

Leishmaniose cutanée à *L. donovani* en Algérie : à propos de 6 cas

Cutaneous leishmaniasis caused by *L. donovani* in Algeria: About 6 cases

Mihoubi I¹, de Monbrison F², Hafirassou N³, Picot S², Berchi S¹, Louadi K¹

1. Laboratoire de Biosystématique et Ecologie des Arthropodes, Université Mentouri, Constantine, Algérie.

2. Service de Paludisme, Parasites du sang et Mycologie Médicale, HCL, EA 4170, Université Lyon 1, Lyon, France.

3. Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU Constantine, Algérie.

Correspondance : mihoubii@yahoo.fr

La leishmaniose cutanée (LC) existe à l'état endémique en Algérie. Elle pose un réel problème de santé publique. Comme toutes les affections à transmission vectorielle, les leishmanioses sont en nette recrudescence et figurent parmi les maladies dites émergentes. La LC est observée dans nos régions sous deux formes cliniques et épidémiologiques distinctes : la forme cutanée sporadique du Nord à *L. infantum* et la forme cutanée zoonotique à *L. major* (1). Elle détermine des lésions très polymorphes dont l'évolution tient à la fois des défenses de l'hôte et surtout, du parasite en cause. Dans cette étude, nous rapportons 6 cas de leishmaniose cutanée à *L. donovani* à Constantine (Algérie), identifiées par PCR en temps réel (2). Cette espèce étant généralement localisée en Inde, en Chine, au Bangladesh et en Afrique de l'Est, n'avait jamais encore été rencontrée dans le pourtour méditerranéen. Sa présence dans nos échantillons a été bien mise en évidence par PCR en temps réel, d'où l'avantage de cette méthode (3), les autres techniques d'identification récentes ne faisant pas la distinction entre les espèces *L. donovani* et *L. infantum*.

1. Belazzoug S. Thèse de Doctorat en Sciences médicales, 1985.

2. de Monbrison F et al. *Acta Trop* 2007, 102 : 79-83.

3. Mihoubi I et al. *Med Trop* 2006, 66 : 39-44

Performances et analyse coût-efficacité d'un test de diagnostic rapide du paludisme simple à *Plasmodium falciparum* dans deux zones d'endémicité différente (Dielmo - Ndiop, Sénégal, 2008-2009)

Accuracy and cost-effectiveness of a rapid diagnostic test for uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria in two areas differing from their level of endemicity (Dielmo - Ndiop, Senegal, 2008-2009)

Iy AB¹, Tall A¹, Baril L¹, Coly S², Badiane A¹, Manga D¹, Ehemba R¹, Faye J¹, Rogier C³, Trape JJ⁴, Michel R¹

1. Institut Pasteur de Dakar, Dakar.

2. Centre de santé de Sokone, Sokone, Sénégal.

3. Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées, Marseille.

4. Institut de Recherche pour le Développement, Dakar.

Correspondance : michel@pasteur.sn

Dans le contexte d'augmentation des coûts des traitements antipaludiques, en particulier les combinaisons à base d'artémisinine (ACT), et de réduction de la transmission du paludisme, la limitation des traitements aux seuls cas de paludisme confirmés devient primordiale. La confirmation biologique des cas cliniquement suspects est donc d'actualité et explique le regain d'intérêt pour les tests de diagnostic rapides du paludisme (TDR), dispositifs intégrés dans la stratégie d'utilisation des ACT. Ces TDR ont l'avantage d'être utilisables en l'absence de possibilité de diagnostic microscopique du paludisme (personnel qualifié, microscope, électricité, ...). Ils seraient également économiquement justifiés par rapport à la stratégie de traitement présomptif des cas cliniquement suspects, et ce d'autant plus que le prix des ACT est élevé et le niveau d'endémicité faible. En 2006, le Programme national de lutte contre le paludisme du Sénégal a recommandé l'usage des ACT (artesunate-amodiaquine) en traitement de première intention des accès palustres simples puis, en 2007, du Paracheck®, TDR qui détecte l'HRP-2, protéine spécifique de *Plasmodium falciparum*. Les objectifs de notre étude étaient 1) de comparer, dans les conditions d'utilisation en pratique courante, les caractéristiques intrinsèques (sensibilité et spécificité) et extrinsèques (VPP et VPN) du Paracheck® par rapport à la goutte épaisse dans 2 zones d'endémicités différentes et 2) d'analyser le rapport coût-efficacité de la stratégie utilisant le TDR par rapport au traitement présomptif des accès cliniquement suspects de paludisme par ACT en traitement de première ligne. *Méthode*. Etude transversale réalisée d'octobre 2008 à janvier 2009 parmi les volontaires de la cohorte de 2 villages du Sénégal, Dielmo (zone holoendémique) et Ndiop (zone mésoendémique). Devant tout cas probable de paludisme, une goutte épaisse (GE) était couplée au TDR et un questionnaire était renseigné. Ces deux examens étaient réalisés de façon systématique quatre puis sept

jours après la consultation initiale. Pour l'analyse coût-efficacité, nous avons obtenu l'attitude du personnel de santé (contrairement aux études qui considèrent que toute fièvre est traitée). **Résultats.** 148 sujets étaient inclus pour un total de 189 consultations pouvant évoquer un accès palustre (épisode pathologique). L'âge médian des volontaires était de 6,9 ans (intervalle interquartiles 1,8-19,7). Seuls 12 GE et 15 TDR étaient positifs montrant la bonne performance du TDR (sensibilité et spécificité respectivement de 100 % et 98 %). Pourtant, le personnel de santé aurait traité par ACT 49 % de l'ensemble des épisodes pathologiques non palustres (GE négative) et 88,6 % des épisodes pathologiques fébriles à GE négative sur la base de son diagnostic clinique, c'est-à-dire en l'absence de moyen de diagnostic biologique. Ceci rend compte de l'intérêt de l'analyse du rapport coût-efficacité dont les résultats seront présentés et discutés. **Discussion.** Les TDR sont potentiellement performants et économiquement justifiés dans la plupart des régions de l'Afrique sub-saharienne. Mais leur intérêt, mesuré par ces indicateurs, dépend de nombreux facteurs, en particulier du niveau d'endémicité et de la structure d'âge des populations. Dans un contexte de moyens limités, les résultats de notre étude devraient permettre de guider les décideurs vers une stratégie au rapport coût-efficacité amélioré pour la prise en charge des accès palustres simples.

Traitement exclusif des cas de paludisme confirmés par un test de diagnostic rapide : une étude prospective de type exposé/non exposé à la fièvre en milieu scolaire au Bénin

Treatment of malaria restricted to parasitologically confirmed malaria: A school-based prospective exposed/non exposed to fever study in Benin

Faucher J-F^{1,2}, Makoutode P³, Abiou G⁴, Béhéton T¹, Aubouy A¹, Doritchamou J¹, Houzé P⁵, Ouendo EM³, Deloron P⁶, Cot M⁶

1. UR010-IRD Santé de la mère et de l'enfant en milieu tropical, Cotonou, Bénin.

2. Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Jacques, Besançon.

3. Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Cotonou, Bénin.

4. Faculté des Sciences de la Santé à Cotonou, Cotonou, Bénin.

5. Laboratoire de biochimie, Hôpital Saint-Louis, Paris.

6. UR010-IRD, Santé de la mère et de l'enfant en milieu tropical, Université Paris Descartes, Paris.

■ Correspondance : jffaucher@chu-besancon.fr

L'abandon des pratiques de traitement présomptif du paludisme, au profit du traitement exclusif des cas confirmés, est recommandé mais l'application de ces recommandations constitue encore un défi. Les études pragmatiques sont susceptibles d'apporter des informations sur la faisabilité et la fiabilité des politiques de traitement exclusif des cas confirmés. Nous avons effectué une enquête prospective en milieu scolaire pour étudier la faisabilité et la fiabilité d'une politique de traitement exclusif des cas de paludisme confirmés par un test de diagnostic rapide du paludisme (TDR de type HRP2), chez des enfants âgés de 5 à 15 ans et consultant pour fièvre. Les enfants du groupe index (exposés à la fièvre avec un TDR négatif) et du groupe contrôle (non exposés à la fièvre avec un TDR négatif) n'ont pas reçu d'antipaludiques et ont été appariés sur le sexe, l'âge, la classe, puis suivis chacun pendant 2 semaines (J3, J7, J14). A chaque visite, une goutte épaisse et une PCR ont été effectuées pour dresser un tableau exhaustif du statut d'infection palustre des participants. L'automédication par la chloroquine et la quinine a été recherchée par méthode chromatographique des spots de sang total à J0 et J14 chez la moitié des participants. Les accès palustres survenant pendant le suivi ont été définis par la concomitance d'une fièvre et de la positivité d'au moins un test diagnostic (TDR, goutte épaisse, PCR). Nous avons estimé le nombre de diagnostics manqués de paludisme à l'inclusion dans le groupe index en prenant en compte les données d'inclusion (les cas avec densité parasitaire > 1000/μL) et les données de suivi incluant 1) au moins un test (dont la PCR) positif pour *P. falciparum* à l'inclusion, 2) la survenue d'une fièvre pendant le suivi, 3) au moins un test (dont la PCR) positif pour *P. falciparum* au moment de la fièvre. Le paludisme est la première cause de fièvre (58 %) et 484 enfants (242 dans chaque groupe) ont été inclus et suivis. L'infection palustre détectée par PCR à l'inclusion était fréquente dans les 2 groupes (27 % dans le groupe index et 44 % dans le groupe contrôle). Il n'y a pas eu d'incident du fait du traitement exclusif des cas confirmés. A J3, la fièvre avait disparu chez 94 % des enfants du groupe index. L'incidence du paludisme pendant le suivi a été comparable dans les 2 groupes (5 cas dans le groupe index et 7 cas dans le groupe contrôle). Nous avons estimé le taux de diagnostics manqués de paludisme à l'inclusion dans le groupe index à 3,7 %. L'application d'une politique de traitement exclusif des cas de paludisme confirmé dans cette population paraît faisable et sans danger. Traiter un enfant pour une fièvre par antipaludiques lorsque le TDR est négatif ne semble pas plus utile que traiter un enfant apparemment sain. Les enquêtes visant à montrer la reproductibilité de ces conclusions dans la prise en charge des plus jeunes enfants sont particulièrement importantes.

Ly A.B., Tall A., Baril L., Coly S., Badiane A., Manga D., Ehemba R., Faye J., Rogier C., Trape Jean-François, Michel R. (2009)

Performances et analyse coût-efficacité d'un test de diagnostic rapide du paludisme simple à *Plasmodium falciparum* dans deux zones d'endémicité différente (Dielmo - Ndiop, Sénégal, 2008-2009)

Médecine Tropicale, 69 (4), 369-370

Actualités du Pharo : Arboviroses Tropicales et Communications Libres sur Tout Thème de Médecine ou Pathologie Tropicales : Session Arboviroses, 15., Marseille (FRA), 2009/09/17-19

ISSN 0025-682X