



REVUE TUNISIENNE D'INFECTIOLOGIE

Organe Officiel de la Société Tunisienne de Pathologie Infectieuse

E-mail: rti@gnet.tn - Site web : www.infectiologie.org.tn

RÉDACTEUR EN CHEF

Mohamed CHAKROUN

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION

Mounir BEN JEMAA

COMITÉ DE RÉDACTION

M. BEN JEMAA, K. AOUN

A. HAMMAMI, F. KANOUN, B. KILANI, A. SLIM

O. BAHRI, R. BATTIKH, K. KALLEL, N. KAABIA

COMITÉ DE LECTURE

F. ABROUG

H. BABA

S. BELAKHAL

M. BOUAZIZ

A. BOURATBINE

E. CHAKER

J. DAMAK

C. FENDRI

M. HSAIRI

H. KARRAY

A. KECHRID

M. LAKHAL

A. LETAIEF

H. LOUZIR

L. SLIM

H. TIOURI BENAÏSSA

H. TRABELSI

H. TRIKI

K. ZGHAL

F. ZOUITEN

COMITÉ SCIENTIFIQUE

A. AYADI

R. AZAÏEZ

C. BELKAHIA

T. BEN CHAABENE

M. BEN REDJEB

M. BEN SAÏD

N. BOUZOUAIA

B. GUERY (Lille)

A. HAMMAMI

S. HAMMAMI

C. PERRONNE (Garches)

C. RABAUD (Nancy)

J. P. STAHL (Grenoble)

A. ZRIBI

Publication trimestrielle

Autorisation du Ministère de l'Intérieur et du Développement local N°2908 à la date du 13 Juin 2008

Réalisation : EDISCIENCES - Tél./Fax : 71 873 205 - 71 880 314 E-mail: edisciences@yahoo.fr

Toute reproduction interdite sauf accord écrit de l'auteur

NOTE AUX LECTEURS**EDITORIAL***M. Chakroun***REVUES GENERALES**

- 1 Bases pharmacologiques de l'antibiothérapie des abcès cérébraux à pyogènes.

Ch. Marrakchi et al.

- 8 Facteurs de virulence et épidémiologie liés au *Pseudomonas aeruginosa*

*S. Bricha et al.***ARTICLES ORIGINAUX**

- 16 Rifampicine-Colistine intraveineuse pour le traitement des infections à *Acinetobacter baumannii* multirésistant.

W. Naija et al.

- 20 118 cas de tuberculose urogénitale dans le Sud tunisien.

M. Hadj Slimen et al.

- 25 Séroprévalence de la brucellose humaine à Mopti, Mali

S. Dao et al.

- 28 La consultation de dépistage anonyme et gratuit du VIH : Attitudes et perception du risque par les consultants.

S. EL Mhamdi et al.

- 32 Données épidémiologiques, cliniques et parasitologiques actualisées de la leishmaniose cutanée en Tunisie.

*I. Ben Abda et al.***CAS CLINIQUES**

- 38 Cellulite de la face révélant un abcès dentaire à *Gemella morbillorum*.

H. Ben Brahim et al.

- 41 Tuberculose de la glande thyroïde. A propos d'un cas

*S. Kharrat et al.***NOTE FOR THE READERS****EDITORIAL***M. Chakroun***GENERAL REVIEW**

- 1 Pharmacological bases of pyogenic brain abscesses antibiotic therapy.

Ch. Marrakchi et al.

- 8 Virulence factors and epidemiology related to *Pseudomonas aeruginosa*

*S. Bricha et al.***ORIGINAL ARTICLES**

- 16 Rifampicin and Colistin in the treatment of infections from multiresistant *Acinetobacter baumannii*

W. Naija et al.

- 20 118 cases of urogenital tuberculosis in the south of Tunisia

M. Hadj Slimen et al.

- 25 Seroprevalence of human brucellosis in Mopti, Mali

S. Dao et al.

- 28 The consultation of anonymous and free tracking of the HIV : Attitudes and perception of the risk by the consultants

S. EL Mhamdi et al.

- 32 Current epidemiological, clinical and parasitological data concerning cutaneous leishmaniasis in Tunisia.

*I. Ben Abda et al.***CASES REPORT**

- 38 Facial cellulitis as a complication of a periradicular abscess due to *Gemella morbillorum*.

H. Ben Brahim et al.

- 41 Tuberculosis of the thyroid. A Case report

S. Kharrat et al.

Pr. M. Chakroun
Rédacteur en chef

La Revue Tunisienne d'Infectiologie a été créée après un besoin incessant de la part des adhérents de la Société Tunisienne de Pathologie Infectieuse d'un espace spécifique pour s'exprimer sur certains thèmes se rapportant aux infections, et après une première tentative de publication d'un bulletin semestriel en 1999 qui portait le titre « Infections ».

La Revue Tunisienne d'Infectiologie, organe d'expression de la Société Tunisienne de Pathologie Infectieuse, a pris naissance en Janvier 2007 après environ une année de réflexions et de préparatifs. Depuis cette date, elle a permis d'ouvrir un espace spécifique permettant de rassembler les publications Tunisiennes concernant les différents aspects de la pathologie infectieuse, la microbiologie et la parasitologie-mycologie.

Première revue Tunisienne dans ce domaine, la Revue Tunisienne d'Infectiologie a connu les difficultés de tout novateur. En effet, convaincre les différents spécialistes dans ce domaine de nous adresser leurs travaux n'est pas un objectif facile à atteindre pour une revue débutante et forcément non indexée. Au cours de ces trois années d'exercice, le maintien et la progression de notre revue n'ont pu être possible que grâce à ceux qui nous ont, progressivement, prouvé leur confiance en nous accordant une partie de leurs travaux à publier. A ce sujet, il faut remercier la générosité et l'assuidité de certaines équipes tunisiennes ainsi que la régularité et la qualité de la contribution scientifique de nos confrères et amis marocains. Le maintien de notre activité n'était également possible que grâce au soutien financier de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique.

Avec ce numéro, la Revue Tunisienne d'Infectiologie clôture sa troisième année d'exercice. Dans la vie d'une publication médicale, c'est une période très critique pour la survie, c'est aussi une durée très insuffisante pour prétendre à la maturité et la perfection. Durant cette période et malgré une périodicité trimestrielle, notre préoccupation majeure était d'assurer un équilibre difficile entre le maintien d'un nombre suffisant d'articles et le souci de la qualité. Les améliorations apportées dès ce numéro à la couverture et la présentation du contenu de la revue témoignent de notre volonté d'aller vers l'avant. Ce numéro coïncide également avec la publication du premier article Malien, nous espérons qu'elle marquera le début d'une ouverture large et durable vers les pays francophones de l'Afrique sub-saharienne.

Consolider les acquis et rehausser la qualité des publications demandent de nous tous des efforts supplémentaires, une contribution plus régulière, plus importante et de qualité. Après ce début réussi, le chemin reste encore long. Avec la confiance, la bonne volonté de ses lecteurs et ses comités, la Revue Tunisienne d'Infectiologie peut aborder l'avenir avec confiance et sérénité et prétendre à une dimension maghrébine et africaine.

Que tous ceux qui ont contribué à la bonne marche de cette revue, de loin ou de près, trouvent ici un grand remerciement pour leur travail, leur dévouement et leur confiance.

Du H5N1 au H1N1, les virus grippaux ne cessent de nous surprendre au cours de cette dernière décennie. Ils confirment encore une fois leur important potentiel de mutation et d'émergence à tout moment à l'origine de pandémies provoquant, habituellement, une forte morbidité et une surmortalité, avec des conséquences socioéconomiques importantes liées aux taux élevés d'absentéisme professionnel et aux dépenses de santé.

Au cours du XXème siècle, il y en a eu trois pandémies en 1918, en 1957 et en 1968 avec des taux d'attaque, de létalité et des conséquences socio-économiques variables. L'année 2004 a connu la première menace réelle de pandémie grippale de ce siècle avec l'émergence d'un virus aviaire entraînant des infections graves chez les volailles dans une vaste partie de l'Asie. Ce virus a rapidement franchi la barrière d'espèces et a contaminé l'homme, provoquant une forte mortalité. La grippe aviaire hautement pathogène due au virus A/H5N1, n'a pas disparu, elle continue à se propager avec une extrême lenteur et reste encore cantonnée à certains pays surtout asiatiques et quelques pays africains. Selon l'OMS, le nombre de pays touchés ne dépasse 15 et le nombre de cas notifié jusqu'à fin Septembre 2009 est de 442. Si le potentiel épidémique du virus aviaire A/H5N1 reste faible, la létalité demeure importante estimée de l'ordre de 60% des cas infectés.

La grippe A/H1N1 connue au début sous le nom de grippe « mexicaine » ou de grippe porcine a détourné l'attention de tous les professionnels de santé et les décideurs et a rapidement occulté la crainte croissante d'une létalité humaine élevée de la grippe aviaire et d'une éventuelle adaptation du virus aviaire A/H5N1 à l'homme. La grippe A/H1N1, s'est déclarée au Mexique en mars 2009, et s'est propagée très rapidement dans plusieurs pays. En l'espace de 3 mois, plus que 170 pays sont touchés et l'OMS a rapidement déclaré la pandémie. Bien qu'ils ne provoquent, en général, qu'une maladie légère à modérée, tous les virus grippaux peuvent être potentiellement mortels et le nouveau virus A/H1N1 ne fait pas l'exception.

Avec la progression de la pandémie, plusieurs informations concernant cette forme de grippe se précisent. Cette nouvelle forme de grippe touche surtout les enfants et les jeunes adultes avec un âge médian de 20 à 27 ans. Les sujets les plus âgés sont moins touchés que le reste de la population en raison très probablement d'une immunité acquise contre un ou plusieurs antigènes du virus. Son tableau clinique est très proche de celui de la grippe saisonnière avec une fréquence plus élevée de manifestations digestives (vomissements, diarrhée), des cas de conjonctivites ont été observés. Une étude Péruvienne a montré un certain polymorphisme clinique avec 33% de formes asymptomatiques, 37% de formes sans fièvre ou avec une fièvre modérée et 30% de formes symptomatiques avec une fièvre élevée caractéristique d'une grippe.

Les groupes exposés à un risque de gravité sont les enfants âgés de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les obèses et les personnes ayant une maladie chronique cardio-pulmonaire (hypertension artérielle, asthme, etc.), les diabétiques et les immunodéprimés. Par rapport à la grippe saisonnière, une gravité particulière est notée chez la femme enceinte avec un risque important de mort fœtale et d'avortements spontanés. L'obésité apparaît comme un facteur de risque de mortalité. Les formes graves qui se caractérisent par la survenue d'une pneumonie avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë ou de défaillance multiviscérale ne sont pas très fréquentes. Elles surviennent chez l'adulte jeune avec un âge moyen de 37 ans, les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 36%.

La contagiosité du virus A/H1N1 et sa létalité potentielle restent au centre des préoccupations des autorités sanitaires des pays qui ont mis en place des programmes

de prévention. Le virus A/H1N1 a montré un potentiel épidémique très important avec une transmission interhumaine importante et une extension très rapide. Depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas notifiés par l'organisation mondiale de la santé ne cesse d'augmenter de façon très importante d'une semaine à une autre particulièrement dans les pays où une transmission communautaire du virus s'est installée. Bien que se chiffrant en centaines de milliers, le nombre de cas déclarés ne reflète pas la réalité de la situation épidémiologique puisque plusieurs pays ne confirment plus systématiquement le diagnostic. Selon les données du bulletin épidémiologique de l'observatoire national des maladies nouvelles et émergentes, la Tunisie a été le 100^{ème} pays au monde à signaler des cas de grippe A/H1N1. Jusqu'au 20 octobre 2009, le nombre de cas confirmés, est de 105 cas, ce nombre reste faible, comparativement à d'autres pays. La contamination des cas notifiés a eu lieu en dehors du pays dans presque la moitié des cas. Par ailleurs, il n'existe encore aucun indice en faveur d'une transmission communautaire active du virus de la grippe A/H1N1 dans le pays.

Cette grippe a provoqué, jusqu'à maintenant, près de 6000 décès dans tout le globe, ce qui correspond à une létalité de l'ordre de 1,3%. Cette létalité supérieure à celle de la grippe saisonnière (0,1 à 0,3%) doit être interprétée avec beaucoup de prudence compte tenu de la fréquence des cas d'infections modérées ou asymptomatiques et non déclarés. En plus, le nombre de décès lié à cette nouvelle forme de grippe reste très en dessous des 500.000 décès annuels potentiellement liés à la grippe saisonnière.

Les premiers isollements de virus de la grippe A/H1N1 étaient sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase, l'oseltamivir et le zanamivir, mais résistants à l'amantadine et à la rimantadine. Si l'oseltamivir reste efficace moyennant une prescription précoce, des cas de résistance ont déjà été signalés dans quelques pays. Selon le relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS du 30 octobre 2009, 39 cas de résistance à l'oseltamivir ont été rapportés. Ces cas ont été géographiquement disséminés, sporadiques et sans lien les uns avec les autres. Il faut surtout craindre le risque d'extension de cette résistance avec l'usage plus large de cette molécule et la transmission interhumaine de virus résistant.

Le problème de la vaccination est définitivement résolu. Pour cette saison, deux vaccins seront disponibles, le vaccin de la grippe saisonnière qui garde les mêmes indications et le vaccin de la grippe A/H1N1 dont la stratégie de prescription a fait l'objet de plusieurs discussions des comités techniques dans plusieurs pays. Les personnes prioritaires seront les personnels de santé, médico-sociaux et de secours, les femmes enceintes, les jeunes enfants, les personnes ayant une maladie cardio-pulmonaire chronique (asthmatiques, insuffisants respiratoires chroniques, insuffisants cardiaques), les diabétiques et les immunodéprimés.

Restent encore quelques questions en suspens. Quelle serait la virulence du virus A/H1N1 dans quelques mois ? Quelle serait la réalité d'une recombinaison génétique ? Quelle serait la riposte des systèmes de santé dans les pays à faibles ressources en cas de flambée épidémique? La vaccination permettra-elle d'arrêter rapidement la circulation actuelle du virus?

Dans l'attente, les pays ont commencé les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière, pour d'autres la vaccination contre la grippe A/H1N1 et continuent à s'organiser en apportant des améliorations sur les plans de riposte déjà mis en place depuis le début de la pandémie.

Pr. Mohamed CHAKROUN

Rédacteur en chef

Chef de Service des Maladies Infectieuses
EPS Fattouma Bourguiba – 5019 Monastir

