

N° : COR-S4-01

Epidémiologie et phénotype de résistance du portage nasal du *Staphylococcus aureus* chez l'enfant drépanocytaire au Mali.

Ag Baraïka M^{1,4,5}, Guindo A¹, Dembélé AK¹, Sarro YS¹, Traoré I¹, Kanta M¹, Diallo S³, Lekana-Douki JB⁴, Diallo D^{1,2}.

¹ Centre de Recherche et de lutte contre la Drépanocytose, Bamako, Mali.

² Service d'Héματο-oncologie médicale CHU-PointG, Bamako, Mali.

³ Centre d'infectiologie Charles Mérieux de Bamako, Mali.

⁴ Centre International de Recherches Médicales (CIRF), Franceville Bamako.

⁵ Ecole Doctorale Régionale d'Afrique Centrale en Infectiologie Tropicale, Franceville, Gabon.

Auteur correspondant, E-mail : moagba08@yahoo.fr

Résumé :

Introduction : *Staphylococcus aureus*, est une bactérie ubiquitaire retrouvée fréquemment sur la peau et les muqueuses notamment dans les narines des êtres vivants et de nombreuses espèces animales. Dans la population générale, la prévalence du portage nasal permanent est comprise entre 20 et 25 % tandis que la colonisation transitoire par cette bactérie affecte au moins 60 % de la population restante. Le caractère ubiquitaire de la bactérie, ainsi qu'une diminution des défenses immunitaires peuvent être les facteurs expliquant la fréquence et la gravité des infections due à ce germe. Il a été rapporté par plusieurs auteurs au cours des septicémies, des infections urinaires et des ostéomyélites chez le drépanocytaire.

Objectif : Déterminer la prévalence du portage nasal de *Staphylococcus aureus*, préciser les phénotypes de résistance de ce germe aux antibiotiques.

Matériel et Méthodes : Pendant 12 mois, 180 prélèvements nasaux ont été réalisés à la recherche de portage nasal du *Staphylococcus aureus*. Le phénotype de résistant a été déterminé sur l'appareil Vitek II ce qui a permis après les tests biochimiques de confirmer la bactérie identifiées.

Résultats : l'âge des enfants était compris entre 6mois et 180 mois. *S. aureus* a été isolé chez 62 enfants drépanocytaires. Les filles étaient les plus représentées dans notre population d'étude. L'utilisation antérieure des antibiotiques et l'hospitalisation jouent un rôle dans le portage nasal du *S. aureus*. Parmi les souches étudiées, en ce qui concerne la résistance aux bêta-lactamines,

3,3 % ont présenté le phénotype sauvage, 24,9 % pour le phénotype pénicillinase ACQ ou modification des PLP et 1,4 % pour le phénotype MetiR. La résistance aux aminosides était moins élevée (2,5 %) tandis que pour les macrolides nous avons observé un phénotype de résistance de 10,6%. Pour les glycopeptides le phénotype de Vancomycine Intermediae *S. aureus* était de 12,9 %. **Conclusion** : les souches de *S. aureus* isolées au niveau nasal chez l'enfant drépanocytaire montrent une diversité de phénotype de résistance. Ce phénomène mérite d'être approfondi sur une population importante pour pouvoir contrôler les diffusions de souches bactériennes résistantes aux antibiotiques couramment utilisés.

Mots Clés : *Staphylococcus aureus*, enfants drépanocytaires, phénotypes, résistance, Mali.

N° : COR-S4-02

Profils de résistance aux fluoroquinolones des souches de *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma spp.*

Ag Baraïka M^{1,2,3}, Onanga R², Bisvigou R², Lekana-Douki JB², Touré FS².

¹ Centre de Recherche et de lutte contre la Drépanocytose, Bamako, Mali.

² Centre International de Recherches Médicales (CIRF), Franceville Bamako.

³ Ecole Doctorale Régionale d'Afrique Centrale en Infectiologie Tropicale, Franceville, Gabon.

Auteur correspondant, E-mail : moagba08@yahoo.fr

Résumé

Introduction : *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma spp* ont été décrit dans de nombreuses études comme bactéries impliquées dans l'infertilité, la vaginose, salpingite, infections néonatales, endométrites, urétrites non gonococciques. **Objectifs** : Déterminer la prévalence des souches de *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma spp* résistantes aux fluoroquinolones et déterminer les marqueurs moléculaires de résistance aux fluoroquinolones.

Méthodes : Des prélèvements vaginaux ont été faits chez 278 femmes pour la recherche des mycoplasmes, leur résistance aux antibiotiques (Macrolides, Cyclines, Fluoroquinolones) et la détermination des gènes de l'ADNgyrase et la topoisomérase résistants aux fluoroquinolones.

Résultats : De ces femmes, 36,5% étaient infectées par *M. hominis* et 40,6% par *U. urealyticum*. De tous les mycoplasmes isolés 103 soient un taux de 37,05 % étaient résistants aux fluoroquinolones. On a également étudié la résistance aux autres antibiotiques dont la résistance était de 50% pour l'Azithromycine, 53,8% pour la Clarythromycine et 61,9% pour l'Erythromycine. Tous nos mycoplasmes isolés présentaient une sensibilité aux Cyclines de l'ordre de 72,4% à 83,8%. A travers cette étude 6 de nos isolats résistants aux fluoroquinolones présentaient une mutation cumulée au niveau du gène *gyrA* et *parC*, conférant à ces derniers une résistance haute contre une résistance basse chez 43 des isolats dont la mutation était cumulée au niveau du gène *gyrB* et *parE*.

Conclusion : Cette étude nous a permis de révéler une présence élevée de ces mycoplasmes dans la population féminine à étudiée, et de donner un signal de prudence dans la prescription des antibiotiques de nouvelle génération.

Mots clés : *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma spp*, fluoroquinolones, mutation.

N° : COR-S4-03

Mise en place de la surveillance des résistances aux antibiotiques des bactéries associées aux infections sexuellement transmissibles au Laboratoire Rodolphe Mérieux de Bamako, Mali.

Sogodogo E¹, **Timbine LG**¹, Traoré B¹, Kouriba B¹, Diallo S¹.

¹ Centre d'Infectiologie Charles Mérieux, Bamako, Mali.

Auteur correspondant, Email : lassana.timbine@cicm-mali.org

Résumé

Introduction / Objectifs

Les infections sexuellement transmissibles sont de plus en plus reconnues comme étant un problème majeur de santé publique. Ces dernières années, la résistance aux antibiotiques s'est développée rapidement pour certaines IST (*Neisseria gonorrhoeae*).

Le but de la présente étude était de mettre en place un système de surveillance des résistances aux antibiotiques des bactéries associées aux infections sexuellement transmissibles au Laboratoire Rodolphe Mérieux (LRM) de Bamako

Méthodes

C'est une étude prospective, réalisée au LRM sur des germes isolés des prélèvements vaginaux et urétraux, de mars 2013 à février 2014.

La sensibilité aux antibiotiques a été déterminée avec les automates Vitek 2® Compact et le Mini Api ; on a aussi utilisé le Kit Mycoplasma IST2

Résultats

Nos résultats ont montré que sur 628 prélèvements effectués, 351 présentaient des IST soit 56% du total des prélèvements. Concernant l'âge, 47,30% des patients sont classés dans l'intervalle compris entre 21-30 ans. Neuf différents types de germes ont été identifiés ; *Candida albicans* (31%) est le plus fréquemment isolé suivi d'*Ureaplasma urealyticum* (28,80%) et les streptocoques bêta-hémolytiques du groupe B (16,60%). La sensibilité aux antibiotiques a été déterminée pour les mycoplasmes uro-génitaux, les streptocoques bêta-hémolytiques du groupe B et les *Escherichia coli*. Les souches d'*Ureaplasma urealyticum* et *Ureaplasma hominis* ont montré une résistance marquée aux fluoroquinolones mais gardent une bonne sensibilité à la pristinaamycine et josamycine. Concernant les streptocoques bêta-hémolytiques du groupe B, les résistances les plus élevées ont été observées pour la tétracycline, la clindamycine et la benzylpénicilline. Les souches d'*E. coli* ont montré une acquisition de résistances multiples affectant les aminopénicillines, les fluoroquinolones, le co-trimoxazole et les céphalosporines. Elles sont restées sensibles à l'imipénème et l'ertapénème.

Conclusion

La surveillance des résistances aux antibiotiques des principales bactéries impliquées dans les infections sexuellement transmissibles a permis d'identifier une bactérie multi-résistante parmi

les souches d'*E. coli*. La surveillance des résistances aux antibiotiques au LRM doit être constante afin de limiter la progression de la multi-résistance bactérienne.

Mots clés : Infections sexuellement transmissibles, antibiotiques, Résistance, Laboratoire Rodolphe Mérieux.

N° : COR-S4-04

Aspects moléculaires de la résistance aux antibiotiques des souches de *Escherichia coli* uropathogènes communautaires à Bamako.

Sidibe M¹, Timbine LG², Wane AA², Sambe-Ba B², Dicko OA¹, Maiga I¹, Gassama-Sow A².

¹ CHU du Point G Bamako (Mali),

² Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

Auteur correspondant, Email : mayrako@yahoo.fr

Résumé :

Objectifs : Dans le but de déterminer les phénotypes ainsi que les gènes impliqués dans la résistance des souches de *Escherichia coli* uropathogènes communautaires à Bamako/Mali.

Matériel et méthodes : une étude prospective a été réalisée au CHU du Point G à Bamako et à l'Unité de Bactériologie Expérimentale de l'Institut Pasteur de Dakar/Sénégal. Elle a porté sur vingt neuf (29) souches de *Escherichia coli* isolées de septembre 2011 à juin 2012 des ECBU des patients consultants externes, référés au Laboratoire de Biologie Médicale et d'hygiène hospitalière du CHU du Point G. Un antibiogramme a été réalisé sur chaque souche isolée selon les recommandations du CA-SFM, édition 2012. La détection des gènes de résistance et intégrons a été faite par amplification génique en utilisant des amorces spécifiques.

Résultats : un taux de résistance élevé de nos souches a été retrouvé vis-à-vis de l'amoxicilline, des céphalosporines de 3^{ème} génération, du sulfaméthoxazole-triméthoprime et des fluoroquinolones, largement utilisés dans le traitement des infections uropathogènes communautaires. Toutes les souches résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération étaient productrices de bêta-lactamases à spectre étendu : BLSE (55%). Par contre nos souches ont conservé une bonne sensibilité à la céfoxitine, à l'imipénème, à l'amikacine et au chloramphénicol. L'analyse des résultats de l'antibiogramme nous a permis de dégager quatre groupes de phénotypes de résistance aux bêta-lactamines : TRI ou TEM résistant aux inhibiteurs (10,35%) ; Pénicillinase à bas Niveau (17,24%) ; Pénicillinase à haut niveau (17,24%) ; BLSE ou bêta-lactamase à spectre étendu (55,17%). En revanche aucune de nos souches isolées n'a présenté un phénotype sensible ou sauvage (PS). Les gènes qui codent la résistance aux pénicillines, aux céphalosporines et aux quinolones ont été recherchés. Les gènes intégrase de classe 1, 2, 3 pour les intégrons recherchés étaient respectivement *IntI* 1, 2 et 3. Chez les souches non productrices de BLSE, le phénotype pénicillinase était le plus représenté et les gènes retrouvés étaient : *bla_{TEM1}*, *bla_{SHV1}* et *bla_{OXA1}*. Chez ces souches, nous avons noté également la présence d'*IntI* 1 et 2. Le gène *QnrS* a été retrouvé chez les souches résistantes aux quinolones testés. Les souches productrices de BLSE étaient majoritaire et présentaient des phénotypes multirésistants vis-à-vis des antibiotiques testés. L'étude moléculaire des supports génétiques de ces résistances a permis de détecter plusieurs gènes codant pour la résistance aux bêta-lactamines, aux quinolones et des intégrons. La production de BLSE était généralement associée à la présence du gène *QnrS*. L'augmentation de la résistance des souches de *E. coli* uropathogènes communautaires à différents antibiotiques et la présence de gènes plasmidiques nécessitent le

renforcement de la surveillance de cette résistance dans notre pays à travers des bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie. Il serait souhaitable de compléter cette étude par la caractérisation des gènes et intégrons responsables de ces résistances.

Mots clés: *Escherichia coli*, résistance, antibiotiques, infections uropathogènes, communautaires.

N° : COR-S5-01

La place du paludisme dans les accès fébriles en zone de riziculture irriguée : Centre de Santé de Référence de Niono, Mali.

Keita M¹, Fomba S², Saye R⁷, Samaké B M⁹, Tall FK³, Camara B¹, Traore M⁴, Coulibaly CO⁴, Diani N⁵, Dembele A S⁶, Dicko H¹, Diallo BM¹, Diallo D¹, Coulibaly Y¹, Doumbia S⁸

¹ Service Anesthésie – réanimation et des urgences du CHU de Point G

² Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)

³ Service Anesthésie – réanimation et des urgences CHU de Kati

⁴ Centre de Santé de Référence de Niono

⁵ Hôpital du Mali

⁶ Service d'Anesthésie, réanimation et des urgences du CHU IOTA

⁷ Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

⁸ Département d'Enseignement et Recherche (DER) en santé publique et Spécialités, FMOS

⁹ Service d'Anesthésie, réanimation et des urgences du CHU Gabriel TOURE

Auteur correspondant, Email: bilkeita@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

Le paludisme est une erythrocytopathie fébrile hémolysante due à un protozoaire du sang (hématozoaire) de genre plasmodium, transmis par la piqûre infestante d'un vecteur hématophage, l'anophèle femelle. Le paludisme constitue un problème de santé publique dans les pays tropicaux (où il tient la 1^{ère} place parmi les étiologies de fièvres) et plus particulièrement en Afrique au sud du Sahara. Il existe peu de données au niveau des structures de santé permettant d'apprécier la place du paludisme dans les accès fébriles, en particulier dans les centres de santé de référence à l'intérieur du Mali. Déterminer la place du paludisme dans les étiologies des accès fébriles au Centre de santé de référence de Niono en 2013.

Méthodes

Notre étude prospective a concerné tous les patients admis au Centre de santé de référence de Niono, de Janvier à Décembre 2013, qui ont bénéficié d'une prise de température axillaire et d'une goutte épaisse ou d'un Test de diagnostic rapide. Le diagnostic de paludisme a été retenu sur la présence d'une fièvre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{Celsius}$) et d'un résultat biologique positif pour *P. falciparum*.

Résultats

La fréquence des cas de paludisme était de 88%. Les patients âgés de 0 à 11 ans étaient les plus nombreux (44,7%). Cent trente-neuf patients, soit 22%, étaient atteints de paludisme grave. Le paludisme était associé à la fièvre typhoïde (73cas), l'insuffisance respiratoire aiguë (29 cas), l'infection urinaire (14 cas). La goutte épaisse était positive dans 97% des cas contre 70% pour le Test de diagnostic rapide. La température était entre 38 et 39°Celsius pour 458 cas de paludisme simple et 129 cas de paludisme grave, elle était $\geq 40^{\circ}\text{Celsius}$ pour 37 cas de paludisme simple et 10 cas de paludisme grave.

Conclusion

Le paludisme avec 88% de fréquence est une cause fréquente d'admission au Centre de santé de référence de Niono. Il est la 1^{ère} cause des accès fébriles, suivi de la fièvre Typhoïde, de l'insuffisance respiratoire aiguë, du paludisme associé à une autre infection et il touche majoritairement les enfants de 0 à 5 ans.

Mots clés : Paludisme, Accès fébriles, Zone irriguée, Centre de Santé de Référence, Niono.

N°: COR-S5-02

L'apport des nouvelles technologies de l'information dans la remontée des données dans la lutte contre le paludisme : expérience du PNLP Mali.

Fomba S¹, **Kéïta M**², Kéïta F³, Konaté M¹, Sacko B¹, Koné D¹

¹ Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

² Service d'Anesthésie, réanimation et des urgences (CHU du Point G)

³ Faculté de Pharmacie/Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (FAPH/USTTB).

Auteur correspondant, Email : drfomba@hotmail.fr

Résumé :

Introduction / Objectifs

Le système d'information au Mali a connu une évolution globalement satisfaisante surtout dans son organisation et sa gestion. Cependant le système reste encore confronté à des défis liés principalement à la qualité des données, l'insuffisance d'analyse des données collectées et l'utilisation de l'information produite pour la prise de décision. Ce constat est encore plus accentué pour le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) qui en plus des insuffisances concernant le système global avait la particularité de ne pas avoir les indicateurs clés dans les outils de collecte utilisés au niveau opérationnel que sont les Rapports Trimestriels d'Activités (RTA). C'est dire que le PNLP était confronté à un problème de complétude, de promptitude, d'insuffisance de qualité et enfin d'inadéquation entre les données collectées et ses besoins. Rapporter et analyser les résultats de la collecte des données par le système de remontée électronique des données sur les activités de lutte contre le paludisme dans huit Districts de la région de Ségou et deux communes du District de Bamako.

Méthodes

La collecte des données a concerné la période de Septembre 2011 à décembre 2012. Elle a concerné 195 Centres de Santé Communautaire, 10 Centres de Santé de Référence et un hôpital régional. Un formulaire d'une page a été utilisé pour l'envoi des données. Dans deux Districts sanitaires, les données étaient envoyées directement par SMS sur le serveur tandis que pour le reste des Districts, les données étaient envoyées sur copie dure du formulaire au niveau du district où elles étaient transcrites en format électronique avant d'être envoyées sur le serveur via internet.

Résultats

Au total, 220 structures toutes catégories étaient enrôlées pour l'envoi des données. Sur 3300 rapports attendus, 2826 ont été reçus dont 2565 dans les 5 jours (délais requis) après la fin du mois soit un taux de complétude de 85,64% et de promptitude de 77,73%. Parmi les cas suspects de paludisme 89% ont été testés par Test de Diagnostic Rapide ou par Goutte Epaisse parmi lesquels 79% étaient positifs pour l'ensemble des patients, 80% pour les enfants de moins de 5 ans et 70,68 % pour les femmes enceintes. Le taux de promptitude des rapports est largement supérieurs à celui du système ordinaire avec une valeur de $P < 10^{-10}$.

Conclusion

Cette expérience a permis d'atteindre un niveau de promptitude supérieur à celui du système de routine ordinaire avec une valeur de $p < 10^{-10}$. Cette expérience peut être approfondie pour son extension à l'ensemble du pays en mettant plus d'accent sur la qualité des données.

Mots clés: NTIC, remontée des données, District sanitaire, Paludisme, Ségou, Bamako.

N°: COR-S5-03

Les effets immunologiques de la chimioprévention saisonnière du paludisme avec la SP et l'amodiaquine chez les enfants vivant au sud du Sénégal.

Sylla K¹, Fall C.B¹, Séné M² Tine R.C¹, Sow D¹, Ndiaye M¹, Sarr A¹, Mbuyi MLT¹, Diouf I¹, Lô CA¹, Abiola A¹, Seck M¹, NDiaye M¹, Badiane AS¹, Ndiaye JL¹, Faye O¹, Dieng T¹, Dieng Y¹, Ndir O¹, Gaye O¹ et Faye B²

1= Service de Parasitologie-Mycologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Université, Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

2= Département de Parasitologie-Mycologie, Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon

Auteur correspondant, Email : khadimesylla@yahoo.fr

Résumé

Introduction

Dans les pays en développement les enfants sont les plus touchés par le paludisme. Dans le souci de renforcer la lutte contre le paludisme chez les enfants, la chimioprévention du paludisme saisonnier a été recommandée par l'OMS. Cette stratégie s'est révélée très efficace dans la prévention du paludisme et ses complications. L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets immunologiques de cette stratégie chez les enfants de moins de 10 ans vivant au Sud-Est du Sénégal.

Patients et Méthodes

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un essai communautaire randomisé évaluant l'impact du traitement préventif intermittent saisonnier avec une dose unique de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) et 3 doses d'Amodiaquine (AQ). Une enquête transversale a été réalisée en Octobre 2010 (baseline) et une autre enquête un an après intervention (Septembre 2011) dans le but d'évaluer l'impact de la stratégie sur l'immunité des enfants. La prévalence du paludisme a été mesurée par goutte épaisse et frottis sanguin. Des confettis ont été réalisés pour mesurer les IgG anti-MSP1₄₂ et anti-AMA1 par ELISA. Une régression logistique a été faite pour l'analyse des facteurs associés à la production d'anticorps.

Résultats

Au total 1611 enfant moins de 10 ans ont été inclus dans cette étude (866 enfants en 2010 et 745 enfants en 2011). Avant intervention, la prévalence du paludisme était de 10,39% et après intervention, cette prévalence était de 5,03%. Les résultats ont montré une diminution de la production des IgG anti-MSP1 et anti-AMA entre 2010 et 2011. Le pourcentage de sujets producteurs d'anticorps anti_MSP1 et anti_AMA1 était plus importante en 2010 comparée en 2011. La séroprévalence des anticorps anti-AMA1 et anti-MSP1 augmente avec l'âge et le portage de *Plasmodium falciparum*. Par contre, elle diminue en fonction de la zone et de la période d'étude et est indépendamment associée à la séropositivité.

Conclusion

Les résultats de cette étude ont montré que la chimioprévention du paludisme saisonnier est une stratégie efficace pour la prévention du paludisme de l'enfant. Cette stratégie nécessite d'être renouvelée chaque année dans les zones de forte endémicité pour éviter une recrudescence des cas de paludisme. D'autre part, la CPS entraîne une réduction de la production des anticorps qui sont associés à la protection contre le paludisme.

N° : COR-S5-04

Toxoplasmose oculaire chez l'immunocompétent au VIH à propos d'un cas dans le Service des maladies infectieuses au CHU du Point G, Bamako, Mali.

Magassouba O¹, Fofana A¹, Dicko MS¹, Konaté I^{1,2}, Dao S^{1,2}

¹ Service des maladies infectieuses, CHU Point G, Bamako, Mali

² Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Bamako, Mali

Auteur correspondant, Email : magassoubao@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

La toxoplasmose oculaire reste un problème de santé publique dans les pays en développement comme le Mali. Elle représente l'une des localisations la plus fréquente après celle ganglionnaire chez le sujet immunocompétent au VIH. L'expression clinique est polymorphe avec parfois des lésions spécifiques. C'est une affection grave par la sévérité des complications à savoir la cécité. Le diagnostic est posé par la clinique et/ou paraclinique. Nous vous rapportons ici un cas de toxoplasmose oculaire dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G.

Description

Patient âgé de 29ans, gendarme, marié, monogame, père de 2 enfants, Immunocompétent au VIH, adressé pour: uvéite intermédiaire. Le début est marqué par un trouble de la vision, fièvre vespérale non quantifiée, hyper sudation nocturne.

L'examen physique retrouve : hyperhémie conjonctivale, BAV réduite à CLD à 3 mètres, une hyperhémie conjonctivale diffuse et douloureuse, un œdème cornéen

paracliniques : Sérologie toxoplasmique : à j1 IgG =185UI/ml et IgM=0,05UI/l ; à j15

IgG=208UI/l et IgM=0,05UI/l

L'angiographie fluorescéinique: met en évidence œdèmes maculaire et papillaire

Antécédents : infection oculaire étiologie non déterminée en 2009

Rémission des symptômes sous: cortancyl 20mg: dose décroissante 60mg, 40mg, 20mg pendant 21jours ; cromosol collyre et Desomedine collyre, 01gttex04 fois/jr ; Fansidar injectable 2 amp / j

Diagnostic retenu par la clinique et paraclinique

Le patient fut mis sous : Sulfaméthoxazole-Triméthoprime 800/160mg (2 comp/8h) ; Lederfoline 5mg (1comp/24h) ; Paracétamol 500mg (2 comp/12h) ; Neurobion (1comp/8h) ; Cromosol collyre (1gtte/8h) ; Desomedine collyre (1gtte/6h)

L'évolution fut favorable : à 15 jours retour ACV: Passe de CLD 03m à 06/10 ; à 2mois: ACV: 10/10

Conclusion

La détermination du diagnostic étiologique guide considérablement les décisions thérapeutiques

Mots clés: Uvéites antérieure, intermédiaire et postérieure, toxoplasmose oculaire.

N° : **COR-S6-01**

Comparaison des techniques Biocentric et Abbott RealTime pour la quantification de l'ARN du VIH-1 dans le plasma en Afrique de l'Ouest (Mali et Burkina Faso).

Traoré FT, Kania D², Baldé A¹, Bonkoungou A², Daou F¹, Zida S², Traoré B¹, Kagoné T², Ouedraogo GA³, Dolo O¹, Coulibaly YA⁴, Doumbia S⁵, Diallo S¹, Meda N², Maiga A I¹.

¹ Unité Épidémiologie Moléculaire de la Résistance du VIH aux ARV, SEREFO, Faculté de Pharmacie, Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako - USTTB, Bamako, Mali.

² Laboratoire de virologie, Département des sciences biomédicales, Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

³ Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso

⁴ Service de Pédiatrie, CHU Gabriel Toure, Bamako, Mali.

⁵ Faculté de Médecine et D'Odonto-Stomatologie, Bamako, Mali.

Auteur correspondant, Email: ftt.1989@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs : Le suivi virologique est extrêmement important chez les patients infectés par le VIH et sous traitement antirétroviral (ARV). Les patients en Afrique commencent à avoir accès à la charge virale (CV) très recommandée par l'OMS. Plusieurs trousseaux commerciaux de quantification de la CV sont disponibles et des plateformes ouvertes commencent à être commercialisés. **Objectif :** Evaluer et comparer la performance analytique des tests Biocentric et Abbott RealTime pour la mesure de l'ARN du VIH-1 chez les patients infectés par le VIH pour la plupart des formes recombinants.

Méthodes : Les échantillons de plasma ont été recueillis auprès de 167 patients infectés par le VIH-1 et 20 sujets non infectés (sujets séronégatifs) au Mali et au Burkina Faso. Tous les 187 échantillons ont été effectués à la fois par le test Biocentric dans le Centre Muraz laboratoire de virologie situé à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso et le test Abbott RealTime dans le programme SEREFO à Bamako, au Mali. Les concentrations d'ARN du VIH-1 obtenus avec chaque test ont été comparées afin de déterminer la corrélation et l'accord entre les tests Biocentric et Abbott pour le dosage en ARN du VIH-1.

Résultats : Sur 187 échantillons, 8 (4,3%) des résultats dont 7 échantillons de VIH-1 des patients infectés et 1 échantillon de sujet séronégatif n'étaient pas clairement interprétables avec le test Abbott. Enfin, la comparaison de la performance analytique des deux essais a été faite avec 179 échantillons avec les deux essais Biocentric et Abbott. Les deux essais ont donné respectivement une charge virale médiane de $5,31 \pm 1,14 \log_{10}$ copies / ml (IQR 25-75: 4,65 à 5,20) pour le dosage Biocentric et $4,43 \pm 1,30 \log_{10}$ copies / ml (IQR 25-75: 03/29 au 05/27) pour le dosage Abbott. Une bonne corrélation a été observée entre les deux dosages et le coefficient de corrélation de Spearman était $r = 0,85$. La différence de moyenne (biais \pm SD) entre les tests Biocentric et Abbott était $+ 0,73 \pm 0,63 \log_{10}$ copies/ml. Sur 102 échantillons positifs pour le VIH-1 à la fois les deux essais, 96 (94,1%) étaient dans la limite acceptable de 95%. Les coûts du test unitaire reviennent à 43,7 et 19,9 euros respectivement pour les tests Abbott et Biocentric.

Conclusion : La plateforme ouverte Biocentric et commerciale Abbott sont fiables pour la détection du VIH-1 et la quantification de l'ARN chez les patients infectés par les formes

recombinantes du VIH-1. Cependant le coût unitaire du test Abbott est plus élevé que celui du test Biocentric ce qui donnera un avantage pour l'utilisation du test Biocentric.

N° : **COR-S6-02**

Évaluation des cas invalides dans la qualité des résultats de PCR au Laboratoire de Bactériologie Virologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) au Mali de 2009 à 2013 ; défis et perspectives.

Sanogo A¹, Cissé Y¹, Guindo I¹, Koita D¹, Guindo M¹, Maïga F², Thiero T¹, Sylla A², Bougoudogo F¹.

¹ Service de Bactériologie-virologie INRSP ;

² CSLS/MS.

Auteur correspondant, mail: sanogoalou2002@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

La cellule sectorielle de lutte contre le Sida en collaboration avec l'INRSP à travers l'appui financier de plusieurs partenaires a permis d'organiser des supervisions formatives périodiques pour améliorer la qualité du diagnostic précoce. Malgré les efforts consentis, nous constatons un grand nombre de cas invalides affectant la qualité des résultats. Le Dried Blood Spot (DBS) doit faire l'objet d'une évaluation à travers la qualité des résultats.

Notre objectif est d'évaluer le taux d'invalides sur la qualité des résultats PCR qualitative.

Méthodes

Nous avons mené de Janvier 2009 à Décembre 2013 une étude transversale à visée évaluative de 6067 PCR provenant dans les centres de santé de références de 4 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou) et le district de Bamako. La majorité de ces DBS ont été techniqués à partir des kits AMPLICOR HIV-1 DNA Test version 1.5 au laboratoire national de référence situé à Bamako selon le protocole d'extraction. Le diagnostic moléculaire a été effectué avec les mêmes kits selon un algorithme de trois PCR identiques. La quasi-totalité des cas invalides ont fait l'objet d'un second test dans le but d'améliorer la qualité des résultats.

Résultats

Au total 6067 PCR réalisées dont 554 positifs au VIH1 soit 9,13% de positivité et 153 cas invalides soit 2,52% du taux d'invalidité. Selon le protocole utilisé, 71,90% d'invalidités étaient dus à un problème d'amplification et 28,10 % étaient dus à la proximité avec des puits positifs. Ces invalidités peuvent s'expliquer par la qualité du DBS confectionné, la technique ELISA utilisée et la conservation du DBS.

Conclusion

La PCR reste un moyen sûr dans le diagnostic précoce de l'infection à VIH-1 chez les enfants nés de mères séropositives. Cependant le suivi régulier du monitoring des sites de prélèvement, l'utilisation de nouvelles plateformes plus performantes pourront améliorer la qualité des résultats du diagnostic précoce.

Mots clés : VIH-1– DBS – PCR – ADN

N° : COR-S6-03

Place de la biologie moléculaire dans le diagnostic des maladies infectieuses au Mali.

Koné A¹, Sarro YS¹, Diarra B¹, Maiga A¹, Koné B¹, Goita D¹, Dao S¹, Diallo S¹ et l'équipe SEREFO.

¹ SEREFO, centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose, USTTB, Bamako, Mali

Auteur correspondant, Email : amadoukone@icermali.org

Résumé

Introduction :

Les maladies infectieuses sont parmi les principales causes de décès chez les humains. Elles sont principalement d'origine microbienne et peuvent être des infections virales, bactériennes, parasitaires et mycosiques. Pour lutter contre les maladies infectieuses, le développement des médicaments et des vaccins a connu des progrès considérables. Si la vaccination permet de prévenir l'infection et donc la maladie, pour un meilleur traitement des malades, un bon diagnostic est nécessaire. Plusieurs stratégies existent pour faire le diagnostic différentiel de la maladie. Les techniques de biologie moléculaire occupent une place de choix, parmi l'arsenal de stratégies, pour faire le diagnostic des maladies infectieuses. Notamment, grâce à la biologie moléculaire, le diagnostic de cas suspects de la Maladie à Virus Ebola a rendu possible le contrôle de l'épidémie à travers l'isolement des malades, le suivi des contacts et la définition des mesures de prévention et de stratégies de lutte. Avec les récentes menaces de l'épidémie à virus Lassa et Zika, des défis demeurent par rapport au diagnostic rapide et différentiel des différentes infections et la biologie moléculaire est la technique de choix pour relever ces défis.

Méthodologie : Il est fait un inventaire sur la contribution des techniques de biologie moléculaire pour le diagnostic et le suivi des maladies infectieuses au Mali.

Résultats :

En Virologie : L'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en 2014-2015, l'épidémie de virus Lassa et Zika qui plane toujours, les techniques de biologie moléculaire ont fait les meilleures propositions en termes de diagnostic rapide et différentiel pour ensuite une meilleure prise en charge. **En Parasitologie :** Si la goutte épaisse demeure le standard pour diagnostiquer le paludisme, l'évolution moléculaire du parasite ainsi que la certitude de sa résistance vis-à-vis de certaines molécules n'ont pu être établies qu'avec la biologie moléculaire à travers les techniques de PCR, d'hybridation et de séquençage. **En Bactériologie :** La biologie moléculaire a permis de faire l'épidémiologie moléculaire des mycobactéries qui circulent au Mali à travers la technique de spoligotypage. Egalement, toutes les données de tuberculoses multirésistantes aux traitements disponibles ont pu être obtenues au Mali grâce aux techniques de biologie moléculaire.

Conclusion : La biologie moléculaire s'impose comme un outil incontournable dans la biologie moderne comme un outil de diagnostic fiable et rapide des maladies, notamment les maladies infectieuses. Cela a permis de circonscrire l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola au Mali en 2014-2015. Cependant, elle a des exigences en termes de procédures et des limites en termes d'interprétation, d'adaptabilité et elle est onéreuse pour des pays à ressources limitées. Malgré tout, elle demeure l'avenir des sciences de la vie et l'outil de prédilection pour le diagnostic et le suivi de la maladie.

Mots clés : techniques de biologie moléculaire, infection, diagnostic, Mali.

N°: COR-S7-01

Prévalence de l'hépatite virale B et évolution chez les patients immunodéprimés au VIH hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G, Bamako, Mali.

Dicko MS, Cissoko Y, Sidibé AF, Dembélé JP, Konaté I, Ouologuem SD, Traoré M, Samaké D, Koné O, Dao S.

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU du Point-G, Bamako, Mali.

Auteur correspondant, Email: ms.dicko@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Déterminer la prévalence et le devenir des cas d'hépatite virale B chez les immunodéprimés au VIH hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G.

Malades et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les cas d'hépatite B durant la période de janvier 2011 à décembre 2013 dans le service. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs. Les données ont été saisies sous logiciel SPSS 20.0. Des moyennes et des fréquences ont été calculées.

Résultats : Vingt-sept patients ont été retenus sur un total de 1318 admis soit une fréquence de 2,04%. L'année modale de recrutement était 2012 avec 55,6% des cas d'hépatite. La moyenne d'âge était de 38,9±10,8 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,45). Les commerçants étaient les plus touchés 33% suivis des sans professions 22,2%. L'ethnie bambara était majoritairement représentée avec 26,6% ensuite les malinkés 22,2% et les peulhs 16,8%. La majorité des patients résidait à Bamako 66,7%. Les patients mariés régime monogame étaient majoritairement représentés avec 40% suivis des célibataires 30%. La plupart des patients était adressé par le service d'accueil des urgences 37% ; 33% sont venus d'eux-mêmes.

La température moyenne chez nos patients était à 38,5°C à l'admission (écart type 1,3) ; le taux moyen de lymphocyte CD4 était de 142±144,6 cellules/mm³ ; le taux moyen d'Hb était de 7,73g. La moyenne des transaminases ALAT et ASAT était respectivement de 76±71,5 et 126±58,9UI/L. Le TP moyen était de 39,1±20,5%. Un traitement ARV a été institué chez 73,9% des patients et le Ténofovir était prescrit dans 76,5% des cas. La létalité était de 37%.

Conclusion : la mortalité liée à la coinfection VIH-Hépatite virale B est élevée. Un accent particulier doit être mis dans le dépistage précoce et le traitement systématique.

Mots clés : hépatite, VIH, taux de CD4, traitement ARV.

N° : COR-S7-02

Coïnfection VIH et virus des hépatites B et C en Afrique : revue de la littérature.

Konaté I^{1,4}, Cissoko Y², Goita D³, Dembélé Jp⁴, Dicko MS⁴, Sidibé AF⁴, Traoré A⁴, Diallo S^{5,6}, Bougoudogo F^{6,7}, Dao S^{1,3}.

¹ Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), USTTB, Bamako, Mali

² Hôpital régional de GAO.

³ Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la tuberculose, FMOS, Bamako, Mali

⁴ Service des maladies infectieuses, CHU du Point «G», Bamako, Mali

⁵ Centre d'infectiologie Charles MERIEUX, Bamako, Mali

⁶ Faculté de pharmacie, Bamako, Mali

⁷ Institut national de recherche en santé publique, Bamako, Mali.

Auteur correspondant, Email: izos_k@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Les virus des hépatites B et C constituent avec le VIH, un problème majeur de santé publique. Ces virus ont les mêmes modes de transmission notamment sanguine, sexuelle, et materno-fœtal, laissant ainsi suggérer le risque de leur coinfection chez un même malade. Quatre vingt dix pourcent des patients HIV+ sont porteurs de marqueurs VHB (Ac antiHBc) avec 5-15% d'infection chronique (AgHBs+). La prévalence de l'infection par le VHC est estimée à 9% en cas d'infection à VIH contre 1,2% dans une population à VIH négative. **Objectif :** Etudier la coinfection VIH et virus des hépatites B et/ou C en Afrique en vue d'une meilleure prévention et de prise en charge.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une revue de la littérature prenant en compte toutes les publications accessibles sur les coinfections entre le VIH et les hépatites B et/ou C en Afrique entre 1985 et 2013. Pour retrouver les publications, nous avons fait des recherches sur Pub Med, Medline, Pascal. Nous avons ensuite accédé au texte complet des articles via Internet aux banques de données : Hinari, medline, science direct. La saisie des données et l'exécution des tableaux ont été effectuées sur le logiciel Microsoft Excel 2010.

Résultats : La coinfection entre le VIH et les virus des hépatites B et C reste un problème majeur de santé publique en Afrique. Nous avons recensé 31 publications provenant de 13 pays. Plus de 1/3 de nos articles ont été publiés dans 4 revues avec la Pan African Medical Journal en tête. Le plus grand nombre d'articles a été trouvé en Afrique de l'ouest soit 58,1% dont la moitié au Nigeria soit 9/18 (50%). La triple coinfection VIH-VHB-VHC a été étudiée dans 48,4% des cas. La prédominance du sexe varie en fonction des études. Les fréquences de la coinfection VIH-VHB sont plus élevées avec 44,4% au Nigeria en 2013 que celles de la coinfection VIH-VHC avec 14,7%, qui était la plus grande fréquence encore au Nigeria en 2012. Par rapport à la triple infection VIH-VHB-VHC, la plus grande fréquence a été retrouvée une fois de plus au Nigeria avec 7,2% en 2007. Les tests de diagnostic indirects ont été les plus pratiqués pour faire le diagnostic du VIH. Les techniques ELISA ont été les plus pratiquées pour faire le diagnostic du VHB et du VHC. Les aspects, clinique, thérapeutique et pronostique n'ont pas été suffisamment traités par les différentes études.

Conclusion : La prévalence de la coinfection VIH et virus des hépatites B et C reste élevée dans les différents pays de l'Afrique. Le dépistage des virus des hépatites B et C doit être fait systématiquement chez les patients VIH positif, afin de faire une prise en charge adéquate, et de minimiser les complications liées à ces virus.

Mots-clés : coinfection, VIH, hépatites virales B et C, Afrique.

N°: COR-S7-03

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins et des sages-femmes des Centres de Santé de référence de la ville de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite B.

Cissoko Y¹, Ngonon MC¹, Coulibaly AB², Dicko MS¹, Konaté I¹, Sidibé AF¹, Dembélé JP¹, Dao S¹.

¹Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU du Point-G BP 333 Bamako, + 223 222 50 02 ou + 223 74 56 76 49

² ONG APSAD- MALI

Auteur correspondant, Email: ycissoko@hotmail.com

Résumé

Objectif

L'hépatite B pose un problème de santé publique. Au Mali sa prévalence varie entre 12 et 23%. Le dépistage constitue un élément clé dans sa prévention. Nous avons voulu évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des agents de six centres de référence de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite virale B.

Malades et méthode

Il s'agit d'une enquête transversale avec un recrutement prospectif allant du 28 Février au 28 Mars 2014 chez les médecins et sages-femmes des six centres de référence de Bamako. Un questionnaire standardisé leur a été administré après leur consentement. La saisie et l'analyse des données ont été faites avec SPSS 20.0 et le test de Khi2 a été utilisé avec un seuil de significativité $p \leq 0,05$.

Résultats

Les connaissances théoriques sur les populations cibles du dépistage de l'hépatite B est bonne chez 69,6% du personnel, mais dans la pratique, ce dépistage n'est jamais demandé par 54,9% du personnel. Les informations sur ce dépistage manquent dans les politiques, normes et procédures connues du personnel. La quasi-totalité (96,1%) des agents enquêtés n'a bénéficié d'aucune formation continue en matière de dépistage de l'hépatite B. Le niveau de connaissance sur les cibles du dépistage de l'hépatite B était significativement meilleur chez le personnel ayant une expérience professionnelle ≥ 15 ans. La couverture vaccinale du personnel soignant contre le VHB reste insuffisante (67,2%). Les agents perçoivent les insuffisances par rapport à ce dépistage et font des recommandations pour les corriger.

Conclusion

Les connaissances, attitudes et pratiques des agents des centres de référence de Bamako en matière de dépistage de l'hépatite virale B sont à améliorer. Une formation continue s'impose.

Mots-clés : hépatite virale B, dépistages, agent de santé, connaissances, attitudes, pratiques.

N° : COR-S8-01

Défis et leçons apprises de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en République de Guinée.

Beavogui AH^{1,2}, Delamou A^{1,3}, Sissoko D⁵, Camara AM^{1,4}, Kolie JS¹, Keita S⁴, Malvy D⁵, Anglaret X⁵.

¹ Centre National de Formation et de Recherche en Sante Rurale de Maferinyah, Forécariah, Guinée

² Department of Parasitology-Mycology, Faculty of Medicine, University of Conakry, Conakry, Guinée

³ Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Conakry, Conakry, Guinée

⁴ National Ebola Control Coordination, Ministry of Health, Conakry, Guinée

⁵ INSERM U897, Bordeaux, France.

Auteur correspondant, E-mail :

Résumé

Introduction: Le 29 décembre 2015, l'OMS a officiellement déclaré la Guinée libre de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) après deux longues années de lutte. Le but de ce travail, est de tirer des leçons à l'issue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) sur divers plans.

Matériel et Méthodes: Nous avons effectué une analyse qualitative sur la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola et ses conséquences sur divers aspects de la vie en République de Guinée. Cette analyse situationnelle a porté sur les expériences de terrain des acteurs, les stratégies de riposte et l'analyse de la littérature incluant les études réalisées. Ainsi, nous avons fait ressortir la situation épidémiologique de la MVE, contraintes, difficultés et leçons apprises en termes d'impacts et acquis et les perspectives.

Résultats: L'épidémie de la MVE a été déclarée en Guinée le 23 mars 2014. Depuis cette date, la guinée avec l'appui de la communauté Internationale s'est mobilisée pour organiser la riposte en vue de contrôler cette épidémie. Elle a touché 27 Préfectures y compris la ville de Conakry sur les 34 que compte le pays. Au total, 3805 cas (confirmés, probables et suspects) ont été enregistrés avec 2536 décès (66,6%) à la date du 29 décembre 2015. Parmi le personnel de santé, 211 cas confirmés ont été notés avec 115 décès (55%). Sur le plan mondial, l'épidémie a touché 3 continents (Afrique, Europe et Amérique du Nord) et 10 pays avec un total de 28 639 cas ayant entraîné 11 316 décès.

Principaux constats : faiblesse du système national de soins et services, faiblesse en ressources humaines de qualifié, sous financement national du secteur de la santé, faible organisation et gestion des services de santé, faible attractivité des services de santé, faible sécurité du personnel et des patients, faible services à base communautaire, défaillances dans le système de surveillance épidémiologique et d'alerte précoce. **Impacts négatifs :** Pertes en vies humaines, stigmatisation autour des survivants, désorganisation des pratiques et habitudes sociales, mobilité des populations réticences, ralentissement de l'économie nationale, baisse de la production, baisse des activités économiques et du revenu des ménages.

Acquis : Volonté politique manifeste, solidarité nationale et internationale, participation et l'engagement communautaire, renforcement des capacités nationales, promotion des pratiques d'hygiènes, diminution des maladies à mains sales, mise en œuvre du règlement sanitaire international, mise en œuvre de plusieurs essais cliniques pour améliorer les stratégies de lutte contre cette maladie.

Conclusion: L'épidémie de la MVE a permis de mettre en évidence, des insuffisances dans tous les domaines de la santé en Guinée. Impact négatif de la MVE ressenti sur l'ensemble des composantes du système de santé et sur tous les secteurs de la vie. La volonté nationale de riposte avec à l'appui de la communauté Internationale, ont permis de contrôle de l'épidémie de la MVE. L'épidémie étant imprévisible, la vigilance accrue et la poursuite des bonnes pratiques acquises doivent continuer.

Mots clés : Leçons apprises, Ebola, République de Guinée.

N° : COR-S8-02

Les motifs d'admission dans le centre de traitement Ebola de police training school II de Freetown.

Samaké D¹, Goita D^{1, 2}, Kéïta B S¹, Diarra A¹, Foday S³, Mohamed Boie Jalloh³, Cyril DS, Kamara MD³, Nana Seth A⁴, Konaté I¹, Dao S^{1,2}.

¹ Service des maladies infectieuses CHU du Point G, Bamako, Mali.

² Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la Tuberculose (SEREFO/FMOS), USTTB, Bamako, Mali.

³ Joint Medical Unit 34 Military Hospital Wilberforce Freetown.

⁴ Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana.

Auteur correspondant, Email : dramanesamake@rocketmail.com

Résumé :

Introduction / Objectifs

La maladie à virus Ebola se manifeste par la fièvre associée à des signes divers non spécifiques. Pour éviter la propagation de la maladie à virus Ebola, assurer la détection et la prise en charge précoces des cas, les définitions opératoires incluent divers signes qui cependant peuvent relever d'autres infections. En période d'épidémie, tout signe associé à la fièvre pourrait conduire un patient dans un centre de triage. L'objectif de ce travail était de décrire la prévalence des motifs d'admission des patients dans le centre de traitement Ebola (CTE) de Police training School (PTSII) de Freetown, Sierra Leone.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale qui a consisté en une analyse des données relatives aux motifs d'admission des patients dans le centre de traitement PTSII de Freetown entre janvier et février 2015. La PCR a été utilisée pour la confirmation des cas de la maladie à virus Ebola.

Résultats :

Au total, nous avons enregistré 152 admissions dont 93 hommes et 59 femmes. La moyenne d'âge des patients était de 28,37 ans avec des extrêmes 2 à 72 ans. Les motifs d'admission les plus fréquents ont été le manque d'appétit (53,29%), la douleur abdominale (30,26%), la fièvre (26,97%), la fatigue intense (23,68%), la difficulté respiratoire (17,76%), la conjonctivite 29,6% ; les céphalées (10,53%). Dix patients (6,58%) n'avaient aucun symptôme. Parmi les 152 patients admis 52 (34,21%) avaient une PCR positive dont un patient parmi ceux qui n'avait aucun symptôme. Les signes ci-dessus les plus fréquents à l'admission chez les patients confirmés ont été le manque d'appétit (71,15%) ; la fièvre (36,54%) ; la douleur abdominale (30,77%) ; la conjonctivite (28,85%) ; la fatigue intense (17,31%) ; les céphalées (13,54%) ; la difficulté respiratoire (13,46%). Les autres signes étaient: le hoquet (11,54%) ; la dysphagie (7,69%), l'éruption cutanée (5,77%) et les hémorragies inexplicables (3,85%).

Conclusion :

En période d'épidémie toutes les personnes symptomatiques ne souffrent pas de la maladie à virus Ebola. Comme aussi l'absence de signe n'exclue pas la maladie. Les malades confirmés ne sont pas rares parmi les patients asymptomatiques. La prévention et la gestion des épidémies passent par la mise en place d'un état de veille permanent.

Mots clés : Motifs admission- CTE - Freetown

N° : COR-S8-03

Connaissances et attitudes des relais communautaires sur les fièvres hémorragiques à virus Lassa et Ebola dans le département de la Donga (Nord Bénin).

Attinsounon CA¹, Dovonou CA¹, Alassani CA¹, Agbodandé KA², Azon-Kouanou A², Zannou DM², Houngré F².

¹ Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Départemental de Parakou.

² Service de Médecine Interne, Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou.

Auteur correspondant, Email: acosange@yahoo.fr

Résumé

Introduction / Objectifs

- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des relais communautaires vis-à-vis des fièvres hémorragiques à virus Ebola et Lassa.
- Apprécier leur degré d'implication dans la prévention des FHV à virus Lassa (survenue au Bénin) et à virus Ebola évoluant en Afrique subsaharienne.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale menée durant le mois de juillet 2015 auprès des relais communautaires recrutés dans 40 villages tirés au sort dans les trois communes du département de la Donga. Un questionnaire anonyme a été administré sur consentement éclairé de l'enquêté par interview directe et comportait quatre parties distinctes : sociodémographique, connaissances, attitudes et pratiques. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel épi-info 3.5.1.

Résultats

Au total 58 relais communautaires (RC) ont participé à cette enquête sur les 60 attendus soit 96,7%. L'âge moyen était de 38,7±10,6 ans avec un sex-ratio (M/F) = 3,5. Il s'agissait majoritairement de cultivateurs (60,3%) suivis de revendeuse (15,5%). En ce qui concerne les connaissances, la proportion d'enquêtés ayant entendu parler des deux FHV était de 69% pour la fièvre Lassa et 98,3% pour la fièvre Ebola. Dans 82,8% des cas, ils reconnaissaient les deux maladies comme étant graves, mortelles et transmissibles. Les trois principales voies de transmission citées par les RC étaient le contact ou la consommation de gibiers (87,9%), le contact direct avec les sujets infectés (74,1%) ou leurs cadavres (46,6%) et les trois principaux moyens préventifs sont proportionnellement en lien avec ces voies de transmission. La fièvre (81%), les vomissements (81%), les diarrhées (60,3%) venaient en tête dans les symptômes cités par RC. Dans 84,5% des cas, les RC ont été formés en une demi-journée par le chef poste de leur aire sanitaire environ 6 mois avant l'enquête. Ils mènent des activités de sensibilisation dans 91,4% des cas dont les dernières séances remontaient en moyenne à 3,3 ± 2,0 mois. Aucun d'eux ne dispose de moyens de protection contre les FHV. Quant à la conduite à tenir devant un cas suspect de FHV, le recours aux AS sans toucher au cas étaient retrouvé dans 70,7% cas suivis de l'appel d'une ambulance (15,5%). Seuls 8,6% des RC transporteraient le cas sur leur moto vers le centre de santé le plus proche.

Conclusion

Le renforcement des capacités des relais communautaires sur les FHV contribuerait à l'amélioration de leurs connaissances sur ces épidémies et par conséquent à l'amélioration de la qualité de leurs interventions dans la population.

N° : COR-S9-01

La co-infection TB/VIH : Les aspects radiologiques chez les patients de plus de 50 ans hospitalisés au service des maladies Infectieuses et tropicales du CHNU de Fann à propos de 24 cas, Sénégal.

Ndiaye R¹, Ka D¹, Mbaye DKH¹, Badiane M¹, Ndour CT¹, Diallo VMP¹, Lakhe A¹, Deguenovo FL¹, Manga NM¹, Nyafouna DSA¹, Badiane DNM¹, Soumare M¹, Seydi M¹.

¹Service Maladies infectieuses et Tropicales, Hôpital Fann -Dakar.

Auteur correspondant, Email: ndiayerahmatoulahi@yahoo.fr

Résumé

Introduction :

La co-infection TB/VIH constitue une association péjorative. Elle pose un double problème : la tuberculose accélère l'infection à VIH vers le stade SIDA ; et les sujets infectés par le VIH ont un risque accru d'avoir une tuberculose-maladie. De plus nous assistons à une modification de l'aspect radiologique habituel de la tuberculose pulmonaire chez les PvVIH. **Objectifs** : Décrire les aspects radiologiques des patients de plus de 50 ans co-infectés TB/VIH et les facteurs liés à la modification des aspects radiologiques.

Méthodes :

Etude rétrospective, descriptive, analytique portant sur les dossiers des patients de plus de 50 ans hospitalisés pour la prise en charge d'une co-infection TB/VIH du 1^{er} janvier 2011 au 31 Décembre 2013 au service des maladies infectieuses de Fann.

Résultats :

Nous avons enregistré 124 cas de co-infection TB/VIH dont 24 cas avaient plus de 50 ans soit une prévalence de 19,35%. La moyenne d'âge étaient de $55,62 \pm 3,62$ ans. Il y avait une nette prédominance masculine avec un sexe ratio de 3,8. Le statut vaccinal au BCG n'a été précisé chez aucun des patients. Un seul patient présentait une notion de contagement tuberculeux. Tous les patients étaient sous chimio-prophylaxie à l'isoniazide. Il y avait 21 nouveaux cas de Tuberculose (87,5%) et 03 cas de récurrences. La presque totalité des patients étaient VIH1 (95,8% soit 23 cas). Les signes cliniques évocateurs de tuberculose étaient : AEG (91,7%), douleur thoracique (16,7%), dyspnée (16,7%), hémoptysie (4,2%), fièvre (100%), toux chronique (58,3%). La majorité des patients (91,7%) avait un syndrome de condensation pulmonaire. Un seul patient avait un IDRt positif. L'anémie (hb<10g/dl) était objectivée chez 21 patients. Six patients (25%) avaient un crachat BAAR positif et 04 cas avaient un geneXpert positif. La presque totalité des patients étaient en immunodépression sévère avec moins de 200 cell/mm³. Seul cinq patients avaient une image radiologique normale, le reste montrant des images: adénopathie médiastinale (1 cas) ; Caverne (1 cas); caverne + infiltrat (2 cas); épanchement pleural (2 cas); infiltrat + opacités réticulo-nodulaires (2 cas); infiltrat (4 cas); miliaire (3 cas); opacité nodulaire (1 cas) ; opacité réticulo-nodulaire (3 cas). Les facteurs associés à l'anomalie des images radiologiques avec une différence statistiquement significative étaient : la dyspnée ; l'immunodépression ; le profil VIH, l'âge et le sexe. Les signes cliniques de la TB n'influençaient pas significativement les aspects radiologiques. La létalité était de 29,2%.

Conclusion:

L'impact du VIH sur la pathogenèse de la tuberculose est clair. Les aspects radiologiques habituels de la tuberculose pulmonaire sont modifiés chez les PVVIH avec atteintes parenchymateuses plus étendues.

N° : COR-S9-02

La co-infection tuberculose / VIH à la clinique des maladies infectieuses du CHNU de Fann : particularités épidémiologiques, cliniques et évolutives selon le sexe (à propos de 163 cas)

Ndiaye R¹, Mbaye DKH¹, Badiane M¹, Ndour CT¹, Diallo VMP¹, Ka D¹, Lakhe A¹, Deguenovo FL¹, Manga NM¹, Nyafouna DA¹, Badiane DNM¹, Soumaré M¹, Seydi M¹.

¹ Hôpital Fann service Maladies infectieuses et tropicales-Dakar.

Auteur correspondant, Email: ndiayerahmatoulahi@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La tuberculose est, une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les populations où la prévalence du VIH est élevée et, inversement, le VIH est le moteur de l'épidémie de tuberculose dans de nombreux pays notamment en Afrique sub-saharienne.

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, et paracliniques des patients co-infectés TB/VIH, et les Comparer aux genres.

Méthodes : Etude rétrospective sur les dossiers des patients co-infectés TB/VIH et hospitalisés au service des maladies infectieuses de Dakar entre le 1^{er} Janvier 2011 et 31 Novembre 2014.

Résultats : 163 patients ont été admis pour coïnfection TB/VIH, soit une prévalence hospitalière de 4.23%. Il y avait une nette prédominance masculine : 88 hommes contre 75 femmes. L'âge moyen était de 42 ans +/- 11 ans. Les signes classiques de la tuberculose pulmonaire que sont la toux chronique 88%, la fièvre 93%, le syndrome de condensation pulmonaire 80% ont été retrouvés chez la totalité des patients. La majorité des cas de TB observés, étaient des nouveaux cas de TB (125 cas soit 77 %). La Tuberculose à localisation pulmonaire était la plus fréquente (92%), suivie de la tuberculose à localisation ganglionnaire (15%) et la tuberculose à localisation méningée (6%). Les localisations digestives, vertébrales, et urinaires étaient rarement observées. Le BK a été recherché surtout au niveau des crachats (116 prélèvements soit 96%) et 82 patients soit 81% avaient bénéficié du GeneXpert. Les patients VIH 1 étaient les plus nombreux (95%). Le sexe n'influçait pas sur : la genèse de la tuberculose : 81% de nouveaux cas chez les femmes contre 72% chez les hommes, (p=0,195) ; les facteurs de risque de la Tuberculose (contage et antécédents de TB) ; les signes en faveur de la TB ; la localisation de la tuberculose: les hommes présentaient une Tuberculose à localisation pulmonaire (94%), plus que les femmes (89 %) (p=0,242), les femmes avaient une tuberculose à localisation neuroméningée (7%), plus que les hommes (5 %), (p=0,552). Les femmes avaient une tuberculose à localisation digestive (7 %), plus que les hommes (3%), (p=0,337). Sept hommes et 3 femmes avaient une Tuberculose miliaire, (p=0,294). La Tuberculose urogénitale un seul cas chez l'homme. le profil VIH (p=0,744) et le taux de CD4 (p=0,420). La létalité était de 30,7% chez les femmes contre 28,4% chez les hommes (p=0.753). Cependant le sexe influçait avec une différence statistiquement significative sur : le revenu mensuel (revenu hommes, plus élevé que celui des femmes, p=0,0033) ; la situation matrimoniale (60% d'hommes mariés contre 40% de femmes mariées, p= 0,010) et l'anémie (66% des hommes contre 51% des femmes, p=0,049).

Conclusion: Dans les pays endémo-épidémique à la tuberculose, la co-infection avec le VIH n'épargne ni homme ni femme. La recherche systématique de la tuberculose et du VIH est de rigueur pour contrôler ces deux épidémies.

N° : COR-S9-03

La tuberculose : morbidité et mortalité dans le service des Maladies Infectieuses du CHU Point G à l'ère du VIH.

Cissoko Y¹, Traoré F¹, Dicko MS¹, Konaté I¹, Sidibé AF¹, Dembélé JP¹, Fongoro S¹, Dao S¹.

¹ Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU du Point-G BP 333 Bamako, + 223 222 50 02 ou + 223 74 56 76 49

Auteur correspondant, Email: ycissoko@hotmail.com

Résumé

Objectif

La résurgence de la tuberculose avec l'avènement de l'infection par le VIH n'est plus à démontrer. Nous nous sommes fixé comme objectif d'étudier la morbidité et la mortalité de la tuberculose dans le service de Maladies Infectieuses du CHU du Point G service de référence en matière de VIH au Mali.

Malades et méthode

Nous avons colligé les dossiers des patients hospitalisés dans le service des Maladies infectieuses du CHU du Point G du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2014. Les caractéristiques sociodémographiques, les diagnostics, et l'évolution de ces patients ont été renseignés dans un fichier Access. Ces données ont été ensuite analysées sous SPSS 20.0 en réalisant des test de comparaison de moyen (T test) et de Khi 2, une valeur de $p \leq 0,05$ a été choisi comme seuil de significativité.

Résultats

2546 patients ont été hospitalisés dans le service pendant ces 10 années, avec un effectif de plus en plus croissant. Ces patients étaient en majorité de sexe masculin (sex ratio =1,12), d'âge jeune (moyenne=37,03 \pm 12,6 ans) et résidaient à Bamako et ses environs. La tuberculose était diagnostiquée chez 19,2% de ces patients soit 489 cas avec 173 localisations extrapulmonaires et 31 cas à bacilloscopie positive. Il n'y avait pas de variation significative dans cette prévalence qui allait de 15,3% à 26,2% en fonction des années ($p=0,08$). Cependant l'infection par le VIH représentait la pathologie la plus prévalente avec 74,%. La co-infection avec la tuberculose était la plus fréquente (17,2% des PvVIH avaient une tuberculose). On remarquait une féminisation relative des admissions avec un sex ratio parmi les PVVIH =0,96; tandis que la majorité des tuberculeux étaient de sexe masculin (sex ratio= 1,25). La tuberculose entraînait un prolongement de la durée de séjour (moyenne= 23,6 \pm 30,6 jours chez les tuberculeux vs 15,7 \pm 19,0 jours chez les non tuberculeux : $p < 10^{-3}$) et une mortalité hospitalière plus élevée (48,9% chez les tuberculeux vs 41,8% chez les non tuberculeux : $p=0,02$) contre (46,6% chez les VIH+ vs 32,8% chez les VIH-: $p < 10^{-3}$) tandis que la co-infection VIH/TB n'influçait pas sur la mortalité en cas de VIH (47,6% chez les VIH+/TB+ vs 46,1% chez les VIH+/TB-: $p=0,6$).

Conclusion

Bien que la morbidité liée à la tuberculose coexiste avec l'infection par le VIH, elle est en elle-même est un facteur important dans la morbidité et la mortalité dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G.

Mots-clés : Tuberculose, Prévalence, mortalité, co-infection, VIH.