

LE CHOLERA AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE, CONGO

La septième pandémie de choléra en cours depuis les années soixante (1-3) sévit actuellement en Afrique sur un mode endémo-épidémique (2, 4). Les raisons de cette endémisation sont entre autres les conditions précaires d'hygiène et les mêmes facteurs concourent à la grande fréquence des intoxications alimentaires (4, 5). A cela s'ajoutent les grands fléaux comme les guerres qui sont autant de facteurs de risque. Nous rapportons des cas de choléra observés au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, ville récemment secouée par une guerre civile.

En janvier 1999, après consommation d'un repas préparé dans l'établissement, 48 personnes sur 446 (10,7 p. 100) ont présenté des troubles digestifs parmi lesquels 39 ont été hospitalisées. Il s'agissait de dix infirmiers, vingt et un garde malades et dix-huit malades préalablement hospitalisés. La prédominance féminine était marquée avec 32 femmes pour 7 hommes, âgés en moyenne de 38,6 ans (extrêmes : 23-51 ans).

Les symptômes observés ont été une diarrhée profuse, faite de selles liquides parfois afécales, jaunâtres. Les vomissements, les myalgies et des signes de déshydratation sévère étaient présents dans tous les cas. Ces manifestations se sont déclarées un à quatre jours après la prise du repas. L'évolution a été favorable dans 37 cas (94,8 p. 100). Deux patients sont décédés dans les douze heures suivant le début de l'épidémie. Cette symptomatologie, plutôt évocatrice d'une intoxication alimentaire à germe entérotoxinogène (4), s'est avérée être un choléra. Le diagnostic a été porté grâce à la coproculture faite sur milieu sélectif qui a permis d'isoler un vibriion cholérique : *Vibrio cholerae* 0 : 1 biotype *El Tor*, sérotype Ogawa. Cette identification a été confirmée à l'unité des *Vibrionaceae* à l'Institut Pasteur de Paris.

La septième pandémie de choléra sévit dans les pays africains, asiatiques et latino-américains (1, 2, 4, 6). La souche responsable de la présente contamination nosocomiale proviendrait d'un cuisinier porteur asymptomatique, les malades étant observés uniquement dans la population qui a consommé le repas préparé par lui. Ce mode de contamination est le témoin d'un péril fécal non maîtrisé, qui constitue de nos jours un véritable problème de santé publique (2, 5). L'épidémie de 1978-1979 à Brazzaville poussait déjà Yala (6) à parler de choléra très subtil dans sa propagation : les cas étaient presque exclusivement familiaux. De plus, la bonne qualité d'une eau de boisson dépend du maintien de la pression positive dans le réseau d'adduction (5). Ici, l'interruption répétée de la fourniture d'eau fait baisser cette pression et la conséquence en est la survenue d'une flambée épidémique de choléra, non pas intrafamiliale, mais plus diffuse, de type lagunaire.

La symptomatologie clinique du choléra est restée classique (3, 5). Cependant, le mode de contamination, le quantum infectieux très variable et les formes cliniques mineures peuvent faire errer le diagnostic (4).

Au plan thérapeutique, une prise en charge adéquate précoce est susceptible de réduire la mortalité de 50 p. 100 à 1 p. 100 (1).

OBENGUI, A. MBIKA-CARDORELLE, J.R. IBARA, G. MOYEN, F. YALA

- Travail du Service d'Infectiologie (O., Docteur en Médecine), du Service des Soins Intensifs Pédiatriques (A.M.G., Titre, position ; G.M., Docteur en Médecine), du Service de Gastroentérologie (J.R.I., Docteur en Médecine), du Service de Bactériologie-Virologie (F.Y., Professeur, Chef de Service) du Centre Hospitalo-Universitaire de Brazzaville, Congo.
- Correspondance : OBENGUI, Service d'Infectiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, BP 32, Congo • Fax: 00 1 407 9 81 08 51 •

- 1 - BERCHE P., WEIL O. - L'épidémie de choléra en Amérique latine. *Med. Mal. Infect.* 1993; 23 : 85-98.
- 2 - SOW Z., CISSE M.F., SANOU I. et Coll. - Bilan d'isolement de *Vibrio cholerae* sur 10 ans au Centre Hospitalier Universitaire de Fann. *Dakar Med.* 1992; 37 : 113-116.
- 3 - IVANOFF B., CLEMES J. - Caractéristiques épidémiologiques cliniques et micro biologiques de la nouvelle souche de *Vibrio cholerae* 0 : 139. *Med. Trop.* 1994; 54 : 75-77.
- 4 - NIEL L., COUE J.C., MEROUZE F. - Diarrhée, dysenterie, cholerae nouvelles frontières. *Med. Trop.* 1994; 54 : 375-376.
- 5 - MASSENET D., DJERANE L., GAMOUGANE K., FOURNIER J.M. - Aspect bactériologique du choléra au Tchad (épidémies de 1991 à 1994). *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 1995; 88 : 203-205.
- 6 - YALA F., DODIN A., DIANA Y. - Rôle de la contamination interhumaine pendant l'épidémie de choléra en République Populaire du Congo (1976-1979). *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 1985; 80 : 351-355.

Fonds Documentaire IRD
Cote : Bx 25 191 Ex : 1

VIRUS EBOLA ET MARBURG : UNE HYPOTHESE ENTOMOLOGIQUE A CONFIRMER

Au cours de l'été 1976 éclataient simultanément deux épidémies à virus Ebola, l'une dans le village de Yambuku au nord du Zaïre et l'autre dans les localités de Nzara et de Maridi dans le sud-ouest du Soudan. Ebola s'avéra actif aussi bien en forêt (Yambuku) que dans une région de savane aménagée en culture cotonnière (Nzara). La capture de rats, de chauves-souris et de nombreux insectes proliférant dans l'usine d'égrenage de Nzara n'a pas permis d'isoler le virus. L'émergence d'Ebola à Nzara, tout comme celle de Yambuku, demeura un mystère. En 1979, une nouvelle épidémie sévissait dans la même usine d'égrenage de coton au Soudan. En 1994, la maladie ravageait une colonie de chimpanzés qui vit dans la grande forêt humide de Taï en Côte d'Ivoire. Les virologues avancèrent la possibilité d'une contamination sous un couvert forestier car contrairement à l'homme, les chimpanzés ne quittent pas la forêt. Mais le singe ne peut être impliqué dans la conservation du virus car il est lui-même décimé par l'affection. En 1995, le virus refit une apparition dans la ville de Kikwit au Zaïre. L'origine du réservoir échappa de nouveau à toute investigation. De décembre 1998 à mai 1999, le virus Marburg qui, comme le virus Ebola, appartient à la famille des *Filoviridae*, fut le responsable d'une épidémie dont les premières victimes furent des mineurs qui travaillaient dans la mine d'or de Durba située au nord-est de la République Démocratique du Congo (ex-Zaïre). Les galeries de cette mine, sombres et humides, servent de refuge à des milliers de rongeurs et de chauves-souris (1). A ce jour donc, les épidémiologistes savent que les hommes et les chimpanzés sont extrêmement sensibles aux filovirus, ont évoqué l'hypothèse d'un transit du virus,



sans exprimer de pathogénicité, chez les rongeurs ; quant au réservoir des virus, toujours aucune trace. Une question fondamentale se pose au milieu de toutes ces pistes qui s'entrecroisent : quelle sorte d'animal peut se développer aussi bien en forêt (Yambuku, Kikwit et Tai) qu'en savane et même sur une culture aussi intensive que le coton (Nzara) ?

Les homoptères (pucerons, mouches blanches du genre *Bemisia*, jassides, cicadelles, psylles, cochenilles...) sont des insectes qui prolifèrent sur les arbres et les sous-bois des forêts et des savanes aussi bien que sur les plantes cultivées. Ces insectes suceurs de sève sont connus pour être les vecteurs d'une large gamme de viroses qui n'affectent que les plantes elles-mêmes ; mais ne pourraient-ils pas abriter dans leur organisme des virus de type Ebola et Marburg ? Aucune prospection à ce jour ne s'est orientée sur cette voie. Les homoptères sont des ravageurs polyphages qui migrent constamment des plantes sauvages vers les plantes cultivées et vice-versa. De plus, les homoptères exsudent un miellat déposé sur les feuilles, les fruits et les rameaux où ils exercent leurs activités déprédatrices. Les tissus végétaux où pullulent ces insectes sont consommés par les hommes, mais aussi par de très nombreux animaux, en particulier les singes, les rongeurs et les chauves-souris. Dans les périmètres cotonniers, le virus Ebola présent sur les capsules parasitées ou bien encore dans le miellat exsudé par ces insectes, pourrait passer chez l'homme lors de la récolte mais aussi à l'usine, au cours de la transformation industrielle des fibres. Le terme de coton filant n'est pas rare dans le milieu de la filature où il désigne une fibre textile fortement dépréciée par l'abondance des exsudats. Les homoptères seraient dans ce cas des réservoirs qui auraient la capacité de contaminer l'homme et certains animaux qui ingèreraient ou, plus simplement, auraient un contact direct avec les virus. Une autre constatation renforce cette hypothèse : les épidémies d'Ebola et de Marburg éclatent bien souvent en novembre-décembre, à la fin de la saison des pluies. Or, le pic d'activité maximum des homoptères sur les plantes sauvages et les cultures de coton se trouve être également à cette période qui correspond aux stades de floraison et de maturation des capsules (2). Beaucoup d'homoptères, dont en particulier la mouche blanche du cotonnier (*Bemisia tabaci*) sont en pleine recrudescence depuis 1975 dans les plantations du Soudan. Résistante à de nombreux insecticides, celle-ci est responsable d'un fléchissement régulier des rendements malgré l'accroissement du nombre des traitements phytosanitaires (3). S'agit-il de simples coïncidences ou d'une véritable action de cause à effet ? Cette hypothèse reste encore à démontrer et même si elle n'apporte pas de réponse concrète sur l'identité du réservoir Ebola et Marburg, au moins possède-t-elle le mérite d'orienter les recherches sur une voie nouvelle.

néderic
F. DARRIET

* Travail du Laboratoire de Lutte contre les Insectes nuisibles de l'Institut de Recherche pour le Développement (F.D., Entomologiste Médical), Montpellier, France.

* Correspondance : F. DARRIET, Institut de Recherche pour le Développement, Laboratoire de Lutte contre les Insectes nuisibles, 911, Avenue Agropolis, BP 5045, 34032 Montpellier Cedex 1 • Fax : 04 67 54 20 44 • e-mail : darriet@mpl.ird.fr •

- 1 - BERTHERAT E., TALARMIN A., ZELLER H. et le Comité International de Coordination Technique et Scientifique de l'épidémie de Durba - République Démocratique du Congo : entre guerre civile et virus Marburg. *Med. Trop.* 1999 ; 59 : 201-204.
- 2 - PARRY G. - Le cotonnier et ses produits. Maisonneuve et Larose ed., Paris, 1982, 502 p.
- 3 - ANONYME. - Lutte contre la mouche blanche du coton. *Afrique Agricuture* 1983 ; 93 : 18.

UN CAS DE MYIASE FURONCULEUSE À *CORDYLOBIA ANTHROPOPHAGA* AU MAROC

La myiase furonculeuse est une parasitose africaine volontiers méconnue au retour d'une zone tropicale, en raison de son aspect furonculoïde initialement peu spécifique cliniquement (1), ou dans les régions où son incidence est faible comme au Maroc (2).

Mounia G., originaire de la région de Tiflet, ville située dans le Moyen Atlas à 100 Km de Rabat, sans antécédents particuliers, présentait depuis une dizaine de jours un nodule sur le cuir chevelu. Il était d'aspect rouge-violacé, douloureux et enflammé simulant un furoncle. A force de gratter, la lésion laissait échapper un petit ver d'allure charnue. L'hémogramme pratiqué le même jour montrait une hyperéosinophilie chiffrée à 1 860 polynucléaires éosinophiles par mm³. La plaie ayant donné issue à l'élément parasitaire était en voie de cicatrisation. Le ver recueilli (Fig. 1) était de forme ovulaire, mesurant 8 mm de long sur 3 mm de large, de couleur blanc sale. Le corps était constitué de douze segments parsemés d'épines noirâtres. La tête était arrondie, réduite et présentait une paire de crochets buccaux. Le dernier anneau était arrondi ; il était le siège de deux plaques stigmatiques portant chacune trois fentes d'allure curviligne. Le diagnostic retenu était celui de myiase furonculeuse à *Cordylobia anthropophaga* ou « ver de Cayor » encore appelé par les anglo-saxons *African tumbu fly* (2).

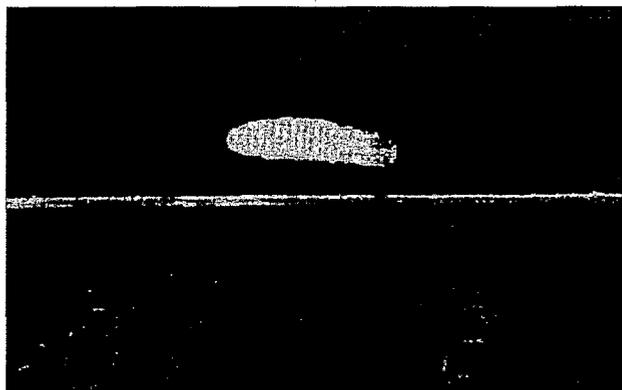


Figure 1 - Larve de *Cordylobia anthropophaga*.

MEDICINE



Année 2000

Volume 60

Numéro 3

tropicale

REVUE FRANÇAISE DE PATHOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE TROPICALES

Magazine

• *Le relevé des relevés* • *Tribune* - Traitement du paludisme : prévenir les résistances par les associations d'antipaludiques par P. AMBROISE-THOMAS • *Synthèse* - Parasitoses humaines et mammifères sauvages en Guyane Française par B. CARME, B. DE THOISY, A. MOTARD, C. AZNAR, J.-C. VIE • *Destination Tropiques* - Le soutien sanitaire d'une colonne en marche dans la forêt équatoriale par H. DAMPIERRE • *Focus* - Timor oriental : une transition difficile vers l'indépendance par B. CHEVALIER, E. SAGUI, C. PIERRE •

Lettres

• Le choléra au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Congo par OBENGUI, A. MBIKA-CARDORELLE, J.R. IBARA, G. MOYEN, F. YALA • Virus Ebola et Marburg : une hypothèse entomologique à confirmer par F. DARRIET • Un cas de myiase furonculaire à *Cordylobia anthropophaga* au Maroc par S. AOUI, A. AGOUMI, R. MOUTAJ, L. BALOUCH • Piqûre de scorpion et néphropathie interstitielle aiguë : à propos d'un cas par S. GMAR-BOURAOU, S. ALOUI, N. BEN DHIA, A. FRIH, H. SKHIRI, A. ACHOUR, M. EL MAY • Fistules vésico-vaginales spontanées post-obstétricales et sondage vésical par P. LE-SUEUR, A. GALLAIS •

Correspondance

La dirofilariose humaine en France : nouvelles données confirmant la transmission humaine de *Dirofilaria repens* au nord de la latitude 46° nord - Correspondance de C.P. RACCURT •

Editorial

Le temps du bilan par P. QUEGUINER.

Articles originaux

Chimiorésistance de *Plasmodium falciparum* sur les régions côtières malgaches par M. RANDRIANARIVELOJOSIA, L. RAHARIMALALA, A. RANDRIAMANANTENA, R. JAMBOU.

Paludisme et grossesse : attitude du personnel de santé lors des consultations prénatales à Cotonou, Bénin par A. NAHUM, M. AKOGBETO.

Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine : fréquence, facteurs influençants, pronostic maternel et néonatal par A. SEPOU, M.C. YANZA, E. NGUEMBI, J.-P. BANGAMINGO, M.N. NALI.

L'ulcère de Buruli : attention aux atteintes osseuses ! A propos de 33 cas observés au Bénin par V. LAGARRIGUE, F. PORTAELS, W.M. MEYERS, J. AGUIAR.

Communications

Insuffisance rénale aiguë lors d'un accès palustre grave : physiopathologie et prise en charge thérapeutique. A propos de deux observations par C. DUVIC, D. RABAR, F. DIDELOT, G. NEDELEC.

Hydatidose : à propos de quelques localisations inhabituelles par M. AMRANI, F. ZOUAIDIA, M.A. BELABBAS, F. LABROUSSE, G. CATANZANO, A. ELHACHIMI.

Premier cas confirmé d'angine diphtérique à Djibouti par J.-L. KOECK, C. MERLE, F. BIMET, M. KIREDJIAN, B. GOULLIN, R. TEYSSOU.

Essai de prévention des encéphalopathies à *Loa loa* post-ivermectine par l'administration d'une faible dose initiale par J. KAMGNO, J. GARDON, M. BOUSSINESQ.

Dengue hémorragique d'importation : à propos d'un cas ayant présenté des signes de cholécystite aiguë alithiasique par H. VAN TROYS, C. GRAS, T. COTON, X. DEPARIS, H. TOLOU, J.-P. DURAND.

Revue générale

Les mycoses systémiques tropicales par P. MARTY, S. BRUN, M. GARI-TOUSSAINT.

La lutte contre les filarioses lymphatiques par M. KARAM, E. OTTESEN.

Sur place

Epidémies de leishmanioses cutanées chez les militaires en opération en Guyane Française par S. BANZET.

Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées - Le Pharo - Marseille

PM 300
27 FEV. 2001
Santé

ISSN : 0025-682X