

LA CHLOROQUINE

La chloroquine est efficace dans le traitement des accès palustres simples à *Plasmodium falciparum* de l'enfant à l'est de la Côte d'Ivoire... C'est ce que montre une étude prospective méthodologiquement irréprochable publiée par KD Adoubryn *et Coll* - Efficacité thérapeutique de la chloroquine dans le traitement du paludisme simple à *Plasmodium falciparum* de l'enfant dans l'est de la Côte d'Ivoire (1999-2002). *Med Mal Infect* 2004; **34** : 127-131. Les auteurs ont réalisé leur étude sur quatre sites (dans les régions dont les chefs lieux sont Abengourou et Bondoukou) pendant plusieurs mois, englobant saison des pluies et saison sèche. Celle-ci portait sur 247 enfants âgés de 6 à 59 mois, fébriles (37,7°C à 39,5°C), ayant une infection mono-spécifique à *Plasmodium falciparum*. Le traitement a consisté en l'administration de chloroquine (Nivaquine®) à la posologie de 25 mg/kg, répartie sur trois jours (10-10-5 mg) dans le cadre du test OMS de quatorze jours. L'apyrexie a été obtenue au bout de 72 heures dans tous les cas ; le taux de réponse clinique adéquat a été de 87,8 % et le taux global d'échec thérapeutique de 12,2 % (12 échecs

thérapeutiques précoces et 18 échecs thérapeutiques tardifs). Chez les enfants présentant des plasmodiums résistants, la régression de la parasitémie a été d'au moins 90 % de J0 à J3. Le risque d'échec thérapeutique est sept fois plus élevé chez les sujets âgés de moins de douze mois que chez ceux âgés de plus de douze mois et treize fois plus élevé que chez ceux âgés de plus de trente-six mois. Les auteurs concluent que le niveau d'échec thérapeutique à la chloroquine étant modéré, l'utilisation de la chloroquine comme traitement de première intention des accès palustres simples reste licite. Il faut cependant effectuer une surveillance régulière de ce niveau de sensibilité d'autant plus que dans leur étude soixante et onze enfants avaient reçu un traitement antipaludique avant leur admission ; or les doses de cette automédication étaient inadéquates deux fois sur trois, et l'on sait que ces auto-traitements à posologie insuffisante sont un facteur de sélection des souches chimio-résistantes.

C. GRAS

FIÈVRE D'EBOLA : DES PROGRÈS LENTS MAIS CONSTANTS

Depuis les années 70, Ebola est synonyme de fléau et de terreur, tant la soudaineté des épidémies, leur forte mortalité, dans un tableau d'hémorragies diffuses, et le mystère qui entoure l'origine du virus frappent les esprits, par media interposés. Il s'agit en effet d'une maladie redoutable, dont les épisodes se succèdent sur un rythme accéléré en Afrique centrale. Soudan, Zaïre, Ouganda, Gabon ont été tour à tour frappés par des épidémies heureusement limitées par les mesures déployées, mais dont la mortalité a atteint 50 à 90 % selon la souche virale en cause et qui viennent rappeler notre ignorance du réservoir et des modes de transmission initiaux du virus. Des avancées considérables ont cependant été réalisées par différentes équipes, notamment pour la description de la clinique et la biologie de l'infection, la biologie du virus et peut-être vers la mise au point d'un vaccin. Tout récemment, les travaux réalisés par Towner *et Coll* (J. S. Towner, P.E. Rollin *et Coll* 2004, *J. Gen.*

Virol., 78, 4330-4341) ont abouti à la mise au point d'une technique de diagnostic par RT-PCR utilisable sur le terrain, capable de détecter le virus chez les sujets infectés avec une sensibilité supérieure aux techniques préalablement disponibles, détection d'antigène ou RT-PCR. Ce nouvel outil doit permettre de faire progresser les connaissances sur la maladie. Il a déjà permis de confirmer, dans le cas de la souche Ebola Soudan, la corrélation existant entre le niveau de virémie et le pronostic, des charges virales supérieures ou égales à 108 ARN par ml de sang s'avérant très péjoratives. A l'opposé, la sensibilité de la technique et la détection de niveaux de virémie faibles permet de placer sous surveillance des sujets suspects qui auraient pu être considérés à tort comme non infectés mais susceptibles de développer la maladie ou de disséminer le virus.

H. TOLOU

NE STRESSEZ PAS LES TRIATOMES !

La trypanosomose américaine (maladie de Chagas) qui sévit des Etats-Unis à l'Argentine est devenue par son impact humain, économique et social, une des endémies majeures d'Amérique Latine. Des programmes intensifs de lutte anti-vectorielle ont permis dans certaines régions, d'interrompre le cycle parasitaire intra domiciliaire en éliminant *Triatoma infestans*, principal insecte vecteur. En revanche, les mesures péri domiciliaires visant à débroussailler, améliorer les enclos, et protéger les animaux, auxquelles s'associent les entreprises de déforestation, ont privé les triatomes sylvestres de leur biotope. Ces nouveaux triatomes stressés, se sont envolés vers des niches plus calmes (le domicile), et ont ainsi colonisé la place vacante, entraînant une ré-émergence de cette anthroponose. A. Walter dans son article intitulé « Activités humaines et trypanosomose américaine », *Parasite* 2003; **10** : 191-204, passe en revue les modalités selon lesquelles l'homme agit sur le cycle épidémiologique de la maladie. Si l'on connaît les conséquences de certaines actions anthropiques, comme l'amélioration de l'habitat, d'autres activités humaines ont des conséquences plus difficiles à appréhender, et parfois contraires au but recherché. Une chose est sûre : le nombre des insectes vecteurs et des réservoirs disponibles rend impossible l'élimination des populations sylvestres. Des actions à plusieurs niveaux sont nécessaires pour éviter la rencontre Homme-Triatome. Niveau domiciliaire, en évitant les toits constitués de matière végétale, en privilégiant les murs recouverts d'enduits plutôt que nus, en supprimant les sols en terre battue. La dératisation est importante, les rongeurs permettant les repas sanguins des triatomes. Les chiens, également source de sang et réservoir

de *T. cruzi*, doivent avoir un lieu de repos entretenu, et loin des chambres. Les actions péri-domiciliaires sont plus difficiles à envisager, car le maintien d'un péri-domicile favorable permettrait de « fixer » les insectes en dehors des maisons. L'importance des enclos à bétail, des remises, des réserves de végétaux (cannes ou maïs récoltés) est à prendre en compte. L'amélioration de l'espace péri domiciliaire se conçoit qu'avec celui du domicile, et leur distance devrait être de plus de 200 mètres (distance de vol de *T. infestans*). L'activité humaine, à commencer par les migrations, peut amener le déplacement de foyers infectieux (transport d'insectes ou de nymphes, porteurs de *T. cruzi*). Des études ont révélé que les méthodes d'agriculture par brûlis favorisait la repousse de plans de palmiers-Rhodnius, habituellement disséminés en forêt, et qui sont les écotopes privilégiés de nombreux triatomes, multipliant ainsi artificiellement les niches vectorielles. Enfin, l'homme par la prise en charge de la maladie et la connaissance des causes favorisantes, va influencer le déroulement du cycle parasitaire. Ainsi, à côté des mesures institutionnelles de santé publique, la surveillance et la collecte des triatomes par les habitants eux-mêmes se sont avérées efficaces. L'intérêt de cette revue exhaustive est double. Il montre d'une part, la complexité du rôle des facteurs anthropiques sur le cycle parasitaire. D'autre part, la prise en compte de ces facteurs peut s'étendre à d'autres insectes vecteurs.

J. MASLIN