

Dix-huitième réunion du Comité local de la SPE à La Réunion, 15 mars 2011

B.-A. Gaüzère (Organisateur) · P. Aubry (Présidence)

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2011

Corticoïdes plus antiparasitaire(s) ou corticoïdes seuls pour le traitement de la neurobilharziose invasive, de l'angiostrongyloïdose nerveuse et de la neurocysticercose ?

P. Aubry

Centre René-Labusquière, université Victor-Segalen
Bordeaux-2, France

Correspondance : aubry.pierre@wanadoo.fr

Parmi les parasitoses, causes de troubles neurologiques centraux en zone tropicale, la neurobilharziose aiguë ou invasive, l'angiostrongyloïdose nerveuse et la neurocysticercose font l'objet de récentes publications concernant leur traitement par les corticoïdes seuls.

La neurobilharziose invasive regroupe et définit les atteintes neurologiques survenant entre la pénétration des schistosomules et la phase d'état, phase qui correspond à la ponte des œufs. Pendant la phase d'invasion, le cycle parasitaire n'est pas achevé et les recherches d'œufs sont négatives.

La géographie de la bilharziose dans les îles du sud-ouest de l'océan Indien se limite à Madagascar. Les manifestations cliniques de la phase d'invasion se caractérisent le plus souvent par un prurit, une dermatite cercarienne, une fébricule, mais peuvent se compliquer d'atteintes neurologiques sévères : encéphalite, vascularite, myélite transverse... En cas d'encéphalite, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) montre de multiples hypersignaux pathologiques. Le diagnostic repose sur la notion d'un bain en eau douce, l'hypéréosinophilie sanguine, l'immunologie souvent prise en défaut à ce stade précoce. La bilharziose invasive est la conséquence de la migration des schistosomules. Les signes cliniques sont dus aux réactions contre les antigènes parasitaires : c'est une toxémie parasitaire avec réaction d'hypersensibilité dont témoigne l'hypéréosinophilie. La phase d'invasion s'accompagne d'un excès de cytokines pro-

inflammatoires (IL-1, IL-6, TNF α). Des complexes immuns circulants ont un rôle dans la physiopathologie des manifestations de vascularite. Il n'aurait pas été mis en évidence de schistosomules ni dans le LCR ni dans le SNC.

Compte tenu des perturbations immunologiques, la prescription de corticoïdes seuls dans la neurobilharziose invasive semble licite. D'autant que le praziquantel est inactif sur les schistosomules et donc inefficace à ce stade de l'infection, voire aggravant par lyse parasitaire. Abstention ou corticoïdes plutôt que praziquantel ? La réponse est oui, les corticoïdes sont prescrits en cas de formes sévères, l'abstention est recommandée en cas de symptômes modérés et le praziquantel n'est prescrit qu'après l'apparition des œufs [1].

L'angiostrongyloïdose nerveuse est une impasse parasitaire due à un nématode du rat, *Angiostrongylus cantonensis*. Quinze jours en moyenne après un repas infestant, le malade présente des céphalées intenses, principal symptôme. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable, mais des formes graves (méningoencéphalites) ont été décrites en Thaïlande et dans l'océan Indien. Le diagnostic repose sur le contexte géographique, les habitudes alimentaires, l'éosinophilie rachidienne, l'immunologie (antigène spécifique : 29 et 32 kDa), la présence de larves dans le LCR et le SNC. La maladie sévit à La Réunion, à Maurice, à Mayotte, dans l'Union des Comores. Il y a présence d'*A. cantonensis* à Madagascar, mais il n'y a pas de maladie humaine. L'IRM peut montrer des images nodulaires cérébrales.

Les larves meurent spontanément en entraînant d'importantes réactions inflammatoires et sont responsables de la méningite à éosinophiles. Quand elles pénètrent dans le cerveau, de nombreux enzymes protéolytiques augmentent dans le LCR, participent à la rupture de la barrière méningée et à l'activation des éosinophiles. Les larves stimulent les cellules Th2 pour produire l'IL-5 qui active aussi les éosinophiles. Chez la souris, l'injection d'anti-IL-5 provoque une diminution de la réponse éosinophile dans le sang et le LCR avec un plus grand nombre de larves dans le cerveau et une survie plus longue de ces larves.

Il n'y a pas de traitement spécifique. Des ponctions lombaires répétées soulagent le patient. En raison des phénomènes immunologiques, les corticoïdes ont d'abord été

B.-A. Gaüzère (✉) · P. Aubry (✉)
CHR de La Réunion, F-97405 Saint-Denis, France
e-mail : ba-gauzere@chr-reunion.fr, aubry.pierre@wanadoo.fr

associés à l'albendazole, puis ont été prescrits seuls. Une étude faite en Thaïlande (2005–2007) montre que le traitement par prednisolone seule entraîne une disparition des céphalées dans un délai moyen de cinq jours. Cette étude a été effectuée chez 104 patients adultes qui ont reçu pendant deux semaines soit la prednisolone seule (60 mg/j), soit la prednisolone associée à l'albendazole (15 mg/kg par jour). Les patients ont constaté une complète disparition des céphalées dans 88,7 % dans le traitement combiné et dans 88,2 % avec prednisolone seule. Aucune différence n'a été notée entre les deux groupes concernant l'efficacité et la rapidité du traitement [2].

Due au développement de la forme larvaire de *Taenia solium*, *Cysticercus cellulosae*, la cysticercose est une cestodose larvaire, la localisation au niveau du SNC réalise la neurocysticercose. Le tissu nerveux oppose une réaction inflammatoire à l'infection qui, associée à la dégénérescence de la larve, marque le début des signes neurologiques, alors que la larve vivante reste cliniquement silencieuse. Quatre symptômes sont évocateurs : les crises épileptiques, les céphalées, les déficits moteurs focaux et le syndrome d'hypertension intracrânienne. Le diagnostic est évoqué sur des arguments épidémiologiques (élevage des porcs, péril fécal), clinique (comitialité), d'imagerie médicale (forme cérébrale parenchymateuse), biologiques (hyperéosinophilie sanguine, Elisa, EITB), anatomopathologique. Madagascar est un pays de forte endémicité. Quelques cas autochtones sont encore rapportés à La Réunion.

Le scanner montre, lorsque la larve est « mourante », une hypodensité centrale avec prise de contraste périphérique et un œdème périfocal. Le scolex peut être visible au sein de l'hypodensité.

La pathogénicité de la neurocysticercose est due au cysticercue. Quatre stades sont décrits : le stade vésiculaire avec un cysticercue viable, mais sans réponse inflammatoire, le stade vésiculaire colloïdal avec la dégénérescence du parasite entraîne une réaction inflammatoire, le stade nodulaire granulaire avec une rétraction du kyste et une minéralisation de son contenu et le stade nodulaire calcifié.

C'est au stade vésiculaire colloïdal qu'il faut traiter. Le traitement antiparasitaire cestocide (praziquantel et/ou albendazole) en provoquant la lyse du parasite peut accentuer les symptômes, d'où l'obligation d'associer des corticoïdes aux cestocides. De plus, le traitement parasitaire, même bien conduit, n'empêche pas les récurrences des convulsions. De rares essais comparant albendazole et corticoïdes aux corticoïdes seuls donnent des résultats comparables en ce qui concerne la résolution scanographique, mais divergent quant à la fréquence des convulsions [3].

Si l'emploi des corticoïdes seuls doit être recommandé dans la neurobilharziose et l'angiostrongyloïdose nerveuse, on ne peut conclure actuellement pour un traitement par corticoïdes seuls dans la neurocysticercose, compte tenu du

petit nombre d'essais comparatifs. Des essais complémentaires sont nécessaires avec un long suivi compte tenu des récurrences des convulsions. L'utilisation des corticoïdes doit, dans tous les cas, faire éliminer une co-infection bactérienne ou parasitaire, en particulier une anguillulose.

Références

1. Jauréguiberry S, Paris L, Caumes E (2010) Acute schistosomiasis: a diagnostic and therapeutic challenge. *Clin Microbiol Infect* 16(3):225–31
2. Chotmongkol V, Kittimongkolma S, Niwattayakul K, et al (2009) Comparaison of prednisolone plus albendazole with prednisolone alone for treatment of patients with eosinophilic meningitis. *Am J Trop Med Hyg* 81(3):443–5
3. Singh G, Rajshekhar V, Murthy JM (2010) A diagnostic and therapeutic scheme for a solitary cysticercus granuloma. *Neurology* 75(24):2236–45

Anguillulose maligne disséminée traitée par ivermectine par voie parentérale : une série française de sept cas

J. Ah-Yon

118, rue Pasteur, F-97400 Saint-Denis, La Réunion, France
Correspondance : ahyonjacques@gmail.com

L'anguillulose est une parasitose intestinale fréquente en pays tropical. Elle peut spontanément persister plusieurs années dans l'organisme en raison d'un cycle d'auto-infestation. Le parasite a ainsi la faculté de se multiplier en interne et de disséminer sous forme larvaire dans l'organisme des sujets immunodéprimés (corticoïdes, cancers, infection par HTLV1). L'anguillulose disséminée maligne qui en résulte peut être mortelle dans plus de 80 % des cas du fait des complications infectieuses graves qui peuvent être associées à la dissémination larvaire. Le dépistage et le traitement systématiques des sujets porteurs du parasite sont donc indispensables avant toute mise en route de traitements immunosuppresseurs. La meilleure stratégie pour prévenir l'hyperinfestation par *Strongyloides stercoralis* et le taux de mortalité élevé qui en résulte est d'identifier et de traiter l'infestation chronique des patients dans les situations les plus à risques. Le diagnostic est en effet souvent retardé et sous-estimé du fait de symptômes gastro-intestinaux de départ non spécifiques. Dans cette optique préventive, avant toute mise en place de traitement immunosuppresseur, chez tout patient infecté par le HTLV1 ou présentant une immunodépression congénitale ou acquise autre, l'utilisation de techniques spéciales (méthode de Baermann, EPS...) et le recours aux techniques sérologiques spécifiques (Elisa,

sérologie HTLV1, VIH...), taux d'éosinophilie doivent être utilisés afin d'optimiser un diagnostic et un traitement le plus précoce possible.

Patients et méthodes : L'étude avait pour but d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement par voie parentérale chez l'Homme. Il s'agit d'une enquête rétrospective de cas d'anguilluloses malignes disséminées répertoriées en France métropolitaine et DOM-TOM de 2002 à 2008 et chez lesquels une thérapeutique par ivermectine par voie parentérale a été entreprise après accord Afsapps (médicament réservé à usage vétérinaire). En effet, le traitement classique par voie orale dans certaines situations cliniques, telles qu'une obstruction intestinale, vomissements réitérés, saignements gastro-intestinaux, peut être inefficace.

Il s'agissait de sept patients (six hommes, une femme), d'âge moyen de 51 ans (extrêmes : 35 et 71 ans) contaminés en Afrique (cinq cas) et aux Antilles (deux cas). Six n'étaient pas connus porteurs d'anguillulose, un patient infesté par une anguillulose chronique connue depuis 1998. Tous ont été hospitalisés en service de réanimation. Le diagnostic n'a été porté que lors de la survenue des complications malignes de la maladie. Deux patients ont séjourné dans leur pays endémique d'origine dans l'année, deux patients étaient en France depuis dix ans, un depuis 20 ans, un depuis 30 ans. Un patient avait été déparasité avant mise en route de la corticothérapie.

Résultats : Trois patients traités par ivermectine SC ont guéri de l'anguillulose maligne disséminée et sont toujours vivants (âges : 35, 43, 41 ans). Quatre patients ont été en échec thérapeutique (âges : 71, 69, 50 ans). Tous les patients ont présenté une bonne tolérance au traitement, sans effet secondaire local ou systémique suite aux injections.

Discussion : Dans les cas d'anguilluloses disséminées chez les patients présentant un iléus ou un syndrome de malabsorption significative ou lorsque le traitement per os semble inefficace, le recours à l'ivermectine parentérale doit être instauré de façon précoce et agressive jusqu'à éradication larvaire. La combinaison de la forme parentérale avec celle sous forme nasoentérale paraît être judicieuse et prudente, étant donné le taux de mortalité élevée, même sous traitement. La prise en compte de l'état de dénutrition du patient semble également être un critère essentiel. L'hypoalbuminémie sévère aboutit à une clairance accrue de l'ivermectine, ce qui induit des taux plasmatiques abaissés par rapport à une administration orale, et il en résulte une perte d'efficacité. La correction des désordres ou carences métaboliques peut permettre d'augmenter l'efficacité pharmacocinétique du traitement ainsi que de corriger le statut immunitaire affaibli du patient dénutri. Un suivi généralisé au cours du traitement par mesure des taux d'ivermectine total, libre, résiduel permettrait également d'adapter au mieux la posologie en vue d'accroître l'efficacité thérapeutique.

En raison de l'urgence vitale pour le patient, l'utilisation du traitement par voie parentérale semble alors être une alternative intéressante.

Découverte fortuite d'une anguillulose maligne mortelle

K. Mechergui, M. Caujolle, D. Drouet, J. Jabot, B. Bouchet, D. Vandroux, B.-A. Gaüzère

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Félix-Guyon, CHR de La Réunion, F-97405 Saint-Denis, France
Correspondance : markari@live.fr

Cas : M. R., âgé de 82 ans, aux antécédents d'HTA, d'AC/FA paroxystique, d'AVC avec hémiparésie gauche séquellaire, de néoplasie de prostate (stade Gleason 2), de lithiase rénale gauche, d'œsophagite ulcérée et de deux ulcères bulbaires, est hospitalisé en urologie le 4 février 2011 pour une rétention aiguë d'urine en rapport avec son cancer de la prostate. Le lendemain, il présente des pics fébriles et le 7 février, un ECBU revient positif à 10^6 *Enterococcus faecalis* ; un traitement antibiotique (ofloxacin) associé à une corticothérapie (prednisolone : 60 mg/j) est débuté. Le 13 février, il présente une hypotension artérielle avec passage en fibrillation auriculaire et hypoxémie motivant le transfert en service de cardiologie, puis en réanimation pour état de défaillance multiviscérale avec anasarque. Après ventilation mécanique et mise sous amines pressives, une hémofiltration continue est débutée. Le 18 février, il présente un purpura en nappe périombilicale dans un contexte de thrombopénie à $45\ 000/\text{mm}^3$. Le 20 février, à j7 d'une antibiothérapie élargie, un lavage bronchoalvéolaire (LBA) de routine en raison d'une aggravation des constantes biologiques évoquant un nouveau processus infectieux est réalisé, qui montre à l'examen direct la présence inattendue de larves d'anguillules. Le diagnostic d'anguillulose maligne favorisée par une corticothérapie systémique est alors retenu, d'autant que l'étiologie de la défaillance multiviscérale n'était pas clairement établie. Un traitement oral par albendazole (400 mg/j) est instauré pendant trois jours. L'évolution est rapidement défavorable et le patient décède huit jours après son admission en réanimation. Il est à noter que les hémocultures sont revenues stériles et que le taux de polynucléaires éosinophiles est resté dans les valeurs normales, hormis une légère ascension le jour de la réalisation du LBA et le jour du décès.

Discussion : *Strongyloides stercoralis* est présent dans la plupart des régions tempérées chaudes et tropicales humides. Seule helminthiase opportuniste, l'anguillulose peut devenir maligne en cas de déficit de l'immunité cellulaire : sujets infectés par le HTLV1 et patients soumis à une corticothérapie, plus rarement au cours de l'infection à VIH/sida. Il existe

alors un emballement des cycles d'infections avec présence abondante de larves dans tout l'organisme (tube digestif, foie, reins, système nerveux central, poumons). L'anguillulose maligne associe des troubles digestifs, une anasarque avec une hypoalbuminémie, des manifestations systémiques, notamment pulmonaires, neurologiques et cardiaques, se conjuguant en une défaillance multiviscérale souvent fatale. Il n'y a pas d'hyperéosinophilie, et des septicémies d'origine digestive peuvent compliquer l'évolution à la faveur des lésions de la muqueuse intestinale. Des aspects pseudochirurgicaux peuvent égarer le diagnostic (syndrome occlusif). On note fréquemment une anémie et une éosinopénie témoignant de l'immunodépression. *S. stercoralis* accomplit chez l'homme un cycle complexe. Après infestation, les larves strongyloïdes atteignent le poumon via la circulation veineuse ou lymphatique, traversent activement la barrière alvéolocapillaire. Dans le cas présent, ce n'est pas à ce stade qu'elles ont été isolées, mais au stade de diffusion générale maligne. Le cycle interne d'auto-infestation explique la longévité du parasite dans le corps humain pendant plusieurs dizaines d'années.

Outre l'examen sérologique, le diagnostic de l'anguillulose repose habituellement sur la mise en évidence des larves par la technique de Baermann, qui utilise le thermotropisme et l'hygrotopisme des larves, dans les selles, dans le liquide gastrique, dans les expectorations. Le diagnostic est exceptionnellement une découverte fortuite dans le lavage bronchoalvéolaire. Enfin, le rash pétéchial périombilical que présentait le patient a déjà été décrit chez un patient immunodéprimé atteint d'anguillulose maligne et serait donc évocateur.

Références non citées

[1,2].

Références

1. Kalb RE, Grossman ME (1986) Periumbilical purpura in disseminated strongyloidiasis. *JAMA* 256(9):1170–1
2. Salluh JI, Bozza FA, Pinto TS, et al (2005) Cutaneous periumbilical purpura in disseminated strongyloidiasis in cancer patients: a pathognomonic feature of potentially lethal disease? *Braz J Infect Dis* 9(5):419–24. Epub 2006 Jan 6

Septicémie mortelle à point de départ cutané, chez un patient porteur d'un éléphantiasis négligé

A. Albert, B.-A. Gaüzère, F. Bussienne, D. Belcour, A. Roussiaux, L. Haentgens, D. Vandroux

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Félix-Guyon, CHR de La Réunion, F-97405 Saint-Denis, France
Correspondance : amandine.albert.desar@gmail.com

Cas : Après un séjour de plusieurs mois à Mayotte, M. M., âgé de 52 ans, est de retour à La Réunion deux jours avant son admission en réanimation, le 27 janvier 2011. Il est jugé très asthénique par son entourage et présente un malaise avec dyspnée, sans perte de connaissance, avec la notion d'une augmentation de volume du membre inférieur gauche, siège d'un éléphantiasis évoluant depuis une quinzaine d'années. Il s'agit d'un patient présentant une obésité morbide (IMC : 52), aux antécédents d'embolie pulmonaire en 1990, d'hospitalisation à deux reprises à Mayotte pour « de l'eau dans les jambes », de difficultés respiratoires transitoires, il y a quelques mois, pour laquelle a été évoqué un syndrome d'apnée du sommeil jamais exploré.

À l'admission dans le service, le patient est conscient, orienté, en état de choc d'allure septique. Aucun pouls n'est perceptible, les extrémités du membre inférieur droit sont froides. Le membre gauche est chaud, siège d'un très volumineux éléphantiasis gauche suintant en deux endroits, avec au pincement une hypertrophie sclérofibreuse du derme et de l'hypoderme. La pression digitale donne le signe du godet par endroits. Le pouls est rapide (146/minute), la température : 38,1 °C. L'angioscanner pulmonaire ne retrouve ni thrombus ni embolie, ni foyer infectieux.

Les examens biologiques montrent une acidose métabolique et une insuffisance rénale aiguë hyperkaliémique (créatininémie : 436 µmol/l, urée : 15,7 mmol/l), une cytolysse prédominant sur les ASAT (5 N) et un TP à 49 %, une élévation de la troponine Ic (4,5), du BNP (8 878), une radiographie pulmonaire normale. Une antibiothérapie (pipéracilline/tazobactam–gentamicine) est instaurée après prélèvements bactériologiques, et l'hypotension est jugulée par remplissage vasculaire et noradrénaline. Lors de la mise en place du cathéter d'épuration extrarénale, le patient présente une dissociation électromécanique, cédant après cinq minutes de massage cardiaque externe et injection d'adrénaline. Le 29 janvier 2011, le choc septique reste non maîtrisé. Plusieurs hémocultures mettent en évidence un streptocoque du groupe A dont le point d'entrée est vraisemblablement cutané sur l'éléphantiasis. L'angioscanner du membre inférieur gauche ne montre ni dermohypodermite ni gangrène, ni ischémie aiguë. La coronarographie réalisée après l'arrêt cardiaque est normale. Le patient est décédé dans un tableau de défaillances hépatique, pulmonaire, hématologique et rénale, le 30 janvier.

Discussion : Il s'agit d'une septicémie à *Streptocoque A* chez un patient présentant une filariose lymphatique chronique négligée, manifestation tardive due au blocage lymphatique par les *macrofilaires*. La filariose lymphatique à *W. bancrofti* est répandue à travers le monde : Afrique,

Amérique, Caraïbes, Asie, océan Indien (Madagascar, Comores), îles du Pacifique. Les vecteurs de la filariose lymphatique sont les *Culex* (en particulier *Culex quinquefasciatus*), les anophèles, les *Aedes* et les *Mansonia*. Le ver adulte vit dans les vaisseaux lymphatiques de l'homme qu'il obstrue, les embryons ou microfilaires (mf) dans la lymphe et le sang. La latence clinique de la filariose lymphatique fait que les patients consultent souvent en zone d'endémie à un stade avancé : éléphantiasis, chylurie témoignant de fistules lympho-urinaires. C'est souvent à l'occasion de complications infectieuses que le malade consulte. Au niveau de l'éléphantiasis, la peau épaisse se couvre de bourrelets séparés par des sillons au fond desquels une macération favorise les surinfections bactériennes et mycosiques.

Le diagnostic est clinique au stade de filariose chronique. Le diagnostic de certitude est rarement apporté au stade chronique par la mise en évidence des mf dans le sang et dans les urines. La recherche de mf n'a pas été pratiquée, compte tenu de l'évolution fulgurante du patient, pas plus que la sérologie filarienne (IFI, Elisa) peu contributive en raison des nombreuses réactions croisées.

La prévention, dans les pays où il n'y a ni onchocercose ni loase, comme l'archipel des Comores, est basée sur la prise unique et annuelle pendant quatre à six ans d'albendazole + diéthylcarbazine ou albendazole + ivermectine, ou substitution de sel de cuisine par du sel riche en diéthylcarbazine pendant une durée minimale de 12 mois. En pratique, le traitement de la filariose chronique est chirurgical : réduction des tissus éléphantiasiques, recouvrement par greffes dermoépidermiques et ligature des fistules lymphatiques. Le patient n'avait jamais souhaité recourir à un tel traitement et négligeait l'hygiène du membre hypertrophié, alors qu'il évoluait dans un environnement très médicalisé.

Conclusion : Les septicémies à point de départ d'un éléphantiasis peuvent encore s'avérer mortelles chez des patients particulièrement négligents, y compris dans les régions correctement médicalisées.

Réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles à La Réunion (RésIST-Réunion) : 2007–2010

P. Magnin, L. Aubert, L. Filleul

Cellule de l'InVS en région océan Indien (Cire OI),
ARS de la Réunion, 2 bis, avenue Georges-Brassens, BP 50,
F-97408 Saint-Denis cedex 09, France
Correspondance : pierre.magnin@ars-sante.fr

La syphilis n'est plus à déclaration obligatoire depuis juillet 2000, mais fait l'objet d'une surveillance nationale par l'InVS depuis 2001. La Réunion participe depuis 2007 à ce réseau (RésIST). Un comité de pilotage régional a été créé en

2009 afin de mobiliser les partenaires locaux et d'étendre la surveillance des IST à l'ensemble de l'île. Cet article a pour objectif de présenter RésIST-Réunion, ainsi que les résultats de l'analyse faite par la Cire OI pour l'année 2010.

Objectifs et méthodes : Les objectifs de RésIST-Réunion sont de décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales des personnes atteintes de syphilis récente, de gonococcie et de LGV rectale à La Réunion, afin de suivre les tendances spatiotemporelles de ces maladies, d'aider à cibler les actions de prévention et de promouvoir la surveillance épidémiologique des IST par les professionnels de santé, notamment en favorisant leur rétro-information.

Les praticiens des sites susceptibles de prendre en charge des patients atteints d'IST sont sollicités sur la base du volontariat pour contribuer activement à RésIST-Réunion. Après consentement, les données sont recueillies sur un autoquestionnaire anonyme et une fiche clinique. L'analyse est faite au niveau régional par la Cire OI, tandis que la synthèse au niveau national de l'ensemble des données fournies est réalisée par le département des maladies infectieuses de l'InVS.

Résultats : Le nombre de cas de syphilis récente s'élève à 33 pour l'année 2010, soit plus du double des années précédentes (15 en 2008 et 16 en 2009). La proportion de femmes s'accroît avec 36 % ($n = 12$) en 2010 versus 12 % ($n = 2$) en 2009. En 2010, les femmes et les hommes ayant une orientation hétérosexuelle représentent 58 % des cas ($n = 19$) de syphilis récente versus 19 % ($n = 3$) en 2009 et 27 % ($n = 4$) en 2008. Le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) reste constant avec 14 cas en 2010. L'âge médian des cas signalés est de 24 ans [16–54 ans] en 2010, alors qu'il était de 37 ans [19–55 ans] en 2009. Il est notable que 42 des 66 cas de syphilis récentes signalés entre 2007 et 2010, soit 64 %, avaient déjà au moins un antécédent d'IST. Ainsi, 21 % des cas sont des recontaminations. Parmi les cas signalés entre 2007 et 2010, 47 % ($n = 31$) étaient séropositifs connus pour le VIH, principalement des HSH ($n = 28$). La prédominance croissante de la syphilis diagnostiquée latente précoce (85 % des cas en 2010 versus 53 % en 2008) signe un retard de diagnostic et suggère une sous-déclaration.

La majorité des patients ($n = 53$, 80 %) ont accepté de renseigner l'autoquestionnaire. Parmi eux, 58 % ($n = 31$) avaient une idée de la personne auprès de laquelle ils auraient contracté la maladie. La personne source de la contamination serait un partenaire stable dans 58 % des cas et occasionnel dans 19 % des cas. Dans 39 % des cas ($n = 12$), la pénétration orale semble être reconnue comme le seul rapport contaminant avec la personne source évoquée. Pour l'ensemble des cas ($n = 66$) et quelle que soit l'orientation sexuelle, le préservatif n'est quasiment jamais utilisé pour la pénétration orale, à savoir seulement par 2 % ($n = 1$).

Seulement 14 % des cas féminins ($n = 2$) l'utilisent souvent pour les rapports vaginaux. Parmi les cas ayant une orientation bisexuelle, 60 % se protègent au cours des rapports anaux mais seulement 25 % lors des rapports vaginaux. Considérant les HSH, 41 % des cas utilisent systématiquement le préservatif pour les pénétrations anales.

Le seul cas de gonococcie signalé était un homme de 54 ans, natif et résident réunionnais, ayant une orientation sexuelle de type homosexuelle. Le patient était séropositif pour le VIH depuis novembre 1995, sous traitement de type HAART avec une charge virale non détectable. Il avait déjà présenté une gonococcie en juin 2000.

Aucun cas de lymphogranulomatose vénérienne rectale n'a été signalé à RésIST-Réunion en 2010.

Conclusion : Le pilotage régional de la surveillance des IST a permis une bonne mobilisation des praticiens. Elle doit être renforcée par l'information des professionnels, en particulier des libéraux, sur RésIST-Réunion et sur les CIDDIST, structures privilégiées dans la prise en charge des patients atteints d'IST.

Les caractéristiques des cas signalés entre 2007 et 2010 confirment les tendances observées dans les précédentes études, à savoir :

- une augmentation des cas de syphilis récentes signalés, certes biaisée par l'extension du réseau mais néanmoins probablement sous-estimée ;
- des cas de plus en plus jeunes ;
- un nombre croissant de femmes et d'hommes hétérosexuels alors que le nombre d'HSH reste globalement constant ;
- une diminution notable des cas dans la population séropositive pour le VIH. Ces résultats soulignent aussi un usage limité, voire exceptionnel, du préservatif dans le cas des rapports orogénitaux. Ils pointent aussi la fréquence des antécédents d'IST chez les cas de syphilis récente, en particulier le nombre de recontaminations, qui alarme sur la problématique de la prévention secondaire.

Les gonococcies et les LGV rectales sont rares, à moins qu'elles ne soient sous-diagnostiquées ou non signalées.

Les nouvelles maladies infectieuses et leur impact sur le don du sang

F. Schooneman

*Établissement français du sang (EFS) de La Réunion,
route de Bellepierre, F-97400 Saint-Denis, France
Correspondance : francois.schooneman@efs.sante.fr*

Charles Nicolle, prix Nobel de médecine, prestigieux pastorien, écrivait en 1933 : « Il y aura donc des maladies nouvelles, c'est un fait fatal. Un autre fait, aussi fatal, est que

nous ne saurons jamais les dépister dès leur origine. Lorsque nous aurons notion de ces maladies, elles seront déjà toutes formées, adultes, pourrait-on dire ». Bien que l'on connaisse le risque infectieux transmis par le sang (le premier en date est la syphilis), l'apparition du virus du sida et de l'hépatite C a fait prendre conscience que le sang véhicule de nombreux agents et qu'il est donc contaminant pour les malades. La transfusion sanguine a donc été un amplificateur de cette notion de transmission de maladies. La non-application du principe élémentaire de précaution a engendré dans les années 1980 de nombreuses contaminations par le VIH. Cette catastrophe sanitaire surmédiatisée a eu comme conséquence une restructuration fondamentale de notre discipline s'accompagnant de mesures rigoureuses pour diminuer le risque transfusionnel. Ces mesures ont conduit à avoir un risque résiduel très faible. La description de nouvelles maladies (émergentes ou réémergentes) nous impose une vigilance et une veille continues.

Le contexte mondial : Nous sommes confrontés, depuis plusieurs années, à la réapparition des maladies infectieuses liées à une plasticité génétique des germes qui leur permet une adaptation importante à des situations variables (changement de l'écosystème). De même, les déplacements incessants, le développement de mégapoles favorisent la mutualisation des micro-organismes et ouvrent un champ d'opportunité immense pour ceux à transmission interhumaine.

Parmi les facteurs favorisant, l'alimentation, l'eau, les infections respiratoires, les animaux, la vulnérabilité de certaines personnes, les nouvelles technologies, les loisirs, l'hospitalisation concourent à cette diffusion. A priori, tout germe (parasite, virus, bactérie) peut être véhiculé dans le sang et donc être transmis par la transfusion sanguine.

À part ceux qui sont testés lors de la qualification biologique du sang, tout nouvel agent infectieux doit nous faire prendre des précautions d'éviction des porteurs potentiellement sains venant de ces foyers endémiques. C'est le but poursuivi par les notes de l'EFS concernant la sélection des donneurs de sang dès qu'il y a un foyer ou une recrudescence de ces maladies.

Les maladies en cause depuis quelques années sont essentiellement virales : coronavirus du SRAS, virus West Nile, virus du Chikungunya, des dengues, virus de la grippe aviaire, virus H5N1 de la grippe A. Il existe aussi des maladies parasitaires : paludisme, maladie de Chagas, maladies bactériennes : on note une recrudescence de la syphilis. Il faut également noter que de nombreuses bactéries se sont transformées et se sont adaptées à de nouvelles conditions (exemple des rickettsies). Pour nous, producteurs de produits sanguins labiles, il est essentiel d'avoir des informations et notamment l'état sanitaire de l'océan Indien.

La transmission d'agents non conventionnels (prion et ses variantes) reste encore mystérieuse et semble obéir à d'autres mécanismes.

Ces informations sont indispensables au niveau national pour prendre des mesures notamment sur les donneurs revenant des pays à foyers infectieux. Ces informations nous sont données régulièrement par les réseaux, l'InVS, et les bulletins épidémiologiques. À La Réunion, la presse se fait aussi largement l'écho de ces maladies et de leur recrudescence.

Le contexte de l'océan Indien : Nous sommes particulièrement exposés dans l'océan Indien, et les informations fournies par des différentes instances, notamment l'InVS, sont pour nous précieuses pour améliorer la sélection des donneurs et éviter la transmission de ce type d'agents, sachant que l'on applique plutôt le principe de précaution que celui de sécurité.

À La Réunion, l'épidémie du Chikungunya a été pour nous une prise de conscience de ces menaces, et notre tutelle a fait stopper la collecte de sang total pendant 17 mois. Cette épidémie a permis également de mettre en place, sur les concentrés de plaquettes, un traitement efficace d'inactivation des agents pathogènes, ainsi que le diagnostic du génome viral (DGV) du virus de l'hépatite B.

Les mesures prises par l'EFS de La Réunion sont de deux ordres :

- mesures préventives : entretien médical ; notes EFS et Afssaps ; recommandations : évictions temporaires des DDS revenus de zones de contamination : Madagascar, Mayotte et Maurice ; contrôle ciblé : maladie de Chagas, paludisme ; contrôles obligatoires : (qualification biologique du don) : VIH, VHC, VHB, syphilis (sérologie, DGV) ;
- mesures curatives : traitement par inactivation des agents pathogènes des plaquettes et du plasma. Cette technique sera bientôt disponible pour les globules rouges.

Conclusion : Le livre des « maladies infectieuses » n'est pas fermé. Une vigilance de tous les instants, associée à des mesures adéquates, devra garantir la qualité de nos produits.

Foyer de saturnisme infantile dans un bidonville du Port, île de La Réunion

P. Renault, J.-C. Denys, G. Teulé, R.M. Dennemont, C. Garnier, J.-L. Solet, L. Aubert, L. Filleul, D. Polycarpe

Cire OI, ARS de la Réunion, 2 bis, avenue Georges-Brassens, BP 50, F-97408 Saint-Denis cedex 09, France

Un enfant présentant une plombémie élevée a été identifié à La Réunion, dans le cadre de l'enquête de dépistage du saturnisme infantile Saturninf 2008–2009 réalisée au niveau national par l'Institut de veille sanitaire. Jusqu'alors, les cas de saturnisme à La Réunion étaient exceptionnels : une dizaine de cas seulement étaient rapportés dans les années 1980, chez l'adulte, liés à l'utilisation de pilons plombés. Ce travail présente les résultats de l'investigation épidémiologique et environnementale conduite suite à la découverte de ce cas.

logique et environnementale conduite suite à la découverte de ce cas.

Méthodes : Dans un premier temps, un dépistage a été proposé à la famille du cas index, et une première investigation environnementale était menée au moyen d'un questionnaire standardisé fourni par l'InVS. Des prélèvements de poussière et d'eau ont été effectués dans l'habitation. Ce temps a été prolongé par un dépistage dans le voisinage du cas, et des prélèvements de sol à l'extérieur et aux abords immédiats du domicile ont été réalisés. Les résultats obtenus ont justifié l'information des médecins de la commune de résidence sur le saturnisme. À cette occasion, il leur a été rappelé la nécessité de signaler les cas de saturnisme infantile. Par ailleurs, l'enquête environnementale a été complétée par des prélèvements de sol étendus à l'ensemble du quartier. Une information des familles résidentes sur les moyens de prévention et les incitant au dépistage, en particulier pour les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes, a été réalisée par trois séances collectives, puis en porte-à-porte à l'occasion du recensement effectué sous l'égide de la municipalité et lors des enquêtes réalisées dans chaque famille où un cas de saturnisme était identifié.

Résultats : Le cas index vivait dans le quartier de l'Oasis, quartier bidonvillisé de la commune du Port. Dans la famille, cinq frères et sœurs étaient également atteints, ainsi qu'un jeune voisin. Les prélèvements de poussière et d'eau étaient négatifs. En revanche, les prélèvements de sol mettaient en évidence l'existence d'une pollution hétérogène et superficielle des sols par le plomb sur l'ensemble du quartier de l'Oasis, dont la valeur maximale atteignait plus de 300 fois le bruit de fond des terrains naturels de La Réunion. Le dépistage effectué par les médecins libéraux du Port et par la PMI a permis d'identifier à la date du 25 février 2001, sur 89 dépistages effectués, 59 cas de saturnisme infantile (66 %) confirmé biologiquement par une plombémie supérieure à 100 µg/l. Les moins de six ans étaient la tranche d'âge la plus touchée (72 % de plombémies positives). Les adultes étaient indemnes (aucun cas sur 16 dépistés). Parmi les résidents de moins de six ans, la plombémie moyenne s'établissait à 172 µg/l et la plombémie maximale atteignait 387 µg/l, à la limite du seuil de 400 µg/l à partir duquel un traitement chélateur est recommandé. Le recensement a identifié 87 ménages et près de 300 personnes vivant sur le site.

En métropole, le saturnisme infantile résulte principalement d'une exposition aux peintures contenant du plomb, interdites depuis 1949, ou aux tuyauteries en plomb employées jusqu'aux années 1950 pour les réseaux intérieurs de distribution et jusqu'en 1960 pour les branchements publics. La Réunion était jusqu'alors considérée comme indemne en raison de la faible utilisation du plomb dans un habitat récent : en effet, la part de l'habitat construit avant l'interdiction de 1949 n'est que de 0,2 contre 33 % en métropole ; par ailleurs, le plomb n'a pas été utilisé dans

l'adduction publique en eau potable qui ne date que des années 1960–1970. Cependant, avec 59 cas recensés à ce jour, La Réunion détient désormais le triste privilège de compter le plus important regroupement de cas identifié en France.

À ce jour, l'hypothèse principale retenue pour expliquer la contamination du sol dans le quartier de l'Oasis met en cause un trafic d'export de batteries et de véhicules usagés réalisé au beau milieu des cases occupées par les résidents. Des trafics similaires ont déjà été responsables de saturnisme infantile : ainsi en 2008 et 2009, plus de 30 décès d'enfants ont été constatés à Thiaroye-sur-Mer, une commune sénégalaise proche de Dakar, suite à une intoxication au plomb liée au recyclage de batteries usagées. En ce qui concerne la voie

d'exposition des enfants, il est difficile de faire la part entre l'ingestion de poussières de sol et le contact direct avec les batteries utilisées dans des jeux. Des conseils de prévention ont été diffusés aux familles. Cependant, soustraire dans les meilleurs délais l'ensemble de ces familles à l'exposition au plomb et condamner le site en attendant sa réhabilitation sont les seules mesures de nature à régler cette situation.

Il convient de souligner la mobilisation des médecins libéraux du Port, du service de protection maternelle et infantile, des laboratoires d'analyse de biologie médicale, ainsi que la compliance des familles, qui ont permis la réalisation du dépistage de la quasi-totalité des enfants de moins de six ans du quartier dans un délai d'un peu plus d'un mois.