

## Vingt-deuxième réunion du comité local de la Société de pathologie exotique, 19 mars 2013

B.-A. Gaüzère (organisateur) · P. Aubry (présidence)

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2013

### Vers l'élimination des maladies tropicales ?

P. Aubry

Centre René Labusquière, Université Victor Segalen Bordeaux 2, France.

Le thème des XVIII<sup>es</sup> Actualités du Pharo en 2012 : « Vers l'élimination du paludisme ? » était à la fois fédérateur et interrogateur.

Sans aucun doute, le paludisme a régressé au cours des dernières années sous l'effet de l'amélioration conjointe de la lutte anti-vectorielle, du diagnostic rapide des infections plasmodiales, des traitements efficaces, des traitements pré-symptomatiques intermittents généralisés chez les femmes enceintes. Cependant, avec 219 millions de cas qui ont causé 655 000 décès en 2010, le paludisme reste la maladie parasitaire tropicale la plus importante. De plus, les résistances des *plasmodium* aux antipaludiques, y compris à l'artémisinine, et des vecteurs aux insecticides font peser une lourde menace sur les progrès récents de la lutte antipaludique. Quant au candidat-vaccin RTS,S/AS01, il ne réduit que de moitié le risque de développer une forme sévère de paludisme chez les enfants de 5 à 17 mois et que d'un tiers chez les enfants de 6 à 12 semaines. Enfin, il y a eu une stabilisation des financements mondiaux dédiés à la lutte contre le paludisme entre 2010 et 2012, et la distribution de certains produits salvateurs a ralenti, comme les moustiquaires à imprégnation durable. L'élimination du paludisme dans le monde ne peut donc pas être actuellement programmée, sauf dans des régions insulaires. Il a d'ailleurs été éradiqué depuis de nombreuses années dans des îles, comme La Réunion et Maurice.

La seule maladie infectieuse transmissible éradiquée est la variole, éradication déclarée par l'OMS en 1980. L'élimination de deux autres maladies virales, évitables par la vaccination, avait été programmée par l'OMS : la rougeole et la poliomyélite.

Dans le plan d'action mondial pour les vaccins 2012-2020, l'OMS fait de l'élimination de la rougeole une cible à atteindre d'ici 2020 dans au moins cinq de ses régions. Déjà obtenue dans la région OMS des Amériques depuis 2010, l'élimination de la rougeole a été fixée à 2012 dans la région du Pacifique occidental, à 2015 dans la région de la Méditerranée orientale et dans la région européenne, et à 2020 dans la région africaine. Quant à la région de l'Asie du Sud-Est, elle s'est fixé comme cible de réduire la mortalité de  $\geq 95\%$  d'ici à 2015 par rapport aux estimations pour l'année 2000. Entre 2000 et 2011, le nombre de cas de rougeole signalés dans le monde chaque année a baissé de 58 %, l'incidence a reculé de 65 % et les décès ont chuté de 71 %. Toutefois, récemment, d'importantes flambées de rougeole ont été signalées dans de nombreux États membres en particulier des régions africaine et européenne. Le pourcentage de la couverture vaccinale a été de 84 %, dont 75 % en Afrique. Pour éliminer la rougeole, la couverture vaccinale recommandée par l'OMS doit être au moins de 95 % des enfants avant l'âge de 12 mois.

Le programme d'éradication de la poliomyélite a été lancé par l'OMS en 1988 et l'échéance pour l'éradication mondiale était l'an 2000. Les résultats de la vaccination par le VPO ont été spectaculaires jusqu'en 2003 : 300 000 cas en 1988, 682 en 2003. Six pays seulement étaient encore infectés : Inde, Pakistan, Afghanistan, Nigeria, Niger, Egypte. Il y a eu une résurgence en 2003 au Nigéria, due au refus de la vaccination, avec une extension en Afrique et hors d'Afrique (Yémen, Indonésie). Puis, le nombre de cas a été stable entre 2006 et 2009, entre 1 500 et 2 000 par an. Il a eu une nouvelle résurgence en 2008 au Nigeria avec de nouveau, une extension dans les pays voisins. En 2010, deux épidémies ont explosé, l'une au Tadjikistan (virus importé d'Afghanistan), l'autre en RDC (virus importé d'Angola ?). En 2011, la transmission des poliovirus sauvages a persisté dans six pays : Nigeria, Afghanistan, Pakistan, Angola, Tchad, RDC. En 2012, l'opposition des dignitaires religieux à la vaccination au Pakistan, alors que le nombre de cas en 2011 (198) était le plus élevé depuis 10 ans, a de nouveau retardé l'éradication de la poliomyélite.

B.-A. Gaüzère (✉) · P. Aubry (✉)  
CHU de La Réunion, 97405 Saint-Denis  
e-mail : bernard.gauzere@chu-reunion.fr,  
aubry.pierre@wanadoo.fr

Actuellement, l'OMS a programmé l'éradication ou l'élimination de trois maladies tropicales négligées : la dracunculose en 2015, le pian en 2020 et le trachome en 2020.

L'éradication de la dracunculose est en vue. Le nombre de cas qui était de 892 055 en 1989 a été de 542 en 2012. Le nombre de cas signalés à l'OMS a diminué de moitié entre 2011 et 2012 : 1 058 cas en 2011, 542 cas en 2012 dont 521 cas au Soudan du sud. Les autres pays ayant signalé des cas en 2012 sont : le Tchad (dix cas), l'Éthiopie (quatre cas), le Mali (quatre cas) et le Niger (trois cas).

En 1995, il y avait 2,5 millions de cas de tréponématoses endémiques, essentiellement de pian et 460 000 nouveaux cas chaque année. Depuis, les chiffres fournis n'étaient qu'indicatifs. En janvier 2012, la publication des résultats d'un essai clinique contrôlé randomisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée a montré qu'une dose unique d'azithromycine par voie orale était aussi efficace que l'injection classique de benzathine-pénicilline. L'OMS a organisé à Morges (Suisse) une réunion d'experts pour mettre au point une nouvelle stratégie pour l'éradication du pian, dite stratégie de Morges, le traitement initial étant une dose unique d'azithromycine par voie orale. Ce traitement intéresse toute la communauté, avec la répétition des enquêtes et re-traitements tous les 3 à 6 mois jusqu'à zéro cas. Cette stratégie doit permettre d'éradiquer le pian d'ici à 2020.

Le trachome est endémique dans 53 pays, 325 millions de personnes vivent en zones d'endémie, 21,5 millions nécessitent un traitement antibiotique, 7,2 millions un traitement chirurgical pour un trichiasis et 1,2 millions sont aveugles. La prévalence du trachome est la plus élevée en Afrique. Le traitement est simple et repose sur l'azithromycine par voie orale en prise unique. L'OMS vise l'année 2020 pour réduire le trachome à un niveau assez faible pour que la cécité due au trachome ne soit plus un problème de santé publique. Pour cela, un traitement antibiotique de masse annuel par azithromycine doit être mis en œuvre lorsque la prévalence du trachome inflammatoire (TF/TI) est supérieure à 30 % chez les enfants.

Pour d'autres maladies tropicales négligées, une chimiothérapie préventive est actuellement en cours. Il s'agit des géohelminthiases, des schistosomoses, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose. Mais la couverture thérapeutique est actuellement soit insuffisante, soit trop variable selon les régions OMS pour espérer une élimination de ces parasitoses dans un proche avenir.

### **Diagnostic étiologique biologique des encéphalites hospitalisées en Réanimation à Saint Denis de La Réunion**

D. Vandroux<sup>1</sup>, J. Allyn<sup>1</sup>, M. Orabonna<sup>1</sup>, L. Ursulet<sup>1</sup>, F. Busienne<sup>1</sup>, J. Jabot<sup>1</sup>, M. Bohrer<sup>2</sup>, B.-A. Gaüzère<sup>1,3</sup>

david.vandroux@chu-reunion.fr

<sup>1</sup>Réanimation polyvalente, CHU de La Réunion, hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis.

<sup>2</sup>Service d'information médicale, CHU de La Réunion, hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis.

<sup>3</sup>Centre René Labusquière, Université Victor Segalen Bordeaux 2, France.

### **Objectif**

La Société de pathologie infectieuse de langue française a présenté en 2006 des recommandations concernant la réalisation des examens biologiques dans l'encéphalite. Ces recommandations hiérarchisent trois niveaux d'examens complémentaires diagnostiques ; un niveau étant atteint lorsque les hypothèses précédentes s'avèrent négatives. Le but de ce travail consiste à évaluer les causes d'encéphalites graves retrouvées à La Réunion afin d'adapter ces recommandations et de proposer un bilan étiologique biologique adapté.

### **Méthode**

Nous avons inclus de manière rétrospective les cas d'encéphalites hospitalisées en réanimation polyvalente au CHU de La Réunion, hôpital Félix Guyon à Saint Denis, sur la base du codage PMSI durant deux ans, de février 2011 à février 2013. Nous avons relevé les examens pratiqués et le diagnostic étiologique retenu.

### **Résultats**

Vingt patients ont été codés en CIM 10 comme encéphalite (G049-G050). Quatre cas ont été exclus : une encéphalopathie postérieure réversible, deux encéphalopathies septiques, une leptospirose en l'absence d'analyse du LCR. Six encéphalites soit 37,5 % n'ont pas eu de diagnostic étiologique. Les diagnostics retenus ont été : deux encéphalites limbiques (un tératome ovarien et un thymome) ; deux leptospiroses avec méningo-encéphalite ; deux VZV (dont un patient VIH), un cryptococcose (VIH), une encéphalite VIH, une listériose et une méningo-encéphalite à pneumocoques. Aucune encéphalite herpétique n'a été diagnostiquée.

### **Discussion**

Selon les données du PMSI 2000 et 2001 en France, 75 à 80 % des encéphalites n'ont pas de diagnostic étiologique. Ce chiffre est comparable aux données américaines qui retrouvent 60 % d'encéphalites non documentées. L'émergence du diagnostic d'encéphalite dysimmune permet probablement en 2013 un meilleur taux de documentation étiologique.

## Propositions de bilan étiologique à La Réunion

Les recherches étiologiques doivent tenir compte de la fréquence supposée de la maladie recherchée, mais aussi de la possibilité d'instaurer un traitement efficace. Les recherches du niveau 2 sont réalisées sur une seconde ponction lombaire à J4. Un tube de LCR est alors gardé pour la réalisation des explorations de niveau 3.

- Niveau 1 : sérologie VIH, hémocultures, examen du LCR (chimie, cytotactériologie, lactates, Ag solubles hémophilus, pneumocoque, méningocoque), TPHA-VDRL, PCR LCR (HSV1, HSV2, VZV, chikungunya, dengue) ;
- Niveau 2 : bilan immunologique (FAN, AAN, ANCA), PCR LCR (HSV1, HSV2, CMV, EBV, entérovirus, adénovirus, HHV6-7, *Mycoplasma pneumoniae*, coxiellose, listériose, vallée du Rift), sérologies Vallée du Rift et West Nile, dysimmunité sur LCR (Ac NMDA-R, VGKC, AMPAR, Ac anti-neuronaux : Hu, Ma-1, Ma-2, ANNA-3, APCA-2), culture BK sur LCR ; Phénotypage du LCR.
- Niveau 3 : bartonellose, *chlamydiae*, *Influenzae* A et B, *parainfluenzae*, rougeole, rubéole, oreillons, arénavirus de la chorioméningite lymphocytaire, paréchovirus, Rickettsioses, maladie de Whipple, *Rickettsia africae*, fièvre Q, VRS, rotavirus

En dernière intention : maladie à prions.

## Selon voyage exotique

Europe (encéphalite à tique (niveau 2), Lyme (2), Toscana (3), Ehrlichia) ; Madagascar (Crimée-Congo (3), rage, neurobilharziose, neurocysticercose) ; Asie du Sud-Est (Encéphalite Japonaise (2), Crimée-Congo (3), Nipah (2), angiostrongylose nerveuse, *Orientia*) ; Inde (Encéphalite japonaise (2), Nipah (2)) ; Australie (Murray vallée (3), Kunjin (3), Hendra (3)) ; États-Unis (Saint Louis, Ehrlichia) ; Afrique noire (Trypanosomiase, O' Nyong-Nyong). Rage et paludisme doivent être également évoqués.

## Prévalence du portage de BMR à l'admission chez les patients provenant de Mayotte et de l'étranger et rapatriés sanitaires vers le CHU - hôpital Félix Guyon de La Réunion

N. Lugagne Delpon, D. Gauvillé

Service de gestion du risque infectieux CHU, hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, Réunion

### Introduction

La résistance bactérienne est en hausse régulière depuis 30 ans, alors que l'industrie pharmaceutique ne produit plus

de nouvelles molécules antibiotiques. Cette situation internationale conduit à un risque d'impasse thérapeutique. L'augmentation des flux migratoires favorise la dissémination des souches résistantes et a conduit le haut conseil de santé publique à préconiser en 2010 une politique de dépistage des patients provenant de l'étranger. Quel est le taux de prévalence des BMR (bactéries multirésistantes) chez les patients en provenance des îles de l'océan Indien et hospitalisés au CHU - hôpital Félix Guyon de La Réunion ?

### Méthode : enquête d'incidence

Des dépistages digestifs ont été organisés à l'admission au CHU - hôpital Félix Guyon de tous les patients provenant de Mayotte et de l'étranger depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010 jusqu'au 28 février 2013. Ces patients sont identifiés par la liste des évacuations sanitaires transmise en temps réel par le SAMU au service de gestion du risque infectieux. Le laboratoire recherche ensuite la présence de BMR dont la liste a été arrêtée en CLIN (entérobactéries BLSE, SAMR, ERG, et toutes les bactéries résistantes aux carbapénèmes).

### Résultats

Sept cent trente-deux patients ont été inclus. Exhaustivité de la réalisation des prélèvements digestifs : 98 %. Taux de BMR sur les patients inclus : 17 %. Taux de BMR selon l'origine géographique des patients : surtout Ile Maurice, puis Madagascar et Mayotte. Répartition des BMR identifiées : 87,2 % d'entérobactéries avec BLSE, 2 EPC

### Discussion

Cette étude n'inclut qu'une partie des patients rapatriés des îles de l'océan Indien. En effet, bon nombre d'évacuations sanitaires se font hors du cadre du SAMU et nous avons le plus grand mal à identifier ces patients une fois hospitalisés. De même, les patients ayant été hospitalisés dans les îles de l'océan Indien l'année précédent leur hospitalisation au CHU Nord ne sont pas identifiés dans cette étude. Le taux de prévalence des BMR des patients issus des îles de l'océan Indien peut être comparé à celui des patients sans contact avec l'étranger, et admis au CHU - hôpital Félix Guyon. Ce taux de prévalence est de 1,3 %.

### Conclusion

Le taux de BMR chez les patients transférés de l'océan Indien est plus de dix fois supérieur à celui des patients venant de la Réunion. Ce constat conforte la politique du CLIN du CHU Nord : dépistage et mise en place de précautions complémentaires d'hygiène préventives, pour les patients rapatriés de l'océan Indien et, d'une façon plus

générale rapatriés de l'étranger. Cette étude justifie la mise en place d'un partenariat entre les établissements de l'océan Indien pour viser à maîtriser la circulation des BMR au sein de la zone.

## Le réseau de surveillance des épidémies et de gestion des alertes de l'océan Indien

J.-L. Solet<sup>1</sup>, L. Flachet<sup>2</sup>, R. Lepec<sup>2</sup>, Y. Assoumani<sup>3</sup>, A.E. Randrianarivo-Solofoniaina<sup>4</sup>, Tilochun Ram Nundall<sup>5</sup>, D. Polycarpe<sup>6</sup>, J. Gedeon<sup>7</sup>, L. Filleul<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut de veille sanitaire, InVS, Département de coordination des alertes et régions, Cire océan Indien, Saint-Denis, Réunion.

<sup>2</sup>Unité de veille sanitaire, Commission de l'océan Indien, Ebène, Ile Maurice.

<sup>3</sup>Direction de la santé, Ministère de la santé de la solidarité et de la promotion du genre, Moroni, Union des Comores.

<sup>4</sup>Direction de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique, Ministère de la santé publique, Antananarivo, Madagascar.

<sup>5</sup>Unité de lutte contre les maladies transmissibles, Ministère de la santé et de la qualité de vie, Port-Louis, Ile Maurice.

<sup>6</sup>Direction de la veille et de la sécurité sanitaire, Agence de santé de l'océan Indien, Saint-Denis, Réunion.

<sup>7</sup>Département de santé publique, Ministère de santé et du développement social, Victoria, Seychelles.

### Contexte

La Commission de l'océan Indien (COI) est une organisation intergouvernementale qui regroupe **cinq États membres : Union des Comores, France (La Réunion), Madagascar, Maurice et Les Seychelles**. A la suite de l'épidémie de chikungunya qui a touché la zone en 2005-2006, ces États ont décidé de développer un projet régional visant le renforcement de la surveillance épidémiologique, de l'alerte précoce et de la riposte aux épidémies. Les objectifs principaux du projet sont de :

- renforcer les capacités nationales de surveillance des maladies à potentiel épidémique et de réponse aux épidémies ;
- mettre en place un réseau régional de surveillance épidémiologique et de coordination de la réponse face aux risques épidémiques. Dans le cadre de ce projet, l'Unité de veille sanitaire de la Commission de l'océan Indien (UVS-COI) a développé et anime le réseau SEGA (surveillance des épidémies et gestion des alertes).

### Présentation du réseau

La finalité du réseau est l'établissement d'une coopération régionale en matière de surveillance sanitaire, en mettant l'accent sur la formation des ressources humaines, sur le renforcement des moyens de surveillance, d'investigation et de diagnostic des pays ainsi que sur l'échange des informations entre les professionnels chargés de la veille sanitaire et du contrôle des maladies. Le réseau a été constitué initialement de deux points focaux par pays, hauts cadres de santé publique ou épidémiologistes en charge de la surveillance et de la veille sanitaire. Il a ensuite été étendu afin de s'appuyer sur un ensemble d'experts et de professionnels de différentes disciplines en lien avec la santé publique (laboratoires de bactériologie et de virologie, responsables des services de lutte antivectorielle, vétérinaires et spécialistes en santé animale).

### Résultats

Le projet a mis en place des outils de communication permettant des échanges d'information réguliers. Des téléconférences hebdomadaires permettent d'échanger sur la situation épidémiologique et les alertes sanitaires dans chacun des pays et de s'informer mutuellement sur tout événement sanitaire pouvant avoir une répercussion dans les autres pays. Un bulletin de veille sanitaire est édité chaque semaine afin de signaler les événements survenus dans les États membres ainsi qu'au niveau international et susceptibles d'avoir des implications pour les populations des pays de la zone. Parallèlement une revue de la presse hebdomadaire présente un aperçu de la manière dont les médias régionaux traitent et présentent l'actualité en santé publique afin d'aider les décideurs et les professionnels de santé publique de l'océan Indien dans leur communication et, le cas échéant, d'identifier des signaux sanitaires non identifiés par le réseau SEGA. Ces échanges d'informations favorisent la réactivité des responsables de santé publique face aux risques sanitaires et la prise de décision pour lutter contre la propagation des maladies au sein des pays de la COI.

### Conclusion

Le projet va se poursuivre avec l'objectif de d'amplifier l'articulation santé humaine et santé animale, l'appui aux systèmes nationaux de surveillance ainsi que la capacité régionale de riposte. Sur le plan organisationnel, il s'agira de renforcer le cadre institutionnel de l'UVS-COI au sein de la COI, de formaliser les collaborations avec les pôles d'expertise régionaux et de renforcer les liens avec l'environnement international du réseau. L'objectif est d'avoir à l'horizon 2017 une unité régionale de santé au sein de



la COI qui puisse fonctionner de manière pérenne en s'appuyant sur des équipes régionales d'experts.

## À propos de deux observations de mononévrites hanseniennes isolées : intérêt diagnostique de la biopsie épineurale au cours de la neurolyse chirurgicale

G. Hoël

gerard.hoel@chu-reunion.fr

M. Campech, C. Lozzi, Z. Jaffar-Bandjee.

Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, hôpital Félix Guyon, 97405 Saint Denis de la Réunion

Nous rapportons deux observations de forme mononévritique isolée de la lèpre. Ces observations ayant été recueillies hors de la zone d'endémie, un diagnostic de compression tronculaire nerveuse simple avait été initialement posé et documenté par un électromyogramme. Au cours de la neurolyse chirurgicale, l'aspect du nerf étant différent de celui observé en cas de simple compression mécanique, une biopsie épineurale a été effectuée et a permis de mettre en évidence la présence de *Mycobacterium leprae* par une coloration de Ziehl Neelsen. Dans les deux observations, le bilan complémentaire ne retrouvait pas d'autres atteintes, autorisant à retenir le diagnostic de mononévrite hansennienne paucibacillaire isolée. À notre connaissance, cette approche diagnostique positive est inédite, les biopsies nerveuses percutanées ne permettant le diagnostic qu'au stade de dissémination bacillaire intracellulaire au niveau des cellules de Schwann, plus tardif et moins réversible. Ce geste simple reproductible, autant diagnostique que thérapeutique, a permis de surprendre le bacille dès la porte d'entrée dans le système nerveux et d'apporter à temps un traitement pleinement curatif avant toute dissémination et toute contagiosité. Nous discutons la place de ce geste diagnostique inédit, au vu de la littérature et plus particulièrement en référence aux études de la pathogénie récemment étudiée sur le tatou à neuf bandes par Scolard DM et al.

## Identification de *Rickettsia typhi* à La Réunion, 2012-2013

E. Balleydier<sup>1</sup>

elsa.balleydier@ars.sante.fr

G. Camuset<sup>2</sup>, P. Tortosa<sup>3</sup>, C. Socolovschi<sup>4</sup>, M.P. Moiton<sup>5</sup>, G. Borgherini<sup>2</sup>, M. Lagrange-Xélot<sup>5</sup>, P. Parola<sup>4</sup>, V. Guernier<sup>3</sup>, F. Pagès<sup>1</sup>, D. Raoult<sup>4</sup>, L. Filleul<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cellule de l'InVS en région océan Indien, Saint-Denis, Ile de la Réunion, France.

<sup>2</sup>Service de maladies infectieuses CHU La Réunion, Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint-Pierre, Ile de la Réunion, France.

<sup>3</sup>Centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'océan Indien, Sainte-Clotilde, Ile de la Réunion, France

<sup>4</sup>Unité de recherche en maladies infectieuses et tropicales émergentes (URMITE, centre national de référence pour les Rickettsioses, Centre Coll. OMS FRA75, UM63, CNRS 7278, IRD 198 (Dakar), Inserm 1095, Aix-Marseille Université, France.

<sup>5</sup>Service de maladies infectieuses - CHR Nord, Saint-Denis, Ile de la Réunion, France

Courant avril 2012, un infectiologue du CHU de La Réunion, Groupe Hospitalier Sud Réunion a signalé à la CIRE deux cas de rickettsioses diagnostiqués dans le cadre de l'exploration de fièvres prolongées avec arthromyalgies, pour lesquelles les étiologies habituelles avaient été récusées (dengue, chikungunya, leptospirose, fièvre Q...). Il s'agit de la première identification de la bactérie *Rickettsia typhi* à la Réunion. Cette zoonose (dont le rat est le principal réservoir et la puce du rat *Xenopsylla cheopis* ou la puce du chat *Ctenocephalides felis* le(s) vecteur(s) de transmission) présente une forme clinique peu spécifique et une incidence sous-estimée. Après une incubation de 1 à 2 semaines, la maladie débute brutalement par une fièvre élevée, des myalgies, des céphalées et nausées. Le traitement repose sur les tétracyclines. Des complications graves avec atteintes neurologiques, rénales, hépatiques ou respiratoires, peuvent survenir (10 % d'admission en réanimation ; 4 % de taux de mortalité en l'absence de traitement).

Afin d'évaluer la situation et les actions à mener à court et moyen terme, une investigation conjointe des cas a été réalisée par des infectiologues du CHU de La Réunion, des chercheurs du CRVOI, des épidémiologistes de la CIRE et le CNR pour les Rickettsioses de Marseille. Des questionnaires et des visites de terrain ont été réalisés afin de décrire les signes cliniques, l'habitat, la présence d'animaux, le contact avec des puces, les lieux d'exposition possibles et procéder à des captures de réservoir et de vecteurs suspectés (puces, tiques, rats principalement). D'autres rats et puces échantillonnées dans le cadre de programme de recherche sur la leptospirose (LeptOI), vont également être analysés.

À ce jour, 14 cas de typhus murin ont été identifiés dont deux cas avaient été précédemment diagnostiqués fin 2011. Parmi ces cas, 12 ont été confirmés par le CNR. Tous les patients résident dans l'ouest et le sud de l'île. Il s'agit de neuf hommes et cinq femmes âgés de 21 à 66 ans. Les signes classiques ont été retrouvés : fièvre (de 9 à 21 jours), céphalées, asthénie, arthromyalgies, mais également une éruption (5/14) et une pharyngite (4/14). L'évolution a été favorable. Une infection est survenue chez une femme enceinte de trois mois et des formes sévères ont été

identifiées : trouble visuel (deux cas), confusion (deux cas), atteinte pulmonaire interstitielle (un cas). Parmi les expositions renseignées, on note principalement des dératisations récentes de la maison ou du quartier, la présence d'animaux domestiques (chats, chiens) et la proximité d'animaux d'élevage (poules, cabris). Aucun autre cas n'a été identifié dans l'entourage des patients.

À ce stade, il convient de suivre la situation avec attention, en renforçant l'identification, le signalement et la description des nouveaux cas afin d'identifier avec précisions le(s) vecteur(s) potentiels, les expositions à risques, et le niveau d'endémicité local afin de déterminer les mesures d'évaluation ou de gestion nécessaires.

## Epidémiologie des endocardites infectieuses à La Réunion

L. Bellec

Laurent.bellec@chu-reunion.fr

Service des maladies infectieuses, CHU de La Réunion, hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis cedex

### Objectifs

Connaître l'épidémiologie des endocardites infectieuses à la Réunion, notamment la proportion des germes autres que les streptocoques, entérocoques et staphylocoques. Préciser la population concernée par cette pathologie. Analyser les prises en charges diagnostiques et thérapeutiques dans l'île.

### Méthode

Cette étude prospective de 13 mois (du 01/09/10 au 31/09/10) analyse 31 épisodes d'endocardites infectieuses, recueillis dans quatre différents sites hospitaliers de La Réunion. Le questionnaire utilisé s'est basé sur l'étude réalisée en métropole en 2008 par l'A.P.E.I.

### Résultats

La moyenne d'âge est de 56,9 ans. L'incidence calculée est de 31,6/million d'habitants. Les valvulopathies retrouvées sont des valvulopathies dégénératives dans 48,4 % et des valvulopathies rhumatismales dans 22,6 % des cas.

Les streptocoques sont responsables de 32,3 % des endocardites documentées, les entérocoques de 9,7 %, le *Staphylococcus aureus* de 12,9 %, les staphylocoques à coagulase négative de 6,5 %. Les autres germes représentent 29 % de notre série et diffèrent de façon significative de la métropole ( $p < 0,01$ ). 9,7 % des cas n'ont pas de documentation bactériologique.

Concernant l'imagerie cérébrale, nous notons une utilisation importante de la tomодensitométrie (80,6 %) par rapport à l'IRM (22,6 %).

Le recours à la chirurgie est plus fréquent à la Réunion (61,2 %) qu'en métropole (44,9 %) de façon significative ( $p \leq 0,05$ ). La mortalité est de 20 %, comparable aux autres études.

### Conclusion

L'épidémiologie des endocardites infectieuses dans notre série est comparable à celle observée en métropole sur de nombreux points. Cependant, les patients réunionnais atteints d'EI se distinguent par : un âge plus jeune, des valvulopathies sous-jacentes différentes, une microbiologie particulière, et enfin un nombre de prise en charge chirurgicale importante. La mortalité et l'incidence de cette pathologie ne sont cependant pas affectées par ces particularités

## Le phénomène de Lucio : à propos d'un cas à La Réunion

A. Gerber

anne.gerber@chu-reunion.fr

S. Afchain, G. Krikorian

Service de médecine interne, CHU de La Réunion, Hôpital Félix Guyon, 97405 Saint-Denis

### Cas clinique

En 2008, une patiente a été hospitalisée dans le service de médecine interne du centre hospitalier de Saint Denis pour une lèpre lépromateuse. Des phlyctènes apparurent aux membres inférieurs évoluant rapidement vers de vastes lésions ulcéro-nécrotiques. Le diagnostic de phénomène de Lucio fut alors évoqué.

Le phénomène de Lucio est une réaction lépreuse rare, décrite en Amérique du sud depuis 1852 par Lucio et Alvarado qui reste encore floue quant à son mode de présentation et ses caractéristiques cliniques ; on ne connaît pas encore réellement sa physiopathologie. Ce phénomène survient dans une forme de lèpre particulière : la lèpre de Lucio, qui est une lèpre lépromateuse diffuse pure et primitive, sans lépromes. Les autres caractéristiques sont : la perte des sourcils, des cils et des poils corporels, l'atteinte de la muqueuse nasale (rhinite initiale puis une déformation de la cloison nasale en selle), paresthésies se propageant vers les racines des membres, se doublant d'anhidrose, aboutissant à une hypoesthésie en chaussettes ou en gants, sans trouble moteur majeur. Le phénomène de Lucio survient dans 25 % des cas des lèpres de Lucio. Il débute par une macule rose qui évolue vers le noir, à contour net, qui forme une phlyctène

s'ulcérant dans un deuxième temps. En deux à quatre semaines la ré-épidermisation a lieu laissant une cicatrice atrophique blanchâtre reproduisant exactement la forme de la tache initiale et s'entourant d'un liseré pigmenté. Les lésions sont multiples, préférentiellement au niveau des jambes, moins fréquemment aux cuisses et aux avant bras. La phy-

siopathologie est mal comprise, mais apparentée à une réaction d'hypersensibilité dont l'issue est souvent fatale. Il semblerait que l'existence d'un mycobacterium différent en soit à l'origine : *Mycobacterium lepromatosis*. Les descriptions hors d'Amérique du Sud sont exceptionnelles, ce qui fait la rareté de ce cas réunionnais.