



Revue de presse présentée par Rapp C

Service des maladies infectieuses et tropicale, HIA Bégin, Saint-Mandé • rappchristophe@aol.com

Prophylaxie antipaludique et traitement antirétroviral chez les patients infectés par le VIH

Le nombre de voyageurs européens infectés par le VIH se rendant chaque année dans les zones endémiques pour le paludisme est en constante augmentation. Peu de données sont disponibles sur les interactions éventuelles existant entre les molécules antipaludiques utilisées en prophylaxie et les traitements antirétroviraux.

Parmi les chimioprophylaxies médicamenteuses recommandées, l'atovaquone-proguanil est souvent retenue en raison de son efficacité et de son excellent profil de tolérance. Ce travail récent s'est intéressé à la pharmacocinétique de l'atovaquone-proguanil chez les patients infectés par le VIH et traités par efavirenz, lopinavir ou atazanavir, par comparaison à des volontaires sains. Dix-huit volontaires sains et 58 patients infectés par le VIH traités (efavirenz, lopinavir, atazanavir) ont été inclus. La moyenne géométrique des rapports patients/volontaires sains était pour l'aire sous la courbe (AUC) de l'atovaquone, égale à 0,25, 0,26 et 0,54 pour les patients traités respectivement par efavirenz, lopinavir et atazanavir. Les concentrations plasmatiques d'atovaquone étaient donc réduites de 17 à 84 %. Les concentrations de proguanil étaient également significativement plus basses (38 à 43 %). Ces résultats plaident en faveur d'un risque potentiel d'échec de la prophylaxie par atovaquone-proguanil chez les patients recevant ces combinaisons d'antirétroviraux couramment prescrites en Europe. Cependant, il faut préciser que la concentration plasmatique minimale requise d'atovaquone n'est pas connue et qu'aucun échec clinique à l'atovaquone-proguanil n'a été rapporté à ce jour.

Du fait des difficultés d'absorption connues de l'atovaquone, chez les patients infectés par le VIH, la prise de la molécule doit impérativement être administrée au cours d'un repas ou avec une boisson lactée. De plus, chez les patients traités par efavirenz et lopinavir, une augmentation de la posologie d'atovaquone-proguanil mérite d'être envisagée. ■

Van Luin M, Van der Ende ME, Richter C, Visser M, Faraj D, Van der Ven D *et al.* Lower atovaquone/proguanil concentrations in patients taking efavirenz, lopinavir/ritonavir or atazanavir/ritonavir. *AIDS* 2010; 24 : 1233-6.

Facteurs de risque de paludisme grave chez les voyageurs

Le paludisme grave à *P. falciparum* demeure une pathologie importée potentiellement létale, en particulier chez les voyageurs non immuns, âgés de plus de 50 ans. Dans cette étude cas-témoins, rétrospective, réalisée à partir de la base de données du centre national de référence du paludisme, les auteurs se sont fixés comme objectif d'identifier les facteurs de risque des formes graves de paludisme à *P. falciparum*.

Pour ce faire, 81 formes graves sélectionnées à l'aide des critères de sévérité de l'organisation mondiale de la santé (à l'exception de l'hyperparasitémie isolée supérieure à 4 %) ont été comparées à 840 accès simples à l'aide d'une régression logistique. Le profil de sensibilité à la chloroquine des souches de *P. falciparum* a été réalisé

systématiquement par méthodes isotopiques.

Les facteurs de risque indépendants de gravité retrouvés étaient les suivants : un âge supérieur à 40 ans, une parasitémie supérieure à 4 %, une contamination en Asie du Sud-est, une infection par une souche plasmodiale résistante à la chloroquine et un traitement antipalustre auto-administré.

Cette étude confirme la pertinence de certains facteurs de risque de gravité reconnus dans la littérature comme l'âge et l'importance de la parasitémie. En revanche, deux facteurs de gravité méconnus émergent : la notion d'infection par une souche de *P. falciparum* de phénotype chloroquine résistant et l'acquisition du parasite dans la région du sud-est asiatique. Le lien entre gravité et chloroquinorésistance pourrait être expliqué par la virulence des souches plasmodiales de phénotype chloroquine résistant constatée *in vitro*. En revanche, la pertinence du facteur « acquisition en Asie du Sud-Est » plus discutable (OR 18,3 ; IC95 : 1,9-180,5) doit être confrontée aux résultats d'autres études. ■

Saliba G, Kamouth W, Fontanet A, Le Bras J. Predictive factors of severe disease secondary to falciparum malaria among travelers. *Pathol Biol* 2010.

Du nouveau dans la bilharziose...

La bilharziose (ou schistosomose) aiguë est une cause rare de morbidité chez le voyageur. Trop souvent confinée à une fièvre associée à une hyperéosinophilie chez un voyageur non immun, elle pose en fait des problèmes diagnostiques et thérapeutiques délicats. Cet article aborde de façon détaillée les points clés à connaître. En Europe, les infections par *S. haematobium* et *S. mansoni* sont les plus fréquentes. Elles se présentent sous la forme de cas sporadiques ou de cas groupés exposés à une source commune (anadémie). Une exposition de quelques minutes dans une eau contaminée (1 à 5 minutes) suffit pour permettre la pénétration transcutanée des cercaires. Sur le plan clinique, la dermatite cercarienne fugace, est instable et les formes pauci-symptomatiques représentent désormais un tiers des infections chez les voyageurs. Les formes compliquées (neurologique, cardio-pulmonaire) sont rares mais graves. L'hyperéosinophilie classique est instable et parfois décalée dans le temps, son absence n'exclut pas le diagnostic. Le diagnostic de certitude repose exclusivement sur la sérologie qui se positive environ trois semaines après l'apparition des symptômes.

Sur le plan thérapeutique, la place du praziquantel (PZQ) inefficace sur les schistosomules et susceptible de favoriser une exacerbation des symptômes est désormais discutée lors de la phase de primo-invasion.

Les corticoïdes sont indiqués dans les formes systémiques, seuls ou bien en association avec le PZQ. Celui-ci doit être idéalement initié à distance de la primo-invasion lors de la mise en évidence des œufs de schistosomes dans les urines et/ou les selles. L'intérêt d'un traitement précoce par arthemeter ou oxamniquine (*S. mansoni*) qui sont efficaces sur les schistosomules mérite d'être évalué chez les voyageurs. Enfin, en raison de la fréquence des formes asymptomatiques, il est désormais recommandé de rechercher une schistosomose chez tout sujet exposé à une eau contaminée. ■

Jaureguiberry S, Paris L, Caumes E. Acute schistosomiasis, a diagnostic and therapeutic challenge. *Clin Microbiol Infect* 2010; 16 : 225-31.



Revue de presse présentée par Rapp C

Service des maladies infectieuses et tropicale, HIA Bégin, Saint-Mandé • rappchristophe@aol.com

Méningite à entérovirus au retour des tropiques : un risque sous estimé

Les méningites n'apparaissent pas au premier rang des causes de morbidité chez le voyageur. Dans les rares études conduites chez des voyageurs hospitalisés, leur prévalence a été estimée à moins de 2 %, loin derrière les diarrhées, le paludisme, les dermatoses et les infections respiratoires. Dans cet article, les auteurs rapportent une série de cas groupés de méningites diagnostiquées au sein d'un groupe de jeunes touristes italiens ayant effectué un séjour de 15 jours en Inde. Sept des 17 voyageurs, (taux d'attaque, 41 %), ont été hospitalisés pour un tableau méningé apparu dans les 48 à 72 heures suivant leur retour. Le diagnostic de méningite à Echovirus de type 4 a été confirmé chez les sept patients, soit par la mise en évidence du génome par PCR au niveau du LCR, soit par isolement de l'Echovirus en culture à partir de prélèvements périphériques (selles, gorge). L'évolution a été favorable

dans tous les cas. La consommation commune d'une eau de boisson contaminée par un Echovirus de type 4 (souche d'Echovirus circulante en Inde) a été incriminée.

Ce travail illustre la nécessité d'évoquer une cause virale cosmopolite chez un voyageur suspect de méningite ou de fièvre d'origine indéterminée. Comme cela a été rapporté récemment par Rapp *et al.* (*J Travel Med* 2010; 17 : 1-7.), les infections à Entérovirus figurent au premier rang des causes de méningite chez le voyageur. Un séjour en région tropicale ne doit pas les faire éliminer, bien au contraire, les circonstances du voyage favorisent le développement de ces infections à transmission oro-fécale, comme cela a été décrit en Tunisie ou à Djibouti lors d'une épidémie favorisée par des phénomènes climatiques. La fréquence de ces méningites est vraisemblablement sous estimée chez les voyageurs. Les médecins prenant en charge des voyageurs doivent y penser et savoir mettre en œuvre les outils diagnostiques modernes (biologie moléculaire). ■

Gobbi F, Calleri G, Spezia C, Lipani F, Balbiano R, De Agostini M *et al.* Echovirus-4 Méningitis outbreak imported from India. *J Travel Med* 2010; 17 : 66-8.

reVUes

Il n'est pas de progrès de santé sans développement économique et notamment sans une alimentation suffisante pour les populations. Ces revues éditées par John Libbey Eurotext en coopération avec l'Agence universitaire de la francophonie contribuent aux études et recherches sur l'agriculture mondiale notamment dans les pays en développement et sur les changements climatiques planétaires, l'eau étant un enjeu majeur du XXI^e siècle. ● Morand JJ rédacteur en chef de Médecine Tropicale

