

COMPTES RENDUS DE SÉANCES

Sixième réunion du comité local. La Réunion, vendredi 11 février 2005.

Présidence: P. SALIOU & P. AUBRY
E-mail: Pierre.Saliou@sanofipasteur.com & AUBRYPierre@wanadoo.fr

La vaccination des voyageurs

P. SALIOU

Président de la Société de pathologie exotique.
25 rue du Dr. Roux, 75015, Paris. France.
Tél.: 01 45 66 88 69. E-mail: Pierre.Saliou@sanofipasteur.com

Les voyages aériens intercontinentaux sont en constante augmentation, aggravant ainsi les risques de propagation des maladies transmissibles, mais aussi les risques de contamination. Dans les pays développés, tout voyageur vers un pays intertropical devrait préalablement consulter son médecin qui lui prodiguera des conseils d'hygiène générale, lui prescrira une éventuelle chimioprophylaxie contre le paludisme et le mettra dans la meilleure condition immunitaire possible.

Avant tout, le carnet de vaccination sera examiné pour une éventuelle mise à jour des vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal édicté par la Direction générale de la santé (rappel tétanos polio tous les 10 ans). A ces valences T et P, il est recommandé d'ajouter depuis 2004 la valence coquelucheuse C pour les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir ainsi que la valence diphtérique D pour tous les voyageurs. Il existe actuellement un vaccin combiné TDCP, contenant une anatoxine diphtérique sous-dosée et une valence coquelucheuse acellulaire qui facilite cette mise à jour du calendrier.

La vaccination contre la fièvre jaune représente la seule obligation réglementaire prescrite par le Règlement sanitaire international. Elle est réservée aux personnes des zones indemnes se rendant dans les zones d'endémie amarile et aux personnes des zones d'endémie se déplaçant vers les zones réceptives mais indemnes. Elle ne se pratique que dans des centres agréés.

Il convient de mentionner la vaccination tétravalente contre les sérogroupes A, C, Y et W135 de méningocoque rendue obligatoire depuis 2001 par le Ministère de la santé d'Arabie Saoudite pour les pèlerins se rendant à La Mecque.

D'autres vaccins peuvent être conseillés en fonction des destinations et des conditions du voyage: vaccination contre l'hépatite A (l'examen sérologique préalable étant à discuter); vaccin contre la fièvre typhoïde (vaccin polysidique Vi); vaccin contre la rage lors d'un séjour dans un pays à haut risque (sachant que la vaccination préventive ne dispense pas d'une vaccination curative s'il y a une exposition au risque); vaccin contre l'hépatite B (à envisager pour les sujets non vaccinés); vaccins contre l'encéphalite japonaise ou l'encéphalite à tique d'Europe centrale. Enfin, en fonction des saisons du voyage,

la vaccination grippale adaptée des personnes à risque (hémisphère nord ou hémisphère sud) ne devra pas être oubliée.

Le Programme élargi de vaccination, trente ans après

P. AUBRY

Professeur émérite à la Faculté de médecine d'Antananarivo (Madagascar),
11 avenue Pierre Loti, 64500 Saint Jean de Luz, France.
Tel/fax: 05 59 26 45 11. E-mail: AUBRY.Pierre@wanadoo.fr

Au début des années 1970, cinq millions d'enfants mouraient chaque année dans le monde à la suite d'une maladie évitable par la vaccination. Explication: le taux de couverture vaccinale des enfants étaient alors inférieur à 5%. C'est pourquoi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé en 1974 le Programme élargi de vaccination (PEV) contre six maladies: diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose. Les populations cibles sont les nouveau-nés et les nourrissons dans leur première année de vie. Ce programme a été effectif en 1977. Deux autres maladies ont été incluses dans le PEV: la fièvre jaune en 1988, en zone d'endémie amarile et l'hépatite à virus B (HVB) en 1991. En 1990, les directives de l'OMS étaient « Eradiquer la poliomyélite, éliminer la rougeole, contrôler le tétanos néonatal »*

Plus de 85% de la population mondiale est vaccinée par le BCG. Pourtant, l'incidence de la tuberculose dans le monde est en progression: 8 000 000 de nouveaux cas par an, 1 800 000 décès. La vaccination par le BCG n'empêche pas la transmission de l'agent pathogène. L'intérêt du BCG est d'éviter les formes graves de tuberculose chez l'enfant (méningites et tuberculoses disséminées). C'est pourquoi, l'OMS continue à recommander d'administrer une dose unique de BCG aux nouveau-nés dès que possible après la naissance dans les pays où la prévalence de la tuberculose est élevée.

La couverture mondiale par le vaccin « diphtérie-tétanos-coqueluche » (DTC) est estimée à 80% pour 3 doses chez l'enfant de moins d'un an. La mortalité reste élevée en ce qui concerne le tétanos: environ 500 000 décès par an et la

* On parle d'éradication lorsqu'il y a disparition totale et définitive de la maladie et de son agent causal au niveau mondial (une seule maladie éradiquée à ce jour: la variole en 1980). On parle d'élimination lorsque les taux de morbidité et de mortalité sont abaissés à un niveau tel que la maladie ne représente plus un problème de santé publique et ne doit donc plus être étiquetée grande endémie (exemple: la lèpre avec un taux de prévalence inférieure à 1/10 000). On parle de contrôle lorsque les taux de morbidité et de mortalité sont à un niveau supportable, l'endémie persiste en restant un problème de santé publique (exemple: le tétanos néo-natal avec un taux de mortalité < 1/1 000).

coqueluche: 279 000 décès par an. Un problème: le tétanos maternel (TM) et néo-natal (TN) avec 200 000 décès par TN et 30 000 par TM. Le tétanos ne peut pas être éradiqué en raison de la persistance du bacille de Nicolaïer dans l'environnement. Le TN est contrôlé si le taux de mortalité est inférieur à 1/1 000 naissances vivantes. Ce résultat est actuellement obtenu dans 108/165 pays en voie de développement (PED), 27 PED regroupant 90 % des TN dans le monde. Le vaccin anticoquelucheux est administré sous forme de vaccin DTC à cellules entières ou acellulaire. Il y a plus d'effets indésirables avec le vaccin à germe entier, mais le prix est beaucoup moins élevé: aucun des 50 pays les moins développés n'a introduit le vaccin acellulaire dans le PEV. La protection conférée par la vaccination anticoquelucheuse s'affaiblit au-delà de 6 à 12 ans (pays industrialisés). La couverture vaccinale devrait être d'au moins 90 % avec les 3 doses de DTC à la primo-vaccination. En fait, la couverture vaccinale est faible dans certains PED: une épidémie de coqueluche en RD Congo en 1999 a montré que moins de 10 % des enfants avaient reçu la 3^e dose de vaccin DTC.

En 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été lancée par l'OMS avec pour objectif l'éradication de la poliomyélite en 2005, obtenue par la vaccination avec le vaccin polio oral (VPO). Les résultats ont été spectaculaires: plus de 350 000 cas en 1983, 784 cas vingt ans après en 2003. Mais on note une reprise en 2004 avec 1 185 cas. Pourquoi? Plusieurs raisons: le boycottage en 2004 des vaccinations au Nigeria (un des 6 pays endémiques, avec une couverture vaccinale de 25 %) entraînant une diffusion des virus sauvages vers des pays africains indemnes; l'apparition des Vaccins Derived PolioVirus (VDVP) avec quelques flambées épidémiques (Madagascar, 2002). Le risque de poliomyélite post-vaccinale (VPO) et de poliomyélite due aux VDPV est plus important que le risque lié aux virus sauvages. D'où la décision de l'OMS d'abandonner le VPO sous la protection du vaccin polio injectable (VPI) (persistance de la circulation des VDPV, libération accidentelle ou volontaire de virus sauvages). L'éradication de la poliomyélite est repoussée à 2008.

La rougeole est la première maladie infantile mortelle évitable par la vaccination: 610 000 décès par an malgré une couverture vaccinale mondiale de 70 %. Pourquoi? parce que la couverture vaccinale reste faible dans les PED (59 % en 1999), d'où la reprise immédiate de l'épidémie en cas de cataclysmes (Darfour, 2004). Dans les PED, les taux d'atteinte élevés et la gravité de la maladie chez les non-vaccinés exigent une vaccination précoce à 9 mois, malgré un taux de séroconversion relativement faible (80-85 %). Tous les enfants doivent avoir une 2^e chance de revaccination antirougeoleuse. Les résultats dans 7 pays d'Afrique australe qui appliquent cette stratégie sont remarquables: 60 000 cas en 1996 avec 116 décès, 117 cas en 2000 sans aucun décès. L'élimination de la rougeole est fixée à 2007.

L'objectif principal de la vaccination contre l'hépatite due au virus HB est de prévenir les infections chroniques dues au VHB. Il y a 300 millions de sujets atteints d'infections chroniques (cirrhose et CHC) et 600 000 décès par an. Dans les PED où la prévalence du VHB est supérieure à 8 % (Afrique tropicale, Asie du Sud-Est, Chine), le VHB se transmet de la mère à l'enfant à la naissance ou de personne à personne pendant la petite enfance. La vaccination systématique de tous les nourrissons contre l'hépatite virale B a été intégrée au PEV en 1991. En 2003, sur 89 pays ayant une prévalence supérieure à 8 %, 64 (72 %) ont adopté la stratégie de l'OMS, 35 (53 %) injectent une dose à la naissance.

En 1988, l'OMS a recommandé d'intégrer le vaccin 17 D contre la fièvre jaune au PEV dans les pays à risque chez les enfants à partir de 9 mois. Il y a en moyenne 200 000 cas de fièvre jaune et 30 000 décès par an (Afrique, Amérique du sud). Le vaccin 17 D, qui assure une protection de 30 ans et plus, est administré en même temps que le vaccin antirougeoleux. Les épidémies actuelles reflètent une application incomplète des stratégies de prévention, la couverture vaccinale est faible en Afrique, variable en Amérique latine (Brésil: 73 %).

Une 9^e maladie doit être intégrée au PEV: l'infection due à *Haemophilus influenzae* b (Hib): 450 000 enfants de moins de 2 ans meurent chaque année de pneumonie ou de méningite due à Hib, en particulier les enfants drépanocytaires. Un vaccin conjugué contre l'Hib a été homologué en 1987. Il est recommandé à partir de l'âge de 2 mois. Il peut être associé aux autres vaccins du PEV (DTC-HépB-Hib). La charge réelle de l'Hib est mal connue dans certaines régions d'Asie et d'Afrique. L'administration du vaccin antiHib est très limitée: 88 pays, dont 8 pays africains. Il existe un vaccin DTCa-Hib-VIP-HépB utilisé dans les pays industrialisés depuis 2000.

Peut-on recommander en 2005 d'élargir le PEV à d'autres maladies? Les infections dues aux pneumocoques: un million d'enfants meurent chaque année de formes graves de pneumococcie. Il y a une résistance croissante des pneumocoques aux antibiotiques. Un vaccin antipneumococcique conjugué hepta-valent est disponible depuis 2000. C'est un vaccin très immunogène. Il devrait être intégré au PEV si la lutte contre la pneumococcie grave de l'enfant constitue un problème de santé publique et s'il est démontré que les sérotypes vaccinaux correspondent aux sérotypes les plus importants rencontrés localement. Encore faudrait-il que ces sérotypes soient connus. De plus, l'utilisation à grande échelle du vaccin antipneumococcique pourrait se traduire par un changement important des sérotypes dominants dans une région donnée.

Les infections dues aux méningocoques atteignent 300 000 à 500 000 personnes par an avec 30 000 à 60 000 décès. Le séro-groupe A est le plus fréquent en Afrique. Le seul vaccin conjugué immunogène à notre disposition est le vaccin anti-C monovalent efficace dès l'âge de 2 mois. L'émergence de nouveaux sérogroupes, en particulier du séro-groupe W135 en 2000, oblige à attendre les vaccins conjugués A et ACW135 (partenariat entre l'OMS et le Programme des technologies appropriées en matière de santé (PATH)).

Les résultats du PEV, bien que spectaculaires, sont à l'évidence insuffisants. Les problèmes actuels sont la sécurité des vaccins et des injections, les manifestations post-vaccinales graves (elles sont exceptionnelles) et la vaccination des enfants infectés par le VIH. Le Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale donne des avis consultatifs à l'OMS sur ces problèmes. Les vaccins coûtent cher, même si les prix ont fortement baissé. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le Fonds pour les vaccins, qui finance les activités de vaccination dans les pays où le PNB est inférieur à 1 000 \$US par personne, assurent un soutien financier à 75 pays les moins avancés, ce qui doit permettre l'accès aux vaccins disponibles (HVB, Fièvre jaune, Hip) et aux nouveaux vaccins actuellement en phase III, comme les vaccins antirotavirus.

1. Ensemble d'auteurs. Résumé de la journée Vaccinologie Tropicale (SPE, Paris, 11/02/2004). *Bull Soc Pathol Exot*, 2004, **97**, 223-231.
2. GUÉRIN N - Vaccinations de la mère et de l'enfant dans les pays en développement: succès, problèmes et nouvelles orientations. *Méd Trop*, 2003, **63**, 319-330.
3. ORG MOND SANTÉ - *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. Année 2003, **78**, année 2004, **79**; année 2005, **80**.
4. SANTONI F - Le programme élargi de vaccination: 25 ans demain. *Méd. Trop.*, 2001, **61**, 177-186.

Paludisme importé à La Réunion en 2003-2004: tendances et perspectives d'action

D. SISSOKO (1), J. THIRIA (2), C. LASSALLE (3)
& P. RENAULT (1)

(1) InVS, Cellule inter-régionale d'épidémiologie La Réunion-Mayotte, France.

(2) Service de santé-environnement / DRASS de La Réunion, France.

(3) Inspection de la Santé /DRASS de La Réunion, France.

L'endémie palustre a été déclarée éradiquée à La Réunion en 1979. Depuis cette date, seuls huit cas autochtones ont été rapportés, le dernier étant survenu en 2000. Toutefois, le maintien dans l'île d'anophèles vecteurs du paludisme et l'importation d'un grand nombre de cas contribuent à la persistance du risque de transmission secondaire autochtone. L'objectif de ce travail était de décrire les tendances actuelles du paludisme importé à La Réunion afin d'identifier les actions prioritaires de prévention.

Méthodes

Jusqu'en fin 2004, la surveillance épidémiologique du paludisme à La Réunion reposait sur deux composantes (le dispositif passif de déclaration obligatoire des maladies et le dépistage actif de certains voyageurs). Les cas identifiés par ce dispositif entre le 01 janvier 2003 et le 31 décembre 2004 ont été analysés.

Résultats

La Drass a confirmé 312 cas de paludisme: 163 en 2003 et 149 en 2004. L'âge médian des cas était de 31 ans et 2/3 étaient des hommes. Parmi ces cas, 86 % résidaient à La Réunion, 84 % étaient de nationalité française et 56 % étaient nés dans un pays d'endémie palustre.

Aucun cas autochtone secondaire n'a été rapporté pendant cette période. Les cas sont acquis essentiellement aux Comores (48 %) et à Madagascar (41 %). La durée médiane de séjour dans ces pays était de 31 jours (IQ₂₅₋₇₅ entre 22 et 49 jours). L'évolution temporelle de la survenue des cas est trimodale (deux grands pics en janvier-février et en août-septembre, un petit pic en avril). Près de 25 % des cas résidaient au Port, à Saint André et Saint Louis, communes limitrophes des principaux secteurs de gîtes larvaires identifiés par les services de lutte anti-vectorielle.

Sept accès pernicioseux et trois décès ont été rapportés pendant cette période. Les deux souches les plus souvent retrouvées étaient *P. falciparum* (83 %) et *P. vivax* (13 %). Parmi les cas, 97 % alléguaient une connaissance du risque palustre avant le départ, la chimioprophylaxie était prescrite chez 117 cas (43 %) et a été régulièrement observée chez 52 personnes (44 %). Cette chimioprophylaxie était inadaptée le plus souvent 97 % (Comores) et 79 % (Madagascar).

Les services de lutte sont intervenus chez la moitié des cas. Le délai médian d'intervention après le diagnostic était de 6 jours (IQ₂₅₋₇₅ entre 3 et 9 jours). Les interventions ont donné lieu respectivement chez 49 % et 90 % des cas prospectés à des pulvérisations péri-domiciliaires et à des pulvérisations intra-domiciliaires. Peu d'éducation sanitaire a été faite lors des interventions (26 %).

Discussion

Ces résultats montrent une relative stabilité du nombre de cas de paludisme importé à La Réunion. Le nombre de décès par rapport à la période 1998-2002 est en baisse, sans toutefois être statistiquement significative.

La moitié des cas survient pendant l'été austral, période favorable à la prolifération du vecteur. Malgré une durée médiane de séjour de plus de 4 semaines, peu de chimioprophylaxie a été prescrite chez les cas ayant présenté un paludisme au

retour. De plus, les schémas thérapeutiques sont le plus souvent inadaptés aux pays visités.

Conclusion

Cette surveillance épidémiologique fournit des données sur l'importance du paludisme importé à La Réunion et suggère la nécessité de mettre en place des campagnes d'information et de formation à destination des professionnels de santé dans le but d'améliorer le conseil et les prescriptions de prophylaxie chez les voyageurs à destination des pays impaludés, en particulier les Comores et Madagascar. Par ailleurs, les interventions des services de lutte devraient systématiquement donner lieu à l'éducation sanitaire des cas et de leur entourage.

Prévalence de la dénutrition en milieu hospitalier dans le département de La Réunion: résultats d'une étude d'observation dans un centre de référence

P. SCHLOSSMACHER (1, 3), B. JAEGGY (1), F. AGESILAS (1), M. WIEST (1), O. MARTINET (1), M. KNEZYNSKI (1), B-A GAUZÈRE (1), M. BOHRER (2) & M. HASSELMANN (4)

(1) Service de réanimation polyvalente.

(2) Département d'Information médicale.

(3) Comité de liaison en alimentation-nutrition. CHD Félix Guyon, Saint Denis, La Réunion, France.

(4) Service de réanimation médicale, CHRU Strasbourg, France.

Il n'existe pas de données disponibles concernant l'état nutritionnel des patients hospitalisés dans l'Océan Indien, alors que les perturbations de l'état nutritionnel représentent des facteurs indépendants reconnus de morbidité, mortalité, d'allongement des durées de séjours et des coûts hospitaliers (2, 4). Dans cette étude prospective, nous évaluons la prévalence de la dénutrition* à l'admission en milieu médical dans un centre hospitalier de référence à La Réunion (CHD Félix Guyon, Saint Denis, 550 lits, 36 000 hospitalisations annuelles). Dans un premier volet, 521 patients médicaux sont évalués cliniquement (IMC, perte pondérale) et biologiquement (ALB, TTR) pendant 2 mois: 286 hommes (54,1 %), 235 femmes (45,9 %), d'âge moyen 58,48 ± 17,59 ans. L'IMC est inférieur à 18,5 kg/m² dans 13,7 % des cas, supérieur à 25 kg/m² pour 25,5 %, supérieur à 30 kg/m² dans 15,7 % des cas. La mesure de transthyrétine sérique objective une dénutrition modérée à sévère chez 48,6 % des patients, n'épargnant pas les patients en pléthore (46 %), alors que la prévalence habituellement observée en Europe avoisine 20 % (1). Dans un deuxième volet, une population plus large de tous services et âges (n = 7 134 patients) est explorée sur le plan biologique, mettant en évidence un syndrome inflammatoire majeur (CRP > 50 mg/l) chez 36,4 % des patients (n = 2 589), correspondant à un risque élevé de dénutrition endogène (3). Une dénutrition modérée à sévère est mise en évidence chez 53,4 % des patients, prédominant en réanimation et aux deux extrêmes de la vie (TTR médian: 190 (130-250 mg/l)). Ces données objectivent une prévalence de la dénutrition protéino-énergétique très supérieure aux données européennes et quasiment comparable aux données relevées en milieu gériatrique. Le déterminisme principal semble être la gravité de la pathologie causale (reflétée par le taux de C réactive protéine), à côté de facteurs socioéconomiques et/ou liés au terrain (éthylisme, diabète, pathologies chroniques). L'accent

* Dénutrition protéino-énergétique: IMC < 18,5 kg/m² et/ou TTR < 200 mg/l

Abréviations: IMC = Index de masse corporelle, CB = circonférence brachiale, ALB = albumine, TTR = transthyrétine = préalbumine, CRP = C réactive protéine, CLAN = Comité d'assistance en alimentation nutrition

est mis sur la nécessaire mise en place dans ce département d'une politique nutritionnelle intra-hospitalière (création d'un CLAN en décembre 2004) et au développement de réseaux nutrition ville hôpital, en accord avec les recommandations du Plan national nutrition santé (5).

1. BERNSTEIN L H & INGENBLEEK Y - Transthyretin: its response to malnutrition and stress injury. Clinical usefulness and economic implications. *Clin Chem Lab Med*, 2002, **40(12)**, 1344-1348.
2. GALANOS AN, PIEPER CF, KUSSIN PS *et al.* - Relationship of body mass index to subsequent mortality among seriously ill hospitalised patients. *Crit Care Med*, 1997, **25**, 1962-1968.
3. INGENBLEEK Y & BERNSTEIN L - The stressful condition as a nutritionally dependent adaptive dichotomy. *Nutrition*, 1999, **15**, 305-320.
4. TORMO CANTOS A *et al.* - Prognostic value of the nutritional status and pro-inflammatory cytokines (IL-1, IL-6, TNF-alpha) in critically ill patients. *An Med Interna*, 1999, **16(11)**, 562-568.
5. Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) - Circulaire DHOS/E n° 2002-186 du 29 mars 2002. *Arrêté portant création du Comité national de l'alimentation et de la nutrition des établissements de soins.*

Base d'une stratégie de prévention de l'athérome par anti-inflammatoires d'origine végétale

F. PARC*, D. VITRAC & M. D. JONZO

* Spécialiste de biologie médicale des hôpitaux des armées (ER), Institut fédératif français de médecine tropicale et santé internationale (IFFMSTI). Jardins de Bourbon, 18 rue du verger, 97 400, Saint Denis de La Réunion, fax: 0 262 30 32 28, E-mail: dr.parcfrancis@wanadoo.fr

Au stade d'athérosclérose d'origine diabétique ou non, l'anatomie pathologique montre des lésions de type inflammatoire faisant suite à l'évolution d'un granulome immunodépendant. Ces lésions peuvent être accélérées par un épisode infectieux intercurrent. Des virus, tels que les *Herpès viridae* et celui d'Epstein-Barr et des bactéries notamment des *Chlamidia* sont régulièrement isolées dans les lésions athéromateuses. Il en résulte l'idée de mettre en œuvre une nouvelle méthode de lutte contre les facteurs de risque de la maladie athéromateuse en limitant l'ampleur des phénomènes inflammatoires. Cette activité devrait être continue et bien tolérée d'où l'idée de rechercher un additif alimentaire.

Nous proposons l'emploi de *Pueraria lobata* (Kudzu japonais ou Ge-gen chinois), qui présente de nombreuses qualités culinaires et médicinales dans les traditions chinoise et canaque. Ses principales molécules actives sont la daïdzine, la génistéine et la puéararine, qui font déjà l'objet de nombreuses études scientifiques. Ces molécules sont toutes des polyphénols aux propriétés anti-radicalaires et anti-oxydantes. La génistéine s'oppose par son effet « hormone like », à l'hyperplasie endothéliale et à l'angiogenèse capillaire dans les tumeurs et les granulomes. La prise régulière de 20 grammes par jour de racines sous forme d'aliments diminue de 20 % le taux de LDL cholestérol. En Chine, depuis de nombreuses années, des campagnes de prévention du diabète préconisent l'utilisation du Ge-gen. Elle pourrait donc agir sur plusieurs facteurs d'athérogenèse. L'élaboration et le développement de compléments alimentaires à base de plusieurs plantes dotées de propriétés anti-inflammatoires similaires à celles de *Pueraria lobata* et de préférence d'origine locale, sont nos objectifs à court terme.

Une orientation thérapeutique préventive comparable, utilisant le delta-9-tétrahydrocannabinol, a montré son intérêt sur un modèle de souris (MACH F, *Nature*, 7 avril 2005).

Il nous faudra de même confirmer par l'expérimentation ce que des études épidémiologiques partielles nous suggèrent.

Analyse de 1 162 dossiers de patients de la campagne sénégalaise, suivis en consultation, en appareillage et en rééducation de 1987 à 1999

F. METTÉ

Centre de rééducation, Hôpital d'enfants, BP840, 97486, St Denis, La Réunion.

En 1986, nous avons découvert, à Ndiagianao au Sénégal, une population d'enfants handicapés moteurs totalement isolés, ce qui nous a conduit à mettre en place progressivement des consultations de rééducation, des missions d'appareillage, des missions de chirurgie et un centre de rééducation infantile.

Après une rapide présentation historique et actuelle du centre et de l'action humanitaire, nous tentons de donner une photographie de la population venue y consulter depuis 15 ans

Objectifs

Faire partager notre expérience d'une action humanitaire spécifiquement destinée à la rééducation et réadaptation infantile.

Méthodes

La permanence d'un personnel local salarié a permis de disposer dès le début de dossiers où sont compilés les informations sociales, médicales et les traitements des patients. Chaque dossier a été relu par le personnel du centre qui a regroupé les informations sur un tableur Excel: identité, numéro de dossier, sexe, année et lieu de naissance, classification diagnostique, année de la première et de la dernière consultation, nombre de consultations, nombre d'appareillages réalisés, nombre de sessions de rééducation pratiquées.

Résultats

Sur 1 170 lignes du tableur, 1 162 ont pu être exploitées. La moyenne d'âge des consultants, à la date de la première consultation, est de 13,84 ans et de 15,56 ans pour la dernière consultation, 510 sont de sexe féminin, soit 44 %, 652 sont de sexe masculin, soit 56 %. La poliomyélite représente 42 % des diagnostics (253 masculins, 231 féminins), l'infirmité motrice cérébrale (IMC) 18 % (111 masculins, 99 féminins), le rachitisme 8 % (53 masculins, 44 féminins), les autres diagnostics 32 % (235 masculins, 136 féminins).

2 748 consultations ont été réalisées, 50 % des patients n'ont été vus qu'une fois, 20 % 2 fois, 10 % 3 fois et 20 % 4 fois et plus. La moyenne d'âge des patients vus plus de 3 fois est de 9,8 ans. 2 158 appareils ont été réalisés dont 70 % pour les patients poliomyélitiques. 1 107 sessions de réadaptation ont été réalisées, 34 % pour la polio, 25 % pour l'IMC, 16 % pour les autres étiologies, 4 % pour le rachitisme.

Discussion et conclusion

L'important besoin de la population adulte dans le domaine du handicap rend difficile le maintien du concept de centre de rééducation infantile. Avec l'éradication de la polio, c'est à présent l'infirmité motrice cérébrale qui devient le centre des préoccupations techniques du fait de la différence des approches rééducatives et d'appareillage. Nombreux sont les médecins et paramédicaux qui ont participé à l'expérience de l'association *Handisables*, nombreux sont ceux qui peuvent le faire.

Angines et streptocoques du groupe A à La Réunion en 2004

H. SMEDTS-WALTERS (1), M. C. JAFFAR-BANDJEE (2)
& J. C. COMBES (1)

1) Service de pédiatrie, centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint Denis cedex, La Réunion, France.

2) Laboratoire de biologie, centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint Denis cedex, La Réunion, France.

L'angine aiguë, pathologie la plus fréquente des voies respiratoires de l'enfant, est virale dans 50 à 90 % des cas. *Streptococcus pyogenes*, streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA), est la cause de 25 à 40 % des angines de l'enfant de plus de 3 ans et exceptionnelle avant cet âge. En France, l'utilisation du test de diagnostic rapide (TDR) du SGA est préconisée pour affirmer sa responsabilité dans l'angine aiguë et débiter une antibiothérapie adaptée en privilégiant les traitements courts à spectre étroit: bêta-lactamine ou macrolide en alternative si l'administration d'une bêta-lactamine est impossible. La résistance aux macrolides augmente en France depuis 1990, ayant atteint 14 % en 2002 avec une co-résistance fréquente pour érythromycine, clarithromycine, azithromycine et josamycine.

Objectifs

Evaluer la prévalence des angines dues aux SGA chez l'enfant à La Réunion et la sensibilité du SGA aux macrolides.

Populations et méthodes

Sur 3 mois, tous les enfants et adolescents de 0 à 17 ans, consultant aux urgences pédiatriques pour angine aiguë et consultant, ont eu un prélèvement de gorge par écouvillon mis en culture avec antibiogramme au laboratoire de microbiologie du CHD Félix Guyon.

Résultats

Sur les 92 angines diagnostiquées, 57 prélèvements de gorge ont été effectués. Le SGA a été retrouvé dans 7/57 cas (12 %), chez 3 enfants de 3 et 4 ans et 4 adolescents de 13 à 17 ans. La sensibilité du SGA aux macrolides était de 100 %. Une antibiothérapie a été prescrite sans attendre les résultats de la culture chez ces 7 enfants (amoxicilline), chez 15 des 17 enfants de moins de 3 ans (amoxicilline (13 cas), amoxicilline + acide clavulanique (1 cas), azithromycine (1 cas)) et chez 21

des 28 enfants de plus de 3 ans où le traitement était renseigné dans le dossier (pénicilline V (1), amoxicilline (16), amoxicilline + acide clavulanique (1), macrolide (3)).

Commentaires

La prévalence du SGA chez l'enfant réunionnais est conforme aux données de la littérature. L'antibiothérapie prescrite dans 83 % des cas a été inutile dans 80 % des cas. Durant la même période, 18 souches pédiatriques ont été recueillies dans ce même laboratoire: 7 prélèvements de gorge, 6 prélèvements cutanés, 2 abcès des parties molles sur lésions cutanées, 1 arthrite du genou sur plaie, 1 méningite aiguë (LCR et hémoculture), 1 expectoration. Deux des 18 souches présentaient une résistance aux macrolides chez des enfants fréquemment traités par antibiotiques pour infections ORL à répétition chez l'un et mucoviscidose chez l'autre. En comparant les SGA (enfants et adultes) en 2003 (17 souches sensibles aux macrolides) et 2004 (31 souches dont 3 résistantes aux macrolides), on constate l'émergence de la résistance aux macrolides.

Conclusion

La disponibilité du TDR aux urgences pédiatriques comme en médecine de ville permettra, comme aux États-Unis et en France métropolitaine où il est utilisé, de diminuer la prescription d'antibiotiques dans 75 à 90 % des cas. Spécifique et sensible à plus de 90 %, son coût est modique, sa réalisation facile, son acceptabilité par les patients excellente. La résistance croissante aux macrolides renforce la recommandation actuelle de ne prescrire les macrolides qu'en alternative aux bêta-lactamines (allergie).

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante: angine. Recommandation*. Réactualisation 2002, 14/01/03. www.afssaps.sante.fr
2. CHIADMI F, SCLATTER J, MOUNKASSA B, OVETCHKINE P & VERMERIE N - Tests de diagnostic rapide dans la prise en charge des angines à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A. *Ann Biol Clin*, 2004, **62**, 573-577.
3. CLOUZEAU J, CHRISTIN P, ROBIN C, CARDONA J *et al.* - Disponibilité des tests de diagnostic rapide (TDR) pour les angines dans les services d'urgences pédiatriques (novembre 2003). *Arch Pédiatr*, 2004, **11**, 376-377.
4. FAVERGE B, MARIE-COSENZA S, BIETRIX M, ATTOU D, BENSEKHRIA S & DOOKNA P - Utilisation à l'hôpital d'un test de diagnostic rapide des angines à streptocoque du groupe A de l'enfant. *Arch Pédiatr*, 2004, **11**, 862-863.
5. MARIANI-KURKDJIAN P, DOIT C, DEFORCHE D, BRAHIMI N, FRANÇOIS M *et al.* - Sensibilité actuelle en France de *Streptococcus pyogenes* responsable d'angine aiguë. *Presse Med*, 2004, **33**, 703-706.