

Pleurésie hémorragique au cours d'une maladie de Still : à propos d'une observation au Gabon

La maladie de Still (MS) est un rhumatisme inflammatoire rarement diagnostiqué dans la population noire africaine. Un patient de 23 ans, ayant pour antécédent une polyarthrite fébrile non déformante des grosses articulations évoluant par épisodes récurrents depuis deux ans et améliorée par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, est hospitalisé en médecine interne pour une nouvelle poussée invalidante. L'examen clinique retrouve une hyperthermie à 40°C, une polyarthrite prédominant aux poignets, genou droit et cheville gauche avec érythème en regard, et une matité basi-thoracique droite. La CRP est élevée (94 fois la normale), il existe une hyperleucocytose neutrophile à 15 000/mm³ avec anémie à 6,1 g/dl sans thrombopénie, une hyperferritinémie (40xN ; la ferritine glycosylée n'a pas pu être dosée). Les hémocultures, l'examen cyto bactériologique des urines, les sérologies ASLO, VIH, la recherche d'auto-immunité sont négatifs, les bilans hématologique, métabolique, hépato-rénal sont sans anomalie. La radiographie pulmonaire objective une opacité basale droite de type pleural et la ponction confirme la pleurésie du lobe inférieur droit hémorragique, incoagulable, exsudative (protéines 48 g/l). La cytologie ne montre pas de cellules malignes et les cultures restent stériles. L'intradermoréaction à la tuberculine est positive à 5mm. Les radiographies des poignets, genoux et chevilles sont normales. Une ponction articulaire du genou droit est effectuée, le liquide est jaune citrin, exsudatif (protéines 52 g/l) et aseptique. Une échographie trans-oesophagienne objective une péricardite minime sans végétation.

Sur la base des critères de Fautrel (5 critères majeurs et 1 critère mineur) est évoquée une maladie de Still. L'évolution clinique sous corticothérapie (méthyl-prednisolone IV 0,75 mg/jour sur 3 jours, relayée par prednisolone 50 mg/jour per os) est favorable dès la 24^e heure avec apyrexie et régression des signes inflammatoires, et à 2 semaines normalisation des paramètres inflammatoires et assèchement de la pleuro-péricardite et des arthrites.

Notre observation est donc compatible avec une maladie de Still comportant des manifestations articulaires et cutanées associées à une pleuro-péricardite dont la fréquence est estimée à près de 25% des cas (1, 2). L'originalité de cette observation repose sur le caractère hémorragique de la pleurésie exceptionnellement rapporté dans la littérature qui impose d'éliminer une cause infectieuse ou néoplasique.

Iba-Ba J¹, Moussavou Kombila JB¹, Nzenze JR²,
Ibouli Bignoumba R¹, Coniquet S¹, Mistoul I¹, Itoudi
Bignoumba E¹, Boguikouma JB¹

1. Service de Médecine A, Centre Hospitalier de Libreville, BP 2228, Libreville, Gabon.

2. Service de Médecine interne, Hôpital des Instructions des Armées OBO, BP 20 404, Libreville - Gabon

• Correspondance : ibabajose@yahoo.fr

1. Lioté H, Lioté F, Lenique F, Milleron BJ, Kuntz D, Akoun GM. Adult-onset Still's disease revealed by a pleuropericarditis. *Eur Respir J* 1990; 3 : 1064-6.

2. Ohta A, Yamaguchi M, Kaneoka H, Nagayoshi T, Hiida M. Adult Still's disease: review of 228 cases from literature. *J Rheumatol* 1987; 14 : 1139-46.

Helminthoses intestinales chez les enfants d'âge scolaire de la zone rurale et urbaine de Tiassalé (Côte d'Ivoire)

Les helminthoses intestinales, affections très répandues dans les régions tropicales, constituent un problème de santé publique surtout dans les pays en développement (1) où l'hygiène fécale est insuffisante ou inexistante. Face à ce fléau, une bonne cartographie de ces parasites s'impose non seulement pour améliorer la prise en charge des patients mais aussi pour disposer d'une base de données de routine accessible sur l'épidémiologie de ces parasites. Les objectifs de ce travail sont d'une part de déterminer la prévalence globale et la fréquence des différents helminthes rencontrés à Tiassalé et, d'autre part de comparer les résultats obtenus dans la zone urbaine et ceux de la zone rurale.

Notre enquête de type transversal s'est déroulée de mars à mai 2007 dans la ville de Tiassalé et dans 10 villages de la région de Tiassalé. Ont été inclus dans l'étude les enfants âgés de 4 à 15 ans inscrits à l'école primaire dont les parents ou tuteurs légaux ont donné leur consentement éclairé. Pour déterminer la taille de l'échantillon d'étude, nous avons adopté la technique d'échantillonnage en grappe préconisée par l'OMS (2). Nous avons sélectionné 362 enfants âgés de 4 à 15 ans en zone urbaine et 420 en zone rurale. Nous avons donné à chaque enfant une fiche d'enquête la veille de la date convenue pour les prélèvements de selles. Le jour suivant, les fiches d'enquête ont été rapportées correctement remplies par les parents. Les enfants ont bénéficié de la réalisation du scotch test anal de Graham puis une boîte de Pétri en matière plastique leur a été remise pour le recueil des selles. Les boîtes de Pétri à moitié remplies de selles ont été acheminées rapidement au laboratoire pour les différents examens ainsi que les lames de scotch test anal confectionnées. Pour chaque selle, nous avons pratiqué systématiquement un examen macroscopique, un examen microscopique direct et deux techniques de concentration (la technique de KATO et la technique de Baermann).

L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau I. La prévalence globale des helminthoses intestinales était de 58,5 % en zone rurale contre 22,6 % en zone urbaine (p < 0,01). En zone rurale, le polyparasitisme se retrouve dans 29,2 % des cas contre 20,6 % en zone urbaine. *Necator americanus* est impliqué dans les principales associations parasitaires à savoir 73,6 % en zone urbaine contre 91,9 % en zone rurale.

La prévalence des helminthoses intestinales en zone rurale est souvent différente de celle en zone urbaine dans une région donnée. Ce fut le cas en 2006, en Corée du Nord, où il a été rapporté un taux global de 55% avec un taux significativement plus élevé en zone rurale qu'en zone urbaine (3). La prévalence élevée en zone rurale peut s'expliquer par le manque d'hygiène liée non seulement à l'absence d'infrastructures de base telles que les latrines et l'adduction en eau potable mais surtout à un manque d'éducation et de sensibilisation des populations rurales (4). De plus, l'activité champêtre dans une zone de péril fécal pourrait être à l'origine de la prévalence relativement élevée des helminthoses intestinales à mode de contamination transcutanée comme la nécatorose. Il ressort de cette étude que les parasitoses intestinales occupent une place importante chez les enfants d'âge scolaire. L'Ankylostomiase à *Necator americanus* occupe la première place parmi les helminthoses retrouvées à Tiassalé. La lutte contre les helminthoses intestinales en zone rurale ou urbaine passe par des efforts d'assainissement du milieu de vie, d'éducation sanitaire

Tableau 1. Analyses univariées des données démographiques et biologiques des helminthoses intestinales chez les enfants d'âge scolaire dans les zones rurale et urbaine de Tiassalé

	Zone rurale			p	Zone urbaine			p
	N	N+	Pourcentage (95% IC)		N	N+	Pourcentage (95% IC)	
Sexe				0,75				0,77
Féminin	183	100	54,64 (47,13- 62,00)		188	39	20,74 (15,88- 27,25)	
Masculin	237	146	61,60 (55,08- 67,82)		174	43	24,71 (18,50- 31,81)	
Total	420	246	58,57 (53,69- 63,32)		362	82	25,65 (18,44- 27,31)	
Classes d'âge (ans)				0,95				< 0,01
(4-5)	12	6	50,00 (21,09- 78,90)		50	7	14,00 (5,82- 26,74)	
(6-7)	83	42	50,60 (39,39- 61,76)		87	11	12,64 (6,48- 21,49)	
(8-9)	92	54	58,70 (47,95- 68,86)		107	27	25,23 (17,33- 34,55)	
(10-11)	109	65	59,63 (49,80- 68,93)		88	20	22,72 (14,47- 32,89)	
(12-13)	96	62	64,58 (54,16-74,07)		30	17	52,66 (37,42- 74,54)	
(14-15)	28	17	60,71 (40,57- 78,49)					
Parasites retrouvés				< 0,01				< 0,01
<i>Necator americanus</i>	420	167	39,76 (35,49- 44,62)		362	37	10,22 (7,30- 13,81)	
<i>Enterobius vermicularis</i>	420	61	14,52 (11,29- 18,26)		362	24	6,63 (4,29- 9,70)	
<i>Trichuris trichiura</i>	420	24	5,71 (3,69- 8,38)		362	12	3,31 (1,72- 5,71)	
<i>Schistosoma mansoni</i>	420	39	9,28 (6,68-12,47)		362	0	0,00 (0,00- 1,01)	
<i>Ascaris lumbricoides</i>	420	29	6,90 (4,67- 9,76)		362	3	0,82 (0,17- 2,40)	
<i>Strongyloides stercoralis</i>	420	9	2,14 (1,05- 3,89)		362	3	0,82 (0,17- 2,40)	
<i>Hymenolepis nana</i>	420	0	0,00 (0,00- 0,87)		362	3	0,82 (0,17- 2,40)	

N = Nombre total d'enfants ; N+ = Nombre d'enfants parasités ; p = valeur pour test de χ^2

des populations, de renforcement de l'hygiène individuelle et des campagnes de déparasitage en milieu scolaire et dans la population générale.

Menan EI¹, Kassi FK¹, Yavo W¹, Djohan V¹, Vanga H¹, Barro PCK¹, Oga SSA², Konate A¹, Gbocho FY³, Adjetey TAK³, Kone M¹

1. Laboratoire de Parasitologie et Mycologie. 2. Département de biostatistique et santé publique UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, 3. UFR Biosciences de Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

• Correspondance : rvmenan@yahoo.fr

1. Montresor A, Crompton DWT, Gyorkos TW, Savioli L. Lutte contre les helminthoses chez les enfants d'âge scolaire : guide à l'intention des responsables des programmes de lutte. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2004.
2. Spiegel A, Moulia JP, Daumerie D, Merlin M, Baudon D. Le sondage en grappes type OMS. Méthode pratique en épidémiologie descriptive. *Med Afr Noire* 1989 ; 36 : 740-43.
3. Li S, Shen C, Choi MH, Bae YM, Yoon H, Hong ST. Status of intestinal helminthic infections of borderline residents in North Korea. *Korean J Parasitol* 2006 ; 44 : 265-8.
4. Agbolade OM, Agu NC, Adesanya OO, Odejayi AO, Adigun AA, Adesanlu EB et al. Intestinal helminthiasis and schistosomiasis among school children in an urban center and some rural communities in southwest Nigeria. *Korean J Parasitol* 2007 ; 45 : 233-8.

Cardiopathies rhumatismales dans les pays en développement : où en sommes-nous ?

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) post-streptococcique et les cardiopathies / valvulopathies rhumatismales ont presque disparu dans les pays occidentaux. Cette évolution est en très grande partie liée à l'amélioration des conditions de vie, et dans une moindre mesure au large traitement des angines par les antibiotiques. Il n'en va pas de même dans les pays en développement où les cardiopathies rhumatismales (CR) demeurent fréquentes, expliquant au moins le tiers des cas d'insuffisance cardiaque chez les enfants et les adultes jeunes (1). On estime à 470 000 le nombre annuel de nouveaux cas de RAA, et à 15,6 millions le nombre de personnes porteuses de CR dans le monde, vivant principalement dans les régions d'endémie que sont l'Afrique, l'Asie du Sud-est et la zone Asie-Pacifique. Environ 233 000 décès seraient directement liés à ces affections chaque année (2). Le RAA demeure une maladie de la pauvreté, de la mauvaise hygiène et de l'habitat surpeuplé. Mais l'ampleur du problème est encore probablement largement sous-estimée, comme tendent à le démontrer de récentes enquêtes de prévalence faisant appel au dépistage échocardiographique.

En effet, la prévalence des CR est classiquement basée sur la détection de souffles cardiaques à l'auscultation dans des populations prédéfinies, souvent complétée par une échocardiographie de confirmation, comme l'illustre l'étude de Kimbally-Kaky et al. publiée dans ce numéro de Médecine tropicale (3). Malgré des efforts en matière de prophylaxie, ces auteurs concluent à la stabilité des CR au Congo, avec une prévalence clinique évaluée à 3,5‰ chez les enfants d'âge scolaire, semblable à celle observée dans des pays voisins.

Il semble bien cependant que la réalité soit toute autre. Une récente étude de dépistage par échocardiographie, réalisée conjointement au Mozambique et au Cambodge chez des enfants scolarisés âgés de 6 à 17 ans, a permis d'identifier environ 10 fois plus de sujets porteurs de CR (4). Il s'agit dans la majorité des cas d'une atteinte de la valve mitrale, avec fuite valvulaire de grade variable. La faible sensibilité du dépistage clinique (taux de prévalence de

2,3 cas pour 1 000) par rapport au dépistage échocardiographique (30,4 cas pour 1 000 au Mozambique) pose ainsi la question criante des moyens à mettre en œuvre dans ces régions, un appareil moderne d'échocardiographie mobile coûtant actuellement environ 15 à 30 000 dollars US.

Demeure enfin la question de la pertinence et de la rentabilité du dépistage de telles CR infra-cliniques. On sait que le défaut de prophylaxie secondaire et les récurrences de RAA figurent parmi les principaux facteurs prédictifs d'évolution vers des CR sévères (5). Aussi, on peut présumer qu'un plus large dépistage des CR pourrait permettre d'étendre dans l'avenir les indications d'antibioprophylaxie secondaire, et de mieux prévenir l'évolution vers des atteintes valvulaires sévères.

En attendant, le dépistage clinique reste le seul moyen disponible dans la plupart des cas, et l'effort des systèmes de santé doit certainement continuer à porter sur une meilleure application des règles de prévention primaire et secondaire des affections streptococciques.

Fourcade L

• Service de cardiologie, HIA Laveran, Marseille.

• Correspondance : fourcadelaurent@orange.fr

1. Damasceno A, Cotter G, Dzudie A, Sliwa K, Mayosi BM. Heart failure in sub-Saharan Africa : time for action. *J Am Coll Cardiol* 2007 ; 50 : 1688-93.
2. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis* 2005 ; 5 : 685-94.
3. Kimbally-Kaky G, Gombet T, Voumbo Y, Ikama-Méo S, Elenga-Mbola B, Mbika-Cardorelle A, et al. Les cardiopathies rhumatismales en milieu scolaire à Brazzaville. *Med Trop* 2008 ; 68 : 603-5.
4. Marijon E, Ou P, Celermajer DS, Ferreira B, Mocumbi AO, Jani D et al. Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 470-6.
5. Meira ZM, Goulart EM, Colosimo EA, Mota CC. Long term follow up of rheumatic fever and predictors of severe rheumatic valvar disease in Brazilian children and adolescents. *Heart* 2005 ; 91 : 1019-22.