

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

Antananarivo, 02 et 03 Août 2012

Mahajanga, 12 Octobre 2012

R 01. Les avancées sur le paludisme

Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL,
Randria MJD, Rapelanoro Rabenja F

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

Résumé. Beaucoup de succès ont été réalisés dans lutte contre le paludisme: une distribution massive des moustiquaires imprégnés d'insecticides (MIDs), une couverture importante en campagne d'aspersion intra domiciliaire (CAID), et une augmentation de la prescription de traitement combiné à base d'artémisinine (ACT) dans les cas de paludisme simple. Mais, des gens meurent encore du paludisme. Il tue un enfant par minute. La marche vers l'élimination du paludisme nécessite la prise en compte des autres avancées.

Une espèce plasmodiale simienne, retrouvée en Asie de sud est, affecte l'homme. *Plasmodium knowlesi* menace-t-il la santé publique mondiale ?

Avec sa facilité d'utilisation et sa performance, le test de diagnostic rapide de paludisme (RDT) retrouve de plus en plus sa place dans la prise en charge du paludisme et de la fièvre. D'ailleurs, dans sa nouvelle stratégie « tester, traiter, suivre » (TTS) 2012, l'OMS recommande la confirmation de tous cas de paludisme avant l'instauration du traitement antipaludique.

Des études ont démontré les bénéfices apportés par l'artesunate injectable par rapport à la quinine, dans le traitement de paludisme grave. Ainsi, l'OMS recommande son utilisation.

Après 30 ans de recherche, le vaccin RTS sera disponible pour les enfants d'ici 2015. Il protège à 50%.

R 02. Place du paludisme dans les cas de fièvre dans les hautes terres centrales de Madagascar

Rakotoarivelo RA (1), Razakarison C (2),
Gottot S (3), Ravony Harintsoa L (4),
Randrianiriana G (5), Andriamanjato D (5),
Harilalarisoa H (5), Ramaniraka I (5),
Rakotondramanga J (5), Rafaliarivony N (5),
Ranaivoson F (5), Rakotonirina J (5),
Desplats D (6)

(1) *USFR des Maladies Infectieuses, HJRB*

(2) *Santé Sud, Madagascar*

(3) *AEDES*

(4) *PNLP*

(5) *Association des Médecins de Campagne de Madagascar*

(6) *Santé Sud, Marseille*

Objectif. Cette recherche-action avait pour objectif de déterminer la fréquence du paludisme confirmé devant les cas de fièvre, et l'implication des médecins généralistes communautaires de l'association Santé Sud dans l'amélioration de la prise en charge du paludisme dans les Hautes terres centrales (HTC) de Madagascar.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude descriptive et prospective du 1er Juillet 2009 au 31 Juin 2010, menée dans la région d'Analamanga, de Vakinankaratra, de Bongolava et d'Itasy. Les patients ont été partagés en 2 groupes : groupe 1 (G1) constitué d'enfants fébriles de moins de 5 ans et groupe 2 (G2) d'enfants de 5 ans et plus et des adultes avec une fièvre suspecte de paludisme. L'inclusion des cas ont été réalisée dans 8 sites (2 sites par région).

Résultats. Parmi les 1383 cas de fièvre recensés dans le groupe G1, 145 cas (10,5%) de paludisme dont 44 cas graves (30,3%), ont été confirmés. Parmi 1172 cas de paludisme présumé dans le groupe G2, 276 cas (23,5%) de paludisme dont 50 cas graves (18,1%), ont été confirmés. Le paludisme avait prédominé entre le mois de décembre et le mois de mai. Chez les patients RDT (+), le traitement reposait sur l'utilisation de la quinine ou d'un traitement combiné à base d'artémisinine (ACT) respectivement dans 51% et 49%.

Conclusion. Le paludisme reste endémique sur les HTC. L'utilisation de RDT est très importante dans l'amélioration de la prise en charge des cas de fièvre et du paludisme. La diffusion de l'utilisation du RDT auprès de tous ceux qui exercent la médecine de proximité est un enjeu majeur dans la lutte actuelle vers l'élimination de paludisme. Des efforts doivent être entrepris dans la bonne utilisation des antipaludiques en suivant la politique nationale de lutte contre le paludisme (PNLP).

R 03. Place du test diagnostic rapide paludisme chez l'enfant fébrile au niveau communautaire à Madagascar

Rakotomahefa M, Randrianasolo RE,
Andrianasolo RL, Randria MJD

*USFR de Pédiatrie
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Objectif. Evaluer l'utilisation du test diagnostic rapide (RDT) du paludisme dans la prise en charge de l'état fébrile des enfants de trois mois à cinquante neuf mois en région de transmission instable du paludisme au niveau communautaire.

Matériels et méthodes. C'est une étude transversale portant sur des enfants de trois mois à cinquante neuf mois présentant une fièvre, en utilisant le RDT. L'étude se déroulait du 01^{er} Novembre 2010 au 30 Avril 2011 dans la commune de Mahatalaky à Fort Dauphin.

Résultats. Sur les 291 tests effectués chez des enfants fébriles, 263 (90,4%) étaient positifs. L'âge moyen des enfants était de 25 mois. Les sujets féminins prédominaient (54,7%). La fièvre ou antécédent de fièvre constituait le premier motif de consultation de nos patients. Les signes associés (47,7%) étaient constitués par la malnutrition, la toux et la diarrhée. La raideur de la nuque et le bombement de la fontanelle étaient plus rares. Tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement combiné à base d'artémisinine (ACT).

Conclusion. Considérant l'utilité du RDT du paludisme, il constitue une bonne alternative de la goutte épaisse pour le diagnostic de paludisme chez l'enfant à Madagascar.

R 04. Adhésion des médecins à la politique nationale de lutte contre le paludisme: situation à Antananarivo Madagascar

Andrianasolo RL (1), Rakotoson JL (2),
Rakotoarivelo RA (1), Andriamahenina R (3),
Randria MJD (1), Rapelanoro Rabenja F (4)

- (1) *USFR des Maladies Infectieuses, HJRB*
- (2) *USFR de Pneumologie, HJRB*
- (3) *UPFR d'Immunologie, HJRA*
- (4) *USFR de Rhumato-Dermatologie, HJRB*

Objectif. Notre objectif était d'étudier l'adhésion des médecins à la nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme (PNLP) à Antananarivo, Madagascar.

Matériels et méthodes. Il s'agit une étude prospective et descriptive réalisée dans des centres de santé publiques et privés d'Antananarivo allant du 1^{er} Mai au 30 Juin 2010. L'adhésion du médecin à la nouvelle politique était définie par : «l'adoption du test de diagnostic rapide du paludisme (RDT) et/ou de la microscopie comme méthode de diagnostic du paludisme et la prescription de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) en première intention pour les cas de paludisme simple». Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les médecins l'ont rempli de façon anonyme.

Résultats. Cent six (600) médecins ont été inclus dans cette étude. La moyenne d'âge était de 43,9 ans (extrêmes: 26 ans et 59 ans). Le sex-ratio était de 0,59. Les médecins formés sur le RDT faisaient confiance à ce moyen de diagnostic ($p < 10^{-4}$). De même, il existait une association entre la prescription d'ACT par les médecins et leur participation à des formations sur le paludisme ($p = 0,02$). Au total 2/3 des médecins adhéraient à la PNL. L'adhésion était fortement liée à la confiance ($p < 10^{-4}$) et à la disponibilité du RDT ($p < 10^{-5}$) et a été favorisée par la formation sur la PNL ($p = 0,05$).

Conclusion. Pour que les médecins adhèrent à la PNL, la formation et la confiance en cette politique sont indispensables afin de changer le comportement des médecins. Mais l'amélioration du système de santé est aussi nécessaire.

R 05. Une observation d'un syndrome neurologique postpaludisme chez un malgache

Ravahatra K, Rakotonirina MR,
Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL,
Randria MJD

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

Résumé. Le syndrome neurologique postpaludisme (SNPP) est défini par la survenue d'un syndrome neurologique ou psychiatrique plusieurs jours ou semaines après un accès palustre à *Plasmodium falciparum* traité et guéri. Il est extrêmement rare. Nous rapportons le premier cas chez un patient vivant en Afrique d'un syndrome neurologique postpaludisme.

Un adolescent de 16 ans, a été admis dans le service des maladies infectieuses pour un paludisme simple à *P. falciparum* confirmé par une goutte épaisse/frottis mince. L'évolution était favorable sous antipaludique. Après une semaine, il a été réadmis pour un syndrome cérébelleux et une crise convulsive généralisée, dans un contexte apyrétique. La goutte épaisse revenait négative. L'analyse du liquide céphalorachidien retrouvait une méningite lymphocytaire. L'évolution a été favorable sous diazépam seulement.

Le SNPP doit être évoqué devant un tableau neurologique ou psychiatrique survenant dans les suites d'un accès palustre, après avoir éliminé une rechute ou un échec thérapeutique. Le traitement antipaludique n'est pas nécessaire. Un traitement seulement symptomatique est suffisant.

R 06. Les avancées sur le diagnostic de la tuberculose

Andrianasolo RL

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

Résumé. Du faite de la morbidité et de la mortalité qu'elle provoque, la tuberculose reste un problème de santé publique mondial majeur surtout dans les pays en développement et dans les zones de forte prévalence de l'infection à VIH. Selon l'OMS, à Madagascar, on estime que l'incidence de la tuberculose était de 266/100.000 habitants avec un taux de mortalité estimé à 55/100.000 habitants en 2010. Cette létalité est surtout liée au retard de diagnostic notamment dans

certaines formes de diagnostic difficile (TPM- et TEP). L'amélioration des moyens diagnostics est indispensable, si on veut réduire ces décès liés à la tuberculose. Notre objectif est de faire une revue de la littérature sur les moyens de laboratoire actuellement disponibles pour le diagnostic de la tuberculose. Pour l'examen bacilloscopique, la microscopie à fluorescence est plus performante par rapport à la microscopie conventionnelle utilisant la méthode de coloration de Ziehl-Neelsen. La culture reste le gold standard pour le diagnostic de l'infection à mycobactéries quelque soit la localisation. Elle permet en outre de tester la sensibilité des mycobactéries aux antituberculeux. Le milieu liquide est de plus en plus utilisé et qui tend à remplacer le milieu solide de Löwenstein-Jensen. En effet, ce milieu liquide est caractérisé par sa sensibilité plus élevée et la rapidité de ses résultats. La biologie moléculaire occupe actuellement une place non négligeable dans la mise en évidence d'une maladie tuberculeuse. Cette technique a fait sa preuve dans certaines formes et localisations tuberculeuses mais pose encore de problème de sensibilité dans certaines situations. C'est le cas de l'XpertMTB/RIF qui est reconnu par l'OMS depuis 2010 pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ainsi que la co-infection TB/VIH de diagnostic souvent complexe. Par contre, il n'est pas encore validé pour le diagnostic des tuberculoses extrapulmonaires. Pour ces localisations tuberculeuses, il faut recourir à l'histologie pour le diagnostic de présomption. La confirmation diagnostique doit passer par la culture. D'autres progrès seront ainsi nécessaires pour renforcer la qualité de ces moyens diagnostics afin d'optimiser la prise en charge de la tuberculose. Tout ceci pour réduire au maximum la morbidité et la mortalité liées à la cette pathologie.

R 07. Diagnostic microbiologique de la tuberculose

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

*USFR de Pneumologie
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. La tuberculose est responsable de 1,5 – 2 millions de décès par an dont le quart des séropositifs au VIH (VIH+). A Madagascar son incidence reste élevé (248 cas/100000 habitants/an en 2008). Les moyens diagnostics de nos jours ne sont pas facilement disponibles. Ce problème constitue soit un retard

diagnostic soit un traitement abusif de bon nombre de patients (50% sont traités sans preuve). La microscopie des crachats reste l'examen le plus disponible dans la majorité des centres de santé. Sa sensibilité est de 35 - 80% dans les conditions de routine. Elle est faible chez les VIH+ et les jeunes enfants (respectivement 20% et 15%). Cette sensibilité est augmentée depuis la révision des définitions des cas frottis-positifs (un lame positif ou plus avec présence d'au moins un BAAR/100 champ sur 2 crachats). L'utilisation de lumière fluorescente l'améliore de 10%. La culture garde une meilleure sensibilité et spécificité (seuil de détection de 10-100 bacilles/mL, contre 5000-10000 BAAR/mL pour la microscopie). Elle augmente la détection de la tuberculose de 30 à 50% par rapport à la microscopie et permet un diagnostic précoce (avant que le patient ne devienne infectieux). En plus, elle fournit un matériel nécessaire à la réalisation d'antibiogramme. La culture sur milieu liquide est 10 à 20% plus sensible et plus rapide que la culture sur milieu. L'amplification du génome par la technique « *Polymerase chain reaction* » (PCR) permet un diagnostic rapide en 2 heures et la détection de la résistance à certains antituberculeux. Elle est moins sensible que la culture malgré sa bonne spécificité [97% (54 à 100%)]. Le test Xpert MTB/RIF® offre une sensibilité de 72 à 92% en cas de frottis négatif avec une spécificité de 99%. Les examens immunologiques ne permettent pas de différencier une infection latente d'une tuberculose maladie. D'autres outils existent comme dosage de l'adénosine désaminase (ADA) dans les liquides biologiques. Elle a une sensibilité de 92% et une spécificité de 90% (méta-analyse récente sur 63 études). Des tests antigéniques, sont en cours d'évaluation comme la détection de « lipoarabinomannan », ou d'autres antigènes dans l'air expiré. Dans tous les cas, la continuation des recherches dans le domaine de développement de test rapide indépendant de crachats constitue des bonnes alternatives, surtout des tests d'utilisation facile tout en gardant une bonne sensibilité, notamment chez les patients immunodéprimés et chez les enfants.

R 08. Aspect de la tuberculose chez l'enfant à propos de 118 cas

Rafaravavy NE, Rakotomalala L,
Rakotomahefa M, Raobijaona H

USFR de Pédiatrie
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo

Introduction. La tuberculose est une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde. Chez l'enfant, quand il existe des signes, ceux-ci ne sont pas spécifiques mais doivent faire évoquer le diagnostic dans le contexte. L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence de la tuberculose chez les enfants, de voir les différentes formes cliniques rencontrées ainsi que l'efficacité du vaccin BCG.

Matériels et méthodes. C'est une étude rétrospective incluant les enfants de 6 mois à 15 ans vu dans le service de Pédiatrie de l'HUJR de Befelatanana pris en charge pour une tuberculose.

Résultats. Du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2010, 118 enfants ont été retenus dans l'étude avec une prédominance masculine (sex ratio=1,2) dont 42% avaient moins de 4 ans. Les 9% des patients n'étaient pas vaccinés avec le BCG. L'IDRT était positive chez plus de la moitié des cas et 60% avaient le score pédiatrique pour la tuberculose ≥ 7 . La notion de contagement tuberculeux (70%) avec un antécédent de tuberculose dans la famille à 58% et 8 cas de retraitement constituent les principaux facteurs de risques. Les signes cliniques les plus fréquents étaient la fièvre (92%), la toux et les sueurs nocturnes (59%) et l'amaigrissement (27%), la malnutrition (78%). La radiographie thoracique retrouvait une miliaire chez 11 patients. Les principales localisations étaient TPM+ (7%), TPM- (26%), et TEP (72,9%). Neuf patients avaient une localisation polyviscérale. Pour les formes graves, 99% des enfants qui ont présenté la méningoencéphalite et la miliaire étaient vaccinés contre le BCG dont l'évolution était défavorable dans 17% de cas.

Conclusion. L'outil de base pour le diagnostic de la tuberculose est l'examen clinique, l'IDRT, la radiographie et les examens bactériologiques. Chez l'enfant, il y a un critère diagnostique préétabli. La tuberculose de l'enfant se présente sous des formes cliniques fréquemment différentes de celle de l'adulte. La pérennité de cette affection sous tous ces aspects cliniques malgré le programme élargi de la vaccination nous incite à avoir plus de vigilance. Il est impératif de relancer de façon prioritaire les programmes de dépistage et de prévention.

R 09. Tuberculose et aspergillome pulmonaire

Razafindramaro N, Rakotoson JL,
Razafimanantsoa F, Rajaoarifetra J,
Rakotomizao J, Andrianarisoa ACF

*USFR de Pneumologie
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Introduction. Les lésions séquellaires de tuberculose pulmonaire constituent les facteurs de risque les plus importants d'aspergillome pulmonaire. Notre objectif était de décrire l'aspect épidémiologique et radiologique de l'aspergillome pulmonaire post-tuberculeux.

Patients et méthodes. Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive durant 59 mois sur les aspergillomes pulmonaires dans le service de Pneumologie Antananarivo Madagascar. Etaient inclus dans cette étude les malades ayant un diagnostic d'aspergillome pulmonaire après une tuberculose pulmonaire.

Résultats. Trente-trois cas étaient recensés avec un sex ratio de 3,7. La maladie était plus fréquente entre 40 et 50 ans. L'hémoptysie représentait le signe révélateur le plus fréquent. Le délai moyen d'apparition était de 8 ans et 6 mois. L'excavation pulmonaire était l'aspect radiologique et scannographique le plus rencontré.

Conclusion. La prise en charge précoce et adaptée de la tuberculose pourrait réduire l'incidence de l'aspergillome pulmonaire.

R 10. La tuberculose multi-résistante à Madagascar

Ralison A (1), Cauchoix B (2),
Raveloarimanga M (1), Raharimanana R (1)

(1) *Service de Pneumologie, CHU de Mahajanga*
(2) *Fondation Raoul Follereau*

Résumé. La lutte anti tuberculeuse dans le monde, comme à Madagascar, a bénéficié de la stratégie « DOTS ». Cette stratégie a permis d'améliorer le taux de guérison de la tuberculose, mais une menace réside dans l'apparition de formes chroniques pharmacorésistantes. L'apparition de ces formes justifie la mise en place d'une stratégie de prise en charge pour obtenir la guérison et d'éviter l'extension de cette tuberculose qu'est « La tuberculose multi résistante ».

La stratégie de lutte sera une « DOTS adaptée » afin de dépister et de traiter rapidement ces formes résistantes. La mise en place de moyens rapides de détection des bacilles résistants et la maîtrise des traitements sont l'objet de cette communication.

R 11. Les avancées sur l'infection à VIH

Randria MJD

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

Résumé. L'infection par le VIH constitue une pandémie et demeure une maladie grave. Les estimations font état de plus de 2 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH par an. Actuellement, de nouveaux outils sont disponibles pour faire face à cette pandémie mais en parallèle, d'autres problèmes émergent.

En effet, de nouvelles souches (N et P) ont été récemment identifiées et certaines semblent très agressives (N) et le monde entier est préoccupé par le problème de résistance aux antirétroviraux (ARV) qui devient de plus en plus important surtout en Afrique.

Le dépistage doit être amélioré afin d'arriver à la découverte au stade précoce de la maladie. En effet, il constitue la porte d'entrée dans la prise en charge, mais aussi un moyen de prévention par le biais d'un changement de comportement et du traitement ARV pour le patient infecté.

La première molécule ARV (AZT) a été découverte il y a 25 ans. Actuellement, le nombre des ARV est de 26 et il continuera à augmenter. De nouvelles classes d'ARV (inhibiteur d'intégrase, inhibiteur d'attachement au CD4) viennent d'élargir le rang des ARV. Le traitement ARV devenu de moins en moins toxique, de plus en plus efficace et accessible permettra d'atteindre de meilleurs résultats. La tendance actuelle est d'initier précocement le traitement ARV (CD4<500 /mm³) et de ne pas attendre trop longtemps pour le changement des molécules en cas de suspicion de résistance. Mais le problème d'observance reste encore un grand défi à relever pour les praticiens.

Grace aux ARV et à la bonne observance, l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique. Le pronostic de cette maladie dépend aussi de la survenue des maladies opportunistes (infections et cancers). La tuberculose et la cryptococcose représentent les infections opportunistes les plus fréquentes, mais elles sont souvent sous diagnostiquées et de gestion difficile en raison des interactions médicamenteuses et du syndrome de restauration immunitaire (IRIS). Actuellement, le traitement de ces infections est bien codifié.

Si les vaccins sont toujours en cours d'étude, de nouveaux outils de prévention sont actuellement jugés efficaces surtout en les combinant: la circoncision, le dépistage précoce, le traitement ARV précoce, les prophylaxies pré et post-exposition (PrEP, PPE), et les microbicides (gel de tenofovir...).

En définitive, il existe des avancées certaines dans la lutte contre le VIH et il faut les utiliser à bon escient pour atteindre les objectifs trois zéro (zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au VIH).

R 12. Les circonstances de découverte de l'infection à VIH dans le service des maladies infectieuses au HJRB

Rakotonirina MR, Randriamanovontsoa EN, Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL, Randria MJD

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

Introduction. A Madagascar, parmi les 24 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estimées, seulement 1 200 sont dépistées et suivies. Notre objectif était de déterminer les principales circonstances de découverte de l'infection à VIH chez les PVVIH suivies dans le service des maladies infectieuses au HJRB afin de suggérer une solution pour améliorer le dépistage du VIH.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective chez des PVVIH suivies dans le service des maladies infectieuses au CHU-HJRB du 01 janvier 2005 au 31 mai 2012.

Résultats. Ont été inclus 148 PVVIH. La moyenne d'âge était de 33 ans, et le sex ratio de 1,07. Au moment de la découverte de la maladie, 28% des PVVIH étaient au stade C de l'OMS. Le taux moyen de CD4 au moment du dépistage était de 305 cellules/mm³.

Les circonstances de découverte étaient représentées principalement par une altération de l'état général (24 % des cas), des signes respiratoires (10%), des signes tégumentaires (6%), des signes neurologiques (5%), des signes digestifs et génitaux (4% respectivement). Les principales infections opportunistes présentes au moment de la découverte de l'infection à VIH étaient la tuberculose (n=20), la toxoplasmose cérébrale (n=11) et la pneumocystose (n=7).

Dans 27 % des cas, la séropositivité était découverte lors du dépistage volontaire et 20% au cours de la grossesse.

Conclusion. Les manifestations cliniques de l'infection par le VIH sont extrêmement variées, et non spécifiques. La réalisation d'une sérologie VIH doit être proposée de façon systématique devant toutes ces situations cliniques. Un diagnostic précoce est un garant d'un meilleur pronostic.

R 13. Primo-infection VIH: quand faut-il y penser ?

Ravahatra K, Rakotonirina MR, Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL, Randria MJD

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

Résumé. La primo-infection VIH correspond à l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques survenant dans les jours (5 à 30 jours) suivant la contamination. Ces manifestations cliniques sont polymorphes, non spécifiques, d'intensité variable, parfois même asymptomatiques, rendant le diagnostic difficile. Les objectifs de cette présentation sont de rappeler aux praticiens les différentes circonstances amenant à évoquer la primo-infection VIH et de montrer les différents moyens de dépistages.

Nous avons choisi de présenter ces cas de primo-infection VIH symptomatiques pour illustrer puis de résumer l'ensemble des signes qui doivent faire évoquer à tous cliniciens une primo-infection à VIH. Les manifestations cliniques sont dominées par un syndrome pseudo-grippal (une fièvre, sueurs, céphalées, arthralgies, myalgies), parfois troubles digestifs (diarrhée) et amaigrissement. Une polyadénopathie est fréquente, une splénomégalie possible. Les signes cutanéomuqueux évocateurs sont: rash maculopapuleux, pharyngite à type d'angine érythémateuse ou érythématopultacée, ulcérations buccales, génitales ou anales. L'association syndrome pseudo-grippal, éruption cutanée, ulcérations cutanéomuqueuses, facteurs de risque de contamination est très évocatrice. Le diagnostic de certitude repose sur la confrontation des résultats sérologiques (Elisa et Western-Blot), et virologiques (antigénémie p24 et charge virale/ARN-VIH). Une sérologie VIH négative ou incomplète associée à un ARN-VIH positif ou une antigénémie VIH positive signe la primo-infection.

L'indication d'un traitement précoce est encore sujet à des controverses. La plus part des auteurs s'accordent sur un point, l'instauration d'un traitement antirétroviral est recommandée dans les trois situations suivantes: si les symptômes sont sévères en particulier en cas de symptômes neurologiques et/ou durables; en cas de survenue d'infection opportuniste; s'il existe d'emblée un déficit immunitaire important (lymphocytes CD4 \leq 350/mm³).

R 14. Aspects épidémiocliniques des infections opportunistes chez l'adulte séropositif VIH vu au CHU Befelatanana

Andrianasolo RL (1), Rakotoarivelo RA (1),
Djoko Guemjo ES (1), Randria MJD (1),
Rapelanoro Rabenja F (2)

(1) USFR des Maladies Infectieuses, HJRB

(2) USFR de Rhumato-DérmatoLogie, HJRB

Introduction. Malgré l'efficacité prouvée des antirétroviraux l'infection à VIH est encore responsable de taux de mortalité important. Ceci est surtout dû au retard de diagnostic et aux infections opportunistes dont la survenue est reconnue comme un des facteurs de risque de décès. Notre objectif est de décrire les aspects épidémiocliniques des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH vus à l'HUJR Befelatanana.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective des patients suivis entre 2001 et 2011.

Résultats. Cent soixante dix huit séropositifs ont été recrutés dont 52 (29,2%) avait présenté au moins une infection opportuniste. L'âge était de 34 ans avec un sexe ratio de 0,88. Les principaux symptômes de découverte étaient l'altération de l'état général (26,5%) et les toux fébriles persistantes (24,5%). Le taux moyen de CD4 était de 131/mm³. Les infections opportunistes étaient dominés par les causes bactériennes (61,5%) surtout la tuberculose et les causes parasitaires (19,2%) dont la pneumocystose et la toxoplasmose cérébrale. Le taux de mortalité était de 38,8% et surtout due à la tuberculose.

Conclusion. L'âge jeune de notre population d'étude et les types d'infections opportunistes présentées par nos patients vivants avec le VIH concordaient avec les données de la littérature.

R 15. Discrimination chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine : réflexions sur le milieu médical Malagasy

Ralamboson SA, Randriatsarafara FM,
Andrianasolo RL

Service de Médecine interne, CENHOSOA

Introduction. Notre propos est de faire le point sur la discrimination des PVVIH dans le milieu médical malgache. Si la plupart des études dans la littérature mondiale s'entendent globalement à reconnaître que ces attitudes discriminatoires constituent un frein dans la

lutte contre la propagation de l'infection à VIH, nous n'avons pu retenir essentiellement que deux travaux qui traitent du sujet dans le milieu médical malgache. Nous illustrerons nos réflexions en partie par certaines données de ces études.

Matériels et méthodes. Ces deux études diffèrent sensiblement sur le plan méthodologique. La première s'est focalisée beaucoup plus sur le milieu hospitalier en étendant l'étude sur plusieurs villes de Madagascar, alors que la seconde a impliqué aussi bien les formations sanitaires de bases que les formations hospitalières publiques ou privées en se restreignant cette fois au district d'Antananarivo. La première équipe par ailleurs a enquêté sur la perception du PVVIH lui-même, alors que la seconde équipe s'est beaucoup plus penchée sur la perception et le comportement du personnel médical. Cette différence rend la comparaison hasardeuse, toutefois on peut concevoir une complémentarité des données à des strates différentes, d'autant que les résultats sont globalement cohérents. Les deux études ont utilisés des questionnaires prétestés.

Résultats. Ainsi, 36% des séropositifs auraient ressenti la discrimination. Dans le cas du district d'Antananarivo, 65,7% avec IC95% [59,5% - 71,1%] du personnel de santé seraient discriminant. Les deux études s'accordent que l'âge avancé du soignant, le fait d'appartenir au groupe des paramédicaux (et incidemment d'être du sexe féminin), le rendrait plus discriminant. L'impact en milieu médical se manifestait par le refus de se faire soigner à l'hôpital par peur d'être discriminé (80 %), et le refus de partager leur statut sérologique envers les personnels médicaux. Pour les personnels médicaux, la discrimination se manifestait par l'utilisation injustifiée de certains matériels (port de masque ; stéthoscope et tensiomètre réservés aux séropositifs...) et par le refus de soigner les personnes séropositives. Cette attitude est sous-tendue par la peur d'être infecté, conséquence elle-même d'une insuffisance des connaissances des modes de transmission du VIH. L'ignorance des droits des patients participe significativement à ces attitudes discriminatoires (70,5% versus 43,6%). Le rôle de la formation dans les changements des attitudes dépend essentiellement de son contenu.

Conclusion. Les attitudes discriminatoires sont multifactorielles. Ces études confirment que c'est essentiellement le renforcement des connaissances du personnel soignant associé au contact humain effectif avec les PVVIH qui pourrait améliorer significativement cette attitude dans le respect du droit des patients.

R 16. Les troubles osseux au cours de l'infection à VIH

Rabemazava AZLA (1), Randrianirina A (1),
Randria MJD (2), Razafimahandry HJC (1)

(1) *USFR d'Orthopédie Traumatologie, HJRA*

(2) *USFR des Maladies Infectieuses, HJRB*

Résumé. Une prévalence alarmante de l'ostéopénie et dans une moindre mesure de l'ostéoporose est observée chez les séropositifs au VIH sous multithérapie mais aussi chez les non traités.

La prévalence de l'ostéoporose chez les séropositifs varie de 3 à 22% et celle de l'ostéopénie de 23 à 65%. Ainsi l'infection par le VIH majorerait le risque fracturaire de 60%. Les sites préférentiels des lésions sont les vertèbres, les hanches et les poignets. Les patients des deux sexes sont concernés de façon identique.

Les troubles de la régénération du tissu osseux des séropositifs sont signalés depuis des années, avant même les trithérapies. Le mécanisme est multifactoriel. Le VIH lui-même joue un rôle, ainsi que la durée de l'infection et celle du traitement antiretroviral.

R 17. Sarcome de Kaposi lié au VIH vu au service des Maladies infectieuses, CHU d'Antananarivo

Randriamanovontsoa EN, Rakotonirina MR,
Rakotoarivelo RA, Andrianasolo RL,
Randria MJD

USFR des Maladies Infectieuses

Hôpital Joseph Raseta Befelatanana

CHU Antananarivo

Introduction. Le sarcome de Kaposi est la tumeur la plus fréquente au cours de l'infection à VIH. Sa prise en charge est difficile. L'objectif de cette étude est de rapporter trois cas de sarcome de Kaposi chez des personnes vivant avec le VIH suivies dans le service des maladies infectieuses de l'HUJR de Befelatanana.

Matériels et méthodes. Etude rétrospective des PVVIH suivies du 01 Janvier 2005 au 31 Mai 2012. Ont été incluses toutes les PVVIH présentant un sarcome de Kaposi avec preuve histologique.

Résultats. Parmi les 148 PVVIH enregistrés pendant cette période, nous avons retrouvés trois cas (2%) de sarcome de Kaposi dont deux hommes et une femme. L'âge moyen était de 30 ans. Parmi les 148 PVVIH enregistrés pendant cette période, nous avons retrouvés trois cas (2%) de sarcome de Kaposi dont deux hommes et une femme. L'âge moyen était de 30 ans.

Le taux moyen de CD4 était de 60 /mm³. Les formes cutanées prédominaient. Sous traitement antirétroviral et sous chimiothérapie anticancéreuse, l'évolution était favorable chez un patient. Une patiente était perdue de vue et un patient décédé avant la mise en route du traitement oncologique.

Conclusion. A Madagascar, la prise en charge du sarcome de Kaposi lié au VIH est très difficile car il n'y a qu'un seul service de cancérologie dans toute l'Île. En plus, l'accessibilité au traitement est difficile tant sur la disponibilité des molécules que sur leurs coût car les patients doivent payer tous les frais médicaux. Une étroite collaboration entre médecins référents et le service Oncologie ainsi que l'Etat, est souhaitable pour améliorer la prise en charge de ces patients.

R 18. Co-infection tuberculose/VIH vue au service des Maladies infectieuses, HJRB (2003-2012)

Randria MJD

USFR des Maladies Infectieuses

Hôpital Joseph Raseta Befelatanana

CHU Antananarivo

Introduction. La co-infection TB/VIH est très fréquente. Sa prise en charge s'avère difficile. Et elle est à l'origine d'une importante mortalité. Notre objectif est de décrire les caractéristiques épidémiocliniques de la co-infection TB/VIH vue au service des maladies infectieuses.

Matériels et méthodes. Etude rétrospective, descriptive incluant toutes les PVVIH suivies entre 2003 et 2012 au service des Maladies Infectieuses de l'HUJR.

Résultats. Ont été incluses 25 PVVIH (11,8%) parmi les 211 suivies durant la période étudiée. L'âge moyen était de 35 ans et le sex-ratio de 0,92. La tuberculose était révélatrice du VIH dans 64% des cas (n=16). Le délai moyen de diagnostic était de 4 semaines. Les principaux symptômes étaient la fièvre (n=16), l'altération de l'état général (n=14) et la toux (n=14). Les formes de la tuberculose étaient pulmonaires (n=10), extrapulmonaires (n=12) et mixte (n=3). Le taux moyen de CD4 au moment du diagnostic de la tuberculose était de 107 /mm³. Une autre infection opportuniste était associée à la tuberculose chez 15 patients dont la toxoplasmose cérébrale (n=6) et la pneumocystose (n=3). Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement antituberculeux contenant de la rifampicine dans 92% des cas et de la rifabutine dans 8% des cas. Un

traitement antirétroviral associant 2INTI et efavirenz était prescrit chez 23 patients. Le taux de mortalité était de 41,7%.

Conclusion. La tuberculose était souvent révélatrice de l'infection à VIH. La co-infection TB/VIH reste grave car elle est responsable d'une mortalité élevée. Afin d'y remédier il faut faire le diagnostic au stade précoce de l'infection à VIH et assurer la prise en charge précoce et adéquate de la tuberculose. Le counseling de dépistage à l'initiative du soignant (CDIS) s'avère très important pour améliorer le dépistage du VIH.

R 19. Manifestations cliniques de l'hépatite B à l'UPFR d'Immunologie CHUA-JRA (2009-2011)

Rajaonatahina DH (1), Tsatoromila FA (1), Randriamanantany Z (1), Andriamahenina R (1), Rakoto Alson O (2), Rasamindrakotroka A (3)

(1) UPFR d'Immunologie, HJRA

(2) UPFR d'Hématologie, HJRA

(3) Faculté de Médecine Antananarivo

Introduction. L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est endémique en Afrique et à Madagascar. Elle évolue sous une forme aiguë et chronique avec un grand polymorphisme des manifestations cliniques, depuis les variétés asymptomatiques et frustes jusqu'aux formes graves et mortelles avec intoxication générale, ictère, hémorragie et autres signes d'insuffisance hépatique. A l'Unité Paraclinique de Formations et de Recherches en Immunologie du CHU-HJRA, outre l'antigène de surface HBs (AgHBs) nous titrons également l'AgHBe, les anticorps antiHBs, les anticorps antiHBe (IgM et IgG). Mais, seule la recherche de l'AgHBs est couramment d'usage dans le dépistage, le diagnostic et le suivi de l'infection à VHB par les prescripteurs.

Matériels et méthodes. Cette étude rétrospective concernant 884 patients a été menée pour analyser les habitudes des prescripteurs malgaches et évaluer le portage chronique de l'AgHBs et le risque d'une hépatocarcinome.

Résultats. Parmi les 884 patients, nous avons trouvé une positivité de l'AgHBs de 8,6%. Aucune demande ne mentionnait une suspicion d'hépatite B ni une surveillance d'une infection ancienne. Le renseignement clinique « contrôle » était seulement de 31/884 (3,5%) des cas avec une positivité de 35,5%, et nous pouvons considérer ce chiffre comme le portage chronique de l'AgHBs dans notre étude. Le nombre de demande pour bilan de grossesse était de 26% avec un taux de

séropositivité à l'AgHBs de 2,6%. Ce nombre de 26% fait penser que les prescripteurs malgaches étaient conscients du danger encouru par l'enfant en cas d'infection périnatale par l'hépatite B. En outre, chez 233 patients (26,4%), l'indication inscrite sur la demande d'analyse a été « bilan » sans aucune autre précision. De même le renseignement clinique « autres » était aussi prépondérant dans notre cohorte 171 (19,3%) avec un taux de positivité de 3,5%.

Conclusion. Cette étude montre que les prescripteurs ont l'habitude de manquer de précision dans les demandes d'analyses. Nous tenons à signaler que dans n'importe quel acte biologique, un bon résultat dépend d'un renseignement clinique précis, fiable et clair. Le dialogue entre clinicien et biologiste doit être favorisé pour la meilleure prise en charge des malades.

R 20. Dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes vues à l'Hôpital universitaire de Gynéco-Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo

Raherinaivo AA, Randriamahazo T, Contamin B, Rabemalala D, Andrianampanalinarivo HR, Rakoto Alson O, Rasamindrakotroka A

UPFR d'Immunologie

Hôpital Joseph Ravoahangy AndrianaValona
CHU Antananarivo

Résumé. Dans les zones de forte endémie de l'hépatite virale B, comme Madagascar, la part de la transmission périnatale dans la charge de morbidité générale est élevée. Une étude prospective a été menée à l'Hôpital universitaire de Gynéco-Obstétrique de Befelatanana (HUGOB) Antananarivo afin de déterminer la séroprévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes. Durant une période de 4 mois allant de Février à Mai 2012, les femmes venant à une consultation prénatale à l'HUGOB ont été testées pour l'AgHBs avec un test de diagnostic rapide. Les cas positifs ont été confirmés ensuite par une technique Elisa AgHBs.

Parmi les 654 femmes venues en consultation, 16 (2,4%) étaient positives pour l'AgHBs. La prévalence correspond à celle observée lors d'une étude antérieure chez les femmes enceintes à Antsirabe, Antananarivo.

La vaccination dans les 24 premières heures de vie est préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé afin d'éviter la transmission materno-fœtale lors de l'accouchement. Ceci permettrait de diminuer de plus de 70% le risque de transmission néo-natale d'une hépatite chronique.

R 21. Séroprévalence des infections transmissibles par la voie sanguine chez les donneurs bénévoles au Centre National de Transfusion Sanguine d'Antananarivo, Madagascar

Rakotoniaina AI, Randriamanantany ZA, Andriambelo V, Rakoto Alson O, Rasamindrakotroka A

UPFR d'Immunologie

*Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Introduction. La transfusion sanguine tient une place importante dans le domaine médical mais elle expose les receveurs à un risque de transmission des agents infectieux transmissibles par voie sanguine malgré les progrès faits dans la sécurité transfusionnelle. Le dépistage systématique des infections virales (Virus d'Immunodéficience Humaine et hépatites B/C) sur tous les dons de sang fait partie des 4 éléments majeurs de la stratégie adoptée par l'OMS en matière de sécurité transfusionnelle. A Antananarivo, seul le centre national de transfusion sanguine (CNTS) est destiné à fournir du sang et autres produits sanguins. Il est adhérent à cette politique de dépistage. Cette étude a pour objectif de déterminer la séroprévalence des infections transmissibles par la voie sanguine chez les donneurs bénévoles au centre national de transfusion sanguine d'Antananarivo de 1992 à 2010.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une enquête sérologique rétrospective descriptive menée auprès des donneurs bénévoles du CNTS d'Antananarivo sur une période de 18 ans entre 1992 et 2010.

Résultats. Sur les 6770 donneurs inclus dans l'étude, 5,6% (379/6770) avaient au moins une sérologie positive parmi les 3 infections recherchées. La séroprévalence mesurée est respectivement pour VIH, VHB, et VHC de 0,41% (28/6770), 2,82% (191/6770), et 0,82% (56/6770) respectivement. L'infection à VHB a principalement été observée au sein de la population masculine ($p < 0,05$).

Conclusion. Une diminution de la séroprévalence de l'HIV et de l'hépatite B semble toutefois ici avoir été notée par rapport à une étude antérieure menée en 1990 au sein du même Centre.

R 22. Metapneumovirus humain (hMPV), Virus respiratoire syncytial (RSV) et Virus influenza (FLUV) détectés chez

les enfants présentant une infection respiratoire aigüe dans une zone rurale de Madagascar

Rabazanahary HM, Hoffmann J, Randriamarotia M, Najjar J, Ratsimbao A, Vernet G, Contamin B, Paranhos-Baccala G
*Centre d'Infectiologie Charles Mérieux
Faculté de Médecine Antananarivo*

Introduction. Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) constituent l'une des principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans dans les pays à faible revenu. A Madagascar, peu de données sont disponibles sur les étiologies virales de ces infections et la plupart des études menées antérieurement étaient axées sur la grippe. Les métapneumovirus humains (hMPV), les virus respiratoires syncytiaux (RSV) sont toutefois souvent impliqués dans les formes graves aux côtés des virus de la grippe A et B (FLUV). L'objectif de cette étude était de déterminer l'implication des hMPV, RSV et FLUV dans les IRA.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective descriptive, menée chez les enfants de 2 à 59 mois, vus en consultation à la Fondation Médicale d'Ampasimanjeva (FMA) pour un syndrome d'IRA entre le 1^{er} février 2010 et le 28 février 2011 (13 mois).

Les prélèvements ont été obtenus par écouvillonnage nasopharyngé. Le kit *Respiratory Pathogen Panel* (Fast-Track Diagnostics, Luxembourg) a été utilisé pour la détection des virus respiratoires par PCR en temps réel.

Afin d'établir une relation entre la clinique et les virus détectés, les différents épisodes d'IRA ont été classés en 4 tableaux cliniques : les pneumonies aiguës communautaires ou CAP (groupe I), les IRA basses ou IRAB (groupe II), les infections respiratoires hautes (IRH) avec toux (groupe III) et les IRH sans toux (groupe IV).

Résultats. Un total de 295 enfants de 2 à 59 mois a été inclus pendant la période de l'étude. Au moins l'un des trois virus a été détecté dans 34,24% des cas (101/295). Les hMPV, RSV et FLUV ont été respectivement identifiés sur 41 (13,90%), 35 (11,86%) et 26 (8,81%) prélèvements. Un seul cas de co-détection à FLUAV/RSV et cinq cas à FLUAV (H1N1) ont été retrouvés. Les hMPV ont été fréquemment détectés dans les cas de pneumonie (groupe I) (17/83, $p < 0,05$) alors que les RSV ont plutôt été associés aux cas d'IRH avec toux (groupe III) (15/66; $p < 0,05$). Les FLUV ont

été retrouvés dans les 4 différents tableaux cliniques.

Conclusion. Cette étude a permis d'affiner les connaissances sur l'étiologie virale des IRA. Elle a montré que les hMPV sont les plus impliqués dans les cas de pneumonie observés. Les RSV, virus responsables de bronchiolite, sont surtout retrouvés chez les cas d'IRH avec toux.

R 23. Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la fièvre typhoïde dans le service de Pédiatrie de Befelatanana, Antananarivo

Razafimandimby M, Rakotomahefa M, Rakotomalala L, Razafimandranto AAT, Raobijaona SH

*USFR de Pédiatrie
Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
CHU Antananarivo*

Introduction. La maladie « des mains sales » demeure endémique dans les pays en développement. Notre objectif est de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la fièvre typhoïde dans le service de Pédiatrie de Befelatanana, Antananarivo.

Matériels et méthodes. Nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive de la fièvre typhoïde des 80 cas colligés en 5 ans de 2007 à 2011 au Service de Pédiatrie CHU JR de Befelatanana. Le critère d'inclusion est la positivité de l'hémoculture et/ou la coproculture et/ou la sérologie de Widal Félix associée à une fièvre et/ou une diarrhée.

Résultats. La prévalence hospitalière de la maladie était relativement faible (0,5%) par rapport aux études déjà menées ici qu'ailleurs. On avait constaté qu'il y avait une recrudescence de la maladie en saison chaude et pluvieuse et une légère flambée en 2011. Le sex ratio était de 1, et l'âge moyen de 8,8 ans. Ces enfants ont reçu des antibiotiques et/ou des antipaludéens dans 76,2% avant l'admission. La symptomatologie principale était constituée par de la fièvre (92%) des vomissements, douleurs abdominales, céphalées (70% chacun). Les complications dont de l'ordre de 5% qui étaient la perforation intestinale (2,5%), la rechute (2,5%). Le taux de décès était de 1,3%. Les molécules les plus utilisées étaient les céphalosporines de 3^e génération et les pénicillines.

Conclusion. Les hygiènes alimentaires et des mains précaires dues à la pauvreté rendent la FT un problème de santé publique à Madagascar.

R 24. Infections urinaires de l'adulte en milieu hospitalier à Antananarivo

Ramilitiana B (1), Rakotoarivelo RA (2), Razafimahefa SH (3), Vololontiana D (4), Randrianarison A (5), Randria MJD (2), Randriamarotia WHF (1)

- (1) *USFR de Néphrologie, HJRB*
- (2) *USFR des Maladies Infectieuses, HJRB*
- (3) *USFR de Hépto-gastro-entérologie, HJRB*
- (4) *Pavillon spéciale B, HJRB*
- (5) *Pavillon spéciale A, HJRB*

Résumé. A Madagascar, la sensibilité des bactéries responsables des infections urinaires chez l'adulte en milieu hospitalier est peu étudiée. Notre objectif était de déterminer le niveau de résistance des bactéries aux antibiotiques dans les infections urinaires afin de permettre une prise en charge adaptée.

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive du mois d'octobre 2002 au mois d'août 2008 dans 2 services de Médecine Interne à Antananarivo.

Parmi les 2933 patients hospitalisés, 417 avaient bénéficié d'un examen cyto-bactériologique des urines et 114 avaient une infection urinaire. L'âge moyen était de 55,6 ans et le sex-ratio de 0,6. Au total, 125 souches des bactéries étaient isolées. Les entérobactéries étaient les plus fréquemment retrouvées (78,4%), particulièrement *Escherichia coli* (44,8%) et *Klebsiella pneumoniae* (11,2%). Les souches de *E. coli* avaient perdu leur sensibilité à l'amoxicilline (15,4 %) et à l'association triméthoprime - sulfaméthoxazole (15,2%). Par contre elles restaient sensibles aux céphalosporines de 3^e génération (~91,7%) et aux fluoroquinolones (85,4%). Ces derniers devront constituer les antibiotiques probabilités de choix en première intention en attendant les examens bactériologiques et les résultats de l'antibiogramme.

R 25. Profil des infections vues à l'USFR d'Orthopédie Traumatologie de l'HU-JRA

Randrianirina A, Rabemazava AZLA, Razafimahandry HJC

*USFR d'Orthopédie Traumatologie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Introduction. Les pathologies infectieuses de l'appa-

reil locomoteur représentent une situation fréquente dans les pays en développement. Notre étude a pour objectif de déterminer le profil des germes des infections nosocomiales (IN) et la prévalence de cette pathologie dans le service d'Orthopédie Traumatologie de l'HUJRB.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 65 patients adultes sur une période de un an. La culture des germes positive documentée d'un antibiogramme concernait 43 patients.

Résultats. L'âge moyen était de 36,7 ans avec un sex-ratio de 1,9. Les patients provenant directement de leur domicile représentaient 23,2% (10 patients), 33 patients (76,8%) étaient transférés dans notre service. Le site de prélèvement au niveau des membres inférieurs

prédominait avec 74,4%. Les germes rencontrés sont surtout dominés par *Staphylocoque aureus* dans 24 cas (38,8%), des entérobactéries dans 8 cas (soit 29%) et des germes hospitaliers dans 8 cas (13%). Des bactéries multirésistantes (BMR) ont été retrouvées dans 11 cas (17,7%). Les IN représentent 21 cas (48,8%) avec une prévalence de 4,3% et les infections d'acquisition communautaire 15 cas (68,2%). Parmi ces IN, les infections du site opératoire sont au premier rang avec 17 cas (81%). Les BMR représentent 8 cas (38%) des IN dont 7 cas d'entérobactéries. On note également un cas d'association de deux BMR dans les IN. La durée moyenne de séjour hospitalier a été de 60,5 jours dans les IN et 52,4 jours dans les autres cas. Un cas de décès a été noté dans les IN.