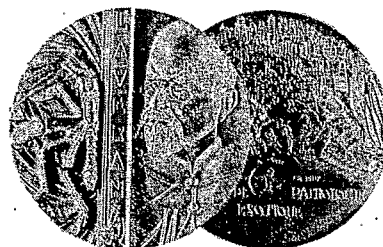


BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ
DE
PATHOLOGIE
EXOTIQUE

FONDÉE EN 1908 PAR ALPHONSE LAVERAN
PRIX NOBEL 1907

1999



T. 92, 1999, N° 2
Parution Mai 1999

PH 304
Santé
24 JUN 1999

ISBN 0039-9085

sérologie de la bilharziose était positive en immunofluorescence (1/128 et 1/40) et en agglutination (1/64 et 1/140). La biopsie de la muqueuse rectale pratiquée chez le père ne montrait pas de schistosome. Il s'agissait d'une forme aiguë de primo-invasion bilharzienne d'évolution rapidement favorable. Un mois plus tard, le père et le fils étaient guéris et une deuxième cure de praziquantel était pratiquée.

Le diagnostic de primo-infection bilharzienne ou fièvre des safaris (1) avait été évoqué dès l'anamnèse sur un faisceau d'arguments. La survenue simultanée d'un tableau clinicobiologique superposable au sein de la famille laissait présager un facteur épidémiologique commun. Les deux touristes avaient été en contact avec de l'eau douce en zone d'endémie bilharzienne. Ils passaient leurs journées à nager dans le lac Malawi et se douchaient avec l'eau du lac contenue dans des citernes. Or, ce lieu très touristique est aussi depuis quelques années une zone de forte prévalence de la schistosomose (2). Le délai d'apparition des signes cliniques, classiquement compris entre 2 et 8 semaines, était ici de 5 semaines. La présence de signes généraux et la symptomatologie digestive avec hépatomégalie constituaient des éléments supplémentaires pour le diagnostic. Surtout, l'oedème du visage et l'urticaire évoquaient un processus immuno-allergique rencontré en phase d'invasion de certaines parasitoses. Les malades n'avaient pas décrit la caractéristique dermatite allergique du baigneur consécutive au premier bain infestant (3). Toutefois, celle-ci est discrète ou inexistante pour *Schistosoma haematobium* qui semble être l'espèce prédominante au cap Maclear. L'hyperéosinophilie et les sérologies bilharziennes positives permettaient le diagnostic de primo-invasion bilharzienne, les oeufs n'étant pas encore apparus dans les excréments à cette phase. Le traitement des bilharzioses fait toujours appel au praziquantel. Une seule cure suffit. Chez le voyageur qui ne s'expose pas à une réinfestation, une deuxième cure est concevable un à deux mois plus tard (1), mais cette attitude ne fait pas l'unanimité.

Cette observation rappelle qu'un traitement pré-somptif de la bilharziose doit être entrepris dans l'attente du retour sérologique. Malgré sa rareté, la myélopathie bilharzienne représente en effet le principal risque en phase aiguë (4). Il faut mettre en route au plus tôt un traitement par praziquantel dès l'existence d'un contexte compatible avec une primo-invasion bilharzienne (5). Ce traitement simple et bien toléré constitue aussi un test thérapeutique.

Ces deux observations rappellent que les cas de bilharziose sont regroupés en foyer à partir d'un lieu de contamination. Il est surprenant de constater ici que seuls les hommes ont été atteints. Leurs activités nautiques étaient peut-être plus propices à une infestation par les furcocercaires. La mère ne s'était pas baignée mais s'était douchée avec l'eau du lac. La fille avait eu les mêmes activités que son frère. Chez elle, l'hémogramme pratiqué trois mois après le retour ne montrait pas d'hyperéosinophilie et sa sérologie bilharzienne était négative.

En fait, le problème préoccupant soulevé est celui de l'existence d'un foyer épidémique récent. Le lac Malawi est chaque année une destination privilégiée de quelques 11 000 touristes qui ignorent probablement l'existence de la mala-

die. Au cap Maclear, on estime à 75 % le risque de contracter une schistosomose en se baignant ou en plongeant pendant une journée. La même activité intensive pratiquée sur une semaine accroît ce risque à 90 %. Près de 5 000 cas de bilharzioses proviendraient annuellement de cette région (2). On sait qu'en zone d'endémie, les baignades doivent être limitées, en théorie, à l'eau de mer et aux piscines. Mais comment empêcher les touristes de pratiquer la plongée au lac Malawi lorsque cette activité est le but du voyage? Attirés par les grands lacs africains, ils doivent connaître les modalités de transmission et les mesures prophylactiques à prendre contre les bilharzioses. A moins de changer de destination, ce que fera cette famille l'an prochain, enfin peut-être...!

X. NICOLAS, H. GRANIER, J-P. LABORDE, J. MARTIN, F. KLOTZ.

- *Travail des Services Médicaux (X.N., Assistant du SSA; H.G., J-P.L., J.M., Spécialistes du SSA; F.K., Professeur Agrégé du SSA) de l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre, Brest, France.*
- *Correspondance : X. NICOLAS, Service de Médecine Interne, HIA Clermont-Tonnerre, 29200 Brest Naval, France • Fax : 02 98 43 73 15 • e-mail : helias@easynet.fr*

- 1 - ALGAYRES J-P., DALY J-P., LAVERDANT C. - Formes aiguës de primo-invasion bilharziennes. *Rev. Prat.* 1993 ; 43 : 440-443.
- 2 - CETRON M.S., CHITSULO L., SULLIVAN J.J. et Coll. - Schistosomiasis in lake Malawi. *Lancet* 1996 ; 348 : 1274-1278.
- 3 - CREMER G. - La peau, cible possible de la bilharziose. *Concours Med.* 1995 ; 117 : 3507-3512.
- 4 - BLUNT S.B., BOULTON J., WISE R. - MRI in schistosomiasis of conus medullaris and lumbar spinal cord. *Lancet* 1993 ; 341 : 557.
- 5 - KLOTZ F., DEBONNE J-M. - Bilharziose : un traitement simple avant la phase des complications. *Rev. Prat.* 1996 ; 344 : 43-50.

LE RISQUE BILHARZIEN DANS LA REGION DU BARRAGE DE BAGRE, BURKINA FASO

Le développement parfois explosif des schistosomoses après la mise en eau d'un barrage (1) a conduit les maîtres d'ouvrage à exiger des enquêtes épidémiologiques pour évaluer les risques sanitaires et proposer des solutions adaptées. Le barrage de Bagré est construit sur le Nakambé (ancienne Volta Blanche) et se situe à 150 kilomètres au sud-est de Ouagadougou. Mis en eau en 1992, le réservoir mesure 250 km² et est associé au développement de cultures irriguées.

Dans la région de Bagré, la présence de *Schistosoma haematobium* a été signalée en 1975 (2, 3). Les hôtes intermédiaires étaient *Bulinus globosus* et *Bulinus forskalii*. Les sites de transmission étaient les mares naturelles et les réservoirs artificiels de petite taille. Quoique quelques cas de schistosomose à *Schistosoma mansoni* aient été mentionnés dans les hôpitaux de la région (4) et malgré la présence sporadique de l'hôte intermédiaire *Biomphalaria pfeifferi*, la zone était considérée comme indemne de *Schistosoma mansoni*.

Lors de la construction du barrage de Bagré, les autorités du Burkina Faso ont demandé au Centre de Recherches sur les



Fonds Documentaire ORSTOM

Cote : B* -18267 Ex : 1

Méningites et les Schistosomoses (CERMES) de s'associer à l'évaluation sanitaire de la population résidente pour mesurer le risque spécifique lié aux schistosomoses. L'enquête a été conduite en 1995.

Il a été décidé de mener une enquête clinique, parasitologique et échographique dans cinq écoles choisies selon un transect le long du réservoir allant de l'amont à l'aval du barrage. Les urines et les selles des enfants ont été examinées selon les techniques classiques : filtration de 10 ml d'urines sur NytreI® et concentration en merthiolate-iode-formaldéhyde pour les selles. L'échographie a été réalisée selon les critères recommandés par l'OMS (5). Enfin, une enquête malacologique systématique a été conduite dans toute la zone et a concerné les berges du réservoir ainsi que toutes les mares, naturelles ou artificielles à proximité du barrage.

Nous avons examiné 365 enfants âgés de 9 à 13 ans (âge moyen : 11,7 ± 2 ans ; sex-ratio : 1,5 garçon pour 1 fille). La prévalence de la schistosomose à *Schistosoma haematobium* était de 65,8 % (240 enfants infectés sur 365). Toutes les écoles étaient en situation d'hyperendémie (prévalence ≥ 50%). Chez 130 enfants sur les 249 pour lesquels l'échographie a été faite (52,2 %), au moins une lésion de l'appareil urogénital a été observée en échographie ; douze enfants (4,8 %) présentaient une hydronéphrose. Des œufs de *Schistosoma mansoni* ont été observés chez 4 de ces 365 enfants (1,1%) ; les trois écoles atteintes étaient en situation d'hypoendémie (prévalence < 20 %). Aucune lésion échographique évocatrice de *Schistosoma mansoni* n'a été trouvée chez les 161 enfants examinés en échographie abdominale. Toutefois, 30 d'entre eux (18,6 %) présentaient des anomalies non spécifiques (stade 1 de la classification de l'OMS) de l'appareil hépatosplénique.

Enfin, si des *Bulinus truncatus* infectés par des schistosomes ont été récoltés dans la zone du barrage, aucun des *Biomphalaria pfeifferi* récoltés n'était infecté par des schistosomes.

Cette enquête confirme la présence de *Schistosoma haematobium*, en situation hyperendémique et même inquiétante si l'on en juge par la fréquence des lésions hautes de l'appareil urinaire, dans la zone du barrage de Bagré. En outre, nous apportons la preuve que *Schistosoma mansoni* est désormais présent dans cette région, même si le foyer peut

encore être considéré comme hypoendémique. Une augmentation de la prévalence des deux schistosomoses est donc à redouter si des mesures prophylactiques ne sont pas prises rapidement. Nous avons recommandé une distribution de praziquantel à large échelle dans toute la zone du barrage en même temps qu'une surveillance du peuplement de mollusques.

G. CAMPAGNE, J-N. PODA, A. GARBA, P. BREMOND, R. LABBO, I. COMPAORE, R. KAMBIRE, G/PARENT, J-P/CHIPPAUX.

• Travail du Centre de Recherche sur les Méningites et les Schistosomoses de Niamey, Centre Collaborateur OMS pour la Recherche et la Lutte contre la schistosomose (G.C., Coopération Française ; A.G., Ministère de la Santé Publique du Niger ; L. R., Ministère de l'Élevage du Niger ; P. B., J-P.C., G.P., R.K., Institut de Recherche pour le Développement (anciennement ORSTOM) ; J-N. P. Institut de Recherche Scientifique et Technique du Burkina Faso ; I.C., Direction de la médecine Préventive, Ministère de la Santé Publique du Burkina Faso), Niamey, Niger.

• Correspondance : J-P. CHIPPAUX, CERMES/OCCGE, B.P. 10887, Niamey, Niger • Fax : 227 75 31 80 • e-mail : chippaux@ird.ne •

- 1 - PICQUET M., ERNOULD J-C., VERCRUYSSÉ J. et Coll. - The epidemiology of human schistosomiasis in the Senegal river basin. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1996 ; **90** : 340-346.
- 2 - BAUDOIN C., PROD'HON J., SELLIN B. - L'endémie bilharzienne dans la région de Tenkodogo. OCCGE Bobo Dioulasso, Document technique n° 6087, 1976.
- 3 - SELLIN B., SIMONKOVICH E. - Les mollusques vecteurs des bilharzioses dans la région de Tenkodogo. OCCGE Bobo-Dioulasso, Document technique n° 6025, 1975.
- 4 - PROST A., DIARRA P.C. - Premier bilan parasitologique dans l'Est Volta. *Afr. Med.* 1973 ; **12** : 573-575.
- 5 - WHO - Meeting on ultrasonography in schistosomiasis, 1-4 October 1990, Cairo, Egypt : proposal for a practical guide to the standardized use of ultrasound in the assessment of pathological changes. OMS, Genève, 1991 ; TDR/SCH/ULTRASON/9.13.

Correspondance

A PROPOS DE LA RIFAMPICINE ...

Monsieur,

J'ai lu avec intérêt l'article de F. Simon et X. Bohand sur la rifampicine (*Med. Trop.* 1998 ; **58** : 229-230) et je souhaiterais y apporter quelques précisions :

- Le danger de développement des résistances est évoqué par les auteurs. C'est un point important sur lequel il n'a pas été assez insisté. Il y a maintenant consensus pour dire que l'une des manières de lutter contre ce développement des résistances est d'utiliser systématiquement des formes combinées d'antituberculeux et de proscrire l'utilisation de comprimés de rifampicine seule. Un congrès à Bangkok a été organisé en novembre 1998 sur ce sujet et pratiquement tous les pays d'Afrique francophone ont aujourd'hui adopté cette stratégie.
- Le traitement classique de première ligne de la tuberculose en phase intensive n'est pas rifampicine + isoniazide + pyrazinamide, mais rifampicine + isoniazide + pyrazinamide + éthambutol. En deuxième ligne, on rajoute la streptomycine pendant les deux premiers mois. Les quatre autres antituberculeux sont gardés encore un mois et on termine les 5 derniers mois avec l'association rifampicine + isoniazide + éthambutol, soit une durée totale du traitement de 8 mois.
- La communauté scientifique internationale s'est accordée en octobre 1995 à Genève sur la posologie des antituberculeux : 15 mg/kg pour l'éthambutol en quotidien (et non plus 20), 10 mg/kg pour la rifampicine (et non plus 15), en quotidien ou 2 à 3 fois par semaine.
- En phase secondaire, à cause du danger de développement de résistances, on ne recommande plus l'association rifampicine + isoniazide dans les pays à faibles revenus, mais une auto-administration pendant six mois d'une association isoniazide + éthambutol ou isoniazide + thioacétazone.

A. TREBUCCO

Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, Paris