

COMPTES RENDUS DE SÉANCES

Séance délocalisée de la Société de pathologie exotique.

Quatrièmes journées des centres de santé de Guyane. Cayenne, 28 novembre 2005.

Correspondant : B. Carme

E-mail : b.carme@nplus.gf

Surveillance de la chimiorésistance du paludisme au laboratoire : deux alertes récentes en Guyane française.

P. Esterre, B. Volney & E. Legrand

CNRCP, Institut Pasteur de Guyane, BP6010, Cayenne Cedex, Guyane française.
E-mail : cnrcp@pasteur-guyane.fr

L'évolution de la chimiosensibilité *in vitro* des souches locales de *Plasmodium falciparum*, provenant des principaux foyers représentés par les grands fleuves (Maroni et Approuague ces dernières années), est suivie en Guyane depuis 1994. Par contre, très peu d'informations provenant de la vallée de l'Oyapock (frontière brésilienne) sont disponibles, alors même qu'une forte immigration se développe depuis quelques années, amenant un changement du faciès épidémiologique du paludisme dans l'Est de la Guyane (avec un accroissement notable des cas dus à *P. vivax*).

Le Centre national de référence de la chimiorésistance du paludisme aux Antilles-Guyane constitue un observatoire unique de ce problème dans la région du plateau des Guyanes et du Nord de l'Amazonie brésilienne, utilisant toutes les ressources modernes, notamment en matière de marqueurs moléculaires de chimiorésistance, liées à l'interface avec les équipes de recherche de l'Institut Pasteur, à Paris.

Deux applications récentes au cas de la diminution de sensibilité à l'artémether (en 2002 à Cacao et sur le Maroni, avec mise en évidence d'une mutation spécifique du gène *PfATPase6*, et en 2005 sur un cas isolé) et à l'atovaquone (un cas en 2005, avec confirmation d'une mutation du marqueur cytochrome B, représentant probablement le premier cas sud-américain) sont présentées. Ces alertes au niveau du laboratoire confirment l'intérêt d'une telle surveillance régionale incluant une approche d'épidémiologie moléculaire. Elles mettent également en avant les risques liés à un usage anarchique des molécules antipaludiques modernes, notamment l'artémisinine et ses dérivés, lors d'utilisation en monothérapie (alerte actuelle de l'OMS sur ce problème) ou sans monitoring médical (cas avec une trithérapie illégale utilisée couramment sur les sites d'orpaillage clandestins, en Guyane comme au Surinam).

Traitement de la leishmaniose cutanée par la pentamidine en Guyane : étude comparative une injection versus deux injections IM de 7 mg/kg/injection.

M. Roussel (1), M. Nacher (1), B. Rotureau (2), E. Clyti (1), D. Sainte-Marie (1), B. Carme (2), R. Pradinaud (1) & P. Couppié (1)

(1) Service de dermatologie, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane française.

(2) Laboratoire hospitalo-universitaire de parasitologie-mycologie, Equipe EA 3593, Centre hospitalier de Cayenne et Faculté de médecine Antilles Guyane.

Une étude rétrospective a comparé 137 patients ayant une leishmaniose cutanée traitée par une injection de 7 mg/kg d'isethionate de pentamidine avec un groupe de 281 patients traités par deux injections de 7 mg/kg d'isethionate de pentamidine. Il n'y avait pas de différence significative entre la proportion de guérison chez les patients traités par une injection (78,8 % de guérison) par rapport à deux injections (83,6 % de guérison) (risque relatif = 0,94, IC₉₅ % = 0,8-1,04), P unilatéral = 0,14). Le protocole à une injection était associé à moins d'effets indésirables que le protocole à deux injections. Néanmoins, le protocole à une injection était associé à un taux de guérison plus faible que celui du protocole à deux injections dans les situations connues comme étant plus difficiles à traiter, comme la présence de papules satellites ou un index parasitaire supérieur à un parasite par champ microscopique, respectivement *odds ratio* ajusté (ORA) = 0,57 (IC₉₅ % = 0,31-1,06), P = 0,07 et ORA = 0,5 (0,29-0,87), P = 0,01.

En conclusion, une injection intramusculaire de 7 mg/kg d'isethionate de pentamidine est efficace contre la leishmaniose cutanée en Guyane. Cependant, en cas de présence de papules satellites ou dans les cas ayant un index parasitaire fort, deux injections intramusculaires de 7 mg/kg d'isethionate de pentamidine à 48 heures d'intervalle semble préférable.

Premiers cas de leishmaniose canine due à *Leishmania infantum* en Guyane.

B. Rotureau (1), C. Ravel (2), C. Aznar (1), B. Carme (1) & J.-P. Dedet (2)

(1) Laboratoire hospitalo-universitaire de parasitologie-mycologie, équipe EA 3593, Centre hospitalier de Cayenne et Faculté de médecine Antilles Guyane.

(2) Laboratoire de parasitologie, Centre national de référence des leishmanioses, Faculté de médecine de Montpellier, France.

Les deux premiers cas de leishmaniose viscérale canine en Guyane française sont décrits. Un premier chien infecté par *Leishmania infantum* a été importé de France. Un deuxième, compagnon du premier, a ensuite été contaminé en Guyane, probablement par voie sexuelle ou à l'occasion d'une blessure lors d'un combat. Ces observations exemplifient la

théorie du transport intercontinental de *L. infantum* dont l'origine est toujours discutée.

Diagnostic des parasitoses intestinales au CHU de Guadeloupe. Évolution de 1991 à 2003.

M. Nicolas (1, 2), J.-M. Perez (1) & B. Carme (2)

(1) Service de microbiologie, Laboratoire de mycologie parasitologie, CHU de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe.

(2) Laboratoire hospitalo-universitaire de parasitologie-mycologie, équipe EA 3593, Centre hospitalier de Cayenne et Faculté de médecine Antilles Guyane.

Dans les années 1960, les parasitoses intestinales représentaient, aux Antilles françaises et en Guadeloupe en particulier, un problème de santé publique. Depuis, l'amélioration du niveau de vie et des conditions sanitaires de la population ont permis leur déclin.

L'analyse rétrospective des examens parasitologiques des selles ($n = 17\ 660$) effectués de 1991 à 2003 dans le laboratoire de parasitologie-mycologie du Centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre, principale communauté urbaine de Guadeloupe, permet d'objectiver cette évolution. Le taux d'examens positifs est globalement de 6,7 % ; de 5,6 % si l'on ne considère que les parasites réellement pathogènes. Parmi ceux-ci, dans le groupe des protozoaires, *Giardia intestinalis* (60 %) demeure le plus fréquent ; *Entamoeba histolytica/dispar* (2,3 %) est rare. *Cryptosporidium* sp. (26 %) et *Isospora belli* (6 %) sont identifiés comme agents opportunistes des patients infectés par le VIH. Les helminthes regroupent 72,3 % ($n = 861$) des parasites identifiés. Les Ankylostomidés et *Trichuris trichuria* représentent respectivement 9,8 et 5,6 % des nématodes mis en évidence et, pour 82 % ($n = 708$) d'entre eux, il s'agit de *Strongyloides stercoralis*. L'identification de *Schistosoma mansoni* est devenue exceptionnelle. La persistance de l'anguillulose dans une région de forte prévalence de l'infection par le HTLV1 impose de rechercher spécifiquement ses larves dans les selles mais aussi dans les liquides biologiques pouvant les héberger.

Démodicie : ectoparasitose opportuniste lors de l'infection par le VIH ?

E. Clyti (1, 2), K. Sayavong (3), M. Nacher. (4), M. El Guedg (5), F. Djossou (6), D. Sainte-Marie (1, 2), R. Pradinaud. (2) & P. Couppié (1, 2)

(1) Service de dermatologie, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane française.

(2) Institut guyanais de dermatologie tropicale (IGDT), Guyane française.

(3) Service de référence, Savannakhet, RDP Lao.

(4) CISIH de Guyane, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane française.

(5) Hôpital de jour adulte, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane française.

(6) Service de maladies infectieuses, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane française.

Demodex folliculorum est un acarien saprophyte des follicules pilo-sébacés chez l'homme. AYRES a décrit divers tableaux cliniques de démodicie chez l'homme : folliculite, « rosacée like » et blépharite. Nous présentons les caractéristiques de sept observations de démodicie chez des patients infectés par le VIH.

De 1989 à 2004, douze observations de démodicie chez des patients infectés par le VIH ont pu être colligées dans la littérature. Les lésions cliniques se présentaient sous forme de lésions papuleuses ou papulo-pustuleuses prurigineuses de la face, parfois extensives (atteinte des bras et du tronc). Tous les patients étaient au stade sida ou avaient des CD4

inférieurs à 200/mm³. DELFOS a rapporté des cas de démodicie lors d'un syndrome de restauration immunitaire. Le diagnostic est effectué devant un cadre clinique compatible, un examen direct détectant de nombreux demodex ou un examen histopathologique visualisant une folliculite nécrosante avec présence de demodex, enfin, la guérison clinique sous traitement acaricide. Le traitement de la démodicie est mal codifié, faisant appel à des traitements locaux souvent irritants (perméthrine, lindane, crotamiton, benzyl-benzoate).

Nous avons pu colliger sept observations de démodicie chez des patients infectés par le VIH : six dans le service de dermatologie de Cayenne, une dans le service de référence de l'infection par le VIH de Savannakhet (RDP Lao).

L'âge moyen des patients étaient de 41 ans (extrême : 25-62 ans). Le sex-ratio était en défaveur des femmes : 5 F/2 H. Tous les patients étaient déjà connus comme étant infectés par le VIH.

Dans six cas, on observait des lésions de folliculite parfois extensives (région présternale ou inter-scapulaire), tandis que le dernier cas, il s'agissait d'un tableau de « rosacée like ». Le taux moyen des lymphocytes CD4 était de 100/mm³. Le diagnostic parasitologique était effectué par examen direct, après grattage de lésions cliniques, détectant de nombreux demodex mobiles.

Les patients ont été traités par ivermectine en cure unique de 200 µg/kg. La guérison clinique obtenue était après une cure : 2 cas ; après deux cures : 4 cas ; après trois cures : 1 cas.

La démodicie semble être une ectoparasitose opportuniste chez le sujet infecté par le VIH, survenant lors d'immuno-dépression profonde. Elle peut être une manifestation d'un syndrome de restauration immunitaire. L'ivermectine paraît être efficace en cure unique ou répétée.

Séroprévalence des Hantavirus en Guyane française.

S. Matheus (1), P. Rollin (2), B. Maubert (3) & J. Morvan (1)

(1) Centre national de référence des arboviroses, Institut Pasteur de la Guyane, Cayenne, Guyane française.

(2) Centre national des maladies infectieuses, Atlanta, Georgia, États-Unis.

(3) Laboratoire de biologie médicale, Institut Pasteur de la Guyane, Cayenne, Guyane française.

Depuis la découverte de l'*Hantavirus Pulmonary Syndrome* (HPS) et de son agent étiologique en 1993 aux États-Unis, de nombreuses études ont été menées dans les Amériques afin de déterminer la séroprévalence des *Hantavirus* dans ces régions. La Guyane, département français d'Amérique du Sud, héberge une population très variée en espèces de rongeurs susceptibles d'être des réservoirs potentiels du virus. De plus, elle voit circuler certaines pathologies comme la fièvre Q dont les signes cliniques (pneumopathie atypique) peuvent être évocateurs d'une infection par l'agent du HPS. Ainsi, une étude sur la séroprévalence des *Hantavirus* a été conduite au sein du laboratoire de virologie de l'Institut Pasteur de la Guyane. Cette étude menée sur 420 prélèvements sériques issus de patients pour lesquels une suspicion d'infection par *Coxiella* est levée, montre une séroprévalence d'infection par HPS de 1,4 %. En l'absence de cas d'infections récentes par HPS dans cette étude, nous ne pouvons pas déterminer si la séroprévalence observée est le reflet d'un contact avec le virus dans le département. De ce fait, cette étude sera poursuivie de manière prospective, parallèlement à la recherche d'un réservoir de rongeurs dans le département.

Système de surveillance en temps réel des fièvres au sein des forces armées en Guyane. Bilan de la première année de fonctionnement.

J.-B. Meynard (1), H. Chaudet (2), G. Texier (3), O. Tournebize (4), L. Pellegrin (2), G. Moine (5), X. Deparis (6), B. Queyriaux (3), R. Migliani (3), A. Spiegel (6) & J.-P. Boutin (3)

(1) Institut Pasteur de la Guyane, Cayenne, Guyane française.

(2) Université de la Méditerranée, Marseille, France.

(3) Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, Marseille, France.

(4) MEDES, Toulouse, France.

(5) Direction interarmées du Service de santé des forces armées en Guyane, Cayenne, Guyane française.

(6) Ecole du Val de Grâce, Paris, France.

L'objectif de 2SEFAG (Surveillance spatiale des épidémies au sein des Forces armées en Guyane) est de construire le démonstrateur d'un système de surveillance syndromique au sein de l'armée française pour l'alerte précoce d'épidémies ou d'attaques par des armes biologiques. Ce projet prend en compte les spécificités médicales, environnementales et organisationnelles des forces en déploiement. Un système de surveillance syndromique électronique couvrant toutes les armes a été déployé en Guyane française, incluant un serveur à Cayenne et un réseau de surveillance en France métropolitaine. Il assure la surveillance d'une population d'environ 3 000 personnes réparties sur ce territoire, y compris les missions en forêt profonde. Ce système a été conçu pour prendre en considération une conception collaborative de la surveillance épidémiologique incluant l'ensemble du personnel concerné et la mobilité des forces en conditions environnementales extrêmes durant les missions en forêt amazonienne. Ce système surveille et géoréférence les cas de fièvre, avec une orientation préférentielle vers la surveillance des fièvres hémorragiques. Plusieurs types de matériels, depuis les assistants électroniques personnels durcis jusqu'aux ordinateurs de bureau, et plusieurs types de télétransmission, depuis le réseau téléphonique commuté jusqu'aux liaisons satellitaires, ont été utilisés. Ce système permet une déclaration rapide des cas géoréférencés, qui sont traités automatiquement en moins d'un quart d'heure par un ensemble spécifique de programmes. Les premiers résultats montrent certains problèmes associés aux aspects humains et techniques du dispositif, notamment en matière d'ergonomie et d'acceptabilité du matériel mobile, mais objectivent les gains en matière de rapidité d'information pour l'évaluation de la situation épidémiologique et la mise en place d'une réponse adaptée précoce.

Paludisme-dengue. Une association non exceptionnelle à Cayenne.

B. Carme (1), S. Matheus (2), G. Donutil (3), O. Raulin (1) & J. Morvan (2)

(1) Laboratoire hospitalo-universitaire de parasitologie-mycologie, Equipe EA 3593, Centre hospitalier de Cayenne et Faculté de médecine Antilles Guyane, Guyane française.

(2) Laboratoire de virologie, Centre national de référence des arboviroses, Institut Pasteur de la Guyane, Guyane française.

(3) Service des urgences, Centre hospitalier de Cayenne, Guyane française.

L'association paludisme-dengue n'aurait jamais été rapportée avant juillet 2005 selon la revue *Emerging Infectious Diseases*. Ces deux infections, à l'origine de manifestations cliniques initiales souvent comparables, s'accompagnant tra-

ditionnellement d'une thrombopénie, sont fréquemment diagnostiquées en Guyane où, en pratique, la confirmation d'un accès palustre élimine pour le praticien l'hypothèse dengue. Les lieux de contamination sont classiquement différents, mais la période d'incubation, plus longue pour le paludisme, est compatible avec une expression clinique initiale concomitante, du fait de déplacements possibles dans les 15 jours précédents la survenue des symptômes.

Une étude rétrospective sur une période d'une année (juillet 2004 – juin 2005) a été menée chez les patients ayant consulté le service des urgences du Centre hospitalier de Cayenne. Sur 1 740 patients pour lesquels des investigations diagnostiques de paludisme et dengue ont été menées (recherche de *Plasmodium*, NFS, sérologie d'arboviroses et recherche virale spécifique), une conclusion a pu être portée pour 1 723 observations. On a relevé 241 cas de suspicion de dengue. Le nombre d'infections récentes confirmées est de 177 : PCR positive et/ou isolement et détermination virale et/ou preuve de séroconversion. Parallèlement, une parasitémie due à *Plasmodium* a été observée à 403 reprises (seuil de dépistage de 12 *Plasmodium* par μl) : *Plasmodium vivax* : 260, *P. falciparum* : 141 (association de ces deux espèces dans 5 cas) et *P. malariae* : 2. À 8 reprises, une association paludisme-dengue en phase aiguë a pu être confirmée avec, dans 7 cas, une charge plasmodiale supérieure à 1 000 *Plasmodium*/ μl , ce qui est tout à fait en faveur d'un accès aigu dans le contexte guyanais. La présence d'une virémie dengue s'est retrouvée ainsi dans 1,5 % des accès palustres et, à l'inverse, un accès palustre a été porté dans 3,6 % des cas d'infection confirmée par un virus dengue. Aucun signe de gravité, ni clinique, ni biologique n'a été relevé et l'évolution a toujours été rapidement favorable sans complication. Sur les 6 sérotypes de dengue précisés, on comptait 5 DEN3 et 1 DEN1. L'espèce plasmodiale était *P. vivax* pour 5 cas et *P. falciparum* à 2 reprises.

Ces observations confirment la réalité de cette association peu connue. Elles semblent devoir correspondre plus à la situation paludisme clinique/dengue asymptomatique que dengue symptomatique/porteur de *Plasmodium* asymptomatique, dans la mesure où la population investiguée ne réside pas de façon habituelle en zone d'endémie palustre et que la traduction clinique et l'évolution des cas ont toujours été considérées comme normales pour un accès palustre simple. C'était ce diagnostic qui a été retenu dans chaque cas, car posé dans l'heure suivant l'arrivée du patient aux urgences.

Bien qu'aucun signe de gravité n'ait été observé chez nos patients co-infectés, il est légitime d'évoquer l'importance du diagnostic différentiel entre accès pernicieux forme hémorragique et dengue hémorragique, ainsi que les potentialités d'aggravation des symptômes en cas d'association avec, en particulier, des complications hémorragiques.

Recherches sur *Aedes aegypti* dans les Caraïbes : typologie des gîtes et résistance aux insecticides.

A. Yébakima & M. M. Yp-Tcha

Résumé non parvenu

Premiers résultats sur le cycle gonotro- phique d'*Aedes aegypti* en Martinique.

M. Étienne, J.-P. Hervé, A. Carron & A. Yébakima

Résumé non parvenu