

## Vingt-troisième réunion du comité local de la Société de pathologie exotique, 26 novembre 2013

B.-A. Gaüzère (organisateur) · P. Aubry (présidence)

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2014

### Actualités sur la tuberculose en 2013

P. Aubry

Centre René Labusquière, Université Bordeaux Segalen,  
33076 France

aubry.pierre@wanadoo.fr

La tuberculose est une maladie infectieuse, cosmopolite, contagieuse, en recrudescence depuis 1986, devenue pharmaco-résistante depuis 1994. C'est la deuxième maladie infectieuse mortelle en 2012, après le sida. Le rapport de l'OMS sur la tuberculose dans le monde en 2013 fait état de deux difficultés majeures pour accomplir les progrès décisifs en matière de soins et de prévention :

- le nombre élevé de malades qui échappent aux soins de santé et sont donc potentiellement infectants, soit un malade sur trois ;
- la crise de la tuberculose pharmaco-résistante.

Pour l'OMS, le manque de ressources pour la lutte antituberculeuse est au cœur de ces deux problèmes. Il manque pour la tuberculose, dont les ressources nécessaires chaque année sont chiffrées à 4,8 milliards de dollars US, 1,6 milliard de dollars par an. Mais, il faut aussi souligner les difficultés opérationnelles rencontrées pour faire fonctionner les programmes de lutte contre la tuberculose dans le contexte de systèmes de santé peu performants.

La co-infection tuberculose/VIH reste un problème majeur dans la lutte antituberculeuse, la tuberculose demeurant l'infection opportuniste la plus fréquente chez les sujets VIH positifs. Au moins un tiers des 36 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont infectées par le bacille de la tuberculose. En 2012, 1,1 millions de nouveaux cas de tuberculose, sur les 8,6 millions notifiés, sont des PVVIH ; 320 000 sur les 1 300 000 décédés sont des PVVIH. De bons résultats ont, sans doute, été obtenus depuis six ans dans la lutte contre la co-infection VIH/tuberculose : 510 000 vies

ont été sauvées à l'échelle mondiale, le nombre de PVVIH dépistés pour la tuberculose a été multiplié par 12 et le dépistage du VIH chez les tuberculeux a été multiplié par 5. Mais, seulement 46 % des tuberculeux connaissent leur statut VIH, moins de 60 % des malades coïnfectés sont sous traitement antirétroviral, et sur 1 600 000 nouvelles infections par le VIH n'ayant pas de tuberculose évolutive, 500 000 seulement sont sous isoniazide à titre préventif.

La tuberculose multirésistante (TB-MR ou TB-MDR) est devenue un problème de santé publique. Elle est causée par des bacilles résistants à, au moins, les deux médicaments antituberculeux les plus efficaces, la rifampicine et l'isoniazide. L'OMS estime à 450 000 le nombre des TB-MR dans le monde. 3,6 % des nouveaux cas de tuberculose sont des TB-MR, 20,2 % des cas déjà traités sont des TB-MR. Environ 9,6 % des TB-MR sont résistants à quatre médicaments essentiels antituberculeux : rifampicine, isoniazide, fluoroquinolones et agents injectables de 2<sup>e</sup> ligne. On parle de tuberculose ultrarésistante (TB-UR ou TB-XDR), qui est déjà signalée dans 92 pays.

Dans la lutte contre la tuberculose, les moyens diagnostiques étaient jusqu'en 2010 limités à l'examen microscopique (de faible sensibilité chez les PVVIH) et à la culture de durée trop longue. Un nouveau test a modifié la donne : le test Xpert<sup>®</sup> MTB-RIF qui est un test moléculaire permettant de dépister en quelques heures les patients qui ont une tuberculose évolutive sensible aux quatre médicaments usuels, permettant ainsi de diminuer le nombre de tuberculoses traitées sans confirmation bactériologique. Il permet de plus d'identifier ceux qui ont une résistance à la rifampicine, un très bon marqueur des TB-MR. En juillet 2013, 1 402 machines étaient en place dans le monde et 3,2 millions de tests réalisés. Un autre test, le Genotype<sup>®</sup> MTBDR permet de dépister la résistance à la fois à la rifampicine et à l'isoniazide.

Le déploiement du test Xpert<sup>®</sup> augmente la demande pour le traitement des patients atteints de TB-MR. Parmi les nouveaux antituberculeux, certains existaient déjà, leurs propriétés antituberculeuses ayant été découvertes secondairement : ce sont les nouvelles quinolones (moxifloxacine), les oxazolidinones (linézolide) et les nouvelles rifamycines (rifapentine). D'autres ont été développés pour leurs activités contre

B.-A. Gaüzère (✉) · P. Aubry (✉)  
CHU de La Réunion, 97405 Saint-Denis  
e-mail : bernard.gauzere@chu-reunion.fr,  
aubry.pierre@wanadoo.fr

les mycobactéries : ce sont les dérivés nitro-imidazolés (diltanamide) et les diarylquinolines (bedaquiline).

Le traitement des cas de TB-MR est encore peu documenté. L'OMS a rédigé des recommandations, sur le traitement des souches multirésistantes qui ont été actualisées en 2011 : un aminoside injectable, le pyrazinamide, une fluoroquinolone et l'éthionamide doivent être systématiquement utilisés, l'ajout de l'acide para-aminosalicylique (PAS) ou de cyclosérine afin d'atteindre une pentathérapie au début du traitement étant également recommandé, sous réserve de sensibilité de l'une de ces deux molécules. La durée du traitement est de 20 mois.

La seule nouvelle molécule actuellement spécialisée est la bedaquiline (TMC-207), commercialisée sous le nom de Sirturo®. Elle a obtenu la licence de la FDA/US en phase II en décembre 2012. Elle peut être ajoutée au régime recommandé par l'OMS chez les adultes atteints de TB-MR sous les conditions suivantes : quand un traitement efficace contenant quatre médicaments de deuxième ligne en plus du pyrazinamide, selon les recommandations de l'OMS, ne peut être mis en place, ou quand il existe une résistance à n'importe quelle fluoroquinolone en plus des résistances multiples aux autres médicaments. La bedaquiline est prescrite en comprimés et pendant une durée de 6 mois. Elle est délivrée en France sur ATU nominative. Son action doit être réévaluée en 2015.

Il y a peu de progrès en ce qui concerne les vaccins. Douze vaccins sont en essais cliniques (phase II). Un vaccin, le *Mycobacterium vaccae*, bactérie non pathogène, adjuvant à l'antibiothérapie standard, est en phase III.

Toutes ces données intéressent-elles les îles du sud-ouest de l'océan Indien ? Madagascar est la seule île où l'incidence de la tuberculose est élevée et en augmentation : 261 pour 100 000 habitants en 2009, 217 en 2000 (moyenne dans le monde en 2012 : 125). Mais la co-infection VIH/tuberculose n'était en 2009 que de 2,4 % et la tuberculose multirésistante ne représentait que 0,5 % des nouveaux cas. Une surveillance au niveau national est cependant nécessaire pour suivre les groupes à risque : les tuberculeux coïnfectés par le VIH et les cas résistants à la rifampicine.

## Étude des lymphomes du nord de L'île de La Réunion de 2005 à 2012

N. Bakiri<sup>1</sup>, L. Debus<sup>1</sup>, T. Touarhi<sup>1</sup>, J.-F. Paitel<sup>1</sup>, C. Ferdynus<sup>2</sup>, E. Chirpaz<sup>3</sup>, S. Gréget<sup>4</sup>, G. Baumont<sup>4</sup>, J.-L. Ratoanina<sup>4</sup>, M. Bègue<sup>4</sup>, T. Henni<sup>1</sup>, P. Agapé<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'hématologie oncologie, Hôpital Félix Guyon, CHU de La Réunion

<sup>2</sup>Unité de soutien méthodologique, DRCI, CHU de La Réunion

<sup>3</sup>Registre du cancer de La Réunion, CHU de La Réunion

<sup>4</sup>Service de radiothérapie et oncologie, Clinique Sainte-Clotilde, 127, route de Bois de Nèfles, 97492 Sainte-Clotilde cedex, France

En Europe, les lymphomes non hodgkinien sont classés au 12<sup>e</sup> rang des cancers. À La Réunion, l'incidence standardisée des lymphomes non hodgkinien est de 10,9 chez les hommes et de 6,1 chez les femmes, ce qui correspond au 7<sup>e</sup> et au 6<sup>e</sup> rang des cancers (données du Registre du cancer de la Réunion en 2006). Ces données suggèrent une plus forte prévalence de lymphomes à La Réunion.

Nous avons analysé rétrospectivement 228 patients atteints de lymphomes sur une période de 8 ans, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et le 31 décembre 2012, pris en charge dans le Service d'hématologie-oncologie du CHU nord et dans le Service d'oncologie-radiothérapie de la Clinique Sainte-Clotilde. Le bassin de population des deux établissements recouvre les territoires sanitaires ouest et nord-est de l'île. Tous les lymphomes ont été classés selon la classification OMS 2008. La majorité des cas a fait l'objet d'une relecture histologique dans le cadre du réseau Lymphopath financé par l'Institut national du cancer. Notre échantillon a été comparé aux données d'un registre représentatif de l'épidémiologie des lymphomes en Europe (Novelli et al : Epidemiology of lymphoid malignancies: last decade update. SpringerPlus 2013 2:70).

Nous avons observé :

- une prédominance masculine plus marquée dans notre échantillon avec un sex-ratio de 1,38 contre 1,25 ;
- un âge plus jeune avec une prédominance de la classe d'âge 40-59 ans (âge moyen : 56 ans), comparé à la classe d'âge 60-79 ans prédominante en Europe ;
- une prédominance de lymphomes diffus à grandes cellules B, de lymphomes folliculaires, de lymphomes extranodaux à cellules de la zone marginale, de lymphomes hodgkinien classiques, de lymphomes T périphériques, et de lymphomes à petites cellules de type LLC dans la classe d'âge 40-59 ans comparativement à la classe d'âge 60-79 ans ;
- une proportion significativement plus importante de lymphomes B primitif du médiastin (7 % vs 0,4 %, p=0,003) par rapport au registre européen ;
- une proportion significativement plus faible de lymphome T épidermotrope de type mycosis fongoïde ou syndrome de Sézary (1,3 % vs 4,6 %, p=0,025) ;
- une plus faible proportion de patients résidents dans la commune de la Possession située au centre de la zone d'attractivité.

En conclusion, les résultats de cette analyse rétrospective d'un échantillon représentatif des lymphomes à La Réunion comparativement à un registre européen montrent des différences de répartition des lymphomes en fonction du sexe, de

l'âge, des entités anatomo-cliniques et des communes de résidences des patients. Ces résultats incitent à réaliser une étude épidémiologique prospective des lymphomes à La Réunion.

### **Intoxication familiale à La Réunion (Océan Indien), par ingestion de *Lagocephalus sceleratus* (Tétronon, Fugu)**

B. Puech<sup>1</sup>, B. Batsalle<sup>2</sup>, P. Roget<sup>2</sup>, J. Turquet<sup>3</sup>, J.-P. Quod<sup>3</sup>, J. Allyn<sup>1</sup>, J.-P. Idoumbin<sup>4</sup>, J. Chane-Ming<sup>4</sup>, J. Villefranque<sup>2</sup>, K. Mougin-Damour<sup>2</sup>, D. Vandroux<sup>1</sup>, B.-A. Gaüzère<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation, CHU de La Réunion, Hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion, France.

<sup>2</sup>Centre hospitalier Gabriel Martin, 97866 Saint-Paul, La Réunion, France.

<sup>3</sup>Agence pour la recherche et la valorisation marines (ARVAM), c/o CYROI,

2, rue Maxime Rivière,  
97490 Sainte Clotilde, La Réunion, France

<sup>4</sup>Cyclotron Réunion Océan Indien (CYROI),

2, Rue Maxime Rivière,  
97490 Sainte Clotilde, La Réunion, France

<sup>5</sup>Centre René Labusquière, Université Bordeaux Segalen, 33076 France

bernard.gauzere@chu-reunion.fr

Les intoxications par le fugu ont été rarement rapportées dans l'océan Indien et les territoires français d'outremer. À La Réunion, le dernier cas documenté remonte à 1989 et beaucoup de Réunionnais ne connaissent plus la toxicité des fugus.

Nous rapportons le cas d'une intoxication familiale à la suite de la consommation d'un tétronon (*Lagocephalus sceleratus*) pêché dans les eaux réunionnaises.

Dix personnes ont été hospitalisées en même temps deux heures après avoir consommé du *L. sceleratus*. Deux personnes âgées présentant des défaillances d'organes ont dû être admises en réanimation pour ventilation mécanique. Tous les patients ont parfaitement récupéré en 3 à 4 jours.

L'intoxication par *L. sceleratus* a été suspectée d'après les signes cliniques, puis confirmée par la photographie du poisson prise par l'entourage du pêcheur. La tétrotoxine a été isolée dans d'importantes concentrations dans les restes alimentaires. À notre connaissance, il n'y avait pas eu de cas documenté d'intoxication à la tétrotoxine depuis 25 ans à La Réunion et depuis 1998 dans l'océan Indien. Ce type d'intoxication est fréquent en Asie, mais a également été récemment rapporté en Méditerranée (migration par le canal de Suez) et en Espagne, sur la côte Atlantique.

L'information des populations et des personnels soignants de l'outremer français doit être renforcée, ainsi que dans les pays méditerranéens.

### **Grippes sévères, saison australe 2013 à Saint Denis de La Réunion**

D. Vandroux, E. Brottet, L. Ursulet, M. Angue, L. Filleul, B.-A. Gaüzère

<sup>1</sup>Service de réanimation, CHU de La Réunion, Hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion, France

Centre René Labusquière, Université Bordeaux Segalen, 33076 France.

Depuis l'hiver austral 2009 et la pandémie de la variante 2009 du virus grippal H1N1, La Réunion et les autres territoires australs ultramarins français peuvent être considérés comme territoire sentinelle de la surveillance grippale pour la métropole. Nous présentons les caractéristiques des patients admis dans le service de réanimation polyvalente de la partie nord de La Réunion.

À partir de la liste des patients ayant fait l'objet d'une déclaration à la CIRE Océan Indien par le service de réanimation polyvalente, nous relevons les caractéristiques démographiques (sexe, âge, index de masse corporelle), les critères de gravités (scores IGS2 et SOFA, comorbidités), les données biologiques initiales (nombres de leucocytes et lymphocytes, plaquettes, cytolysse, créatinémie, lactatémie), les coinfections initiales, les éléments thérapeutiques (vasopresseurs, épuration extrarénale, ventilation artificielle conventionnelle antiviral) et pronostiques (mortalité en réanimation, durée de séjour). Les résultats sont donnés en moyenne  $\pm$  écart type ou en médiane [premier et troisième quartile]. Une corrélation avec la mortalité ou les indices de gravité est recherchée sur l'âge par test de Wilcoxon, sur le type AH1N1 et sur la co-infection bactérienne par test du  $\chi^2$  avec correction de Yates.

Seize patients, huit femmes et huit hommes, ont été admis en réanimation avec une PCR grippe positive. L'âge moyen était de 56,6 ans  $\pm$  17,5 ans (57,1  $\pm$  12,5 ans dans le sous-groupe AH1N1), l'IMC de 26,5  $\pm$  11,5 kg/m<sup>2</sup> avec pour trois patients un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>. La moitié des patients présentaient une HTA, quatre patients présentaient un diabète de type 2, deux patients présentaient une immunodépression (maladie VIH stade sida et transplantation rénale), deux patients étaient coronariens. Onze patients ont été admis pour une symptomatologie respiratoire ; les autres circonstances d'admission étaient une myocardite, une acutisation d'insuffisance rénale, un arrêt cardiocirculatoire hypoxique, un paludisme et une acidocétose. L'IGS2 moyen était de 54,9  $\pm$  26,2 et le score SOFA de 10,1  $\pm$  4,8. Tous les patients sauf deux requéraient une ventilation mécanique avec une durée moyenne de ventilation de 11,8 jours. Trois patients ont bénéficié de séances de ventilation en decubitus ventral, un patient de ventilation par oscillation haute fréquence, quatre patients de monoxyde d'azote et quatre patients d'oxygénation extracorporelle (ECMO). Les analyses biologiques ont montré

un nombre de leucocyte de  $10\,550/\text{mm}^3$ , avec un taux de lymphocytes de  $832 \pm 508/\text{mm}^3$ . Quatorze patients sur les 16 avaient une lymphopénie. Le taux moyen de plaquette était de  $144\,000/\text{mm}^3$  avec cinq patients présentant une thrombopénie  $< 100\,000/\text{mm}^3$ . Dix patients avaient une cytolysé hépatique à l'admission. La créatinémie était élevée à  $170 \pm 155 \mu\text{mol/l}$ . La lactatémie artérielle est de  $2,9 \pm 1,5 \text{ mmol/l}$ . Tous les patients excepté un avaient une radiographie thoracique anormale (moyenne 2,8 quadrants atteints). Le délai diagnostique moyen par RT-PCR était de deux jours à l'admission, soit  $9,8 \pm 7,3$  jours après le début des signes. La RT-PCR retrouvait huit patients atteints de grippe AH1N1pdm09, six virus grippaux A non H1N1 et deux virus grippaux B. La monodéfaillance respiratoire était rare, car 12 patients (75 %) requéraient un traitement vasopresseur au premier jour d'admission. Seuls sept patients ont été traités par oseltamivir, les patients arrivant tardivement en réanimation par rapport au début des signes cliniques ( $7,8 \pm 7,2$  jours). Tous les patients sauf un ont une antibiothérapie à l'entrée. Sept patients avaient une coinfection documentée à l'entrée dont trois à pneumocoques et trois à staphylocoque doré méthi-sensible. La durée du séjour en réanimation était de  $14,3 \pm 9,6$  jours. Six patients sont décédés durant leur hospitalisation en réanimation. Les causes de décès étaient en rapport avec des limitations de soins (grippe sur fibrose pulmonaire évoluée, limitation de la ventilation artificielle), mort cérébrale dans le cadre d'un arrêt cardiaque hypoxique extra-hospitalier. Trois patients sont décédés sous ECMO : hémorragie cérébrale, hémoptysie massive et défaillance multiviscérale. Ni l'âge, ni le virus A H1N1, ni la surinfection ne sont significativement corrélés aux indices de gravité et à la mortalité.

En 2009, l'île de La Réunion avait été, plus précocement que la métropole, touchée par la pandémie grippale avec une mortalité en réanimation de 31 %. L'âge moyen des personnes hospitalisées en réanimation pour grippe AH1N1 était alors de 39 ans. Les facteurs de risque de mortalité retrouvés étaient l'obésité et la grossesse.

En 2013, le facies de la grippe sévère a évolué au nord de l'île. Il faut noter :

- la persistance du variant AH1N1pdm09 pour les formes sévères hospitalisées en réanimation, mais aussi dans la population générale. En population générale, sur 355 prélèvements réalisés au 2 août 2013 pour syndrome grippaux, 58 % des résultats étaient positifs et retrouvaient le variant AH1N1 responsable de 43 % des gripes. Cependant, il n'apparaît plus de surmortalité lié à ce variant dans notre série. Dans notre faible échantillon, il n'a pas été repéré de situation géographique particulière liée à ce type viral ;
- l'âge et les comorbidités ne caractérisent plus le variant AH1N1pdm09 des autres types viraux. Ainsi, dans notre cohorte, l'âge moyen était de 57 ans dans le groupe

AH1N1 versus 56,5 ans pour l'ensemble des virus grippaux. On assiste donc à une « normalisation » de ce variant par rapport aux autres formes ;

- les hospitalisations en réanimation étaient en rapport avec des défaillances multiviscérales contemporaines d'un épisode grippal. Aussi les décompensations grippales de pathologies chroniques de patients débilisés sont une cause plus fréquente de séjours en réanimation que la monodéfaillance respiratoire sur pneumopathie grippale, ce qui est corroboré à des indices de gravité et à une mortalité relativement élevée (37,5 %) ;
- les co-infections bactériennes, en particulier à pneumocoques et à SAMS sont fréquentes dans cet échantillon et souvent au premier plan lors de la prise en charge initiale, mais ne sont pas liées à des indices de gravité ou à une mortalité plus élevées.

La saison grippale 2013 est marquée par la persistance du virus Influenza A H1N1pdm09 sur le territoire nord de l'île de La Réunion, mais avec des caractéristiques épidémiologiques comparables aux formes sévères de grippe saisonnière.

### Le point sur les infections sexuellement transmissibles à Mayotte

O. Maillard<sup>1</sup>, F. Pagès<sup>2</sup>, L. Collet<sup>3</sup>, D. Troalen<sup>4</sup>, T. Benoit-Cattin<sup>3</sup>, A.-M. De Montera<sup>1</sup>, T. Lernout<sup>2</sup>, L. Filleul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pôle de santé publique, Centre hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, Mayotte

<sup>2</sup>Cellule interrégionale d'épidémiologie océan Indien, Institut de veille sanitaire, Mamoudzou, Mayotte

<sup>3</sup>Laboratoire de biologie et d'analyses microbiologiques, Centre Hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, Mayotte

<sup>4</sup>Laboratoire d'analyses biologiques et médicales, Mamoudzou, Mayotte

L'île de Mayotte, 101<sup>e</sup> département français depuis le 31 mars 2011, est soumise à de fortes migrations de population en provenance des îles voisines des Comores, de Madagascar et d'Afrique continentale. Dans ce contexte, un point sur la situation des infections sexuellement transmissibles (IST) s'avère nécessaire, car l'organisation de la veille sanitaire sur l'île est récente et le système des maladies à déclaration obligatoire (MDO) en œuvre depuis 2009 seulement.

Nous faisons ici le point sur les IST diagnostiquées en 2011 au laboratoire du CHM et dans l'unique laboratoire privé de l'île à partir d'une analyse rétrospective des données biologiques en comparaison avec celle de la métropole.

Au CHM, les indicateurs biologiques recueillis sont le nombre de prélèvements urétraux et vaginaux pour culture, le nombre de demandes de diagnostic de VIH, hépatite B et C, syphilis, infection à Ct et le nombre de positifs, au CHM auquel le Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)



est rattaché depuis son ouverture fin 2009. Une surveillance spécifique par sexe, âge et lieu de consultation a été réalisée pour les infections à gonocoques et à Ct.

Le laboratoire privé de Mayotte fournit des données à l'Agence régionale de santé sur le VIH, les hépatites, la syphilis et les infections à Ct. Il analyse tous les prélèvements biologiques réalisés dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI).

## VIH

Le nombre de recherche par habitant est plus élevé à Mayotte qu'en métropole (88 contre 76/1 000 habitants) avec une part CDAG presque 2 fois plus importante (11 contre 6/1 000 habitants). L'incidence globale est plus élevée qu'en métropole (23,3 contre 16,8/100 000 habitants) et presque 4 fois plus importante en CDAG (7,6 contre 2,1/100 000 habitants).

## Hépatite B

Le nombre de recherche par habitant est 3 fois plus élevé à Mayotte (94 contre 30/1 000 habitants). Le taux de positivité global est presque 7 fois plus important qu'en métropole (4,51 % contre 0,68 %).

## Hépatite C

Ne s'agissant pas d'une maladie à déclaration obligatoire, la recherche des Ac anti-VHC seule ne permet pas d'analyser la situation du VHC à Mayotte même si les résultats plaident pour une exposition sexuelle, l'île étant a priori peu exposée à une toxicomanie intraveineuse.

## Syphilis

Bien qu'on ne retrouve pas de données sur le nombre de recherches par habitant en métropole, il apparaît que la part CDAG est 5 fois plus faible à Mayotte (13 % contre 69 %). Cependant, le taux de positivité global à Mayotte apparaît 6 fois moindre qu'en Martinique (1,9 % contre 11,5 %) et la stabilisation du nombre d'unités de pénicilline retard distribuées depuis 2010 est en faveur d'une stabilisation du nombre de cas avec 17 syphilis récentes et 171 cicatrices sérologiques diagnostiquées en 2011.

## Gonocoques

À Mayotte, il n'y a pas de dépistage chez les hommes en CDAG, ainsi les données correspondent à des prélèvements cliniques. À l'inverse, chez les femmes, les données sont en très grande majorité liées au dépistage, notamment chez la

femme enceinte en raison du grand nombre d'accouchement. Une analyse comparative est impossible dans ce contexte.

## Chlamydiae

Bien qu'on ne retrouve pas de données sur le nombre de recherche par habitant en métropole, il apparaît que la part CDAG est comparable (27 % à Mayotte contre 33 % en métropole). Le taux de positivité global est 2 fois plus élevé à Mayotte (12,7 % contre 6 % en métropole). Il en est de même en CDAG (17,7 % contre 9,4 %) ou en dehors et quel que soit le sexe (13 % contre 5,5 % chez les hommes, 13,4 % contre 6,5 % chez les femmes).

Des flux importants de migrants, un manque d'information sur les IST parallèlement à un faible niveau d'éducation, une vaccination insuffisante ou inconnue contre l'hépatite B chez les plus de 15 ans, la pratique toujours persistante de la polygamie sont autant de facteurs pouvant expliquer les particularités de l'épidémiologie, de la prévention et du suivi des IST sur l'île de Mayotte par rapport à La Réunion ou au niveau national. En outre, la pauvreté des populations locales ne permet pas d'assumer le coût des préservatifs dont la distribution gratuite dans le cadre du dépistage reste anecdotique au regard du nombre d'habitant.

Malgré les limites du système de surveillance actuel qui rendent délicate l'interprétation des tendances, la situation des IST à Mayotte n'est pas négligeable. La sensibilisation des personnels de santé à la prévention, au dépistage, au diagnostic et aux risques associés aux IST doit se renforcer. En outre, une amélioration du système local de surveillance des IST doit être entreprise car elle est indispensable à l'analyse et au suivi de l'épidémiologie locale des IST. Enfin, des campagnes de prévention des risques liés aux IST, à destination des populations à risque notamment jeunes et migrants, doivent se poursuivre.

## Vers la pré-élimination du paludisme à Mayotte ?

L. Iché<sup>1</sup>, P. Durasnel<sup>1</sup>, B.-A. Gaüzère<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Centre hospitalier de Mayotte, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte

<sup>2</sup>Service de réanimation, CHU de La Réunion, Hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion, France

<sup>3</sup>Centre René Labusquière, Université Bordeaux Segalen, 33076 France

Mayotte est, avec la Guyane, le seul département français qui présente des cas de paludisme autochtones. Mayotte est soumise à d'importants déplacements de population en provenance des îles voisines plus fortement impaludées. Depuis plusieurs années, Mayotte connaît une diminution du

nombre des cas de paludisme : 433 nouveaux cas en 2010, 97 cas en 2011 dont 42 autochtones ; 74 en 2012 dont 25 autochtones. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques des patients admis pour paludisme au centre hospitalier de Mayotte à Mamoudzou de janvier 2011 à avril 2013 et de tenter d'en tirer des conclusions plus générales sur l'état du paludisme dans l'île.

Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 2012 à octobre 2012 et prospective de novembre 2012 à avril 2013. Les critères d'inclusion dans l'étude sont : frottis et/ou une goutte épaisse positifs, au cours d'une consultation par un enfant ou un adulte au CHM.

Cinquante-six patients, 29 femmes et 27 hommes : sex-ratio H/F de 0,93 ; âge moyen  $26 \pm 19,4$  ans. 41 patients (77,4 %) ne suivaient aucun traitement au long cours. 43 cas importés (77 %), 7 endémiques (12 %), 6 cas (11 %) à origine non précisée. Lieux de voyage : 39 fois les Comores, 6 fois Madagascar. Les 7 patients qui n'avaient pas quitté Mayotte habitaient tous dans des communes différentes, hormis deux d'entre eux à Dombeni. Un seul des patients a déclaré une prévention primaire (moustiquaire) et aucun de chimioprophylaxie. Principaux symptômes : fièvre (n=39), asthénie (n=45), vomissement (n=22), céphalée (n=14), diarrhée (n=13), arthralgie (n=9). Le test de diagnostic rapide (TDR), (OptiMAL-IT®) pratiqué chez 51 patients (91 %), positif chez 43 d'entre eux (84 %). Différentes espèces plasmodiales : *P. falciparum* (n= 52), *P. malariae* (n=2), *P. vivax* (n=2). Onze patients avaient une parasitémie supérieure à 4 %, 17 avaient une thrombopénie inférieure à 50 G/L. 23 patients (14 adultes et 9 enfants) présentaient des critères de gravité selon la définition de l'OMS 2000. 30 patients hospitalisés (54,5 %) dont 11 en service de réanimation.

Il s'agit de patients jeunes avec une part importante des moins de 20 ans et quasiment autant d'hommes et de femmes traduisant une différence avec les études antérieures qui notaient une majorité d'hommes jeunes âgés en moyenne de 25 ans. La modernisation et l'urbanisation peuvent rendre compte de l'équilibre du sex-ratio. Notre étude retrouve, en plus des pics de février-mars 2012 et de janvier-février 2013, un pic au mois d'août coïncidant avec le retour d'un séjour dans l'Union des Comores pendant les vacances scolaires. Ces résultats, s'ils devaient se pérenniser, pourraient signifier que les pics épidémiques dépendent maintenant autant

des migrations que du climat. Hypothèses expliquant l'importante diminution des cas de paludisme : intensification de la lutte anti-vectorielle, réduction de la transmission des formes sexuées, grâce à un traitement très précoce, action sur les gamétocytes de la bithérapie à base d'artémisinine.

La proximité géographique des îles et les liens familiaux rendent compte de la part importante des cas d'importation depuis les Comores. Il est difficile de tirer des conclusions sur le paludisme aux Comores, car les données sont incomplètes ou inconstamment transmises. De 2000 à 2011 aux Comores : diminution des admissions hospitalières pour motif de paludisme d'environ 25 % et diminution du taux de mortalité d'environ 45 %. Va-t-on également vers une pré-élimination du paludisme dans l'Union des Comores grâce à la lutte anti-vectorielle (moustiquaires, aspersion intra-domiciliaires ciblées), aux campagnes de traitement de masse à base d'une association artémisinine + pipéraquline (Mohéli en 2007, Anjouan en 2012), au traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ?

Un pays acquiert le statut de pays exempt de paludisme à l'issue de quatre phases programmatiques distinctes : maîtrise, pré-élimination, élimination et prévention de la réintroduction de la maladie. À l'heure actuelle, 11 des 99 pays dans lesquels la transmission perdure sont considérés par l'OMS comme étant dans la phase de pré-élimination et 10 sont considérés en phase d'élimination. Le faible nombre des cas de paludisme autochtones retrouvés dans cette étude et corrélé avec d'autres données, peut-il faire penser que Mayotte sera prochainement considérée par l'OMS, comme étant en phase de pré-élimination du paludisme ?

Nous constatons des modifications dans l'épidémiologie du paludisme à Mayotte. Le nombre de cas en nette diminution, il y a moins de cas autochtones que de cas importés et absence de foyer de transmissions sur l'île. La transmission est continue toute l'année avec des pics après les vacances scolaires. Le profil standard du patient impaludé est celui d'un homme ou d'une femme jeune, sans comorbidité. Il y a une baisse importante de la morbi-mortalité. Le paludisme à Mayotte a changé de visage : il ne s'agit plus du paludisme africain de l'enfant décrit en 1987, mais d'un paludisme de l'adulte jeune. Ces données sont-elles les prémices de la pré-élimination du paludisme à Mayotte ?