

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

Akademia Malagasy Tsimbazaza, 15 et 16 Novembre 2016

R 01. Les infections du sujet âgé au CHU d'Antananarivo et CHU de Fianarantsoa

Andriananja V¹, Ratsarazaka M², Tongavelona J¹, Ravalolomanana N¹, Raberahona M¹, Rakotoarivelo R², Andrianasolo R¹, Randria MJD¹

(1) Service des Maladies Infectieuses CHU Befelatanana Antananarivo

(2) Service des Maladies Infectieuses CHU Antabohobe Fianarantsoa

Introduction : Les personnes âgées dont le nombre croît régulièrement dans le monde sont exposés aux infections. Les infections du sujet âgé sont 3 à 20 fois plus fréquentes et 5 fois plus graves. Dans ce contexte, nous avons mené une étude sur les infections du sujet âgé, dont l'objectif est d'évaluer le profil épidémiologique des infections du sujet âgé dans les deux services de Maladies Infectieuses Antananarivo et Fianarantsoa.

Matériels et méthode : Notre étude était une étude rétrospective descriptive entre Mai 2014 et Août 2016. Nous avons inclus tous les patients \geq 65 ans, hospitalisés pour un syndrome infectieux. Nous avons exclus ceux qui présentaient une fièvre de cause non infectieuse et ayant un dossier incomplet.

Résultats : La fréquence des hospitalisations des sujets 65 ans est de 7,7% au CHU d'Antananarivo et 5,7% au CHU de Fianarantsoa. Parmi les populations incluses, nous avons retenu 4,5% au CHU d'Antananarivo et 1,7% au CHU de Fianarantsoa. L'âge moyen était de 73,76ans avec un extrême 91 ans. Le sex ratio était de 1,08. L'absence de fièvre ont été constaté dans 63,86% versus 65%, les marqueurs inflammatoires n'étaient pas élevés dans 40,96% versus 16,67%. Les infections respiratoires (39%) constituaient la plupart des infections bactériennes. La tuberculose pulmonaire était observé dans 7,27%. La bilharziose intestinale (5 cas/8) et le paludisme grave (2 cas/8) étaient les principales infections parasitaires.

Conclusion : Le vieillissement reste encore une situation floue à Madagascar. Le diagnostic des infections du sujet âgé est souvent difficile. La prise en charge des infections parasitaires et de la tuberculose pulmonaire est la particularité à Madagascar. L'évaluation gériatrique reste une limite et constitue notre perspective.

R 02. Facteurs de retard diagnostique de la tuberculose pulmonaire vus à l'USFR de Pneumologie Befelatanana

Equipe du Service de Pneumologie du CHU-JRB

Introduction : Le délai de prise en charge conditionne l'évolution et le pronostic de la tuberculose. Cette étude a pour objectifs d'identifier les déterminants du «délai du patient», ceux du «délai du système de soins» et ceux du «délai total»

Méthodes : C'est une étude prospective des patients hospitalisés à l'USFR de Pneumologie du Befelatanana pendant la période du 1^{er} octobre 2014 au 30 avril 2015 (7 mois). Ont été inclus, les patients présentant un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Résultats : Soixante six patients ont été inclus. Les moyennes du délai patient, délai institution et délai total étaient respectivement de 26,30 \pm 36,87, 69,56 \pm 64, et 96,35 \pm 72,65 jours. Les différentes variables affectant les délais étaient : le tabagisme (OR : 3,6723), l'asthénie (OR : 5,4815), l'anorexie (OR : 2,9524), l'hémoptysie (OR : 0,2406), l'expectoration (OR : 16,9218) pour le délai total. L'habitat (OR : 5,203), la connaissance des signes (OR : 0,164) et le mode de contamination (OR : 0,243) pour le délai patient, hémoptysie (OR : 8,1250), asthénie (OR : 0,1081), dyspnée (OR : 0,3556), la présence d'un syndrome infiltratif (OR : 0,2500) et de syndrome alvéolaire (OR : 0,0687) à la radiographie du thorax pour le délai système de soins.

Conclusion : la connaissance de ces facteurs de retard diagnostique de la tuberculose va permettre de mener une action pour diminuer le délai diagnostique.

R 03. Tuberculose pulmonaire à microscopie négative: performance diagnostique de la bacilloscopie face au Genexpert

Mandrosovololona V, Andriamifidison NZR, Ramasy Razafindratovo RM, Miarimbola R, Rakotonirina EJ, Rakotomanga JDM

Service de la Prise en Charge, Direction de la Lutte contre le Paludisme Androhibe

Justificatif : la tuberculose demeure un problème majeur de santé. L'amélioration des outils de diagnostic figure parmi les stratégies de lutte.

Introduction : Malgré les améliorations dans la lutte

contre la tuberculose, Seulement 30% des tuberculeux, dans le monde, sont correctement diagnostiqués avec la bacilloscopie. Cette étude vise à déterminer la valeur prédictive négative de la bacilloscopie et d'identifier les caractéristiques épidémiocliniques des malades tuberculeux et des patients non-tuberculeux parmi les tuberculeux pulmonaires à frottis négatifs.

Méthodes : l'étude a été menée au niveau des laboratoires nationaux de référence, du mois de Janvier au mois de Décembre 2012, d'une durée de 9 mois. Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective consistant à recueillir les résultats de la bacilloscopie et du test GeneXpert que bénéficient les malades à frottis négatif, afin d'identifier les malades tuberculeux et les patients non-tuberculeux ainsi que leurs caractéristiques.

Résultats : la valeur prédictive négative de la bacilloscopie est évaluée à 87%. Parmi les sujets à frottis négatif, l'âge 25 ans et plus (OR=2,2[1,5-3,3], $p<0.001$), le genre masculin (OR=1,6[1,1-2,3], $p=0.01$), le retraitement (OR=9,0[3,7-22], $p<0.001$) sont associés significativement à la détection de la tuberculose par le GeneXpert.

Discussion : Selon une méta-analyse, la performance du GeneXpert, dans le diagnostic de la tuberculose à frottis négatif, est réduite dans les échantillons du liquide obtenu du tubage gastrique. D'où l'intérêt de fournir des échantillons d'expectoration, pour améliorer le diagnostic de ces formes.

Conclusion : l'utilisation du GeneXpert dans le diagnostic des formes négatives de la tuberculose, est suggérée, ainsi que la mise à jour de l'arbre décisionnel pour l'approche diagnostique de la tuberculose à frottis négatif.

R 04. Décortication pleuro-pulmonaire : indications, techniques, et résultats à Madagascar

Rahantasoa FCFP, Razafimanjato NNM, Ravoatrandy M, Randrianambinina F, Rakotovao HJL

USFR de Chirurgie Thoracique CHU-JRA Antananarivo

Introduction : La décortication est une technique chirurgicale qui consiste à supprimer les poches pleurales qui se sont organisées et entourées d'une gangue fibreuse. La voie d'abord la plus utilisée reste la thoracotomie postéro-latérale par défaut de plateau technique à Madagascar. La tuberculose constitue une des indications principales. Notre objectif est de décrire les indications, techniques des décortications pleurales à Madagascar avec les résultats.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, exhaustive, monocentrique réalisée en Chirurgie thoracique au Centre Hospitalier Universitaire de Joseph RavoahangyAndrianavalona sur une période de 02 ans allant du 21juin 2014 au 21 juillet 2016 regroupant les décortications pleurales réalisées.

Résultats : Trente et un patients étaient opérés. La moyenne d'âge était de 35,09 \pm 12,48 ans. Le sex ratio était de 1,82. Dans 93,54 % des cas, l'indication chirurgicale était une pachypleurite, dont 51,72% présentaient une pleurésie cloisonnée multiple. Le diagnostic histologique avait révélé une infection à tuberculose dans 38,7%. Tous les patients avaient bénéficié d'une thoracotomie postéro-latérale. Dans 93,54%, l'évolution était favorable. Deux patients étaient décédés en postopératoire.

Conclusion : La chirurgie est indiquée devant une pleurésie cloisonnée compliquée de pachypleurite. Si dans la littérature, la thoracotomie reste le gold standard devant une décortication, l'approche mini invasive par thoracoscopie est de plus en plus privilégiée d'où l'intérêt de les développer dans une zone d'endémie tuberculeuse comme Madagascar.

R 05. Place de la chirurgie dans la prise en charge des séquelles de tuberculose thoracique à Madagascar

Ravelomihary T.D, Razafimanjato N.N.M, Rahantasoa F.C.P, Rakotovao H.J.L

USFR de Chirurgie Thoracique CHU-JRA Antananarivo

Introduction : La tuberculose reste une constante actualité à Madagascar, zone d'endémie tuberculeuse. Avec l'apparition des antituberculeux de plus en plus efficace et à l'observance thérapeutique rigoureux, la chirurgie ne concerne plus que les séquelles et les formes compliquées. L'objectif de notre étude est de décrire la prise en charge et l'aspect évolutif de la tuberculose thoracique séquellaire et/ou compliquée dans un pays à faible ressource comme Madagascar.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude transversale descriptive des cas de tuberculose compliquée et/ou séquellaire opérés au service de Chirurgie Thoracique CHU-JRA sur une période de deux ans (Janvier 2014 – Décembre 2015). Ont été inclus les patients présentant une tuberculose thoraciques avec présence de BAAR dans les crachats en préopératoire, soit avec preuve histologique. Nous avons exclus les surinfections tuberculeuses sur d'autres pathologies non infectieuses intra thoraciques et les patients non opérés.

Résultats : 62 patients ont été colligés durant la période d'étude. L'âge médian était de 37,94 \pm 15,74 ans, avec prédominance masculine donnant un sex ratio de 0,69. 73,7% a présenté une dyspnée suivie de l'hémoptysie à 10,5%. Un syndrome d'épanchement pleural liquidien a été retrouvé dans 68,4%, 3,12% cas de greffe aspergillaire ainsi que de polyadénopathies et un cas de médiastinite tuberculeuse. 87,17% des patients ont bénéficié de drainage thoracique, 15,38% d'une décortication, 0,05% d'une lobectomie, un cas

de spéléotomie et un cas de thoracoplastie. 87,17% ont une évolution a été favorable, 11,29 % de séquelles respiratoires et un décédé.

Conclusion : Si dans littérature, l'incidence de la chirurgie est de plus en plus faible, à Madagascar la chirurgie thoracique occupe encore une place importante dans la prise en charge de la tuberculose séquellaire. D'où la suggestion de la création d'un projet thérapeutique chirurgical dans le Programme National de Lutte contre la Tuberculose pour la prise en charge des patients séquellaires.

R 06. Évaluation pré-hospitalière de la tuberculose au service des Maladies Infectieuses CHU-JRB

Ravololomanana N¹, Randrianarivony MH¹, Andriananja V¹, Tongavelona J¹, Raberahona M¹, Rakotoarivelo RA², Randria MJD¹

(1) USFR des maladies infectieuses, CHUA HJR de Befelatanana, Antananarivo

(2) Service des maladies Infectieuses, CHU Tamboho-be, Fianarantsoa

Introduction. A Madagascar, la tuberculose reste un problème de santé publique majeur, l'incidence s'élevant à 16% depuis 2009. Le présent travail a pour objet d'évaluer les étapes pré-hospitalières de la tuberculose jusqu'à l'obtention d'un traitement adéquat.

Matériels et Méthode. Nous avons mené une étude rétrospective de type descriptive chez les patients tuberculeux dans le service de maladie infectieuse de l'hôpital CHU A Befelatanana, de 01 Janvier 2015 au 31 décembre 2015. Les critères d'inclusions étaient les patients diagnostiqués et traités pour tuberculose sur toutes les formes cliniques. Les dossiers incomplets étaient exclus.

Résultats. Au total, nous avons retenu 87 cas soit 11,8% de l'hospitalisation. L'âge moyen était de 39,23 ans avec un sex ratio de 2,14. La tuberculose extra pulmonaire représentait la majeure partie à 58,62% (n=51) et la tuberculose pulmonaire à 41,37% (n=36). Le délai d'évolution moyen était de 83 jours allant de 11 à 270jours. Plus de la moitié des patients étaient vues par des médecins en consultation externe dont 45 par des médecins libres et 06 par des médecins hospitaliers. Le médicament le plus prescrit était l'amoxicilline à 52,92%. Les foyers extra pulmonaires les plus rencontrés étaient la méningo-encéphalite à 36,7% (n=32), la tuberculose pleurale à 16,09% (n=14), la tuberculose multifocale à 13,79% (n=12), la miliaire et la polysérite tuberculeuse 8,04% (n=7). Pour la tuberculose pulmonaire 77,77%(n=28) patients étaient à bacilloscopie positive et 22,23%(n=8) à bacilloscopie négative. L'intervalle de temps moyen entre l'hospitalisation et le début de prise d'antituberculeux était de 11jours. La durée totale dès le début des signes jusqu'à l'obtention du traitement était en moyenne 114 jours allant de 15 à 213 jours.

Conclusion. La tuberculose reste un fléau dans notre pays, durant notre étude on a pu constater un retard de diagnostic et de prise en charge important. Cette découverte s'avèrent indispensable afin d'améliorer la prise en charge des patients tuberculeux.

R 07. Profil épidémiologique-clinique du paludisme autochtone à Antananarivo

Ravololomanana N¹, Razanakoto VA¹, Tongavelona J¹, Raberahona M¹, Rakotoarivelo RA², Randria MJD¹

(1) USFR des maladies infectieuses, CHUA HJR de Befelatanana, Antananarivo

(2) Service des maladies Infectieuses, CHU Tamboho-be, Fianarantsoa

Introduction. A Madagascar, les hautes terres centrales constituent une zone d'endémie palustre instable, le présent travail a pour objectif de décrire le profil épidémiologique-clinique du paludisme autochtone.

Matériels et Méthode. Nous avons mené une étude rétrospective de type descriptive chez les patients diagnostiqués de paludisme hospitalisés dans le service de maladie infectieuse à l'hôpital CHU A Befelatanana, de 01 Janvier 2015 au 01 Novembre 2016. Les patients vivant dans les Hautes Terres Centrales, n'ayant pas séjourné en zone d'endémie palustre étaient inclus. La notion de voyage en zone d'endémie palustre constituait les critères d'exclusions.

Résultats. Au total, nous avons inclus 10cas (7,75%). L'âge moyen était de 37ans avec une sex ratio de 0,4. La période d'hospitalisation était entre le mois de janvier et juin avec un pic en mois de mai. Les signes cliniques les plus rencontrés étaient la fièvre (19%) suivie du vomissement (15%). Tous les patients avaient un Test de diagnostic rapide du paludisme positif à *Plasmodium falciparum*, la moitié étaient associée à d'autre espèce plasmodiale, 9 patients bénéficiaient une goutte épaisse et un frottis mince dont 7 étaient positifs et sont tous du genre *P. falciparum*, 3 cas avaient une parasitémie >2%. Sur le plan biologique la moitié des patients avaient une anémie (Hb: 7-12g/dl) et une thrombopénie modérée, 3 patients avaient une insuffisance rénale. Tous les patients ayant présentés un paludisme grave dont les signes de gravité sont dominés par la prostration (40%), les signes neurologiques (29%). Concernant l'évolution 03 des patients étaient décédés.

Conclusion. A Antananarivo le paludisme survenait entre le mois de janvier et juin. Tous les patients avaient présentés un paludisme grave à *Plasmodium falciparum*. Ainsi, devant une fièvre le test de diagnostic rapide d'un paludisme doit être systématique pour ne pas méconnaître un paludisme autochtone.

R 08. Profils bactériologique et évolutif des bactéries multi résistantes au service de Réanimation Chirurgicale CHU JRA

Tofotranjara HA*, Randriamandrato T* Rakotondrainibe A, Randriamizao HMR*, Ramarolahy R*, Rajaonera AT*

*service Réanimation Chirurgicale CHU JRA

Introduction : Les infections aux bactéries multi résistantes augmentent la morbidité des patients en réanimation. Peu d'études déterminent l'incidence de ces infections chez nous, pourtant qu'il est important de connaître le profil de ces infections afin d'améliorer la prise en charge. Notre objectif est d'évaluer les aspects bactériologiques et évolutifs de ces infections dans notre service de réanimation.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur six mois dans le service de réanimation chirurgicale CHU-JRA incluant tous patients présentant de bactéries multi résistantes avec preuves bactériologiques. On a analysé comme paramètres l'âge, le type de germes, l'évolution du patient avec la durée de séjour en réanimation.

Résultats : Durant l'étude 31 patients étaient inclus avec un âge moyen de 41 ans, avec prédominance masculin. Les pneumopathies nosocomiales prédominent dans 75% des cas. Les germes les plus fréquents trouvés étaient *Acinetobacter baumannii* dans 52% des cas. Imipénème et Amikacine ont été les antibiotiques plus couramment utilisés après l'antibiogramme. Le taux de mortalité était de 32 % dans un contexte de choc septique. La durée de séjour moyenne était de 22 jours.

Discussions : Pneumopathies nosocomiales constituent le premier type d'infections nosocomiales en réanimation et sont la première cause de mortalité avec un taux élevé de 60%. Les bactéries multi résistant nécessitent des antibiotiques très spécifiques qui n'ont pas toujours disponible chez nous.

R 09. Évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotique par enquêtes de prévalence répétées

Raberahona M, Ratsarazaka M, Andriananja V, Razafinambinintsoa T, Tsifiregna H, Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL, Randria MJD

USFR Maladies Infectieuses – Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo

Introduction. Le lien entre antibiorésistance et mésusage des antibiotiques est bien établi. Depuis quelques années, l'antibiorésistance est en forte augmentation à Madagascar. Dans ce contexte, nous avons mené une étude avec comme objectif d'évaluer la qualité de la prescription des antibiotiques au sein de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana (HUJRB).

Méthode. Nous avons effectué une étude de prévalence répétée entre mars et juin 2015 au sein de l'HUJRB. Nous avons inclus toutes les prescriptions d'antibioti-

ques chez les patients avec un âge ≥ 16 ans, hospitalisés le jour de l'enquête à l'exclusion des prescriptions d'antituberculeux. La qualité des prescriptions étaient selon une méthode standardisée. Les prescriptions avec données insuffisantes ont été exclues de l'analyse. La prescription appropriée associait une indication et/ou un usage correct. La prescription inappropriée incluait une indication et/ou un choix d'antibiotique et/ou un usage incorrect.

Résultats. Au total 115/430 (26,7%) patients avait reçu une antibiothérapie correspondant à 116 prescriptions. Neuf prescriptions étaient non évaluables pour manque de données. Parmi les 107 prescriptions évaluables, 42 (39,3%) étaient appropriées et 65 (60,7%) étaient inappropriées. Parmi les prescriptions inappropriées, les erreurs concernaient l'indication (n=15), le choix (n=38) et l'usage (n=26) dont 18 posologies, 13 rythmes d'administration, 2 durées et 1 voie d'administration. Les décisions correctes étaient associées aux prescriptions basées sur les recommandations (p=0,008) et à l'utilisation de l'association Amoxicilline/acide clavulanique (p=0,0007). Les prescriptions incorrectes étaient corrélées à l'âge ≥ 67 ans (p=0,03), à l'utilisation du métronidazole (p=0,02) et aux indications pour infections cutanées (p=0,008).

Conclusion. La qualité des prescriptions antibiotiques au sein d'HUJRB est faible et non uniforme. Elle pourrait être améliorée par la mise en place d'un référentiel thérapeutique local et d'une politique de restriction de l'usage des antibiotiques.

R 10. Sérodiagnostic de la toxoplasmose après le premier trimestre de grossesse : intérêt de l'avidité IgG

Randriamahazo RT¹, Ranaivo Rabetokotany F¹, Andri-
navalona J¹
Rajaonatahina D¹, Andrianampanalinarivo Rakotovao
H², Rasamindrakotroka A¹

(1) Laboratoire d'immunologie, CHU-JRA Antananarivo
(2) Service de consultation prénatale, hôpital universitaire de gynécologie obstétrique de Befelatanana, Antananarivo

Introduction : Le diagnostic de la toxoplasmose chez la femme enceinte est basé sur la recherche sérologique des immunoglobulines M et immunoglobulines G antitoxoplasmique. Toutefois, certains profils sérologiques particuliers mais aussi un dépistage tardif de la toxoplasmose chez les femmes enceintes nécessite la demande de l'avidité des IgG.

Méthodes : Une étude prospective de 6 mois a été réalisée au laboratoire du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar afin de justifier l'importance de la recherche de l'avidité IgG. Cette étude incluait toutes les femmes enceintes effectuant un premier dépis-

tage de la toxoplasmose après le premier trimestre de grossesse et ayant un taux IgG supérieur à 50UI/ml avec ou sans IgM.

Résultats : Durant la période d'étude, 709 patientes ont effectué le dépistage de la toxoplasmose dans le laboratoire mais seule 37 patientes ont été incluses dans l'étude. 81,09% de nos parturientes sont au deuxième trimestre de leur grossesse. 16,21 % des patientes avaient un taux IgM positifs lors du dépistage parmi lesquelles 48,64% ont une avidité faible, 10,41% intermédiaire et 40,54% une forte avidité.

Conclusion : L'étude confirme qu'une avidité élevée permet d'exclure une toxoplasmose récente et que la combinaison des techniques améliore l'interprétation sérologique.

R 11. Errance diagnostique devant un cas de peste

Tongavelona J¹, Ravololomanana N¹, Andriananja V¹, Raberahona M¹, Rakotoarivelo RA², Andrianasolo RL¹, Randria MJD¹

(1) USFR Maladies Infectieuses – Hôpital Universitaire Joseph Raseta Antananarivo

(2) Service des Maladies Infectieuses, CHU Tamboho-be, Fianarantsoa

Introduction : La peste est une zoonose du rongeur due au *Yersinia pestis*. Elle est responsable d'infection bactérienne sévère telle que la peste bubonique et pulmonaire. Elle était responsable d'une flambée épidémique à Madagascar entre 2014 et 2015 avec près de 335 cas dont 79 décès. Par ailleurs, le dernier cas de peste avant cette période remonte à 2004. Notre objectif est de rapporter les difficultés diagnostiques rencontrées lors du 1^{er} cas de peste à Antananarivo au cours de la flambée épidémique de 2014.

Observation : Notre cas était une femme de 21 ans, sans notion de voyage en zone d'endémie pesteuse. Elle avait présenté une fièvre évoluant 13 jours avant son admission associée à une tuméfaction cervicale droite, sans autres signes accompagnateurs. Elle avait déjà été traitée en externe mais sans amélioration, motivant son autoréférence à l'hôpital. A l'examen physique, elle était fébrile à 39°C et était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Elle avait également présenté une tuméfaction cervicale droite d'allure inflammatoire non fistulisée. La patiente était mise sous traitement probabiliste de CEFTRIAXONE 1g par 24 heures. Son évolution était marquée par une aggravation brutale de son état respiratoire après 24 heures d'hospitalisation avec une issue fatale évoquant une peste pulmonaire secondaire probable. La ponction du bubon confirmait le diagnostic.

Conclusion : La peste est une maladie qui sévit toujours dans les zones d'endémie pesteuse de Madagascar. Malgré l'absence de contexte épidémiologique en zone d'endémie, toute adénite suppurée doit faire évo-

quer le diagnostic de bubon pesteux jusqu'à preuve du contraire.

R 12. Tumeur maligne développée sur bilharziose urinaire : à propos de 10 cas

Andrianjafitrimo HT, Ranaivomanana VF, Rakotondrainibe FN, Ramiandrasoa LA, Randrianjafisamindrakotroka NS

UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Introduction : La bilharziose urinaire est une maladie parasitaire qui sévit encore à l'état endémique à Madagascar. La hantise est l'évolution vers un cancer. Notre objectif est de décrire les aspects épidémiologiques et histologiques des tumeurs malignes développées sur bilharziose urinaire.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective de tumeur maligne développée sur bilharziose urinaire colligée au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de SALFA Andohalo, sur une période de 6 ans, allant de janvier 2010 à décembre 2015.

Résultats : Nous avons colligé 10 cas. L'âge moyen de nos patients est de 41,3 ans avec un sex ratio de 1,5. Les signes d'appel clinique sont représentés surtout par une masse vésicale (50%) et une hématurie (30%). Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent (70 %), suivi par le carcinome transitionnel (20%) et l'adénocarcinome (10%).

Discussion : L'infection à *Schistosoma haematobium* est un facteur de risque connu de développement des tumeurs vésicales. La carcinogenèse peut s'expliquer par l'irritation vésicale chronique et les traumatismes répétés de l'urothélium vésical par le passage d'œufs de bilharzies, diminuant l'efficacité de la barrière muqueuse dans sa capacité à réabsorber les nitrosamines produites, renforçant indirectement leur pouvoir carcinogène.

R 13. Réflexion sur l'échec de la prophylaxie post-exposition antirabique

Tongavelona J¹, Ravololomanana N¹, Andriananja V¹, Raberahona M¹, Rakotoarivelo RA², Andrianasolo RL¹, Randria MJD¹

(1) USFR Maladies Infectieuses – Hôpital Universitaire Joseph Raseta Antananarivo

(2) Service des Maladies Infectieuses, CHU Tamboho-be, Fianarantsoa

Introduction : La rage est une zoonose virale transmise accidentellement à l'homme. Elle est responsable d'encéphalomyélite qui est toujours mortelle. L'OMS estime à 40 milles par an, le nombre de décès lié à la rage dans le monde. Avec un nombre de vaccination pos-exposition estimé à 10 millions. Notre objectif est démontré les évolutions fatales de la rage malgré une prophylaxie post-exposition bien conduit.

Observation : Nous avons observé trois cas. Le premier était un homme de 28 ans, ayant eu un contact

classé catégorie III selon l'OMS. La prophylaxie post-exposition, selon le protocole Essen, n'a été débutée que 3 jours après le contact (immunoglobuline et de vaccin antirabique), le diagnostic a été confirmé en post-mortem 22 jours après le contact. Le deuxième cas était un homme de 31 ans, ayant eu un contact classé catégorie II selon l'OMS. La prophylaxie post-exposition (vaccin antirabique) n'a été débutée qu'après 4 jours du contact. Le diagnostic a été confirmé chez l'animal mordeur et chez le patient en post-mortem 28 jours après la morsure. Le troisième cas était une femme de 39 ans, ayant eu une morsure classé catégorie II selon l'OMS. La prophylaxie post-exposition, selon le protocole Essen, a été initiée 13 heures après le contact. Le diagnostic a été confirmé chez l'animal mordeur et chez la patiente en post-mortem 19 jours après le contact.

Conclusion : La rage humaine est une urgence médicale imposant la mise en route, dans le plus bref délai, de la prophylaxie post-exposition. Elle surélève l'intérêt de l'administration de l'immunoglobuline.

R 14. Pathologies thoraciques infectieuses graves aux Urgences

Ralaizafindraibe TH *, Jonatana AD *, Ravoatrarilandy M *, Razafimanjato NNM *, Rakotovo HJL *

*Service de Chirurgie Thoracique, CHU/JRA

But de l'étude : Cette étude rétrospective avait pour objectif d'identifier les aspects chirurgicaux des pathologies thoraciques graves d'origine infectieuse et de démontrer les particularités et les difficultés de prise en charge de ces pathologies rencontrées dans notre pays.

Patients et méthode : Etude rétrospective descriptive durant 6 mois (Décembre 2013 – Mai 2014). Les patients ayant bénéficié d'un geste chirurgical pour une pathologie infectieuse grave touchant le thorax sont inclus, sont exclus de notre étude; les complications infectieuses post opératoires en chirurgie thoracique, les pathologies thoraciques infectieuses sans signe de sepsis et les patients non opérés en urgence. Les paramètres à étudier sont les profils socio-démographiques, comorbidité, statut infectieux des patients, les étiopathogénies, les moyens diagnostiques et thérapeutiques bénéficiés et les résultats de notre étude.

Résultats : Nous avons colligé 27 patients dont 3 à 65ans avec un âge moyen de 35,62 ans et une prédominance masculine avec un sex ratio 0,6. 44,44% des

patients ont un très bas niveau socio-économique, 59% présente un état de sepsis, 51,85% un empyème thoracique, 25,92%. 33,33% des cas sont diagnostiqués par la radiographie, 40,7% ont bénéficié d'un drainage thoracique seul, 11,11% une thoracotomie. 56% de nos patients ont une évolution favorable et 25% constituent des urgences chirurgicales.

Conclusion : les pathologies infectieuses du thorax sont riches et variées. La clinique et la radiographie restent les meilleurs moyens indispensables, souvent d'analyse difficile, dans la prise en charge de ces pathologies en milieu précaire. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic, mais surtout la prise en charge pluridisciplinaire de ces pathologies foudroyantes d'au moins entre les chirurgiens et anesthésistes réanimateurs en passant par les infectiologues.

R 15. Un cas d'actinomyose médiastinale à *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*

Equipe de la Chirurgie Thoracique et Réanimation Chirurgicale CHU/JRA

Résumé : L'actinomyose est une infection suppurative due à une bactérie anaérobie et micro-aérophile appelée actinomyces. C'est une entité rare et peu d'observations ont été décrites pour les localisations médiastinales. Nous rapportons un nouveau cas de pseudotumeur inflammatoire médiastinale due à *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* révélée par une hémoptysie. La réalisation d'une médiastinoscopie pour biopsie nous a permis d'avoir un diagnostic de certitude bactériologique par une culture positive. Les suites opératoires ont été marquées par une fistulisation cutanée évoluant favorablement sous traitement antibiotique adapté. À travers cette observation, les auteurs insistent sur l'importance d'évoquer le diagnostic d'actinomyose médiastinale devant toute masse médiastinale à symptomatologie non spécifique ainsi que sur l'intérêt de l'examen bactériologique systématique au même rang que l'examen anatomopathologique sur les biopsies ganglionnaires afin d'éviter une errance diagnostique vers une pathologie tumorale ou tuberculeuse. Dans la pratique, nous mettons en garde les jeunes chirurgiens dans la biopsie de ce type de lésion pour son caractère envahissant surtout dans l'espace confiné du médiastin.