

ADOPTION INTERNATIONALE : QUELS SONT LES RISQUES INFECTIEUX ?

En matière d'adoption internationale, il existe une grande diversité de situations concernant les pays d'origine et l'histoire médicale des enfants proposés à l'adoption. En France, parmi 5 000 enfants adoptés en 2004, près de 4 000 sont nés à l'étranger, surtout en Asie (Chine, Cambodge), en Afrique (Madagascar, Ethiopie), dans l'ex-URSS (Russie, Ukraine) et en Amérique du sud (Guatemala). Parmi les différents problèmes soulevés par ce type d'adoption, les risques infectieux sont au premier plan des préoccupations. Peu de travaux leur ont été consacrés en France, hormis dans de rares centres où une consultation d'enfants adoptés fonctionne depuis plusieurs années (Choulot JJ *et Coll - Rev Pediatr* 1994; 2 : 58-60; De Monléon JV, *Rev Prat Medecine Generale* 2000; 14 : 557-562). Une excellente synthèse sur les risques infectieux liés à l'adoption internationale vient d'être publiée par LC Miller, responsable d'un centre spécialisé dans ce domaine aux Etats-Unis (*Clin Infect Dis* 2005; 40 : 286-293). La première étape est l'information des parents adoptifs (accompagnés parfois de leurs propres enfants) sur les risques infectieux encourus dans le pays visité par eux-mêmes et par leur enfant adopté. Dès le retour, une consultation post-adoption doit être pratiquée dans le but d'un dépistage et d'une mise à jour des vaccinations. Le bilan proposé, très proche des propositions françaises (Guérin N *et Coll - Arch Pediatr* 2003; 10 Suppl 1 : 236s-238s), comporte, quel que soit le bilan pratiqué dans le pays d'origine, une sérologie systématique du VIH, du VHB (infection à VIH exceptionnelle, alors que 3 à 5 % des adoptés sont porteurs de l'Ag

HBs) et de la syphilis (syphilis congénitale fréquente dans les pays d'origine); la sérologie du VHC, non obligatoire, est fréquemment pratiquée. Le bilan est complété par un Tubetest, un hémogramme, un bilan hépatique, une parasitologie des selles et, selon les cas, par une électrophorèse de l'hémoglobine, une radiographie du thorax et une coproculture. En effet, les helminthiases intestinales et la giardiose sont fréquemment retrouvées, surtout en présence d'une anémie et d'un retard staturo-pondéral quasi constants chez ces enfants. La tuberculose, latente en général, concernerait 3 à 10 % des enfants adoptés selon Choulot. Les autres infections sont anecdotiques, hormis la gale à rechercher systématiquement. Par ailleurs, une mise à jour des vaccinations doit être effectuée selon les recommandations nationales (Guérin N, *Med Trop* 2004; 64 : 75-80). Selon les études, la qualité des vaccins effectués et la fiabilité des renseignements trouvés dans les dossiers médicaux des enfants est très variable. En pratique, selon le degré de confiance qui dépend en partie du pays d'origine, on peut soit actualiser le schéma vaccinal, soit administrer une dose de vaccin DTP puis titrer les anticorps antitétaniques : selon les résultats, il faudra compléter la vaccination ou la considérer comme étant complète. Après cette consultation post-adoption effectuée dès l'arrivée en Occident, il faut programmer d'éventuels bilans à distance, notamment en cas de doute sur une exposition à des risques spécifiques (VIH, hépatites, syphilis, tuberculose) ■

P. IMBERT

REVUE DE SYNTHÈSE SUR LA DIARRHÉE DU VOYAGEUR

Cette revue de synthèse, publiée par Seif S Al-Abri dans *The Lancet Infectious Diseases* 2005; 5 : 349-360 (mai 2005), fait le point sur l'épidémiologie et les traitements de la diarrhée du voyageur. La revue a été conduite à partir de 150 articles en langue anglaise, issus d'une recherche conduite sur MEDLINE de 1966 à avril 2005. La diarrhée du voyageur à un taux d'attaque de 20 à 50 % selon les études et concerne au minimum 11 millions de personnes dans le monde par an. Parmi les principaux facteurs de risque on retrouve le jeune âge, le fait d'être en provenance d'un pays industrialisé, de séjourner dans les pays à faible niveau d'hygiène, de voyager entre amis plutôt qu'en famille, de participer à des safaris, des treks ou voyager en bateau de croisière. L'incidence est influencée par la saison, mais pas par le sexe. De plus, il est mis en évidence plusieurs facteurs endogènes, comme l'immunosuppression et l'hypochloridie. Du point de vue clinique, les symptômes apparaissent habituellement rapidement (dans 3 premiers jours) et dans 90 % des cas dans les deux premières semaines. Il s'agit généralement d'un épisode diarrhéique aigu bénin avec un malade sur cinq alité et seulement 1 % d'hospitalisation. Une bactérie est responsable dans 85 % des cas identifiés, et *E. coli* enterotoxigène (ETEC) vient en tête des germes causals. Le traitement curatif est souvent un auto-traitement. La réhydratation orale est efficace surtout chez les enfants tandis que la diminution des apports alimentaires n'entraîne pas de bénéfice. Parmi les modificateurs de la motricité intestinale, le Loperamide reste le traitement de première intention, il diminue en moyenne de 65 % le nombre de selles. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans et déconseillé en cas de diarrhée invasive. En cas de trouble sévère une antibiothérapie est indiquée, dans ce cas une fluoroquinolone à forte dose est le traitement de réf-

rence pendant une durée courte de 1 à 3 jours. Toutefois, une résistance croissante de certains *Campylobacter* est enregistrée (notamment en Asie de Sud-Est), il faut aussi rappeler le risque de photosensibilisation et la contre-indication pour les femmes enceintes. La Rifaximine est un nouvel antibiotique semi-synthétique à très faible absorption intestinale efficace dans le traitement des syndromes cholériformes chez les patients d'au moins 12 ans. Il n'a pas été encore montré d'efficacité dans les dysenteries. De plus, il n'est contre-indiqué ni chez la femme enceinte ni chez les enfants. Sa posologie est de 200 mg 3 fois par jour ou de 400 mg 2 fois par jour pendant 3 jours. Le traitement préventif repose sur la règle : « Boil it, cook it, peel it or forget it ». Il est difficile de modifier les comportements à risque; une étude a montré que seulement 2 % des touristes ont été capables de respecter toutes les recommandations d'hygiène pendant leur séjour. Une chimioprophylaxie en routine n'est pas conseillée, les principaux arguments contre sont les interactions et les effets secondaires médicamenteux, le faux sentiment de sécurité, la promotion de la résistance aux antibiotiques et enfin la modification de la flore intestinale. En outre, en cas de situations médicales particulières, l'antibiotique de première intention est une fluoroquinolone, qui procure une protection de 90 %. La Rifaximine en préventif est en cours d'évaluation. Un vaccin combiné existe contre le choléra (mais ce germe est très rarement en cause dans la diarrhée du voyageur) et contre les ETEC qui produisent la toxine thermolabile. Son efficacité est modérée (il ne préviendrait que de 14 à 28 % des cas de turista). Des combinaisons de vaccins contre les ETEC, les *Campylobacter jejuni* et les Shigelles sont actuellement en cours d'étude ■

C. LAOUÉNAN, J. LADNER

LES LEÇONS DU VIH/SIDA - UN AUTRE DÉFI POUR LES ARMÉES AFRICAINES

En l'an 2000, la résolution 1308 du Conseil de sécurité des Nations unies a attiré l'attention des gouvernements sur les risques que fait courir l'épidémie de sida pour la stabilité et la sécurité du monde. Depuis, cette attention a été détournée par la problématique terroriste née du 11 septembre 2001 ; pourtant ce danger de déstabilisation liée au VIH/Sida est toujours présent. C'est ce que nous rappelle Laurie Garrett dans un article qui fait le point des leçons à tirer de cette épidémie (Garrett L. The lessons of HIV/AIDS. *Foreign Affairs* 2005 ; **84** : 51-64) en mettant en exergue le rôle que peuvent jouer les armées africaines. L'épidémie de Sida qui a tué au moins 26 millions de personnes depuis son émergence, affecte désormais plus de 40 millions de personnes. Entraînant la mort dans un lent mouvement (death in slow motion), le choc des vagues épidémiques du sida touche de nombreux pays qui sont simultanément confrontés à d'autres maladies (paludisme, dysenteries, méningite, choléra ou fièvres hémorragiques virales...) et doivent faire face à de nombreux problèmes qui grèvent les capacités de développement. Le sida peut donc avoir un poids négatif surajouté aux effets sanitaires et ses conséquences entraînent des conflits sociaux ou armés. C'est cet aspect particulier qui fait peser sur l'Afrique un danger supplémentaire. En 2002, Stefan Elbe avait déjà relevé ce fait (Elbe S. HIV/AIDS and the changing landscape of war in Africa. *International Security* 2002 ; **27** : 2) en notant que les armées africaines levaient un peu mieux le voile sur les niveaux d'infection de leurs troupes mais que les comportements de certains soldats (viols, multipartenariats) étaient à la fois un facteur de diffusion de l'épidémie et une cause de déstabilisation des Etats. Comme les armées africaines sont infectées par le VIH à un niveau supérieur de la population civile, de tels agissements contribuent à accroître l'extension de l'épidémie. En 2004, au Zimbabwe l'estima-

tion portait sur une infection de 3 % plus élevée et la même année en Ethiopie, un tiers des femmes d'officiers étaient dépistées séropositives. En République centrafricaine, une récente étude a montré que le taux de prévalence du VIH/sida au sein de l'armée a plus que doublé entre 2000 et 2003, passant de 10 % à 24 %. Dans certains pays ce taux d'infection dans les forces armées seraient de 50 %. Et l'on dispose de peu d'information sur ces niveaux dans des forces encore en conflit en Côte d'Ivoire, au Libéria ou en Sierra Leone. L'épidémie de sida pose donc un autre défi pour les armées africaines, qui s'engagent de plus en plus à assurer des missions de maintien de la paix sur le continent. Néanmoins, des actions de prévention sont mises en place auprès de ces forces africaines comme la distribution d'une pochette plastique contenant des informations « HIV/AIDS awareness card for peacekeeping operations » et de six préservatifs par semaine. En dehors des scandales qui ont élargi certains troupes onusiennes accusées d'abus sexuels en République Démocratique du Congo, la plupart des forces de maintien de la paix réalise un travail noble et courageux, et se protègent des risques de contamination. En mettant en place des programmes d'action et de prévention pour entraîner des changements de comportement tout en assurant leurs soldats d'un traitement adapté en cas d'infection, les armées africaines doivent donc relever un nouveau challenge : faire en sorte que leurs troupes soient en mesure d'être dans le futur des acteurs et des facteurs de stabilité et de sécurité, non l'inverse. Ce défi nécessitera un engagement politique africain fort et probablement le soutien des services de santé des frères d'armes des pays du Nord et de leurs gouvernements.

J.M. MILLELIRI

TRAITEMENT DES FILARIOSES LYMPHATIQUES PAR DOXYCYCLINE

Les filarioses de Bancroft sont dues à des filaires lymphatiques, *Wuchereria bancrofti*, localisées dans toutes les zones tropicales, qui se manifestent par des lymphangites rétrogrades et des lymphoedèmes évoluant vers un éléphantiasis. Le diagnostic est basé sur la recherche des microfilaries vers 24 h. Les traitements déjà existant, comme la diéthylcarbamazine ou l'ivermectine sont efficaces sur les microfilaries mais peu ou pas sur les filaires adultes. Par ailleurs, les germes appelés Wolbachia ont été trouvés comme des endosymbiontes nécessaires au développement des stades larvaires des filaires lymphatiques et de la fertilité des filaires adultes. Aussi des études ont-elles été entreprises en ce sens, d'autant plus que des résultats satisfaisants ont déjà été obtenus dans les traitements de l'onchocercose. Une étude en double aveugle, versus placebo, a été réalisée avec une prise de 200 mg/jour de doxycycline pendant 8 semaines, chez 78 patients infectés par *Wuchereria bancrofti* en Tanzanie (M J Taylor, *Lancet* 2005 ; **365** : 2116-2121). Il s'agissait de patients adultes de 15 à 68 ans ayant une microfilarémie minimum de 100 microfilaries par ml (prélèvement effectué entre 21 et 24h) et n'ayant pas pris de traitement antifilarien durant les 6 derniers mois. Les patients atteints d'une pathologie hépatique, cardiaque ou rénale avaient été récusés, ainsi que

les femmes et les enfants. Une échographie scrotale avait été effectuée pour rechercher les filaires adultes. Les effets secondaires observés ont été minimes : 8 cas avec la doxycycline (céphalées, nausées, vomissements, dyspnée, prurit) et 6 cas avec le placebo (fièvre, céphalées, anorexie, épigastralgies). La microfilarémie moyenne, avant placebo était de 491 microfilaries/ml (mf/ml) dans le groupe doxycycline et de 527 (mf/ml) dans le groupe placebo. Au bout de 5 mois, la microfilarémie moyenne était tombée à 5 (mf/ml) dans le groupe doxycycline contre 21 (mf/ml) dans le groupe placebo. Au bout de 14 mois, il n'y avait que 13 % de sujets encore porteurs de microfilaries dans le groupe doxycycline, contre 89 % dans le groupe placebo. Les échographies montraient seulement 22 % de patients du groupe doxycycline avec des filaires adultes contre 89 % dans le groupe placebo. Les doxycyclines, qui ne sont pas considérées comme des produits antifilariens majeurs, ont ainsi montré tout leur intérêt dans le traitement des filarioses. En outre, ces produits sont bon marché et disponibles partout. Aussi, des études ultérieures avec les doxycyclines sont-elles utiles pour mieux préciser leur posologie dans cette indication ■

P. BOUREE