

Quatrièmes Journées de la Société de Pathologie Infectieuse de Madagascar (SPIM)

Antananarivo, 30 et 31 Juillet 2013

Toamasina, 30 Septembre 2013

R 01. Les accidents d'expositions au sang

Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL,
Randria MJD

*USFR des Maladies Infectieuses
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. Les accidents d'expositions au sang (AES) se définit comme tout contact avec du sang ou d'un liquide biologique contenant du sang: soit par effraction cutanée (piqûre, coupure), soit par projection sur une muqueuse (yeux, bouche) ou sur peau lésée.

Il constitue un danger pour les personnels soignants du fait du risque de transmission des maladies graves comme le VHB (30%), VHC (3%) et VIH (0,3%).

Il existe certaines situations à risque, qu'il faut éviter absolument comme le recapuchonnage d'une aiguille, d'une lame de bistouri souillée, la non élimination immédiate dans un conteneur de sécurité, les gestes opératoires effectués hors du contrôle direct de la vue, le repérage d'une aiguille au toucher ou les gestes invasifs...

L'application rigoureuse des précautions standards est importante ainsi que la protection des personnels soignants contre l'hépatite B par une vaccination obligatoire gratuite ou subventionnée.

L'application des soins post-exposition et la facilitation de l'accès à la chimio prophylaxie post-exposition sont capitales aussi pour prévenir la séroconversion en cas d'AES.

Le circuit de prise en charge d'un cas d'AES doit être mise en place dans tous les centres de santé et des laboratoires médicaux.

R 02. PTME du virus de l'hépatite B

Rakotoarivelo RA, Raberahona M,
Andrianasolo RL, Randria MJD

*USFR des Maladies Infectieuses
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. A Madagascar, la prévalence du VHB est très élevée (18,9 à 30,5 % en milieu rural et 5,3 à 14,2 % en milieu urbain). Chez les femmes enceintes, elle est de 3,6 % à Antsirabe. Sans la PTME, l'enfant né d'une mère porteuse d'AgHbs et AgHbe positif est contaminé dans 70 à 90% des cas. Ces enfants deviendront porteur chronique d'une hépatite B dans 80 à 90 % des cas. Le risque de transmission par l'allaitement maternel est négligeable.

Globalement, la PTME du VHB repose sur 3 stratégies. Premièrement, la vaccination de toutes les femmes contre l'hépatite B. Le vaccin protège la mère à 100 %. Deuxièmement, la prescription d'un antiviral à partir du 28 à 30^è SA, si la charge virale de la mère est très élevée (> 200 000 UI/mL). La lamivudine diminue le risque relatif (RR) de transmission à 0,33 [0,21 – 0,50]. Troisièmement, la vaccination de l'enfant dès la naissance (RR = 0,28 [0,20 – 0,40]), l'administration des immunoglobulines spécifiques (RR = 0,50 [0,41 – 0,66], ou l'association des deux moyens (RR = 0,08 [0,03 – 0,17]. Le suivi de l'enfant consiste à faire une recherche d'Ac antiHbs et de l'AgHbs à l'âge de 7 mois. La suite de prise en charge dépend des résultats des ces deux recherches.

La réalisation d'une recherche systématique d'AgHbs chez toutes les femmes enceintes au 3^è trimestre de la grossesse doit être facilitée et renforcée.

A Madagascar, le coût et principalement la disponibilité des immunoglobulines spécifiques restent un frein à la PTME du VHB.

R 03. La toxoplasmose cérébrale vue dans le service des Maladies infectieuses au CHU d'Antananarivo

Rahamefy O, Rakotoarivelo RA,
Ratsarazaka M, Andrianasolo RL, Randria MJD

*Service des Maladies Infectieuses
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Introduction. La toxoplasmose cérébrale reste l'infection opportuniste neurologique la plus fréquemment rencontrée au cours du VIH. Malgré cette particularité, à Madagascar la toxoplasmose cérébrale est évoquée devant des manifestations neurologiques telles les céphalées et les crises convulsives, associées à une sérologie positive chez des sujets immunocompétents. Et ces sujets reçoivent tous d'un traitement par spiramycine pendant plusieurs semaines et parfois avec plusieurs cures suite à la persistance des symptômes et de la sérologie toujours positive. Notre objectif était de décrire les aspects clinico-biologiques et radiologiques des cas de toxoplasmoses cérébrales rencontrées dans le Service des Maladies Infectieuses au CHU d'Antananarivo.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 2007 à 2013 réalisée dans le Service des Maladies Infectieuses. Ont été inclus les PVVIH ayant une toxoplasmose cérébrale confirmée par le scanner cérébral et répondant bien au traitement spécifique.

Résultats. Nous avons recruté 7 PVVIH ayant une toxoplasmose cérébrale dont 2 femmes et 5 hommes. Ont été rencontrés dans 100% des cas les signes suivants : hémiparésie, convulsion, troubles du comportement, céphalée et trouble de la conscience. Les signes de la toxoplasmose étaient aussi ceux de la demande de la sérologie VIH chez 3 patients. Le taux de CD4 était inférieur à 200/mm³ chez tous les patients avec taux moyen à 58/mm³. Le traitement institué était de la cotrimoxazole (n=4) ou de l'association sulfadiazine et pyriméthamine (n=3). Un patient était décédé.

Conclusion. La toxoplasmose cérébrale survient chez les personnes infectées par le VIH mais aussi qui sont au stade d'une immunodépression sévère. Le traitement de première intention de la toxoplasmose cérébrale est de l'association sulfadiazine et pyriméthamine ou à défaut de la cotrimoxazole. Une suspicion de toxoplasmose cérébrale ne justifie pas une demande de sérologie de la toxoplasmose cérébrale mais celle du VIH d'abord.

R 04. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Antananarivo

Ravoavison N, Andrianasolo RL,
Andrianampanalinarivo H, Randria MJD
USFR des Maladies Infectieuses, HJRB

Objectif. Décrire la tolérance et l'efficacité des molécules antirétrovirales utilisées dans la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du Virus de l'Immunodéficience Humaine selon le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar et l'influence du protocole en vigueur sur la transmission.

Matériels et méthodes. Etude rétrospective multicentrique, transversale de type descriptive dans 3 centres de référence de prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH à Antananarivo. Ont été recrutées celles qui ont été suivies entre juin 2010 et juin 2012.

Résultats. Parmi les 29 femmes enceintes recrutées ; dix huit ont été inclus pour notre étude. L'âge moyen était de 27,72 ans. La prophylaxie utilisant l'association Zidovudine+ Lamivudine+ Lopinavir/Ritonavir a été administrée chez toutes les mères et la Zidovudine + Nevirapine chez tous les nouveau-nés. Les céphalées (11,11%) et l'anémie (16,67%) ont été les effets indésirables des antirétroviraux les plus rencontrés. La césarienne a été pratiquée dans 83,33%. L'allaitement maternel exclusif protégé avec ablactation à six mois a été réalisé chez 16,67% des nourrissons. Le taux de la Transmission Mère-Enfant du VIH était de 11,11%.

Conclusion. D'après nos résultats, les molécules recommandées par le Programme Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA pour la prévention de la transmission mère-enfant au VIH est bien tolérée et permet une protection satisfaisante des nouveau-nés exposés à l'infection.

R 05. Aspects clinico-biologiques et radiologiques des cas de neurocysticercose vus au service des Maladies infectieuses du CHU-HUJRB

Ratsarazaka M, Rakotoarivelo R, Rahamefy O,
Andrianasolo R, Randria MJD
*USFR des Maladies Infectieuses
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Introduction. A Madagascar, le diagnostic de la neurocysticercose est souvent porté par la positivité de la sérologie sanguine de la cysticercose chez des sujets présentant une céphalée ou une crise convulsive. No-

tre objectif était de décrire les aspects clinico-biologiques et radiologiques des cas de neurocysticercose vus au service des Maladies infectieuses du CHU -HUJRB.

Matériels et méthodes. Nous avons effectué une étude rétrospective, descriptive, de Février 2011 à Juillet 2013 dans le service de Maladies Infectieuses du CHU -JRB. Ont été inclus les cas de neurocysticercose confirmés par scanner cérébral et/ou sérologie dans le LCR.

Résultats. Sur 2531 patients admis, 9 cas de neurocysticercose ont été retenus. L'âge moyen été de 27 ans et le sex-ratio de 3. Les signes cliniques rencontrés étaient la crise convulsive (n=7), la céphalée (n=5), déficit neurologique (n=5), et signes d'HTIC (n=1). Huit cas ont été diagnostiqués par la présence des images en faveur de la cysticercose au scanner cérébral et un cas par la sérologie dans le LCR.

Conclusion. La céphalée et la convulsion font partie effectivement des signes d'appel de la neurocysticercose. Mais son diagnostic doit reposer sur des arguments clinico-biologiques et radiologiques suffisant pour éviter le surdiagnostic et pour ne pas passer à côté d'une maladie grave comme un cancer. Des critères diagnostics peuvent être utilisés actuellement.

R 06. Association infection au virus d'immuno-déficience humaine (VIH) et emphysème illustrée par un cas clinique.

Tiaray M, Rajaoarifetra J, Rakotomizao J, Rakotoson J, Andrianarisoa ACF

USFR de Pneumologie

Hôpital Joseph Raseta Befelatanana

CHU Antananarivo

Résumé. Emphysème et infection au virus d'immuno-déficience humaine (VIH) est une association décrite depuis 1989. Le VIH semble responsable d'un développement accélérée des lésions pulmonaires principalement les dystrophies bulleuses. Nous rapportons le cas d'une femme de 51 ans, non tabagique, co-infectée par tuberculose-VIH et en cours de traitement, hospitalisée pour dyspnée d'aggravation progressive. Les explorations ont retrouvé deux énormes bulles d'emphysème du poumon gauche et un syndrome obstructif modérément sévère. Le VIH est impliqué dans la genèse de l'emphysème et constitue un facteur de risque indépendant. Il emprunte les mêmes mécanismes physiopathologiques de la genèse de l'emphysème en induisant des lésions pulmonaires par effet cytotoxi-

que directe, par action pro-inflammatoire et par une activation du métabolisme oxydatif. La coexistence d'une infection au VIH et d'un emphysème peut être source de morbidité voire de mortalité chez les patients vivant avec ce virus. Il est capital de prendre en considération cette association afin d'aboutir à une prise en charge appropriée.

R 07. Comparaison du taux de positivité de la toxoplasmose au laboratoire d'immunologie CHUA-JRA Antananarivo (Madagascar) entre 2004 et 2012

Rajaonatahina DH, Razafimanantsoa F, Andrianavalona J, Tsatoromila FA, Andriamahenina R, Rakoto AO, Rasamindrakotroka A

UPFR Immunologie CHUA-JRA

CHU Antananarivo

Introduction. La toxoplasmose est une maladie parasitaire due à un protozoaire intracellulaire *Toxoplasma gondii*. Souvent latente chez l'enfant et l'adulte, elle est redoutable chez le fœtus, le nouveau né, et l'immunodéprimé. L'examen sérologique est un des moyens de diagnostic de la maladie. L'objectif de cette étude est d'analyser l'évolution du taux de positivité de l'IgM toxoplasmique au CHUA-JRA Antananarivo.

Matériels et méthodes. C'est une étude rétrospective non sélective menée sur les sérums de 2079 patients adressés pour le titrage de l'IgM toxoplasmique durant la période allant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012. Nous avons comparé ces résultats avec ceux entre 2000 à 2004 sur 2484 sérums.

Résultats. 225 sujets ont été porteurs d'Ac anti-toxo IgM, soit un taux global de positivité de 10,9%. Ce taux est de 11,4% chez la femme, et 9,2% chez l'homme. Parmi les femmes enceintes 10,1% ont été porteurs. La comparaison des deux résultats de 2000-2004 et de 2009-2012 montrait une diminution assez nette de la positivité globale (13,6% versus 10,9%). Cette diminution a été aussi constatée chez les femmes vues en CPN (11,8% vs 10,1%), le bilan de santé (26,4% vs 18,0%). Il existait une augmentation du taux de positivité au niveau du renseignement clinique « adénopathie » (0% vs 22,7%). La prescription du dosage était presque négligée pour la visite pré-nuptiale.

Conclusion. Ces nouvelles données nous montrent qu'il y a une diminution favorable du taux de positivité de la toxoplasmose évolutive au sein de notre labora-

toire mais, certaines prescriptions restent toujours négligées (visite prénuptiale, CPN).

R 08. Antibioprophylaxie en situation précaire : courte ou longue durée ?

Ralahy MF, Rasamoelina S, Ratsimbazafy NS, Razafimahandry JC

Service de chirurgie Orthopédique et de Traumatologie CHUJRA

*Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Introduction. La contamination d'une plaie opératoire constitue un risque permanent au bloc opératoire, et encore plus en milieu précaire dont les normes recommandées sont difficiles à remplir. Ainsi, des praticiens, dans ce contexte, ont pour habitude de réaliser une antibioprophylaxie de longue durée dont la nécessité et l'efficacité ne sont pas fondées. L'objectif de notre étude est d'argumenter par des séries de cas clinique qu'une antibioprophylaxie de longue et de courte durée ont les mêmes effets en situation précaire.

Matériels et méthodes. C'est une étude prospective, descriptive et analytique, monocentrique randomisée pendant un mois. Cette étude est comparative entre 2 protocoles d'antibioprophylaxie : P1 (antibioprophylaxie pendant 48h) et P2 (antibioprophylaxie pendant 7 jours). Durant l'étude nous retenons les incidents (infection précoces, lachage de suture), nous avons pris comme valeur de comparaison la mesure du CRP à J1 et CRP à J5 pour les deux groupes. Nous avons inclus les patients admises pour une intervention propre programmée et le tirage au sort était réalisé dès l'admission. Les dossiers incomplets sont exclus de l'étude.

Résultats. Au total, 10 patients ont été retenus pour l'étude dont 5 pour le groupe P1 et 5 pour le groupe P2. L'âge moyen de patients était de 36ans et 4mois. L'ostéosynthèse du fémur était l'intervention la plus pratiquée. Aucun incident n'a été enregistré. Pour le CRP à J1 ; la médiane pour P1 était de 123,10 et pour P2 la médiane était de 98,60. Pour le CRP à J5 ; la médiane pour P1 était de 9,5 et pour P2 la médiane était de 9,00. Un test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer les résultats entre les CRP de P1 et P2, ainsi pour le CRP à J1, $t = 0,0109$ (p value : 0,918), et pour le CRP à J5, $t = 0,0439$ (p value = 0,8340) ; On peut en tirer que les résultats de pour P1 et P2 sont comparables en J1 et en J5.

Conclusion. La pratique d'une antibioprophylaxie de

longue durée favorise la résistance des germes et ceci d'autant plus si le choix de l'antibiotique est inadapté. En situation précaire on est tenté, par psychose, de prescrire des antibioprophylaxie de longue durée alors que ce n'est pas la durée qui fait l'efficacité de l'antibioprophylaxie mais surtout sa qualité. Ainsi, il est nécessaire de suivre les recommandations sur le moment d'administration et sur la nature des antibiotiques administrées.

Le résultat attendu d'une antibioprophylaxie de longue et de courte durée était comparable même en situation précaire sauf qu'une antibioprophylaxie de longue durée favorise l'émergence des germes multirésistants .

R 09. Infection du site opératoire (ISO) après césarienne

Andrianampy H, Rakotomahenina H, Ramamonjirina TP, Solofomalala GD

USFR de Gynéco-obstétrique

CHU de Fianarantsoa

Introduction. L'infection du site opératoire (ISO) au décours d'une césarienne entre dans le cadre des infections nosocomiales. Sa gravité réside dans la morbidité maternelle et la surmortalité néonatale qu'elle occasionne. Un vrai problème de santé public dont l'incidence reste mal connu à Madagascar. Nos objectifs étaient d'évaluer la fréquence, d'identifier les facteurs de risque d'ISO et de revoir notre mesure de prévention à la lumière de la littérature afin d'améliorer notre pratique.

Matériels et méthodes. Ont été inclus toutes les césariennes effectuées pendant cette période. Le diagnostic d'ISO était fait par un médecin.

Résultats. Nous avons colligé 26 cas d'ISO sur les 156 césariennes effectuées soit 16.66%. La préparation préopératoire se résume dans 100% des cas en : un rasage du site opératoire, deux badigeons à la Bétadine jaune avant champage. Une antibioprophylaxie associant Métronidazole + Ampicilline ou Ceftriaxone ou gentamycine était prescrite dans tout les cas, dont la 1^{ère} injection se faisait après section du cordon et la durée minimale était de 7 jours. Les facteurs de risque identifiés sont : les évacuations sanitaires (20,37% vs 8,33%), le niveau socioéconomique bas (42,9% vs 11,8%), la césariennes en urgence (17,6 % vs 7,1%), l'anesthésie générale (17,4% vs 11,1 %) avec des différences non significatives. Par contre : l'absence de suivi prénatale ($p=0,000$), la mort fœtale intra- utérine (35,3% vs 12%) ($p=0,003$), la rupture des membranes

≥12heures (26,6% vs 9,8%) ($p=0,01$), la fièvre au dessus de 38°C à l'admission (41,66 % vs 12,12%) ($p=0,001$; $RR=3,44$) et la durée de l'intervention > 60 minutes (30,23% vs 11,81%) ($p=0,02$; $RR=2,39$) sont des facteurs de risque retrouvés avec des différences significatives.

Conclusion. Le taux d'ISO dans notre étude (16,66%) est le plus élevé qu'on a retrouvé dans la littérature. Notre mesure de prévention est à améliorer surtout en matière de préparation cutanée (abandonner le rasage). L'antibioprophylaxie plus de 7 jours est abusée car la littérature recommande 1 seule injection en monothérapie sans dépasser les 24 heures. Ce qui prouve qu'en matière d'ISO, les antibiotiques ne remplacent pas une bonne préparation cutanée.

R 10. Profils épidémiocliniques des pneumopathies aiguës communautaires à Toamasina

Razafindrakoto L, Raherison RE,
Rakoto-Sedson RO, Andriamihaja R
*Service de Pneumo-physiologie,
CHU de Toamasina*

Introduction. Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation en pneumologie. Elle constitue la 2^{ème} cause d'hospitalisation dans le service de pneumologie de Toamasina. Notre objectif était de déterminer les aspects clinico-radiologiques des PAC au CHU de Toamasina et d'évaluer sa prise en charge diagnostique, thérapeutique et évolutive.

Matériels et méthodes. Etude rétrospective sur une période de un an (janvier au décembre 2012). Ont été inclus tout patient âgé d'au moins 15 ans, présentant un profil radio clinique et biologique compatible avec une PAC d'allure bactérienne non immunodéprimé au VIH.

Résultats. Au total, 22 dossiers ont répondu à nos critères d'inclusion sur les 317 admissions (6,94%). Il s'agit de 6 femmes et 16 hommes. La moyenne d'âge est de 53 ±19 ans. La comorbidité la plus fréquemment retrouvée était l'ethylo-tabagisme et l'insuffisance rénale chronique (18,2% chacun). Le tableau clinique était brutal dans 5 cas (22,7%), progressive dans 10 cas (45,5%) et non déterminé dans 7 cas (31,8%). La symptomatologie clinique était dominée par la toux avec expectorations purulentes (31,8%). La fièvre était retrouvée dans 54,6% des cas. L'examen clinique trouve un syndrome de condensation dans 33,3% des cas,

une pleurésie para pneumonique dans 5 cas. La radiographie objective une opacité de type alvéolaire dans 7 cas. Une hyperleucocytose à prédominance neutrophile est retrouvée dans 10 cas. L'examen cytotactériologique n'a pu être réalisé dans tous les cas. Dix sept patients étaient classés Groupe 2 de CRB 65. Le traitement était basé sur une antibiothérapie probabiliste dans tous les cas, dont l'association amoxicilline-acide clavulanique dans 86,4% des cas. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion. Les PAC restent une pathologie fréquente et potentiellement mortelle même en l'absence d'immunodépression sévère. La connaissance de l'écologie bactérienne est nécessaire pour adapter l'antibiothérapie qui dans la plupart du temps reste probabiliste.

R 11. Lymphopénie CD4 et tuberculose chez patients non infectés par le VIH

Rakotoarivelo RA, Raberahona M,
Miandrisoa R, Rakotoarivelo M,
Andrianasolo RL, Randria MJD
*USFR des Maladies Infectieuses
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Objectif. Décrire la modification du taux de CD4 au cours des différentes formes de tuberculose chez les patients non infectés par le VIH.

Matériels et méthodes. Tous les patients de plus de 15 ans présentant une tuberculose active non encore traitée, avec une sérologie VIH négative ont été recrutés durant une période de 6 mois dans notre service. Un groupe-témoin ayant les mêmes caractéristiques démographiques, n'ayant ni tuberculose ni autres facteurs d'immunodépression, a été recruté durant la même période.

Résultats. Le taux moyen de CD4 par mm^3 était significativement bas chez les 27 patients tuberculeux en comparaison avec le groupe-témoin ($302,6 \pm 187,8$ vs $704,4 \pm 176,2$; $p < 0,001$). Les différentes formes de la tuberculose étaient pulmonaires ($n=8$; 29,6%), extrapulmonaires ($n=16$; 59,3%) et association de ces deux formes ($n=3$; 11,1%). Le taux de CD4 était inférieur à $200/\text{mm}^3$ chez 13 patients (48,2%), entre 200 et 500 chez 8 patients (26,6%) et supérieur à 500 chez 6 patients (22,2%). Le taux moyen de CD4 par mm^3 était de $331,5 \pm 207,0$ dans les formes pulmonaires, $314,9 \pm 190,7$ dans les formes extrapulmonaires et $159,3 \pm 15,5$ au cours de l'association de ces deux for-

mes. Le taux moyen de CD4 par mm³ était plus bas chez les 5 patients tuberculeux décédés (251,6±106,2) par rapport à ceux qui ne l'étaient pas (314,1±201,8).

Conclusion. La lymphopénie CD4 est une anomalie fréquemment retrouvée au cours de la tuberculose indépendamment de sa forme et de sa gravité chez les patients non infectés par le VIH.

R 12. Les aminosides

Andrianasolo RL

USFR des Maladies Infectieuses

Hôpital Joseph Raseta Befelatanana

CHU Antananarivo

Résumé. Les aminosides sont des antibiotiques connus pour l'importance de son spectre d'activités et sa bactéricidie. Par contre sa toxicité surtout rénale et auditive limite son index thérapeutique nécessitant un cadre de prescription et d'une surveillance adaptée. Ils sont dépourvus d'absorption entérale. Leur volume de distribution et leur fixation aux protéines sériques sont faibles. L'élimination est principalement rénale sous forme inchangée. Leur bactéricidie est concentration dépendante, sans effet d'inoculum, avec un effet post-antibiotique important et d'une résistance adaptative à la première dose. Les aminosides sont surtout actifs sur les *cocci* gram positifs dont les staphylocoques méti-sensibles, sur les *cocci* gram négatifs (les *Neisseria* sp), les bacilles gram négatifs aérobies (les entérobactéries,...) et les bacilles gram positifs dont la *listeria*. A visée thérapeutique, ils sont surtout prescrits en début du traitement, toujours en association soit à la recherche d'une synergie (avec les bêtalactamines par exemple) soit pour l'élargissement du spectre d'activités du traitement. La durée du traitement par les aminosides ne doit pas dépasser les 5 jours sauf dans des situations bien définies (endocardites infectieuses,...). Dans la très grande majorité des cas; il est recommandé de faire les administrations en une dose unique journalière. Il est très important de respecter les indications, la posologie qui dépendra de la gravité de l'infection, le terrain (insuffisant rénal,...) et la ou les bactéries en causes.

R 13. La toxoplasmose

Andrianasolo RL

USFR des Maladies Infectieuses

Hôpital Joseph Raseta Befelatanana

CHU Antananarivo

Résumé. Infections parasitaires dues à *Toxoplasma gondii*. Sa gravité est surtout liée aux terrains (immunodéprimé) et au risque de transmission materno-fœtale. La transmission peut être indirecte par ingestion d'oocystes (aliments crus mal lavés ou eau contaminée, hygiène des mains insuffisantes) ou directe par ingestion de kyste (viandes crues ou mal cuites, ...). Elle peut être transplacentaire ou sanguine par les tachyzoïtes. Les signes cliniques sont polymorphes et pas spécifiques. Chez les sujets immunocompétents: l'infection est en général asymptomatique. La toxoplasmose acquise du sujet immunodéprimé est souvent due à une réactivation endogène. La localisation cérébrale est la plus fréquente pour ces terrains. Typiquement chez les immunodéprimés ; elle se manifeste par 2 tableaux principaux: la forme encéphalitique diffuse et la forme pseudo tumorale de type abcès cérébral; de diagnostic scannographique. La toxoplasmose congénitale fait suite à une primo-infection maternelle ou moins souvent lors d'une récurrence parasitémique de la femme enceinte. Les signes cliniques et les complications de la toxoplasmose congénitale dépendent du moment de transmission. Forme grave type encéphalo-méningo-myélite lors de la contamination en début de la grossesse. La forme bénigne et la forme asymptomatique pour les contaminations tardives. Le diagnostic est surtout biologique soit par la mise en évidence du parasite (diagnostic direct dont la PCR) ou par la sérologie (diagnostic indirect) utilisant plusieurs techniques et dont il faut savoir interpréter. Pour les immunocompétents il n'y a pas d'indication de traitement sauf dans certaines localisations (oculaires par exemple). Par contre le traitement curatif doit être institué rapidement chez les immunodéprimés surtout la localisation cérébrale. La prise en charge sera préventive pour les femmes enceintes.

R 14. Les infections urinaires chez les patients adultes hospitalisés à l'HUJR Befelatanana, Antananarivo

Andrianasolo RL, Rakotoarivelo RA, Miandrisoa R, Randria MJD

USFR des Maladies Infectieuses

Hôpital Joseph Raseta Befelatanana

CHU Antananarivo

Introduction : Peu de données hospitalières sont disponibles concernant les infections urinaires à Madagascar. Notre objectif est de décrire les aspects épidé-

miocliniques et paracliniques des infections urinaires chez les patients adultes hospitalisés à l'HUJR Befelatanana, Antananarivo.

Matériels et méthodes. Nous avons réalisés une étude rétrospective et descriptive. La période d'étude était de 4 ans. Tous les patients âgés de plus de 16 ans présentant à l'ECBU une leucocyturie $>10^4$ éléments/mL et une bactériurie $>10^5$ /mL avec présence de 2 germes au maximum ont été inclus. Nous avons utilisés le logiciel R pour les analyses statistiques.

Résultats. Nous avons pu colligés 71 cas. L'âge moyen était de 31,61 ans avec un sexe ratio de 0,3. Nous avons retrouvé une corrélation entre l'âge et la survenue des infections urinaires ($p < 0,07$). Les signes urinaires (douleur lombaire, brûlure mictionnelle et pollakiurie) étaient prédictifs d'une infection urinaire ($p < 0,05$). La fièvre était présente dans 93% des cas, une hyperleucocytose dans 72% et une CRP ≥ 60 mg/L dans 57% des cas. Une corrélation statistiquement significative était retrouvée entre une bandelette urinaire positive et une infection urinaire. D'après l'ECBU : 67,90% des infections urinaires étaient dues à *E coli* dont 93,75% résistait à l'association amoxicilline-acide clavulanique et 11,8% à la ceftazidime.

Conclusion. Les caractéristiques épidémiologiques (jeune, genre féminin) des infections urinaires de notre étude rejoignent ceux de la littérature. Nos résultats soulignent l'importance des signes urinaires, de la bandelette urinaire et de l'ECBU pour le diagnostic des infections urinaires. L'E coli reste le principal germe en cause avec la présence des souches résistantes (dont la BLSE).

R 15. Anomalies électrocardiographiques au cours du paludisme vues dans un service des maladies infectieuses

Miandrisoa R, Raberahona M,
Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL
USFR des Maladies Infectieuses

*Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Objectif. Le paludisme peut être responsable d'anomalies cardiaques comme les troubles du rythme ou de repolarisation. Notre objectif est de décrire les anomalies cardiaques électrocardiographiques au cours du paludisme.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive des patients hospitalisés dans le service de Maladies Infectieuses de l'HUJRB, de décembre 2012 à mai 2013. Sont inclus les patients présentant un paludisme confirmé par un TDR paludisme et ou goutte épaisse frottis mince, et ayant un ECG à l'entrée et à la sortie. Sont exclus les dossiers incomplets. Afin d'écarter une autre étiologie que le paludisme, les autres bilans paracliniques étaient demandés en fonction de l'orientation clinique et électrocardiographique.

Résultats. Le taux moyen de CD4 par mm^3 était significativement bas chez les 27 patients tuberculeux en comparaison avec le groupe-témoin ($302,6 \pm 187,8$ vs $704,4 \pm 176$).

Sur quarante cinq patients retenus, le sex-ratio était à 2,75, l'âge moyen à $31,8 \pm 12,1$ ans. Vingt quatre patients (53,3%) ont présenté des anomalies à l'ECG. Neuf patients (20%) ont présenté des anomalies liées directement au paludisme et/ou les médicaments dont 03 blocs de branche droit, 05 sus décalages du segment ST et 01 bloc auriculo-ventriculaire du premier degré. Comme anomalies non directement liées au paludisme, 16 patients (35%) ont présentés des signes concordant à une hypokaliémie : une onde U diffuse chez 08 patients, une onde T négative diffuse chez 6 patients et une onde T plate chez 02 patients.

Même avec un nombre de population minime et en absence de symptôme cardiaque majeur, l'atteinte cardiaque au cours du paludisme existe et est représentée principalement par les troubles liés à l'hypokaliémie secondaire aux vomissements et aux diarrhées.