



LA LETTRE

de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES VOYAGES

Lettre de liaison des centres de vaccination et d'information aux voyageurs

N° 4 –
décembre - 2004

SOMMAIRE

- ✓ Éditorial - E. Caumes ... 1
- ✓ Compte-rendu de la Journée d'Automne de la SMV Nice, 19 novembre 2004
Ph. Guibert, C. Goujon,
A. Rey 2
- ✓ Colloque annuel de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
Anvers, 24-26 novembre 2004
M. Rey 5
- ✓ Compte-rendu ECC et RICAI Paris, 1er-3 décembre 2004
E. Caumes 5
- ✓ Quelques nouvelles collectées dans la messagerie du Club Edisan CD Conseil
M. Rey 6

BUREAU de la SMV

Président

Éric Caumes

Président émérite

M. Rey

Vice-présidente

Catherine Goujon

Secrétaire général

Ludovic de Gentile

Secrétaires gén. adj.

Laurent Sido,

Dominique Jean

Trésorière

Fabienne Le Goff

Trésorière-adjointe

Danièle Badet

Président d'honneur

M. Armengaud

Site web

www.medecine-voyages.org

Liste de diffusion

list@medecine-voyages.org

Secrétariat

Éditorial

L'année 2004 s'achève pour notre Société sur la réunion de Nice, un succès, et sur la révision de nos statuts, approuvée avec une majorité de près de 95 % des votants.

Cette année a vu notre Société évoluer, avec la fin de la version papier et la première diffusion électronique de "La Lettre de la SMV", la séparation amiable avec notre secrétaire Murielle Hamon, le départ du bureau de Véronique Benoist et de Vincent Feuillie, remplacés par Ludovic de Gentile assisté de Laurent Sido et de Dominique Jean. Alain Chippaux abandonne également ses fonctions de rédacteur en chef de *La Lettre* et Michel Rey assure l'intérim. Tous les partants sont remerciés pour leur travail, et leur importante contribution à la vie de la Société, au cours des années passées au bureau, ne doit pas être oubliée. Parallèlement à ces mouvements de personnes, la Société s'est dotée de nouveaux statuts qui permettront aux membres du bureau et du conseil d'administration de travailler avec une plus grande sérénité, sans pour autant revenir sur la nécessité de renouveler régulièrement ses membres, les prochaines élections auront lieu début 2006.

Suite page 2

JOURNÉE de la SOCIÉTÉ de MÉDECINE des VOYAGES

le 24 mars 2005

Amphithéâtre de stomatologie,
hôpital Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris

- ✓ 9 h-9 h 30 – Accueil des participants
- ✓ 9 h 30-10 h 30 – Cas cliniques en médecine des voyages :
avant le départ (Dr Catherine Goujon)
- ✓ 10 h 30-11 h – Pause
- ✓ 11 h-13 h – Assemblée Générale de la Société
- ✓ 13 h-14 h 30 – Déjeuner
- ✓ 14 h 30-15 h 30 – Paludisme d'importation chez l'adulte
- Épidémiologie du paludisme d'importation
(M. Fabrice Legros)
- Traitement du paludisme d'importation (Pr Martin Danis)
- ✓ 15 h 30-16 h – Pause
- ✓ 16 h-17 h 30 – Cas cliniques en médecine des voyages :
après le retour (M. Fabrice Legros, Pr Éric Pichard,
Pr Olivier Bouchaud, Pr Éric Caumes)
- ✓ 17 h 30 – Fin de la réunion

Dr Ludovic de Gentile, laboratoire.de parasitologie-mycologie, CHU, 49033 Angers.
Tél. : 02 41 35 40 56. E-mail : LudeGentile@chu-angers.fr

.../...

L'année 2005 va être occupée par trois grands chantiers.

◆ Le premier est **la mise en place d'une politique éditoriale "électronique"** tournant autour du site de la Société qu'il faut faire vivre et voir fonctionner. Jean-Philippe Leroy et Philippe Guibert constituent autour d'eux toute une équipe et tous les membres de la Société intéressés par la vie électronique de notre site peuvent les rejoindre.

◆ Le deuxième chantier est **le développement de la formation médicale continue**. Olivier Bouchaud a déjà beaucoup avancé en direction des pharmaciens, et cette formation s'est concrétisée par des enseignements donnés dans différentes villes de France. Mais nous souhaitons étendre notre capacité d'enseignements à d'autres personnes intéressées par la médecine des voyages comme les médecins du travail ou les médecins généralistes. Et, dans toute la mesure du possible et de leurs disponibilités, les membres correspondants de la SMV (médecins du travail, médecins généralistes, professeurs locaux) doivent être associés à cet enseignement.

◆ Le troisième chantier est **la mise en musique des statuts par la rédaction du règlement intérieur de notre Société**. Ludovic de Gentile et Fabrice Legros se sont déjà attelés à la tâche.

Le bureau et les membres du conseil d'administration ont énormément travaillé au cours de cette année 2004, pour faire avancer notre Société et remplir les missions qui sont les siennes. Mais beaucoup de travail nous attend encore en 2005 pour faire mieux connaître la **Société de Médecine des Voyages** et ses buts, pour développer son site Internet et ses capacités d'enseignement. Vous êtes bienvenus !

Pour finir, les grands rendez-vous de l'année 2005 doivent être rappelés :

◆ **La journée parisienne de la Société de Médecine des**

Voyages aura lieu à **Paris, le 24 mars, à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière**. Elle sera associée à notre assemblée générale statutaire. Une large place sera réservée à cette dernière, puisqu'elle aura lieu le matin, pendant deux heures, de façon à laisser tous ceux qui le veulent exprimer leur opinion.

◆ Le **8th Congrès de l'International Society of Travel Medicine** aura lieu à Lisbonne la première semaine de mai. C'est la grande réunion internationale, biennale qui suit celle de New York.

◆ **Le troisième rendez-vous de l'année 2005 aura lieu à l'automne, pendant les entretiens de Bichat**. Une session de formation médicale continue est organisée par la Société. Le thème est "**La pathologie observée au retour de voyages**". Elle sera l'occasion d'aller à la rencontre des médecins généralistes et de leur faire connaître notre société.

◆ **Le dernier rendez-vous de l'année 2005 aura lieu à Lille le vendredi 7 octobre 2005**. Nous y serons accueillis par Daniel Camus pour notre réunion provinciale.

◆ Enfin, il faut signaler **le 16^e Congrès mondial de médecine tropicale (et du paludisme) qui aura lieu à Marseille du 11 au 15 septembre 2005**, à plusieurs titres. Il est organisé en France et certains membres de notre société sont très impliqués dans sa préparation. Il coïncide avec le centenaire de l'Institut de Médecine tropicale du service de Santé des Armées du Pharo, véritable institution dans le monde français de la médecine tropicale. Enfin, il est couplé au 4^e Congrès européen de médecine tropicale et au 8^e Congrès international de la Société de pathologie exotique. Autant de raisons de contribuer au succès de ce congrès.

Le bureau de la SMV adresse aux membres de la Société ses meilleurs vœux pour l'année 2005.

E. Caumes

Président de la Société de Médecine des Voyages



COMPTE-RENDU de la JOURNÉE d'AUTOMNE de la SMV Nice, 19 novembre 2004

Ph. Guibert, C. Goujon, M. Rey

LA SÉCURITÉ DES VOYAGEURS INTERNATIONAUX

Ce problème d'actualité a été présenté par quatre intervenants.

◆ **Les données actuelles sur les demandes d'assistance et les rapatriements sanitaires pour accidents et agressions ont été exposées par M. Prioux (IMA, Niort)**. D'après le bilan établi par Inter Mutuelles Assistance, sur 3259 accidents répertoriés, dont la plupart sont des accidents de circulation ou de sport, on ne compte que 114 agressions, survenues surtout en Europe (46%), mais aussi en Afrique (30%), en Amérique (14%) et ailleurs (10%). Une grande partie de ces agressions sont des vols, à main nue, parfois à main armée, dont 45% de vols de sacs, de portefeuilles, de papiers, 30% de vols de voiture; 7% sont des agres-

sions sexuelles, 9% relèvent de rixes. Le choc psychologique résultant de ces agressions est la raison majeure de la demande d'assistance.

◆ **La sécurité des Français à l'étranger** a été exposée par **D. Ranchon (ministère des Affaires étrangères)**. On estime à 2 millions le nombre de Français expatriés (dont la moitié seulement est enregistrée), parmi lesquels 1000000 agents de l'État sont répertoriés auxquels il faut ajouter des millions de touristes français se rendant à l'étranger. Ces voyageurs sont très inégalement sensibilisés aux questions de sécurité et aux risques qu'ils peuvent encourir, notamment dans les pays et les postes "à risque" pour lesquels les plans de sécurité sont définis. Quand certaines situations deviennent critiques, à cause des guerres, des soulèvements ou tous

autres bouleversements politiques, voire des catastrophes naturelles, une cellule de crise est mise en place pour la protection des ressortissants français. L'exemple actuel de la cellule de crise mise en place en Côte d'Ivoire (60000 rapatriés par des vols spécialement affrétés) a été cité par l'orateur, qui revenait tout juste d'Abidjan.

◆ **Les activités de "Sécurité sans frontières", société de droit privé, ont été présentées par B. Jacquemart**. Cette société assure les entreprises travaillant à l'étranger contre les risques encourus par leurs expatriés et leurs missionnaires. Les attentats et autres agressions, dont les enlèvements et kidnappings, peuvent survenir partout dans le monde, et sont loin d'être souvent liés au terrorisme islamique. Certaines années sont plus marquées que d'autres (1987,

1998). Mais ces agressions sont très minoritaires en comparaison aux accidents de la circulation ou du travail. On constate néanmoins une progression de la délinquance et, notamment, des agressions de groupes de voyageurs, de bus et même de trains, par des bandes organisées pour le racket des voyageurs ou des expatriés. Dans certains pays une kalachnikov est achetée pour le prix de deux bières pressions servies à Nice. Les voyageurs et expatriés doivent être informés des précautions qu'ils doivent prendre à l'étranger : tenues, attitudes et comportements, transport d'alcool ou de drogues, exportation illicite de souvenirs archéologiques ou de fossiles, photographies. La consommation ouverte d'alcool dans certains pays musulmans doit être évitée, notamment pendant le ramadan. La judiciarisation des accidents progresse, les employeurs étant souvent condamnés pour défaut de la sécurité qu'ils doivent à leurs employés.

◆ **J.P. Gouret** (*Direction de l'Aviation civile Sud-Est*) a exposé le **renforcement récent de la sécurité aérienne**. Les accidents provoqués, relevant d'agressions, concernent d'abord les vols aériens (détournements, sabotage, voire destruction d'avions). Leur fréquence varie beaucoup dans le temps, elle est très importante dans un contexte de terrorisme international (1960, 1970 et 2001). Les mesures préventives, qui concernent les vols, mais aussi les aéroports, ont été renforcées dans quatre domaines : le contrôle des personnels, des passagers et de leurs bagages, le contrôle des marchandises transportées et du fret, la surveillance des appareils. L'organisation internationale de l'aviation civile fait des recommandations aux États, sans pouvoir faire accepter leur application, sauf dans les vingt-cinq États de l'Union européenne, où la réglementation de la sécurité est imposée.

**MALADIES TRANSMISES
PAR LES PHLÉBOTOMES**

◆ **Les phlébotomes** (*Arezki Izri*). Ce sont des insectes diptères hématophages de petite taille (2 à 4 mm), bossus, velus, avec les ailes en V au repos. Leurs mœurs sont nocturnes. Seule la femelle est hématophage ; elle choisit pour sa ponte des sols riches en débris végétaux.

Ces préférences trophiques font que les herbivores domestiques comme les lapins, constituent leur proie favorite ; viennent ensuite les poules et, en troisième, position seulement, les chiens.

Leur périmètre de vol est court, mais le vent peut les transporter jusqu'à une dizaine de kilomètres de distance.

Les phlébotomes sont largement répandus dans les régions chaudes du globe ; dans les zones tempérées, on les trouve durant la saison estivale. En France métropolitaine, ils sont présents sur tout le territoire mais principalement sur les bords de la Méditerranée, à une altitude inférieure à 1 000 m.

Le rôle des phlébotomes comme vecteurs de la leishmaniose cutanée (désignée par diverses appellations locales telles bouton d'Orient, clou de Biskra ...) a été démontré par Parrot et Sergent, à l'Institut Pasteur d'Alger au début du siècle dernier.

On distingue plusieurs faciès épidémiologiques correspondant à des espèces de phlébotomes différentes, que l'on retrouve dans chacune des zones géographiques suivantes :

- l'arrière pays niçois, avec un habitat dispersé, des chiens et des élevages individuels de lapins ;
- la Kabylie, où les moutons cohabitent avec les hommes et les chiens dans des maisons à plusieurs étages regroupées en villages denses ;
- le Sahara algérien, où les habitants qui l'été dorment à l'extérieur des maisons en raison de la chaleur, sont une proie facile pour l'espèce locale qui s'abrite dans les terriers d'une variété de rongeur désertique.

La lutte collective contre les phlébotomes est basée sur les insecticides, qui peuvent être utilisés de plusieurs manières : dans les Alpes maritimes, on se contente de traiter des clapiers pour réduire la population de vecteurs ; dans la région de Msila (Algérie), on pratique des pulvérisations intradomiciliaires sur le modèle de la lutte antianophélienne pratiquée en Inde : c'est une méthode plus radicale, mais qui a comme inconvénient d'entraîner un regain de l'infection dans un deuxième temps, dû à la perte de l'immunité dans la population

La protection individuelle des voyageurs repose essentiellement sur l'usage de moustiquaires à mailles serrées, imprégnées d'insecticides ; les répulsifs cutanés sont également recommandés, mais leur efficacité n'a pas été testée.

◆ **Les leishmanioses cutanées** (*P. Del Giudice*). Leurs biotopes sont très divers puisqu'on les retrouve aussi bien dans la forêt amazonienne que sur le pourtour du bassin médi-

terranéen et en Afrique sahélienne. On distingue plusieurs formes cliniques :

- la forme cutanée localisée classique, qui se caractérise par une lésion papuleuse ulcérée en son centre ;
- la forme disséminée, qui résulte d'un phénomène comparable à ce qui se passe dans la lèpre lépromateuse ;
- la forme anergique diffuse, à ne pas confondre avec la forme disséminée ;
- la forme cutanée associée à une leishmaniose viscérale (post-kala-azar) ;
- la forme cutanée laire, observée chez les sujets infectés par le VIH.

La distinction classique entre forme sèche et forme humide a été abandonnée, car ces différences dépendent en fait de l'espèce de leishmanie en cause. L'infection n'est pas immunisante, ce qui explique qu'une même personne puisse avoir deux fois la leishmaniose ; cependant, une infection à *L. infantum* peut protéger contre la forme viscérale de la maladie.

Le diagnostic est parasitologique, il se fait par frottis (la biopsie cutanée est peu satisfaisante), Western-Blot, électrophorèse

◆ **La leishmaniose viscérale** (*E. Rosenthal*). Quarante-vingt-dix pour cent des cas sont répartis entre cinq pays : l'Inde, le Bangladesh, le Népal, le Soudan et le Brésil ; 350 millions d'êtres humains sont exposés au risque de contracter l'infection ; on dénombre 12 millions de cas, avec une incidence de 500 000 nouveaux cas par an.

Dans le foyer indien (Bihar, Uttar Pradesh), plus de 65 % des souches de *L. donovani* sont résistantes au traitement de référence représenté par les antimonies.

Au Soudan, une grosse épidémie a sévi dans l'Ouest du pays en 1984, le taux de létalité atteignait 70 %. Les causes n'ont pas été élucidées ; parmi les explications avancées : l'introduction de *L. donovani* dans des populations non immunes et dénutries vivant dans les zones de conflit, la dégradation du système sanitaire, des conditions climatiques et écologiques particulières favorables à la prolifération des vecteurs.

Les sujets infectés par le VIH ont un risque de 100 à 1 000 fois plus élevé de développer la maladie ; les signes cliniques sont classiques, mais ils peuvent être absents dans un cas sur 10, ce qui rend le diagnostic difficile.

On peut également observer des localisations atypiques : tractus digestif, pou-

mons, amygdales. Dans ces cas, le diagnostic est souvent fortuit.

Pour le traitement de la leishmaniose cutanée et viscérale, deux produits peuvent être utilisés :

– le Glucantime® (antimonié pentavalent), peu coûteux et d'une relativement faible toxicité ;

– l'amphotéricine B, dont la présentation sous forme lipidique (Ambisome®) augmente l'efficacité et réduit la durée du traitement, mais dont le coût élevé ne permet pas son utilisation dans les pays en développement.

◆ Les infections à phlébovirus (*P. Parola*).

Ces virus appartiennent à la famille des *Bunyaviridae* ; ce sont des virus enveloppés à ARN, de taille moyenne ; ils sont responsables de syndromes pseudogrippaux accompagnés de lympho-leucopénie

Leurs vecteurs sont soit des phlébotomes, soit des moustiques, comme c'est le cas pour la fièvre de la vallée du Rift.

On ne connaît pas leur réservoir animal, mais le rôle des rongeurs a été évoqué. Parmi les trois sérotypes répertoriés en Europe du Sud, Toscana virus, isolé au début des années 80, est le plus fréquemment rencontré et représente le risque le plus important pour les voyageurs. Ce virus possède un neurotropisme particulier : il est fréquemment en cause dans les méningites aseptiques estivales, mais les formes asymptomatiques sont fréquentes. En Italie, la séroprévalence est de 16 % chez les donneurs de sang. La circulation du virus a été mise en évidence dans la région de Marseille, et il est probablement présent dans tout le Sud de la France.

Des essais de vaccination ont été réalisés avec la salive de phlébotomes, en collaboration avec l'Institut Pasteur de Paris ; en effet, celle-ci contiendrait des substances ayant un effet immunosuppresseur qui faciliterait la pénétration du virus lors de la piqûre d'insecte.

Présentation du Dr Martine Zeisser, vice-présidente Santé de l'Association Enfance et famille d'adoption : "De l'abandon à l'adoption, ou comment se porter garant des attentes des enfants ?"

En préambule, Martine Zeisser a rappelé que selon la Convention des droits de l'enfant de La Haye : *"Tout enfant a le droit de vivre en famille, et ne doit pas grandir dans une institution. Cependant, si un enfant a droit à une famille, aucune famille même titulaire d'un agrément, n'a droit à un enfant."*

De même, l'adoptabilité d'un enfant est établie par l'état d'origine, et une adoption internationale n'est possible que si aucun placement familial n'a pu être réalisé dans l'état d'origine."

La France autorise deux voies pour l'adoption :

– la *démarche individuelle* qui permet à une famille de s'adresser directement aux autorités compétentes et habilitées dans un pays donné ;

– les *démarches par les Organismes Autorisés pour l'Adoption (OAA)* qui vont servir d'intermédiaire avec les pays d'origine. Les OAA ne sont pas assez nombreux en France, ce qui explique que deux tiers des démarches d'adoption sont individuelles, hors OAA.

Le nombre d'enfants adoptés sur le sol français est très stable depuis une dizaine d'années ; l'année dernière, il y a eu 1 150 adoptions nationales pour 3 995 adoptions internationales. Il y a actuellement 23 000 familles agréées en France. La France a la particularité d'être le pays d'accueil d'enfants originaires de plus de soixante pays différents. Les territoires d'origine sont équitablement répartis (25 %) entre l'Europe, l'Amérique, l'Afrique et l'Asie.

Schématiquement, il y a peu d'enfants âgés adoptés en Asie, pas d'enfants de moins de six mois en Europe, car les procédures durent, en général, plus de six mois, alors qu'il n'en va pas de même en Amérique où il n'existe aucu-

ne limite d'âge pour l'adoption. En règle générale, un tiers des enfants a moins d'un an, un tiers entre un et trois ans et un tiers entre trois et plus de sept ans.

La morbidité des enfants adoptés est de l'ordre de 50 %, et les problèmes les plus fréquents sont neuropsychiques, infectieux et nutritionnels.

Si l'on considère quelques pays-clés, les problèmes sont différents :

– *En Haïti*, du fait du sévère marasme économique, les enfants confiés à l'adoption le sont souvent par leurs familles biologiques, car c'est le seul espoir pour ces dernières de les voir survivre. Ces enfants, pour la plupart, souffrent de grande dénutrition, de pathologies infectieuses graves, la tuberculose étant la plus courante.

– *En Lettonie*, les enfants sont confiés à l'adoption à l'issue du retrait de l'autorité parentale pour maltraitance ou délaissement de l'enfant consécutifs à l'alcoolisme des parents. Certains enfants, nés de mères séropositives, mais indemnes de la maladie, sont complètement délaissés par peur du sida. Aucune éducatrice ne consent à les porter, ils sont bannis par ignorance, ce qui fait qu'ils présentent des carences affectives graves avec stéréotypies.

– *À Madagascar*, la croyance populaire veut que les jumeaux portent le mal dans les maisons, d'où abandon de l'un des deux ou des deux. Des orphelinats spécialisés sont ouverts pour ces enfants.

– *La Chine* avec la politique démographique de l'enfant unique, devient l'un des premiers pays d'origine de nos enfants. Les filles non désirées y sont fréquentes à adopter.

En conclusion, M. Zeisser a rappelé l'importance du premier attachement de l'enfant et la qualité du *nursing* des premiers mois. Quel que soit l'âge d'adoption, il faut qu'ils réapprennent parfois tout à l'enfant, en repassant par des étapes antérieures à l'âge réel de l'enfant (couches, biberon, etc.). Dans tous les cas, les parents adoptifs devront jouer le rôle de tuteur des sens de l'enfant.

Il y a en France des lacunes de notre système d'adoption, et il est envisagé de créer une agence nationale pour l'adoption, pour mieux préparer les familles à l'accueil d'un enfant et à son intégration. ■

COLLOQUE ANNUEL de l'INSTITUT de MÉDECINE TROPICALE d'ANVERS

Anvers, 24-26 novembre 2004

rapporté par M. Rey

Ce Colloque, inscrit dans le cadre des activités européennes de recherche et d'enseignement pour la promotion de la santé dans les pays en développement, avait pour titre "Networking the networks", ce qui peut se traduire par "Mettre en réseau les réseaux".

Cette réunion, qui se déroulait en anglais, devenue la première langue de communication des européens, partait du constat que les nombreux réseaux internationaux, dont beaucoup sont européens, ont du mal à communiquer et à s'articuler entre eux. Citons parmi

les plus importants en Europe TropMedEurope (Association des Instituts et Écoles de médecine tropicale), FESTMIH (Fédération des Sociétés européennes de médecine tropicale), TropEd (Réseau européen pour l'Éducation en Santé internationale), EDTCP (Partenariat Europe-pays en développement pour la formation en Santé internationale). Les réseaux qui concernent plus particulièrement la médecine des voyages sont ceux impliqués dans la surveillance des maladies importées : TropNetEurop (Réseau européen pour la surveillance des mala-

dies infectieuses importées), ESSTI (Surveillance européenne des maladies sexuellement transmissibles), ENIVD (Réseau européen pour le diagnostic des maladies virales importées). La France était fort peu représentée à ce colloque, auquel participaient plusieurs instituts et autres organismes européens (provenant surtout d'Europe du Nord), des ONG (dont MSF), de l'OMS, de nombreux Africains Sud-sahariens, des Asiatiques du Sud-Est, quelques Sud-Américains. Cette réunion a donné l'impression d'une relative marginalisation de notre pays. ■

COMPTE-RENDU ECC et RICAI *Paris, 1^{er}-3 décembre 2004*

rapporté par E. Caumes

Cette année la 24^e Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuses (RICAI) avait lieu en même temps que le 6^e Congrès Européen sur la Chimiothérapie et l'infection (ECC), à Paris, du 1^{er} au 3 décembre 2004. Une session consacrée aux maladies observées au retour de voyage était supervisée par la Société de Médecine des Voyages. Une cinquantaine de personnes étaient présentes dans la salle et la discussion a souvent été fructueuse.

Thomas Loescher (*Munich, Allemagne*) a présenté un panorama de l'épidémiologie du paludisme d'importation en Europe. Les Français ont le privilège de toujours occuper la première place avec près de 7000 cas importés l'année dernière, suivis par les Britanniques, les autres pays européens étant beaucoup moins représentés. Le grand point commun entre les différents pays est la sur-représentativité des

immigrés, retournant dans leur pays, pour voir amis et famille, à l'occasion des vacances passées au village. Ils représentent une catégorie de voyageurs à risque particulièrement élevé de paludisme d'importation, mais c'est une population difficile à cibler pour la prévention.

Maria Mutsch (*Zurich, Suisse*) a rappelé l'importance de la pathologie respiratoire parmi les différents problèmes de santé en voyage. À côté de la gravité de certaines pathologies rares (SRAS, par exemple), elle a souligné la fréquence de la grippe. Et elle a conclu son intervention en signalant que la grippe était maintenant devenue la plus fréquente des maladies du voyageur pouvant être prévenue par une vaccination.

Éric Caumes (*Paris*) a présenté les résultats des différentes études évaluant les pathologies observées au retour de

voyage en même temps que les résultats d'une étude prospective de six mois avec 622 voyageurs malades ayant consulté au retour de voyages dans le service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris en 2003. Les principales causes de consultation étaient les dermatoses (23 %), la pathologie digestive (19 %), les signes respiratoires (11 %), les hépatites virales (4 %) et les infections urinaires (3 %). Un tiers des étiologies seulement sont en rapport avec une maladie tropicale. Parmi les 230 pathologies tropicales importées les principales sont le paludisme (24 %), la bilharziose (20 %), les nématodoses intestinales (12 %), l'amibiase (8 %) et la dengue (7 %). Les autres causes de pathologie au retour de voyage sont cosmopolites, relevant plus de la médecine générale que de la médecine tropicale, mais la plupart restent d'origine infectieuse. ■



QUELQUES NOUVELLES collectées dans la MESSAGERIE du CLUB EDISAN CD CONSEIL...

par M. Rey

... et susceptibles d'intéresser nos lecteurs

■ Choléra au Sénégal

29 octobre 2004

Une flambée de choléra est signalée en octobre 2004 avec 199 cas (2 décès) observés à Dakar et dans sa banlieue (dont certains en provenance de Rufisque et de Bambey), quelques cas suspects à Thiès. La dernière épidémie sénégalaise remonte à 1997 (371 cas, 11 décès).

■ Premier décès européen consécutif à une vaccination contre la fièvre jaune

6 novembre 2004

Il s'agit d'une jeune espagnole de 26 ans, vaccinée le 14 octobre par le Stamaryl® (en même temps que contre le choléra, la diphtérie, le tétanos), qui est tombée malade trois jours après (fièvre, arthralgies, suivies d'une défaillance polyviscérale, hépatique, rénale, cardiaque, respiratoire, associée à une thrombopénie), et qui est morte le septième jour dans un service de réanimation. Ce cas s'ajoute aux sept autres signalés depuis quelques années aux États-Unis et au Brésil (cf. *Journée SMV du 21 mars 2003*). Le lot de vaccin (Aventis-Pasteur MW) a été vérifié, il était conforme à toutes les spécifications requises. Les autorités espagnoles n'ont pris aucune mesure restrictive relative à l'utilisation de ce vaccin.

■ Fièvre jaune au Burkina-Faso

25 novembre 2004

En mai 2004, 25 cas suspects de fièvre jaune ont été décelés dans les districts de Bobo-Dioulasso et de Gaoua. Neuf cas ont été confirmés, dont 2 mortels. En octobre, un nouveau cas mortel a été observé près de Sindou (au Sud-Ouest de Bobo), révélant un nouveau foyer, en cours d'investigation.

■ Un cas de fièvre hémorragique Crimée-Congo, importé du Sénégal en France

25 novembre 2004

Ce cas a été contracté lors d'un voyage touristique (Dakar, Saly, petite côte sénégalaise). Le tableau de fièvre hémorragique a conduit à rapatrier le patient vers un service de soins intensifs. L'évolution a été favorable. La contamination n'a pas été expliquée (soit par une tique du genre *Hyalomma*, soit par un contact direct avec un sujet infecté). Un cas humain avait été rapporté en janvier dans la même région (près de Poppinguine), chez un Sénégalais en contact avec des moutons. En 2003, une épidémie de 63 cas humains (dont 18 décès) avait été rapportée en Mauritanie. 35 patients résidaient à Nouakchott. À partir du cas index (un boucher contaminé au contact d'une chèvre), l'épidémie s'est propagée, de personne à personne, dans la famille du boucher (4 cas), puis dans l'hôpital (15 cas).

Asymptomatique chez l'animal, l'infection par le virus Crimée-Congo est chez l'homme d'expression clinique variable (asymptomatique, algo-fébrile, hémorragique) La ribavirine peut avoir une action curative, voire préventive.

■ Grippe aviaire A/H5N1 en Asie

25 novembre 2004

Une nouvelle vague de grippe aviaire est signalée en Thaïlande, avec 5 cas humains (dont 4 décès) et au Vietnam (4 cas humains, tous mortels), ainsi que des foyers épizootiques observés au Cambodge, en Malaisie, en Indonésie. En Thaïlande, 57 provinces ont été touchées, plus d'un million de volailles sont mortes ou ont été abattues. Dans un zoo à tigres de la province de Chomburi, hébergeant 441 animaux, 144 tigres sont morts ou ont été abattus du fait d'une

épizootie de grippe aviaire, confirmant la sensibilité des félinés (y compris le chat) à la grippe aviaire. L'importation à Bruxelles, illicite, de deux faucons thaïlandais infectés n'a heureusement pas entraîné de cas secondaires. Au Vietnam, 14 provinces ont été affectées. En Chine, une enquête a été faite en 2004 chez les porcs, dont la contamination pourrait conduire à un réassortiment du virus dangereux pour l'homme (4000 prélèvements, tous négatifs). Les canards domestiques, qui ont une infection asymptomatique contrairement aux poulets, paraissent actuellement constituer un réservoir majeur de grippe aviaire. En France, un plan de lutte contre la grippe aviaire a été publié le 13 octobre, accessible sur le site InVS (www.invs.sante.fr).

■ Paludisme d'importation, en provenance de la Côte Est dominicaine.

29 novembre 2004-3 décembre 2004

Sept cas ont été reportés chez des touristes par le réseau TropNetEurop (5 en Allemagne, un au Royaume-Uni et un en Espagne), tous dus à *Plasmodium falciparum*, contractés à Punta Cana, à

Dans le numéro 2-3 de La lettre de la SMV que vous avez reçu par E-mail, il a été malencontreusement oublié de mentionner que les "Quelques nouvelles d'ici et d'ailleurs" figurant page 6 ont été collectées à partir de la messagerie d'Edisan, diffusée par CD-CONSEIL. La rédaction de La Lettre présente ses excuses pour ce regrettable oubli.