

Cytéal[®], antiseptique actif "in vitro" sur le virus du SIDA

La progression de l'épidémie de SIDA qui concerne à l'heure actuelle tout le monde, l'absence de thérapeutique totalement efficace et la peur de la contamination de certains membres du personnel soignant en contact avec les malades atteints du SIDA, ont remis à l'ordre du jour tous les moyens de prévention, de désinfection et d'hygiène, bien souvent oubliés.

Plusieurs équipes scientifiques se sont intéressées aux risques que comportent, pour le personnel soignant ou de laboratoire, le contact avec les malades infectés ou leurs liquides biologiques. Plusieurs laboratoires ont testé des méthodes d'inactivation du virus et des études épidémiologiques ont été effectuées dans plusieurs centres médicaux aux États-Unis.

L'équipe du Pr Montagnier à Paris a testé l'effet inhibiteur "in vitro" d'une solution antiseptique moussante Cytéal[®] sur le virus VIH.

Cytéal[®], un antiseptique à "spectre élargi"

La solution moussante Cytéal[®] associe trois principes actifs qui lui confèrent un large spectre d'action : la chlorhexidine, l'hexamidine et le chlorocrésol.

Cytéal[®] : une association
de trois principes actifs

Son action résulte de l'association de 4 effets distincts :

- Bactériostatique sur le *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Bactéricide sur le bacille pyocyanique.
- Anti-fongique sur *Candida albicans* et les dermatophytes.
- Anti-parasitaire sur *Trichomonas*.
- Anti-viral sur le virus de l'Herpès.

De ce fait, la solution moussante Cytéal[®] a été conseillée au personnel de santé pour le nettoyage et la désinfection tant de la peau que de certaines muqueuses. Cette solution est utilisée en dermatologie dans le traitement des affections de la peau primitivement bactériennes ou susceptibles de s'infecter ainsi qu'en gynécologie dans les vulvo-vaginites.

Le travail de laboratoire de l'équipe du Pr Montagnier avait pour objectif d'établir si, aux

Une inhibition de
95 à 99 % de l'activité
du virus

concentrations recommandées pour l'emploi en pratique médicale courante (dilution au

1/10^e). Cytéal[®] inactive le virus du SIDA après un temps de contact de 30 secondes.

Cette étude a montré qu'un traitement pendant un temps minimum de 30 secondes par la solution moussante Cytéal[®] diluée au 1/10^e permet une inhibition de 95 à 99 % de l'activité du virus, et que l'activité enzymatique résiduelle ne permet pas l'infection des lymphocytes T humains.

Conclusion et discussion

Les résultats de cette étude in vitro montrent que la solution antiseptique moussante Cytéal[®] utilisée au 1/10^e pendant un temps minimum de 30 secondes s'avère être un inactivant efficace du pouvoir infectieux du virus VIH.

De telles mesures d'hygiène permettront de diminuer l'appréhension et la peur d'une transmission du SIDA tant dans les centres de soins (hôpitaux, dispensaires, PMI...) et les laboratoires d'analyses qu'au sein des familles dont un des membres est séropositif.

LES FIEVRES DANS UN CENTRE PMI D'ABIDJAN ÉTYOLOGIES ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES

DIAWARA B.*, SORO B.*, COULIBALY A.*, HOUDIER R.*, REY J.-L.**

RESUME

Les auteurs ont étudié les caractéristiques clinico-biologiques de tous les enfants consultant pour fièvre dans un centre de Protection Maternelle et Infantile d'un quartier populaire d'Abidjan ; soit du 01.02.1987 au 30.04.1987, 354 enfants avec plus de 37°8 C° de température rectale. Le diagnostic le plus fréquent est celui de rougeole (184) suivi des infections respiratoires aiguës (90). Seuls 11 cas de paludisme ont été diagnostiqués cliniquement mais 29 enfants sont porteurs de plasmodium dont 4 *P. malariae* et 26 avec une parasitémie supérieure à 1000 GR parasités par mm³.

Il semble que la stratégie de chimiothérapie présomptive des accès fébriles continue à se justifier, les infirmiers se montrant capables de suspecter les causes d'hyperthermie autres que palustres.

1. INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire, comme de nombreux pays africains, a opté pour une stratégie de lutte contre le paludisme basée sur la chimiothérapie systématique des accès fébriles par antimalariques. Cette stratégie a montré son efficacité et surtout sa faisabilité¹ mais il importe de vérifier son rendement c'est pourquoi nous avons entrepris l'étude suivante destinée à évaluer les principales étiologies des fièvres rencontrées chez les enfants d'un centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) de la ville d'Abidjan.

2. METHODES

2.1. Localisation

L'étude s'est déroulée au Centre PMI de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan, situé à la limite du quartier populaire d'Abidjan et de celui du plateau, quartier administratif.

* Institut National de Santé Publique (INSP) Abidjan
** ORSTOM - BP 55045 - MONTPELLIER (F34032)

La ville d'Abidjan est localisée au niveau du 4ème degré de latitude Nord en bordure du golfe de Guinée, c'est une ville de 2 000 000 d'habitants (250 000 pour le quartier Adjamé) s'étendant autour de la lagune Ebrié. C'est une région de paludisme permanent mais la transmission dans la ville est considérée comme peu importante.

Le Centre PMI de l'INSP reçoit environ 27 000 enfants malades par an en majorité du quartier voisin d'Adjamé (1).

2.2. Recrutement des sujets

Du 1er février au 30 avril 1987, ont été recrutés tous les enfants présentant un syndrome fébrile, soit plus de 37,8°C de température rectale.

Ces enfants ont eu un examen clinique et une prise de sang capillaire, leurs mères ont également été interrogées.

A partir de la prise de sang un étalement mince et une goutte épaisse ont été confectionnés. Un tube capillaire est également prélevé, à partir de ce tube un hématocrite est réalisé. L'étalement mince et la goutte épaisse ont permis une reconnaissance des espèces plasmodiales par rapport aux leucocytes, seuil de lecture : 100 hématies par mm³ (HPM).

Le culot globulaire des tubes capillaires est récupéré et utilisé pour analyse de l'hémoglobine électrophorèse Helena*.

3. RESULTATS

Durant les 3 mois de l'étude 359 sujets ont été recrutés dont 197 garçons soit 54,9 %, significativement plus que dans la population générale, (50,5 %). La répartition par âge est la suivante :

- . 181 enfants ont moins de 1 an (50,4 %)
- . 133 enfants ont de 12 à 35 mois (37,1 %)
- . 45 enfants ont 36 mois ou plus (12,5 %)

Médecine d'Afrique Noire : 1992, 39 (1)

h. 39, n° 1, Juin 92

PA 94

22 MAI 1992

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 35.470 ex 1 M

Cote : B P2 IX

L'âge moyen est de 18,5 mois +/- 0,6 et la médiane est à 12 mois.

La très grande majorité (88 %) de ces enfants vient du quartier voisin d'Adjamé et 55 % des mères sont d'origine non ivoirienne.

Le nombre de grossesses des mères déterminé par interrogatoire et examen du carnet de santé est de 3,49 ; le nombre moyen des enfants vivants de 2,98 soit une mortalité infantile de 37 p. mille si on suppose que tous les décès ont eu lieu au cours de la 1ère année de vie.

3.2. Etat sanitaire des enfants

La durée antérieure de la maladie est de 3,8 jours (+/- 0,4). Dans 30,4 % des cas les mères ont déjà donné un traitement. Le médicament donné est pour un tiers des cas de l'aspirine, un tiers de la chloroquine, le dernier tiers étant constitué d'amodiaquine, paracétamol et autres.

Par contre tous les enfants ont déjà reçu un antimalarique au cours des 2 mois précédents ; pour 93 % de la chloroquine et 7 % de l'amodiaquine. Mais 45 % de ces enfants ont reçu une dose inférieure à 5 mg/kg. Cette prise d'antimalarique remonte aux 3 jours précédents la consultation pour 60 % des enfants, 20 % ont reçu leur dose 6 à 8 jours auparavant correspondant sans doute à une chimioprophylaxie hebdomadaire, pour les autres la prise remonte à 15/30 jours soit lors d'un épisode fébrile antérieur vraisemblable.

La déshydratation est le plus souvent légère et se retrouve chez 20 % des enfants.

Le pourcentage d'enfants vaccinés est de :

- . 68,5 % pour le BCG
- . 43,1 % pour la 3ème injection de DTCP
- . 24,5 % pour le vaccin anti-rougeoleux

3.3. Principales pathologies diagnostiquées

Cliniquement les diagnostics portés chez ces enfants fébriles sont :

- 184 cas de rougeole soit 51,2 %
- 90 cas d'infections respiratoires soit 25,1 %
- 33 cas d'infections ORL soit 9,2 %
- 15 affections digestives soit 4,2 %
- 11 cas de paludisme clinique soit 3,1 %
- 26 affections diverses soit 7,2 %

L'âge moyen des malades pour ces différents diagnostics se situe entre 12 et 18 mois sauf pour le paludisme clinique dont l'âge moyen est de 50 mois.

Le seul lien existant entre les pathologies et l'état vaccinal concerne la rougeole où 12 enfants vaccinés font une rougeole contre 172 enfants non vaccinés (efficacité vaccinale de 77,7 %).

Les traitements prescrits en première intention par le personnel du centre sont à base essentiellement d'antibiotiques (85,5 %). Seuls les 11 enfants diagnostiqués "paludisme" ont bénéficié d'une prescription d'antimalariques (soit 3,1 %). Les prescriptions de 2ème intention sont essentiellement des antipyrétiques et des antitussifs, des traitements locaux ORL et ophtalmiques.

3.4. Résultats hématologiques

L'hématocrite moyen est de 30,4 %, il ne varie pas significativement selon le diagnostic, il est de 30,5 % avant 1 an, 29,9 % entre 1 an et 3 ans et 32,1 % à partir de 3 ans.

La répartition des types d'hémoglobine est la suivante :

AA	293	soit 81,6 %
AS	43	soit 12 %
AC	19	soit 5,3 %
SC, C, AF	4	soit 1,1 %

L'hématocrite moyen est significativement plus bas pour les porteurs de la tare C (26 % versus 31 % pour les AA2 (p = 0,02) et versus 29 % pour les AC et AS (p = 0,03).

La répartition selon la pathologie est rapportée dans le tableau 1 (différences non significatives).

Hémoglobine Pathologie	AA (n=293)	AC (n=19)	AS (n=43)	AF, SC, C (n=4)	Hématocrite Moyen
Rougeole	152	8	23	1	30,7
ORL	27	0	6	0	31,5
IRA	72	6	9	3	29,5
Paludisme	10	1	0	0	30,4
Gastro-entérites	11	2	2	0	28,5
Divers	21	2	3	0	29,5
Hématocrite moyen	31	29	29	26	30,4

Tableau N° 1 : Distribution de l'hématocrite selon la pathologie et le type d'hémoglobine

3.5. Résultats parasitologiques

Le nombre de porteurs de Plasmodium est de 29 soit 8,1 % 25 sont porteurs de Plasmodium falciparum (dont 24 avec plus de 1000 HPM)

4 sont porteurs de Plasmodium malariae (dont 2 avec plus de 1000 HPM)

Les 11 enfants diagnostiqués "paludisme" sont parasités avec plus de 1000 HPM, 7 rougeoleux sont parasités et 7 malades d'infections respiratoires ou ORL (tableau 2).

Parasitologie Pathologie	nég.	P. fal.	P. mal.	% de positivité
Rougeole	177	5	2	3,8
ORL	32	1	0	3,0
IRA	84	5	1	6,7
Paludisme	0	11	0	100
Gastro-entérites	13	2	0	18,8
Divers	24	1	1	7,8
Hématocrite moyen	30,5	30,2	25,6	

Tableau N° 2 : Répartition des espèces plasmodiales selon le diagnostic et le statut hématologique

Il existe une répartition particulière des types d'hémoglobine selon la parasitémie (tableau 3) ; en additionnant les deux espèces de Plasmodium, les porteurs de l'hémoglobine AC se montrent significativement moins parasités que les autres (p = 0,04/5,3 % versus 10,7 %).

Parasitologie Hémoglobine	nég.	P. fal.	P. mal.	% de positivité
AA	270	20	3	7,8
AC	18	1	0	5,3
AS	39	3	1	9,3
SC, C, AF	3	1	-	(25)

Tableau N° 3 : Répartition des espèces plasmodiales selon le type d'hémoglobine

D'autre part on peut remarquer le faible hématocrite moyen des sujets parasités par P. malariae.

4. COMMENTAIRES

Dans notre étude, le paludisme est à l'origine de la fièvre chez 3 % des enfants avec 1000 HPM ou plus et 8 % de l'ensemble des enfants parasités.

Les comparaisons avec les autres études (2, 3, 4, 5, 6) sont difficiles car toutes montrent des variations importantes selon la saison (notre taux est voisin de ceux trouvés à Bobo-Dioulasso en saison sèche ; de 0 à 9 %), selon l'âge des enfants (nos enfants sont relativement âgés) et selon les critères de diagnostic.

De plus notre étude s'est déroulée en pleine épidémie de rougeole, en conséquence la part relative du paludisme est basse.

Notre étude montre néanmoins que la stratégie recommandée de chimioprophylaxie présumptive est mal suivie puisque 12 % seulement des enfants ont reçu un antimalarique avant d'être conduits à la consultation. Ce taux sous-estime néanmoins le suivi de cette stratégie à cause de l'importance des cas de rougeole : les mères connaissant la maladie n'ont pas jugé utile de donner un antimalarique à leur enfant. De plus un certain nombre des enfants ayant bénéficié de la prise présumptive d'antimalarique n'ont pas eu à consulter parce qu'ils étaient guéris. Néanmoins, sur 29 enfants parasitologiquement confirmés (dont 26 avec plus de 1000 HPM) 11 seulement ont été traités.

Un résultat intéressant de notre étude est la bonne fiabilité du diagnostic "paludisme" posé par le personnel du centre ; sur 11 diagnostics posés cliniquement, 11 sont confirmés par l'examen parasitologique. Cela nous semble être la preuve qu'avec un minimum d'examen (examen de la gorge et du tympan), il est possible d'éliminer les causes d'hyperthermie autres que le paludisme. Dans notre étude les diagnostics ont été confirmés par un des auteurs, en 7ème année de médecine, mais il doit être possible avec une formation adaptée et un minimum de matériel médical (souvent non disponible ; stéthoscope, otoscope, abaisse-langue) d'obtenir un diagnostic étiologique précis par les personnels chargés d'appliquer la stratégie de lutte antimalarique.

Ce résultat semble contredire ceux rapportés (2) par l'équipe de paludologie de Bobo-Dioulasso, mais cette contradiction n'est qu'apparente car :

1/ L'étude faite par cette équipe, montrait une très bonne valeur prédictive négative du diagnostic clinique. Le personnel sait pour une "fièvre" soupçonner une autre cause que le paludisme.

2/ Dans cette même étude le critère de confirmation retenu était un taux de parasitisme de 10 000 HPM comparé à celui de 5000 ne donnant pas de résultats différents et à celui de 100 seuil trop bas pour discriminer les infections des cas de maladie. Il aurait été intéressant d'évaluer cette fiabilité avec le seuil de 1000 que nous avons choisi et qui est celui retenu par l'OMS pour les études de chimio-sensibilité in vivo. Ce seuil de 1000 est d'ailleurs plus proche des critères habituellement retenus par les laborantins de terrain (les seuils de 100 à 200 nécessitant une formation plus spécialisée).

3/ Cette éventuelle convergence des résultats est confirmée par un certain nombre de remarques faites par les mêmes auteurs sur la morbidité palustre ; ils emploient non pas le terme de seuil pathogénique, mais de seuil pyrogénique, les deux phénomènes biologiques n'étant pas forcément liés, ni même d'évolution parallèle.

Il nous semble donc inutile et inopportun en pratique, de

Remerciements très sincères,

- à la Fondation Roche pour la recherche en Afrique et à son responsable le Dr Haller pour leur aide
- au personnel de la PMI de l'INSP et au directeur de l'INSP (Pr N. Coulibaly) pour leur collaboration et leur soutien.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - INSP - Rapport annuel 1986
- 2 - BAUDON D., GALAUP B., OUEDRAOGO L. & GAZIN P. Une étude de la morbidité palustre en milieu hospitalier au Burkina-Faso. Méd. Trop., 1988, 48 (1), 9-13.
- 3 - DIEKET P. Fièvre et paludisme au dispensaire de Cocody-Nord. Efficacité et acceptabilité d'une dose unique d'antimalarique. Thèse Méd. Abidjan 1987. N° 811.
- 4 - MASSOUGBODJI A., ZOHOOUNT T., ODJO J. & SADELER C. Fièvre et paludisme à Cotonou en République Populaire du Bénin. Méd.

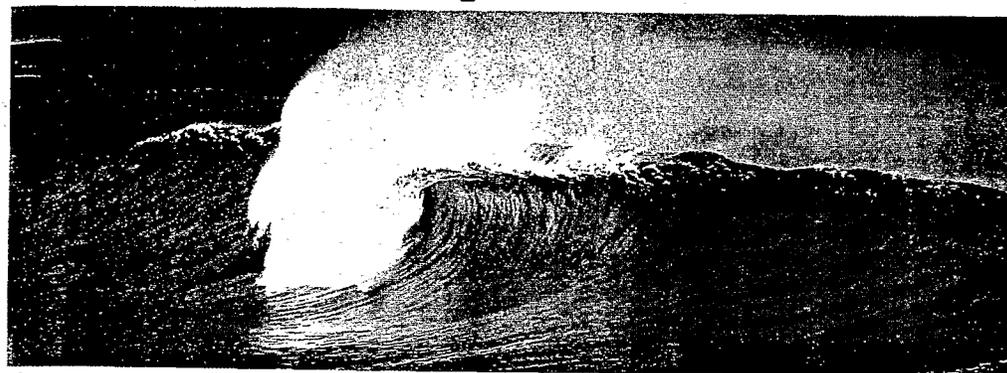
- Afr. Noire, 1989, 36, 314-317.
- 5 - TRAPPE J.F., PEELMAN & MORAUPEL PEELMAN. Criteria for diagnosing clinical malaria among a semi-immune population exposed to intense and perennial transmission. Trans. Roy. Soc. Med. and Hyg., 1985, 79, 435-442.
- 6 - RICHARD LENOBLE D., KOMBILA M., ENGOMAN E., GANNIER M. & DUBOURG C. Paludisme au Gabon, étude de 500 enfants fébriles à Libreville. Bull. Soc. Path. Exot., 1986, 79, 284-287.

proposer un contrôle quantitatif de la parasitémie pour porter le diagnostic de paludisme ;

- d'une part parce que cela est irréalisable et, il vaut mieux d'abord approvisionner en antimalariques les centres de santé,
- d'autre part parce que la meilleure stratégie actuelle de la lutte est la chimiothérapie présomptive : traiter par excès des fièvres non confirmées palustres n'est pas grave dans la mesure où les infirmiers sont capables d'éliminer les principales autres causes d'hyperthermie et, ils ont montré que le plus souvent ils savaient le faire.

Par contre il serait très utile de prévoir une standardisation des conduites pour les autres pathologies, en particulier la rougeole, car il est indiscutable que prévenir les complications infectieuses est primordial, il est néanmoins important de savoir si l'antibio-prophylaxie doit être systématique. De plus, dans un souci de rentabilité, il faut décider quelle antibiothérapie doit être utilisée, cette question est d'autant plus grave que dans notre étude la moitié des rougeoleux a été traitée par lincocine et un tiers par d'autres macrolides récents ; il est logique de se demander si l'utilisation d'antibiotiques plus banaux et moins chers n'aurait pas été un choix plus judicieux.

Le spasme



"Les" Spasfon®

Phloroglucinol

Boîte de 10 suppositoires

Phloroglucinol: 0,15 g par unité, soit 1,50 g par boîte.
Triméthyl-Phloroglucinol: 0,15 g par unité, soit 1,50 g par boîte. - A.M.M. 309.861.4.
Prix: 14 F.

Boîte de 30 comprimés dragéifiés

Phloroglucinol: 0,08 g par unité, soit 2,40 g par boîte.
Triméthyl-Phloroglucinol: 0,08 g par unité, soit 2,40 g par boîte. - A.M.M. 309.860.8.
Prix: 13,80 F.



Boîte de 10 lyophilisats oraux

Phloroglucinol: 0,08 g par unité, soit 0,8 g par boîte.
Lyophilisats oraux préparés selon le Brevet Français n° 69.11589. Laboratoire L.LAFON - A.M.M. 318.630.1.
Prix: 17,10 F.

Boîte de 6 ampoules injectables 4 ml

Phloroglucinol: 0,04 g par unité, soit 0,24 g par boîte.
Triméthyl-Phloroglucinol: 40 mcg par unité, soit 240 mcg par boîte. Ampoules IV. ou I.M. - A.M.M. 309.858.3.
Prix: 18,30 F.

4 formes adaptées aux formes du spasme

Musculotrope pur, Spasfon peut être administré aux prostatiques et aux glaucomateux.

Propriétés: Antispasmodique "phloroglucinic" SPASFON lève le spasme des fibres musculaires lisses et calme la douleur. **Indications:** Coliques néphrétiques et douleurs des voies urinaires, coliques hépatiques et douleurs biliaires, douleurs intestinales, syndromes dysentériques, colites spasmodiques, dysménorrhées d'origine spasmodique, dystonies dynamiques (spasme majeurs tels que la morphine ou ses dérivés, en raison de leur effet spasmogène. **Effets indésirables:** Quelques très rares réactions cutanées allergiques ont été signalées. **Posologie et mode d'emploi.** **Adultes:** Traitement d'attaque: 1 à 3 ampoules par 24 h par voie I.V. ou I.M., coût de traitement journalier: 3,42 F + 1,84 F. Traitement d'entretien: Les comprimés dragéifiés ou les suppositoires prendront le relais du traitement d'attaque selon une posologie de 6 comprimés, coût de traitement journalier: 2,76 F ou 3 suppositoires par 24 h, coût de traitement journalier: 4,20 F. Enfants: 1 lyophilisat oral 2 fois par 24 h à dissoudre dans un verre d'eau, coût de traitement journalier: 3,42 F. Remboursés par la Sécurité Sociale à 40%. Agréés par les Collectivités Publiques et admis à l'Assistance Publique



Laboratoire L. LAFON. B.P. 22 - 94701 Maisons-Alfort Cedex - Tél.: (1) 48.98.91.51. Télex Labolaf 670.716 F.