

Dans notre population d'étude, tous les sujets étaient bien entendu asymptomatiques ; la prévalence de l'infection palustre a été faible (< 10%). Nous n'avons pas observé de relation entre le portage de l'infection palustre et les facteurs hémato-génétiques. Le taux d'utilisation de la moustiquaire non imprégnée est élevé (>80%) et celui de la moustiquaire imprégnée est faible (>20%).

Au Congo, la prévalence palustre est mal connue parmi les donneurs de sang à Brazzaville. Dans notre population d'étude, elle est faible. Il est bon qu'une étude similaire soit menée sur des échantillons grands qui prennent en compte les sites du milieu rural. Cela permettra de décider s'il faut inclure la recherche systématique des plasmodies comme marqueur dans le cadre de la sécurité transfusionnelle à l'échelle nationale.

CA.MV.07

## ENQUÊTE DE DÉPISTAGE DE LA TRYPANOSOMOSE CHEZ LE CHIEN AU GABON

Davoust B<sup>1</sup>, Herder S<sup>2</sup>, Bourry O<sup>3</sup>, Marié JL<sup>1</sup>, Cuny G<sup>2</sup>

1. Direction régionale du service de santé des armées de Toulon - BP 80 - 83800 Toulon Armées, France.

2. UMR 177 « Trypanosomoses », Laboratoire de recherches et de coordination sur les trypanosomoses (IRD-CIRAD), Montpellier, France.

3. Centre international de recherche médicale, Franceville, Gabon.

Correspondance : bernard.davoust@mageos.com

Des cas cliniques de trypanosomose canine africaine sont régulièrement observés au Gabon. La situation épidémiologique réelle n'est pas connue. Une enquête de dépistage a été menée, en 2003 et 2004. Deux populations distinctes de 376 chiens en apparence bonne santé, ont été examinées. La première comprenait 252 chiens semi-domestiques vivant dans 16 villages de l'Ogooué-Ivindo (Nord-Ouest du Gabon) et la seconde 124 chiens (de sociétés de protection et de familles) vivant à Libreville (n=113) et Port-Gentil (n=11). Le dépistage moléculaire a été réalisé à partir d'une goutte de sang recueillie sur



du papier buvard. Tous les chiens étaient négatifs à la PCR pour *Trypanosoma congolense* (type « savane » et type « forêt »). Dix-huit chiens (4,7%) étaient positifs à la PCR *Trypanosoma brucei* : 3% (8/252) dans l'Ogooué-Ivindo et 8% (10/124) sur le littoral. La différence de prévalence entre les deux populations est statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ ). *T. brucei* est transmis par les glossines. Cette espèce est divisée en trois sous-espèces : *T.b. brucei*, *T.b. gambiense* et *T.b. rhodesiense*, seules les deux premières sont présentes au Gabon et seul *T.b. gambiense* est pathogène pour l'homme. La PCR n'a pas permis de préciser la(les) sous-espèce(s) infectante(s) pour les chiens. Cependant, les prévalences élevées sont corrélées avec la présence de foyers actifs de trypanosomose humaine qui sont également signalés sur le littoral. Le chien pourrait ainsi représenter une espèce sentinelle de trypanosomose humaine. Par ailleurs, les 18 chiens positifs sont des porteurs asymptomatiques, source potentielle d'infections animales et humaines.



CA.MV.08

## EVALUATION DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE DE LA TRYPANOSOMOSE À *TRYPANOSOMA CONGOLENSE* CHEZ LE CHIEN MILITAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

Watier-Grillot S<sup>1</sup>, Herder S<sup>2</sup>, Marié JL<sup>3</sup>, Lamour T<sup>3</sup>, Cuny G<sup>2</sup>, Davoust B<sup>3</sup>

1. Secteur vétérinaire de Brest, BP05, 29240 Brest Armées, France.

2. UMR 177 « Trypanosomoses », Laboratoire de recherches et de coordination sur les trypanosomoses (IRD-CIRAD), Montpellier, France.

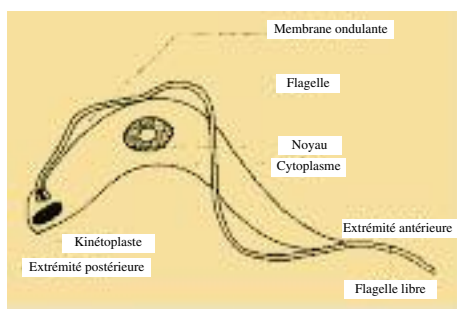
3. Direction régionale du service de santé des armées de Toulon - BP 80 - 83800 Toulon Armées, France.

Correspondance : bernard.davoust@mageos.com - 06 82 67 91 83).

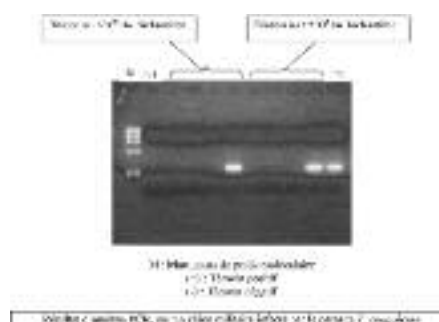
De 1997 à 2003, 19 chiens militaires français, sur 148 ayant effectué une mission en Côte d'Ivoire, ont développé des symptômes aigus non spécifiques : hyperthermie, asthénie, polyadénite, anémie, syndrome inflammatoire diffus (hépatite, néphrite, diathèse hémorragique,...) dont l'issue a été fatale pour cinq chiens. Dans la plupart des cas, le parasite *Trypanosoma congolense* a pu être identifié (soit par étalement sanguin, QBC® ou PCR). Un protocole de prophylaxie, basé sur l'administration de chlorure d'isométramidium (sel de phénantridine) a été mis en œuvre fin 2003. L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'efficacité de cette chimioprophylaxie sur la période 2004-2007. La population étudiée incluait 131 chiens militaires français, majoritairement de race berger belge malinois, mâles, d'âge



Chien militaire, de race berger belge malinois, réceptif et sensible à l'infection par le parasite *T. congolense*.

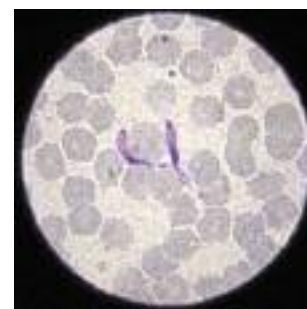


Morphologie du parasite *Trypanosoma congolense*



Résultat d'analyse PCR, sur un chien militaire infecté par le parasite *T. congolense*

moyen 4,5 ans. En Côte d'Ivoire, les chiens étaient hébergés dans le chenil du 43<sup>e</sup> BIMA de Port-Bouet. Ils se déplaçaient également sur d'autres sites (Yamoussoukro,...). Ces chiens ont reçu une injection intra-musculaire de 0,5 mg/kg de chlorure d'isométabidium (Trypamidium®, Merial, Lyon) à l'arrivée en Côte d'Ivoire, puis tous les deux mois. Un protocole de dépistage de la maladie a été appliqué pendant le séjour : réalisation d'un frottis sanguin coloré (May-Grünwald-Giemsa) et d'un test QBC®, deux mois après chaque injection. Dès le retour en France, les animaux ont été soumis à un dépistage systématique : frottis sanguin et PCR sur un prélèvement de sang recueilli sur papier buvard (type Whatman 41). Sur les 131 chiens exposés, deux étaient infectés (PCR positive). La réduction de la prévalence de la maladie est donc significative ( $\chi^2 = 12,8$  avec  $\alpha = 0,05$  ;  $p < 1\%$ ). Aucune mortalité ni aucun symptôme n'ont été observés. La méthode PCR est la plus sensible et la plus spécifique pour le diagnostic et le dépistage de la trypanosomose canine, notamment par rapport au test QBC® et l'étalement sanguin, ces deux dernières techniques bénéficiant toutefois d'une faisabilité supérieure sur le terrain. L'efficacité de la chimioprophylaxie a conduit, à partir de 2008, à arrêter le dépistage systématique par PCR au retour et à espacer les administrations de trypanocide (fréquence trimestrielle). Par ailleurs, aucune toxicité locale ou systémique avérée n'a été constatée sur les sujets traités. L'isométabidium est le principe actif le mieux toléré chez l'espèce canine, ce qui justifie son choix, en première intention, chez le chien trypanosomé, en prophylaxie et en traitement.



Frottis sanguin coloré (méthode May-Grünwald-Giemsa), réalisé sur un chien militaire et montrant deux parasites appartenant à l'espèce *T. congolense*.

CA.MV.09

## UN CAS D'ENCÉPHALITE AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE DE CHIKUNGUNYA AU GABON : RECHERCHER UNE AUTRE CAUSE VIRALE

Obiang A<sup>1</sup>, Motto E<sup>1</sup>, Mandji JM<sup>1</sup>, Tchoua R<sup>1</sup>, L'her P<sup>1</sup>, Gravier P<sup>2</sup>, Camus P<sup>1</sup>, Paul B<sup>1</sup>

1. HIA OBO, Libreville

2. Service médical, 6<sup>e</sup> BIMA, Libreville

Correspondance : bernard.paul@wanadoo.fr

Le Gabon a connu une épidémie de Chikungunya en 2007. Près de quinze mille cas suspects ont été déclarés du 10 mai (date de déclaration de l'épidémie) au 30 juin 2007, dont 539 cas traités à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIA OBO) de Libreville. La majorité des tableaux cliniques associaient fièvre, arthralgies invalidantes, myalgies et céphalées. Aucun décès n'a été constaté contrairement à l'épidémie de la Réunion.

Les premiers cas ont été diagnostiqués à l'Institut de Médecine Tropicale du Pharo à Marseille (IMTSSA). Le Centre International de Recherche Médicale de Franceville a fait le suivi virologique de l'épidémie. Des co-infections Dengue Chikungunya ont été décrites.

Le 7 mai 2007, en plein pic épidémique, nous avons pris en charge à l'HIA OBO un jeune homme de 22 ans, pour trouble neurologique dans un contexte fébrile. Il s'agissait d'un patient sans antécédent particulier. L'histoire de la maladie débutait 5 jours auparavant par une hyperthermie associée à des céphalées et des douleurs articulaires. Après un traitement présomptif antipaludéen, la symptomatologie s'est enrichie de crises convulsives tonico-cloniques généralisées, motif de l'admission à l'HIA OBO.

Au SAU, le patient présentait un Glasgow à 9/15, une nuque souple. La fièvre était à 39°C sans autre point d'appel infectieux.

Il a été pratiqué un bilan biologique sanguin, urinaire et du LCR ainsi qu'une radiographie du poumon et une tomodensitométrie cérébrale. Des échantillons de sang et de LCR ont été adressés à l'IMTSSA.

