

Première journée dédiée aux travaux scientifiques des jeunes médecins de Guyane (JDIG) — Nos internes ont du talent Campus Troubiran, université de Guyane, Cayenne, Guyane

First Day Dedicated to the Scientific Works of Young Doctors in French Guiana — Our Residents' Got Talent
Campus Troubiran, Université de la Guyane, Cayenne, French Guiana

L. Epelboin · T. Bonifay · L. Adriouch · C. Bonnefoy · M. Demar · M. Dueymes · F. Henaff · F. Huber · A. Jolivet · J. Krajewski · A. Mahamat · E. Martin · M. Nacher · F. Nkontcho · N. Sabbah · A. Sanna · R. Schaub · F. Niemetzky · M. Douine

Reçu le 12 décembre 2017 ; accepté le 12 décembre 2017
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2018

Éditorial

L. Epelboin^{1,2}, F. Niemetzky^{3,4}, T. Bonifay^{1,4}, M. Douine^{2,5}

¹ Unité de maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ² Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ³ Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁴ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ⁵ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française, France

e-mail : epelboinrh@hotmail.fr

Nos internes ont du talent !

C'est le constat que plusieurs universitaires et médecins versés dans la recherche ont fait ces dernières années. En effet, en Guyane, région amazonienne située au nord-est de l'Amérique du Sud, terre tropicale par excellence, les sujets d'étude sont variés et passionnants, à l'image de la diversité de la faune, de la flore, des populations qui y vivent et des pathologies plus ou moins connues qui y prospèrent, de façon endémique ou épidémique. C'est dans ce contexte que, année après année, les internes en médecine, sommés de présenter un travail scientifique à l'issue de leurs études, sont amenés à choisir un thème de recherche parmi les mille et une possibilités qu'offre ce bout de France en Amazonie.

La variété des thématiques, conjointement à un travail de qualité, a amené plusieurs médecins des centres hospitaliers de Cayenne (CHAR) et de Saint-Laurent-du-Maroni (CHOG) et du département universitaire de médecine générale avec l'aide de l'université des Antilles, l'université de

Guyane et de l'Agence régionale de santé de Guyane, à organiser ces premières journées dédiées aux travaux scientifiques des jeunes médecins de Guyane (JDIG). De nombreux internes ont répondu à l'appel à communication, soumettant leurs travaux de thèse d'exercice de médecine, mémoires de diplômés d'études supérieures (DES) ou mémoires de master. Après sélection par un comité scientifique, 19 communications orales ou affichées ont été sélectionnées. Les thèmes abordés étaient vastes et touchaient un éventail très large des problématiques de santé publique des habitants de la Guyane. Les maladies infectieuses tropicales ont été inévitablement largement abordées : dengue, chikungunya, virus Tonate et Mayaro, toxoplasmose amazonienne, shigelloses, formes sévères de paludisme vivax. D'autres pathologies spécifiques au contexte guyanais ont également été présentées et discutées : prise en charge des morsures de serpents, des transporteurs in corpore de cocaïne, intoxication au plomb des femmes enceintes, intoxication au parquat (un dés herbant potentiellement mortel autorisé dans les pays voisins), morbidité des enfants amérindiens de Camopi sur l'Oyapock, épidémie de bérubéri chez des orpailleurs clandestins, consultations pour agression par la faune sauvage aux urgences de Cayenne, profil des médecins travaillant en centres délocalisés de prévention et de soins, et situation sur la pratique d'avortements clandestins. Enfin, des pathologies cosmopolites à forte spécificité locale, épidémiologie des cardiomyopathies et de la polyarthrite rhumatoïde et celle de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les détenus.

Le public était au rendez-vous, comprenant de nombreux professionnels de santé hospitaliers, libéraux, mais également d'institutions telles que la sécurité sociale ou l'ARS, la CIRE, des associations en santé, également des chercheurs

de l'institut Pasteur et du CNRS. Cela a permis de faire connaître ces travaux au dehors de la salle de thèse et les échanges riches après chaque présentation ont confirmé l'intérêt de la diffusion de ces travaux. Le succès de cette journée encourage la pérennisation pour les années futures en Guyane.

Partenaires : centre hospitalier de Cayenne, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, université de la Guyane, université des Antilles, Agence régionale de santé de Guyane.

Formes graves de paludisme à *Plasmodium vivax* : caractéristiques sociologiques, cliniques et biologiques associées à l'anémie profonde

L. Baha^{1,2}, D. Blanchet^{3,4}, N. Elenga^{1,4}, G. Egmann⁵, B. Carne^{3,4}, F. Djossou^{4,6}, M. Demar^{3,4}, L. Epelboin^{4,6}

¹ Service de pédiatrie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française, France ; ² Université de médecine de Bordeaux, Bordeaux 33000, France ; ³ Laboratoire hospitalo-universitaire de parasitologie mycologie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁴ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁵ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁶ Unité de maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France

e-mail : epelboinrh@hotmail.fr

Malgré sa réputation de bénignité, l'infection à *Plasmodium vivax* présente parfois des critères de gravité. Ces formes graves d'infection sont peu décrites, notamment en Amérique latine et en Guyane. Le critère de gravité le plus souvent retrouvé est l'anémie profonde.

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la fréquence de ces formes graves et de mettre en évidence leurs caractéristiques sociologiques, cliniques et biologiques. Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, cas témoin, appariée, réalisée entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2014 au centre hospitalier de Cayenne. Étaient inclus tous les patients avec un frottis-goutte épaisse positive à *P. vivax* (sans co-infection avec *P. falciparum*) et un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl ou d'hématocrite inférieur à 20 % chez l'adulte et inférieur à 5 g/dl ou inférieur à 15 % chez l'enfant de moins de 15 ans. Pour mettre en évidence les caractéristiques de ces patients, un groupe témoin a été constitué de patients avec une infection à *P. vivax* et une hémoglobine inférieure à 12 g/dl et apparié sur la date du diagnostic. Ces deux groupes ont alors été comparés en analyse univariée, puis multivariée, en étudiant

séparément les variables démographiques et biologiques. Parmi les 1 542 patients ayant fait un accès palustre à *P. vivax* sur la période huit ans, 27 présentaient une anémie profonde, soit 1,75 % des accès palustres à *P. vivax* et une médiane de 1,5 cas par an (min-max : 1-12 ; Q25-Q75 : 1-3). Les variables significativement associées à l'anémie profonde au cours d'un accès palustre à *P. vivax* en analyse bivariée étaient : l'âge inférieur à 15 ans, le sexe féminin (OR : 0,23), la grossesse, les populations vivant sur les fleuves, la température supérieure à 38 °C, la durée entre l'apparition de la fièvre et le diagnostic de paludisme inférieure à sept jours, la présence de saignements extériorisés, la présence d'autres signes de gravité (selon les critères d'infection grave à *P. falciparum* de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF 2008) et, au bilan biologique, une microcytose, une lymphopénie inférieure à 0,5 g/l, un taux de plaquettes supérieur à 100 g/l, une créatinine à plus de 110 µmol/l, une glycémie inférieure à 3,3 mmol/l, une calcémie à moins de 2,2 mmol/l et une réserve alcaline supérieure à 23 mmol/l. En analyse multivariée, les variables associées à la survenue d'une anémie profonde étaient l'âge inférieur à 15 ans, la présence d'autres signes de gravité, un taux paradoxal de plaquettes à plus de 100 g/l et une microcytose inférieure à 80 µm³.

L'anémie sévère reste un phénomène rare au cours de l'accès à *P. vivax*. Deux hypothèses peuvent être formulées concernant la survenue d'anémie profonde au cours des accès à *P. vivax* : survenue d'accès palustres simples chez des patients avec terrain prédisposé à l'anémie (grossesse, enfants carencés des communes isolées) et existence de formes graves de *P. vivax*, comme on le retrouve au cours des accès à *P. falciparum*, associée alors à d'autres signes de gravité.

Caractéristiques clinicobiologiques et score prédictif de chikungunya versus dengue : étude transversale au centre hospitalier de Cayenne

T. Bonifay^{1,2,3}, G. Vesin¹, B. Bidaud¹, C. Bonnefoy^{2,4}, M. Dueymes^{5,6}, M. Nacher^{3,6}, F. Djossou^{1,6}, L. Epelboin^{1,6}

¹ Unité de maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarud, université des Antilles ; ³ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁴ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française ; ⁵ Laboratoire hospitalier universitaire d'immunologie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française ; ⁶ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie

tropicale, université de Guyane, F-97300 Cayenne, Guyane française

e-mail : timothee.bonifay@gmail.com

L'épidémie de virus chikungunya (CHIKV) de 2014 en Guyane française a succédé à celle de virus dengue (DENV) de 2013. Le CHIKV n'avait pas été reporté depuis plus de 200 ans aux Amériques et n'a été étudié que depuis l'épidémie de La Réunion dans l'océan Indien, en 2006.

L'objectif principal de l'étude était de décrire et comparer les variables épidémiologiques, cliniques et biologiques qui aideraient à différencier un patient infecté par CHIKV ou DENV lors de sa première consultation médicale. L'objectif secondaire était de construire un score prédictif de dengue par rapport à chikungunya. Il s'agissait d'une étude rétrospective, de type cas témoin, comparant les patients infectés par CHIKV diagnostiqués par RT-PCR d'avril à juin 2014 à un groupe de patients témoins infectés par DENV diagnostiqués par NS1 en 2013. Les données cliniques et biologiques ont été comparées en analyse univariée, puis multivariée. Un score clinique a été construit à partir des coefficients β de la multivariée. Sur la période d'étude, 168 patients infectés par CHIKV ont été comparés à 452 patients DENV. En analyse multivariée, les variables indépendamment associées à CHIKV étaient la présence d'arthralgies, de rachialgies, de prurit, et celles associées à DENV étaient les céphalées, les myalgies, les nausées/vomissements, les diarrhées, les signes dermatologiques et hémorragiques et la thrombopénie. Un score clinique allant de 0 à +15 a été construit, et son seuil choisi de façon à obtenir un score très sensible pour la suspicion de dengue par rapport à une infection par CHIKV, nécessitant alors un bilan biologique et la recherche de critères de gravité. Les infections par DENV et CHIKV ont une présentation commune, mais l'application du score clinique à la phase aiguë de la maladie permettra d'identifier les cas de DENV en cas d'épidémie de CHIKV pour proposer une prise en charge adéquate au patient.

Prise en charge médicale des *body-packers* (transport de cocaïne in corpore) à l'hôpital de Cayenne entre 2010 et 2015

C. Bonnefoy^{1,2}, G. Egmann¹, T. Bonifay^{1,2}, M. Nacher^{3,4}, K. Hamiche⁵

¹ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarud, université des Antilles ; ³ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, F-97300 Cayenne,

Guyane française ; ⁵ Unité médico-judiciaire, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française

e-mail : clem.bonnefoy@gmail.com

La Guyane française est un lieu de passage de la cocaïne vers l'Europe. Le centre hospitalier Andrée-Rosemon (CHAR) de Cayenne prend en charge un nombre croissant de *body-packers* (transport de boulettes de cocaïne in corpore).

L'objectif de cette étude était de décrire la prise en charge des *body-packers* afin d'adapter le protocole de prise en charge aux spécificités locales et aux recommandations. Une première étude descriptive rétrospective a inclus les patients hospitalisés pour *body-packing* entre janvier 2010 et novembre 2015. Dans un second temps, des entretiens qualitatifs ont été menés auprès de *body-packers* détenus au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly. Deux cent quatre-vingt-deux patients ont été inclus dans l'étude. L'âge médian était de 24 ans et le sex-ratio de 4/1. La durée médiane de séjour était de 1,8 jour. Le cliché d'abdomen sans préparation a confirmé le diagnostic dans 97 % des cas. 3,5 % des patients ont présenté des signes d'alerte (8 toxidromes et 2 occlusions). Aucune chirurgie ou décès n'ont été recensés ; 28 % des patients ont bénéficié d'un dépistage urinaire, révélé positif dans 61 % des cas. Une durée de séjour prolongée était associée à la présence de signes digestifs, d'hypoglycémie ou d'ingestion à minima de dix boulettes.

Selon les huit patients vus en entretien, la moyenne des sommes attendues pour le transport de cocaïne était de 3 800 €. La peine moyenne était de 30 mois de prison. Un facteur social déclenchant a été retrouvé chez six patients sur huit. Le *body-packing* touche une population jeune et fragile, responsable d'une véritable catastrophe sociale. L'augmentation du nombre de suspicions de *body-packing* impose une réorganisation globale de la prise en charge. La TDM abdominopelvienne représente désormais le *gold standard* et est intégrée au nouveau protocole diagnostique.

Analyse rétrospective d'impact de l'épidémie de dengue 2013 sur le service des urgences de Cayenne

A. Deroure-Corté^{1,2}, G. Egmann¹

¹ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne, F-97300 Guyane française ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarud, université des Antilles, France

e-mail : arthurderoure@gmail.com

La Guyane subit de manière récurrente des épidémies. En 2013, une épidémie de dengue a touché plus de

16 000 patients, responsable de six décès. Le service des urgences de Cayenne a participé à la gestion du phénomène épidémique durant les sept mois de l'épidémie sur l'île de Cayenne.

Cette étude rétrospective d'impact de l'épidémie de dengue sur les différentes composantes du service des urgences de Cayenne a été réalisée de manière comparative avec l'année 2012 exempte d'épidémie, afin d'améliorer les prises en charge du service et de servir d'outil d'analyse pour évaluer et proposer un schéma d'organisation pour le service d'accueil des urgences (SAU) en cas de nouvelle épidémie. Les motifs d'appels au SAMU 973 pour conseil, pour suspicion de dengue ou pour des motifs compatibles avec la symptomatologie de la dengue ont augmenté respectivement de 30, 90 et 91 %. L'épidémie n'a pas eu d'impact sur l'activité du SMUR. Le service des urgences a pris en charge 4 898 patients supplémentaires, parmi lesquels 97,5 % sont sortis en externe après avoir bénéficié d'un bilan biologique pour les deux tiers d'entre eux. 55 % des patients supplémentaires étaient des patients de moins de 15 ans, venant majoritairement consulter la journée entre 6 et 20 heures. Au pic de l'épidémie, plus de 23 % des patients venaient consulter pour fièvre, parmi lesquels 50 % étaient diagnostiqués comme étant atteints de la dengue. Les temps d'attente avant la première prise de constante et avant la prise en charge médicale ont été augmentés durant toute la période épidémique de respectivement 4,9 et 4,6 minutes, avec des maximums observés en mai 2013 (pic de l'épidémie) à respectivement 16,8 et 24,3 minutes. L'impact sur le personnel infirmier a été important, responsable d'une augmentation de 150 % du nombre de jours de congé maladie, passant de 4,3 jours en moyenne par arrêt en 2012 à 8,4 jours en 2013. La mise en place de la filière fièvre de primoconsultation au SAU a été tardive et n'a permis de prendre en charge que 353 patients. L'impact sur le laboratoire a été important avec 12 501 demandes d'examens de biologie supplémentaire. Les services les plus impactés ont été la pédiatrie-nourrisson et l'infectiologie.

La précocité de la mise en place d'une filière de primoconsultation adulte et pédiatrique aux urgences semble être un point d'amélioration possible du système sanitaire en réponse au phénomène épidémique. La finalité de ces travaux s'attache à proposer un schéma d'organisation pour le service d'accueil des urgences de Cayenne.

Étude descriptive de la population des médecins travaillant en centre de santé en Guyane en août et septembre 2014

A. Derouere-Corté^{1,2}, M. Ville²

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ² Pôle des centres délocalisés de prévention et de

soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : arthurderouere@gmail.com

La pratique de la médecine en site isolé en Guyane au sein des CDPS connaît un fort turnover. Qui sont les médecins venant y travailler ? Pourquoi ont-ils fait ce choix ? Quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés et quels sont leurs besoins de formation ?

Nous avons réalisé une étude descriptive au moyen d'un questionnaire papier remis à tous les médecins pratiquant en CDPS pendant les mois d'août et septembre 2014. Le questionnaire comprenait 39 questions : son temps de réponse était libre, anonyme, par centre. Le taux de réponse a été de 80,8 % avec récupération de 21 questionnaires sur les 26 médecins en poste pour la période de l'étude.

La population est aux trois quarts masculine, pour 52 % doctorante de France métropolitaine, pour 24 % hors Union européenne et pour 19 % de l'Union européenne. Aucun praticien n'était doctorant de l'université Antilles-Guyane, et 38 % des praticiens n'étaient jamais venus en Guyane auparavant ; 76 % des médecins travaillaient en CDPS depuis moins de trois ans ; 46 % des médecins venaient pour des séjours ne dépassant pas 3 mois, et 57 % ne résidaient pas en Guyane.

Les motifs du choix de la Guyane montrent un attrait pour les pathologies rencontrées (43 %) et la découverte (43 %). Les motifs du choix des CDPS montrent une volonté de pratiquer en site isolé (62 %) et de formation à la pratique en site isolé ou aux pathologies tropicales (48 %) ; 90 % des praticiens interrogés ont été mis en difficulté dans leur pratique en CDPS. Ils trouvent la formation initiale existante utile (75 %) bien qu'insuffisante (80 %). Les difficultés fréquentes sont d'ordre social (74 %) et linguistique (74 %). Les thématiques de formation souhaitées sont à rattacher aux particularités de la pratique en site isolé : réalisation d'un accouchement (90 %), réanimation du nouveau-né (90 %), intubation oro-trachéale et induction (57 %), mais aussi dermatologie sur peau noire (71 %) et épidémiologie tropicale (76 %).

Comment réussir le défi d'associer en CDPS en Guyane la fonction sociale du médecin « de famille » (garante de la stabilité de l'offre de soins et d'une relation médecin-malade de qualité) à la pratique médicale forte d'apprentissages de compétences spécifiques nécessaires à la pratique en site isolé dans des domaines tels que l'obstétrique, l'urgence, l'infectiologie tropicale et la pédiatrie, et ce, dans le contexte de déficit médical chronique que connaît la Guyane ?

Polyarthrite rhumatoïde en Guyane française

A. Fautrat^{1,2}, M. Blettery^{2,3}, M. De Bandt³, M. Forgues¹

¹ Service de médecine interne, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ;

² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarud, université des Antilles ;

³ Service de rhumatologie, centre hospitalier universitaire Pierre-Zobda-Quitman, Fort-de-France, Martinique, Antilles françaises, France

e-mail : paradianne@gmail.com

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. À l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée concernant cette pathologie en Guyane.

Notre étude a pour objectif de décrire la PR en Guyane et d'apprécier les comorbidités cardiovasculaires (CV) associées. Notre étude est prospective, observationnelle, multicentrique, menée de 2012 à 2014. Nous avons sollicité les médecins généralistes et les services hospitaliers de médecine interne de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Les données ont été saisies dans le logiciel Epi Info™.

Cent vingt patients ont été inclus. La prévalence était estimée à 0,09 %. Une grande proportion de femmes composait notre cohorte (89 %). Les patients avaient en moyenne 55 ans. L'âge de découverte de la PR était de 47 ans, la durée de la maladie était de 8 ans. Les patients se sont déclarés afro-caribéens dans 65 % des cas, brésiliens dans 18 %, amérindiens dans 7 %. La population amérindienne était proportionnellement la plus touchée (0,17 %) ; 57,4 % des sujets étaient en rémission (DAS 28 < 2,6) et 49 % présentaient un handicap (HAQ > 0,5). Le nombre de patients positifs à l'un des deux anticorps (FR/ACPA) était très élevé (85 %). Le traitement par méthotrexate (MTX) restait en première intention (71 %), et 18 % étaient traités par biothérapie. L'utilisation de la corticothérapie concernait 52 % des malades, et 93 % de nos sujets présentaient au moins une comorbidité CV. L'obésité était le facteur le plus fréquent (60 %), et le tabagisme très peu présent (12,5 %). 22 % avaient un taux de HDL inférieur à 0,4 g/l (taux considéré comme FDRCV), et 24,7 % n'avaient pas un objectif de LDL atteint (taux selon le nombre de FDRCV associé). Notre population présentait des caractéristiques similaires à celle de l'étude martiniquaise EPPRA (même design d'étude). La comparaison avec la cohorte métropolitaine ESPOIR indique que notre cohorte présentait plus de femmes ($p = 0,02$), la présence d'anticorps plus élevée ($p < 0,0001$), le tabagisme moindre ($p = 0,001$). L'étude sud-américaine GLADAR concernait une population multiethnique comme la nôtre : la principale différence résidait dans leur stratégie thérapeutique où 29 % de leurs patients étaient traités par association de DMARDS (MTX + léflunomide) contre aucun dans la nôtre, et seulement 1 % étaient sous biothérapie.

Dans cette cohorte multiethnique, la population amérindienne est la plus touchée (notion retrouvée dans l'étude sur les Amérindiens des États-Unis avec une prévalence pouvant atteindre jusqu'à 8 % dans certaines tribus), la présence

d'anticorps est très élevée, le tabagisme est peu significatif, les comorbidités CV sont préoccupantes.

D'autres études seront nécessaires, d'une part, pour obtenir une prévalence réelle et, d'autre part, pour rechercher le facteur infectieux (*P. gingivalis*), puis éventuellement de cibler la population amérindienne. La recherche de comorbidités CV doit être systématique, et la prise en charge de l'obésité semble incontournable.

Efficacité de l'immunothérapie dans les envenimations par *Crotalinae* dans l'Ouest guyanais : étude comparative sur 63 patients

X. Heckmann¹, S. Larréché², S. Beneteau³, A. Jolivet⁴, F. Perotti⁵, I. Lehida Andi⁶

¹ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ² Département de biologie médicale, hôpital d'instruction des armées Bégin, Saint-Mandé ; ³ COREVIH-Guyane, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Département de santé publique, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁵ Pharmacie, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁶ Service d'anesthésie, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France

e-mail : xav.heckmann@free.fr

En Guyane, la plupart des morsures de serpents sont causées par les *Crotalinés* : leur venin cause coagulopathie et nécrose tissulaire aux conséquences parfois graves. Le traitement recommandé par l'OMS est l'immunothérapie antivenimeuse. Depuis fin 2014, le centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG) expérimente un antivenin polyvalent : l'Antivipmyn Tri[®] qui serait actif contre les genres *Bothrops*, *Lachesis* et *Crotalus*.

Les objectifs de cette étude étaient de comparer la cinétique des troubles de l'hémostase et la survenue de complications sous antivenin par rapport à l'évolution spontanée. Une étude comparative rétrospective a été conduite auprès des patients hospitalisés au CHOG entre janvier 2013 et juin 2016 présentant un tableau d'envenimation ophidienne de gravité supérieure ou égale à 2 de la classification de Larréché et Mion. Les critères de jugement principaux étaient les délais de correction du TP (> 50 %), du TCA ratio (< 1,5) et de la fibrinogénémie (> 1 g/l). Les critères secondaires étaient la durée d'hospitalisation, les recours à la chirurgie et à la dialyse. Soixante-trois patients ont été inclus : 28 dans le groupe antivenin, 35 dans le groupe témoin. Les témoins étaient principalement issus de la période avant immunothérapie. Les deux groupes ne différaient pas en

termes d'âge, de sexe ou de gravité. Le temps de correction moyen du TP était de 34,2 heures dans le groupe antivenin contre 37,6 heures dans le groupe témoin ($p = 0,40$), pour le TCAr : 21,5 contre 24 heures ($p = 0,54$) et pour le fibrinogène : 23,2 contre 40,5 heures ($p = 0,12$), respectivement. Nous n'avons observé aucune différence significative concernant les critères secondaires.

Cette étude n'a pas permis de démontrer un bénéfice de l'antivenin sur les paramètres biologiques ou cliniques étudiés. Les causes possibles sont discutées, assorties d'alternatives pour la prise en charge de ces envenimations en Guyane.

Prise en charge des agressions par la faune aux urgences de Cayenne : étude rétrospective sur l'année 2014

J. Krajewski^{1,2,3}, C. Marty⁴, M. Douine^{2,3,5}, G. Egmann³

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ;

² Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, F-97300 Cayenne, Guyane française ;

³ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française ; ⁴ CeGIDD, Croix-Rouge française, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁵ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne, Guyane française, France

e-mail : justine.krajewski@yahoo.fr

La Guyane française abrite une faune abondante suscitant de nombreuses craintes dans la population. Cependant, peu d'études de morbidité analysent l'impact des agressions des différentes espèces de la faune.

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients admis aux urgences de Cayenne à la suite d'une agression par la faune. Cette étude rétrospective, monocentrique et descriptive a analysé toutes les agressions par la faune reçues aux urgences de Cayenne sur l'année 2014.

Quatre cent huit patients ont été inclus, sex-ratio H/F de 1,79 et âge médian de 31 ans (intervalle interquartile = 29–33). Les principaux animaux en cause dans les agressions étaient les Hyménoptères (24,3 %), suivis des chiens (23,8 %) et des serpents (11,5 %). Les principaux signes cliniques étaient des signes généraux (48,2 %), notamment des douleurs (48,6 %) et/ou un syndrome locorégional (œdème, érythème ou plaie) (47,5 %). Moins de 10 % présentaient d'autres symptômes (digestifs, respiratoires, neurologiques, rénaux). Des troubles de la coagulation étaient présents dans 4,4 % des cas, tous liés à des morsures de serpent. Les traitements utilisés étaient les antalgiques (54,2 %), les antibiotiques (42,6 %), les antihistaminiques (22,3 %), les corticoïdes (12,3 %), et 41,9 % ont bénéficié de soins locaux.

Les agressions par morsure de serpents entraînent le plus grand nombre d'hospitalisations : 61,7 %, versus 19,6 % pour les chiens, 0 % pour les Hyménoptères, 6,5 % pour les autres ($p < 0,001$). Aucun décès n'a été constaté.

Cette étude montre que, contrairement aux idées reçues, la faune la plus impliquée dans les agressions n'est pas une faune sauvage, mais une faune anthropisée (chiens, Hyménoptères). Cependant, on constate un risque important de complications et d'hospitalisations en cas de morsure de serpent ; il semble donc nécessaire d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'un traitement par immunothérapie antiophidienne, actuellement non disponible à l'hôpital de Cayenne.

Toxoplasmose amazonienne en milieu isolé de la Guyane française : étude transversale multicentrique 2008–2015

A. Labaudinière^{1,2}, M. Demar^{3,4}, D. Davy⁵, J.-F. Carod⁶, P. Brousse², E. Mosnier^{2,7}

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ;

² Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ³ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française ;

⁴ Pôle médicoteknique-laboratoire, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁵ Centre national de la recherche scientifique–Observatoire hommes-milieus Oyapock, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁶ Pôle médicoteknique-laboratoire, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁷ Unité de maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : aude119@hotmail.com

Depuis 1992, des cas de primo-infections sévères sont décrits chez des patients immunocompétents en Guyane française. Cette nouvelle entité clinique, appelée toxoplasmose amazonienne (TA), implique des souches phylogénétiquement différentes circulant dans la faune locale.

Nous décrivons les aspects cliniques et évolutifs des cas de TA chez les habitants immunocompétents des communes isolées forestières en Guyane française. Une étude rétrospective a été menée sur les communes des fleuves du Maroni et Oyapock entre 2008 et 2015. A été inclus tout patient présentant un tableau clinique de toxoplasmose acquise, avec soit l'élévation de l'index IgM supérieure à 0,4 UI/l, soit la mise en évidence d'une séroconversion par ascension significative des titres IgG avec présence d'IgM entre deux prélèvements à distance. Étaient exclus de l'étude les patients souffrant d'une toxoplasmose congénitale, d'une co-infection au VIH ou HTLV ou atteints d'un autre déficit

immunitaire. Les données démographiques, cliniques, radiologiques, biologiques et évolutives ont été collectées à partir des dossiers médicaux.

Les 42 patients inclus dans l'étude avaient une moyenne d'âge de 16,5 ans (\pm 18,9) et un sex-ratio H/F de 1,8. La commune de Trois-Sauts concentrait 21,4 % des cas (9/42). Une hospitalisation a été nécessaire chez 70 % des cas, avec un séjour moyen de 11,2 jours. Cliniquement, 84,2 % (32/38) des patients présentaient un syndrome fébrile, avec une asthénie chez 72,5 % (29/40). Les principales atteintes viscérales étaient musculaires par augmentation des CPK (72,7 % ; 9/11), hépatiques avec une cytolysé supérieure ou égale à 2N (71,9 % ; 23/32), ganglionnaires (64,1 % ; 25/3), cardiaques avec anomalies échographiques (31,3 % ; 5/16) et pulmonaires (43,6 % ; 17/39) allant de pneumopathies interstitielles à la détresse respiratoire sévère. Aucune localisation neurologique n'a été retrouvée, mais 28,6 % (4/14) avaient un fond d'œil pathologique. Les formes cliniques disséminées (\geq 2 localisations viscérales) représentaient un tiers des cas (31,8 % ; 16/39). L'évolution clinique a été favorable pour tous les patients, principalement après l'instauration du cotrimoxazole (48,7 % ; n = 18/37). On retrouvait dans 100 % des cas une pratique forestière (abattis, cueillette, chasse) et la consommation d'eau de crique, mais surtout de gibier.

Ce travail a permis d'établir la fréquence de cette pathologie en zone isolée. Les aspects clinicoépidémiologiques et biologiques sont similaires à ceux décrits dans la littérature et pointent la diversité clinique des présentations en rapport avec la souche, le stade infestant, l'inoculum ou la réceptivité de l'hôte. Une analyse génotypique des souches pourrait confirmer l'effet souche et la part des cycles sauvages et domestiques dans la TA en Guyane.

Spectre étiologique et morphologique des cardiomyopathies en zone tropicale : à propos d'une étude rétrospective au centre hospitalier de Cayenne

P. Leménager^{1,2}, Y.-K. Franck³, F. Corlin¹, N. Bouscaren¹, G. Ayhan¹, I. Goumba³, M. Nacher^{1,4}, A. Adenis^{1,4}

¹ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ³ Service de cardiologie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : lemenager.paul@hotmail.fr

Les cardiomyopathies constituent un groupe de cardiomyopathies hétérogènes aux plans morphologique et étiologique. Devant la suspicion d'une spécificité tropicale et

en l'absence de données concernant la Guyane française, l'objectif principal de notre étude était de décrire les morphologies et les étiologies des cardiomyopathies observées au centre hospitalier de Cayenne (CHC).

Une étude rétrospective, monocentrique, transversale a été menée au CHC, du 1^{er} janvier 2009 au 1^{er} juin 2014, dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information. Seuls les patients répondant à la définition de l'European Society of Cardiology (ESC) ont été inclus, sur la base de la première échocardiographie transthoracique (ETT) retrouvée sur la période d'étude. Après avis au comité local d'éthique et avec l'accord des patients, les dossiers médicaux ont été consultés. Avec 182 patients inclus, la prévalence des cardiomyopathies au sein des cardiopathies était estimée à 4,3 % (IC95 % [3,7–4,9 %]).

Douze patients avaient une étiologie familiale ou génétique (6,6 %) et 170, une étiologie non familiale ou non génétique (93,4 %). Le spectre morphologique était : dilaté chez 114 patients (62,6 %), hypertrophique chez 27 (14,8 %), mixte chez 27 (14,8 %), non classé pour 1 (0,5 %) et non classable pour 13 (7,1 %). Ce groupe était constitué de patients pour lesquels l'ETT ne retrouvait pas d'anomalie morphologique, mais une atteinte fonctionnelle systolique et/ou diastolique. Le spectre étiologique retrouvait 184 étiologies dont : 70,9 % indéterminées, 8,7 % infectieuses (dont 6,5 et 0,5 % liées respectivement à la maladie de Chagas et à l'infection par le VIH) et 6 % toxiques.

Les cardiomyopathies représentent un problème clinique fréquent et grave. La fréquence des étiologies infectieuses et la fréquence des atteintes dilatées plaident en faveur de particularités tropicales des cardiomyopathies. Toutefois, la prépondérance des étiologies indéterminées justifie le développement de programmes de recherche.

Pronostic et suivi médical des personnes infectées par le VIH, libérées du centre pénitentiaire de Guyane française entre 2007 et 2013

A. Merceron¹, M. Nacher^{2,3,4}, V. About⁵, L. Adriouch³, A. Pastre⁵, I. Coupez⁵, A. Adenis⁴, A. Chaponnay³, F. Huber^{2,3,5}

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ² Hôpital de jour, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ³ COREVIH, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁵ UCSA, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁶ Réseau Kikiwi, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : flottheuber@yahoo.fr

En Guyane française, la prévalence du VIH est d'environ 1 % en population générale adulte. En 2014, environ 4 % des détenus incarcérés étaient infectés par le VIH.

Nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective dont l'objectif principal était de décrire le suivi et le pronostic au décours de l'incarcération des personnes infectées par le VIH (pvVIH) ; l'objectif secondaire était de décrire la population des pvVIH incarcérées en Guyane française. Les patients inclus étaient les pvVIH libérées du centre pénitentiaire entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2013. Nous avons colligé les données socioéconomiques et médicales issues des dossiers du centre pénitentiaire, du logiciel NADIS et des trois hôpitaux de Guyane. Les registres d'état civil ont permis de documenter les décès.

Nous avons inclus 147 patients, dont l'âge médian était de 37,3 ans. Ils comprenaient une majorité d'hommes (81,6 %) nés à l'étranger (69 %), 25,8 % étaient S.D.F. Les deux tiers souffraient d'addiction, 34 % d'usage de crack. La majorité des patients avait été dépistée lors d'une incarcération (55,9 %) et présentait un stade de l'infection peu avancé (78,1 % de stade CDC A) ; 30 % prenaient un traitement ARV (TARV) à l'entrée, 50,3 % à la sortie ($p < 0,01$). Après la sortie, 51 % ont été revus en consultation spécialisée, 29,9 % n'ont jamais été revus pour leur suivi. Le délai de retour en consultation spécialisée était de 1,5 mois pour les patients sortis sous TARV, versus 9,1 mois lorsque les patients étaient sortis sans traitement ($p < 0,01$). Douze personnes étaient décédées (8,2 %), soit une densité d'incidence de 33,8/1 000 personnes-année.

L'incarcération constitue une opportunité pour dépister des populations éloignées du soin à un stade d'infection peu avancé afin d'initier un TARV. Sortir sous TARV semblait fortement corrélé à une meilleure rétention dans le soin au décours de l'incarcération. Néanmoins, l'incidence de mortalité était très élevée, environ dix fois celle de la population générale guyanaise.

Intoxication au paraquat en Guyane française de 2008 à 2015 : étude de 62 cas

C. Merlin^{1,2}, R. Le Guern³, B. Nta⁴, Y.-M. Ducrot⁵, M. Pradier⁶, N. Elenga²

¹ Urgences pédiatriques, pôle de pédiatrie, centre hospitalier de Douai, 59507 Douai, France ; ² Service de pédiatrie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ³ Laboratoire de bactériologie hygiène, Centre de biologie pathologie, CHRU de Lille, université de Lille-II, Lille, France ; ⁴ Service de santé publique, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁵ Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française, France ;

⁶ Service maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier de Tourcoing, 59200 Tourcoing, France

e-mail : carolinegabrielle.merlin@gmail.com

Le paraquat est l'herbicide le plus mortel et le plus vendu au monde. Malgré son interdiction en France en 2007, il existe des cas d'intoxication en Guyane, liés à sa vente dans les pays frontaliers.

Cette étude vise à établir un état des lieux des intoxications au paraquat en Guyane française et à rechercher des facteurs prédictifs de mortalité. Cette étude rétrospective multicentrique décrit tous les patients hospitalisés dans l'un des trois hôpitaux de Guyane pour intoxication au paraquat, de janvier 2008 à décembre 2015. Le diagnostic principal des patients inclus était coté : T60, T603 ou T608 (dans la CIM 10), avec une paraquaturie positive et/ou un interrogatoire concordant.

Parmi les 62 patients inclus, l'âge moyen était de 27,4 ans $\pm 15,9$: 75 % des patients provenaient du Maroni, à la frontière surinamaïse (41/55). Il y avait 29 % de mineurs de 16 ans. L'intoxication était volontaire dans 85 % des cas, et 84 % des patients n'avaient aucun antécédent psychiatrique. Seulement 66 % des patients avaient réalisé une paraquaturie. Les enfants étaient hospitalisés plus longtemps que les adultes, $13,5 \pm 8,1$ jours versus $4,6 \pm 5,7$ ($p < 0,01$). Ils ingéraient moins de produits, en moyenne $9,3 \pm 14$ g de paraquat chez les enfants, contre $32,8 \pm 54$ g chez les adultes ($p = 0,05$). Le taux de mortalité était de 51,7 %. Il était significativement plus important chez les adultes (65 vs 22 % ; $p < 0,01$). Le délai de survenue du décès était de 3,07 jours en moyenne $\pm 3,76$. Les patients décédés avaient ingéré, en moyenne, plus de paraquat, $43,4 \pm 58,2$ g versus $8,2 \pm 22,1$ g ($p < 0,01$). La présence d'une cytolyse hépatique ou d'une insuffisance rénale à l'admission était un facteur de mauvais pronostic ($p < 0,05$). Aucun traitement (cyclophosphamide, dexaméthasone) n'a montré de bénéfice sur la survie, sauf le traitement par méthylprednisolone (64 % de survie ; $p = 0,015$). Cependant, 73 % des patients l'ayant reçu étaient des enfants (11/15).

Les facteurs influençant le pronostic des patients sont l'âge et la quantité ingérée. Aucun traitement ne semble être efficace dans cette étude. La meilleure façon de diminuer la mortalité liée à l'ingestion du paraquat serait d'interdire sa commercialisation.

Facteurs prédictifs de complication des envenimations par morsure de serpent à l'hôpital de Cayenne : étude observationnelle et comparative de 2007 à 2015

R. Mutricy^{1,2,3}, G. Egmann³, C. Marty⁴, A. Adenis^{2,5}, M. Douine^{2,3,5}, M. Nacher^{2,5}, L. Epelboin^{5,6}

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ² Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française ; ³ Service d'accueil des urgences, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Croix-Rouge française, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁵ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française, France ; ⁶ Unité des maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : remi.mutricy@gmail.com

Les études épidémiologiques sur les envenimations par morsure de serpent (Mds) en Guyane française sont anciennes, et la morbidité de celles-ci est mal connue.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire l'épidémiologie des Mds au SAU du centre hospitalier de Cayenne (CHC) et de déterminer les facteurs prédictifs de complications des envenimations par Mds. L'étude observationnelle, cas témoins monocentriques, a été réalisée au CHC du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2015. Étaient inclus tous les patients ayant subi une envenimation par Mds. Deux groupes ont été construits en fonction de la présence ou non de complications de l'envenimation. Ces groupes ont été comparés par analyse bivariée, puis multivariée.

Sur la période de neuf ans, 283 patients avec envenimation ophidienne ont été inclus. Le sex-ratio était de 2,25 ; l'âge médian de 34 ans (IQ 21–48, étendue 1–92). Le taux de létalité était de 1,4 %, et le taux de complications de 15,2 %. Quarante-trois patients faisaient partie du groupe compliqué, et 230 étaient dans le groupe non compliqué (inclassable $n = 10$). Les variables indépendamment associées aux formes compliquées étaient : score d'Audebert et Harry = 3 (OR = 19,3 ; IC 95 % [1,8 ; 212] ; $p = 0,02$), présence de nécrose (OR = 15,1 ; IC 95 % [3 ; 75] ; $p < 0,001$), et/ou de phlyctène (OR = 7,4 ; IC 95 % : [2,2 ; 24,4] ; $p = 0,001$), débit de filtration glomérulaire (DFG) ≤ 60 ml/min (OR = 9 ; IC 95 % : [2,6 ; 31,1] ; $p < 0,001$).

En Guyane française, la létalité et le taux de complications dus à une envenimation par Mds ne sont pas négligeables. La présence d'œdème, de nécrose, de phlyctène, d'une insuffisance rénale est associée à la présence de complications.

Deux arboviroses méconnues en Guyane française : le virus Tonate et le virus Mayaro

R. Mutricy^{1,2}, L. Epelboin^{1,3}, E. Mosnier^{1,3,4}, E. Martinez-Lorenzi⁵, E. Calciatti⁶, D. Blanchet⁷, S. Matheus⁸, F. Djossou^{1,3}, D. Rousset⁸

¹ Unité des maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ³ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁵ Centre médical interarmées, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁶ Centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁷ Laboratoire hospitalier universitaire de parasitologie et mycologie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁸ Institut Pasteur de Guyane française, laboratoire de virologie, Centre national de référence en arbovirose, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : remi.mutricy@gmail.com

Les virus Tonate (TONV) et Mayaro (MAYV) sont deux arbovirus de la famille des Togaviridae, genre Alphavirus. Notre objectif était de décrire les caractéristiques de l'infection par ces arbovirus par une étude descriptive et comparative rétrospective monocentrique incluant les patients avec infection par le TONV ou MAYV pris en charge à l'hôpital de Cayenne de 2003 à 2016. Les IgM TONV ou MAYV étaient réalisées conjointement aux demandes de sérologie arbovirus. Tous les patients avec IgM TONV ou IgM MAYV positives ont été réévalués et classés en diagnostic certain (isolement viral ou PCR), probabilité forte (tableau clinique typique d'arbovirose et séroconversion IgM), moyenne (tableau clinique typique et IgM positives), faible (tableau clinique atypique et IgM positives) et exclue. Seuls les cas « diagnostic certain », « probabilité forte » et « moyenne » ont été analysés. Les cas TONV ont été comparés avec un groupe témoin de patients avec dengue Ag NS1+ (deux témoins/cas) appariés sur le sexe et l'âge.

Sur 15,5 ans, 264 patients ont présenté des IgM TONV positives, 219 ont été exclus et 45 inclus. Le sex-ratio H/F était de 1,6, l'âge médian était de 34 ans (IQ : 22–49 ; min = 1 ; max = 77). En analyse bivariée, les variables significativement associées de manière positive à l'infection par TONV versus dengue étaient : présence de toux (OR = 5,6 ; IC 95 % : 1,8–17,1) et présence d'anémie (OR = 6,6 ; IC 95 % : 1,8–23,8). Une méningoencéphalite a été rapportée. Parmi les 46 patients présentant des IgM MAYV positives, 37 ont été exclus et 9 inclus. Le sex-ratio H/F était de 0,8. Les âges allaient de 1 à 54 ans. Les signes cliniques les plus souvent retrouvés étaient : fièvre (9/9), arthralgies (6/9), céphalées (5/9). Une méningoencéphalite a été rapportée.

La présentation clinicobiologique de ces arboviroses est dans la plupart des cas bénigne, peu spécifique et difficile à différencier de la dengue ou du chikungunya. Des méningoencéphalites aiguës sont possibles.

Épidémie de bérubéri chez des orpailleurs en Guyane française : le nouveau baigne ?

F. Niemetzky^{1,2}, E. Mosnier^{1,4,6}, J. Stroot¹, P. Brousse¹, D. Blanchet⁷, B. Guarmit¹, V. Pommier de Santi⁵, M. Ville¹, M. Nacher^{3,4}

¹ Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ³ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁵ Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Marseille, France ; ⁶ Unité de maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁷ Laboratoire de parasitologie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : florenceniemi@gmail.com

En septembre 2013, au centre de santé de Maripasoula, plusieurs orpailleurs clandestins consultent pour des œdèmes des membres inférieurs (MI) avec signes d'insuffisance cardiaque (IC). Les objectifs de l'étude étaient d'investiguer ce signal et d'en identifier l'origine.

L'étude était prospective, descriptive, monocentrique et conduite de septembre 2013 à juillet 2014. Les critères d'inclusion étaient : exercer une activité d'orpaillage associé à des œdèmes de MI et/ou des signes d'IC et/ou des signes neurologiques (polynévrite).

Durant l'étude, 42 personnes ont consulté avec une symptomatologie de cardiomyopathie. Le sex-ratio H/F était de 7,4, la médiane était de 36 ans (étendue 22–65). Les principaux symptômes retrouvés étaient : dyspnée 60 % ($n = 25/42$), œdèmes 79 % ($n = 33/42$), signes d'IC droite avec turgescence jugulaire dans 63 % des cas ($n = 22/35$) et/ou reflux hépatojugulaire dans 42 % des cas ($n = 13/31$). Le diagnostic retenu était le bérubéri selon la répartition suivante : 17 cas suspects (sur la base d'éléments cliniques), 15 probables (amélioration après supplémentation en thiamine), 10 confirmés biologiquement. Les formes cliniques étaient : humide (67 % ; $n = 28/42$), mixte (31 % ; $n = 13/42$) et shoshin bérubéri (2 % ; $n = 1/42$). L'évolution a été marquée par une amélioration sous traitement dans 88 % des cas ($n = 23/26$), l'absence de guérison dans 8 % ($n = 2/26$) et un décès. L'enquête alimentaire a montré un régime hypocalorique (moyenne 1 106,5 kcal/jour) avec carence d'apports vitaminiques.

Cette étude objective une épidémie de bérubéri probablement d'origine multifactorielle (activité intense, co-infections, précarité, régime à base de riz blanc décortiqué, etc.). Les

derniers cas de bérubéri en Guyane française datent de l'époque du baigne en 1919. Il reste à poursuivre et compléter la mise en place de mesures de prévention devant cette situation très préoccupante.

Infections à *Shigella* chez les enfants de moins de cinq ans dans l'Ouest guyanais : étude rétrospective de 2000 à 2012

M. Parisot^{1,2}, A. Jolivet³, N. Parez⁴, R. Boukhari⁵

¹ Centre intégré de drépanocytose, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastaraud, université des Antilles ; ³ Département de santé publique, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁴ Service de pédiatrie, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁵ Service de biologie médicale, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France

e-mail : michael.parisot@ch-cayenne.fr

La Guyane française, située en milieu tropical, se caractérise par une population jeune et un niveau socioéconomique plus faible qu'en France métropolitaine. La difficulté d'accès à l'eau courante d'une partie de la population contribue à la présence de *Shigella* sur le territoire.

L'objectif principal était de décrire sur un plan microbiologique les souches de *Shigella* isolées dans l'Ouest guyanais, leur sensibilité aux antibiotiques, la répartition des espèces et des sérotypes. Une étude rétrospective observationnelle a été réalisée à partir de 213 cas de shigellose diagnostiqués dans le service de biologie médicale du centre hospitalier de l'Ouest guyanais entre 2000 et 2012 chez les enfants de moins de cinq ans. *Shigella flexneri* était l'espèce prédominante. Les souches de *S. sonnei* étaient plus résistantes que celles de *S. flexneri* au cotrimoxazole (96 vs 69 % ; $p < 0,001$). Les souches de *S. flexneri* étaient plus résistantes que celles de *S. sonnei* à l'amoxicilline (67 vs 0 % ; $p < 0,001$), à l'ampicilline (73 vs 10 % ; $p < 0,001$) et à la ticarcilline (74 vs 6 % ; $p < 0,001$). Aucune souche n'était résistante aux fluoroquinolones ni aux céphalosporines de troisième génération. L'incidence moyenne dans l'Ouest guyanais était estimée à 179,6 cas pour 100 000 habitants par an. La maladie touchait une part importante d'enfants de moins d'un an (45 %).

Les infections à *Shigella* représentent un problème de santé publique dans l'Ouest guyanais. Les résistances observées concernent des antibiotiques de première ligne qui ne sont plus recommandés. Une surveillance continue des souches circulantes est nécessaire pour adapter le traitement

antibiotique empirique aux sensibilités locales et prévenir l'émergence de résistances.

Morbidité des enfants de moins de cinq ans à Camopi

C. Potentier^{1,2}, M. Nacher^{3,4}, E. Martin⁵, P. Brousse², M. Douine^{3,4}

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarand, université des Antilles ; ² Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins, centre hospitalier Andrée-Rosemon, F-97300 Cayenne, Guyane française ; ³ Centre d'investigation clinique Antilles-Guyane, Inserm CIC 1424, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Équipe EA 3593, écosystèmes amazoniens et pathologie tropicale, université de Guyane, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁵ Service de pédiatrie, centre hospitalier Andrée-Rosemon, Cayenne 97300, Guyane française

e-mail : charlpotentier@yahoo.fr

La situation du village amérindien de Camopi en Guyane française est particulière de par son isolement géographique et son environnement socioculturel. Les enfants présentent des pathologies classiques, mais également d'autres liées à ce contexte singulier.

Le but de cette étude était de décrire la morbidité des enfants âgés de zéro à cinq ans. La population étudiée était les enfants résidant à Camopi, nés entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2013. Les carnets de santé des enfants de zéro à cinq ans ont été analysés. Des données sociodémographiques, de naissance, de vaccination et de suivi médical sur cinq ans ont été recueillies.

Les 149 enfants inclus ont consulté 5 915 fois avec une moyenne de neuf consultations-année par enfant. La couverture vaccinale était de 95 % pour le BCG, le DTP, le HBV et la fièvre jaune. Seuls quatre enfants (2,7 %) étaient à jour de leur vaccin antipneumococcique. Les pathologies ORL et respiratoires hautes étaient les plus fréquentes, avec une incidence de 4,31 cas/personne-année. Le motif de 37,9 % des hospitalisations à l'hôpital de Cayenne était une détresse respiratoire. Les affections digestives avaient une incidence de 2,24 cas/personne-année. Elles étaient à l'origine de déshydratation, première cause de surveillance au CPDS (55,1 %). Les consultations aboutissaient à la prescription d'antibiotique dans 32,5 % des cas. Une antibiothérapie était associée au traitement pour 73,7 % des bronchites.

Les pathologies respiratoires et digestives ont donc été identifiées comme les principales causes de morbidité. Une surconsommation d'antibiotiques a été constatée. La réalisation d'études spatiotemporelles complémentaires, la formation du personnel sur site, le renforcement des moyens médicaux et le développement de l'activité de

prévention pourraient optimiser la prise en charge pédiatrique en milieu isolé.

Étude rétrospective des présentations cliniques de dengue lors de la période épidémique 2012–2013 au centre hospitalier de l'Ouest guyanais

S. Rey¹, R. Boukhari², A. Jolivet³

¹ Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarand, université des Antilles ; ² Service de biologie médicale, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ³ Département de santé publique, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France

e-mail : sebrey81@hotmail.fr

Le diagnostic clinique de la maladie de la dengue est complexe. L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence un faisceau d'arguments cliniques statistiquement significatifs chez les patients dont le diagnostic de dengue a été confirmé positif dans l'Ouest guyanais. Les objectifs secondaires étaient de comparer les présentations cliniques des patients confirmés dengue-positif au CHOG selon leur âge et par rapport à celles d'autres pays.

Une étude rétrospective a été réalisée à partir des 4 331 fiches de renseignement remplies par les praticiens lors d'une demande de confirmation biologique de dengue dans le service de biologie médicale du CHOG lors de l'épidémie de dengue 2012–2013. Les patients considérés comme positifs pour la dengue avaient un test NS1 positif, ou un taux IgM positif, ou une séroconversion des IgG. Quarante cent quinze patients (9,6 %) étaient positifs pour la dengue, et 3 907 (90,4 %) n'étaient pas confirmés. L'exanthème, la fièvre, les céphalées, les myalgies, les pétéchies, les nausées et les arthralgies étaient significativement plus souvent associés à la dengue par rapport aux patients suspects mais non confirmés ($p < 0,05$). Le signe le plus sensible était la fièvre (89,7 %), mais sa spécificité était faible (18,5 %). Les signes les plus spécifiques étaient les pétéchies et l'exanthème (98,7 et 96,5 %), mais leurs sensibilités étaient faibles (6,1 et 13 %). Aucun de ces sept signes n'avait une valeur prédictive positive (VPP) satisfaisante (< 32 %), et tous avaient une VPN (négative) élevée (> 91 %).

La dengue représente un problème de santé publique en Guyane. La prise en charge des épidémies a été améliorée par la mise en place du système de surveillance épidémiologique coordonnée par la CIRE Antilles-Guyane, mais le diagnostic clinique reste difficile. Les praticiens de Guyane doivent rester alertes vis-à-vis de cette maladie et ne doivent pas hésiter à demander une confirmation biologique.

Intoxication au plomb chez la femme enceinte dans l'Ouest guyanais : prévalence et facteurs associés

D. Rimbaud^{1,2}, M. Restrepo¹, A. Louison³, R. Boukhari⁴, V. Ardillon⁵, G. Carles⁶, V. Lambert⁶, A. Jolivet^{1,7}

¹ Département de santé publique, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ² Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Hyacinthe-Bastarud, université des Antilles ; ³ Réseau Périnatal-Guyane, Cayenne 97300, Guyane française ; ⁴ Service de biologie médicale, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁵ CIRE Antilles-Guyane, F-97300 Cayenne, Guyane française ; ⁶ Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française, France ; ⁷ Sorbonne Universités, UPMC, université Paris-VI, UMRS 1136, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, F-75013 Paris

e-mail : rimbaud.diane@wanadoo.fr

À la suite d'une série d'investigations conduites en Guyane en 2011 (ARS, CIRE, DIECCTE), l'hypothèse d'une surexposition au plomb des populations de l'Ouest guyanais liée aux habitudes alimentaires est soulevée. Dès 2012, une mesure de la plombémie est proposée aux femmes enceintes dans l'Ouest guyanais.

L'objectif de cette étude est d'estimer le niveau d'imprégnation au plomb de la population des femmes enceintes sur

ce territoire et d'identifier les facteurs associés à des niveaux de plombémie élevés. Une étude observationnelle transversale a été conduite auprès d'un échantillon consécutif de femmes accouchant à la maternité du centre hospitalier de l'Ouest guyanais entre septembre et novembre 2013 et ayant eu un dosage de plombémie pendant leur grossesse. Un questionnaire était proposé en suites de couches par des sages-femmes.

Cinq cent trente et une femmes ont été incluses dans l'étude (87 % des accouchées sur la période) ; 25,8 % et 5,1 % des femmes avaient une plombémie respectivement supérieure ou égale à 50 µg/l et supérieure ou égale à 100 µg/l. La moyenne géométrique était de 33,1 µg/l. Les facteurs significativement associés à une plombémie élevée après modélisation (régression linéaire multivariée) étaient : le lieu de vie le long du fleuve Maroni, un faible niveau d'étude, la consommation journalière de dérivés du manioc, la consommation hebdomadaire et journalière ou la fabrication personnelle de farine de manioc durant la grossesse et la consommation hebdomadaire de gibier.

Cette première étude conduite en Guyane apporte quelques éclairages sur les inégalités territoriales et sociales de l'imprégnation au plomb et sur les sources potentielles d'exposition. Elle pointe des aliments largement produits et consommés par les populations de l'Ouest guyanais. Des recommandations et des actions spécifiques en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge doivent être adaptées et mises en œuvre, ainsi qu'une coopération avec les pays frontaliers confrontés à la même problématique.