

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

Section locale de la Société de pathologie exotique à La Réunion.

Mardi 15 octobre 2002, Centre hospitalier départemental F. Guyon, Saint-Denis de La Réunion

sous la présidence de M. Le Bras et P. Aubry

Organisateur : B. A. Gaüzere

CHD, 97405 Saint-Denis de La Réunion. Tél / fax : 0262 90 56 97. E-mail : ba-gauzere@chd-fguyon.fr. Site : <http://www.medecinetropicale.com>

Comment protéger de la rage les populations vivant en zones tropicales en 2002 ?

P. Aubry (1) & Y. Rotivel (2)

(1) Professeur émérite à la Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar.

(2) Co-directeur du Centre national de référence pour la rage, Institut Pasteur, Paris, France.

Alors que la vaccination de Pasteur date de 1885, la rage est en 2002 une maladie encore invaincue. La rage tue 50 000 personnes par an, essentiellement dans les pays en développement (PED). Dix millions de personnes reçoivent chaque année un traitement antirabique de post-exposition après contact avec un animal suspect. Près de 6000 personnes, en provenance de la seule ville d'Antananarivo, ont été traitées au Centre antirabique de l'Institut Pasteur de Madagascar, de 1998 à 2000.

Pourtant, les stratégies de lutte contre la rage sont bien connues :

- la vaccination des chiens domestiques, qui a contribué à la disparition de la rage canine dans les pays développés,
- l'élimination des réservoirs sauvages par la vaccination orale, qui a entraîné une régression de la rage du renard en Europe de l'ouest,
- le traitement après exposition chez les personnes après contact et la vaccination avant exposition chez les sujets à risque.

Rappelons que les virus de la rage appartiennent au genre *Lyssavirus*. Il y a 7 génotypes de *Lyssavirus* : le génotype 1 qui correspond au virus de la rage des carnivores terrestres, essentiellement les chiens errants et domestiques, mais aussi des chauves-souris ; les génotypes africains 2, 3 et 4 (virus Lagos Bat, Mokola et Duvenhage) ; les génotypes 5 et 6 EBL (European Bat *Lyssavirus*) et le génotype 7 ABL (Australian Bat *Lyssavirus*) isolé en 1996 en Australie. Tous ces virus ont été isolés chez des chauves-souris, sauf le virus Mokola dont les vecteurs sont des musaraignes. Actuellement, les chauves-souris transmettent la rage dans tous les continents. Les vaccins antirabiques protègent surtout contre le génotype 1,

moins bien contre les génotypes 5, 6 et 7, et pas contre les autres génotypes.

Les vaccins antirabiques actuels sont de deux types :

- les vaccins non purifiés préparés sur tissu nerveux d'animaux, vaccins encéphalitogènes, peu immunogènes, utilisés dans la plupart des PED, car fournis gratuitement ou à bas prix,
- les vaccins purifiés préparés en cultures cellulaires, non encéphalitogènes, très immunogènes (efficacité : 100 %) mais d'un coût prohibitif pour les PED.

Tous ces vaccins sont classiquement administrés par voie intramusculaire. Pour diminuer le coût du traitement après exposition, des schémas vaccinaux multisites par voie intradermique, utilisant des vaccins obtenus en cultures cellulaires, ont été mis au point (Thaïlande, 1995). Ils ont été validés par l'OMS en 1996.

Les immunoglobulines antirabiques ne sont pas ou peu utilisées dans les PED, car non disponibles. Elles sont pourtant obligatoires en cas de contact de catégorie III (morsure(s) ou griffure(s) ayant traversé la peau, contamination des muqueuses par la salive [léchage]). Leur non-utilisation rend compte alors de l'évolution défavorable malgré l'administration de vaccin antirabique.

La vaccination avant exposition, pratiquée avec les seuls vaccins préparés en cultures cellulaires, est recommandée chez toute personne exposée à un risque accru d'exposition au virus rabique : personnels de laboratoire, vétérinaires, éleveurs... ainsi qu'aux expatriés vivants ou aux voyageurs se rendant dans des zones de forte enzootie rabique (en particulier, en Asie). Cependant, les personnes les plus à risque sont les enfants vivant ou se rendant dans ces zones, près de 50 % des sujets "mordus" étant des enfants. La vaccination avant exposition des enfants de moins de 15 ans doit être recommandée. Peut-on intégrer cette vaccination dans le programme élargi de vaccination ? Les études faites au Vietnam ont mis en évidence la faisabilité, l'innocuité et l'immunogénicité de l'administration par voie intramusculaire (2 doses de vaccin), mais aussi par voie intradermique (3 doses de vaccin). Une

incertitude demeure quant à la persistance de l'immunité au cours des années et l'attitude qu'il conviendrait d'avoir plusieurs années ou dizaines d'années après, si un traitement après exposition était nécessaire.

Les recommandations qui visent à prévenir la rage humaine en 2002 consistent à :

- diminuer le coût du traitement après exposition en utilisant les vaccins préparés en cultures cellulaires et les protocoles vaccinaux par voie intradermique,
- cesser d'utiliser les vaccins préparés sur tissu nerveux,
- développer la vaccination avant exposition chez les enfants et les sujets à risque,
- améliorer la fourniture des immunoglobulines antirabiques.

Bibliographie

- AUBRY P & ROTIVEL Y - Rage. *Encycl Méd Chir, Maladies infectieuses*, 8-065-C-10, 2001, 16 p.
- OMS - Vaccins antirabiques. *Rel Epidemiol Hebd*, 2002, **77**, 109-119.

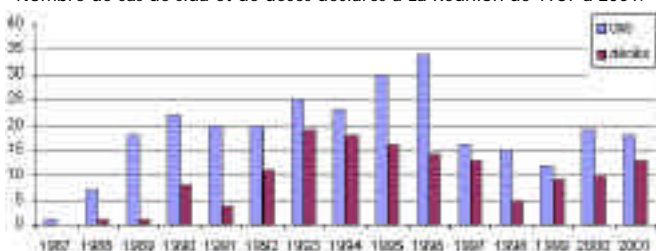
Epidémiologie de l'infection par VIH à La Réunion

C. Gaud & M Contant

Service d'immunologie clinique. Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

L'île de La Réunion a connu le premier cas de sida en 1987. Depuis, l'épidémie qui est d'un type intermédiaire entre épidémie métropolitaine et africaine n'a fait que croître de façon lente, mais certaine. A l'heure actuelle, 510 patients sont suivis dans la file active (3/4 dans le nord, 1/4 dans le sud), dont 72 % d'hommes et 28 % de femmes, tous infectés par le VIH 1, sauf un patient par le VIH 2 et un patient co-infecté par VIH 1 et 2. La file active vieillit: si l'âge moyen était de 35 ans en 1995, il est actuellement de 40 ans; 49,5 % des patients connus ont eu une contamination hétérosexuelle contre 32 % d'hommo-bisexuel et 13,4 % d'anciens toxicomanes. Cependant, les nouvelles contaminations sont surtout le fait d'hétérosexuels: 73 % en 2001. Vingt-sept % des patients de la file active sont au stade sida. Quatre-dix-huit % nécessitent un traitement dont 14 % plus qu'une trithérapie. Trente % des patients sont diagnostiqués tardivement au stade sida. Le nombre de décès, qui avait décliné avec l'avènement des polythérapies (mars 1996), connaît une recrudescence: 10 décès en 2000, 13 en 2001.

Nombre de cas de sida et de décès déclarés à La Réunion de 1987 à 2001.



Hépatite C à La Réunion

P.-P. Garnier & E. Poncin

Service de gastro-entérologie, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

Découvert en 1989, le virus de l'hépatite C est responsable fréquemment vers la chronicité (60 % des cas), la cirrhose (20 à 30 % des cas) ou l'hépatocarcinome. Il s'agit d'une maladie pauci-symptomatique, découverte tardivement, d'où l'intérêt d'un dépistage des patients présentant un facteur de risque,

tels que: toxicomanie par voie intraveineuse ou pernasale même de très courte durée, hémodialyse, enfants nés de mère séropositive pour le VHC ou chez toute personne ayant eu avant 1992: transfusion, intervention chirurgicale lourde, séjour en réanimation, accouchement difficile, hémorragie digestive, réanimation néonatale, greffe de tissu, cellules ou organes. Une seule étude épidémiologique a été réalisée à La Réunion en 1999 (1) qui montre deux patientes positives (dont une ancienne toxicomane) sur une population de 1455 femmes enceintes (prévalence: 0,14 %). Cette prévalence, très inférieure à celle de métropole (1 à 1,2 %), pourrait être expliquée par un réservoir de virus plus faible en raison de la rareté de la toxicomanie intraveineuse ou pernasale. Actuellement seuls les patients présentant à l'histologie une fibrose et/ou une activité inflammatoire élevée bénéficient d'un traitement par bithérapie (interféron pégylé et ribavirine), pendant 6 mois avec un taux de guérison moyen de 50 %.

Conclusion

L'hépatite C représente un problème majeur de santé publique en France, mais le dépistage s'améliore: 50 à 60 % des VHC de la région Centre dépistés en 1999, contre 20 % des 600 à 650 000 français VHC dépistés en 1995. L'hépatite C reste rare à La Réunion.

Bibliographie

- (1) FAULQUES B, MICHAULT A, SEVEDJIAN B, BARAU G, PAWLOTSKY JM & DHUMEAUX D - Prévalence du virus de l'hépatite C chez la femme enceinte à l'île de La Réunion. *Gastroenterol Clin Biol*, 1999, **23**, 355-358.

Réseau de surveillance de la grippe et de la dengue à La Réunion

E. Rachou (1), G. Potier (2), M. C. Jaffar-Bandjee (3), les Médecins sentinelles (4) & C. Lassalle (5)

- (1) Observatoire régional de la santé
- (2) Médecin généraliste/URML
- (3) Laboratoire de biologie-virologie du CHD
- (4) Dr BENOIT, BENOIT-ECHEL, CADINOUCHE, DURRIEU, JOYET, LAN-NANG-FAN, MONTURY, MUNCK, OTTENWALDER, PASCAREL, PERRIER, POINT, POTIER, REBONDY, SIMON, VACHER-COPONAT, le Centre médical inter-armée.
- (5) Inspection de la santé/DRASS.

Un réseau de surveillance de la grippe et de la dengue a été mis en place à La Réunion, en 1996, par la DRASS et réorganisé en juillet 1998. Depuis 2001, les diarrhées aiguës et les urétrites masculines font également l'objet d'une surveillance.

Les objectifs sont de documenter la circulation des virus de la dengue et de la grippe à La Réunion, décrire les épidémies de diarrhées aiguës, apprécier la fréquence des urétrites masculines.

Méthode

Elle repose sur la participation volontaire de 13 médecins généralistes, 3 pédiatres libéraux et du Centre médical inter-armée. Les médecins sentinelles déclarent chaque semaine le nombre de consultations qu'ils ont réalisées et le nombre de "syndromes grippe/dengue", diarrhées aiguës, urétrites masculines qu'ils ont observés, ce qui permet de suivre la courbe épidémique de chaque pathologie. Devant un "syndrome grippe/dengue", ils prescrivent les prélèvements destinés à mettre en évidence et à caractériser les virus de la grippe et/ou de la dengue: un écouvillonnage rhino-pharyngé pour la recherche du virus de la grippe (laboratoire de biologie du CHD Félix Guyon et Centre de référence de la grippe du réseau France-Sud) et un prélèvement sanguin pour la réalisation de sérologies de la dengue (laboratoire Pasteur-Cerba à Paris). Les résultats sont diffusés mensuellement aux membres et partenaires du Réseau par le biais de la Gazette.

Résultats

Depuis sa création en 1996, le Réseau a permis de mettre en évidence 4 épidémies de grippe confirmées biologiquement : en septembre-octobre 1996, avril-mai 1999, février-mars 1998 et février-mars 2002. Les virus identifiés lors de ces épidémies correspondaient à ceux de l'hémisphère Nord. Les données obtenues jusqu'à présent montrent que la circulation du virus grippal à La Réunion ne correspond ni au profil de l'Europe du Nord ni à celui de l'hémisphère Sud, ce qui n'exclut pas le risque d'épidémie en fin d'année. Ces observations ont poussé à la modification du calendrier de la campagne de vaccination organisée jusqu'alors de façon empirique en février-mars : depuis 1999, la vaccination est réalisée en octobre-novembre. La validation de ce calendrier ne pourra se faire que grâce à la surveillance des prochaines épidémies.

L'épidémie de choléra aux Comores : situation au 30 septembre 2002

P. Nivoix (1), D. Merzouki (2), P. Durasnel (2) & B.-A. Gaüzère (3)

(1) Service de santé militaire,
(2) Service de réanimation, CHR El-Marouf, Moroni, Grande Comore.
(3) Croix Rouge française, La Réunion.

Depuis 3 décennies, le choléra s'étend à tous les pays d'Afrique de l'Est. Les Comores ont connu plusieurs épidémies (1975, 1998, 1999) et une nouvelle épidémie (*Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor, sérotype Ogawa) est en cours depuis fin décembre 2001, à partir d'un cas importé de Zanzibar. Au 15 mars 2002, plus de 500 cas étaient signalés avec un taux de létalité de 4 %. La plupart des décès étaient intra-hospitaliers, témoignant d'un défaut majeur de prise en charge : absence de protocoles de réhydratation et d'expérience des personnels soignants. Une mission Croix-Rouge fixait alors de façon collégiale les priorités : réduction au-dessous de 1 % de la mortalité intra-hospitalière et suppression de la transmission intra-hospitalière nosocomiale. Des protocoles de prise en charge (réhydratation orale et IV, port d'équipements de protection par les personnels soignants, désinfection des véhicules, des semelles, traitement des sujets contacts par la doxycycline) ont permis d'atteindre rapidement ces objectifs (2 décès intra-hospitaliers d'avril à octobre 2002, disparition des insuffisances rénales). Parallèlement, l'intensification des actions de terrain (désinfection, sensibilisation) était suivie d'une défervescence de la courbe à partir de la fin avril ; toutefois la létalité communautaire restait élevée (3,7 %). Par la suite, la dégradation des conditions socio-politiques (élections, grève des praticiens hospitaliers...), la forte concentration humaine observée de juillet à septembre (arrivée des Franco-comoriens et cérémonies des grands mariages) et la persistance des mauvaises conditions sanitaires, ont entraîné une recrudescence de l'épidémie qui totalise, à la fin septembre, 1436 cas avec une létalité de 3,27 %. La Grande Comore représente 90 % des cas, avec une acmé de l'épidémie de mi-janvier à fin juin et un début tardif à Anjouan, puis à Mohéli où aucun cas n'a été rapporté depuis mai.

Conclusion

En octobre 2002, les difficultés de recueil épidémiologique sur les 3 îles (aucune donnée n'est disponible pour Anjouan depuis la mi-juillet), d'investigation autour de foyers secondaires et de mobilisation des équipes de terrain ne permettent pas de juguler l'endémie. Les Comores constituent désormais une zone d'endémie pour le choléra, en raison des problèmes économiques, de la crise politique et la désorganisation du système de santé. L'instauration de protocoles simples de prise en charge des patients et de mesures d'hygiène intra-hospitalière a permis de maîtriser le fort taux de mortalité observé en début d'épidémie et d'interrompre la transmission nosocomiale. Un projet initié par le Croissant Rouge comorien et la Croix Rouge française se propose d'intervenir sur la sensibilisation des populations et la prise en charge des patients.

Bibliographie

- AA - Péril fécal. *Bull Soc Pathol Exot*, 1998, **91**, 397-449.
- FOURNIER JM & VILLENEUVE S - Actualité du choléra et problématique vaccinale. *Méd Trop*, 1998, **58**, 2S, 32-35.
- OMS - Le choléra en 1997. *Rel Epidémiol Hebd*, 1998, **73**, 201-208.
- SECK M & SAISSY JM -Le choléra. In: *Réanimation tropicale*, Arnette, 199, 119-136.

Un cas de lèpre lépromateuse à La Réunion : une pathologie oubliée

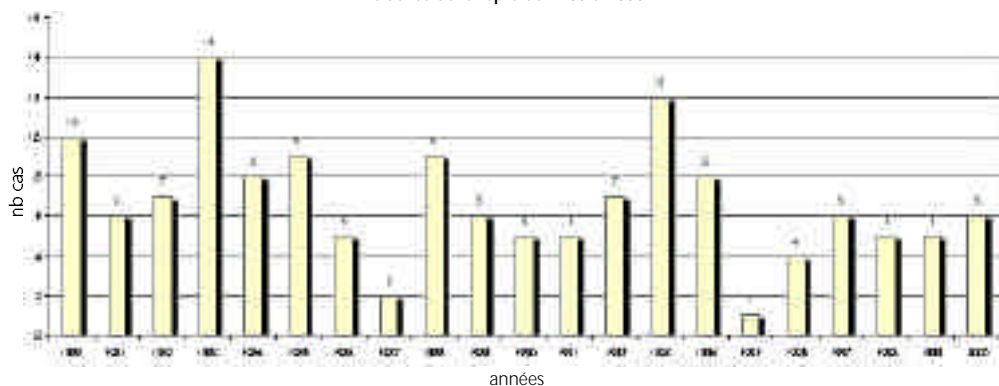
N. Terrasse

Service de pédiatrie, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

Observation. Un garçon de 8 ans d'origine mahoraise arrivé à La Réunion en 1997 présente depuis plusieurs mois des multiples nodules des deux lobes de l'oreille, des nodules des membres supérieurs et inférieurs et des lésions surinfectées au niveau des chevilles, des tâches achromiques (avec hyposthésie) au niveau du thorax et du dos. Après échec d'un traitement initial par amoxicilline-acide clavulanique et benzoate de benzyle, un dermatologue l'adresse à l'hôpital avec le diagnostic de *Molluscum contagiosum*. Une lèpre lépromateuse est évoquée puis confirmée par biopsie cutanée, prélèvement de mucus nasal et du lobe de l'oreille. Le bilan note : un examen ophtalmologique normal, des tuméfactions ulcérées de la cloison nasale et des cornets inférieurs et une baisse de la conduction nerveuse au niveau des membres supérieurs et inférieurs à l'EMG. Un traitement par rifampicine, clofazimine et dapsone est instauré.

Apparue à La Réunion au XVIII^{ème} siècle avec les plantations de café et l'introduction des premiers esclaves déportés d'Afrique et de Madagascar, la lèpre est toujours présente avec

Incidence de la lèpre de 1980 à 2000



N. TERRASSE - Histoire de la lèpre à La Réunion. *Bulletin léprologie de langue française*, 2002, n° 11.

5 à 6 nouveaux cas par an. En 2000, 6 nouveaux cas dont 3 d'importation de Mayotte et 3 cas autochtones ont été notifiés.

Un cas de légionellose à La Réunion

S. Grape & B. A. Gaüzère

Service de réanimation polyvalente, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint Denis, La Réunion.

Observation

Nous décrivons un cas de légionellose communautaire chez un patient de 26 ans, sans antécédents particuliers en dehors d'un éthyliisme et d'une consommation de cannabis chroniques. Hospitalisation en réanimation pour tableau de méningo-encéphalite fébrile. Installation progressive d'un tableau de défaillance multiviscérale sévère avec détresse respiratoire aiguë, insuffisance rénale, rhabdomyolyse, cytolysse hépatique, atteinte hématologique, état de choc et syndrome inflammatoire majeur.

Bilan étiologique: Bilan infectieux exhaustif: sérologies pour hépatite A, B, C, HSV, VZV, EBV, VIH, rougeole, toxoplasmose, arboviroses, parvovirus B19 et leptospirose négatives. Sérologies VRS et entérovirus faiblement positives. Sérologie légionellose envoyée en métropole. La totalité des examens complémentaires (TDM cérébral, LBA, LCR, hémocultures) sont sans particularité.

Évolution: Traitement symptomatique associant ventilation mécanique, transfusions sanguines, catécholamines et épuration extrarénale continue. Instauration d'une thérapie anti-infectieuse empirique, par amoxicilline, céfotaxime et aciclovir. Relais à J5 par vancomycine, ofloxacine et pipéracilline. Par la suite, amélioration progressive, résolution de l'intégralité des symptômes en 19 jours. Confirmation sérologique tardive d'une légionellose communautaire, compte tenu du délai d'incubation.

Discussion

Il s'agit du 2^e cas de légionellose à La Réunion, le 1^{er} avait été notifié dans notre service il y a 15 ans. A La Réunion, la légionellose est une maladie régulièrement recherchée (environ 140 sérologies par an, 1 à 2 résultats douteux) mais rarement confirmée, contrairement à la métropole.

Conclusion

A La Réunion, devant un tableau de défaillance multiviscérale, il convient d'évoquer la légionellose et de la rechercher par méthode immuno-chromatographique dans les urines, compte tenu du délai d'obtention des sérologies. Un traitement d'épreuve peut être mis en route en attendant la confirmation sérologique.

Bibliographie

- EL-EBIARY M, SARMIENTO X, TORRES A, NOGUE S, MESSALLES E et al.- Prognostic factors of severe pneumonia requiring admission to severe legionella pneumonia requiring admission to ICU. *Am J Respir Crit Care Med*, 1999, **159**, 342.
- GACQUIN A, LE TULZO Y, LAVOUE S, CAMUS C, HOFF J et al.- Severe pneumonia due to *Legionella pneumophila*: pronostic factors, impact of delayed appropriate antimicrobial therapy. *Int Care Med*, 2002, **28**, 686-691.

A propos d'une observation de méningite aiguë à éosinophiles: neurocysticercose probable.

B. Di Constanzo

Service de médecine interne, Centre hospitalier départemental, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

Observation

Monsieur D. est hospitalisé le 17 mai 2002, au 7^e jour d'une hyperthermie à 39 °C associée à un syndrome méningé fruste et isolé. La composition du LCR est celle d'une méningite à éosinophiles (1250 leucocytes dont 23% d'éosinophiles, 72% de lymphocytes; protéinorachie 1,68 g; glucose et chlorures normaux). La TDM cérébrale objective un nodule parenchymateux, isolé, infra-centimétrique, du carrefour ventriculaire, distinct du plexus choroïde, avec discrets œdèmes périlésionnels. L'évolution est rapidement favorable sous corticoïdes et sulfate de praziquantel, 3600mg/24h, 21 jours, sans trai-

tement antibiotiques ou antiviraux. Le deuxième TDM de contrôle à J20 est normal. Le bilan biologique sanguin initial (hématologique biochimique, enzymatique) est normal. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire. Il n'y aura jamais d'éosinophilie sanguine.

L'enquête sérologique virale est négative (MNI, CMV, coxsackie, hépatites, herpès...) comme les sérologies parasitaires, à l'exception de *larva migrans* viscérale ascaridienne (*Toxocara canis*) avec confirmation du Western Blot. La sérologie cysticercuquienne du LCR est négative mais trop précoce (J 6 et J 10). Le prélèvement sanguin à J10 objective les fractions 18000, 21000, 24000, 28000 et 32000, compatibles avec une cysticercose débutante. Absence de prélèvement à distance par refus du patient d'une ponction lombaire de contrôle.

Discussion

L'étiologie retenue est une probable neurocysticercose compte-tenu de l'aspect TDM et de la zone géographique; l'anguistrongyloïdose paraît improbable en raison de l'absence d'éosinophilie et de consommation ou de contact avec des crustacés d'eau douce ou des escargots géants africains. Enfin, *larva migrans* viscérale serait un diagnostic surprenant en l'absence de toute éosinophilie. Le patient a été revu le 3^e mois, en état de guérison clinique et peut être joint pour une enquête sérologique complémentaire.

Bibliographie

- AUBRY P, BEQUET D & QUEGUINER P - *Méd Trop*, 1995, **55**, 79-87.
- CHAMOUILLET H, BOUTEILLE B & LECADIEU M - *Méd Trop*, 1997, **57**, 46-51.
- MICHAULT A, DUVAL G, BERTIL G & FOLIO G - *Bull Soc Pathol Exot*, 1990, **83**, 82-92.
- SIMAC C & MICHAULT A - *Parasitol Res*, 1995, **81**, 132-136.

Anguillulose maligne mortelle et syndrome d'Ogilvie chez un insuffisant respiratoire chronique traité par corticoïdes à l'île de La Réunion (Océan indien)

B.-A. Gaüzère (1), P. Schlossmacher (1), M. C. Jaffar-Bandjee (1) & P. Aubry (2)

(1) Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion.
(2) Professeur émérite à la Faculté de médecine d'Antananarivo, Madagascar.

Observation

M. X, 69 ans, insuffisant respiratoire chronique dénutri, traité par corticothérapie, est hospitalisé en juin 2002 pour détresse respiratoire. Abdomen sensible avec météorisme abdominal. Biologie: absence d'éosinophiles, anémie discrète, sérologies négatives (VIH, HTLV). Survenue de complications respiratoires (pneumopathie nosocomiale à *P. aeruginosa*) et digestives: syndrome d'Ogilvie (dilatation du cadre colique avec, au TDM, pneumatose pariétale témoignant d'une souffrance localisée et lame d'épanchement dans la gouttière pariéto-colique). La laparotomie retrouve une sérosité claire intra-péritonéale et un colon droit très dilaté, une caecostomie de décharge est pratiquée. Présence de larves d'anguilles dans le liquide péritonéal prélevé avant la caecostomie, ainsi que dans les selles, (non recherchés dans les liquides de lavage broncho-alvéolaire ou l'aspiration digestive). Traitement par albendazole, décès à J6 dans un tableau de défaillance multiviscérale. Pas d'autopsie.

Discussion

Le syndrome d'Ogilvie survient chez des patients post-opérés d'une chirurgie lourde ou lors d'une affection médicale grave; infarctus du myocarde, sepsis ou insuffisance respiratoire. *Strongyloides stercoralis* est le seul nématode dont le cycle humain est complet. Sa répartition est mondiale, préférentiellement dans les zones tropicales et subtropicales, mais également en Europe. Le diagnostic repose sur la biologie (hyperéosinophilie), la sérologie et l'isolement des larves dans les selles après enrichissement (méthode de Baermann). L'hyperéosinophilie, si évocatrice des parasitoses, fait défaut en cas d'immunosuppression où il y a auto-infection: les larves rhabditoïdes se transforment dans l'intestin grêle en larves strongyloïdes infestantes qui franchissent la muqueuse intestinale avant de gagner

tous les organes (cerveau, poumon...) par voie sanguine. Toutes les thérapeutiques et toutes les pathologies responsables d'une diminution de l'immunité à médiation cellulaire peuvent aboutir, chez un sujet parasité, à une anguillulose hyperinfestante ou disséminée maligne. La corticothérapie au long cours est la plus fréquemment incriminée.

Conclusion

1^{re} observation de syndrome d'Ogilvie associée à une anguillulose maligne chez un patient immunodéprimé. La Réunion étant une région d'endémie pour l'anguillulose, il semble important d'effectuer, avant tout traitement immunosuppresseur, une recherche d'anguillules par coproculture et de proposer une prophylaxie par l'albendazole.

Bibliographie

- BRUNETTI G, AUBRY P, DANO P, RENAMBOT J & MÉNARD M - A propos d'une anguillulose aggravée par la corticothérapie. *Dakar méd*, 1982, 27, 471-478.
- NOZAISJP *et al.*- Anguillulose disséminée. *Rev Prat*, 2001, 30, 3-8.

Localisation et identification du gène responsable d'une forme particulière de leucodystrophie : le syndrome de R.A.V.I.N.E.

F. Cartault

Laboratoire de cytogénétique, Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

Sous l'acronyme R.A.V.I.N.E., on désigne, chez des enfants réunionnais, l'association d'une anorexie à des vomissements incoercibles et des signes neurologiques. Il s'agit d'une affection autosomique récessive décrite pour la première fois à La Réunion qui ne semble pas avoir été décrite ailleurs dans le monde. Cette maladie est redoutable car létale dans 50 % des cas. Nous avons colligé 38 observations en 25 ans. A partir de 17 enfants atteints, 3 familles consanguines avec multiplex, nous avons réalisé une étude de liaison en utilisant un panel de 450 marqueurs microsatellites. Un calcul de Lodscore en deux points nous a permis de retenir une région candidate entre deux marqueurs avec des valeurs de 6,35 et 6,12 à $= 0,00$. La région retenue était bornée par deux marqueurs distants de 19 cM. L'existence d'un déséquilibre de liaison pour deux microsatellites associé à des calculs de linkage combinés nous a permis de réduire la région à 6,5 cM. Il existe 5 gènes d'intérêt ; l'un codant une ATPase lysosomale a pu être exclu par séquençage direct des malades. Le travail se poursuit par séquençage d'un gène suppresseur de tumeur qui pourrait être impliqué dans la chaîne respiratoire mitochondriale.

La maladie de Blount

J.-M. Laville

Service de chirurgie infantile. Centre hospitalier départemental Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

La maladie de Blount est un trouble de croissance de la partie médiale de la physe proximale du tibia entraînant un tibia vara et une torsion tibiale interne évolutifs. Son étiologie est inconnue, elle survient souvent sur peau noire et dans un contexte de surcharge pondérale. Elle est plus fréquente dans certaines régions du globe, par ordre décroissant : les Caraïbes, les États-Unis d'Amérique, l'Afrique et l'Océan Indien. Elle se présente sous deux formes très différentes : infantile et de l'adolescence.

Le diagnostic de la forme infantile se pose devant un tibia vara évolutif après l'âge de 2,5 ans et sur l'aspect radiologique caractéristique en marche d'escalier. La classification classique

de Langenskiöld peut être remplacée par une nouvelle classification en trois stades qui dirige le traitement :

- stade 0 ou maladie de Blount possible: enfant de moins de 2,5 ans et aspect radiologique incertain. Pas de traitement, mais suivi clinique et radiologique tous les six mois ;

- stade 1 ou physe +: aggravation clinique et image radiologique typique sans épiphysiodèse. C'est l'indication d'une ostéotomie de valgisation ;

- stade 2 ou physe -: aggravation clinique et image radiologique typique avec épiphysiodèse médiale. C'est l'indication d'une épiphysiodèse latérale pour prévenir les récurrences, d'une ostéotomie de dérotation valgisation et d'un traitement de l'inégalité de longueur.

La forme de l'adolescent se traduit par l'apparition tardive d'un tibia vara évolutif après l'âge de 10 ans, sans anomalie radiologique caractéristique. Elle justifie un traitement chirurgical par hémichondrodiastasis si le cartilage de croissance est encore actif, ou par ostéotomie du tibia dans le cas contraire.

Tout le problème de la maladie de Blount est celui du diagnostic et de la prévention des récurrences, car la persistance du tibia vara à l'âge adulte peut induire une arthrose sévère. Trente-cinq patients sont actuellement suivis par le service de chirurgie infantile du Centre hospitalier départemental de Saint-Denis de La Réunion.

L'alcoolisme à La Réunion

D. Ferrandiz

Service d'addictologie, Centre hospitalier départemental, 97405 Saint-Denis, La Réunion.

La lutte contre l'alcoolisme est à La Réunion une priorité de santé publique, soulignée en tant que telle par les conférences régionales de santé successives et qui fait l'objet d'un programme régional de santé (PRS). Faute d'étude, on ne dispose pas de chiffres précis sur le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool. Toutefois, on estime par calcul projectif, à partir des données métropolitaines, qu'il y a au moins 50000 consommateurs excessifs et 20000 alcool-dépendants. Une étude récente "un jour donné" effectuée dans tous les établissements de santé nationaux et dont les résultats n'ont pas encore été publiés officiellement, montre que La Réunion est le département qui a la prévalence de consommation d'alcool à problème chez les patients masculins hospitalisés la plus élevée de France (40 % à La Réunion contre 15 % pour la moyenne nationale).

L'évolution de la consommation d'alcool à La Réunion est difficile à étudier car le mode de calcul est fondé essentiellement sur les ventes et ne tient pas compte de la consommation touristique ; néanmoins, on constate que la consommation moyenne diminue depuis 30 ans passant pour la population totale de 10,3 L/habitant en 1970 (15,7 L/habitant en métropole) à 8 L/habitant en 1994 (11,7 L/habitant en métropole). Cette consommation moyenne d'alcool a toujours été inférieure à celle de la métropole, ce qui peut paraître discordant au vu de l'importance flagrante de la problématique alcoolique dans le département : cela s'expliquerait par le fort pourcentage d'abstinents (18 % à La Réunion contre 5 % en métropole), une partie de la population ayant alors une surconsommation massive. On note par ailleurs une mutation des modes de consommation qui diffère de celle observée en France métropolitaine : si le rhum occupe toujours une place prépondérante à La Réunion, on assiste à une augmentation progressive de la consommation de bière et, à un moindre degré, de vin, alors qu'en métropole les spiritueux gagnent du terrain sur les alcools faibles.

Cette surconsommation d'alcool est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées: on meurt 6 fois plus de "psychoses alcooliques" - entité mal définie utilisée par l'INSERM comportant les manifestations neuropsychiatriques liées à l'alcoolisation et au syndrome de sevrage- à La Réunion qu'en métropole (moyenne nationale) et 2 fois plus de cirrhose du foie. La surmortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures est relativement moins importante, quoique supérieure à la moyenne nationale, en raison d'un tabagisme féminin moins développé qu'en métropole.

La comparaison des ICM (indices comparatifs de mortalité) par "psychoses alcooliques et cirrhoses" Réunion/autres régions françaises (tableau) est très démonstrative de la surmortalité réunionnaise.

régions	ICM hommes	ICM femmes
Guadeloupe	162	145
Martinique	145	54
La Réunion	351	338
Nord	167	236
Ain	84	72
France entière	100	100

La prévalence du syndrome d'alcoolisme fœtal constitue un autre triste record de La Réunion: elle se situerait autour de

7/1000 naissances, alors que la moyenne nationale serait d'environ 1/1000 (4,8/1000 dans le Nord).

L'alcoolisme réunionnais comporte un certain nombre de spécificités: 1) une consommation moyenne par habitant relativement faible mais une morbidité et une mortalité majeures provoquées par l'ingestion massive d'alcool fort dans un contexte nutritionnel carencé, ce qui va à l'encontre de la théorie de Ledermann; 2) une surconsommation probablement très liée à la structure sociale et culturelle réunionnaise avec, en particulier, le problème de la place de l'homme créole dans la famille et la société, un phénomène de répétition transgénérationnelle accentué localement et un fort taux de chômage qui pérennise une précarité sociale favorisant l'alcoolisation.

Bibliographie

- CANDILLIER C - *Les addictions à l'île de La Réunion*. DRASS de La Réunion, 2000.
- DRASS, SERVICE STATISTIQUE - *Chiffres et indicateurs pour La Réunion*. SESI, 1998
- MAILLARDT - *L'alcoolisation fœtale à La Réunion*. Thèse pour le doctorat en médecine, 1998.
- ORS RÉUNION - *L'alcool et ses conséquences sur la santé à La Réunion*. 1998.
- WIND NAYP - Les systèmes familiaux en alcoologie réunionnaise. *Alcoologie*, 1998, **20**, 273-276.