *Lancet* 2006 ; 368 : 1106-1). Le suivi médical instauré comprenait au moins une visite un an après la maladie.

Le temps moyen entre l'exposition au risque et le diagnostic clinique variait de 3 mois à 15 mois. La cause principale de contracter la parasitose était la natation récréative (9/10). Parmi les dix patients, suspects de Katayama-fever, trois étaient diagnostiqués après examen coprologique. La sérologie ELISA était positive chez 3 patients et dans 7 cas la sérologie par l'hémagglutinine indirecte était positive. Une éosinophilie était présente chez 9 patients. Les caractéristiques cliniques étaient non-spécifiques et essentiellement des symptômes respiratoires et/ou gastro-intestinaux. Les individus se présentaient soit avec fièvre (6/10), de la toux (3/10), des dyspnées (3/10), de soudaine perte de poids (plus que 5 kg) (5/10), de l'angio-oedème (2/10), des nausées ou des vomissements (7/10), de la diarrhée (5/10), de l'urticaire (6/10) respectivement ou une combinaison de ces symptômes. Deux patients présentaient temporairement des effets secondaires à la prise du praziquantel. Tous les patients ont été guéris.

Nous mettons en exergue que le lac Tanganyika, bien que l'eau soit non stagnante, n'est pas exempt de vecteurs de schistosomiase. Le déploiement augmenté des Forces Armées Belges dans les tropiques implique un risque accru de contracter des maladies comme la schistosomiase. Les syndromes cliniques de schistosomiasis importées étaient le 'swimmer's itch' et le 'Katayama-fever'. Une éosinophilie était presque toujours présente.

Le traitement répété par de fortes doses de praziquantel, avec corticostéroïdes, était efficace et sans cas de récurrence.

CA.MV.06

PRÉVALENCE DE L'INFECTION PALUSTRE CHEZ LES DONNEURS DE SANG À BRAZZAVILLE : MARQUEUR D'INTÉRÊT OU NON ?

Bokilo-Dzia A, Akiana J, Mokondjimobe E, Nieré B, Kimbouri A, Kimpolo S, Elira Dokekias A, Et Parra H-J

Direction Technique du Centre National de Transfusion sanguine, B.P : 462 Brazzaville, République du Congo

Correspondance : ameladzia@yahoo.fr

En République du Congo, le sang prélevé aux donateurs volontaires fait l'objet d'un certain nombre d'analyses. En dehors des facteurs hématologiques et génétiques, il est souvent fait la sérologie du VIH, des Hépatites (B et C), de la Syphilis, ... Mais la recherche des infections dues aux hématozoaires dont *P. falciparum* n'a jamais été prise en compte parmi les marqueurs à tester pour s'assurer de la qualité du sang. Or, le pays est en zone d'endémie palustre et le risque d'une infection palustre d'origine transfusionnelle n'est pas exclu. Cependant, l'ampleur du problème, en terme de prévalence de l'infection palustre parmi les donateurs du sang, n'a pas fait l'objet d'une évaluation récente dans le contexte du Congo.

Le Congo est un pays de forte endémicité palustre, appartenant au groupe III de la chloroquino-résistance. Le retrait de la chloroquine de l'arsenal thérapeutique a été effectué en 2004 et de nouveaux schémas de traitements antipaludiques ont été institués. L'infection palustre n'est pas parmi les marqueurs de sécurité transfusionnelle.

L'objectif est d'évaluer la prévalence de l'infection palustre à *P. falciparum* parmi les donateurs de sang au centre de transfusion sanguine de Brazzaville.

Une Goutte Epaisse (GE) systématique a été prélevée lors de deux séances de collecte de sang auprès des donateurs de sang volontaires âgés de plus de 18 ans (n= 161), habitants permanents de Brazzaville. Les informations socio-démographiques (Adresse, âge,...), cliniques (tension artérielle, état général, antécédents d'accès palustres simples ou graves, traitements antipaludiques,...), épidémiologiques (pratique de la chimioprophylaxie, utilisation de la moustiquaire) et hématogénétiques (groupe sanguin, facteur Rhésus) les concernant étaient consignées dans un questionnaire standard. Les GE colorées ont été lues sur 200 champs microscopiques.

Dans notre population d'étude, tous les sujets étaient bien entendu asymptomatiques ; la prévalence de l'infection palustre a été faible (< 10%). Nous n'avons pas observé de relation entre le portage de l'infection palustre et les facteurs hémato-génétiques. Le taux d'utilisation de la moustiquaire non imprégnée est élevé (>80%) et celui de la moustiquaire imprégnée est faible (>20%).

Au Congo, la prévalence palustre est mal connue parmi les donneurs de sang à Brazzaville. Dans notre population d'étude, elle est faible. Il est bon qu'une étude similaire soit menée sur des échantillons grands qui prennent en compte les sites du milieu rural. Cela permettra de décider s'il faut inclure la recherche systématique des plasmodies comme marqueur dans le cadre de la sécurité transfusionnelle à l'échelle nationale.

CA.MV.07

ENQUÊTE DE DÉPISTAGE DE LA TRYPANOSOMOSE CHEZ LE CHIEN AU GABON

Davoust B¹, Herder S², Bourry O³, Marié JL¹, Cuny G²

1. Direction régionale du service de santé des armées de Toulon - BP 80 - 83800 Toulon Armées, France.

2. UMR 177 « Trypanosomoses », Laboratoire de recherches et de coordination sur les trypanosomoses (IRD-CIRAD), Montpellier, France.

3. Centre international de recherche médicale, Franceville, Gabon.

Correspondance : bernard.davoust@mageos.com

Des cas cliniques de trypanosomose canine africaine sont régulièrement observés au Gabon. La situation épidémiologique réelle n'est pas connue. Une enquête de dépistage a été menée, en 2003 et 2004. Deux populations distinctes de 376 chiens en apparence bonne santé, ont été examinées. La première comprenait 252 chiens semi-domestiques vivant dans 16 villages de l'Ogooué-Ivindo (Nord-Ouest du Gabon) et la seconde 124 chiens (de sociétés de protection et de familles) vivant à Libreville (n=113) et Port-Gentil (n=11). Le dépistage moléculaire a été réalisé à partir d'une goutte de sang recueillie sur



du papier buvard. Tous les chiens étaient négatifs à la PCR pour *Trypanosoma congolense* (type « savane » et type « forêt »). Dix-huit chiens (4,7%) étaient positifs à la PCR *Trypanosoma brucei* : 3% (8/252) dans l'Ogooué-Ivindo et 8% (10/124) sur le littoral. La différence de prévalence entre les deux populations est statistiquement significative ($p \leq 0,05$). *T. brucei* est transmis par les glossines. Cette espèce est divisée en trois sous-espèces : *T.b. brucei*, *T.b. gambiense* et *T.b. rhodesiense*, seules les deux premières sont présentes au Gabon et seul *T.b. gambiense* est pathogène pour l'homme. La PCR n'a pas permis de préciser la(les) sous-espèce(s) infectante(s) pour les chiens. Cependant, les prévalences élevées sont corrélées avec la présence de foyers actifs de trypanosomose humaine qui sont également signalés sur le littoral. Le chien pourrait ainsi représenter une espèce sentinelle de trypanosomose humaine. Par ailleurs, les 18 chiens positifs sont des porteurs asymptomatiques, source potentielle d'infections animales et humaines.



CA.MV.08

EVALUATION DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE DE LA TRYPANOSOMOSE À *TRYPANOSOMA CONGOLENSE* CHEZ LE CHIEN MILITAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

Watier-Grillot S¹, Herder S², Marié JL³, Lamour T³, Cuny G², Davoust B³

1. Secteur vétérinaire de Brest, BP05, 29240 Brest Armées, France.

2. UMR 177 « Trypanosomoses », Laboratoire de recherches et de coordination sur les trypanosomoses (IRD-CIRAD), Montpellier, France.

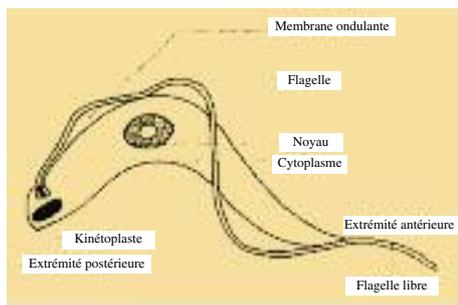
3. Direction régionale du service de santé des armées de Toulon - BP 80 - 83800 Toulon Armées, France.

Correspondance : bernard.davoust@mageos.com - 06 82 67 91 83).

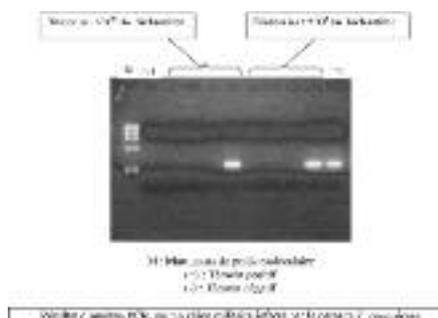
De 1997 à 2003, 19 chiens militaires français, sur 148 ayant effectué une mission en Côte d'Ivoire, ont développé des symptômes aigus non spécifiques : hyperthermie, asthénie, polyadénite, anémie, syndrome inflammatoire diffus (hépatite, néphrite, diathèse hémorragique,...) dont l'issue a été fatale pour cinq chiens. Dans la plupart des cas, le parasite *Trypanosoma congolense* a pu être identifié (soit par étalement sanguin, QBC® ou PCR). Un protocole de prophylaxie, basé sur l'administration de chlorure d'isométramidium (sel de phénantridine) a été mis en œuvre fin 2003. L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'efficacité de cette chimioprophylaxie sur la période 2004-2007. La population étudiée incluait 131 chiens militaires français, majoritairement de race berger belge malinois, mâles, d'âge



Chien militaire, de race berger belge malinois, réceptif et sensible à l'infection par le parasite *T. congolense*.

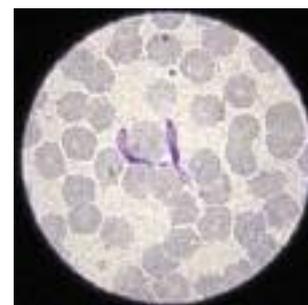


Morphologie du parasite *Trypanosoma congolense*



Résultat d'analyse PCR, sur un chien militaire infecté par le parasite *T. congolense*

moyen 4,5 ans. En Côte d'Ivoire, les chiens étaient hébergés dans le chenil du 43^e BIMA de Port-Bouet. Ils se déplaçaient également sur d'autres sites (Yamoussoukro,...). Ces chiens ont reçu une injection intra-musculaire de 0,5 mg/kg de chlorure d'isoméamidium (Trypamidium®, Merial, Lyon) à l'arrivée en Côte d'Ivoire, puis tous les deux mois. Un protocole de dépistage de la maladie a été appliqué pendant le séjour : réalisation d'un frottis sanguin coloré (May-Grünwald-Giemsa) et d'un test QBC®, deux mois après chaque injection. Dès le retour en France, les animaux ont été soumis à un dépistage systématique : frottis sanguin et PCR sur un prélèvement de sang recueilli sur papier buvard (type Whatman 41). Sur les 131 chiens exposés, deux étaient infectés (PCR positive). La réduction de la prévalence de la maladie est donc significative ($\chi^2 = 12,8$ avec $\alpha = 0,05$; $p < 1\%$). Aucune mortalité ni aucun symptôme n'ont été observés. La méthode PCR est la plus sensible et la plus spécifique pour le diagnostic et le dépistage de la trypanosomose canine, notamment par rapport au test QBC® et l'étalement sanguin, ces deux dernières techniques bénéficiant toutefois d'une faisabilité supérieure sur le terrain. L'efficacité de la chimioprophylaxie a conduit, à partir de 2008, à arrêter le dépistage systématique par PCR au retour et à espacer les administrations de trypanocide (fréquence trimestrielle). Par ailleurs, aucune toxicité locale ou systémique avérée n'a été constatée sur les sujets traités. L'isoméamidium est le principe actif le mieux toléré chez l'espèce canine, ce qui justifie son choix, en première intention, chez le chien trypanosomé, en prophylaxie et en traitement.



Frottis sanguin coloré (méthode May-Grünwald-Giemsa), réalisé sur un chien militaire et montrant deux parasites appartenant à l'espèce *T. congolense*.

CA.MV.09

UN CAS D'ENCÉPHALITE AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE DE CHIKUNGUNYA AU GABON : RECHERCHER UNE AUTRE CAUSE VIRALE

Obiang A¹, Motto E¹, Mandji JM¹, Tchoua R¹, L'her P¹, Gravier P², Camus P¹, Paul B¹

1. HIA OBO, Libreville

2. Service médical, 6^e BIMA, Libreville

Correspondance : bernard.paul@wanadoo.fr

Le Gabon a connu une épidémie de Chikungunya en 2007. Près de quinze mille cas suspects ont été déclarés du 10 mai (date de déclaration de l'épidémie) au 30 juin 2007, dont 539 cas traités à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIA OBO) de Libreville. La majorité des tableaux cliniques associaient fièvre, arthralgies invalidantes, myalgies et céphalées. Aucun décès n'a été constaté contrairement à l'épidémie de la Réunion.

Les premiers cas ont été diagnostiqués à l'Institut de Médecine Tropicale du Pharo à Marseille (IMTSSA). Le Centre International de Recherche Médicale de Franceville a fait le suivi virologique de l'épidémie. Des co-infections Dengue Chikungunya ont été décrites.

Le 7 mai 2007, en plein pic épidémique, nous avons pris en charge à l'HIA OBO un jeune homme de 22 ans, pour trouble neurologique dans un contexte fébrile. Il s'agissait d'un patient sans antécédent particulier. L'histoire de la maladie débutait 5 jours auparavant par une hyperthermie associée à des céphalées et des douleurs articulaires. Après un traitement présomptif antipaludéen, la symptomatologie s'est enrichie de crises convulsives tonico-cloniques généralisées, motif de l'admission à l'HIA OBO.

Au SAU, le patient présentait un Glasgow à 9/15, une nuque souple. La fièvre était à 39°C sans autre point d'appel infectieux.

Il a été pratiqué un bilan biologique sanguin, urinaire et du LCR ainsi qu'une radiographie du poumon et une tomodensitométrie cérébrale. Des échantillons de sang et de LCR ont été adressés à l'IMTSSA.





Seuls les résultats obtenus sur le LCR ont permis de suspecter une méningite à liquide clair d'origine virale (96 leucocytes par mm³ avec 95% de lymphocytes ; 20 hématies par mm³ ; 5g/l de protéinorachie, 2,5 g/l de glycorachie ; antigènes solubles négatifs, coloration de Ziehl négative).

Devant l'altération rapide de l'état de conscience, le patient était transféré dans le service de réanimation où, malgré les soins intensifs et un traitement par ACICLOVIR, il décédait le 19 mai 2007.

Les analyses effectuées par l'unité de virologie de l'IMTSSA ont révélé par méthode de la PCR la présence du virus de West Nile permettant de conclure au diagnostic d'encéphalite à arbovirus West Nile.

Notre observation montre qu'un décès par méningo-encéphalite au cours d'une épidémie de Chikungunya ne peut être rattaché à cette étiologie sans une enquête poussée. Elle rappelle par ailleurs la multiplicité et la gravité potentielle des arboviroses en zone inter tropicale.

CA.MV.10

EVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE PAR TRANSFUSION SANGUINE EN MILIEU HYPERENDÉMIQUE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Basha M, Mansinsa P, Yuma S, Kande V, Van der Veken W

Correspondance : marcelbasha@yahoo.fr

La transfusion sanguine, malgré ses effets thérapeutiques, est un acte potentiellement dangereux. En RDC, on recherche quatre marqueurs infectieux lors de la transfusion sanguine. Il s'agit du VIH/SIDA, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis. La THA étant une maladie chronique et mortelle se transmettant par le sang, une étude a été conduite en 2007 au Kasai oriental - une province hyperendémique en THA en RDC - pour évaluer le risque de la transmission de la THA par transfusion sanguine.

Sur 514 donneurs de sang examinés au CATT test, 6 se sont révélés CATT positif parmi lesquels 3 cas ont été confirmés parasitologiquement. Un de ces trois malades avait donné du sang à 4 personnes différentes pour lesquels une étude de traçabilité est envisagée afin de connaître leur état actuel.

Au regard de ces résultats, une recommandation a été formulée pour que la THA soit retenue comme 5^e marqueur infectieux en zones hyperendémiques de la RDC.



Trypanosomé en brousse 1947 (© IMTSSA)