

LES BACTERIES MULTIRESSISTANTES A LA CRECHE DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

CA 01

B NDOYE, S KA, JM DEBONNE
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

Les bactéries multirésistantes sont des bactéries résistantes à la plupart des antibiotiques utilisables en clinique. En milieu hospitalier, elles sont sélectionnées par l'antibiothérapie et les fautes d'hygiène permettent leur diffusion auprès des malades chez qui elles constituent un bon marqueur d'infection ou de colonisation nosocomiale. A l'Hôpital Principal de Dakar, en raison de l'imprécision de la définition, les auteurs ont établi une liste restrictive de bactéries multirésistantes en tenant compte de l'écologie microbienne locale. Ces bactéries ont fait l'objet d'une surveillance prospective sur tous les prélèvements cliniques en provenance de la crèche pendant l'année 2001. Cette surveillance, en évitant les doublons, a permis d'établir un index de résistance qui exprime le nombre de bébés colonisés ou infectés par des bactéries multirésistantes pour 100 bébés hospitalisés. Quatre vingt infections ou colonisations ont été recensées pour 879 admissions soit un index de résistance égal à 9,1. Dans le cadre de cette étude, la distinction entre colonisation et infection n'a pu être faite car le laboratoire ne dispose pas des données épidémiologiques, cliniques et des autres données biologiques. La répartition des bactéries était la suivante : entérobactéries avec Bétalactamase à spectre élargi (58,7 %), acinetobacter spp (21,2 %), staphylocoques résistants à la méticilline (12,5 %), enterobactéries hyperproductrices de céphalosporinase (3,7 %), pseudomonas résistants à la ticarcilline (3,7 %). La répartition des prélèvements cliniques était la suivante : prélèvements gastriques (44,8 %), hémocultures (32,1 %), cathéters (16 %), pus et sérosités diverses (5,7 %), urines (1,1 %). Les résultats sont préoccupants car les bactéries multirésistantes sévissent de manière endémique à la crèche et les épidémies nosocomiales ne sont pas rares. La prépondérance des entérobactéries et des acinetobacters indique le rôle probablement très important de la transmission manu-portée par le personnel soignant. Des mesures de prévention sont préconisées, basées sur le respect des règles d'hygiène avec comme priorité l'hygiène des mains. Le suivi régulier de l'index de résistance global et spécifique de chaque bactérie permettra de juger de l'efficacité des mesures et d'apporter éventuellement des correctifs dans les stratégies de lutte.

LES FORMES NEUROLOGIQUES ET ANEMIQUES DU PALUDISME : ASPECTS CLINIQUES, EVOLUTIFS ET COUT DE LA PRISE EN CHARGE

CA 02

M KEITA¹, MB CISSE¹, B POUDIOUGOU², AM TRAORE², D MINTA², MT SYLLA¹, T KEITA¹, T SIDIBE¹, OK DOUMBO², MM KEITA¹
1 - Pédiatrie, Hôpital Gabriel Touré, Bamako • 2 - Département des Affections Parasitaires, Université du Mali

Le paludisme est l'érythrocytopathie fébrile la plus répandue dans le monde intertropical. Ce travail avait pour but d'étudier les aspects cliniques, évolutifs et le coût de la prise en charge des formes neurologiques et anémiques du paludisme pendant les périodes de haute transmission des années 1999-2000 dans le district de Bamako au Mali. L'étude a été prospective et a concerné 180 enfants âgés de 6 mois à 14 ans recrutés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré et présentant à l'admission une goutte épaisse positive, un score de Blantyre inférieur à 3 et/ou une anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 5 g/dl) ne s'expliquant que par le paludisme. Au terme de l'étude, nous avons observé une prédominance des enfants de moins de 5 ans (53,9 %) et de la forme neurologique (56,7 %). La létalité hospitalière a été de 16,7 %. La forme mixte (forme neurologique associée à l'anémie sévère) a été la forme la plus létale (25 %). Quarante pour cent des décès ont été observés dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Nous avons noté 5 % de séquelles. Les enfants en détresse respiratoire avaient un risque de décès 6 fois plus élevé que ceux qui n'étaient pas en détresse respiratoire ($P < 10^{-6}$). Les enfants en hypoglycémie avaient environ 5 fois plus de chance de mourir que ceux n'ayant pas présenté ce facteur ($P = 0,00001$). Les cas qui étaient sévèrement déshydratés ou qui faisaient une hyperthermie maligne avaient deux fois plus de risque de décès ($P = 0,01$; respectivement $RR1 = 2,775$ et $RR2 = 36$). La profondeur du coma a été aussi un mauvais facteur : 45 % de décès si le score de Blantyre était égal à 0 ($P = 0,001$). Le seul facteur de bon pronostic a été la splénomégalie ($P = 0,01$). Le coût moyen de prise en charge a été de 21 049 FCFA. Le paludisme grave et compliqué a un coût élevé et demeure encore très létal en milieu pédiatrique, sa prise en charge correcte requiert la prise en compte des facteurs pronostics et aussi la création et l'équipement d'unité de prise en charge (diagnostique et thérapeutique).

EFFICACITE THERAPEUTIQUE DE LA CHLOROQUINE SUR LE PALUDISME NON COMPLIQUE A PLASMODIUM FALCIPARUM EN 2001 A NIAMEY, NIGER

CA 03

F DUGELAY¹, S ADAMOU¹, E ADEHOSSI¹, I OUSSMANE¹, J DELMONT², D PARZY³, PH PAROLA²
1 - Programme National de Lutte contre le paludisme, Niamey • 2 - CFRMST, Marseille • 3 - IMTSSA, Marseille

Une étude *in vivo* pour évaluer la chloroquinosensibilité de *P. falciparum* a été menée chez des enfants de 1 à 15 ans en 2001, pendant la saison des pluies à Niamey en République du Niger. Trois groupes d'enfants atteints de paludisme non compliqué à *P. falciparum* ont été inclus dans l'étude : 90 enfants âgés de 1 à 5 ans, 104 enfants de 6 à 10 ans et 50 enfants de 11 à 15 ans. Tous les patients ont reçu un traitement par chloroquine (25 mg/kg sur 3 jours). Un suivi clinique et parasitologique a été effectué à J0, J3, J7 et J14. Le taux d'abandon a été inférieur à 10 %. Le taux de réponse clinique satisfaisante (RCS) a été supérieur à 75 % dans les 3 groupes et dans le total des 1-15 ans. Les taux d'échecs ont été de 16,7 % chez les 1-5 ans (11,1 % d'échecs précoces ; 5,6 % d'échecs tardifs), de 12,5 % pour les 6-10 ans (9,6 % d'échecs précoces ; 2,9 % d'échecs tardifs), de 8 % chez les 11-15 ans (6 % d'échecs précoces ; 2 % d'échecs tardifs) et de 13,1 % sur le total des 1-15 ans (9,4 % d'échecs précoces ; 2 % d'échecs tardifs). Tous les patients ayant présenté une rechute ont été traités avec succès par les traitements antipaludiques de deuxième ligne (pyriméthamine-sulfadoxine ou quinine). Ces résultats démontrent une chloroquinorésistance modérée de *P. falciparum* à Niamey en 2001 et ne justifient pas le remplacement de la chloroquine comme traitement de première ligne du paludisme simple à *P. falciparum*.

ETUDE RETROSPECTIVE DE 110 CAS DE PALUDISME A L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES LAVERAN, MARSEILLE

CA 04

F TOPIN, B CHAUDIER, F RUBY, JJ LEUSSIER, X LEMAÎTRE, P HOVETTE

HIA Laveran, Marseille

En France, le taux d'incidence du paludisme est en constante augmentation en raison de l'accroissement du tourisme de masse (près de 3 millions de voyageurs en 1999), de l'extension de la chimiorésistance et de l'absence d'une chimioprophylaxie simple et bien tolérée. Nous avons colligé 110 dossiers de paludisme, les critères majeurs et mineurs définis selon l'OMS, dans un travail rétrospectif pour une étude descriptive, épidémiologique et clinique des accès palustres admis à l'HIA Laveran, pendant la période du 1 janvier 2000 au 31 décembre 2001. Sur le plan épidémiologique, la population étudiée est constituée d'un effectif de 110 personnes, dont 77 hommes, 32 femmes et 1 enfant de 14 ans (sex-ratio=2,33). L'âge moyen était de 35 ans (extrêmes 14-74 ans). 61 % des sujets sont situés dans la tranche d'âge 20-40 ans. La durée moyenne du séjour en zone d'endémie des non-résidents était de 60 jours. 48 % des cas de paludisme ont eu pour origine l'Afrique de l'Ouest, Centrale et de l'Est et 37 % les Comores. Neuf cas des 110 accès palustres sont survenus chez des personnes ayant perdu leur prémunition. Sur le plan prophylactique, 61 personnes sur 110 ont utilisé une chimioprophylaxie médicamenteuse, dont 29 adaptés, mais 16 seulement ont respecté une prise régulière et une durée correcte. Seules 20 personnes ont eu recours à une protection mécanique. Nous avons comparé nos résultats avec les données nationales du CNRMI sur les cas de paludisme en France métropolitaine en 1998: la population de notre étude comportait une plus forte prépondérance de la communauté comorienne (37,27 % vs 11,5 % de l'effectif total); *P. falciparum* a été identifié dans 76,36 % des accès; un seul accès palustre grave à *falciparum* a été retrouvé dans notre étude; il n'y eut aucun décès; la moyenne du délai diagnostique pour l'espèce *P. falciparum* à compter du retour de la zone d'endémie apparaissait plus court (11,68 jours *versus* 17,6), mais le délai de recours aux soins plus long (8,26 jours vs 6,4). Si les 35 cas d'accès palustres avec signes digestifs associés n'ont pas entraîné de retard diagnostique, ce délai est doublé (24 jours) pour ceux avec signes pulmonaires associés (13 cas). Cette étude rétrospective montre que les cas de paludisme ne sont pas négligeables à Marseille. *P. falciparum* est impliqué dans 76 % des accès, près de la moitié (46 %) ont présenté des manifestations trompeuses (signes digestifs ou pulmonaires). Les cas de contamination provenant de l'Océan Indien sont importants en raison de la forte communauté comorienne à Marseille et justifient une action de prévention plus accrue à leur égard.

ETUDE DE L'EFFICACITE DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE ANTIPALUSTRE PAR MEFLOQUINE EN 2001 DANS L'ARMEE FRANÇAISE

CA 05

L OLLIVIER-GAY, A SPIEGEL, L GALOISY-GUIBAL, R MICHEL, K SBAL IDRISSE, I BERGERI, JP BOUTIN

Service de Médecine des Collectivités, IMTSSA, Marseille

La chimioprophylaxie antipalustre des militaires français a été modifiée à compter du 1^{er} mars 2001. Dans les pays classés dans le groupe 3 de chimiorésistance de *Plasmodium falciparum* (Gabon, Guyane et Djibouti) et en Côte d'Ivoire, la méfloquine a été introduite pour les personnels effectuant un séjour de courte durée (<5 mois) au sein d'une compagnie tournante. La chimioprophylaxie des personnels effectuant un séjour de longue durée (personnels permanents) n'a pas été modifiée et repose sur l'association chloroquine – proguanil. L'objectif est d'évaluer l'efficacité de la chimioprophylaxie antipalustre par la méfloquine. Dans chaque territoire, les cas de paludisme et les effectifs des militaires exposés sont déclarés à la surveillance épidémiologique. L'introduction de la méfloquine s'est échelonnée dans les territoires concernés entre les semaines 18 et 23 selon la date d'arrivée des compagnies tournantes. Les comparaisons ont porté sur les taux d'incidence du paludisme survenu en zone impaludée avant et après l'introduction de la méfloquine en 2001 et sur les périodes correspondantes en 2000, chez les personnels tournants et permanents, afin de prendre en compte la saisonnalité et une éventuelle variation du risque de transmission d'une année à l'autre. Aucun cas de paludisme n'ayant été déclaré à Djibouti en 2000 et 2001 chez les personnels tournants, ce territoire n'a pas été inclus dans notre étude. Pour un séjour de courte durée, quel que soit le territoire considéré, les taux d'incidence du paludisme en 2001 avant l'introduction de la méfloquine n'étaient pas significativement différents de ceux de la période correspondante en 2000. Après l'introduction de la méfloquine, les taux d'incidence du paludisme étaient significativement plus faibles par rapport à 2000 en Côte d'Ivoire ($p=10^{-5}$), au Gabon ($p=10^{-5}$) et en Guyane ($p=0,03$). En ce qui concerne un séjour de longue durée, quel que soit le territoire considéré, les taux d'incidence du paludisme chez les personnels permanents en 2001 avant l'introduction de la méfloquine n'étaient pas différents de ceux observés pendant les périodes correspondantes en 2000. En 2001, après l'introduction de la méfloquine, une diminution significative du taux d'incidence du paludisme par rapport à la période correspondante en 2000 n'a été observée qu'en Guyane ($p=0,002$). Après l'introduction de la méfloquine, les taux d'incidence du paludisme ont diminué de façon significative chez les personnels tournants en Côte d'Ivoire, au Gabon et en Guyane. Chez les personnels permanents bénéficiant de l'association chloroquine-proguanil, aucune évolution significative n'a été observée en Côte d'Ivoire et au Gabon. La diminution du taux d'incidence du paludisme chez les personnels permanents en Guyane peut également être attribuée à la méfloquine. En effet, lorsque les personnels permanents effectuent un séjour en zone forestière profonde, ils bénéficient comme les personnels tournants d'une chimioprophylaxie par méfloquine. Nos résultats suggèrent que la baisse du taux d'incidence du paludisme chez les personnels tournants doit être rapportée à l'utilisation de la méfloquine et non pas à une réduction du risque de transmission. La méfloquine est donc plus efficace que l'association chloroquine-proguanil en Côte d'Ivoire, au Gabon et en Guyane.

RESULTATS D'UNE RECHERCHE SYSTEMATIQUE D'HEMATOZOAIRES EN MEDECINE INTERNE A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

CA 06

JL PERRET¹, M SANE², JF THUAN², K BA², P COLBACHIN², B NDOYE²

1 - HIA Legouest Metz • 2 - Hôpital Principal, Dakar

L'expression du paludisme à *Plasmodium falciparum* est polymorphe. Une recherche systématique d'hématozoaires en avait retrouvé chez 13 % des malades non fébriles de médecine interne à Libreville. Une telle investigation a été réalisée du 25/11/00 au 5/01/01 chez les patients hospitalisés à la clinique Brévié de l'Hôpital Principal de Dakar. Tous les entrants non traités par antipalustres dans le mois précédent ont bénéficié d'une détection d'hématozoaires par frottis et goutte épaisse le jour de leur hospitalisation. Soixante-cinq sujets ont été testés (34 H, 31 F; 15 < âge < 86 ans). Chez 22 malades fébriles (> 37,5°C), 7 (31,2 %) étaient porteurs de trophozoïtes de *P. falciparum* avec des densités parasitaires (dp) allant de 0,8 à 4 %. Trois sujets sur 43 non fébriles (7 %) en présentaient également. Le premier était un homme de 24 ans connu depuis 3 ans pour une insuffisance rénale chronique non étiquetée. Sa créatininémie était à 2800 mmol/L, l'Hb à 4,9 g/dL, les plaquettes à 245 109/L et les leucocytes à 6,1 109/L. Des gamétocytes et des trophozoïtes de *P. falciparum* avec une densité de 0,4 % étaient isolés. Le deuxième était un homme de 76 ans en insuffisance rénale chronique par néphroangiosclérose. La créatininémie était à 650 mmol/L, l'Hb à 6 g/dl, les plaquettes à 179 109/L et les leucocytes à 8,4 109/L. Des trophozoïtes de *P. falciparum* étaient retrouvés avec une dp à 0,4 %. Enfin, une femme de 44 ans, asthmatique en poussée, hospitalisée après échec d'un traitement ambulatoire par fluoroquinolone et corticoïdes, se révélait porteuse de trophozoïtes de *P. falciparum* avec une dp de 0,5 % (Hb = 13,5 ; Plaquettes = 74 109/L ; leucocytes = 23,3 109/L). Si l'hypothèse palustre est toujours envisagée devant une fièvre au Sénégal, cette étude entreprise à la fin de la saison de haute transmission dans la région de Dakar a révélé des cas inattendus chez des patients dont le diagnostic n'aurait probablement pas été porté sans ce protocole. Aucune médication pouvant perturber le cycle parasitaire ou minorer une hyperthermie n'a pu être mise en cause chez les deux insuffisants rénaux qui n'avaient pas non plus reçu de transfusion sanguine durant les mois précédents. Chez de tels patients, la découverte de toute constance réversible de majoration de l'anémie a son intérêt.

ALTERATION DES RYTHMES DE TEMPERATURE CORPORELLE PROFONDE ET D'ACTIVITE MOTRICE DANS LA TRYPANOSOMOSE AFRICAINE EXPERIMENTALE

CA 07

C CHEVRIER¹, B BOUTEILLE², A BLANC³, R CESPUGLIO⁴, A BUGUET⁵, L BOURDON¹

1 - CRSSA, La Tronche • 2 - Institut de Neurologie Tropicale, Limoges

3 - Faculté des Sciences et Techniques, St Etienne

4 - Inserm-U 480, Lyon • 5 - IMTSSA, Marseille

Au stade de méningoencéphalite, la trypanosomose humaine africaine (THA) ou maladie du sommeil est caractérisée par un trouble du rythme circadien du cycle veille-sommeil et par une altération de la structure des épisodes de sommeil, qui débutent fréquemment par du sommeil paradoxal (SOREM). Ces altérations sont proportionnelles à la gravité des signes cliniques et biologiques. Les rythmes circadiens endocriniens sont également altérés chez la plupart des malades. Plus particulièrement, il existe une avance de phase du rythme de la mélatonine. Ces données suggèrent, plutôt qu'une désorganisation de l'horloge interne (les noyaux suprachiasmatiques), une diminution de l'activité des neurones sérotoninergiques du système du raphé modulant l'altération des rythmes circadiens et l'existence de SOREM. Afin de disposer d'un marqueur facile à suivre, nous avons examiné le rythme circadien de la température corporelle profonde (Tco) de 16 rats Sprague-Dawley mâles pour vérifier l'existence ou non d'une altération liée à la THA. La mesure de Tco et de l'activité motrice spontanée (AMS) a été réalisée par un capteur téléométrique implanté dans la cavité abdominale. Les données ont été recueillies en continu au cours d'une période débutant plusieurs jours avant l'infestation par *Trypanosoma brucei* brucei et s'étendant jusqu'au décès de l'animal. Quelle que soit la durée de survie des animaux après l'infestation (2 à 3 semaines), ils ont tous présenté au cours de l'évolution une hypothermie importante précédée d'une diminution de l'amplitude du rythme circadien de Tco et suivie d'une altération importante mais transitoire de ce rythme. Cette hypothermie se reproduit à intervalles réguliers jusqu'à disparition totale du rythme circadien de Tco qui précède le décès de l'animal. De plus, elle est concomitante de l'arrêt de la prise alimentaire et d'une perte de poids importante. Ces résultats confortent les données précédemment acquises sur l'altération des rythmes circadiens de la veille et du sommeil et celle des rythmes endocriniens. L'altération du rythme circadien de Tco représente donc un marqueur de l'évolution de la THA facile à suivre au cours de l'évolution de la maladie. La chute brutale de Tco vers le dixième jour suivant l'infestation pourrait bien correspondre à la pénétration du système nerveux central par les trypanosomes. Celle-ci perturberait donc très rapidement les mécanismes de régulation hypothalamiques, qu'il s'agisse de la régulation de la prise de nourriture ou de celle du cycle veille-sommeil.

Adresse Internet de la Revue Médecine Tropicale
< imtssa.medtrop@wanadoo.fr >

SYNDROME NEPHROTIQUE AU DECOURS D'UN ACCES PALUSTRE A *PLASMODIUM FALCIPARUM* TRAITE PAR ARTEMETHER ET SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE

CA 08

K BA FALL, PS MBAYE, M THIAM, M SANE, M GUEYE, JM DEBONNE
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

L'étiologie des syndromes néphrotiques au cours du paludisme n'est pas univoque. Nous rapportons le premier cas publié au Sénégal d'un syndrome néphrotique au cours d'un paludisme à *P. falciparum* traité par arteméthér et sulfadoxine-pyriméthamine (SP). Une femme de 47 ans asthmatique était reçue pour un syndrome œdémateux évoluant depuis 5 jours. L'histoire de la maladie débutait 15 jours auparavant par un accès palustre à GE positive isolant *P. falciparum*. Un traitement par arteméthér était interrompu à J3 devant l'apparition de lipothymies. Il était poursuivi avec 2 ampoules de sulfadoxine-pyriméthamine en une injection IM avec une évolution favorable. Elle fut hospitalisée devant l'apparition d'œdèmes du visage et des membres inférieurs apparus cinq jours plus tard. A l'entrée, l'état général était conservé, les muqueuses colorées, le visage bouffi, on notait des œdèmes mous bilatéraux des membres inférieurs. La TA était à 14/9, le pouls à 80, la température à 37°C, le poids à 80 kg, la taille à 1,57 m, la diurèse conservée à 1000 ml/24H. Le reste de l'examen physique était normal. Le bilan paraclinique montrait : créatinémie 11 mg/l, protéinurie 14,5g/24H, protidémie 45g/l, albuminémie 22,8g/l, cholestérolémie 5 g/l, triglycéridémie 1.65g/l. La fibrinémie était à 4.9g/l, la calcémie à 75mg/l. La GE était négative. L'hémogramme, le bilan hépatique, l'ionogramme sanguin, urinaire, l'ECBU, le compte d'Addis étaient normaux. L'ECG, la radiographie pulmonaire étaient normaux. A l'échographie les reins étaient de taille normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire. La sérologie HIV1 et 2, les facteurs rhumatoïdes, les ACAN, les anti-DNA natifs, les ASLO étaient négatifs. La PBR concluait à une néphrose lipoïdique à lésions glomérulaires minimes. L'évolution était favorable sous 1mg/kg/24H de prednisone associée aux diurétiques. La protéinurie disparaissait dès J8 de traitement. La corticothérapie était poursuivie et diminuée progressivement, sans rechute du syndrome néphrotique. Cette patiente a donc présenté un syndrome néphrotique pur en rapport avec une néphrose lipoïdique au décours d'un accès palustre traité par arteméthér et SP. Deux facteurs étiologiques peuvent être discutés. D'une part le paludisme, responsable de syndromes néphrotiques, mais à lésions histologiques rénales habituellement différentes. D'autre part une cause médicamenteuse. La SP est un produit ancien, largement utilisé et qui n'a jamais été rendue responsable de manifestations rénales. L'arteméthér est un schizonticide d'introduction plus récente pour lequel aucun cas de syndrome néphrotique n'a été rapporté dans la littérature (Medline) ou à la pharmacovigilance du laboratoire ; il convient cependant d'être vigilant, d'autant que ce médicament est de plus en plus utilisé, notamment au Sénégal.

TROP OU TROP PEU DE PARASITES : DEUX APPLICATIONS DE LA PCR AU DIAGNOSTIC DU PALUDISME

CA 09

E GARNOTEL, B CHAUDIER, D PARZY, P HOVETTE, M MORILLON
HIA Laveran, IMTSSA, Marseille

Les diagnostics microscopiques avec ou sans méthodes de concentration restent la référence pour le diagnostic du paludisme. Mais il est de rares circonstances où la biologie moléculaire et singulièrement la PCR peuvent avoir un rôle déterminant. Soit parce qu'il n'y a aucun parasite visible : la première observation concerne un jeune comorien de 21 ans admis pour une anémie à 5,6 g/l et une splénomégalie stade 5 évoluant depuis 7 ans. Le diagnostic évoqué était celui de splénomégalie malarique hyper réactive d'autant qu'il présentait un titre très élevé en anticorps. Les recherches répétées par QBC restaient négatives et seule la PCR permettait d'affirmer la présence de *P. malariae*. Soit parce qu'il y a trop de parasites visibles : il s'agit d'une jeune comorienne hospitalisée pour fièvre au retour et pour laquelle le frottis sanguin montrait de nombreux éléments parasitaires parmi lesquels on peut reconnaître les caractéristiques de *P. malariae*, mais aussi celles de *P. vivax* (une discussion était possible avec *P. ovale*) et pour laquelle la recherche d'antigène HRP2 de *P. falciparum* était positive. La PCR permettait de trancher, d'affirmer un double parasitisme à *P. malariae* et *P. vivax* et d'éliminer *P. falciparum*, la réaction avec les anticorps HRP2 étant dès lors considérée comme une réaction croisée.

APPORT DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS LA REANIMATION DU PALUDISME GRAVE DE L'ENFANT AU SENEGAL

CA 10

P IMBERT^{1,2}, P GERARDIN¹, C ROGIER³, P JOUVENCEL¹, B DIATTA¹, AS KA¹
1 - Hôpital Principal, Dakar • 2 - HIA Bégin Saint-Mandé • 3 - IMTSSA Marseille

Le paludisme grave est une cause majeure de décès chez l'enfant en milieu tropical. Si le traitement antipaludique est largement disponible, la réanimation des cas graves se heurte à l'insuffisance fréquente de moyens dans les pays en développement. Nous rapportons notre expérience de la ventilation mécanique des formes graves du paludisme de l'enfant à Dakar. Etude rétrospective de 1996 à 2000 des enfants (< 15 ans) ayant nécessité une ventilation mécanique à l'Hôpital Principal de Dakar pour un paludisme grave (critères de gravité OMS 1990). Le service de pédiatrie disposait d'appareils de surveillance cardio-vasculaire et de cinq respirateurs. En 5 ans, 83 patients admis pour paludisme grave ont nécessité une ventilation mécanique (durée médiane : 36 heures, IQ 25-75 : 4-72). L'indication était la suivante : état de mal convulsif : 20, coma calme (Glasgow 7 ou Blantyre 2) : 16, engagement cérébral : 15, collapsus : 15, arrêt cardio-respiratoire : 13 et détresse respiratoire : 4. Le décès (n = 50) est survenu dans 100 % des arrêts réanimés, 93 % des collapsus et 50 % des détresses respiratoires. Au sein des indications neurologiques, la survie était meilleure pour les comas calmes (98 %, p < 0,0001). Une infection nosocomiale (n = 20) était plus fréquente en cas d'indication respiratoire (p < 0,01). Parmi les 33 survivants, 3 avaient des séquelles importantes (dépendance d'un tiers : 2, état végétatif : 1) à la sortie. En analyse multivariée, le risque de décès était significativement plus élevé en cas d'indication circulatoire (OR : 189 ; IC 95 % : 13-8251), d'engagement cérébral (OR : 19,2 ; IC 95 % : 2,4-220), ou en présence d'une thrombopénie < 100 000/mm³ (OR : 3,4 ; IC 95 % : 1,2-9,6). Les respirateurs utilisés étaient de maniement simple et l'équipe était formée à la réanimation. Diverses difficultés sont survenues, notamment pour la disponibilité immédiate des appareils. Néanmoins, dans cette série pédiatrique dakaroise, la ventilation a favorisé la guérison de 40 % des cas les plus graves de paludisme. Le pronostic était le meilleur dans les indications neurologiques « à froid », se rapprochant des résultats observés en Occident. La thrombopénie confirme sa valeur pronostique identifiée précédemment chez l'enfant. Une plus grande disponibilité de la ventilation mécanique en milieu tropical contribuerait à faire reculer la létalité hospitalière du paludisme grave chez l'enfant.

EVALUATION DE L'IMPORTANCE DES LEISHMANIOSES CUTANÉES AU SEIN DU 3^e RÉGIMENT ÉTRANGER D'INFANTERIE A KOUROU, GUYANNE, DE 1998 A 2001

CA 11

O DE STABENRATH¹, JB MEYNARD², X OBERT¹

1 - 3^e REI, Kourou • 2 - Service de Médecine des Collectivités, IMTSSA, Marseille

Les leishmanioses cutanées sévissent de façon endémo-épidémique en Guyane. Les personnels du 3^e Régiment Étranger d'Infanterie (3^e REI) de Kourou sont exposés au risque leishmanien au cours des missions de présence en forêt (6 à 8 missions profondes annuelles), sur les postes isolés de l'Oyapock (St Georges et Camopi) ou au Centre d'entraînement en forêt équatoriale (CEFE) à Régina. L'étude a porté sur les cas de leishmanioses cutanées survenus au sein du régiment entre 1998 et 2001, en les différenciant selon l'origine des militaires, le lieu du diagnostic et de la prise en charge médicale. Durant l'été 1998, deux compagnies de combat du 3^e REI ont été dissoutes au profit de compagnies tournantes. Le régiment compte depuis cette date 55 % de personnels tournants. L'incidence des leishmanioses cutanées survenues au sein du régiment entre 1998 et 2001 était de 155 cas. Les leishmanioses cutanées étaient importées et diagnostiquées en métropole dans 39 cas (25%). Les légionnaires du 3^e REI représentaient 54 % des cas et les personnels tournants 46 %. Deux tiers des cas survenaient au dernier trimestre de l'année (d'octobre à décembre). Seuls 10 % des cas survenaient à la saison sèche. La répartition géographique des lieux supposés de contamination montrait que le CEFE et sa région étaient fortement impliqués : 56 cas (36 %) au retour de cette zone. L'exposition des deux catégories de personnels au risque leishmanien était différente. Les légionnaires exposés étaient peu nombreux (1 compagnie de combat) mais étaient exposés fréquemment et régulièrement pendant 2 ans. Les personnels tournants étaient très nombreux (2 compagnies tous les 4 mois), individuellement peu exposés mais fréquemment sur les sites à risque, notamment au CEFE. Cette étude met en évidence la réalité d'un risque de contamination maximal au dernier trimestre de l'année. La période sanitaire d'interdiction des sorties en forêt entre le 15 novembre et le 15 janvier, instaurée depuis 1998, semble donc pleinement justifiée.

UNE BIEN PATENTE LATENCE : A PROPOS D'UNE AMIBIASSE RECTALE ÉVOLUANT DEPUIS 9 ANS

CA 12

P REY, S DE WILDE, C CARRERE, JL PERRET

HIA Legouest, Metz

L'amibiase intestinale « maladie », expression rectocolique du pouvoir pathogène d'*Entamoeba histolytica* (EH), se traduit par des manifestations critiques d'évolution le plus souvent aiguë que chronique. Nous rapportons une observation d'amibiase rectale chronique active évoluant depuis 9 ans, non précocement diagnostiquée car curieusement non avouée. Un caucasien de 32 ans, au seul antécédent de giardiasis contractée et traitée avec succès par métronidazole en 1991 lors d'un séjour en Guyane, est adressé en 2002 pour des troubles digestifs évoluant depuis 1993 pour lesquels il n'a jamais consulté. Il se plaint de douleurs hypogastriques et ténésmes récurrents, de selles diarrhéiques fécales alternant avec des exonérations glairo-sanglantes n'excédant pas 10 émissions/j, diurnes et nocturnes. L'état général est conservé (taille 1m80, poids 82 kg), il n'y a pas de fièvre. L'examen général et proctologique est normal. La biologie montre : hémoglobine 15.2 g/dl, polynucléaires neutrophiles 16 800/mm³, plaquettes 457 000/mm³, fibrinogène, CRP et tests hépatiques normaux, sérologie VIH négative, coproculture stérile et absence de parasites dans les selles. La rectosigmoïdoscopie montre une muqueuse rectale érythémato-congestive par plaques, parsemée d'ulcérations superficielles en « coups d'ongle ». Le sigmoïde est macroscopiquement normal. Les biopsies rectales (état frais négatif) montrent en histologie la présence d'EH histolytica dans une ulcération. Sous Flagyl® (1,5 g/j/10j), la guérison clinique est obtenue en 5j, confirmée à 2 mois après une cure d'Intetrix® (4 cps/j/10j). L'amibiase colique chronique (ACC) regroupe 3 tableaux qui comportent obligatoirement la présence dans le côlon d'EH à la différence de la colopathie post-amibienne où le parasite a disparu du colon. L'amoebome, rare, traduit une réaction inflammatoire granulomateuse hypertrophique pseudo-tumorale, entretenue par la présence d'EH histolytica, hématophage. L'ACC non pathogène, caractérisée par la présence dans les selles de kystes ou de formes minuscules d'EH, s'exprime par des troubles fonctionnels intestinaux isolés et peut représenter une forme de passage vers l'ACC avec présence d'amibes hématophages. Notre observation illustre cette troisième forme, surtout rencontrée en zone d'endémie et liée à l'évolution d'une amibiase aiguë non traitée. L'état général, souvent altéré, s'associe aux troubles du transit rapportés dont les modalités diagnostiques sont superposables à celles de l'amibiase aiguë. La chronicité fait cependant particulièrement évoquer des diagnostics différentiels, au premier rang desquels les maladies inflammatoires chroniques intestinales. Le délai diagnostique exceptionnel de notre observation, dont la contamination a vraisemblablement été contractée en Guyane, a finalement été rapporté à un tabou anatomique.

Adresse Internet de la Revue Médecine Tropicale
< imtssa.medtrop@wanadoo.fr >

MADUROMYCOSES DEVELOPPEES AU MEMBRE SUPERIEUR JUSQU'OU PEUT-ON POUSSER LE TRAITEMENT CONSERVATEUR EN MILIEU TROPICAL ?

CA 13

M LEVADOUX, A FABRE, F GUNEPIN, X FRANÇOIS, S RIGAL

HIA Percy, Clamart

Si la localisation des mycétomes fungiques est bien connue au membre inférieur et plus communément désignée sous le terme générique de « Pied de Madura », l'atteinte du membre supérieur est beaucoup plus rare. La chirurgie est encore, en absence d'antifongique efficace, le traitement de référence de cette pathologie. Faute de consultation précoce, le geste en milieu tropical est souvent malheureusement l'amputation. Acceptée à contre cœur à la jambe par des patients en majorité musulmans, elle doit être évitée au maximum au membre supérieur pour des raisons sociales, éthiques et de techniques d'appareillage. Les auteurs présentent une série de 4 cas de mycétome du membre supérieur en milieu soudano-sahélien pris en charge entre novembre 2001 et mars 2002. La série comprend 2 localisations au coude, une à la main et une à l'avant bras. Le traitement regroupe une résection complète avec couverture par un lambeau chinois, une tentative de replantation de main, une résection avec couverture immédiate et une amputation d'avant bras. La surinfection systématique de ces lésions chroniques par des pyogènes complique le traitement conservateur. Des pansements locaux associés à une courte cure préopératoire d'antibiotique simple peu onéreux et efficaces contre le staphylocoque (Bactrim®) permet de diminuer l'inflammation. Mais la disponibilité aléatoire conjoncturelle en antibiotiques efficaces peut compromettre un traitement conservateur audacieux. Devant une forme sévère surinfectée, avec atteinte pluritissulaire et surtout articulaire et osseuse, l'amputation en tissu sain reste la règle ; là encore, les antibiotiques permettent l'obtention d'un moignon plus long. A la main, l'amputation partielle essayant de conserver une pince pollici-digitale associée à un maintien de l'écart commissural, doit être privilégiée.

HISTOPLASMOSE DISSEMINEE A *HISTOPLASMA CAPSULATUM* REVELEE PAR UNE MILIAIRE CEREBRALE CHEZ UN ADULTE SERONEGATIF POUR LE VIH

CA 14

X NICOLAS¹, H GRANIER¹, A GARIN², G BESSON³, AM LE FLOHIC³,
JP LABORDE¹, F TALARMIN¹, F ZAGNOLI¹, F KLOTZ¹

1 - HIA Clermont-Tonnerre, Brest

2 - CH Cornouaille, Concarneau • 3 - CHU Cavale Blanche, Brest.

Un patient de 58 ans est hospitalisé en décembre 2001 pour altération de l'état général avec trouble neurologique, ulcérations buccales persistantes et faiblesse des membres inférieurs évoluant depuis 2 ans. Ses antécédents sont marqués par une prostatectomie pour cancer localisé, une artérite oblitérante pontée, un éthyisme chronique non sévère et un tabagisme ancien (85 PA). Il vient de séjourner 17 années en Afrique noire dans le transport fluvial du bois exotique. L'examen d'entrée montre une large ulcération pseudo-aphte labiale et gingivale, une confusion, une hémiparésie corporelle gauche, une ataxie cérébelleuse, et une hépatomégalie avec angiomes stellaires. La biopsie gingivale montre un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse. Le scanner puis l'IRM cérébrale mettent en évidence une dissémination de multiples micronodules avec aspect en cocarde évoquant des lésions secondaires. La radiographie thoracique montre des microlésions calcifiées et un nodule paracardiaque droit. Le scanner abdominal trouve une hypertrophie surrénalienne bilatérale. L'absence d'identification d'un cancer primitif fait pratiquer une biopsie neurochirurgicale d'une lésion cérébrale qui s'avère être un abcès. L'examen histologique conclut en faveur d'un granulome histiocyttaire contenant de nombreuses inclusions léviriformes arrondies : l'examen mycologique identifie des chlamydoconidies typiques d'*Histoplasma capsulatum*. Les recherches orientées d'histoplasme (urines, hémocultures, LBA, moelle) sont négatives comme les diverses sérologies (histoplasmoses, VIH, HTLV, toxoplasmoses, cryptococcose, syphilis, coccidioidose). L'évolution est à ce jour défavorable tant sur le plan neurologique que général malgré la prescription amphotéricine B IV puis d'itraconazole *per os*. Une prescription d'itraconazole iv est actuellement réalisée sous ATU. L'histoplasmoses américaine à *H. capsulatum*, dite « à petites formes » ou « maladie de Darling », est une maladie d'importation rare qu'il faut savoir évoquer au retour des tropiques. Les cas sont en augmentation en raison de l'immunodépression due au VIH (maladie opportuniste). Cette mycose profonde cosmopolite est rarement disséminée (<0,1% des cas), la dissémination survenant sur terrain prédisposé, immunodéprimé (sida, greffe, corticoïdes) ou débilisé (hématopathie maligne, diabète, alcoolisme, cancer). L'atteinte du SNC est rare chez le patient non immunodéprimé (7 % vs 29 %). Notre patient présente une forme chronique multipolaire (cérébrale, pulmonaire, ORL, surrénalienne et pancréatique) favorisée par le cancer, l'intervention artérielle et l'éthyisme chronique. Le traitement classique repose sur l'amphotéricine B IV avec relais par l'itraconazole dès que l'évolution semble favorable. Le dosage de l'itraconazole permet éventuellement d'adapter la posologie pour tenir compte des interactions, ici avec les antiépileptiques. La durée optimale du traitement est de plusieurs mois en raison du risque de rechute.

Adresse Internet de la Revue Médecine Tropicale
< imtssa.medtrop@wanadoo.fr >

MYOSITES TROPICALES AU GABON

CA 15

U NGABOU¹, O ABDOU RAOUF², A JOUSSEAU², R TCHOUA¹

1 - Service de Réanimation, CH Libreville • 2 - Service d'Oxycologie CH Libreville, Gabon

La myosite, infection grave du muscle strié squelettique, reste d'actualité plus d'un siècle après sa première description. Les buts de notre analyse étaient d'abord d'identifier les facteurs favorisants, ensuite d'apprécier les particularités diagnostiques et enfin, d'évaluer la prise en charge par une étude prospective et multicentrique. Le cadre était le Centre hospitalier de Libreville, la Fondation Jeanne Eboriet l'hôpital Paul Igamba. Entre le 1/10/2000 et le 31/08/2001, ont été inclus dans notre étude 110 patients. Nous observons ainsi que la myosite touche électivement les sujets de sexe masculin dans 71 %, actifs avec un âge moyen de 27 ans. Les membres inférieurs sont atteints avec prédilection (76 %), la localisation monomusculaire était la règle. L'immunodéficience à VIH, représente le premier facteur étiologique observé chez 24 % des patients. La pyoculture retrouve majoritairement des cocci gram positif avec en tête de file le *Staphylococcus aureus* (79 %). Nous rapportons également pour la première fois à notre connaissance une myosite à *Aerococcus viri* dans. La rhabdomyolyse constante, devrait être systématiquement recherchée par le dosage d'enzymes musculaires. En dehors des classiques complications (17 % des cas) générales et locorégionales, un traitement médico-chirurgical précoce permet une évolution favorable dans 93 %. De cette analyse, il ressort une augmentation de la prévalence des myosites. Nous préconisons une sérologie rétrovirale systématique, sans oublier la recherche d'une rhabdomyolyse. Le staphylocoque méticillino-sensible reste le germe le plus souvent en cause, l'oxacilline devrait être l'antibiotique de première intention, et la chirurgie sera la moins invasive possible. La myosite est de bon pronostic. Cependant, nous pensons que notre étude devrait être complétée par des analyses épidémiologiques et anatomo-pathologiques.

UNE FIEVRE JAUNE PAS TRES COLOREE

CA 16

K BA FALL, JM DEBONNE, D DIA, P D FALL, M GUEYE, M SANE, PS MBAYE

Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

Les formes cliniques de la fièvre jaune (FJ) sont dominées par le tableau aigu d'hépatonéphrite, les formes latentes plus fréquentes sont asymptomatiques voire pauci-symptomatiques. Nous rapportons une observation originale d'une forme symptomatique grave, de durée prolongée ayant réalisé une présentation différente des aspects classiques. Un homme de 46 ans est hospitalisé le 25/02/2002 pour polyarthralgie et fièvre persistante. L'histoire de la maladie débutait brutalement le 14/02/2002 par l'apparition de polyarthralgies intenses des genoux, coudes, poignets associées à une fièvre élevée sans frissons ni sueurs et à des céphalées. A l'entrée, la température était à 39°C, le pouls à 124/mn, la tension artérielle à 13/8, le poids à 67 kgs, la taille à 1,72 m. L'état général était passable, les muqueuses colorées, non ictériques. L'examen neurologique notait un discret ralentissement psychomoteur sans syndrome méningé. Des signes d'arthrite existaient au niveau des genoux. L'auscultation cardiaque trouvait un rythme rapide, irrégulier. Le reste de l'examen était normal. Le bilan para clinique montrait : Hb 12,4 g/dl, 10 700 GB/mm³ dont 7896 PN, 359 000 plaquettes/mm³. Le TP, le TCA, l'ionogramme sanguin, la glycémie, la protidémie, la créatinémie, la protéinurie des 24h, la TSH étaient normaux. Les transaminases étaient : ASAT : 5N, ALAT : 5N, GT : 4N. Il existait un syndrome inflammatoire biologique. La GE était faiblement positive avec une DP à 0,08 %. La TDM cérébrale, l'échographie abdominale, la radiographie thoracique étaient normales. Le LCR montrait 3 GB/mm³, 0,87 g de protéinorachie. L'ECG retrouvait une ACFA. L'échographie cardiaque ne montrait pas de végétations. Malgré la perfusion de quinine, il persistait une fièvre élevée vespérale et une cytolysé hépatique. Les hémocultures, l'IDR, l'ECBU, la recherche de BAAR dans les crachats et le LCR, les ASLO étaient négatifs. Les sérologies suivantes étaient négatives : hépatites virales B, C, Widal, HIV, CMV, EBV, HTLV1 et 2, parvovirus B19, rickettsioses, toxoplasmose, syphilis, ACAN. Une antibiothérapie probabiliste par céfotaxime et ciprofloxacine instaurée pendant 10 jours était sans effet sur la fièvre. L'hypothèse d'une arbovirose a été évoquée. Les différentes sérologies réalisées étaient toutes négatives sauf pour le virus amaril. L'étude séquentielle des sérums à J7, J14, J21 a montré en l'absence de vaccination un profil sérologique caractéristique de fièvre jaune évolutive, avec élévation initiale et transitoire des IgM, suivie d'une élévation importante et retardée des IgG passant de 3200 à 6400. Le virus n'a malheureusement pas été isolé par PCR, du fait du retard du premier prélèvement, celui-ci étant effectué à une phase de virémie basse, indétectable. A partir de J20, l'évolution clinique et biologique a été spontanément résolutive. On notait des micro-adénopathies cervicales et un rash cutané. Chez ce patient qui n'était pas récemment vacciné contre le virus amaril présentant fièvre, polyarthralgies, hépatite, encéphalite et possible myocardite, nous avons retenu le diagnostic de FJ devant le profil sérologique caractéristique. A notre connaissance, ce tableau clinique de FJ n'a jamais été rapporté dans la littérature et est remarquable par son caractère inhabituel, la richesse de son expression et la durée de la fièvre.

BOUFFEE DE LEPTOSPIROSE EN MARTINIQUE

CA 17

N KENANE¹, M BRACHET¹, L GALOISY-GUIBAL², JP BOUTIN²

33^e Rima, Marseille • Service de Médecine des Collectivités, IMTSSA, Marseille

Les leptospiroses sont des infections dues à des germes appartenant au genre leptospira. Elles frappent de nombreuses espèces animales et sont transmises accidentellement à l'homme (2). La leptospirose est une maladie des pays chauds et humides comme l'illustre l'observation de 5 militaires en compagnie tournante (novembre 2000 à février 2001) au 33^e RIMA de Martinique qui, au cours d'un raid, ont été contaminés par une bactérie de type *Leptospira tarrasovi*. L'immersion prolongée dans une ravine infestée de leptospires semble être la cause de la contamination. Tous les cinq présentaient un syndrome fébrile avec myalgies diffuses et pour 3 d'entre eux une cytolysé hépatique. L'évolution clinique et biologique a été rapidement favorable sous antibiothérapie. L'incidence de la leptospirose en Martinique est difficile à évaluer car le polymorphisme clinique, le nombre de formes mineures, la positivité tardive de la sérologie contribuent à expliquer que ces infections demeurent numériquement sous estimées. La plupart des cas de leptospiroses décrits en Martinique sont des formes graves ayant entraîné des décès. C'est pourquoi même si nos 5 militaires ont présenté une forme bénigne de leptospirose, cette maladie doit rester une préoccupation pour le médecin d'unité affecté aux Antilles.

UNE INFECTION A CHEVAL SUR UN CANCER

CA 18

M SANE¹, JL PERRET², JF THUAN¹, P COLBACHINI¹

1 - Hôpital Principal, Dakar • 2 - HIA Legouest, Metz

Des germes banaux peuvent intervenir dans la constitution ou la surinfection d'excavations de cancers bronchopulmonaires mais des agents insolites sont parfois en cause, notamment à Dakar où les charrettes à cheval demeurent d'usage courant. Un Sénégalais de 75 ans, tabagique à 50 paquets-année, était hospitalisé pour une altération de l'état général avec toux et douleurs inflammatoires de la racine du bras gauche. L'examen objectivait un syndrome de Claude Bernard-Horner gauche et une température à 38°C. Un cliché thoracique montrait un volumineux abcès para-hilaire gauche qui s'évacuait en quelques jours, laissant la place à une cavité surmontée d'une opacité apicale hétérogène. La tomodensitométrie individualisait un complexe ganglio-tumoral hilaire, une cavité sus-jacente à paroi interne crénelée et une lésion culminale dense érodant les structures osseuses de voisinage. La bronchoscopie permettait la biopsie d'un bourgeon tumoral d'histologie épidermoïde. Chez ce patient à sérologie VIH négative, la culture du produit d'aspiration conduisait à l'identification d'un *Rhodococcus equi*. Individualisé dans la pneumonie du poulain en 1923, *Rhodococcus equi* a été décrit pour la première fois chez l'homme en 1967. La plupart des cas de la centaine d'observations rapportées à ce jour concerne des formes pulmonaires abcédées chez des sujets porteurs du VIH. De la famille des actinomycètes, ce coco-bacille Gram +, aérobic strict, faiblement acido-alcool résistant est un intracellulaire facultatif profitant de tout déficit de l'immunité cellulaire. Il vit dans le tube digestif de nombreux animaux domestiques mais surtout du cheval. Il peut persister longtemps dans un environnement chaud et humide et se transmet par inhalation. La vancomycine, l'érythromycine, la rifampicine, l'imipénème sont les plus actifs à son encontre mais une éradication peut être impossible en cas de profonde immunodépression.

INFECTION PERINEALE MASSIVE PAR *BASIDILOBOLUS RANARUM*. EFFICACITE DU FLUCONAZOLE

CA 19

F SIMON¹, JJ DE PINA¹, JA BRONSTEIN¹, F MEUSNIER¹, JH PATTE², M CORNET³, V LAVARDE³

1 - Centre Hospitalier des Armées Bouffard, République de Djibouti • 2 - Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille
3 - Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Les mycoses d'inoculation sont dominées par les eumycétomes, la sporotrichose, les zygomycoses dont la basidiobolomycose. On dénombre environ 170 cas d'infection par *Basidiobolus ranarum*, champignon tellurique surtout présent dans les zones humides d'Afrique inter-tropicale. Les auteurs rapportent l'observation d'une femme somalienne de 34 ans, mère de 7 enfants vivants, séronégative pour le VIH, souffrant d'une cellulite sous-cutanée et non nécrosante d'évolution chronique du périnée, des fesses et de l'hypogastre. L'affection a débuté au cours du troisième mois de sa 7^e grossesse par un abcès de la région anale qui fut traité traditionnellement en Ethiopie, par trituration avec un bout de bois. Dans les suites immédiates est apparue une infiltration inflammatoire douloureuse péri-anale. Malgré de multiples antibiothérapies, la tuméfaction s'est étendue en 12 mois aux tissus sous-cutanés avoisinants ; l'accouchement par voie basse a néanmoins été possible. A un an d'évolution, il existait un véritable blindage en « culotte » avec sténoses orificielles responsables, d'une part, de troubles mictionnels avec infection urinaire et, d'autre part, de difficultés à la défécation justifiant une colostomie de décharge. La biologie montrait une hyperleucocytose avec éosinophilie et un syndrome inflammatoire. La biopsie a permis l'identification de *Basidiobolus ranarum*. Le traitement par fluconazole pendant un mois a entraîné la guérison clinique et biologique, une consolidation thérapeutique a été effectuée par fluconazole pendant 8 semaines supplémentaires. L'originalité de ce cas se situe à plusieurs niveaux : premier cas humain contracté en Ethiopie, inoculation présumée lors de pratiques traditionnelles, développement pergravidique, rareté et sévérité de l'atteinte périnéale, succès de la culture fongique et efficacité spectaculaire du fluconazole intraveineux puis oral pendant trois mois.

CHOREE DE SYDENHAM. A PROPOS D'UN CAS VU AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE CAYENNE

CA 20

C LOIRE, K LOPES, MH BIARD, G EGMANN

Hôpital Andrée Rosemon, Cayenne

Le Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Andrée Rosemon de Cayenne reçoit chaque année plus de 3000 patients dont un tiers est représenté par les pathologies infectieuses pour la moitié spécifiquement tropicales : paludisme, dengue etc. Certaines pathologies sont rares et des mouvements choréiques chez un enfant doivent faire immédiatement évoquer une pathologie infectieuse. Fin 2001, le diagnostic de Chorée de Sydenham est porté chez une patiente de 14 ans présentant des mouvements anormaux des mains évoluant depuis 15 jours exacerbés le jour de son admission. L'examen clinique, hormis les mouvements choréiques des 2 mains, est normal. L'élévation franche des ASLO et ASDO permet de porter le diagnostic. Cette manifestation majeure rare du Rhumatisme Articulaire Aigu fait suite à une infection pharyngée par le streptocoque b hémolytique du groupe A, non ou insuffisamment traitée par la pénicilline chez l'enfant majoritairement de sexe féminin et âgé entre 5 et 15 ans. Une étude rétrospective sur 2 ans a permis de retrouver 4 cas de chorée de Sydenham. L'âge moyen est de 11,5 ans avec un sex-ratio de 3 filles pour 1 garçon. La clinique retrouvait en plus des mouvements choréiques une hypotonie dans 2 cas une hypotonie et également dans 2 cas des troubles neuropsychiatriques à type de troubles du comportement. Dans 50 % des cas, la notion d'infection pharyngée a été retrouvée. Dans tous les cas il y a une forte augmentation des ASLO et ASDO. Ainsi des troubles neuropsychiatriques associés à des mouvements choréiques chez un enfant doivent faire évoquer une étiologie infectieuse avec en premier lieu le Streptocoque b hémolytique du groupe A. Cependant d'autres pathologies infectieuses peuvent être responsables de mouvements choréiques surtout en milieu tropical : les encéphalites post-rougeole, coqueluche, oreillons et diphtérie dans les populations non vaccinées mais aussi le neuropaludisme et la méningite tuberculeuse. La chorée de Sydenham répond bien au traitement par antibiotiques (Pénicilline V) et Halopéridol, il est donc important d'en faire le diagnostic ; un traitement au long cours à base de pénicilline V doit être entrepris pour éviter les rechutes.

DREPANOCYTOSE ET VERTIGE : UNE ASSOCIATION POSSIBLE?

CA 21

T BRICHE, O CHOLLET, J P DIARD, M KOSSOWSKI
HIA Percy, Clamart

Les auteurs rapportent la première description en langue française d'un patient porteur d'une drépanocytose à manifestation clinique vestibulaire. Le patient est originaire d'Afrique de l'Ouest et est porteur d'une drépanocytose de type SC diagnostiquée en 1978. Il est suivi pour une rétinopathie ischémique et a consulté à de nombreuses reprises pour des crises douloureuses avec vertiges rotatoires dans de nombreux établissements de la région parisienne sans qu'un suivi médical soit possible du fait du nomadisme médical du patient. L'histoire clinique a débuté par une sensation de déséquilibre progressif, de durée brève, accompagnée d'une hypoacousie et d'acouphènes gauches. Un intervalle libre de cinq jours a précédé une récurrence aiguë accompagnée de signes végétatifs qui a justifié l'hospitalisation. A l'admission aucun contexte particulier n'a été révélé. L'examen clinique a mis en évidence un syndrome vestibulaire périphérique harmonieux avec une surdité gauche neuro-sensorielle. L'examen neurologique était sans particularité. Biologiquement ont été décelées une anémie à 9,6 g/dl et une électrophorèse de l'hémoglobine anormale : hémoglobine S: 43%, hémoglobine C 41,6%, hémoglobine F: 1,7 %. Les sérologies virales sont demeurées négatives. L'exploration fonctionnelle confirmait l'atteinte vestibulaire avec une hypovalence gauche à l'examen calorique, un équilibre avec des scores visuels et vestibulaires effondrés et une atteinte des voies nerveuses longues. Les PEA objectivaient un allongement des latences sans anomalie inter aurale. L'IRM éliminait un processus tumoral ou des anomalies de signal. L'amélioration a été rapidement obtenue avec un traitement labyrinthoplogique et anti émétique. Le patient a été suivi trois semaines, avec normalisation des examens avant d'être perdu de vue. En France, 1 enfant sur 1500 est porteur du gène codant l'hémoglobine S. En Ile de France le nombre est estimé à 3000. C'est une affection qui n'est plus rare d'observer en Métropole, 80 % de ces patients sont originaires d'Afrique noire, 20 % sont originaire d'Europe ou d'Afrique du nord. Cliniquement les hématies ont une déformabilité diminuée, les rendant incapables de franchir les réseaux capillaires et de la obstruant des vaisseaux sanguins avec les conséquences d'ischémie en aval. Ce phénomène, itératif, rapide et récidivant est favorisé par l'hypoxie dans un délai très rapide. L'exercice physique, la déshydratation, et le temps chaud favorisent l'apparition de crises vaso-occlusives. Tous les organes sont intéressés et entraînent des hospitalisations itératives. L'évolution contraste entre les porteurs du gène homozygotes et hétérozygotes, ces derniers présentant moins de complications graves et leur affection peut rester longtemps méconnue. Si les manifestations cochléaires sont bien connues, les manifestations vertigineuses le sont moins. La plupart des auteurs insistent sur le nombre des accidents infra cliniques (dont les manifestations cochléo-vestibulaires) ce qui doit inciter à rechercher ce diagnostic, même en métropole, pour mettre en œuvre un traitement préventif spécifique.

LES URGENCES OPHTALMOLOGIQUES A L'I.O.T.A DE BAMAKO AU MALI EN 2001-2002

CA 22

JP BOITTE, F KEITA-SYLLA, J TRAORE
IOTA, Bamako, Mali

Les urgences ophtalmologiques en milieu tropical sont exceptionnellement prise en charge dans les six premières heures. Les facteurs socio-économiques (éloignement, compréhension, coût des traitements), le manque de structures de soins spécialisés en ophtalmologie de troisième référence (en capitale en général), la variété des traumatismes (contusions par rixes ou sports, aiguilles de tresses, accident de la voie publique), constituent autant de freins à une prise en charge précoce. A l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique à Bamako, nous avons recensé les urgences qui se sont présentées en dehors des horaires d'activité opératoire réglée sur une période de 12 mois; les agents traumatiques, le profil du blessé oculaire, les lésions ophtalmologiques de l'examen en urgence, la prise en charge chirurgicale et le bilan lésionnel au bloc opératoire sont analysés. Nous avons relevé 20 % de plaies du globe oculaire nécessitant une prise en charge chirurgicale immédiate. Les complications oculaires sont souvent graves et touchent de nombreux enfants en âge scolaire pour lesquels la thérapeutique de deuxième intention pose des problèmes de techniques chirurgicales complexes. Les séquelles restent fréquentes et pénalisent l'avenir visuel de ces patients souvent jeunes. Alors que le développement des axes et des moyens de communication se poursuit dans la Sous-Région, une meilleure sensibilisation des infirmiers des centres de santé communautaire devrait réduire les séquelles oculaires et s'ajouter aux nécessaires et toujours actuels efforts de prévention.

TRAITEMENT TRADITIONNEL DE LA CATARACTE : ENCORE UNE RÉALITÉ EN 2002

CA 23

JP BOITTE, J TRAORE, F KEITA-SYLLA
IOTA, Bamako, Mali

Technique séculaire du traitement de la cataracte, l'abaissement de la lentille cristallinienne dans le bas-fond vitréen par les tradipraticiens reste une réalité plus fréquente qu'il n'y paraît même s'il est difficile de l'évaluer exactement sur le plan épidémiologique. A propos de plusieurs cas isolés vus à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de Bamako en 2001 et 2002, nous en rappelons les origines historiques et mettons en exergue les complications ophtalmologiques bien connues. La lutte contre les agissements de la "famille Sidibé" dans la Sous-Région doit constituer un combat de Santé publique nationale. Il doit s'appuyer sur tous les moyens de communication modernes (souvent utilisés par les tradithérapeutes eux-mêmes) et obtenir le soutien des autorités politiques pour convaincre les populations de l'inutilité et des risques d'un tel traitement. Cette lutte doit aussi s'accompagner d'une nécessaire revalorisation des ophtalmologistes chirurgicaux actuels en dynamisant la formation initiale des médecins C.E.S. et la formation continue des médecins diplômés par l'apprentissage des techniques d'extraction extra-capsulaire du cristallin avec implantation de lentille en chambre postérieure. Cette formation, actuellement réalisée à l'I.O.T.A. depuis de nombreuses années, doit se poursuivre et s'intensifier au niveau Sous-Régional et en Afrique en général pour un résultat urgent afin de supprimer de l'arsenal thérapeutique cette méthode traditionnelle archaïque et dangereuse pour les patients.

L'HYPHEMA POST-CONTUSIF A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

CA 24

NN GUEYE, CM SECK, E MVE MENGOME, D PINTARD, A LAM
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

L'hyphéma ou collection hémorragique de la chambre antérieure de l'oeil est fréquent après une contusion du globe. Peu de travaux lui ont été consacré en Afrique. Nous nous proposons d'étudier ses caractéristiques dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Principal de Dakar qui, du fait de son fonctionnement permanent, reçoit la majeure partie des urgences ophtalmologiques de la région de Dakar. Cette étude est rétrospective de Janvier 1990 en Décembre 1999. Elle concerne les hyphémas reçus en urgence suite à une contusion. Ont été exclus, les hyphémas non traumatiques, iatrogènes ou associés à une plaie perforante du globe. Ils ont été classés en cinq stades suivant leur abondance. L'âge, le sexe, les circonstances, la cause du traumatisme, le délai de consultation, l'abondance de l'hyphéma, les signes associés, le traitement institué, le délais de résorption et les séquelles sont les principaux paramètres étudiés. 126 cas suivis au moins pendant 3 mois ont été retenus. L'indication chirurgicale a été posée uniquement pour les cas graves dont l'évolution sous traitement médical n'est pas favorable après 5 jours. Les 126 cas colligés comportent 35 femmes et 91 hommes âgés de 3 à 48 ans avec une moyenne de 16,6 ans. L'hyphéma est total ou subtotal dans 72 cas. 54 % des patients ont présenté une hyperpression intra-oculaire. Le délai de consultation est en moyenne 5 jours. Seul 1/4 des patients (31 cas) ont été opérés. Le temps de résorption est de 9 jours en moyenne avec un traitement médical et 16 jours en cas d'intervention chirurgicale. L'origine de l'hémorragie n'est évidente que dans 1/4 des cas. Les causes sont dominées par : les coups reçus, 39 % des cas et les projectiles, 40 %. Les accidents de la rue, 36 cas ; les rixes et agressions, 22 cas ; sévices corporels, 20 cas : sont les circonstances les plus fréquentes. Les séquelles sont importantes. Après 3 mois de suivi, 56,5 % des patients ont perdu la fonction de l'oeil atteint. Dans notre expérience, les hyphémas surviennent sur des patients relativement jeunes. Leurs étiologies sont différentes des causes et circonstances rencontrées dans les pays occidentaux. Ils ont un pronostic réservé du fait de la violence des traumatismes et des retards de prise en charge responsables des lourdes séquelles.

L'ABCES DE CORNEE : A PROPOS DE 100 CAS A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

CA 25

CM SECK, NN GUEYE, D PINTARD, E MVE MENGOME, A LAM
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

L'abcès de cornée est une urgence relativement fréquente dans notre service. L'objectif de cette étude est d'en évaluer l'épidémiologie, la prise en charge et ses résultats à travers une centaine de patients hospitalisés au service d'ophtalmologie de l'Hôpital Principal de Dakar. Il s'agit d'une étude rétrospective de 100 cas de janvier 1995 en octobre 2001. Le protocole comporte : un examen ophtalmologique quotidien ; un examen ORL et Stomatologique ; une consultation de Médecine interne, de Pédiatrie, d'Urologie et/ou de Gynécologie suivant les données de l'anamnèse ; un écouvillonnage coméo-conjonctival et une radiographie des Sinus ; une antibiothérapie initiale topique et générale probabiliste adapté ultérieurement aux données de l'antibiogramme. Les autres paramètres étudiés sont : l'âge, le sexe, le délai de consultation, les caractéristiques cliniques, la durée d'hospitalisation, les séquelles anatomiques et les résultats fonctionnels. Nous avons noté 58 hommes et 42 femmes d'un âge moyen de 46 ans. 10 % des cas seulement ont consulté dans les 72 heures et 50% après une semaine. Le siège de l'abcès était central dans 73 % des cas, l'endothélium atteinte dans 80 % et un hypopion présent dans 40 % des cas. L'hospitalisation est supérieure à une semaine dans 73 % des cas. Un germe a été retrouvé chez 27 patients : *Staphylococcus coagulase +* (10 cas), *Streptococcus meti* (7 cas), Filaments mycéliens (5 cas), *Staphylococcus coagulase ±* (3 cas) et *Pseudomonas aeruginosa* (2 cas). Ont développé un leucome, 75 % des cas, dont 28 adhérents correspondant aux abcès perforés. Vingt patients seulement ont récupéré une acuité visuelle supérieure ou égale à 1/10, mais au moins 60 % auraient pu récupérer une acuité utile avec une kératoplastie. Cinq ont été éviscérés. Les abcès de cornée en milieu tropical se singularisent par un pronostic sévère lié à leur extrême gravité, un diagnostic étiologique difficile et une prise en charge tardive et insuffisante.

Renseignements et informations :

Revue Médecine Tropicale
IMTSSA
BP 46 Le Pharo - 13998 Marseille Armées
<imtssa.medtrop@wanadoo.fr>
Tel. : +33 (0) 4 91 15 01 47 • Fax : +33 (0) 4 91 15 01 29

PRISE EN CHARGE

CA 26

DES CRISES DOULOUREUSES DREPANOCYTAIRES A DOMICILE : ETAT DES LIEUX

O ABDOU-RAOUF¹, Y OLIVERA², T MOUNIENGUET VAVA¹, A JOUSSEAUME¹, R TCHOUA²

1 - Service d'Oxylogie, CH Libreville • 2 - Service de Réanimation, CH Libreville, Gabon

La drépanocytose est un problème de santé publique au Gabon. La fréquence des porteurs du gène est estimée à 25 %. De nombreux travaux ont été réalisés ces dernières années sur la prise en charge en milieu hospitalier gabonais des différentes manifestations de la maladie. Mais à la date de cette étude, aucun travail n'a été consacré à la prise en charge à domicile par les parents et les patients eux-mêmes des crises douloureuses vaso-occlusives, quand nous connaissons le fort taux d'automédication dans nos régions. Le but de ce travail est d'analyser les habitudes thérapeutiques en dehors de l'hôpital des parents d'enfants drépanocytaires et des adultes drépanocytaires eux-mêmes. Il s'agit d'une enquête qui s'est déroulée dans le service d'Oxylogie du Centre Hospitalier de Libreville du 1^{er} janvier au 31 mars 2002. Elle a consisté en un entretien des parents d'enfants drépanocytaires et des adultes drépanocytaires admis dans le service, quel que soit le motif, sur les habitudes thérapeutiques en dehors de l'hôpital lors des crises douloureuses vaso-occlusives. Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2002, nous avons enregistré 75 patients drépanocytaires majeurs dont 54 présentaient des crises douloureuses vaso-occlusives (72 %), 16 une anémie aiguë (21,3 %), 3 une pneumopathie (4 %) et 2 une cholécystite (2,7 %). Les principaux moyens thérapeutiques utilisés à domicile pendant les crises douloureuses sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (57,3 %), le paracétamol simple (32 %), les salicylés (4 %), la pentoxifyline (4 %) et le paracétamol codéiné (2,7 %). Dans 84 % des cas les posologies ne sont pas adaptées au poids du malade. L'importance de la réhydratation est connue par 68 % des parents et des patients eux-mêmes, mais elle n'est citée comme moyen thérapeutique que par 12 % d'entre eux. Les antalgiques du troisième palier de l'Organisation Mondiale de la Santé ne sont nullement cités. Les patients consultent en moyenne 36 heures après le début des douleurs et devant la persistance de celles-ci malgré le traitement antalgique administré à domicile. Le souhait de toutes les personnes interviewées est que le corps médical les aide à diminuer leur souffrance pour limiter les perturbations de la vie sociale, professionnelle, affective et familiale qu'induit la répétition des épisodes douloureux. La drépanocytose étant reconnue comme un problème de santé publique au Gabon, l'organisation de la prise en charge des crises douloureuses vaso-occlusives (événement le plus patent caractérisant l'évolution de la maladie), tant en pré-hospitalier que pendant la phase hospitalière, devient un problème primordial. Des programmes d'information et d'éducation à l'endroit des parents des drépanocytaires et des malades eux-mêmes devraient mettre l'accent sur la bonne utilisation des antalgiques disponibles dans nos pays à savoir ceux des paliers I et II de l'OMS. La mise à la disposition des services hospitaliers habitués à prendre en charge les patients drépanocytaires, des antalgiques plus puissants, s'avère indispensable car certaines crises douloureuses justifient leur prise en charge en milieu hospitalier dès le début des symptômes.

SUPPURATIONS INTRACRANIENNES A POINT DE DEPART ORL CHEZ L'ENFANT OUEST-AFRICAIN A PROPOS DE 12 CAS

CA 27

H PASSERON¹, AS KA¹, I DIAKHATE¹, C CONESSA¹, G BARBERET¹, P IMBERT^{1,2}

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - HIA Bégin, Saint-Mandé

Les suppurations intracrâniennes à point de départ ORL sont devenues rares en Occident. Les données en Afrique subsaharienne sont peu nombreuses et concernent essentiellement l'adulte. Nous rapportons 12 cas pédiatriques observés à Dakar dans cette étude rétrospective réalisée du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 2000 chez les enfants admis pour suppuration intracrânienne dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Principal à Dakar, Sénégal. Seuls ont été inclus les cas secondaires à une infection ORL et confirmés par tomodensitométrie (TDM). 9 garçons et 3 filles d'âge moyen 11,6 ans (7-15) et sans antécédent ont été inclus. Le délai moyen d'admission était de 12 jours (1-60) pour la fièvre et de 4 jours (1-22) pour les signes neurologiques. Le tableau associait une fièvre constante, un ou plusieurs symptômes neurologiques (céphalées : 10, syndrome méningé : 6, troubles de conscience : 5, signes de localisation : 4 ou convulsions : 3), et une infection ORL patente (sinusite : 7, otite : 1). La biologie montrait une hyperleucocytose constante, une fibrinémie élevée ou un LCR anormal dans 2/3 des cas. Les recherches bactériologiques (hémocultures, LCR, prélèvement du pus ORL ou intracrânien) étaient rarement positives : *Staphylococcus aureus* méti-S : 2 cas, *Streptococcus* non groupable : 1 cas et *Pseudomonas cepacia* : 1 cas. La sinusite, visible 2 fois sur 6 à la radiographie, était affirmée 11 fois en TDM. Celle-ci a révélé un abcès unique frontal (7 cas) et/ou un empyème sous-dural (5 cas). L'antibiothérapie IV initiale, (céfotaxime, pénicilline M et métronidazole en général) était relayée au bout d'environ 30 jours par une fluoroquinolone orale ou le thiamphénicol pendant environ un mois. Elle était associée à des corticoïdes 5 fois et au phénobarbital 9 fois. Une ponction-drainage ORL et/ou cérébrale a été pratiquée chez respectivement 6 et 9 patients. Tous les enfants ont guéri, 3 ayant des séquelles neurologiques. Cette série pédiatrique, la première en Afrique subsaharienne, permet de dégager les points suivants : âge, prédominance masculine et présentation clinique conformes aux données occidentales et Nord-Africaines ; intérêt majeur du scanner pour le diagnostic et le traitement (pathologie méconnue dans ce service avant la TDM) ; antibiothérapie le plus souvent probabiliste, basée sur les données occidentales ; évolution le plus souvent favorable grâce au traitement médico-chirurgical, malgré le retard aux soins et les insuffisances de la bactériologie liées aux conditions d'exercice et à la fréquence des antibiothérapies antérieures.

POLYRADICULONEURITE AIGÜE SECONDAIRE A UNE DENGUE DE TYPE 2 EN GUYANE FRANÇAISE

CA 28

C LOIRE¹, D HOMMEL², A HULIN²

1 - SAMU 97.3 • 2 - Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Général de Cayenne, Guyane

Classiquement, les infections par les virus de la dengue sont répertoriées par ordre de gravité : patient asymptomatique, fièvre indifférenciée, dengue classique, dengue hémorragique pouvant se compliquer d'un état de choc. Mais de nombreuses formes cliniques ou complications existent, en particulier neurologiques. Nous présentons l'étude d'un cas de polyradiculonévrite aiguë (PRNA) hospitalisé dans le service de réanimation polyvalente du CHG de Cayenne et revue de la littérature. Un homme de 43 ans consulte au SAU de Cayenne pour un syndrome pseudo grippal d'installation brutale évoluant depuis 48 heures. L'examen clinique ne permet pas d'obtenir d'orientation étiologique. Les examens biologiques orientent vers une infection virale : Goutte épaisse négative, leucopénie : 2900 él./mm^3 , thrombopénie : 123000 él./mm^3 . L'évolution biologique montre une majoration de la leucopénie à 1600 él./mm^3 et de la thrombopénie à 25000 él./mm^3 . Le patient consulte à nouveau 16 jours plus tard pour une fatigabilité des membres inférieurs apparue 9 jours plus tôt et s'intensifiant progressivement. L'examen clinique objective un déficit moteur symétrique à prédominance distale des membres inférieurs accompagné de paresthésies dans le même territoire, une absence de déficit sensitif, une abolition des réflexes ostéotendineux aux membres inférieurs. En 48 heures, le déficit moteur touche la racine des membres et la ceinture abdominale, les paresthésies se majorent, des signes sensitifs déficitaires apparaissent et le patient est transféré vers le service de réanimation polyvalente. Compte tenu de l'infection virale supposée, le diagnostic de PRNA est évoqué. L'étude du L.C.R. montre une protéinorachie à 1,98 g/l, une cellularité à 314 lymphocytes/ mm^3 . Il n'est pas réalisé d'examen électrophysiologique. Le patient bénéficie de 4 échanges plasmatiques. Au 22^e jour, la motricité des membres inférieurs s'améliore. Un examen neurologique à 3 mois objective une récupération neurologique complète. Une recherche sérologique d'infection par un virus de la dengue est réalisée. Un isolement viral sur culture cellulaire de type AP-61 et une RT-PCR sur un sérum précoce sont positifs pour le virus dengue 2.

	Sérologie des Arboviroses (IHA)				Ig M anti-dengue (ELISA)
	DEN-1	DEN-2	DEN-3	DEN-4	
Sérum à J2	20	40	40	40	Négatif
Sérum à J19	2560	20480	10240	10240	Positif
L.C.R. à J19					Positif

Des cas de PRNA secondaires à une infection par un virus de la dengue ont déjà été décrits, sans que les preuves diagnostiques soient toujours établies : diagnostic de PRNA douteux (intervalle trop court entre le début de la maladie et l'apparition des signes neurologiques) ou diagnostic de dengue incertain basé sur une élévation des titres d'anticorps en IHA ou sur la présence d'anticorps antidengue de type IgM par technique ELISA. Une infection par un virus de la dengue peut donc se compliquer d'une PRNA. Ce seul cas répertorié pourrait être confirmé par une recherche systématique d'un virus de la dengue devant toute PRNA survenant en milieu tropical ou au retour d'un pays tropical.

LES ACCIDENTS D'EXPOSITION SEXUELLE A DJIBOUTI UNE SITUATION INQUIETANTE MAIS PAS UNE FATALITE

CA 29

JJ DE PINA¹, E BERNADET², F SIMON¹, R DUPEYRON³, JP ABADIE⁴, JA BRONSTEIN¹

1 - CHA Bouffard, Djibouti

2 - Service médical de la 13^e DBLE • 3 - Service médical du 5^e RIAOM, Djibouti

4 - Service médical du DA 188, Djibouti.

La prise en charge des accidents après exposition sexuelle (« AES ») est bien codifiée dans les armées. Une étude rétrospective sur un an (du 01/08/2000 au 31/07/2001) à partir des données sérologiques du laboratoire du CHA Bouffard, a permis de retrouver 525 cas d'« AES ». La sérologie VIH n'a été pratiquée chez la partenaire que dans 308 cas (59%). Dans 40 cas (13% des partenaires) la sérologie était positive. Ces 40 cas ainsi que les 217 patients (42%) pour lesquels la partenaire est inconnue ont été traités pendant un mois par bithérapie. Ceci représente un coût économique de 176 231 € (1 156 000 FF). Le traitement par bithérapie entraînant une inaptitude physique et sportive, le coût opérationnel est important puisque l'on peut considérer que ces « AES » ont entraîné l'indisponibilité opérationnelle de 2 compagnies tournantes sur un an, soit près d'une section par mois. Depuis octobre 2001, la sensibilisation des personnels militaires, mais aussi des prostituées, a permis de diminuer de façon considérable le nombre de cas à partenaire inconnue (de 42 % à moins de 15 %) et, par voie de conséquence, les coûts financiers et opérationnels. Une étude par interrogatoire menée parallèlement chez les patients et leurs partenaires est en cours d'exploitation. Elle devrait permettre de préciser la réalité des ruptures de préservatifs, les populations à risques sur lesquelles renforcer l'éducation sanitaire et d'étudier les facteurs de risques précédemment décrits dans la littérature.

SYPHILIS AMYGDALIENNE : 2 OBSERVATIONS

CA 30

JJ MORAND, E LIGHTBURN, O COULET, T BOYE, E GARNOTEL, M GAL, C CHOU, P HOVETTE

HIA Laveran, Marseille

Un homme de 25 ans ayant pour antécédent une uréthrite gonococcique après un rapport non protégé avec une prostituée en Guyane l'année dernière, consulte pour des exulcérations amygdaliennes et palatines bilatérales sensibles et peu indurées à la palpation, associées à de petites adénopathies cervicales. Il n'y a pas d'autre symptôme clinique. L'examen du prélèvement pharyngé au microscope à fond noir et la sérologie VIH sont négatifs. La sérologie syphilitique est positive : TPHA 1/20480, VDRL 1/256, FTA IgG 1/5120. Le prélèvement uréthral retrouve un *Trichomonas vaginalis*. Un traitement par Extencilline, IM 2, 4 MU x 2 à une semaine d'intervalle est réalisé. Le malade développe une réaction fébrile de type Herxheimer régressive sous Polaramine. Un homme de 43 ans sans d'antécédent consulte pour une ulcération amygdalienne gauche indurée indolore avec adénopathie angulomaxillaire gauche. Le reste de l'examen est sans anomalie. La sérologie syphilitique est positive : TPHA 1/4560, VDRL 1/64, FTA Abs 1/400 ; la sérologie VIH est négative, la numération formule sanguine est normale. Le tableau clinique et biologique est en faveur d'une syphilis secondaire à type de plaques muqueuses amygdaliennes même si le caractère isolé de cette atteinte muqueuse (absence de roséole, d'alopécie en clairière, de plaques fauchées linguales ou d'érosions génitales, de syphilides palmo-plantaire) est assez atypique. Nos malades alléguaient des relations hétérosexuelles. La benzathine-benzylpénicilline demeure le traitement de référence. La survenue d'une réaction de Jarisch-Herxheimer est rare : il s'agit d'une réaction cytokinique pyrogène favorisée par la lyse des spirochètes (décrite aussi lors de borréliose ou de rickettsiose), plus fréquente lors du traitement d'une syphilis secondaire. Il semble plus logique de prévenir ce phénomène par les anti-histaminiques et les antipyrétiques que par une corticothérapie générale, licite néanmoins lors de troubles neurologiques ou au cours d'une grossesse où la réaction peut être alors sévère.

UNE METHODE ATYPIQUE DE CULTURE DE *BASIDILOBOLUS RANARUM*

CA 31

JJ DE PINA¹, F SIMON¹, F MEUSNIER¹, V LAVARDE², M CORNET²

1 - CHA Bouffard, Djibouti • 2 - Laboratoire de Mycologie, Hôpital Européen Georges Pompidou

Le diagnostic au laboratoire des zygomycoses due à *Basidiobolus ranarum* repose sur l'histologie et les cultures. A partir d'une biopsie cutanée, réalisée chez une patiente somalienne de 34 ans, hospitalisée pour un syndrome tumoral pelvien sous cutané jamais traitée, différents milieux de culture ont été ensemencés et incubés à 37°C. Dans le cas présenté, la mise en culture directe de fragments de la biopsie sur des milieux usuels (Mueller-Hinton, Chocolat polyvitex, gélose au sang, et sabouraud) n'a pas été contributive. Par contre les cultures sur milieux de Lowenstein et Coletsos ont été positives mais après 3 semaines. Plus intéressante et surprenante, est l'utilisation de milieux permettant l'isolement des germes anaérobies. En effet la mise en culture d'un fragment de biopsie dans un bouillon de Schaedler a permis d'objectiver en 48 heures un trouble, conduisant à ensemencer, à partir de ce bouillon, une gélose chocolat et une gélose de Schaedler incubée en anaérobiose. L'examen microscopique des colonies apparues en 5 jours sur la gélose de Schaedler a permis d'évoquer le diagnostic. Les subcultures obtenues sur gélose sabouraud et gélose au malt, incubées cette fois en aérobiose, ont permis en 1 semaine de confirmer le diagnostic. L'aspect macroscopique des colonies sur gélose de Sabouraud et gélose au malt était évocateur de *Basidiobolus ranarum* : colonies glabres de couleur beige-cannelle légèrement étoilées et plissées au centre. En microscopie optique nous avons observé des filaments mycéliens larges (> 8 µm) et non septés, des spores globuleuses, des conidiophores simples et courts de forme ampullaire ainsi que des zygospores intercalaires lisses, à double paroi, présentant des becs de conjugaison caractéristiques. Tous ces éléments nous ont permis de confirmer l'identification de *Basidiobolus ranarum*. A notre connaissance, c'est la première fois que l'utilisation de milieux de culture en anaérobiose est décrite pour isoler cet agent pathogène.

PROBLEME POSE AU SAMU SMUR ET AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCES PAR LES MORSURES DE SERPENTS EXOTIQUES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

CA 32

J SEYER, S LINE, JM KERLEAU, J GONCLAVES

Service hématologie-biologies, Hôpital Avicenne, Bobigny

Le problème posé par la détention de serpents exotiques venimeux par des collectionneurs en France Métropolitaine a déjà été signalé (HartL info tox n° 11, novembre 2000). Depuis quelques années s'est développée en France la mode des « nouveaux animaux de compagnie ». La majorité d'entre eux ne posent pas de problème. Cependant, certaines espèces d'araignées, de poissons, de scorpions et enfin de serpents peuvent sécréter des venins toxiques pour l'être humain. Les plus dangereux potentiellement sont sans contexte les serpents. L'éleveur d'espèces venimeuses s'expose un jour ou l'autre à une morsure avec envenimation pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou avoir des conséquences fonctionnelles voire économiques importantes. C'est ainsi que nous avons été confrontés à la morsure avec envenimation par *Agkistrodon contortrix*. Cet animal provenant d'Amérique Centrale est classiquement responsable aux Etats-Unis de 25 % des envenimations. L'observation concerne un collectionneur de 21 ans mordu à l'index droit lors d'un changement de vivarium d'un de ses trois spécimens. Après appel au SAMU le patient est hospitalisé en urgence dans le service de réanimation devant les risques de CIVD, d'insuffisance respiratoire et d'insuffisance rénale aiguë. Un seul sérum spécifique est retrouvé en France dans un élevage privé et est mis à disposition du service. Devant l'ischémie par garrot interne du doigt, des incisions de décharge latérales sont réalisées. Malgré un aspect péjoratif, la nécrose des phalanges évoluera favorablement avec une revascularisation complète du doigt. Le patient sort de réanimation au 4^e jour. Le traitement aura été symptomatique associant antalgiques, héparine de bas poids moléculaire et antibiotiques. Après avoir rappelé les caractéristiques zoologiques, éthologiques de ces espèces et la toxicité de leurs venins, nous envisagerons les difficultés posées par ce type de pathologie aux régulateurs des SAMU-SMUR avec les conséquences qu'elles posent tant sur le plan médical, stratégique et socio-économique.

ENVENIMENTS OPHIDIENNES ET URGENCES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

CA 33

JP CHIPPAUX
IRD Dakar, Sénégal

Les envenimations ophidiennes constituent en Afrique subsaharienne une urgence médico-chirurgicale fréquente, identifiée comme telle à la fois par les agents de santé et les patients ou leur entourage. Pourtant, leur prise en charge est très largement insuffisante. L'incidence de cet événement est fortement sous-estimée. Des évaluations récentes ont permis de chiffrer à plus d'un million le nombre annuel de morsures de serpent dont 500 000 envenimations. Environ 20 000 décès surviendraient chaque année, parmi lesquels une faible fraction est rapportée par les services de santé nationaux. Les circonstances et le contexte des accidents ne favorisent pas leur prise en charge par les centres de soins. Les morsures ont lieu en brousse, loin des dispensaires et plus encore des hôpitaux. Les délais de consultation sont élevés, compris entre 4 et 48 heures. En outre, les patients hésitent sur le choix du parcours thérapeutique : de 50 à 90 % d'entre eux s'adressent au tradipraticien au moins en première intention. Le tableau clinique, relativement simple en principe, est mal appréhendé par les agents de santé : la détresse respiratoire après envenimation cobraïque n'est qu'exceptionnellement traitée par une respiration artificielle pourtant salvatrice et les syndromes hémorragiques ne sont diagnostiqués qu'après l'extériorisation des hémorragies. Le traitement est mal codifié et reste méconnu de la plupart des agents de santé. Le sérum antivenimeux, seul traitement étiologique efficace, est inaccessible. Moins de 1 % des besoins sont actuellement pourvus et le coût du traitement correspond à plusieurs mois de revenu d'une famille de paysans. Les solutions résident en 3 points qui font l'objet d'une importante mobilisation en Afrique subsaharienne : une évaluation épidémiologique plus précise des accidents d'envenimation permettrait de cibler les besoins ; une meilleure disponibilité des médicaments et tout particulièrement du sérum antivenimeux réduirait la mortalité significativement ; une formation appropriée du personnel de santé, surtout ceux qui servent dans les centres de santé périphériques, conduirait à améliorer les soins d'urgence. On espère ainsi abaisser la mortalité de 90 % dans les prochaines années.

ACCUEIL DE PATIENT RAPATRIÉ POUR SUSPICION DE FIEVRE HÉMORRAGIQUE VIRALE : PROCÉDURE ÉTABLIE AU SAMU 93

CA 34

M FLEURY, F LAPOSTOLLE, F ADNET, C LAPANDRY
SAMU 93, Hôpital Avicenne, Bobigny

En 1995, le SAMU 93 a pris en charge pour la première fois, en urgence, un patient suspect de fièvre hémorragique virale (FHV) sur l'aéroport de Roissy - Charles de Gaulle. Cette prise en charge, reposant sur une procédure écrite, présente de multiples contraintes qui doivent être gérées avec rigueur par la régulation du SAMU et par le SMUR. La régulation du SAMU doit assurer, dès la décision du rapatriement, une coordination étroite entre les différents acteurs : équipe de rapatriement, SMUR et service hospitalier destinataire, spécialisé en maladies infectieuses. Une préparation préalable de l'ensemble des personnels impliqués (médecins du SAMU et du SMUR, infirmiers, ambulanciers) est nécessaire pour éviter toute improvisation. La régulation du SAMU recueille les informations concernant le patient et en particulier les mesures de protection prises pour le transport aérien. Il suit le déroulement et les horaires du rapatriement et organise l'accueil. Le SAMU s'assure du suivi du patient et informe le SMUR des résultats des examens biologiques confirmant ou non le diagnostic de FHV. Au niveau du SMUR, tout le personnel doit être clairement informé de la nature de la maladie, des modes de transmission et des mesures de protection, d'isolement, d'hygiène et de désinfection à mettre en œuvre. L'utilisation de matériel et de linge à usage unique est privilégiée. Avant l'intervention du SMUR, il importe de préparer l'Unité Mobile Hospitalière (UMH), le matériel médical, les tenues pour le personnel et d'organiser au retour de l'équipe le nettoyage, la désinfection-décontamination ainsi que l'élimination des déchets. Avant le transport, toute l'équipe de l'UMH est habillée avec des tenues de protection complète. À la prise en charge du patient, il est vérifié que celui-ci est correctement isolé ainsi que l'équipe de rapatriement. Les indications d'actes invasifs sont strictement respectées et le nombre de personnes s'occupant du patient limité. Le recueil de liquides biologiques doit être particulièrement protégé. L'accueil de ce type de patient aux aéroports ne peut être confié qu'à des équipes formées et entraînées à la prise en charge de patients hautement contagieux. Cette prise en charge est contraignante pour les équipes du SAMU et du SMUR, elle impose une préparation soignée et de la rigueur pour éviter une dissémination virale.

X^e Actualités du Pharo

Paludisme et Recherche

et

tout thème de médecine tropicale

4, 5, 6 SEPTEMBRE 2003

HYPOVOLEMIES RECURRENTES PAR SYNDROME DE CLARKSON AU SENEGAL

CA 35

JL PERRET¹, M SANE², JF THUAN², K BA²

1 - HIA Legouest, Metz • 2 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal •

Le syndrome de fuite capillaire, décrit par Clarkson en 1960, constitue une entité rare qui s'exprime par des crises hypovolémiques liées à une hyperperméabilité aiguë de certaines parois vasculaires aux protéines. Moins de 50 cas ont été recensés et nous rapportons une première observation africaine. Une métisse afro-caucasienne née en 1942, a été hospitalisée à quatre reprises entre 1990 et 2000 à l'Hôpital Principal de Dakar pour des tableaux aigus stéréotypés. Ceux-ci survenaient au décours d'épisodes infectieux tels des rhumes ou un « accès palustre » et associaient des lipothymies, des nausées et une sensation d'engourdissement des extrémités qui étaient oedématisées. L'examen constatait essentiellement un effondrement tensionnel avec tachycardie réactionnelle et tous les troubles étaient corrigés par remplissage de macromolécules et de sérum salé. Il n'y avait aucune perturbation entre les épisodes et les recherches d'endocrinopathie, d'allergie, notamment médicamenteuse, ou de causes métaboliques et toxiques étaient restées vaines. La revue de tous les bilans à l'occasion du dernier épisode permettait de constater l'association d'une hyperhémoglobinémie et d'une hypoprotidémie aux débuts des accès, toutes deux résolutive après traitement. Ce couplage étonnant de critères d'hémoconcentration et d'hémodilution trouve son explication dans un passage brutal des protéines de poids moléculaire compris entre 200.000 et 900.000 daltons vers le secteur interstitiel. La physiopathologie du syndrome de Clarkson reste hypothétique mais on découvre fréquemment une dysglobulinémie monoclonale, le plus souvent IgG kappa, que notre patiente présentait effectivement à un taux minime. Les crises sont volontiers déclenchées par des épisodes infectieux des voies respiratoires supérieures et pourraient être prévenues par l'administration de terbutaline et d'aminophylline. Outre le risque de choc hypovolémique léthal, le pronostic est assombri par la possible émergence d'un myélome. La rencontre d'une telle observation en Afrique démontre l'universalité de ce syndrome rare, mais qui peut être méconnu, dont le diagnostic est cependant possible à partir d'éléments très simples.

ENDOCARDITE A *BARTONELLA QUINTANA* CHEZ UN SENEGALAIS IMMUNO COMPETENT

CA 36

M THIAM¹, PD FALL¹, SB GNING¹, JM GRINDA², JL MAINARDI²

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Les endocardites à *Bartonella* sont rares : moins de 50 cas ont été décrits dans le monde sur terrain immuno-déprimé. Mr Y.K. 38 ans, sans antécédent, avait été admis en Mai 2001 pour un tableau d'insuffisance cardiaque fébrile. L'examen, en dehors de l'hyperthermie, retrouvait un état général altéré avec une double fuite mitro-aortique et des signes d'insuffisance cardiaque globale. L'échocardiographie avait mis en évidence des végétations aortiques avec un début d'altération de la fonction systolique ventriculaire gauche. Sur le plan biologique, il existait un syndrome inflammatoire, des ASLO négatifs. Toutes les hémocultures étaient négatives, de même que les sérologies VIH1 et VIH2. Un traitement symptomatique associé à une bi-antibiothérapie (Pénicilline G, Gentamicine) avait été instauré. Devant une insuffisance cardiaque non contrôlée, il a été transféré en France pour un double remplacement valvulaire. Les suites opératoires ont été simples. L'étude en biologie moléculaire avec l'amplification du gène codant pour l'ARN 16 S a été positive à *Bartonella quintana* sur la valve associée à une sérologie positive avec un taux de 1/800. Le diagnostic d'endocardite à *Bartonella* sur terrain immuno compétent a été porté *a posteriori*. Devant une endocardite à hémocultures négatives très fréquentes (plus de 50 % en milieu hospitalier africain selon les études), en dehors d'une antibiothérapie, il faut savoir évoquer un germe à croissance lente nécessitant un milieu de culture spéciale ou identifiable par la biologie moléculaire.

LA TUBERCULOSE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

CA 37

PS MBAYE¹, M MBENGUE², F FALL¹, M OGOUGBEMY¹, M SANE¹, T LEAL¹, JM DEBONNE¹

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal

L'atteinte hépatique au cours de la tuberculose est polymorphe et souvent mise en évidence sur des biopsies. La granulomatose constitue la lésion la plus fréquente, suivie du tuberculome qui est une coalescence de granulomes pouvant former de volumineux abcès contenant du caséum. La tuberculose des voies biliaires, ou cholangite tuberculeuse, est rare et peut être secondaire à une rupture dans les voies biliaires d'un granulome caséux ou d'un tuberculome. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 36 ans, hospitalisée pour un carcinome épidermoïde de l'œsophage thoracique. La radiographie et la tomodensitométrie thoraciques ne montraient pas d'anomalies pleuro-parenchymateuses et d'adénopathies médiastinales. L'échographie et la tomodensitométrie abdominales montraient des voies biliaires intra-hépatiques calcifiées et dilatées, cette atteinte prédominant au niveau du lobe droit du foie. Il n'y avait pas d'adénopathies hilaires hépatiques ou coelio-mésentériques. Au temps abdominal de l'intervention de Lewis-Santy, la laparotomie permettait de mettre en évidence de nombreuses petites lésions hépatiques nodulaires, d'allure métastatique. L'intervention fut interrompue et des biopsies effectuées sur les nodules. L'examen histologique montrait un granulome tuberculoïde associé à une nécrose caséuse, sans cellules malignes. Elle reçut une quadrithérapie antituberculeuse et bénéficiait d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie anticancéreuse à base de 5 FU et de cysplatine. Dans les suites de ce traitement néoadjuvant, elle bénéficiait d'une reprise chirurgicale par la même technique. Le décès survenait au dixième jour postopératoire. Cette observation illustre une forme rare de tuberculose hépatique aboutissant à des calcifications des voies biliaires intra-hépatiques. Elle en rappelle également le caractère souvent trompeur, simulant ici des métastases hépatiques.

LA TUBERCULOSE DE L'ŒSOPHAGE : A PROPOS D'UN CAS

CA 38

PS MBAYE¹, M MBENGUE², F FALL¹, M SANE¹, P COLBACHINI¹, JM DEBONNE¹

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal

La tuberculose œsophagienne est rare. L'atteinte primitive de l'œsophage est exceptionnelle, elle se fait soit par contiguïté à partir d'adénopathies médiastinales fistulisées dans l'œsophage, plus rarement par voie hématogène au cours d'une miliaire ou par extension à partir d'une tuberculose laryngée. Nous rapportons l'observation d'un patient de 19 ans, hospitalisé pour une dysphagie d'apparition récente, d'aggravation progressive, sans vomissements, ni hématemèse, associée à une altération fébrile de l'état général. L'endoscopie digestive haute montrait deux ulcérations suspendues, contiguës, larges et creusantes de l'œsophage thoracique. La muqueuse sus et sous-jacente était normale. Le transit baryté de l'œsophage montrait deux images d'addition en rails, à contours irréguliers, à bords épaissis, sans trajet fistuleux. La radiographie thoracique montrait une opacité ovalaire de tonalité hydrique médiastinale postéro-inférieure gauche. La TDM mettait en évidence un épaississement circconférentiel de la paroi de l'œsophage thoracique, des adénopathies médiastinales et une plage hypodense du poumon gauche cernée par la plèvre médiastinale faisant discuter un abcès ou une fistule pleurale. Les tubages gastriques montraient des BAAR à l'examen direct et la culture identifiait *Mycobacterium tuberculosis*. La sérologie VIH1 et 2 était négative. Sur les biopsies des ulcérations œsophagiennes, il n'y avait pas de BAAR à la coloration de Zielh, l'examen histologique montrait des granulomes tuberculoïdes avec une nécrose caséuse. L'évolution était favorable sous quadrithérapie antituberculeuse avec une disparition de la dysphagie, un gain de poids de 18 kg en cinq mois, une cicatrisation des ulcérations œsophagiennes et une normalisation de la radiographie thoracique. L'origine tuberculeuse d'une ulcération de l'appareil digestif doit toujours être évoquée et justifie la réalisation de biopsies multiples, quel que soit l'aspect des lésions qui n'est jamais spécifique à l'endoscopie.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS DIGESTIFS AU GABON

CA 39

O ABDOU RAOUF¹, JB MOUSSAVOU-KOMBILA¹, B MABICKA², JR MZENZE¹, D MINKO-MI-ETOUA², JB BOUGUIKOUA¹, C NGUEMBI-MBINA¹

1 - CH Libreville • 2 - Département d'Anatomo-Pathologie, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon

La pathologie cancéreuse en milieu tropical, loin d'être occultée par les maladies infectieuses, reste d'actualité et fait l'objet de nombreuses recherches tant sur le plan épidémiologique que thérapeutique. En réalisant ce travail, les auteurs s'étaient fixés comme objectif de faire une évaluation épidémiologique des cancers digestifs au Gabon. La Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de Libreville abrite l'unique laboratoire d'anatomie pathologique du Gabon. Tous les cas présentés dans ce travail sont issus d'une étude rétrospective portant sur tous les cancers digestifs diagnostiqués au dit laboratoire, de janvier 1988 à décembre 1997. Les informations recueillies dans les registres comprenaient entre autres, les données démographiques des malades, la date du diagnostic, la topographie de la tumeur, l'aspect macroscopique et le type histologique du spécimen examiné. Les doubles enregistrements (les cas diagnostiqués les années précédentes, les récidives ou les métastases d'un cancer connu) ont été exclus grâce à plusieurs vérifications. Sur 3 692 cancers enregistrés au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé pendant la période d'étude, 15 % avaient une localisation digestive, soit précisément 554 cancers dont 340 chez l'homme (61,4 %) et 214 chez la femme (38,6 %), ce qui correspond à un sex ratio de 1,6. Ainsi, les cancers digestifs occupent la troisième place de toutes les tumeurs malignes, après les cancers gynécologiques et les cancers ORL, avec un taux d'incidence brut de 5,41 pour 100 000 habitants/an. L'âge moyen de diagnostic est de 45 ans avec des extrêmes allant de 4 à 86 ans. Le cancer du foie est la localisation digestive la plus fréquente 31,6 % devant le cancer colo-rectal 28,3 %, le cancer œsophagien 15,7 % et le cancer gastrique 14,2 %. L'adénocarcinome est la forme histologique la plus fréquente 42,9 % suivi du carcinome hépatocellulaire 26,3 % et du carcinome épidermoïde 20,5 %. Le problème du cancer au Gabon a été longtemps sous estimé à cause de la pression exercée par les maladies infectieuses sur les services de santé. La survenue des cancers digestifs chez les sujets plus jeunes que dans les pays industrialisés, la fréquence élevée des cancers colo-rectaux par rapport aux autres pays africains et le stade évolutif avancé au moment de leur diagnostic sont autant de raisons pour intensifier au Gabon les recherches dans le domaine de l'épidémiologie causale des cancers digestifs.

LES HEPATITES AUTO-IMMUNES AU SENEGAL : A PROPOS DE 3 OBSERVATIONS

CA 40

PS MBAYE¹, M MBENGUE², F FALL¹, K BA-FALL¹, B NDIAYE¹, SB GNING¹, JM DEBONNE¹

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal

Les hépatites auto-immunes sont caractérisées par une élévation polyclonale des gamma-globulines, la présence d'auto-anticorps sériques et une infiltration dense des espaces portes par des cellules mononucléées et une sensibilité au traitement immunosuppresseur. Le Sénégal est un pays de forte endémie de l'infection par le virus de l'hépatite B qui est responsable de la majorité des hépatopathies chroniques. Nous rapportons les 3 premières observations d'hépatite auto-immunes décrites au Sénégal. La première observation est une jeune femme de 20 ans, présentant une cirrhose compliquée d'hypertension portale (HTP), associée à une rectocolite hémorragique et un diabète insulino-dépendant. La deuxième observation est un patient de 23 ans porteur d'une hépatopathie chronique compliquée d'HTP. La troisième observation est une femme de 40 ans porteuse d'une hépatite chronique active (A3/F2 de la grille de Métavir) et d'une polyarthrite rhumatoïde traitée par hydroxychloroquine. Chez les 3 malades les sérologies des hépatites virales B et C étaient négatives, la patiente n° 1 présentait des IgG anti HBc. Il s'agissait dans les 3 cas d'une hépatite auto-immune de type 1, du fait de la positivité des anticorps anti-mucléolaires à des taux très élevés > 1/500°. L'évolution a été favorable sous corticoïdes chez la patiente atteinte d'hépatite chronique active, et fatale dans les autres cas par hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes. Malgré la nette prédominance des causes virales dans les hépatopathies chroniques au Sénégal, une étiologie auto-immune doit être recherchée si les sérologies virales sont négatives. Les principales caractéristiques de la maladie ne semblent pas différentes de celles décrites dans la littérature. La mise en route d'un traitement immunosuppresseur de façon suffisamment précoce devrait permettre d'éviter ou de retarder l'évolution vers la cirrhose et ses complications.

PREMIER CAS DE PLASMOCYTOME CUTANE AFRICAIN

CA 41

T PASSERON, M THIAM, P COLBACHINI, F FALL
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

Les plasmocytomes cutanés correspondent à des infiltrations plasmocytaires dermo hypodermiques. Leur fréquence de survenue est relativement rare. On distingue les plasmocytomes cutanés primitifs des plasmocytomes survenant au cours de myélome. Cliniquement, il s'agit le plus souvent de nodules fermes, asymptomatiques, uniques ou multiples. Nous rapportons le premier cas africain de plasmocytome cutané survenant au cours d'un myélome à IgG. Il s'agissait d'un homme de 73 ans suivi pour un myélome à IgG stade III de Durie et Salmon. Il présentait au cours de son hospitalisation pour la troisième cure de chimiothérapie, un nodule pré-sternal évoluant depuis 15 jours. L'histologie confirmait le diagnostic de plasmocytome cutané. L'évolution était marquée par l'apparition de nouveaux nodules et de lacunes crâniennes un mois plus tard. Il est important pour le clinicien de bien connaître l'existence de ce type de complication du myélome, car elle est généralement synonyme de mauvais pronostic et doit faire rediscuter le protocole thérapeutique si cela est possible.

LE PIAN RESURGIT AU VANUATU

CA 42

G DE NORAY¹, C CAPUANO², M ABEL³

1 - Service Médical, Camp Broche, Nouméa • 2 - OMS, Port Vila, Vanuatu • 3 - Ministère de la Santé, Port Vila, Vanuatu

Les tréponématoses endémiques ont fait l'objet de campagnes d'éradication dans le Pacifique sud au début des années soixante. Au cours de l'année 2000, 21 cas confirmés de pian ont été diagnostiqués sur l'île de Santo au Vanuatu. Une enquête de séroprévalence sur un échantillon représentatif de la population a été réalisée de mai à juillet 2001. Elle confirmait cette résurgence : 20,9 % de VDRL positifs sur 273 sérums testés. Selon les villages, les taux de prévalence variaient de 7,1 % à 50 %. Le ministère de la Santé en collaboration avec le bureau de l'OMS du Vanuatu décidait d'organiser un traitement de masse de toute la population de SANMA, la plus grande et la plus peuplée des provinces du Vanuatu par benzathine-benzylpénicilline et de réaliser une campagne d'éducation sanitaire en direction de la population et des professionnels de santé. L'objectif de cette campagne était de traiter au minimum 85 % des 36 000 habitants recensés sur cette province en 1999. La campagne a eu lieu du 26 novembre au 14 décembre 2001. Onze équipes mobiles, réparties sur 9 zones ont sillonné la province en véhicule, en bateau ou à pied. La population était recensée par village sur des registres. Après une information sur le pian et ses conséquences, chaque habitant recevait une injection intramusculaire de 0,24 à 1,2 MUI de benzathine-benzylpénicilline en fonction de l'âge. Un sérum était prélevé pour chaque personne présentant des lésions évocatrices du pian. 36 414 personnes ont été traitées sur 39 492 personnes recensées pendant la campagne, soit un taux de couverture global de 92,2 % (87,6 à 97,3 % selon les zones). Les 96 cas de pian, confirmés biologiquement, étaient concentrés au Sud-Est de l'île. Malgré des moyens logistiques et humains limités, les objectifs fixés ont été atteints. L'impact psychologique de la campagne sur la population et les professionnels de santé a été très positif et facilitera la réalisation d'autres programmes de santé publique comme ceux de vaccination de masse contre la rougeole ou d'éradication de la filariose. Une enquête de séroprévalence sera réalisée à la fin de l'année 2002 pour apprécier l'efficacité de la campagne. La surveillance épidémiologique de maladies autrefois endémiques dans le Pacifique sud, comme le pian, et la formation des acteurs de santé ne doivent pas se relâcher. La ré-émergence de telles maladies peut rapidement devenir un nouveau défi de santé de santé politique.

LA SCLERODERMIE SYSTEMIQUE : ETUDE RETROSPECTIVE DE 92 PATIENTS

CA 43

D DIA¹, M T DIENG², TN SY², M DIALLO², M DIONGUE², JM DEBONNE¹, B NDIAYE²

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal

L'objectif de cette étude rétrospective était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et para cliniques de la sclérodémie systémique observée à la clinique dermatologique du CHU Aristide le Dantec de Dakar. Cette étude a porté sur tous les patients porteurs d'une sclérodémie systémique satisfaisant aux critères diagnostiques de l'ACR, hospitalisés entre janvier 1974 et décembre 1997. 92 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 33 ans (extrêmes 7 et 77 ans) dont 8 enfants. Il y avait 77 femmes et 15 hommes, soit un sex-ratio de 5,1 en faveur des femmes. Les circonstances de découverte étaient dominées par les manifestations cutanées ou muqueuses (64 %) et par le syndrome de Raynaud (16,30 %). Les manifestations cliniques observées à l'admission étaient cutanéomuqueuses (100 %), ostéo-articulaires et musculaires (59 %) puis vasculaires avec le syndrome de Raynaud (57 %). Les manifestations cutanéomuqueuses étaient dominées par les macules hypochromiques en « moucheture » qui représentaient 70 % des cas. L'électrocardiogramme était anormal dans 75 % des cas, l'exploration fonctionnelle respiratoire dans 52 % des cas. La biologie montrait un syndrome inflammatoire dans 44 % des cas ; les anticorps anti-nucléaires étaient présents chez 67 % des patients avec des taux compris entre 1/40 et 1/300. La biopsie cutanée était contributive dans tous les cas où elle a pu être réalisée. Cette étude, comme d'autres séries de la littérature, confirme certaines particularités de la sclérodémie systémique chez le Noir africain : l'âge plus jeune au moment de la découverte de la maladie, les aspects cliniques avec la fréquence particulière des tâches hypochromiques en « moucheture », et enfin la moindre fréquence du syndrome de Raynaud. Les données para cliniques, dans la limite des moyens disponibles, ne montrent pas de particularité.

NECROLYSE EPIDERMIQUE TOXIQUE

CA 44

D NGABOU, G EBINDA, JP NDIINGA, RTCHOUA

Service de Réanimation, Centre Hospitalier Libreville, Gabon

La nécrolyse épidermique toxique (NET) est un effet secondaire médicamenteux grave, véritable urgence dermatologique, elle est à l'origine d'une défaillance cutanée aiguë. Le but de notre analyse est de ressortir les caractéristiques de cette dermatose. Au service de réanimation, nous avons entrepris cette analyse prospective courant l'an 2001 en février 2002. Ont été inclus dans cette étude tous les patients, sans distinction d'âge ni de sexe, admis pour dermatose étendue consécutive à une prise médicamenteuse. Les informations recueillies à l'admission comprenaient entre autres : l'âge, le sexe, le produit consommé, le délai entre la prise et l'éruption cutanée. L'examen clinique évaluait les lésions et leur étendue, ainsi que leur évolution en cours d'hospitalisation. Nous rapportons 6 cas d'épidermolyse toxique sur 10 mois. Toutes de sexe féminin, les patientes avaient un âge compris entre 4 et 53 ans. 83 % des patients avaient moins de 20 ans. Le délai entre l'éruption et la prise du toxique était inférieur à 10 jours chez 5 malades. En ce qui concerne les produits en cause, les sulfamides antibiotiques sont retrouvés dans 66 % des cas, l'aspirine dans 1 cas, aucun produit n'avait pu être identifié dans 1 cas. Les lésions muqueuses (conjonctivales et labiales) étaient constantes, quant aux lésions cutanées, de type bulleux, elles s'étendaient à plus de 80 % de la surface corporelle dans 2 cas et étaient inférieures à 40 % dans les 4 cas restants soit 2 syndromes de Lyell pour 4 syndromes de Stevens-Johnson. L'hyperthermie était constante. Nous avons observé 2 cas d'anémie, 1 cas de kératite d'exposition et un choc septique à *Pseudomonas aeruginosa* qui s'était avéré fatal en 24 heures. L'évolution était favorable dans 86 % des cas, avec un décès soit une mortalité de 14 % en accord avec la littérature. La prise en charge avait consisté en une antibiothérapie, une réhydratation adaptée à la surface corporelle lésée et à une alimentation hypercalorique. La NET, est une affection dermatologique grave, pouvant rapidement engager le pronostic vital, l'enquête étiologique devrait être la plus minutieuse possible à la recherche du toxique. Une prise en charge multidisciplinaire adaptée et précocement instaurée permet une évolution favorable.

URGENCES CEREBROVASCULAIRES EN MILIEU HOSPITALIER AFRICAIN

CA 45

M THIAM, SB GNING, PD FALL, FK SOUMAH MBAYE, D OTT, JM DEBONNE

Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

Identifier les différentes affections responsables des accidents vasculaires cérébraux et étudier les particularités cliniques et évolutives étaient les principaux objectifs de l'étude. Tous les patients admis pour AVC avaient un bilan clinique, paraclinique (ECG, échocardiographie transthoracique, TDM cérébral). Les données cliniques et para cliniques ont été étudiées de manière rétrospective. Soixante patients (34 femmes, 26 hommes) d'âge moyen 59 ans (extrême : 28 et 86 ans) ont été inclus sur une période d'une année (2001) avec un sexe ratio à 0,7. Le motif d'hospitalisation prédominant était un trouble neurologique systématisé : 35 cas (58,3 %) avec toutefois 6 cas de coma (10 %). Uniquement 25 patients (45 %) étaient admis dans les 24 premières heures et aucun dans les 6 premières heures. Le délai moyen d'hospitalisation était de 6 jours (extrême : 0 à 99 jours). L'HTA était retrouvée dans 47 cas (78,3 %). Huit patients avaient déjà présenté un AVC (14,2 %). Un déficit de l'hémicorps associé à l'aphasie était noté 48 fois (60 %). Une arythmie par fibrillation auriculaire était retrouvée 8 fois (13,2 %). La tension artérielle moyenne était de 160/100 mm Hg. L'échocardiographie avait retrouvée 3 thrombi intracavitaires chez 12 valvulaires (20 %), 28 cardiopathies hypertensives (46 %), 10 cardiopathies ischémiques (18 %). Le délai moyen d'obtention de l'examen tomodensitométrique cérébral était de 9 jours par rapport à l'accident initial et réalisé uniquement dans les 24 premières heures dans 20 % des cas. Le TDM avait montré 30 fois une lésion ischémique (50 %) et 14 fois hémorragique (24 %). L'accident était régressif dans 6 cas (10 %). Dix neuf (32 %) patients avaient présenté des complications de décubitus. La létalité était de 20 %, la durée moyenne d'hospitalisation, de 11 jours. Les urgences cérébrovasculaires en milieu africain sont dominées par l'hypertension artérielle avec un délai d'hospitalisation et de prise en charge très longs. Le contrôle de l'HTA doit permettre de réduire la morbidité liée aux AVC.

EPIDEMIOLOGIE DES ACCIDENTS CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 597 CAS RECUEILLIS DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

CA 46

S A KA¹, P IMBERT^{1,2}, A NIANG¹, M BARRO¹, P GUYON¹, JM DEBONNE¹

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - HIA Bégin, Saint-Mandé

Dans les pays en développement, les maladies infectieuses et nutritionnelles dominent chez l'enfant. Cependant, les pathologies accidentelles occupent également une place importante, favorisée souvent par les conditions de vie. Leur gravité et les difficultés de la prise en charge sont source d'une morbidité et d'une mortalité élevées dans ces régions. Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients âgés de 0 à 15 ans hospitalisés dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Principal entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 2000 pour une pathologie accidentelle. En 4 ans, 597 cas ont été recensés, soit 6 % des hospitalisations de ce service. Tous les âges de la pédiatrie étaient représentés (4 jours - 15 ans), avec une prédominance chez le nourrisson et chez le garçon (sex-ratio : 0,6). L'origine sociale des malades était variée. Les étiologies étaient multiples : chutes (115 cas), ingestions de soude caustique (105 cas), accidents de la voie publique (96 cas), ingestions de pétrole (51 cas), intoxications médicamenteuses (45 cas), ingestions d'insecticide (30 cas), d'eau de javel (27 cas), brûlures (26 cas), corps étrangers des voies respiratoires (26 cas) ou digestives (19 cas), intolérances médicamenteuses (9 cas) et électrocutions (7 cas). Les autres types d'accident (noyade, morsure de serpent, ingestion de raticide, de diluant ou d'alcool, allergies...) étaient moins fréquemment observés. Les particularités épidémiologiques de ces différents types d'accidents sont précisées. La létalité globale de ces accidents, 6,8 %, était essentiellement due aux accidents de la circulation et aux chutes. L'urbanisation accélérée, le non-respect des normes de construction et la translocation des populations rurales non habituées au mode de vie urbain expliquent probablement la fréquence des accidents par chute, notamment les chutes d'étages. Comme dans les pays développés, les accidents de la circulation ne sont pas les plus fréquents, mais ils sont les plus meurtriers. Seules des politiques vigoureuses d'information des populations et de prévention permettront de réduire la morbidité et la mortalité élevées des accidents chez l'enfant.

EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES TRAUMATOLOGIQUES AU CHU DONKA, CONAKRY DE 1997 A 2001

CA 47

SK DIAKITE, L LAMAH, FB CONTE, ID GALLE
CHU Donka, Conakry, Guinée

On appelle Urgence traumatologique, toutes agressions extérieures pour lesquelles aucun retard thérapeutique n'est admis. Les urgences traumatologiques constituent un réel problème de santé publique. Une étude rétrospective réalisée au CHU-Donka, Conakry montre que sur 99 999 admissions, pour toutes les urgences confondues, les urgences traumatologiques occupent de loin la première place avec 70 800 admissions soit 70,8 %. Ces urgences traumatologiques augmentent d'année en année : 18 % en 1997, 19 % en 1998, 20 % en 1999, 22 % en 2000, 23 % en 2001. Les victimes sont jeunes. La tranche d'âge la plus touchée est située entre 20-39 ans (42,2 %) suivie de celle de 0-19 ans (39,66 %). L'âge moyen des victimes est de 20 ans. Le sexe masculin est le plus touché (66,95 %). Les élèves et étudiants, les ouvriers, payent le plus lourd tribut (27,32 %, 18,23 %) ; les illettrés et ceux ayant un niveau d'instruction primaire constituent la majorité des victimes (78 %). Les accidents de la voie publique sont les grands pourvoyeurs des urgences traumatologiques ; ils représentent plus de la moitié (59,4 %) de tous les types d'accident. Les lésions des parties molles occupent la première place des affections (58,09 %) suivies des traumatismes crâniens (28,78 %). Quant aux fractures, elles représentent 12,72 %. 3 % de nos traumatisés meurent (2 hommes pour 1 femme) avant l'admission et/ou au service des Urgences traumatologiques.

TRAUMATISMES ABDOMINAUX A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR : EXISTE-T'IL UNE INFLUENCE DU MILIEU TROPICAL ?

CA 48

O GACIA^{1,2}, CD NIANG², MB DIOUF^{2,3}, JM ANDREU^{2,3}, P VICQ^{1,2}
1 - ESSA, Lyon • 2 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 3 - HIA Lavenan, Marseille,

Les auteurs rapportent une étude continue et rétrospective de 234 traumatisés de l'abdomen reçus au sein de l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal), entre le 01/12/1995 et le 15/10/1999. Cette série reflète la jeunesse de la population d'une grande métropole africaine avec une moyenne d'âge de 24,68 ans (extrêmes de 6 mois à 70 ans), et une prédominance masculine parmi les blessés avec seulement 14 femmes. Sur 110 contusions abdominales, les accidents de la circulation sont la principale cause (62 %), avec une part importante de piétons (53 %) et d'enfants (37 %) parmi les blessés. Ils traduisent la circulation anarchique et dangereuse dans la capitale du pays. Nous trouvons aussi 16 % d'agressions et 15 % d'accidents domestiques où les chutes et les écrasements témoignent de la précarité des constructions dans les quartiers pauvres de la ville. Les circonstances des 124 plaies de l'abdomen sont essentiellement les agressions (72 %), et les blessures de guerre (11 %). Elles témoignent d'une recrudescence de la violence sociale et urbaine dans les pays en développement. Les patients de la série sont parfois polyparasités et souvent anémiques, mais notre série retrouve seulement 3 cas de rates palustres hypertrophiées et un enfant présentant une plaie iléale avec présence de nombreux ascaris susceptibles de fragiliser les sutures digestives. Les conditions sommaires de diagnostic aboutissent à un taux élevé (89 %) d'indications opératoires. Le chirurgien de garde dispose le plus souvent des données de la clinique et d'éléments biologiques simples pour décider de son option thérapeutique, car le recours à l'imagerie se limite essentiellement à l'échographie (48 % des contusions abdominales). La place du traitement non opératoire (11 %) se trouve restreinte par la faiblesse des moyens humains et matériels de surveillance du blessé, par le recours par moments à la réanimation et à la transfusion, et par la nécessité de traiter rapidement et complètement chaque urgence. Le traitement chirurgical ne peut recourir aux matériels à usage unique et fait appel à des procédés sûrs, simples et rapides (splénectomies totales pour 85 % des lésions spléniques). Ce travail a permis de montrer que le milieu tropical a peu d'influence sur la survenue et la prise en charge des traumatismes abdominaux qui sont plus spécifiquement liés aux caractéristiques d'un pays en développement ; de souligner la croissance rapide de l'accidentologie et l'importance des traumatismes abdominaux dans une population jeune des pays en développement ; de rappeler les conditions d'exercice des chirurgiens dans les pays en développement, qui s'apparentent parfois à celles de la chirurgie de guerre.

LES CORPS ETRANGERS LARYNGES CHEZ L'ENFANT EN MILIEU TROPICAL : A PROPOS DE 32 CAS

CA 49

B SISSOKHO, C CONESSA, M FAYE, P CHARPENTIER, AS KA, B DIATTA
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

Les corps étrangers (CE) des voies aériennes continuent de susciter un intérêt surtout quand il s'agit d'une localisation laryngée. L'objectif de notre analyse rétrospective a été de décrire les caractéristiques des CE laryngés en milieu hospitalier tropical et discuter les différents aspects thérapeutiques de cet accident à haut risque. Sur une période de 16 ans, 32 dossiers de patients (n = 32) porteurs de CE solides du larynx ont été colligés dans le service ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Principal de Dakar. Avec un âge moyen des enfants de 4 ans, l'incidence de l'accident a été de 2 cas/10 000 consultants par an. Une consultation tardive (69 %), une notion amnésique de syndrome de pénétration retrouvée une fois sur quatre (8/32 enfants) et une symptomatologie dominée par une dyspnée moyenne avec un contexte fébrile (6/32), n'ont pas toujours rendu le diagnostic facile. Tous les CE ont pu être enlevés par voie naturelle au moyen d'une endoscopie rigide sous anesthésie générales, sans que soit réalisée une trachéotomie ; l'arête de poisson (n = 15) a été le CE le plus fréquent. Sur le plan des complications, 17 cas de spasme laryngé et 2 cas d'arrêt cardio-respiratoire transitoires ont été recensés. Les auteurs insistent le caractère pluridisciplinaire de cette urgence ORL qui impose un consensus organisationnel au sein d'une même structure hospitalière.

ORGANISATION DE LA MEDICALISATION DE LA COUPE D'AFRIQUE DES NATIONS DE FOOTBALL 19 JANVIER – 10 FEVRIER 2002

CA 50

F DUBOULOZ¹, P MOREL¹, N ATTARD², L GUENOUN³, JP GASSEND⁴

1 - SAMU de Marseille, Hôpitaux de la Timone, Marseille • 2 - Service des Urgences, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille
3 - Bataillon des Marins Pompiers, Marseille • 4 Direction Relations Internationales, AP-HM

En avril 2001, les Hôpitaux de Marseille (AP-HM) ont été contactés par les organisateurs de la Coupe d'Afrique des Nations de Football (COCAN) pour assurer l'organisation des secours sur les stades et dans Bamako pendant les trois semaines des épreuves qui se déroulaient sur 5 sites : Bamako, Kayes, Mopti, Segou et Sikasso. 85 médecins ont été formés en trois groupes successifs de septembre à novembre 2001 : le premier groupe concernait essentiellement des médecins impliqués dans le fonctionnement des urgences, les deux autres groupes des médecins généralistes destinés à assurer la responsabilité dans les centres de secours, y compris sur les stades. La formation a été assurée par 6 médecins du SAMU de Marseille et du Service des urgences de l'Hôpital Sainte Marguerite. 600 secouristes ont été formés entre septembre et décembre 2001, selon le programme français de l'AFPS : 80 % des secouristes étaient des étudiants (4^e et 5^e année) de la Faculté de Médecine de Bamako. Les moniteurs et instructeurs relevaient des personnels des Hôpitaux de Marseille et du Bataillon des Marins Pompiers. Une évaluation des risques et l'organisation générale des secours sur les stades relevaient d'un officier du BMP. La responsabilité médicale, après formation, relevait des autorités médicales maliennes. L'expérience a démontré que la Coupe d'Afrique des Nations s'est déroulée dans d'excellentes conditions et les accidents, essentiellement routiers, ont été pris en charge dans de bonnes conditions.

LA SIMILITUDE DES PRESENTATIONS MEDICAMENTEUSES ET SON INFLUENCE SUR LA SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES

CA 51

D HOCHART¹, D MILLEVILLE¹, M KABORO²

1 - Assistance technique, N'djamena Tchad • 2 - Anesthésie Réanimation HGRN, N'djamena Tchad

La trop grande ressemblance de présentations de produits, aux effets très différents, représente un réel danger de confusion. Ce risque se majore d'autant plus lorsque ces médicaments, quasi non identifiables par leurs "contenants" et l'illisibilité des informations imprimées, sont utilisés dans une même spécialité, dans un même lieu, comme les Urgences, la Maternité (haut lieu de prise en charge d'urgences), les blocs. Le danger s'accroît d'autant plus que le plupart de ces produits utilisés le sont dans un contexte d'urgence, voire de précipitation, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. De plus, les présentations médicamenteuses changent, sans que les utilisateurs aient nécessairement l'information. Des présentations utilisables dans un bloc ou une salle de réveil sont à haut risque de confusion : Diazepam, Dexaméthasone, Neostigmine. Des conditionnements à haut risque aussi, se rencontrant dans les services, et plus particulièrement à la maternité : Methylethylamine, Salbutamol, Dipyrone, Bromure de *N. Butylhyoscine*. Des présentations sont moins ambiguës, comme Furosemide ou Quinine. Mais si forme et couleur du produit sont similaires, il n'en est pas de même des effets. Attention aussi aux produits présentés dans le même flacon de 10 ml, même si l'étiquette permet d'éviter théoriquement les erreurs, comme Suxaméthonium et Ketalar. Du fait de la nature des produits, la confusion peut se finir en catastrophe, inexpliquée (l'erreur étant insoupçonnée). L'explication de cet état de fait est peut être multifactorielle. On ne peut exclure ni l'aspect économique (une seule sorte d'ampoule au même type d'imprimerie à des millions d'exemplaires est sûrement plus rentable que dix sortes d'ampoules différentes), ni une forme d'indifférence, de force de mauvaises habitudes, de manque de volonté de concertation. Même avec la rigueur, le risque de commettre un geste aux conséquences gravissimes est permanent, et chacun, pharmacien, cadre, utilisateur, gestionnaire, membre du ministère, bailleur, fabricant, en est co-responsable. Il ne peut être admis que ce type de choix ne repose que sur un principe du moins-disant. Ce problème pose dans toute sa dimension celui de la politique nationale (voire internationale) du médicament au sein de la politique de santé, et la nécessité d'une concertation avec les différents industriels fournisseurs et les bailleurs, en vue de l'exigence du respect de certains critères : couleur de verre, de l'encre, forme...

TESTS ALLERGOLOGIQUES CUTANES DANS LES RHINITES A DAKAR

CA 52

M SANE¹, JL PERRET^{1,2}, M FAYE¹, P CHARPENTIER¹

1 - Hôpital Principal, Dakar, Sénégal • 2 - HIA Legouest, Metz

Malgré la prévalence des expressions cardinales de l'atopie comme l'asthme et la rhinite à Dakar, on ne dispose pas d'études allergologiques. Les explorations cutanées venant d'être introduites à l'Hôpital Principal, les auteurs présentent les résultats d'une étude préliminaire portant sur 34 patients (21H, 13F; 8 < âge < 72 ans) recrutés de novembre 2000 à avril 2001 et atteints de rhinite vaso-motrice, pathologie au premier rang des motifs de consultation en ORL. Ils ont tous fait l'objet de prick-test avec des extraits d'acariens (*D. pterynissinis*, *D. farinae*, *Acarus siro*, *Blomia tropicalis*), de poils d'animaux (chat, chien, mouton), de moisissures (*Alternaria*, *Aspergillus*), de *Blatta germanica*, d'arachide et de maïs. Ces tests étaient tous négatifs chez 5 patients. Chez les 29 autres, on mettait en évidence au moins deux sensibilités différentes. Les allergènes les plus fréquemment en cause étaient les acariens (23 fois pour *D. pterynissinis*, 19 pour *D. farinae* 9 pour *Blomia tropicalis* et 4 pour *Acarus siro*). *Blatta germanica* intervenait dans 11 cas, les poils d'animaux dans 6 cas (chat = 1, chien = 1, mouton = 4) et les moisissures dans 3 cas (*Alternaria* = 2, *Aspergillus* = 1). Il n'y avait pas d'allergie détectée au maïs ni à l'arachide. Contrairement à ce qui a été décrit en Europe où la sensibilité à *D. pterynissinis* est prédominante, ce sont ici les acariens de stockage (*D. farinae*, *Acarus siro*, *Blomia tropicalis*) qui sont les plus souvent associés à ces rhinites. Cette constatation est à rapprocher de l'utilisation croissante des chambres à coucher comme lieu de conservation des denrées en raison de la concentration de l'habitat à Dakar.

EVALUATION DE L'ACTIVITE MEDICALE EN AFRIQUE L'EXPERIENCE DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

CA 53

D OTT, P S Mbaye, M B Diouf, A Lam, B Wade, JP Deconinck, JM Debonne, J. Leberre
Hôpital Principal, Dakar, Sénégal

L'hôpital principal de Dakar (HPD) est devenu depuis 2000 un établissement public de soins, dans le cadre de la réforme hospitalière qui touche les hôpitaux du Sénégal. L'autonomie de gestion s'accompagne de la nécessité d'élaborer un projet d'établissement et de disposer d'un suivi rapproché de la « production » par des indicateurs médico-économiques. Afin de compléter les données de l'analyse classique de l'activité, il a été instauré en 2001 un module de recueil de l'activité médicale des services cliniques, selon les modalités du PMSI sans toutefois aboutir dans un premier temps au groupage. A titre expérimental, seul le diagnostic principal a été saisi, ainsi que les actes classants dans le PMSI. Sous réserve d'une bonne réactivité des cliniciens des services, il est possible de fournir une rétro-information par service et pour l'établissement. Les fonctions d'Excel® permettent de trier les données facilement selon les divers paramètres enregistrés. Les caractéristiques de la population de l'HPD et les données d'activité hospitalières (DMS, taux d'occupation et c.) présentées pour l'année 2001 sont accessibles à partir du système d'information en place à l'HPD. Pour l'activité médicale qualitative, l'utilisation des catégories à 3 caractères permet de résumer les données de morbidité sans perte importante d'information. La répartition des données dans les 20 chapitres de la CIM10 se rapproche de la classification en CMD, par appareil : elle permet une vue synthétique de l'activité de l'établissement. Les cinq pathologies médicales les plus fréquentes sont le diabète, la tuberculose, le paludisme, l'hypertension artérielle, et l'infection par le VIH. Les cinq pathologies traumatiques les plus fréquentes sont les fractures du fémur, les fractures de jambe, les traumatismes crâniens, les fractures de l'épaule et du bras et les fractures de l'avant-bras. Les cinq pathologies chirurgicales viscérales les plus fréquentes sont : les hernies inguinales, les appendicites aiguës, les hémorroïdes, l'hypertrophie prostatique et les brûlures. L'analyse des actes effectués fait également l'objet d'une rétro-information. Cette expérience, novatrice au Sénégal, permet une approche qualitative de l'activité, valorisante pour l'établissement lors des discussions budgétaires nationales par exemple, et pour défendre les pôles d'excellence. Elle doit également contribuer à faciliter les travaux de recherche clinique et épidémiologique hospitalière.

IMPACT DU PALUDISME SUR LES PARAMETRES LIPIDIQUES EN ZONE HYPERENDEMIQUE

CA 54

JF FAUCHER, E NGOU-MILAMA, M MISSINOU, R NGOMO, M KOMBILA, PG KREMSNER
Laboratoire de Recherches, Hôpital Albert Schweitzer, Lambaréné, Gabon
Service des Maladies Infectieuses, CHU de Besançon, France
Laboratoire de Biochimie et Laboratoire de Parasitologie, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon
Département de Parasitologie, Institut de Médecine Tropicale, Université de Tübingen, Allemagne

Des facteurs environnementaux pourraient expliquer en partie les cholestérolémies généralement plus basses en Afrique que dans d'autres régions du monde. Le paludisme non compliqué s'accompagne d'une hypocholestérolémie. Nous avons émis l'hypothèse que le portage asymptomatique de *P. falciparum* induit également des modifications des paramètres lipidiques. Nous avons étudié rétrospectivement des échantillons d'un essai de prophylaxie antimalarique effectué dans une école primaire gabonaise. Au cours de cet essai, tous les enfants ont reçu initialement un traitement par l'artésunate (cléance parasitaire) avant de recevoir une prophylaxie (atovaquone-proguanil ou placebo) pendant douze semaines. Nous avons mesuré l'impact d'une cléance parasitaire, prolongée pendant au moins 6 semaines (goutte épaisse hebdomadaire), sur les paramètres lipidiques de routine (cholestérol total (CholT), HDL-cholestérol (HDL-c), LDL-cholestérol (LDL-c) and triglycérides (TG)) chez 47 écoliers asymptomatiques dont la parasitémie à *P. falciparum* était initialement inférieure à 1000 parasites/ μ L (groupe LP). Une autre série de plasmas contrôles (groupe C), provenant de 47 enfants asymptomatiques dont la parasitémie était initialement négative et recevant les mêmes traitements, a été testée. Nous avons comparé les valeurs moyennes initiales (J0) et post-thérapeutiques (J35) de chaque paramètre lipidique. Une analyse ultérieure des modifications des paramètres lipidiques a été effectuée pour un sous-groupe du groupe LP, constitué de 21 élèves dont la parasitémie initiale est inférieure à 100 parasites/ μ L (groupe VLP). Dans le groupe LP, les valeurs moyennes à J35 étaient significativement élevées pour le CholT ($p < 0,001$) et le HDL-c ($p < 0,001$), contrairement au LDL-c ($p = 0,93$), alors que les TG étaient significativement abaissés par rapport aux valeurs initiales ($p = 0,004$). Dans le groupe C, aucune modification significative entre J0 et J35 n'a été trouvée (p à 0,60, 0,05, 0,17 and 0,26 pour le CholT, le HDL-c et les TG respectivement). Dans le groupe VLP, les valeurs moyennes à J35 étaient significativement augmentées pour le CholT ($p = 0,03$) et le HDL-c ($p < 0,001$) contrairement au LDL-c ($p = 0,17$), alors que les TG n'étaient pas significativement modifiés ($p = 0,26$). Le portage asymptomatique de *P. falciparum* induit des modifications significatives des paramètres lipidiques qui peuvent affecter les valeurs moyennes des paramètres lipidiques en zone hyperendémique. La modification la plus nette associée à l'infection par *P. falciparum* est un abaissement du HDL-c, qui pourrait être lié à une captation sélective du HDL-c par *P. falciparum*.