

ENTAMOEBA HISTOLYTICA (SCHAUDINN 1903) ET ENTAMOEBA DISPAR (E. BRUMPT 1925) SONT DEUX ESPÈCES D'AMIBES DIFFÉRENTES

Par J.-C. PETITHORY (*), L. BRUMPT (**) & F. ARDOIN (*) (***)

Le 3 novembre 1925, É. BRUMPT présentait une communication à l'Académie nationale de Médecine intitulée « Étude sommaire de l' "*Entamoeba dispar*" n. sp., amibe à kystes quadrinucléés, parasite de l'homme ». Pour différencier cette nouvelle espèce d'*Entamoeba histolytica*, de morphologie pratiquement identique, il s'était basé sur deux séries de faits : des données épidémiologiques comme la grande fréquence en Angleterre (5 %) de porteurs de kystes d'amibes dysentériques alors que la dysenterie amibienne y était une rareté, et d'autre part une étude comparée du pouvoir pathogène expérimental des deux espèces pour le chat, seul *E. histolytica* donnant des ulcérations et un épaississement de la muqueuse intestinale. Cette découverte suscita à l'époque une vive opposition menée par DOBELL. Depuis, SARGEANT (1978) a montré que les amibes de type *E. histolytica* ont des zymodèmes différents selon qu'elles sont pathogènes ou non, STRACHAN (1988) que l'on pouvait les différencier par des anticorps monoclonaux, TANNICH (1989) qu'elles étaient génétiquement différentes (divergence évolutionnaire

de structure de 12 % et de Southern blot différents). GATHIRAM 1990 et CLARK 1992 ont enfin montré que le caractère de pathogénicité était stable et qu'il n'y avait pas habituellement de conversion d'une espèce en l'autre. La différence de virulence entre les formes végétatives d'*E. dispar* et *E. histolytica* provient principalement de la possession par cette dernière seulement d'une adhésine glycoprotéique de 260 KD ayant une sous-unité de 170 KD (RAVDIN 1985, PÉTRI 1989) ayant un épitope commun avec la b2 intégrine humaine, glycoprotéine de surface des leucocytes impliquée dans les phénomènes d'adhérence (ADAMS 1993).

Toutes ces données confirment pleinement l'existence de deux espèces différentes : *E. histolytica*, pathogène et *E. dispar* non pathogène.

(*) Contrôle de Qualité national en Parasitologie, Centre Hospitalier, 95500 Gonesse, France.

(**) 27630 Berthenonville, France.

(***) Résumé de communication.

LA TRANSMISSION DU PALUDISME DANS LA VILLE DE BOBO DIOULASSO (BURKINA FASO)

Par P. GAZIN (*), L. LOCHOUARN (*) & V. ROBERT (**) (***)

La transmission palustre dans la ville de Bobo Dioulasso a été étudiée en 1985 dans 3 quartiers et en 1992 dans 2 autres quartiers. Les captures de culicidés anthropophiles ont été réalisées par la technique de capture sur appât humain de 18 heures à 6 heures du matin. Trois cent vingt-trois nuits de capture ont été effectuées au total.

Anopheles gambiae s.l. était l'anophèle le plus fréquemment observé. Dans les quartiers centraux et de peuplement dense, le nombre total de piqûres d'anophèles par homme et par an était inférieur à 300.

Dans les zones résidentielles et dans le quartier périphérique en cours de construction, il atteignait respectivement 2 150 et 2 500. L'agressivité anophélienne, maximum en septembre et octobre, a dépassé pendant certaines nuits 50 piqûres par homme dans ces quartiers. Le taux de parturité moyen d'*A. gambiae* était de 37 %, sans changement notable au cours des saisons en 1992, alors qu'un vieillissement de la population avait été noté à la fin de la saison des pluies en 1985. Le taux quotidien de survie était de 67 % correspondant à une courte espérance de vie

27 MARS 1995

PM 304

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 41529 ex 1

Cote : B

de 2,5 jours. L'indice sporozoïtique déterminé par observation des glandes salivaires était bas, proche de 0,1 %.

Le genre de moustique le plus capturé était *Culex*. Le total de piqûres de *Culex* reçu en un an par un habitant des quartiers centraux ou résidentiels, n'utilisant pas de protection, était compris entre 21 000 et 59 000. Dans le quartier périphérique, il était de 4 200. La nuisance par *Culex* apparaît être une caractéristique des quartiers de peuplement dense et un excellent marqueur d'un certain type d'urbanisation (absence d'évacuation organisée des déchets solides et liquides).

La quantité annuelle de piqûres potentiellement infec-

tantes d'*Anopheles* reçues par un habitant des quartiers centraux était inférieure à 1. Elle était comprise entre 2 et 3 pour les quartiers résidentiels, et proche de 5 pour le quartier périphérique. Ce faible taux de transmission est insuffisant pour permettre l'acquisition d'une immunité efficace, mais il est suffisant pour assurer chaque année l'infestation de la majeure partie des habitants de la ville. Dans ce contexte, la maladie palustre peut être un événement peu fréquent mais dramatique en l'absence de soins appropriés.

(*) ORSTOM/Centre Muraz, BP 171, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
(**) ORSTOM/OCEAC, BP 288, Yaoundé, Cameroun.
(***) Résumé de communication.

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU PALUDISME EN GUYANE

Évolution et caractéristiques des principales zones de transmission palustre

Par C. VENTURIN, M. NADIRE & F. GAY (*) (**)

Le paludisme autochtone, maladie à déclaration obligatoire en France, fait l'objet d'une surveillance depuis plusieurs dizaines d'années.

Ne pouvant atteindre l'exhaustivité, l'évolution des différents indicateurs déterminés par ce recueil de données doit être interprétée avec prudence en tenant compte des biais éventuels.

Les principales zones de transmission palustre en Guyane sont constituées par les fleuves frontaliers (Maroni et Oyapock) où les caractéristiques écologiques sont comparables sur plusieurs points. L'évolution de ces foyers semble directement liée aux mouvements de population d'origine économique ou conflictuelle et à la qualité des actions menées par les pays frontaliers.

L'attrait économique du littoral guyanais, où se concentre près de 80 % de la population, principale-

ment dans des structures urbaines, provoque d'importants mouvements de population en provenance des zones frontalières. Ces migrations, mal contrôlées, sont à l'origine de micro-foyers de transmission palustre péri-urbains. Bien que l'extension de ces foyers puisse être contrôlée grâce aux moyens classiques de lutte antipaludique, associés à l'aménagement de l'environnement, les caractéristiques géo-climatiques de la Guyane ne laissent pas espérer une réduction sensible du risque potentiel de transmission palustre. Aussi convient-il de rester vigilant afin de limiter les conséquences de cette parasitose sur les populations résidant en périphérie des agglomérations.

(*) Service départemental de Désinfection, 18, avenue de la Liberté, 97300 Cayenne, Guyane.
(**) Résumé de communication.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

SOMMAIRE DU NUMÉRO 5 bis

Quatrième congrès international de médecine tropicale de langue française
Fort-de-France, Trois-Îlets à la Martinique, 15 au 18 novembre 1993
Présidences du Professeur Pierre PÈNE, président de la Société de Pathologie Exotique
& du Professeur Hyacinthe BASTARAUD,
doyen de la Faculté de Médecine Antilles-Guyane

<p>Séance inaugurale du 4^e Congrès International de Médecine tropicale de Langue française. Allocution prononcée par le Professeur Pierre PÈNE, Président de la Société de Pathologie Exotique ... 391</p> <p><i>Conférence</i></p> <p>La Médecine des voyages. ARMENGAUD (M.) 392</p> <p style="text-align: center;">COMMUNICATIONS</p> <p><i>Thème 1 : Environnement tropical, migration et urbanisation</i></p> <p>Le paludisme à <i>Plasmodium falciparum</i> en milieu urbain des régions de forte endémicité d'Afrique noire. Gravité potentielle et mesures préventives possibles. CARME (B.) 394</p> <p>Environnement et paludisme au Burundi. A propos d'une épidémie de paludisme dans une région montagneuse non endémique. MARIMBU (J.), NDAYIRAGIE (A.), LE BRAS (M.) & CHAPERON (J.) ... 399</p> <p>La dengue d'importation en France, 1989-1993. Conditions à réaliser pour assurer un diagnostic étiologique fiable. CHIPPAUX (A.) & POVEDA (J. D.) avec la collaboration de BASOT (S), DROUET (M. T.), ROUQUETTE (B.), ROUSSEAU (M.), TEYSSIER (S.), THIBERGE (S.) ainsi que PINTO (M.) & ZORGA (L.) 402</p>	<p>Vaccination simultanée contre l'hépatite A et la fièvre jaune. RECEVEUR (M. C.), QUINIOU (J. M.), DELPRAT (P.), MONLUN (E.), LEHNER (V.) & LE BRAS (M.) 406</p> <p>Pathologie du voyageur aux Antilles. Place de la pathologie métropolitaine importée. STROBEL (M.), GABRIEL (J. M.), COUSIN (P.), DAJARDIN (J. B.), DE CAUNES (F.) & DORAK (B.) 410</p> <p>Pathologie infectieuse observée au retour des voyages. Enquête rétrospective et prospective menée en 1992 auprès de 15 hôpitaux. CUZIN-FERRAND (L.), BEQUET (L.), ARMENGAUD (M.) & INFECTIO-SUD. 414</p> <p>Les besoins réels en information du voyageur avant son départ. Résultats d'une enquête par questionnaire. PICOT (N.), RECEVEUR (M. C.), GOUJON (C.), ARMENGAUD (M.) & les membres de la Société française de la Médecine des Voyages . 418</p> <p>Évolution et tendances de 1986 à 1993 de l'attitude des voyageurs intercontinentaux au départ de France, vis-à-vis de la prophylaxie du paludisme. ARMENGAUD (M.), PICOT (N.), PICCOLI (S.) & les membres de la SFMV 421</p> <p>Résumés (articles non parvenus) et communications affichées :</p> <p>Migration et leishmaniose cutanéomuqueuse en Bolivie et au Pérou. DEDET (J. P.), GUTHMANN (J. P.), MELOGNO (R.), CALMET (J.), ROSALES (E.), VALDA (L.) & CRUZ (M.) 424</p> <p>La dengue d'importation en France. Soixante-et-onze observations en 1992. MONLUN (E.), POVEDA (J. D.), CHIPPAUX (A.), LE GUENNO (B.) & LE BRAS (M.) 424</p> <p>Activité du centre de vaccinations et de conseils aux voyageurs de Belfort. FALLER (J. P.), RUYER (O.), DAOUDAL (P.) & KARA (A.) 425</p>
--	--

PM 304