

## LA DENGUE EN AFRIQUE : UNE MALADIE MECONNUE

L'épidémiologie de la dengue reste mal connue en Afrique, pourtant souvent considérée comme son berceau. Peu de cas humains y sont déclarés, sans doute en grande partie parce que ce diagnostic est peu recherché. Pourtant, différentes études indiquent la circulation des quatre sérotypes du virus dans différents pays d'Afrique équatoriale, à l'Est comme à l'Ouest. Quelques isollements ont été réalisés sur les rares cas humains étudiés, mais la plupart ont eu comme origine des prélèvements systématiques effectués dans les populations simiennes ou vectorielles. La fréquence croissante des formes sévères de la dengue constatée dans d'autres régions du monde (Sud-est Asiatique, Amérique Centrale et Amérique du Sud) semble jusqu'ici avoir épargné l'Afrique. Les causes de cette disparité ne sont pas élucidées. L'article récemment publié par M. Diallo *et Coll* (*EID* 2003 ; 9 : 362-367) contribue à notre connaissance des aspects particuliers du cycle sylvatique de la maladie dans la région de Kédougou, au Sénégal. Pour la première fois dans ce pays, au côté d'autres vecteurs déjà identifiés, le virus dengue 2 a

été isolé d'*Aedes aegypti* (dans sa variété *Fo rmosus* rarement retrouvée au contact de l'homme) et d'*Aedes vittatus*, dont les rôles dans le cycle du virus restent toutefois à identifier. L'analyse de la périodicité des épisodes d'amplification du virus dengue 2 montre qu'elle coïncide avec celles du virus de la fièvre jaune dans la même région. Les auteurs rappellent qu'elle peut être déterminée par des facteurs entomologiques (incluant la transmission verticale du virus chez de nombreuses espèces de moustiques) ou dépendre d'un cycle secondaire impliquant les primates sauvages. L'étude sérologique effectuée chez 17 singes verts ne permet malheureusement pas de préciser le rôle respectif de ces deux composantes dans le cas étudié. D'autre part, l'analyse des précipitations ne met pas en évidence de corrélation entre niveau des pluies et émergence du virus, à l'inverse de ce qui a été rapporté pour le virus de la fièvre de la Vallée du Rift. Beaucoup de chemin reste encore à parcourir.

H. TOLOU

## EPIDEMIE D'HEPATITE E ET COLLECTIVITES

Le virus de l'hépatite E est responsable d'infections survenant sur un mode sporadique ou épidémique, particulièrement en Asie, en Afrique et en Amérique centrale. Les unités militaires ont souvent été victimes d'épidémies invalidantes. Le report d'une telle épidémie survenue en 1988 au sein d'une communauté militaire à Abbottabad au Pakistan illustre ce risque (J.P. Bryan - *Am J Trop Med Hyg* 2002 ; 67 : 662-668). Le groupe de malades hospitalisés comprenait 109 hommes. Les analyses sérologiques montrèrent la présence d'IgM anti-VHE chez 104 d'entre eux, un taux élevé d'IgG chez 3 et une hépatite A chez deux autres. L'étude épidémiologique, confrontée aux données de la littérature, permet de confirmer ou de préciser : la forte prévalence d'Ac IgG VHE dans les PEV, celle-ci augmentant avec l'âge ; le caractère relativement protecteur de ces Ac vis-à-vis d'une nouvelle infection (28 % de prévalence d'IgG anti VHE chez les sujets contacts ou contrôles). Les formes infra cliniques sont 4 fois plus fréquentes que les formes cliniques chez les sujets contacts ; ainsi, une vaccination serait d'un grand intérêt pour la prévention de ces hépatites E.

M. GUISSSET

## DU NEUF POUR LA DIARRHEE DU VOYAGEUR ?

Le problème est tellement fréquent que beaucoup d'informations plus ou moins vérifiées circulent. Les méthodes de traitement de l'eau telles qu'elles sont proposées pour les voyageurs aventureux sont souvent contraignantes ou de réalisation difficile. H. Backer (*Clin Infect Dis* 2002 ; 34 : 355-364) fait une analyse critique des moyens disponibles. On apprend ainsi que pour réaliser un prétraitement par coagulation-floculation (qui peut être utile en l'absence de filtre), de la levure de boulanger ou de la cendre fine d'un feu de camp peuvent faire l'affaire. En ce qui concerne la chaleur, l'obtention d'une eau stérile n'étant pas nécessaire, l'ébullition pendant une minute suivie d'un refroidissement progressif est suffisante pour éliminer les entéropathogènes. Une alternative pour l'eau du robinet est de la maintenir à une température approximative de 55°C-60°C pendant au moins 30 minutes. Pour masquer le goût désagréable du chlore lorsqu'un tel traitement est appliqué, l'auteur suggère d'utiliser la vitamine C comme dans l'industrie alimentaire. Lorsque l'on veut élimi-

ner à la fois les entéropathogènes classiques et les kystes de *Cryptosporidium*, particulièrement résistants aux traitements par halogènes, il conviendrait de combiner deux étapes : filtration ou coagulation-floculation suivie par un traitement par dérivés halogénés. Dans un numéro suivant de la même revue, P. Rendi-Wagner (*Clin Infect Dis* 2002 ; 34 : 628-633) analyse les chimioprophylaxies proposées dans certains cas aux voyageurs. Si les fluoroquinolones sont le plus souvent proposées, cette solution n'est pas satisfaisante, principalement en raison de l'émergence des résistances, notamment en Asie du Sud-Est. Aucune molécule n'est idéale d'autant plus que les voyageurs chez lesquels le retentissement de la diarrhée est le plus grave, sont les femmes enceintes et les enfants chez qui ni les fluoroquinolones ni les cyclines ne sont utilisables. On attend les résultats des évaluations en cours de la rifamixine, une nouvelle rifampicine.

M. MORILLON

## LES ASPECTS DU CHOLERA EN INDONESIE

**N**ous savons tous que la toujours actuelle septième pandémie de choléra est partie des Célèbes (Sulawesi) en 1962. Mais peu de données étaient disponibles sur le choléra dans l'archipel indonésien qui reste une zone d'endémie. Ce vide est maintenant comblé par un article de C.H. Simanjuntak *et Coll (Am J Trop Med Hyg 2001 ; 65 : 788-797)* qui rapporte la surveillance de cette affection dans tout l'archipel entre 1993 et 1999. L'entreprise était ambitieuse dans un pays de 205 millions d'habitants fait de 17 000 îles étendues sur 5000 km d'Est en Ouest. Pendant la période d'observation, 17 épisodes épidémiques ont été observés dont 5 rien que sur l'île de Java. Dans chacun d'entre eux, *Vibrio cholerae* O1 El Tor a été retrouvé. Il n'y a eu aucune observation de *V. cholerae* O139. Si l'on ajoute à cette surveillance, les cas de diarrhées sporadiques ayant fait l'objet d'une hospitalisation, 13% mettent en cause *V. cholerae* à Jakarta, 10% à Bali. Le pourcentage important relevé dans la capitale est à mettre en relation avec la surpopulation des quartiers pauvres, notamment à proximité du port. Il existe des variations saisonnières et une relation curieuse avec les précipitations: il semble en effet qu'à l'Ouest de la ligne de Wallace

(notamment à Java, Bomeo et Bali), les cas aussi bien épidémiques que sporadiques correspondent aux mois les plus secs, notion classique avec les phénomènes de concentration et de prolifération du vibron. En revanche, à l'Est de cette même ligne, notamment aux Célèbes et dans la province de Papouasie (anciennement Irian Jaya), les cas apparaissent plutôt après les fortes précipitations. Au lieu d'une dilution des eaux contaminées on assisterait à un rinçage des sols et au mélange des effluents avec les eaux de surface. Malgré tout, et pour ces destinations éminemment touristiques, le risque pour le voyageur est minime (moins de 1/100 000 pour les voyageurs d'Europe et d'Amérique du Nord). Une incidence plus élevée a été notée chez les touristes japonais visitant Bali, à mettre sans doute en relation avec les habitudes alimentaires d'une population amateur de poisson cru et de fruits de mer. Voilà sans doute une occasion de plus de rappeler qu'il peut être plus dangereux pour un voyageur de vouloir transposer ses habitudes alimentaires que de suivre les habitudes locales souvent mieux adaptées.

M. MORILLON

## LES MENINGITES A EOSINOPHILES PARASITAIRES : ...ET UN RATON-LAVEUR

**L**es méningites à éosinophiles sont définies par la présence d'au moins 10 éosinophiles par micro L de LCR ou un taux de plus de 10% de la cellularité du LCR. V Lo Re *et Coll (Am J Medicine 2003 ; 114 : 217-223)* ont repris dans une revue très exhaustive les étiologies notamment parasitaires de ce syndrome, souvent considéré comme synonyme d'infection à *Angiostrongylus cantonensis*. Une éosinophilie méningée est aussi observée dans les Gnathostomiasis (*Gnathostoma spinigerum*), endémiques en Asie du Sud-Est (Corée, Thaïlande, Chine) mais aussi au Mexique et en Amérique du Sud. Les hôtes définitifs sont les chiens et les chats et l'homme se contamine en ingérant de la viande d'un des nombreux hôtes intermédiaires (poissons d'eau douce, poulet, porcs, insuffisamment cuits ou séchés). La symptomatologie clinique est essentiellement neurologique et secondaire à la migration larvaire dans le système nerveux central. Des lésions cérébrales peuvent être objectivées par RMN et un diagnostic sérologique est réalisé par un laboratoire de référence en Thaïlande. Une éosinophilie

peut également être notée dans les Baylisascariases, infection à *Baylisascaris procyonis*, ascaris du raton-laveur présent dans plus des trois-quarts de ces animaux. Chez l'homme, l'infection est observée, notamment en Amérique, chez des enfants après consommation de rats-laveurs ou géophagie. L'ingestion d'œufs va donner naissance à des larves qui envahissent le système nerveux central et les yeux des malades. Une méningoencéphalite est la présentation clinique la plus grave avec une évolution fatale possible. Un diagnostic sérologique par Western Blot avec des antigènes larvaires permet d'envisager le diagnostic qui sera affirmé après mise en évidence de la larve au sein d'un granulome à éosinophile. Pour toutes ces méningites à éosinophiles parasitaires qui peuvent concerner notamment les voyageurs, le traitement est décevant. La corticothérapie permet de réduire les phénomènes inflammatoires et la prévention par le contrôle alimentaire est la meilleure attitude.

B. MAFART

## LE NOMA : UNE FREQUENCE MAL EVALUEE

**L**a prévalence du Noma qui frappe « les pauvres parmi les pauvres » est très largement hypothétique. En 1998, l'OMS estimait l'incidence à 140 000 cas par an et la prévalence des séquelles à 770 000 malades. La mise en place à Sokoto au Nigeria d'un projet de prise en charge du noma a permis d'en évaluer la fréquence (A. Fieger *et Coll - Trop Med Int Health 2003 ; 8 : 402-405*). Tous les enfants présentant une perte de substance de la face ont été recherchés dans un rayon de 100 km. Des nomas et des fentes palatines ont été examinés or la fréquence des fentes palatines est assez bien connue et leur mortalité est identique à celle des enfants

indemnes. 235 fentes palatines et 378 nomas (aigus ou séquelles) ont été examinés. Il n'y a pas de différence sociale entre les deux groupes. La plupart des nomas avaient moins de 9 ans. Compte tenu qu'il s'agit de sujets survivants et que la mortalité est très élevée, l'extrapolation à la région de la « ceinture du Noma », conduit à une évaluation de 25 600 cas par an. La fréquence dans la population de cette région subsaharienne est estimée à 6,4 pour mille enfants.

B. MAFART

## POPULATIONS MIGRANTES ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Une part croissante des populations européennes sont des migrants provenant de la zone intertropicale. Les connaissances épidémiologiques sur les maladies cardio-vasculaires dans leurs pays d'origine sont le plus souvent réduites. Une analyse par N. Chaturvedi (*Heart* 2003 ; 89 : 681-686) des données de la littérature sur ces maladies chez les immigrants d'origine asiatique ou des Caraïbes vivant au Royaume Uni a permis de dégager plusieurs caractéristiques chez ces patients, probablement applicables aux populations des régions d'origine. Les cardiopathies ischémiques sont 1,5 fois plus fréquentes chez les asiatiques que dans la population générale, en particulier chez les sujets jeunes. La cause probable en est une insulino-résistance plus fréquente. A l'inverse, la prévalence est plus faible dans les groupes d'origine afro-caraïbe, malgré une insulino-résistance également élevée, grâce à des taux de HDL cholestérol globalement plus élevés dans ce groupe. Les facteurs de risques tel que le tabagisme et les dyslipidémies restent des facteurs prédictifs indi-

viduels. La prise en charge diagnostique et thérapeutique est souvent tardive en raison de difficultés socio-économiques et non intrinsèquement ethniques, ces groupes étant le plus souvent dans une situation sociale précaire. En particulier, l'intérêt d'adapter la thérapeutique antihypertensive pour les populations afro-américaines en évitant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine en raison d'une fréquence élevée d'HTA à rénine basse n'est pas démontrée. La première génération de migrant, en adoptant le mode de vie occidental, voit la prévalence des insuffisances cardiaques rapidement augmenter. L'application des mesures de prophylaxie des pathologies cardio-vasculaires permet d'obtenir la même réduction que dans les populations d'origine européenne, ce qui conforte la nécessité de cette lutte avec des messages prenant en compte les différences culturelles, alimentaires notamment.

B. MAFART

## LE VHE GAGNE DU TERRAIN

On connaissait la circulation du virus de l'hépatite E dans certaines régions d'Asie, d'Afrique et à Mexico, et bien moins en Europe et Amérique du Nord. Une équipe espagnole de l'Université de Barcelone dirigée par P. Clemente-Casares *et Coll* (*Emerg Infect Dis* 2003 ; 9 : 448-454) apporte un certain nombre d'informations. Ils ont analysé 46 échantillons d'eaux usées provenant des égouts de Barcelone entre 1994 et 2002, et trouvé dans plus de 80 % d'entre-eux, la présence de l'ARN du VHE. Cette présence du VHE a également été trouvée en France et à Washington. Trois élevages de porcs de la Catalogne ont également été la cible de cette équipe de chercheurs qui a

montré la présence du VHE dans plus de 10 % des cas et la similitude des souches avec celles retrouvées chez des patients hospitalisés pour hépatite aiguë. Le séquençage a montré la présence de 17 souches virales différentes prouvant ainsi l'absence de la diffusion épidémique du VHE. Cette étude semble donc confirmer ce que certains pensaient déjà : une circulation du VHE va probablement sous-estimée dans les pays industrialisés. De plus, on peut se poser la question du dépistage de la présence du VHE chez les éleveurs de porcs.

P. HANCE



Site Internet **Les actualités du Pharo**  
<http://www.actu-pharo.com>