



1^{ER} CONGRÈS INTERNATIONAL MILITAIRE DE MÉDECINE TROPICALE ET DE PATHOLOGIES SUB-SAHARIENNES



Cours accrédité par



Livre des résumés

HÔTEL OASIS GABES
DU 23 AU 25 OCTOBRE 2016

TABLE DES MATIERES

Conférences inaugurales.....	9
Histoire de l'éradication du paludisme en Tunisie.....	9
Genetic Diversity of HIV-1 in Tunisia.....	10
Thème 1 maladies émergentes et ré-émergentes.....	10
Abstract veille sanitaire et surveillance des maladies infectieuses en Tunisie.....	10
Abstract Fièvre du Nil Occidental et du Vallée du Rift.....	11
Animal Rabies in Tunisia.....	11
Prise en charge des formes graves de l'infection.....	12
Tick Borne Bacterial Infections in Tunisia.....	12
Challenge Ebola.....	13
Corona virus during pilgrimage.....	13
Epidemiological pattern of Influenza in Tunisia: Season 2015-2016.....	14
La riposte face aux maladies infectieuses émergentes en milieu militaire.....	15
Thème 2 TRAVEL medicine.....	16
The vaccination program and chemoprophylaxis in tropics.....	16
Comparative evaluation of diagnostic approaches for malaria.....	16
SURVIVAL IN DESERT ENVIRONMENT: Tunisian military physician's skills.....	17
Heat stress:.....	17
Preventive measures against ZIKA airborne infection.....	18
Thème 3 leishmanioses.....	18
Les leishmanioses au cours des deux dernières DÉCENNIES : Évolution épidémiologique.....	18
Place des nouvelles techniques dans le diagnostic biologique des Leishmanioses.....	19
Visceral leishmaniasis: Clinical and therapeutic aspects.....	20
Difficultés diagnostiques et thérapeutiques des leishmanioses cutanées.....	21
Place de l'examen anatomopathologique dans le diagnostic des dermatoses infectieuses.....	22
Lutte contre la leishmaniose cutanée en milieu militaire.....	22
Thème4: infection à Mycobactéries.....	23
La lèpre en Tunisie.....	23
Tuberculose extra -pulmonaire. Situation épidémiologique en Tunisie.....	24
INFECTION A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS : DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE.....	24
IMMUNODIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE.....	25
Tuberculose ganglionnaire : prise en charge.....	26
Tuberculose neuroméningée : actualités thérapeutiques.....	27
Thème 5 : DÉPLOIEMENT des forces en milieu tropical et sub-saharien.....	27
Acquisition risk of multi-drug resistant bacteria and gastrointestinal pathogens on deployment.....	27
Pharmaceutical supply and logistic in the Military Environment.....	27
LE COUP DE CHALEUR D'EXERCICE.....	28

Maitrise de la chaine de froid des médicaments thermolabiles dans les régions à climat chaud	28
L'envenimation scorpionique.....	28
Thème 6: management of highly infectious diseases	29
Abstract – Ebola and other infections.....	29
principles of self protection	29
Management of highly contagious diseases in deployment.....	30
IPC – What we have done in Liberia.....	30
Communication Orale J1	31
Le paludisme d'importation en Tunisie : bilan des cas diagnostiqués à l'Institut Pasteur de Tunis (2008-2016).....	31
Chirurgie du kyste hydatique compliqué du poumon : à propos de 126 cas opérés.....	31
LA LEISHMANIOSE VISCÉRALE CHEZ L'ADULTE : PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE A L'HÔPITAL CHARLES NICOLLE	32
Investigation épidémiologique et environnementale De l'épidémie de fièvre typhoïde survenue à Gannouche (Région de Gabès) en 2016	32
La tuberculose extrapulmonaire.....	33
À propos de 17 cas	33
LA QUALITÉ DE VIE CHEZ LES MILITAIRES DE RETOUR DE MISSION	34
Prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les militaires AFRICAINS STAGIAIRES en Tunisie.....	35
Communications Orales J2	35
Factors closely associated with Prognosis of Ebola virus disease.....	35
Chikungunya and West Nile Viruses among blood donors in Rwanda: Seroprevalence and distribution of mosquito vectors.	36
Lower activation-induced T-cell apoptosis is related to the pathological immune response in secondary infection with hetero-serotype dengue virus	36
Epidemiological aspects of brucellosis in the centre of Tunisia: which features in 2016	37
Independent origin and spread of artemisinin-resistant <i>Plasmodium falciparum</i>	37
Ces parasites qui font perdre l'odorat aux chiens ... ou ces parasites oubliés	38
Noma et Gingivite ulcéro-nécrotique : Prise en charge et prévention de l'évolution	38
Immune suppression in severe infection: level of immunosuppressive cytokine IL10 and IL4 during sepsis and correlation with sequential organ failure assessment score.....	39
Tuberculous meningitis with pulmonary miliary tuberculosis: case report.....	40
Poster J1: Médecine de voyage.....	41
Délai diagnostique du paludisme d'importation en Tunisie	41
Intérêt de la désensibilisation de l'asthme allergique dans la région de Bizerte.....	41
LA GESTION DE L'APTITUDE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ CHEZ LE PILOTE EN COURS DE CARRIÈRE	42
LA PRÉVALENCE DE LA HERNIE DISCALE EN MILIEU AÉRONAUTIQUE	43
Brucellar spondylodiscitis : about 15 cases.....	43
Les toxi-infections alimentaires collectives en Tunisie de 2010 à 2014.....	44
LA MEFLOQUINE PRESCRITE POUR LES VOYAGEURS TUNISIENS DANS LE CADRE DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE ANTIPALUDIQUE : OBSERVANCE ET EFFETS INDESIRABLES	45

Intoxication aux plantes sauvages : ÉTUDE d'une série de cas	45
Prise en charge de l'hémoptysie d'origine hydatique	46
DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE DU PALUDISME EN POST-MORTEM	46
La chirurgie des kystes hydatiques pulmonaire sans CAPITONNAGE : à propos de 52 cas.....	47
LE DELIRE DE PARASITOSE (OU SYNDROME D'EKBOM) : A PROPOS D'UN CAS.....	47
La schistosomiase urinaire : une infection parasitaire qu'on croyait éradiquer	48
FIEVRE TYPHOÏDE A SALMONELLA TYPHI DANS LA REGION DE GHANNOUCH.....	49
A PROPOS DE 25 CAS	49
Les kystes hydatiques du foie compliqués chez l'enfant : A propos de 23 cas	49
Kyste hydatique primitif et solitaire de la rate.....	50
Kyste hydatique ovarien primaire et ISOLÉ : une localisation exceptionnelle.	51
Une épidémie estivale de fièvre typhoïde à Gabès (Tunisie): Juin – Août 2016	51
KHALED.Hedia,HAMDI.Yahia,NEJI.Ahmed,JEMAA.Besma,CHNIB.Messeoud	Erreur ! Signet non défini.
Un cas de fièvre typhoïde compliqué de syndrome d'activation macrophagique.....	52
Forme SÉVÈRE DE l'Hépatite A à évolution fatale Expérience de service pédiatrie de Gabes	52
Vascularite systémique grave compliquant une brucellose aigue septicémique	53
Salmonellose résistante aux fluoroquinolones.....	53
Arthrite bilatérale et ankylosante des hanches à Salmonella Typhi au cours du lupus érythémateux systémique.....	54
Méningo-encéphalite à Toscana virus.....	55
DÉPRESSION ET BRUCELLOSE : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE.....	55
KYSTE HYDATIQUE CEREBRAL : A PROPOS DE DEUX CAS.....	56
Paludisme chez les militaires tunisiens.....	57
Poster I : maladies émergentes et ré-émergentes.....	57
Probable fièvre bilieuse hémoglobinurique secondaire à la prise d'un traitement anti paludéen préventif.....	57
Médecin dentiste face AUX MALADIES émergentes et ré-émergentes à transmission aérienne.	58
MENINGITE ET MENINGO-ENCEPHALITE A WEST NILE VIRUS : A PROPOS DE 4 CAS.....	58
La situation épidémiologique des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes : particularités du milieu militaire.....	59
Paludisme et grossesse, à propos de trois cas	59
LES ZOONOSES PARASITAIRES MAJEURES DANS LA REGION DE SFAX	60
Influenza activity in Tunisia : 2014-2015 season	61
Apport de la surveillance entomologique dans la protection de l'environnement.....	61
Syphilis tertiaire révélée par un infarctus veineux mésentérique.....	62
Épidémie à virus west Nile dans la région de Gabés en 2015.....	63
Il est temps de parler de l'HIV chez l'enfant tunisien.....	64
SEROPREVALENCE DE LA DENGUE CHEZ DES MILITAIRES LORS D'UN BILAN DE REENGAGEMENT	64
Détresse psychologique chez les personnes atteintes par le VIH.....	66
La sexualité des personnes atteintes par le VIH.....	66
L'estime de soi chez les personnes atteintes par le VIH.....	67

Les complications de l'obésité à propos de 400 cas.....	67
La toxocarose OCULAIRE : à propos de trois cas	68
Infection grave par le virus de la grippe A : à propos de 3 cas.....	69
La grippe porcine au service d'endocrinologie de Sfax.....	69
Etude épidémiologique et clinique de l'hépatite virale A dans la circonscription d'Elhamma.....	70
Etude épidémioclinique , thérapeutique et évolutif du zona ophtalmique : infectieuses de l'HRGABES.	Expérience du service de maladies 70
Place de la sérothérapie antirabique dans le traitement des morsures graves post exposition.	71
PALUDISME APRES TRANSPLANTATION RENALE.....	72
Poster J1 : Hors thème.....	72
Les polyarthrites de l'adulte en Afrique : hier, aujourd'hui, quid demain.	72
First chronic pain clinic in Rwanda: a comparison of demographics and case mix with European data.....	73
Méningite ourlienne chez l'adulte : à propos de 10 cas.....	74
LE STRESS PROFESSIONNEL CHEZ LES INTERVENANTS DU SAMU 05.....	75
LE SYNDROME CORONARIEN AIGU AVEC SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST: DONNEES EPIDEMIO-CLINIQUES ET DELAI DE PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE. EXPERIENCE DU SAMU 05.....	76
La chirurgie de l'aspergillome pulmonaire.....	76
La tuberculose de la sphère ORL extra-ganglionnaire : à propos de 13 cas.....	77
Fracture sur ostéomyélite aiguë : facteurs favorisants et prise en charge.....	78
Réduction chirurgicale des séquelles de luxation septique invétérée de hanche.....	78
Les formes septicopyohémiques de l'ostéomyélite aiguë.....	79
Hépatotoxicité liée à l'interféron pégylé alpha 2a au cours d'une hépatite B chronique	79
Abcès cérébral d'origine dentaire, une porte d'entrée à ne pas méconnaître.....	80
Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible compliquant un lupus.....	80
LES ACOUPHENES SEQUELLAIRES AU COURS DES TRAUMATISMES CRANIENS	81
CARCINOME EPIDERMOÏDE DU LARYNX DECOUVERT A L'OCCASION D'UN PHLEGON PERI-AMYGDALIEN.....	82
Impact de l'emploi des ordonnances validées sur la consommation des anti-infectieux	82
PYELONEPHRITE AIGUE PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE MEDECINE DE L' HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION OUDHREF.....	83
Vascularite cérébrale pseudotumorale compliquant une hépatite virale B.....	83
Les infections urinaires chez le diabétique.....	84
Pied diabétique atypique : infection à Morganella	85
Infections chez les insuffisants rénaux hémodialysés chroniques. Etude de 125 cas.....	85
Poster J2 : DÉPLOIEMENT des forces en milieu sub-saharien.....	86
UNE ANEMIE D'APPARITION RECENTE », LA CIRCONSTANCE FREQUENTE DE DECOUVERTE PRECOCE DU CANCER DU COLON EN EXPERTISE AERONAUTIQUE.....	86
Bilan de séjour d'un contingent tunisien en république démocratique de Congo.....	87
Filariose cutanée : OBSERVATION d'un cas Tunisien d'importation.....	87

Le délai toléré hors réfrigérateur en cas de rupture de la chaîne de froid : Cas des médicaments thermosensibles utilisés à l'HMPIT	88
ACTIVITE PHYSIQUE CHEZ LES PILOTES MILITAIRES TUNISIENS	89
Coup de chaleur mortel : UNE PATHOLOGIE à ne pas méconnaître.....	89
Qualité de l'adaptation chez les militaires de retour de voyages.....	90
Depistage de l'anxiété et de la dépression chez les militaires de retour de voyages	91
Prévalence de l'insomnie chez les militaires de retour de voyage.....	91
Prévalence du syndrome jet-lag (JLD) chez les militaires de retour de mission.....	92
CAUSES D'INAPTITUDE OPHTHALMOLOGIQUE A LA PLONGEE SOUS-MARINE CHEZ LES PLONGEURS ET LES NAGEURS COMBATS DE LA MARINE NATIONALE.....	93
Evaluation de la gestion des vaccins dans la pratique quotidienne en milieu militaire.....	93
La morsure par serpent à propos de 25 cas	94
Why are medical and military staff resistance to vaccination?.....	94
Coup de chaleur d'exercice : la précocité du diagnostic et la prévention conditionnent le pronostic	95
Poster J2 : travaux leishmanioses	96
Co-infection leishmaniose viscérale-infection VIH : à propos de 5 cas.....	96
Déterminants de l'infection par <i>Leishmania major</i> dans des foyers anciens et émergents du centre tunisien.....	96
La leishmaniose cutanée dans la région de SFAX.....	97
Aspects épidémiologiques et cliniques de la leishmaniose cutanée : Expérience de la circonscription sanitaire Methouia-Menzel Habib	98
GLUCANTHIME® : ARME À DOUBLE TRANCHANT	98
Choc anaphylactique sous Glucantime® intra lésionnel au cours d'une leishmaniose cutanée.....	99
Une atteinte oculaire inhabituelle au cours d'une leishmaniose cutanée.....	99
La « leishmaniasis recidivans cutis »: une forme exceptionnelle de leishmaniose cutanée.	100
La leishmaniose cutanée nodulaire sporotrichoïde: une forme exceptionnelle	101
Apport de l'étude d'une population phlébotomienne et de sa préférence trophique dans l'analyse éco-épidémiologique D'UN NOUVEAU foyer de <i>L.Killicki</i>	101
Epidémiologie de leishmaniose cutanée à la région de Bénikhédouch	102
UN CAS DE LEISHMANIOSE VISERALE CHEZ UN PATIENT TRANSPLANTE RENAL	103
Profil épidémioclinique des leishmanioses cutanées diagnostiquées au laboratoire de parasitologie de l'Institut Pasteur de Tunis.....	103
Leishmaniose viscérale INFANTILE : étude de 29 cas.....	104
Les facteurs prédictifs du temps de guérison des lésions de Leishmaniose Cutanée Zoonotique chez L'ENFANT.	104
Poster j2 : Tuberculose Extrapulmonaire.....	105
La Tuberculose hépatique nodulaire mimant une métastase hépatique d'un séminome : à propos d'un cas	105
Les aspects épidémiocliniques et évolutifs de la tuberculose multifocale : A propos de 12 cas	106
Epidémiologie de la tuberculose extrapulmonaire à la région de Bénikhédouch	106
La Tuberculose iléo-caecale : localisation classique mais pouvant mettre en jeu le pronostic vital en cas de confusion avec la maladie de Crohn : à propos d'un cas	107
LA TUBERCULOSE EST ELLE UNE REEMERGENCE ?.....	107

Extraspinal bone TUBERCULOSIS : Report of 19 cases.....	108
Localisation épiphysaire de la tuberculose.....	108
L'épanchement pleural compressif chez l'hémodialysé chronique : ne pas méconnaître l'origine tuberculeuse.....	109
Tuberculose évolutive chez les patients diabétiques. A propos de 30 cas.....	110
Tuberculose extra-pulmonaire dans un service d'endocrinologie : A propos de 25 cas.....	110
Bécégite disséminée révélant un déficit immunitaire combiné sévère (SCID): A propos d'une observation	111
A propos d'une observation rare d'une tuberculose congénitale disséminée.....	111
Déclin neurocognitif chez un enfant ayant une maladie de Bruton: Quel diagnostic retenir ?.....	112
Association tuberculose tabac : Etude cas témoins dans la région de Bizerte (2004-2015).....	113
La tuberculose : les manifestations bucco-dentaires	113
Tuberculosis-associated IRIS ou réaction paradoxale au cours d'une tuberculose abdominale.....	114
Tuberculosis occurring in adult idiopathic pulmonary hemosiderosis.....	114
Pseudo-tumoral pulmonary tuberculosis in immunocompetent adult.....	115
Ostéite tuberculeuse multifocale chez un jeune immunocompétent !.....	115
Tuberculose multifocale révélée par une insuffisance surrénalienne aigue	116
La tuberculose extra-pulmonaire du sujet âgé.....	117
Intérêt de la détection de l'interféron gamma par le test Quantiféron dans le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente	118
La tuberculose du sujet âgé : Aspects épidémio-cliniques	118
UN CAS DE TUBERCULOSE PERITONEALE CHEZ UN PATIENT EN DIALYSE PERITONEAL	119
Poster J2 Hors Thème.....	119
Spondylodiscite à candida glabrata : à propos d'un cas.....	119
Endocardite Infectieuse en Milieu Néphrologique. A propos de 6 cas.....	120
L'érysipèle : prise en charge au service de médecine hôpital de circonscription Oudhref.....	121
Place d'ampicilline dans le traitement de pneumonie au service de médecine hôpital de circonscription Oudhref.....	121
Syndrome de meadows ou cardiomyopathie du post-partum : à propos d'une observation.....	122
Etude comparative coma toxique versus non toxique	123
Rhabdomyolyse aigue lors d'une intoxication au butane : A propos d'un cas.....	123
Evaluation de la thrombolyse par Métalyse en pré-hospitalier du syndrome coronarien aigu ST + (SCA ST+) : Expérience du SMUR de Nabeul	124
Encéphalopathie postérieure réversible révélant une glomérulonéphrite aigue post infectieuse	125
LA PATHOMIMIE : A PROPOS D'UN CAS.....	125
NARCOLEPSIE : A PROPOS D'UN CAS.....	126
UNE SEPTICÉMIE A PNEUMOCOQUE COMPLIQUÉE D'UN PURPURA FULMINANTS A PROPOS D'UN CAS.....	126
PURPURA FULMINANS COMPLICATING PNEUMOCOCCAL SEPSIS : A CASE REPORT... Erreur ! Signet non défini.	
Le cancer de l'endomètre : Aspects épidémiologiques et cliniques, traitement et pronostic à propos de 110 cas.....	127
LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACTERIES UROPATHOGENES DANS LA VILLE DE NOUAKCHOTT-MAURITANIE.....	127
PREVALENCE DE L'INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ LES RECEVEURS DE REINS.....	128

1er Congrès International Militaire de Médecine Tropicale et de Pathologies Sub-Sahariennes

Pr Ag. Selem BOUOMRANI¹

¹Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Tunisie.

Le paludisme ou Malaria est une érythrocytopathie potentiellement mortelle due à un hématozoaire, parasite unicellulaire du genre *plasmodium*, transmis par des moustiques du genre anophèles. Il représente l'une des maladies vectorielles les plus fréquentes dans le monde occasionnant, selon les dernières publications officielles de l'OMS (*Aide-mémoire N°387 publiée en Février 2016*) plus de 400.000 décès par an, la plupart survenant chez des enfants de moins de cinq ans.

Cette parasitose est particulièrement fréquente et grave en Afrique sub-saharienne (88% des cas de paludisme et 90% des décès en 2015 selon le rapport de l'OMS) ; mais sévit encore dans 95 pays et territoires en Asie, Amérique latine et Moyen-Orient (*Aide-mémoire N°94 publiée en Avril 2016*) représentant un véritable fléau et problème de santé publique mondiale du fait qu'environ 3,2 milliards de personnes (≈la moitié de la population mondiale) sont exposés au risque de la contracter et que 214 millions de cas de paludisme ont été diagnostiqués en 2015 dont 438.000 étaient mortels.

Ces constatations incitaient l'OMS, depuis des décennies d'ailleurs, à mettre en marche plusieurs actions curatives et préventives et instaurer un programme mondial ambitieux de lutte antipaludique dont les objectifs actuels sont :

- ✓ Réduire de 90% l'incidence du paludisme au plan mondial d'ici 2030.
- ✓ Réduire de 90% les taux de mortalité palustre au plan mondial d'ici 2030.
- ✓ Éliminer le paludisme dans au moins 35 pays d'ici 2030.
- ✓ Empêcher la réapparition du paludisme dans tous les pays exempts.

Les actions n'étaient que partiellement fructueuses amenant, entre 2000 et 2015, à une baisse de 37% de l'incidence de cette parasitose, une baisse de 60% de son taux de mortalité et une baisse de 65% de sa mortalité infantile de moins de cinq ans (Données de l'OMS 2016).

Le paludisme sévissait en Tunisie depuis la nuit des temps, les premières traces documentées de la fièvre palustre se reconnaissaient dans les ouvrages des médecins de « l'école de médecine de Kairouan » des IX^e et X^e siècles comme Ibn Aljazzar et Ibn Soleimen (*Pr Bouzouaia N. 2013*). Les actions de lutte contre cette parasitose commençaient réellement en 1903 avec la création par Charles Nicolle d'un département antipaludique à l'Institut Pasteur de Tunis. Ces actions, simples au début (chimio prophylaxie par la quinine chez certains groupes de la population exposée et application de larvicides dans les grandes villes) se sont canalisées et solidifiées à partir de 1931 avec la grande épidémie palustre de 1931-1932 où plus de 20% de la population était infesté ! On enregistrait en moyenne 8700 cas de malaria/an [4237-15912] dans les années 1934 à 1938 (*Chadli A. Pathol Exot. 1987*). Ces constatations incitaient à la mise en place d'un service spécialisé de lutte antipaludique mené par des infirmiers dit « agents mobiles quinisateurs » qui effectuaient des visites régulières dans les différentes localités du pays, traitant les cas confirmés ou suspects, réalisant les lames sanguines et repérant les gîtes larvaires des moustiques. Ces mesures étaient efficaces mais la situation se dégradait rapidement après la seconde guerre mondiale où les statistiques notaient une incidence moyenne de l'ordre de 12.200 cas de paludisme/an [4711-16166] dans les années 1944 à 1949 (*Archive de l'OMS-Avril 1956*).

C'est ainsi que, très rapidement après l'indépendance (1957), le gouvernement tunisien ayant conscience de l'ampleur de cette maladie décida de lancer un programme national visant son élimination. Après une période dite d'enquête de « pré-éradication » (1957-1967), ce programme débutait effectivement en 1968 sous l'appellation du « Programme Nationale d'Eradication du Paludisme, PNEP » en collaboration étroite avec l'OMS. Initialement appliqué dans une zone pilote de la république tunisienne englobant les gouvernorats de Sousse et de Kairouan, ce programme se généralisait par la suite pour couvrir l'ensemble du pays en 1972.

Ce PNEP était organisé en quatre phases principales : phase préparatoire, phase d'attaque, phase de consolidation et phase d'entretien et consistait au recrutement et formation du personnel spécialisé, dépistage et traitement efficace des sujets malades, repérage des gîtes larvaires et pulvérisation d'insecticides à effet rémanent.

L'ensemble de ces actions étaient couronné par l'éradication de la maladie dans notre pays en 1979 (*Fische A. 1988*); année où les trois derniers cas autochtones de paludisme furent enregistrés. Depuis cette date, seuls une trentaine de cas en moyenne par an de paludisme dit « d'importation » sont diagnostiqués et traités en Tunisie (*Belhadj S. 2008, Aoun K. 2010*).

C2: GENETIC DIVERSITY OF HIV-1 IN TUNISIA

El Moussi. A^{1,2,3}, Thomson. MM⁴, Delgado. E⁴, Cuevas MT⁴, Nasr .M^{1,2}, Abid S^{1,2}, **Boutiba. I**^{1,2}, Slim. A^{1,2}

¹ Unit Virology, Microbiology Laboratory, Charles Nicolle University Hospital , Tunis, Tunisia .

²Laboratory of Research "resistance to antibiotics," Faculty of Medicine of Tunis , Tunis, Tunisia .

³ The Global Fund to Fight AIDS , Tuberculosis and Malaria, Geneva, Switzerland .

⁴HIV Biology and Variability Unit, Centro Nacional de Microbiología , Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain .

In this study, the genetic diversity of HIV-1 in Tunisia was analyzed. For this, 193 samples were collected in different regions of Tunisia between 2012 and 2015. A protease and reverse transcriptase fragment were amplified and sequenced. Phylogenetic analyses were performed through maximum likelihood and recombination was analyzed by bootscanning. Six HIV-1 subtypes (B, A1, G, D, C, and F2), 5 circulating recombinant forms (CRF02_AG, CRF25_cpx, CRF43_02G, CRF06_cpx, and CRF19_cpx), and 11 unique recombinant forms were identified. Subtype B (46.4%) and CRF02_AG (39.4%) were the predominant genetic forms. A group of 44 CRF02_AG sequences formed a distinct Tunisian cluster, which also included four viruses from western Europe. Nine viruses were closely related to isolates collected in other African or in European countries. In conclusion, a high HIV-1 genetic diversity is observed in Tunisia and the local spread of CRF02_AG is first documented in this country.

THEME I MALADIES EMERGENTES ET RE-EMERGENTES

C3: EARLY WARNING SYSTEM IN TUNISIA: EVOLUTION, CHALLENGES AND ROLE OF LABORATORY, BIOSECURITY, ENVIRONMENT AND MODELING OF INFECTIOUS DISEASES.

Prof. Nissaf Bouafif Ben Alaya¹, Dr. Hédia Bellali², Dr. Matthias Nachtnebel³, Lilian Hollenweger⁴, Dilan Küçükali⁵, Pr Riadh Allani⁶.

¹General Director of National Observatory for New and Emerging Diseases of the Ministry of Health, Tunisia

²Director of Directorate for Primary Health Care of the Ministry of Health, Tunisia

³Project Manager of the German Partnership Program for Excellence in Biological and Health Security at Robert Koch Institute (RKI), Germany

⁴Project Coordinator of the German Partnership Program for Excellence in Biological and Health Security at Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Germany

⁵Project Manager of the German Partnership Program for Excellence in Biological and Health Security at Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Germany

⁶Public Health Associate Professor – Faculty of Medicine of Tunis .

The Tunisian National Public Health Surveillance System for Infectious Diseases (IDs) has two main objectives. The first objective consists of the continuous monitoring of the burden of infectious diseases, including the monitoring of morbidity and mortality. Ultimately, these surveillance activities create evidence for policy making, effectively guide interventions, control programs and allow for appropriate allocation of resources. The second objective is the detection of any kind of public health

event requiring rapid investigation – as early as possible - and find the appropriate response to avert and minimize negative consequences for the health of affected populations.

In Tunisia, but also on the international level, it has been recognized that achieving these objectives, particularly objective two, requires the implementation of an early warning and response system (EWAR) in addition to the already existing indicator-based surveillance (IBS); the latter mostly serving objective one. Here, we aim to share the Tunisian experience with the implementation of EWAR, identify relevant challenges and outline the way forward. Currently, there are two main institutions responsible for public health surveillance and early warning, both of which are under the supervision of the Ministry of Health: The National Observatory for New and Emerging Diseases (ONMNE), created in 2008 to improve response to health and environmental threats, and the Directorate for Primary Health Care (DSSB), which serves as the National IHR (International Health Regulations) focal point, and is in charge of IBS.

Thus, EWAR succeeded by combining a new event-based surveillance (EBS), an epidemiological teleconference platform (EpiTec) with the routine IBS. The EBS draws on alternative sources of reporting channels and provides a more informal and quicker way of information sharing. The EpiTec brings together most relevant stakeholders in surveillance at regular intervals and thus improves communication and information flow. Integration with IBS takes place during 2016 in close collaboration with other partners. In addition, EWAR draws on a large number of actors from various disciplines, such as environmental and entomological data, mathematical modeling of IDs, or sentinel surveillance at emergency rooms, general practitioners and laboratory networks. Challenges were especially related to data integration, sharing and transmission by using electronic web tools. Next steps foreseen are a simulation exercise, training activities and final evaluation and validation of the process.

C4: FIEVRE DU NIL OCCIDENTAL ET DU VALLEE DU RIFT

Pr. Mohamed BEN MOUSSA¹

¹Laboratoire de Microbiologie. Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunisie.

Les arboviroses sont des affections transmises par des arthropodes hématophages. Elles regroupent des maladies différentes quant à leur symptomatologie et surtout leur épidémiologie. Leur fréquence et gravité sont réelles et même mortelles dans certains cas. Ce sont des maladies surtout tropicales et parmi lesquelles figurent la méningo-encéphalite due au virus du Nil occidental et la fièvre de la vallée du Rift dont les agents viraux sont transmis principalement par la piqûre de moustiques infectés; Leurs épidémiologies sont diversifiées et si le virus du Nil occidental est déjà existant en Tunisie causant au moins trois épidémies; le virus de la vallée du Rift reste encore non décrit malgré la présence des facteurs favorisant son apparition. La lutte contre ces deux agents viraux repose surtout sur la lutte anti vectorielle, le dépistage et la surveillance épidémiologique.

C5: ANIMAL RABIES IN TUNISIA

Kharmachi Habib¹

¹Head of “National Reference Rabies Laboratory”, Institut Pasteur of Tunis

The dog is the principal reservoir and transmitter of Rabies which is enzootic and endemic in Tunisia. Animal rabies is a source of deplorable deaths in man which is a main victim of this major zoonosis.

Effective control of rabies started with implementation of a national rabies control program (NRCP) since 1982. NRCP is based on an interdepartmental network including ministries of health, of agriculture and of interior. The three main axes of the program are:

- Mass vaccination of dog population (annual campaigns; owners dogs; free of charge)
- Post-exposure prophylaxis for all peoples exposed (free of charge)

- Dog population management (fight against stray dogs...)

The unique national reference rabies laboratory (NRRL) located in Pasteur Institute of Tunis ensures human and animal rabies diagnosis for epidemiological surveillance. Regional veterinary services and Health regional services ensure collect of specimen of rabies suspected cases.

NRCP activities have reduced significantly the incidence of human and animal rabies cases. Nevertheless, temporal and geographical fluctuations of the rabies incidence were registered, with succession of recrudescence and fall of incidence periods. The last years were marked by recrudescence of rabies incidence (405 confirmed cases in animals and 6 human rabies confirmed cases in 2015).

The ultimate goal of eliminating human rabies has not yet had reached, but the results have shown that it is possible to significantly control rabies, greatly reduce the incidence of animal rabies, and to achieve the goal of zero cases of human rabies (example: in 1985, 1988, 2001 and 2009).

To improve efficient control of rabies, we need even more will and more suitable means and a better organization.

C6 : PRISE EN CHARGE DES FORMES GRAVES DE L'INFECTION MERS-COV

Pr Ag Fahmi DACHRAOUI¹

¹Service de Réanimation polyvalente. Hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, Tunisie.

Le syndrome respiratoire Moyen-Orient (Middle East Respiratory Syndrome) est une infection respiratoire causée par un *beta-Coronavirus (MERS-CoV)*. Les dromadaires, espèces hôtes pour le *MERS-CoV*, sont impliqués dans la transmission directe ou indirecte à l'homme, cependant on a constaté qu'une transmission interhumaine était possible principalement dans des établissements de soins et entre les membres d'une même famille. Depuis sa première description à Jeddah (Arabie Saoudite) en juin 2012 chez un patient décédé suite à un syndrome respiratoire sévère, le *MERS-CoV* s'est répandu à d'autres pays de la péninsule Arabe, d'Europe, d'Afrique du nord, du Sud-est Asiatique et d'Amérique du nord. Ces cas ont été décrits chez les personnes qui ont voyagé au Moyen-Orient ou de leur contacts. Le tableau clinique de l'infection par le *MERS-CoV* est variable, allant de l'absence de symptômes (cas asymptomatiques) à des symptômes respiratoires bénins, voire les syndromes de détresse respiratoire aiguë (SDRA) et de défaillance multi viscérale (SDMV). Le virus semble provoquer des formes plus graves chez les personnes âgées, les sujets immunodéprimés et les personnes atteintes d'une maladie chronique, telle que cancer, maladie pulmonaire chronique ou diabète. En l'absence d'un traitement spécifique et d'un vaccin, la prise en charge de ces formes graves est basée sur des mesures symptomatiques menées après une hospitalisation du patient en milieu réanimation et incluant une ventilation mécanique protectrice par l'usage de Vt réduit (6ml/kg de poids idéal), recrutement alvéolaire (par une PEP permettant une pression de plateau <30cm H₂O, décubitus ventral), sédation, curarisation, vasopresseurs et l'ECMO en cas d'hypoxie réfractaire. Environ 36% des cas notifiés d'infection par le *MERS-CoV* ont abouti au décès du patient.

C7: TICK BORNE BACTERIAL INFECTIONS IN TUNISIA

Abir Znazen¹

¹Laboratory of Microbiology, Habib Bourguiba University Hospital of SFAX, Tunisia.

Tick borne infections are caused by a variety of pathogens including bacteria viruses and protozoa that are transmitted through a tick bite. *Rickettsioses* are the most common vector borne diseases. They are considered as emerging and re-emerging infections. The diagnosis of Rickettsial infections remains challenging because of polymorphic and non-specific clinical presentations. On another hand, *Rickettsia* are intracellular bacteria, their isolation is difficult and limited to only reference laboratories. Thus, serology is the most widely used test in routine laboratory for the diagnosis of Rickettsial infections. However, serology offers only retrospective diagnosis and is needed just in late follow-up. Diagnosis of

Rickettsia infection would benefit from the use of the more rapid and sensitive method of quantitative real time PCR (qPCR). In our laboratory, all these techniques were used to clarify the epidemiology of Rickettsioses. In Tunisia, *R. conorii subsp conorii*, the agent of Mediterranean Spotted Fever (MSF), was previously thought to be the unique species causing spotted fever rickettsiosis. A recent multicentric study (2012-2014) showed a high rate of infection by *R. conorii*. However, many other studies based on both serological and molecular techniques described a variety of other species causing rickettsioses. Thus, *R. conorii subsp israelensis*, causing more severe disease, was described both in patients and vectors in 2009. *R. typhi*, *R. aeschlimannii* and *R. felis* were also characterized in patients. In the laboratory of entomology (Pasteur institute of Tunis), a variety of *Rickettsia* species were characterized using molecular methods. Thus, in addition to *R. conorii*, *R. monacensis* and *R. helvetica* were detected in *Ixodes ricinus* and recently *R. massiliae* in *Rhipicephalus sanguineus*.

C8: CHALLENGE EBOLA

Pr. Dorothea Wiemer

The Ebola epidemic 2014 met the world community unprepared. The knowledge of the course of the disease and treatment possibilities were only rudimentary and based on the experiences that had been made in outbreaks in remote areas of Central Africa. Today we know much more. In this lecture, a brief overview of the basic facts of ebolavirus disease is given, with special consideration of the clinical course and the transmission pathways. Also the German volunteer action "Humanitarian Aid West Africa" (HumHiWa) of the German Red Cross and the Medical Service of the German Armed Forces will be introduced and how it contributed to the containment of the Ebola epidemic in West Africa. The challenges described are exemplary for the problems the outbreak management of contagious diseases brings in its wake.

C9: CORONA VIRUS DURING PILGRIMAGE: THE SAUDI EXPERIENCE IN CONTROLLING MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS (MERS-COV) INFECTION

Lt Col. Ali A Alkinani (MSc)*; Lt Col Ahmed H Alamri (MD)*; Dr.yaser A Turkistani (PHD)*

*Medical Services Directorate, Ministry of Defense, Kingdom of Saudi Arabia

Coronaviruses are a large family of viruses that can cause infectious range syndromes from common cold to Sever Acute Respiratory Syndrome (SARS). *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)* is a strain of *coronavirus* that was first identified in Saudi Arabia in 2012; in addition, this strain caused outbreaks of a SARS-like illness in the Middle East called Novel *Coronavirus* 2012 or Simply Novel *Coronavirus*.

According to the Saudi Ministry of Health (MOH), 749 cases were identified with (*MERS-CoV*) infection in 2012. About 317 cases, (42%) died as a result of that infection.

Because (*MERS-CoV*) was first identified in Saudi Arabia, health authorities; particularly, Saudi MOH exerted great efforts to control the outbreak of the infection. Other health authorities such as Medical Services of Armed Forces, Health Services of National Guard, Ministry of Interior; as well as private hospitals were also involved in limitation of the outbreak of that infection. Moreover, Saudi health authorities worked with international health such as World Health Organization (WHO). Local and international clinical and research experts were also involved; furthermore, daily co-ordination with the WHO to was performed to ensure that the most recent findings and best practices are being shared among the countries as a global effort to control the outbreak.

The work of the task teams were formed to control the situation and isolation of infected people and to speed up the screening of suspected cases.

Furthermore, necessary precautions have been taken before the seasons of Hajj and Umrah, which increases the congestion of pilgrims from different part of the world at specific place and time. In addition, the control of the foci of infection of that might be caused by animals have been made., However, The Saudi government exceeded the risk of an outbreak of the disease since the month of August 2014 which confirmed the Kingdom clear from (*MERS-CoV*) perfectly with taking all the necessary precautions if that situation recurrence.

References:

- 1- *Guideline I. World Health Organization(2014), Infection prevention and control of epidemic-and pandemic-prone respiratory infections in health care, ISBN 978924 1507134.*
- 2- <http://www.moh.gov.sa/en/CCC/InformationCenter/Pages/default.aspx>
- 3- <http://www.moh.gov.sa/en/CCC/PressReleases/Pages/default.aspx>
- 4- *World Health Organization. http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/*

CI0: EPIDEMIOLOGICAL PATTERN OF INFLUENZA IN TUNISIA: SEASON 2015-2016

Ben Jema M, Zorruga.M, Sakly.M

Introduction: The Influenza is an acute viral infection transmitted by air. It's a highly contagious disease that can cause serious complications, especially among vulnerable people, it presents a major public health issue with a considerable socio-economic impact.

Purpose:

- Review the epidemiological situation of influenza in Tunisia in the 2015-2016 season.
- Determine if the A (H1N1) virus has a particular virulence in Tunisia during the 2015- 2016 season.
- Make recommendations to overcome challenges.

Methods: This retrospective study is based on data issued by the National influenza surveillance unit; it relies on a descriptive analysis of influenza surveillance data provided by the network of sentinel sites and national influenza center (NIC).

Results & Discussion: Influenza surveillance in Tunisia has been established since 1999 with the creation of network sentinel sites, but it significantly developed on March 2014, by the enhancement of the national influenza surveillance system.

In Tunisia, clinical, epidemiological and virological surveillance of influenza began in week 40/2015 (1st of October 2015) and ended in week 18/2016 (30th of April 2016).

During the period of study: 96,240 cases ILI (Influenza-like illness) were collected from a total of 1,394,782 patients seen at sentinel ILI sites, representing 6.9% of total patients versus 7.7% during the 2014-2015 season.

The epidemiological surveillance of influenza on the Tunisian territory showed that the influenza epidemic was spreading in the winter season 2015/2016 during fourteen weeks from the 25th of January 2016 (2016 / W4) to the 29th of April 2016 (2016/ W18) with an incidence rate of 10.3%. It started a little later than it did during the previous season and lasted relatively longer (14 weeks versus 8 weeks).

During the 2014-2015 season, influenza reached its peak during the coldest weeks (S6 to S9) and there was an inverse trend of the monthly average temperature. This correlation has not been observed during this season having regard to the shift of the cold season. In fact, this flu season peaked during the week of 14 to 20 March 2016 (2016/S12), later than usual. These findings were also observed in Europe and in USA.

All of the 24 governorates of Tunisia have been affected by the influenza and the incidence is higher in the most populated regions. Children 5 to 16 years are the most affected.

Among the visits for influenza-like illness (ILI), 190 severe cases were hospitalized representing a comparable proportion to the previous season (0.19% versus 0.2%) and were mainly infected with A

(H1N1) pmd09 virus (57% of cases). The average age for these severe cases was 46.5 years, with extreme ages varying between 6 months and 73 years. Their lethality was significantly higher than that observed during the previous season (20% versus 3%) and was A(H1N1) associated in 73.7% of cases.

During Week 12, there was an increased circulation of influenza viruses in Tunisia and subsequently there were the highest number of deaths (10 deaths representing 26.3% of all influenza deaths). 37.1% of influenza deaths had no risk factors.

The co-circulation of the three influenza viruses began in late January (W4) with a gradual increase in the circulation of the type A (H1N1) pmd09 virus. During the week W12, the type A (H1N1) pmd09 virus was more common than the type B.

The seasonal distribution of three types of influenza viruses was: Virus A (H1N1) pmd09 (57.4%), Virus A (H3N2) (38.5%) and Virus B (3.5%).

The positivity rate for influenza was 24.4% versus 28.4% during the previous season.

Conclusion: In Tunisia, the 2015-2016 flu season started little later than the previous season, marked by the co-circulation of three influenza viruses and the predominance of the virulent type A (H1N1) pmd09 virus, the impact of the epidemic in terms of ILI consultations and hospitalizations was comparable to the previous season, but the lethality rate of severe influenza was significantly higher.

Viruses know no borders, control and fight against the influenza require a global vision of the dynamics of the disease in our country, as well as around the Mediterranean in order to better contain any unusual event.

C I I : LA RIPOSTE FACE AUX MALADIES INFECTIEUSES EMERGENTES EN MILIEU MILITAIRE.

Pr Ag Riadh Allani^{1,2}, Pr Ridha Bellaaj^{1,2}.

¹Direction Générale de la Santé Militaire.

²Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

Les craintes de propagation des maladies infectieuses émergentes (MIE) ont donné lieu à plusieurs initiatives internationales destinées à améliorer les systèmes de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles.

Dans ce cadre, une stratégie de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique (SE) était mise en place en Tunisie depuis 1992 avec un système d'alerte et de notification. Cette stratégie a été renforcée par la création de l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes (ONMNE) en 2007 et le SHOC ROOM (Strategic Health Operations Center) en 2009 avec échange d'information avec les pays maghrébins et européens. Depuis 1992, la Tunisie n'a enregistré aucun cas de paludisme autochtone ni de poliomyélite.

Le service de santé des armées (SSA) contribue de façon active à cet effort national par la mise en œuvre des programmes nationaux de santé en milieu militaire. Il a développé son propre système de SE depuis 2009 qui englobe les maladies à déclaration obligatoires, les maladies saisonnières et les maladies chroniques. Il a créé son comité de suivi de la situation épidémiologique des MIE et une cellule d'intervention pour la mise en place et la supervision des mesures préconisées par la stratégie nationale en milieu militaire.

Lors de la pandémie de grippe 2009, le système de SE a permis la notification de 1089 infections respiratoires aiguës fébriles (IRAF) chez les militaires dont 10% porteur de grippe «A/(H1N1)». Durant la période 2010-2015, une tendance à la baisse des cas déclarés d'IRAF (4110 cas en 2010 contre 447 cas en 2015) et de conjonctivite (826 cas en 2010 contre 235 cas en 2015) est notifiée et qui pourrait s'expliquer par les mesures d'hygiène entreprises et par l'encouragement à la vaccination antigrippale. Malgré la vaccination anti-méningococque, une moyenne d'un cas par an de méningite à méningocoque reste déclarée probablement due à *Neisseria meningitidis* de sérotype B qui n'est pas couvert par le vaccin. Ce dispositif de veille sanitaire et de SE a permis la détection précoce des épidémies de rubéole (597 et 160 cas incidents en 2011 et 2012).

Pour les hépatite B et C, le nombre de cas enregistré (respectivement 320 et 37 cas en 2012) ne reflète pas la prévalence de ces deux virus en milieu militaire puisque la majorité des cas ont été diagnostiqués suite au don de sang systématique des jeunes recrues induisant une cause d'inaptitude au service militaire. On constate par ailleurs une augmentation du nombre de cas de leishmaniose ces dernières années ceci est en accord avec les données nationales et pourrait être expliqué par l'absence de contrôle du vecteur.

THÈME 2 TRAVEL MEDICINE

CI2: THE VACCINATION PROGRAM AND CHEMOPROPHYLAXIS IN TROPICS

Lt Col Khoufi Taha, Lt Col Kanoun Imed , Col Allani Riadh , Col Mrabet Ali.

Introduction: Military deployment to a tropical country will expose soldiers to infectious diseases. Some of these diseases can be avoided by immunization before departure. Our objective is to establish an immunization and chemoprophylaxis planning to protect deployed troops.

Methods: First step is to gather medical intelligence from institutional website as WHO, Atlanta CDC, ... to identify preventable infectious diseases frequent in the country of deployment. Second step is to make the list of vaccines. Vaccination can be divided in two groups: mandatory vaccines depending on national policy (boost) and specific vaccine depending on the geographical area of the deployment (complete vaccination). Finally, we create a timeline for vaccination. For malaria, the chemoprophylaxis is required and must be continued for some time after the end of mission.

Results: We deploy 5000 Tunisian soldiers in DR of Congo with MONUC from 2000 to 2010 (500 every year). The timeline of vaccination was:

- boost for mandatory vaccination: Diphtheria-Tetanus, Typhoid, Polio and Meningitis > 3 months before deployment
- complete vaccination for specific immunization: Hepatitis A, Hepatitis B and Yellow Fever > 30 to 15 days before deployment
- boost at 6 months, in mission, for Hepatitis A and B.
- chemoprophylaxis: Doxycycline or Mefloquine, begins at day-7 and until 30 days after returning.

Discussion: The results of this vaccination program was satisfying, with a protection of 100% and no lethal case of malaria. Side effects were minor fever and local symptoms, with no immune or neurologic reaction. For chemoprophylaxis, observance was not good, especially for doxycycline.

CI3: COMPARATIVE EVALUATION OF DIAGNOSTIC APPROACHES FOR MALARIA

Lt Col. Hagen Frickmann¹

¹Hamburg, Germany

Background: Microscopy is the backbone of traditional malaria diagnostics. However, availability of technical assistants on military deployments who are well experienced with malaria microscopy is scarce. Therefore, molecular diagnostic procedures are desirable which are widely independent from the skills of the investigator.

Materials and Methods: In-house and commercial PCRs systems and various nucleic acid extraction procedures were compared.

Results: There was no relevant difference in the performance of a well-established in-house PCR approach in comparison with a commercial PCR kit for the detection of malaria. Automated nucleic acid extraction from blood samples proved to be as reliable as manual column-based nucleic acid extraction.

Discussion: The results demonstrate the basic suitability of molecular diagnostic approaches for the detection of malaria with a high degree of automation for the deployment setting. Potential future

optimization may include modern approaches like loop-mediated amplification (LAMP), which is currently under investigation at our department.

C14: SURVIVAL IN DESERT ENVIRONMENT: TUNISIAN MILITARY PHYSICIAN'S SKILLS

A. SOUISSI, I. BEN DHIA, H. DJEMAIEL, R. ALLANI, N. GUERMAZI

Medical Services Directorate, Ministry of Defense, Tunisia

Often defined as a hostile environment which conspires against the human life, the Tunisian desert occupies 40% of the country, extending over an area of 25000 Km² in the southern region. It's characterized by the wide temperature range between diurnal temperatures and between seasons, the scarcity of water, the presence of reptiles and venomous insects and sporadic, scattered woody and thorny flora making survival even more difficult for our soldiers working on such arid land and are exposed to several risks; This environment requires from military doctors a medical knowledge and appropriate expertise preventive and curative to treat physiology survival, psychology survival, acclimatization, but specially water and food supply rationing and their procurement.

After water, man's most urgent requirement is food as the three essentials of survival are water, food, and shelter. The Tunisian experience in this interesting subject of food supply management in the desert environment finds here a better study, and we will address mainly food rationing, edible plants and animals, insects and reptiles for food.

Military physician must know the main animal species and edible grasses that are suitable as food without ignoring that some plants in our desert are venomous and a few animals are poisonous. Entomophagy is also seriously taken in consideration in food procurement, as eggs, larvae, pupae and adults of certain insect species have been eaten by man since prehistoric times and continue to be an item of the human nutrition in modern times. What is important is to learn the habits and behavioral patterns of classes of animals to which the soldier is exposed in the desert, and use them as food, if needed, in order to survive and fight especially with the advent of the cross-border terrorism.

C15: HEAT STRESS

Lt Col. Ali Ahmed Alkinani

*Medical Services Directorate, Ministry of Defense, Kingdom of Saudi Arabia

Many jobs require working in hot environments, both outdoors and indoors. Working in the heat and doing heavy physical work can affect the body's cooling system. If the body is unable to cool itself, a worker can experience heat stress. If the heat stress is not recognized and treated in the early stages, more serious and even fatal conditions may quickly develop. Worker exposed to hot environments must be trained to prevent heat stress and to recognize the early symptoms of heat stress in themselves and co-workers.

Heat stress can result in a range of problems from skin rashes and light headedness to convulsions and unconsciousness. Early symptoms of heat stress – such as excessive fatigue, lethargy, irritability, lack of co-ordination, and altered judgment – can result in serious accidents. Unless treated promptly, these symptoms can rapidly develop into serious conditions, including convulsions and unconsciousness.

The Military may work in hot environments, whether wet or dry, all of which may be dangerous if the military did not learn how to prevent them

Human bodies naturally maintain temperatures between 36C and 38C. When the body temperature rises above this range, the body will react to get rid of excess heat. However, if the body continue to gain heat faster than it can get rid of it, the body temperature increases and the person experiences heat stress.

Health problems that result from heat stress are known as heat disorder. Heat disorder occurs most often when the body consequently loses too much fluid and salt as sweat.

Many variables contribute to heat stress. To prevent heat stress, workers and troops must be able to identify all sources of heat and understand how the body removes excess heat.

This presentation provides a basic overview of risk factors that increase the chances of suffering from heat stress, how to recognize and treat heat stress, and how to prevent heat stress.

C16: PREVENTIVE MEASURES AGAINST ZIKA AIRBORNE INFECTION

A. SOUISSI, H.DJEMAIEL, I.BEN DHIA, R.ALLANI, N.GUERMAZI

Medical Services Directorate, Ministry of Defense, Tunisia

The *Zika virus* disease is a current public health problem; this virus is present in 21 of 55 countries in the Americas (BRAZIL has 1.5 million people affected). ZIKA finally crosses borders and cases were reported in European countries, in Tunisia let's say that we are still not immunized against the disease:

- Firstly; because our country has a large expatriate community in Europe and is connected on a daily basis by flights with most European cities.
- On the other hand; in our army, there is a real problem since many of our military personnel have regular missions in contaminated countries, as there are direct flights (C130) to countries in the Americas.

Objective: The value of our work is to insist on preventive measures to be taken in aeronautics in order to limit the risk of contamination and especially spread of virus from one country to another.

Methods: considering that *Zika virus* infection is usually well tolerated, often asymptomatic, it may also cause a similar syndrome of other arboviruses with fever, rash, headache and joint and self-limiting pain. However, it can cause microcephaly in the fetus of affected pregnant woman and probably increases the risk of Guillain-Barré syndrome.

There is currently no vaccine or specific treatment of the *Zika virus* disease. Prevention remains the medium of choice for the management of the outbreak of *Zika virus*. Indeed, in our work we kept being inspired by the International Health Regulations which require from member countries to collaborate seriously to fight against the spread of infection by this virus.

Results: The World Health Organization (WHO) recommends a strategic approach of measures to fight against the virus in the air transport, especially in airports and on airplanes. These measures are mainly based on the reduction of populations of *Aedes* mosquitoes that transmit the virus at airports (vector control) and the use of insecticides in aircraft (planes disinfection). At the end of our work, inspired by IHR (2005), we provide practical and appropriate prevention procedures for the Tunisian air army.

Conclusion: considered as emerging, *Zika virus* is responsible for several international epidemics. The fight against its spread is based primarily on the implementation of the WHO standard recommendations, in accordance with the International Health Regulations (2005).

THEME 3 LEISHMANIOSES

C16 : LES LEISHMANIOSES AU COURS DES DEUX DERNIERES DÉCENNIES : ÉVOLUTION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Pr Ag CHEIKHROUHOU FATMA¹

¹Laboratoire de Parasitologie Mycologie CHU Habib Bourguiba, Sfax Tunisie

Les leishmanioses sont des maladies parasitaires dues à un protozoaire flagellé du genre *Leishmania*, transmis de mammifère à mammifère par piqûre d'un diptère vecteur, le phlébotome femelle.

Depuis la description de la première espèce de *Leishmania* par Laveran et Mesnil en 1903, la leishmaniose ne cesse de susciter l'intérêt de la communauté médicale et scientifique, de par sa répartition mondiale, la diversité de ses types, la variété de ses vecteurs et hôtes, ainsi que son polymorphisme clinique. Si la classification classique en leishmaniose de l'ancien monde et du nouveau monde est toujours utilisée, cette répartition « géographique » devrait être revue et ne tarderait pas à faire défaut pour plusieurs raisons réunies en un seul mot: mondialisation. Le bouleversement climatique aurait une conséquence certaine sur la redistribution géographique de toute la chaîne de transmission de la leishmaniose (réservoir, vecteur, espèces de leishmania). L'exode humain qu'on suit quotidiennement ferait également basculer ces données épidémiologiques. La fréquence élevée de la co-infection leishmaniose-VIH, apportera sa pierre à l'édifice.

Les leishmanioses sont répandues sur tous les continents à l'exception de l'Océanie, sous la forme de foyers plus ou moins étendus. On recense dans le monde environ 2 millions de nouveaux cas humains par an, d'expressions cliniques variées, depuis la leishmaniose cutanée localisée bénigne jusqu'à la leishmaniose viscérale avec dissémination du protozoaire dans tout l'organisme, qui peut, en l'absence de traitement, entraîner la mort.

En fait, il faut distinguer 2 formes de leishmaniose viscérale (LV) :

- La LV anthroponotique, avec l'homme comme seul réservoir de *Leishmania donovani*. Elle sévit sous forme d'épidémies au Soudan, en Éthiopie, en Inde, au Népal et au Bangladesh.

- La LV zoonotique due à *L. infantum* (*L. chagasi* en Amérique latine), avec comme réservoir de parasites le chien, qui peut développer une maladie mortelle. Elle est décrite en Chine, au Pakistan, en Amérique latine et dans le bassin méditerranéen. C'est la forme observée en Tunisie

On décrit la LV dans 88 pays et quatre continents : Afrique, Amérique centrale et du Sud, Asie et Europe. Au total, 370 millions de personnes sont exposées au risque de la maladie. Son incidence à l'échelle mondiale est de 500 000 cas par an, dont 90 % sont recensés dans seulement 5 pays : Inde, Népal, Bangladesh, Soudan, Brésil. La leishmaniose se contracte dans tous les pays et les îles de la mer Méditerranée. Dans les 3 pays du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie), elle est observée dans 95 % des cas chez des enfants de moins de 5 ans. Depuis les années 1980, la LV est une infection opportuniste émergente avec plus de 2 000 cas de co-infections VIH-*Leishmania* ont été rapportés. La leishmaniose viscérale constitue un problème de santé publique en Tunisie. C'est la deuxième maladie vectorielle. Elle est à déclaration obligatoire. Elle se maintient comme une parasitose endémique non contrôlée en Tunisie avec une augmentation de son incidence et une extension de son aire de distribution avec un taux d'incidence de 0.09 en 2015. Cette évolution serait principalement en rapport avec la promotion récente d'activités agricoles favorables à la pullulation des phlébotomes vecteurs et des chiens réservoirs de *Leishmania infantum*.

La leishmaniose cutanée est émergente en Afrique du Nord avec une augmentation importante de l'incidence des cas et une extension de la répartition géographique. L'incidence dépasse les milliers de cas chaque année en Algérie, Libye, Maroc et Tunisie. La maladie constitue un problème majeur de santé publique en Tunisie, avec un impact négatif sur la productivité et un handicap pour le développement, qui altère les conditions socio-économiques et psycho-sanitaires. Le nombre de cas recensés ne cesse d'augmenter avec 1133 cas en 2015 (soit une incidence de 10.31). Trois espèces de *Leishmania*, associées à des caractéristiques environnementales, épidémiologiques et cliniques distinctes, sont responsables de la maladie, à savoir *Leishmania infantum*, *L. major* et *L. tropica*. *Leishmania major* est de loin la plus fréquente en Algérie, Libye et Tunisie avec plus de 90 % des cas enregistrés.

La connaissance de ces paramètres, grâce à une approche multidisciplinaire et intégrée, est fondamentale pour un contrôle de la maladie, qui reste par ailleurs également confronté aux insuffisances des ressources et des mesures efficaces de lutte. Un programme national de lutte et de prévention contre ce fléau ou la Tunisie reste encore parmi les pays les plus touchés n'a pas encore vu le jour.

Professeur Hamouda Babba¹

¹Laboratoire de Parasitologie-Mycologie Médicale et Moléculaire LP3M Faculté de pharmacie de Monastir/Université de Monastir/CHU de Monastir

La leishmaniose est un ensemble hétérogène d'affection toutes dues à l'infection de l'hôte par un parasite protozoaire *Leishmania* et transmises par la piqûre d'un insecte vecteur le phlébotome. Ces parasites sont anthroppo-zoonotiques, affectant de très nombreuses espèces de mammifères y compris l'homme et sont transmis par la piqûre d'un insecte vecteur hématophage, le phlébotome femelle.

La leishmaniose affecte des millions de personnes dans les zones tropicales et subtropicales du monde. Chez l'homme, les leishmanioses présentent des manifestations cliniques diverses, comprenant la leishmaniose viscérale (LV), les leishmanioses cutanées (LC), localisées ou diffuses, et la leishmaniose cutanéomuqueuse (LCM). L'incidence de la LC dans le monde est d'un à 1,5 millions de cas par an.

En Tunisie, la LC sévit sous un mode endémo-épidémique et elle constitue un problème de santé publique. Ces dernières années, elle est devenue très fréquente surtout au Sud et au Centre du pays avec une L'incidence d'environ 6000 cas par an.

Trois espèces de *Leishmania* sont responsable de cette parasitose en Tunisie : (i) *Leishmania infantum* cause la leishmaniose viscérale et la leishmaniose cutanée sporadique au nord et au centre du pays, (ii) *Leishmania major* cause la leishmaniose cutanée zoonotique dans le centre et le sud et (iii) *Leishmania killicki* (syn. *Leishmania tropica*) cause la leishmaniose cutanée chronique dans quelques micro-foyers dans le sud et le Centre de la Tunisie.

Le diagnostic de la leishmaniose est, d'habitude basé sur des critères cliniques et épidémiologiques, mais la confirmation de ce diagnostic se base toujours sur l'observation microscopique du parasite sur les frottis des différents prélèvements (frottis dermique, sang, moelle osseuse, suc ganglionnaire) ou des cultures in vitro. La sensibilité de ces méthodes est rapportée pour être variable. Des outils moléculaires, comme l'amplification d'ADN utilisant la technique de PCR conventionnelle ou en temps réel, ont montré des résultats excellents dans le diagnostic des leishmanioses.

Le sérodiagnostic est toujours positif dans la leishmaniose viscérale, mais il existe des difficultés d'interprétation chez les sujets VIH positifs, nécessitant un Western blot qui montre des bandes spécifiques.

Des récents travaux ont montré l'intérêt de la sérologie dans le diagnostic de la leishmaniose cutanée et encore mieux de la leishmaniose viscérale.

La recherche d'antigène soluble peut avoir un intérêt dans le diagnostic de la leishmaniose viscérale.

C18: VISCERAL LEISHMANIASIS: CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS.

MD. Imen CHABCHOUB¹

¹Pediatric unit, Hedi Chaker Hospital, Sfax (TUNISIA)

Visceral leishmaniasis (VL) is endemic in areas bordering the Mediterranean Sea, including Tunisia. It represents a major public health problem not only in developing countries but also in developed ones. It is caused by *Leishmania infantum* and it is transmitted by the bite of hematophagous sand fly belonging to *phlebotomus spp*; dog constitutes the main reservoir of the infection.

Clinical presentation of VL ranges from asymptomatic or subclinical infection to severe and complicated symptomatic disease. Classical manifestations of visceral leishmaniasis include chronic fever, pallor and splenomegaly. Pancytopenia is present very often. Rarely, it may be complicated by hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) that has varied presentation and course.

Diagnosis is established by serological tests (indirect fluorescent-antibody assay, immunoassay test, indirect hemagglutination assay) and by demonstration of *Leishmania* parasites by microscopy or polymerase chain reaction (PCR) in the bone marrow aspirates.

Visceral Leishmaniasis is fatal if left untreated. Although pentavalent antimonial drugs have been used for many decades as standard treatment for VL, newer therapeutic options are nowadays considered the first-line treatment in many countries. They include conventional or liposomal amphotericin B, paromomycin and miltefosine. Liposomal amphotericin B seems to be the most tolerated drug. Unfortunately, it is not available in Tunisia.

Despite many previous studies realized on *Leishmaniases* in Maghreb, they are still considered as neglected diseases because of absence of efficient control strategies. Poor vector control strategies, limited diagnostic services, drugs, treatments and lack of community awareness are the most important challenges in VL control and elimination especially in endemic areas such as Tunisia. Absence of highly sensitive and specific tests, lack of trained man power, and community awareness are the major challenges in VL control. Therefore, proper case diagnosis, community mobilization and launching of effective vector control strategies in our country are vital.

Recently, an international scientific seminar has been held in Pasteur institute of Tunis from the 2nd-4th April 2015, about visceral leishmaniasis in Maghreb. Three recommendations have been considered by the experts attending this international scientific seminar.

1. The necessity to decrease the delay between onset of symptoms and getting a proper diagnosis This aim can be reached by:

- The training of medical and nursing staff and education of high risk population.
- The use of rapid diagnostic tests in area with a high incidence of VL.
- The use of real time PCR on blood samples for diagnosis of VL to avoid marrow aspiration.

2. The usefulness of liposomal amphotericin as first-line therapeutic option in management of visceral leishmaniasis

The experts participating in the international scientific seminar agreed on the need to replace the meglumine antimoniate by liposomal amphotericin as first-line therapeutic option in Maghreb countries. This new drug will shorten considerably the duration of therapeutic cures and improve the effectiveness of the treatment and its safety. For immunocompromised patients (HIV (+), Infection and Solid Organ Transplant Recipients), it was strongly recommended to implement a post treatment long term follow-up because of the risk of relapse.

3. The urgent need of fighting against the zoonosis by the control of reservoir host (dog) and the vector (sandflies). The actions include:

- The eradication of stray and semi-stray dogs.
- The early detection of canine leishmaniasis.
- The prevention of canine leishmaniasis (insecticide-impregnated dog collars).
- The setting up of clean environment (garbage control, whitewashing the walls, nets).

CI 9 : DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES LEISHMANIOSES CUTANÉES.

Pr. Ag Soumaya Youssef Zaara¹, Pr Nejb Doss¹

¹Service de Dermatologie – Hôpital Militaire de TUNIS

Les leishmanioses sont des maladies parasitaires fréquentes dans le bassin méditerranéen. En Tunisie, elles occupent une place importante dans la liste des maladies parasitaires à déclaration obligatoire.

La leishmaniose cutanée sévit en fait, selon un mode endémique avec des pics épidémiques saisonniers. Cette affection se présente habituellement sous forme de nodule ulcéro-croûteux infiltré et indolore d'évolution résolutive en 3 à 4 mois pour la variante zoonotique à *Leishmania Major*. Cependant, la présentation clinique ainsi que le profil évolutif varient en fonction de la forme épidémiologique, la localisation des lésions, ainsi que la réponse immunitaire du sujet infecté.

Le traitement repose essentiellement sur les sels d'Antimoine soit en injection intra-lésionnelle soit par voie intramusculaire. Plusieurs autres alternatives sont proposées en cas de contre indication des antimoines ou d'échec thérapeutique.

L'objectif de ce travail est d'étayer les différentes variantes épidémiocliniques les plus fréquentes en Tunisie, de détailler les présentations atypiques et d'avertir quant aux différents pièges diagnostiques et aux diagnostics différentiels.

C20 : PLACE DE L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DES DERMATOSES INFECTIEUSES

Professeur Agrégé Naourez Gouiaa¹

¹Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques. CHU Habib Bourguiba. Sfax-Tunisie

Les dermatoses infectieuses restent encore un problème de santé publique dans notre pays. Certaines de ces dermatoses infectieuses demeurent encore endémiques en Tunisie telles que la tuberculose et la leishmaniose cutanée. En effet, ces affections constituent un motif fréquent de consultation et figurent parmi les causes de morbidité et de perte de capacité de travail en Tunisie. La prise en charge diagnostique de ces dermatoses infectieuses nécessite le recours à des examens complémentaires notamment microbiologiques. Toutefois, dans pas mal de cas difficiles où le bilan microbiologique est peu ou non contributif, le recours à la biopsie cutanée est indispensable afin de préciser le diagnostic.

L'objectif de cette présentation est de préciser la place de l'examen anatomopathologique dans le diagnostic des dermatoses infectieuses à travers de cas cliniques concrets. L'examen anatomopathologique contribue au diagnostic étiologique de certaines dermatoses infectieuses en rapport avec des agents mycosiques (Candidose, mucormycose...) parasitaires (Leishmaniose, gale,) bactériennes (Tuberculose, lèpre, actinomycose...) et virales (herpès, CMV...). La biopsie cutanée est un des gestes simples, de réalisation aisé, qui peut grandement contribuer au diagnostic dermatologique à deux conditions : d'une part, de respecter les précautions de prélèvement nécessaires à une étude morphologique de bonne qualité, d'autre part, de choisir précisément les indications, car tous les diagnostics ne sont pas faits par ces examens. L'interprétation des comptes rendus apparaît souvent difficile, étroitement dépendante de la confrontation anatomoclinique. L'amélioration du plateau technique des laboratoires d'anatomie pathologique (histochimie, immunohistochimie, hybridation in situ ...) permettra d'accroître la fiabilité du diagnostic anatomopathologique des dermatoses infectieuses. Devant toute suspicion de dermatose infectieuse avec examens microbiologiques non contributifs, la biopsie cutanée garde toute sa valeur dans le bilan du diagnostic étiologique.

C21 : LUTTE CONTRE LA LEISHMANIOSE CUTANEE EN MILIEU MILITAIRE

Cdt Vet. Olfa ZARROUK¹

¹Hôpital Militaire de Gabès, 6000. Tunisie

La leishmaniose est une maladie parasitaire bénigne commune à l'homme et aux animaux. Elle est due à un protozoaire flagellé du genre *Leishmania*. Sa transmission est régie par un système biologique complexe impliquant l'hôte humain, le parasite, le phlébotome vecteur et un réservoir animal.

Selon les statistiques de la DHMPE, la leishmaniose cutanée représente la zoonose la plus observée dans le sud tunisien de 2011 à 2014 devenant ainsi un véritable souci pour la santé publique ainsi que militaire (62 cas de militaires actifs de la Garnison Gabès en 2015).

C'est une maladie saisonnière qui s'exprime entre octobre et mars et qui sévit selon un mode endémique.

Le cycle parasitaire des leishmanioses se développe en deux phases :

- forme amastigote chez l'hôte définitive (homme, chien, rongeurs sauvages...)

- forme promastigote dans le tube digestif du phlébotome femelle suite à une gorgé du sang chez un homme ou un animal malade.

Les mesures de lutte contre la leishmaniose préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé consiste à :

- Diagnostiquer la maladie
- Traiter et/ou vacciner contre la maladie
- Faire un dépistage passif et actif
- Eliminer les hôtes réservoirs de la maladie
- Faire une lutte anti vectorielle

En Tunisie, la leishmaniose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1992. Les activités de lutte contre cette maladie comprennent le dépistage passif, le traitement des cas (couteux mais gratuit !) et la surveillance environnementale de l'émergence de rongeurs dans les zones où les chénoptes ont été déterrés et remplacés par des acacias. (OMS,2016).

En milieu militaire, les mesures prises pour lutter contre la LC sont celles applicables en hygiène de collectivité soit :

- Lutte contre les phlébotomes vecteurs par la pulvérisation d'insecticide à l'aube ou au crépuscule pour tuer les formes adultes des moustiques aux alentours de locaux d'habitat,
- Destruction de leur gîtes larvaires en éliminant les eaux stagnantes si possible si non les traiter par un insecticide, par de la chaux vive ou en mettant une fine couche d'huile de pétrole à sa surface,
- Lutte contre les rongeurs sauvages par le labourage autour de la caserne pour détruire leurs terriers et leur faune préférée.
- Abattage de chiens errants dans la caserne.
- Prendre des mesures prophylaxiques individuelles qui visaient à éviter les piqûres du phlébotome :
 - ✓ Installation de moustiquaires à mailles fines aux portes et aux fenêtres Utilisation des répulsifs des moustiques (pommades ; bracelet...)
 - ✓ Utilisation des moustiquaires individuelles imbibées d'insecticides.
 - ✓ Sensibilisation des militaires quant aux mesures individuelles de lutte contre cette maladie pour éviter les activités de plein air entre le crépuscule et l'aube, période pendant laquelle les phlébotomes sont les plus actifs.

THEME4: INFECTION A MYCOBACTERIES

C22 : LA LEPRE EN TUNISIE

Dr Meziou Taha Jalel¹

¹Dermatologue, Assistant hospitalo-universitaire Sfax, Tunisia

La lèpre ou maladie de Hansen est une maladie infectieuse, endémique due à *Mycobacterium leprae* à tropisme surtout cutanéomuqueux et nerveux.

Dans l'histoire de l'humanité, la lèpre occupe une place à part << Nul fléau morbide n'a inspiré une pareille terreur et n'a laissé dans la vie politique et économiques des peuples des traces aussi profondes>> écrit Jean Seleme dans l'introduction historique de son monumental traité

En Tunisie, la lèpre était décrite pour la 1ère fois sous le règne des Aghlabides. Le 19 novembre 1899, le décret beylical établit une réglementation de la lèpre notamment la déclaration obligatoire

Actuellement la prévalence de la lèpre en Tunisie est faible. Suivant les statistiques anciennes, Il existe 2 foyers à endémicité lépreuse relativement importante, un au centre et l'autre au sud de la Tunisie.

L'homme est la principale source de la maladie. Le mode de contamination nécessite un contact direct, intime et répété.

La symptomatologie et la classification de la lèpre, essentiellement conditionnée par les modalités de réponse immunitaire à médiation cellulaire de l'hôte vis-à-vis de *M.leprae*, présente une grande diversité.

Dans la classification de la lèpre on distingue :

- Une forme indéterminée, souvent initiale
- Deux formes polaires

Tuberculoïdes à forte immunité cellulaire

Lépromateuse à immunité cellulaire déficiente

- Des formes interpolaires dites borderline à immunité cellulaire instable

Dans l'évolution d'une lèpre, des perturbations de l'équilibre immunologique peuvent se manifester et provoquer des complications appelées <<réactions lépreuses>>. Une réaction de type I appelée réaction reverse et une réaction de type II appelée érythème noueux lépreux.

Le traitement repose sur une polychimiothérapie associant un bactéricide (rifampicine) et 2 bactériostatiques (sulfones et clofazimine).

En absence de vaccination, les bases fondamentales de la prophylaxie de la lèpre sont : le dépistage, le traitement des contacts et l'éducation sanitaire.

C23 : TUBERCULOSE EXTRA -PULMONAIRE. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN TUNISIE.

Pr Ag Riadh Allani^{1,2}, Pr Ridha Bellaaj^{1,2}.

¹Direction Générale de la Santé Militaire.

²Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire, cosmopolite due à une mycobactérie. Elle constitue un problème de santé publique vu la recrudescence de sa fréquence liée à la notion de co-infection avec le VIH et sa gravité (2ème cause de mortalité par maladies infectieuses dans le monde) et l'émergence de *Mycobacteries Tuberculosis* résistantes.

La stratégie adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014 vise à mettre un terme à l'épidémie mondiale de TB en réduisant le nombre de décès de 95% et l'incidence de 90% entre 2015 et 2035 et évitant le support par les ménages de coûts catastrophiques liés à la TB.

En Tunisie, le taux d'incidence de la TB a connu une nette diminution depuis les années cinquante et jusqu'en 2002. Cette diminution est estimée à 24.4 % entre 1995-2002. A partir de 2002, il y a eu une recrudescence de la maladie avec une augmentation de l'incidence de 9.6% entre 2002-2009. Le taux d'incidence en milieu militaire est comparable à celle nationale.

Selon les estimations de l'OMS en 2014, la prévalence TB en Tunisie est de 42/100.000 hab. L'incidence enregistrée est de 33/100.000 hab. L'incidence déclarée est de 31,7/100.000 hab. le taux de mortalité est de 2/100.000 hab. La prévalence de la résistance du BK est de 0,8% parmi les nouveaux cas et 12% parmi les retraitements.

La TB extrapulmonaire représentait 20% des cas déclarés en Tunisie en 2000 contre 59% en 2013 et 57,8% en 2014. Elle est plus fréquente chez le genre féminin. Les localisations ganglionnaires, pleurales et péritonéales étaient les plus fréquentes. La TB ganglionnaire accuse une tendance à la hausse depuis 2003. Elle serait en rapport avec un retard de mise en œuvre des mesures de lutte contre la TB animale en Tunisie et des insuffisances de coordination entre le ministère de la santé et le ministère de l'agriculture (abattage des bovins ++).

C24 : INFECTION A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS : DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE

Colonel Pharmacien biologiste Professeur Farouk Barguelli¹

¹Laboratoire de Biologie clinique. Centre d'expertise de médecine aéronautique

Les mycobactéries sont responsables de nombreuses pathologies en médecine humaine, notamment les espèces du complexe tuberculosis, agents de la tuberculose. Cette maladie frappe plus de 9 millions de personnes par an dans le monde et provoque environ 3 millions de décès. D'autres espèces (*Mycobacterium avium intracellulare*, *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium xenopi*, *Mycobacterium ulcerans*) sont aussi responsables d'infections appelées mycobactérioses qui surviennent généralement dans des contextes cliniques particuliers. Le diagnostic traditionnel des infections mycobactériennes repose sur l'examen direct et la culture. Même si le temps de culture a été considérablement raccourci grâce aux techniques en milieu liquide, l'isolement des bacilles et leur identification phénotypique nécessitent encore plusieurs semaines, de même que l'étude de la sensibilité aux antituberculeux. Aujourd'hui, on dispose d'outils moléculaires qui permettent de fournir un diagnostic plus rapide et plus fiable au clinicien. Ainsi, la détection par amplification génique des espèces du complexe tuberculosis peut être directement effectuée à partir d'échantillons cliniques. Mais la plupart des identifications sont rendues possibles après culture en milieu solide ou liquide. Plusieurs techniques commerciales sont disponibles mais elles n'autorisent l'identification que d'un nombre limité d'espèces, à un coût souvent élevé. Le séquençage de différentes cibles génomiques (*rrs*, *rpoB*, *gyrB*, espace intergénique *16S 23S*, *hsp65*) permet quant à lui des identifications précises et rapides, nécessitant cependant l'accès à un séquenceur. Enfin, la détection génotypique de la plupart des résistances pourra être envisageable grâce à notre meilleure compréhension des modes d'action des différents antibiotiques. Ainsi, la mise en évidence de mutations majeures dans les principaux gènes cibles (*rpoB*, *katG*, *embB*, *pncA*, *gyrA*, *rrl*) pourrait constituer une détection efficace et rapide de la résistance même si ce moyen n'est jusqu'à présent appliqué que pour la détection de la résistance à la rifampicine. Enfin, cette approche, réservée aux laboratoires de référence, ne peut remplacer à l'heure actuelle l'antibiogramme.

C25 : IMMUNODIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

Pr Ag Mohamed Selim ASLI¹

¹Service de Microbiologie – Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

En Tunisie, la tuberculose reste un problème de santé publique. Selon l'OMS, elle est, avec le VIH, l'une des maladies infectieuses les plus meurtrières au monde : en 2014, 9.6 millions de personnes ont contracté la tuberculose et 1.5 millions en sont mortes. La tuberculose est une infection chronique liée, dans la majorité des cas, à l'inhalation de *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacille de Koch). Dans 90 % des cas, la prolifération de *M. tuberculosis* est arrêtée par les défenses immunitaires de l'hôte. Les bacilles peuvent cependant rester vivants, sous forme latente dans l'organisme, d'où la notion de tuberculose-infection latente (ITL). Dans environ 10 % des cas, l'ITL peut évoluer en tuberculose-maladie qui prendra la forme de tuberculose pulmonaire dans environ 3/4 des cas, et/ou une forme extrapulmonaire, dans environ 1/4 des cas.

Jusqu'à dernièrement, l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était le seul test diagnostique disponible de l'ITL. Cependant, ce test est un outil imparfait par le manque de standardisation des modes de production de la tuberculine et par le fait que sa réalisation et son interprétation sont très dépendantes de l'opérateur. Par ailleurs, l>IDR manque de spécificité (40 à 90%) et peut être faussement positive, essentiellement chez les sujets vaccinés par le BCG. De même, l>IDR est peu sensible (70%) avec des faux négatifs fréquents (immunodéprimés, âges extrêmes et au cours des tuberculoses sévères évoluées). Dans ce contexte, de nouvelles techniques ont été développées récemment à savoir les tests IGRA (Interferon Gamma Release Assays) afin d'améliorer le diagnostic des infections tuberculeuses et de renforcer la lutte contre cette maladie.

La détection de l'interféron gamma (IFN γ) est la base de ces nouveaux tests qui dépistent la présence de lymphocytes T sensibilisés à 2 ou 3 antigènes spécifiques de *M.tuberculosis* (ESAT-6, CFP-10 et TB7.7), absents de *M.bovis* (BCG) et de la plupart des mycobactéries non tuberculeuses. Deux tests, QuantiFERON-TB[®] et le T-SPOT.TB[®] sont commercialisés. Le test QuantiFERON-TB[®] est un système de dosage sur sang total, avec détection par technique ELISA ; il y a eu 3 générations de tests :

QuantiFERON tuberculine PPD[®], QuantiFERON-TB Gold[®], et QuantiFERON-TB Gold en Tube[®]. Le test T-SPOT.TB[®] est une technique ELISPOT.

Les tests IGRA possèdent une sensibilité comparable aux tests tuberculiques chez les immunocompétents et probablement supérieure chez les immunodéprimés. Leur spécificité est meilleure que celle de l'IDR (absence d'influence de la vaccination préalable au BCG et des mycobactéries de l'environnement). Ces tests n'ont pas d'effet booster en cas de répétition contrairement à l'IDR.

Les indications des tests IGRA sont variables d'un pays à l'autre. Cependant, la majorité des pays utilisent les tests IGRA avant tout traitement par anti-TNF alpha, soit dans le cadre d'une procédure en deux temps (IDR puis test IGRA), soit d'emblée. Les recommandations européennes 2011 autorisent l'utilisation des tests IGRA dans le diagnostic de la tuberculose extra pulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant. Dans le cadre du dépistage de l'ITL, les experts européens soulignent que les tests IGRA sont indiqués seulement lorsqu'un traitement est envisagé. Dans les enquêtes autour d'un cas, chez les enfants âgés de moins de 5 ans, les IDR restent recommandées. Pour les sujets contact âgés de plus de 5 ans ces tests peuvent être utilisés seuls ou après une IDR positive. Pour les patients immunodéprimés y compris les patients VIH, l'utilisation de 2 tests IDR et IGRA est recommandée. Concernant les professionnels de santé, les données apparaissent insuffisantes pour recommander le dépistage systématique par les tests IGRA seuls mais l'utilisation d'une approche en deux temps IDR puis confirmation par IGRA peut accroître la spécificité notamment pour les professionnels vaccinés exposés.

Les tests immunologiques IDR et IGRA présentent plusieurs limites :

- Ils sont dépendants du statut immunitaire du patient.
- Une IDR négative ou un test IGRA négatif : ne peut exclure ni une tuberculose infection ni une tuberculose maladie.
- Ces tests ne différencient pas entre une infection ancienne et une infection récente.
- Aucun de ces tests lorsqu'il est positif ne peut donner d'indication quant au risque d'évoluer vers une tuberculose maladie.
-

C26 : TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE : PRISE EN CHARGE

Pr Rim Abdelmalek¹

¹Service des Maladies Infectieuses. Hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie

La tuberculose ganglionnaire est un réel problème de santé publique en Tunisie. Son incidence est en perpétuelle augmentation depuis 2003. Sa distribution est parallèle à l'endémie animale qui n'est pas contrôlée.

Les récentes études multicentriques et nationales qui ont eu lieu en 2010 et 2013 montrent une prédominance féminine, de l'atteinte cervicale, des localisations uniques, du manque de confirmation microbiologique et de la prédominance de *M. bovis*.

La prise en charge est multidisciplinaire, englobant l'infectiologue, l'ORL, le radiologue, le microbiologiste, l'anatomopathologiste et le pharmacologue. La recherche de localisations associées est systématique.

Le traitement nécessite une association de plusieurs molécules classiques mais sans indication pour la streptomycine. La prolongation de l'utilisation d'ETB peut être envisagée pendant la phase de consolidation pour une durée de 1 à 4 mois supplémentaires selon la taille et le nombre d'adénopathies. La durée totale du traitement sera en fonction des localisations associées. Une durée minimale de 9 mois est à respecter et à adapter selon les cas.

La chirurgie peut être envisagée à visée diagnostique ou curative mais de principe devant une fistulisation, une taille > 3 cm ou une fluctuation.

La gestion des effets indésirables tout comme des terrains particuliers est le garant du succès thérapeutique.

C27 : TUBERCULOSE NEUROMENINGEE : ACTUALITES THERAPEUTIQUES

Dr A. Berriche¹

¹Service des Maladies Infectieuses. Hôpital La Rabta, Tunis. Tunisie

La tuberculose demeure un problème de santé publique en Tunisie, avec une prédominance récente des formes extrapulmonaires par rapport aux formes pulmonaires. La tuberculose neuroméningée est l'une des formes extrapulmonaires les plus graves, pouvant mettre en jeu aussi bien le pronostic fonctionnel que vital. Le diagnostic est souvent retenu sur un faisceau d'arguments épidémiocliniques et les données du liquide cérébro-spinal et de l'imagerie cérébro-médullaire. Le traitement repose en premier lieu sur le traitement antituberculeux qui est assez bien codifié, incluant une quadruple antibiothérapie antituberculeuse par isoniazide, rifampicine, ethambutol et pyrazinamide pendant 2 mois suivie par une bithérapie par isoniazide et rifampicine pour une durée totale minimale de 12 mois. L'apport de la corticothérapie dans le traitement de la tuberculose neuroméningée reste controversé. Un grand nombre d'auteurs rapportent que la corticothérapie joue, par son effet anti-inflammatoire, un rôle important dans la réduction du syndrome d'hypertension intracrânienne et diminue le risque de cloisonnement ce qui améliore le pronostic et réduit les séquelles. Cependant, cette corticothérapie reste mal codifiée aussi bien pour les modalités d'administration que pour la durée.

THEME 5 : DÉPLOIEMENT DES FORCES EN MILIEU TROPICAL ET SUB-SAHARIEN

C28: ACQUISITION RISK OF MULTI-DRUG RESISTANT BACTERIA AND GASTROINTESTINAL PATHOGENS ON DEPLOYMENT

Lt Col. Hagen Frickmann¹

¹Hamburg, Germany

Background: If hygiene conditions are poor during military deployments, soldiers are at risk of fecal-oral acquisition of enteropathogenic microorganisms. Further, stays in high endemicity settings bear the risk of colonization with multi-drug resistant bacteria. Accordingly, respective assessments were performed with German soldiers returning from deployment during returnee screenings at the Department of Tropical Medicine, German Armed Forces Hospital of Hamburg.

Methods: Stool samples of returnees and diseased soldiers on deployment were screened by real-time PCR for enteropathogenic microorganisms and by cultural approaches for multi-drug resistant bacteria.

Results: During acute episodes of diarrhea, diarrhea-associated *Escherichia coli* dominated as causative agent in European soldiers in tropical Mali. In contrast, *Giardia duodenalis* was the most important pathogen in returned German soldiers 8-12 weeks after deployment in Sudan. At this time point after various deployments, colonization rates with multi-drug resistant bacteria like ESBL-producing Enterobacteriaceae were also comparably low as in the healthy German population. On deployment, in contrast, respective colonization rates are considerably higher.

Discussion: The spectrum of detectable agents varies depending on the time of assessment. While both pathogenic and resistant bacteria can be predominantly found on deployment, persisting protozoa seem to be a medical concern on the long term.

C29: PHARMACEUTICAL SUPPLY AND LOGISTIC IN THE MILITARY ENVIRONMENT

Lt Col. Ph Ali Ahmed Alkinani¹

¹SAUDI ARABIAN Armed Forces Medical Services

Logistics is the lifeblood of military missions; successful planner is that calculates the importance of logistics before any task

Further complicating during operations in the desert, where more than the need for water, food, medicine and weapons appropriate despite the difficulty of movement and lack of resources

Before any task professional strategic planning must understand the difficulties, solutions and the search for alternative solutions to reduce the risks

Medicines and medical equipment need special handling by the service provider in desert, therefore operations must be the training well to provide appropriate support in very difficult circumstances.

C30 : LE COUP DE CHALEUR D'EXERCICE

Pr Ag Walid Trabelsi¹

¹ Service de Réanimation. Hôpital Militaire de Gabès. Gabès 6000, Tunisie

Le coup de chaleur d'exercice est défini par une température corporelle centrale supérieure à 40° C et des troubles neurologiques en lien avec un effort physique. Il reflète une production de chaleur dépassant les mécanismes de thermorégulation de l'organisme et s'observe le plus souvent lors d'exercice physique intense en milieu chaud et humide, notamment chez des sujets mal entraînés ou non adaptés à un tel environnement.

Les manifestations cliniques sont liées à l'induction d'une réponse inflammatoire systémique et à une coagulation intravasculaire disséminée déclenchées par le stress thermique intense, pouvant conduire à la dysfonction multi-organique, voire au décès.

La prise en charge immédiate du coup de chaleur d'exercice par l'induction d'un refroidissement rapide est impérative pour en éviter les conséquences catastrophiques.

C31 : MAITRISE DE LA CHAINE DE FROID DES MEDICAMENTS THERMOLABILES DANS LES REGIONS A CLIMAT CHAUD

Pr Ag Mohamed Ali YOUSFI¹, Dr Aymen TALBI²

¹Service de la Pharmacie Interne-HMPIT.

²Service de la Pharmacie- Direction Générale de la Santé Militaire.

Le transport des médicaments thermosensibles pose le problème complexe de maîtrise de la chaîne du froid et s'impose comme un problème de santé publique. La maîtrise de la chaîne du froid des médicaments représente un enjeu croissant car de plus en plus de médicaments mis sur le marché sont issus des biotechnologies et sont thermosensibles.

Ce problème est majoré dans les régions à climat chaud où la maîtrise de la chaîne de froid est indispensable pour garantir un médicament de qualité et prévenir une dégradation potentielle de la substance active. Dans ce travail, nous allons tenter d'expliquer les raisons de cette vigilance croissante face aux contraintes de la chaîne du froid dans les régions à climat chaud ainsi que les moyens nécessaires pour une maîtrise parfaite de cette chaîne.

C32 : L'ENVENIMATION SCORPIONIQUE

M.BOUAZIZ

L'envenimation scorpionique (ES) est un accident relativement fréquent dans les zones tropicales et subtropicales des cinq continents. Sa fréquence et la morbidité inhérente font que cet accident si redouté représente un vrai problème de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique du Nord (le grand Sahara), en Inde, au Mexique et au Moyen Orient.

Sur les 40 000 piqûres de scorpion rapportées annuellement dans chacun des pays d'Afrique du Nord, les manifestations cliniques se limitent dans plus de 90 % des cas à une simple douleur localisée à l'endroit de la piqûre.

Dans le restant des cas, on observe des manifestations d'envenimement systémique, dominées par les troubles digestifs (vomissements, ballonnement abdominal), l'hyperthermie, l'hyperhidration, soit des manifestations nécessitant l'hospitalisation avec surveillance rapprochée et un traitement symptomatique aux urgences.

Dans moins de 1 % de l'ensemble des piqûres de scorpion, surviennent des perturbations cardiorespiratoires et ou neurologique mettant en jeu le pronostic vital. Ces manifestations correspondent à une insuffisance cardiaque aiguë se déclarant sous forme d'état de choc et/ou œdème pulmonaire aigu ou à un état de coma avec ou sans convulsions. Ces patients nécessitent l'hospitalisation en milieu de soins intensifs et de réanimation.

Ces deux entités coexistent dans 60 % des cas. Cette présentation grave représente un véritable défi aux cliniciens de première ligne, et ce, pour deux raisons principales.

La première, c'est que les manifestations de gravité peuvent être absentes lors de l'examen clinique initial, camouflées par la fréquente coexistence d'une hypovolémie et ne se déclarer que secondairement, lors de l'observation clinique dans le service d'urgence ou après initiation des perfusions. Il est, en effet, utile de souligner que dans l'ES responsable de manifestations systémiques, survient fréquemment une importante déshydratation consécutive à l'hyperhidration et aux vomissements. Cette déshydratation exerce un effet protecteur sur les poumons et prévient l'œdème pulmonaire, malgré la présence de dysfonction cardiaque sévère. Dans ce cas, les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls est filant et rapide, sans manifestations respiratoires d'œdème pulmonaire. Ainsi donc, dans bon nombre de cas, les manifestations cliniques d'OAP n'apparaissent que lors de perfusions relativement généreuses de solutés de remplissage (ou de solutés bicarbonatés comme cela se faisait il y a peu de temps encore).

La seconde difficulté dans la prise en charge de l'ES est celle qui consiste à débusquer parmi la majorité des patients qui n'ont qu'une symptomatologie bénigne d'envenimement systémique, les quelques patients qui auront à très court terme, une défaillance cardiorespiratoire.

THÈME 6: MANAGEMENT OF HIGHLY INFECTIOUS DISEASES

C33: EBOLA AND OTHER INFECTIONS

Pr. Dorothy Wiemer

Not all infectious diseases are classified as "highly contagious". Only those, that are potentially deadly, transmissible from human to human and for which no cure or vaccination exist are called "highly contagious". In this lecture the most important of these diseases will be introduced. Information about their clinical course, pathophysiology, epidemiology, transmission, diagnostics and possible treatment will be given.

C34: PRINCIPLES OF SELF PROTECTION

Barrier Nursing – Michael Peilstöcker

Self-protection is essential for the treatment of highly contagious diseases. Without proper use of equipment for self-protection, the risk of contamination and consecutive infection with agents causing highly contagious infections is tremendous. My lecture will address the following questions: Which materials are suitable, which materials are needed, how are these materials used? What are the options for the care of highly endangered patients on a high technical level in industrialized countries and on a low technical level on deployment without endangering the safety of the personnel?

C35: MANAGEMENT OF HIGHLY CONTAGIOUS DISEASES IN DEPLOYMENT

D. WIEMER

Until the beginning of the 20th century more soldiers died from diseases than from wounds. Implementation of hygiene measures and preventive medicine reduced mortality significantly and led to improved operational capability of the soldiers. However, the management of infectious diseases is still a particular challenge, as the physical narrowness of a military camp promotes a rapid spread of diseases and, as a rule, the means for intervention are clearly limited.

This presentation outlines the basics in handling highly infectious diseases and the key actions.

C36: IPC – WHAT WE HAVE DONE IN LIBERIA

Dirk Altmann

I would like to present with my brief lecture what IPC has done and achieved in Liberia: What had to be done, what particular burdens it had for the employees and what lessons were available for us to learn.

COMMUNICATION ORALE J1

CO1 : LE PALUDISME D'IMPORTATION EN TUNISIE : BILAN DES CAS DIAGNOSTIQUES A L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS (2008-2016)

Latifa Mtibaa, Emna Siala, Sabrine Bouhlel, Imène Ben Abda, Rym Ben Abdallah, Nada Boulehmi, Najet Zallega, Karim Aoun et Aida Bouratbine
Laboratoire de Parasitologie, Institut Pasteur de Tunis

En Tunisie, l'incidence des cas de paludisme d'importation a augmenté ces dernières années pour atteindre une moyenne de 80 cas par an. Par conséquent, l'actualisation de l'épidémiologie de cette parasitose est fondamentale. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas de paludisme d'importation diagnostiqués à l'Institut Pasteur de Tunis. Notre étude rétrospective a concerné 85 cas de paludisme diagnostiqués entre janvier 2008 et septembre 2016 au laboratoire de parasitologie de l'Institut Pasteur de Tunis. Pour chaque individu, un questionnaire a été rempli et un prélèvement veineux sur anticoagulant a été fait. Le diagnostic du paludisme a été basé sur la mise en évidence du parasite dans la goutte épaisse et/ou le frottis sanguin. L'incidence annuelle moyenne des cas de paludisme diagnostiqués a été de 9 cas /an. Les étrangers ont représenté 56,63% des cas et étaient principalement représentés par les ressortissants originaires de l'Afrique sub-saharienne (85%). Nos patients avaient un âge médian de 29 ans ($\pm 15,6$). Dans 98,5% des cas, les contaminations ont eu lieu en Afrique sub-saharienne ; principalement la Côte d'Ivoire (28,98%) et le Cameroun (13%). Quatorze cas (16,4%) étaient asymptomatiques dépistés lors d'un contrôle systématique des étudiants originaires des zones d'endémie. Pour les sujets symptomatiques (83,5%), la fièvre (87,32%) et les frissons (73,23%) étaient les signes les plus relevés. Le délai médian entre le début de la symptomatologie et la confirmation diagnostique était de 5 jours ($\pm 5,5$). *Plasmodium falciparum* était l'espèce prédominante (81,7%), suivie par *Plasmodium ovale* (12,94%). Dix-huit patients (21,17%) étaient porteurs de gamétocytes. L'étude épidémiologique des cas de paludisme d'importation permettrait une meilleure prise en charge des malades et un contrôle du risque d'introduction de cette parasitose dans notre pays.

CO2 : CHIRURGIE DU KYSTE HYDATIQUE COMPLIQUE DU POUMON : A PROPOS DE 126 CAS OPERES

Chari Z, Hentati A, Abid W, Abdelkbir A, Elleuch N, Frikha I.

Service de Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire CHU Habib Bourguiba Sfax – Tunisie

Introduction : Le kyste hydatique est une pathologie parasitaire ayant plusieurs répercussions à l'étage thoracique notamment dans sa forme compliquée. On s'est proposé d'étudier le profil épidémiologique des patients opérés pour kyste hydatique du poumon (KHP) compliqué.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les patients opérés pour KHP dans un centre Tunisien, sur une période de 10ans (Janvier 2005-Décembre 2015).

Résultats : Cent vingt-six patients ont été opérés pour KHP compliqué, répartis en 71 femmes et 55 hommes. L'âge moyen a été de 32ans (5-81ans). Les principaux antécédents ont été : tabac (14), kyste hydatique du foie opéré (7), et KHP opéré (3). Le délai moyen de prise en charge a été de 5+/-12mois (Une semaine et 7ans). La découverte a été suite à l'apparition de signes cliniques dans 94% des cas. La toux (29%), la douleur thoracique (26%), l'hémoptysie (22%), et la vomique hydatique (6%) ont été les signes révélateurs les plus fréquents. Le Nombre moyen de kystes a été de 1.4+/-1 (1-10). Le kyste était bilatéral chez 20 patients. Les aspects scannographiques les plus fréquemment rencontrés ont été : image cavitaire (36%), niveau hydro-aérique (30%), et pneumo-kyste (19%). La voie d'abord était une thoracotomie postéro-latérale dans 95% des cas. Le traitement chirurgical a comporté une kystectomie (74%), une péri-kystectomie (24%), un capitonnage de la cavité résiduelle (80%) et une décortication

(15%). Une résection réglée a été nécessaire dans 1.5% des cas. Les suites post-opératoires ont été compliquées dans 22% des cas. Le bullage prolongé (8%), et les pneumopathies (10%) ont été les complications les plus fréquentes. Trois patients ont décédé en post opératoire immédiat, soit un taux de mortalité de 2.4%. Le taux de récurrence à 5ans a été de 3%.

Conclusion : Le traitement chirurgical du KHP compliqué présente une morbi-mortalité assez importante qu'il faudrait prendre en considération surtout devant des sujets fragiles, et multi-tarés.

CO3 : LA LEISHMANIOSE VISCÉRALE CHEZ L'ADULTE : PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE A L'HÔPITAL CHARLES NICOLLE

Chedlya Gharsallah, Meriam Bouchekoua, Dorsaf Aloui, Sabrina Bouhlel, Sonia Trabelsi, Samira Khaled

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis (Tunisie)

Introduction: La leishmaniose viscérale (LV) constitue un problème de santé publique en Tunisie. Elle sévit sous forme méditerranéenne infantile. On assiste actuellement à l'émergence de cas chez l'adulte, notamment l'immunodéprimé. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et biologiques de la LV chez l'adulte à l'hôpital Charles Nicolle.

Méthodes : Notre étude était transversale menée sur une période allant de janvier 2010 à août 2016 et portant sur 126 patients âgés de plus de 16 ans. Le diagnostic parasitologique reposait sur l'examen direct du myélogramme coloré au May-Grünwald Giemsa et/ou sur la sérologie (l'immunofluorescence indirecte et/ou le Western Blot).

Résultats : Le diagnostic était retenu dans 11 cas (8,73%). Le sex-ratio était de 4,5. L'âge moyen de ces patients était $38,8 \pm 8,6$ ans. Parmi les 11 cas diagnostiqués, quatre patients étaient des transplantés rénaux, un patient était suivi pour un syndrome néphrotique chronique et une patiente était sous corticoïdes pour lupus érythémateux disséminé. Pour les 5 patients restants, on ne disposait pas d'informations. Sur le plan clinique, la fièvre était le signe clinique prédominant, présent dans 63,6% des cas. La splénomégalie et la pâleur étaient retrouvées respectivement dans 54,5% et 45,4% des cas. Les données cliniques étaient non disponibles pour trois cas. Biologiquement, on a retrouvé trois cas de pancytopénie, un cas de bicytopenie et un cas de leucopénie. Un syndrome d'activation macrophagique et une hypergammaglobulinémie étaient observés dans 1 cas chacun. Le diagnostic de LV était retenu devant la mise en évidence de *Leishmania* sur deux frottis de moelle osseuse. La sérologie était positive dans tous les cas.

Conclusions: Chez l'adulte, la LV est une affection essentiellement opportuniste. Un diagnostic précoce améliore le pronostic et assure une meilleure prise en charge thérapeutique.

CO4 : INVESTIGATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET ENVIRONNEMENTALE DE L'ÉPIDÉMIE DE FIEVRE TYPHOÏDE SURVENUE A GANNOUCHE (RÉGION DE GABES) EN 2016

Talmoudi H, Hamdi Y, Yahyaoui S, Amorri F, Trabelsi H, Noaman G, Hajjaji S, Bouhaouache M.

Introduction : La fièvre typhoïde est une maladie contagieuse à déclaration obligatoire. Son incidence dépend du niveau d'hygiène collective et individuelle.

L'incidence de cette maladie en Tunisie est entrain de diminuer significativement (0.3/100.000 habitants en 2012) grâce à une meilleure couverture par le réseau des eaux usées et par le réseau d'eau contrôlée. Certaines régions semblent être plus touchées que d'autres par cette maladie. La localité de Ghannouche (région de Gabès) est caractérisée par une mauvaise infrastructure sanitaire qui aurait favorisé l'apparition des certaines épidémies dont une épidémie d'hépatite A en 2014, une épidémie de fièvre typhoïde en 2005 et à nouveau une autre épidémie en 2016. Le présent travail porte sur l'investigation épidémiologique et environnementale menée lors de l'écllosion de l'épidémie de fièvre typhoïde de 2016.

Notre objectif était d'identifier les facteurs qui auraient contribué à l'écllosion de cette épidémie, en vue d'orienter d'éventuelles mesures de prévention.

Matériel et méthodes : Les données épidémiologiques ont été recueillies moyennant un questionnaire administré aux cas déclarés et des prélèvements de selles parmi les contacts à la recherche de porteurs sains. Les données environnementales ont été obtenues moyennant des enquêtes de terrain et des prélèvements d'eaux usées et de boisson et d'aliments.

Résultats : Au total, 65 cas ont été répertoriés lors de cette épidémie dont 55 sont originaires de la localité de Gannouche, avec une nette prédominance des sujets jeunes âgés de 5 à 14 ans. 421 prélèvements de selles ont été effectués chez les contacts (familles des cas confirmés). Deux personnes se sont révélées porteuses saines de *Salmonella typhi*. Le taux de raccordement au réseau ONAS est de 51%, alors que 40% des ménages utilisent des puits perdus et 9% d'entre eux évacuent les eaux usées à ciel ouvert.

Conclusions : Outre les actions menées à chaud pour enrayer l'évolution de l'épidémie, des mesures environnementales et d'hygiène publique sont à mettre en œuvre en vue d'éviter la survenue de nouvelles flambées.

CO5: LA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAIRE

Abid R¹, Naija H², Hannachi S¹, Samah Sayhi¹, Asli S², Ben Moussa M², Battikh R¹, Othmani S¹

¹Service de médecine interne, HMPIT

²Service de microbiologie, HMPIT

Introduction : La tuberculose est endémique en Tunisie. La tuberculose extra pulmonaire est plus fréquente et représente 30% des cas. Le but de notre étude était de décrire le profil épidémiologique, clinique, diagnostique et thérapeutique de la tuberculose extra pulmonaire.

Patients et méthodes : Etude rétrospective de Janvier 1990 à janvier 2016, colligeant tous les patients pris en charge pour une tuberculose extrapulmonaire associée ou non à une atteinte pulmonaire. Le diagnostic de tuberculose était confirmé par l'histologie et/ou la bactériologie ou retenu sur un faisceau d'arguments avec preuve thérapeutique.

Résultats : Nous avons colligé 102 patients qui se répartissent en 63 hommes et 39 femmes. L'âge moyen était de 66 ans [19-77 ans]. Seize patients étaient diabétiques avec un contage tuberculeux dans 18 cas et des antécédents personnels de tuberculose dans 5 cas. La majorité des patients (78%) était d'origine rurale. Le délai moyen de consultation était de 4 mois. Le début était progressif dans presque tous les cas (96,3%). Les signes d'imprégnation tuberculeuse étaient notés dans 75 % des cas. La localisation tuberculeuse la plus fréquente était ganglionnaire dans 71 cas. Les autres localisations étaient: ostéo-articulaire (22 cas), neuroméningée (19 cas), péritonéale (10 cas), organes hématopoïétique (6 cas), péricardique (3 cas) et génito-urinaires (3 cas). Une atteinte pleuro-pulmonaire était associée dans 33% des cas. L'IDR à la tuberculine était pratiquée chez tous les patients et positive uniquement dans 60% des cas. L'imagerie TDM et/ou l'IRM était pathologique dans tous les cas. Le diagnostic a été confirmé chez 53 patients par l'examen histologique et chez 9 patients par la bactériologie (isolement de BK à l'examen direct dans 6 cas, à la culture dans 3 cas et à la PCR dans 3 cas). Tous les malades ont reçu un traitement antituberculeux pendant une durée moyenne de 13 mois selon la localisation.

Conclusions : La tuberculose extrapulmonaire peut parfois, selon la localisation, engager le pronostic vital. Une prise en charge rapide et adéquate est nécessaire.

CO6 : L'ARANEISME A PROPOS DE 17 CAS

Chatbri B, Habacha S., M'Rad A., Blel Y., Brahmi N., Amamou M., Ben Saleh N

Service de réanimation médicale, centre d'assistance médicale urgente CAMU, Tunis, TUNISIE

Introduction : Les araignées sont des arthropodes venimeux de distribution ubiquitaire. Les morsures d'araignées mettent rarement en jeu le pronostic vital mais peuvent induire une nécrose cutanée. Habituellement bénin, l'aranéisme cutané peut se compliquer dans certains cas et nécessiter le recours à un traitement chirurgical. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique et les présentations cliniques de l'aranéisme.

Méthodes : Notre étude est rétrospective, elle inclut tous les malades admis entre janvier 2008 et décembre 2015 pour morsure d'araignée.

Résultats : Dix-sept patients ont été colligés (9 H/8 F), l'âge moyen était de 34 ± 12 ans. Le siège de la morsure était le membre supérieur dans 33% des cas, la face dans 12% des cas. L'identification de l'espèce n'a été précise dans aucun des cas. La douleur était présente chez 100% des patients, sept patients étaient fébriles (41%), un seul a présenté une instabilité hémodynamique. Aucune réaction allergique n'a été notée, et aucun des malades n'a présenté des manifestations neurologiques ni digestives. L'examen local a montré une nécrose cutanée dans 76% des cas, les signes inflammatoires (rougeur, œdème) étaient présents chez tous les patients. A la biologie, une CRP élevée a été enregistrée chez huit patients et une hyperleucocytose chez onze patients ; aucun patient n'a présenté une insuffisance rénale. Tous les patients ont eu des soins locaux ; une antibiothérapie à base de pyostacine a été prescrite dans 70% des cas. Le sérum antitétanique a été administré chez 9 patients. L'évolution était favorable dans 80% des cas (n=14), trois patients ont présenté une cellulite nécessitant un traitement chirurgical.

Conclusions : Les morsures d'araignée symptomatiques sont peu fréquentes. L'aranéisme nécrotique est la manifestation la plus fréquemment retrouvée dans notre pays, et l'évolution vers la fasciite nécrosante est la complication à redouter. Cette complication peut être prévenue par l'application de soins locaux et la prescription précoce d'une antibiothérapie efficace.

CO7 : LA QUALITÉ DE VIE CHEZ LES MILITAIRES DE RETOUR DE MISSION

Daoud M¹, Ghanmi L¹, Elleuch S¹, Belhadj K², Zitoun K¹, Bouomrani S³

¹Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabes

²Service des urgences, Hôpital militaire de Gabes

³Service de médecine interne, Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La carrière militaire implique un mode de vie caractérisé par une mobilité sur le territoire métropolitain mais aussi en dehors du pays. L'objectif de cette étude était de décrire la qualité de vie (QDV) chez les militaires en retour de mission.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée sur une population de sujets exerçant à l'hôpital militaire de Gabès, ayant participé à une mission entre 1992 et 2016. Nous avons utilisé fiche a comportant les données sociodémographiques et professionnelles des sujets et l'échelle « 36 item Short-Form Health Survey » (SF-36) pour l'évaluation de la QDV. Un score moyen global (SMG) était obtenu par le calcul de la moyenne des réponses aux 36 questions. La QDV était considérée comme altérée si le SMG était inférieur à 66,7.

Résultats préliminaires: Notre échantillon était composé de 31 hommes, d'âge moyen de 45 ans. Parmi les sujets enquêtés, 64.5% avaient un poste technique avec des responsabilités importantes chez 54%. Pour la QDV des militaires, les SMG de la SF-36 étaient de 49.62 avec 83 % des sujets avaient une QDV altérée. Cette étude a montré que toutes dimensions de la SF-36 étaient altérées et que 60% des militaires avaient le sentiment d'être fatigués et épuisés. 40% de ces hommes avaient un retentissement de la santé physique ou émotionnelle sur la vie sociale et les relations avec la famille, les amis et les voisins.

Conclusion: Dans cette étude, la QDV de la majorité des militaires enquêtés étaient altérée. La recherche des facteurs associés à cette altération est nécessaire, afin d'aider aux mieux ces militaires

CO8 : PREVALENCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES MILITAIRES AFRICAINS STAGIAIRES EN TUNISIE

Ayed A, Mardassi A, Ben Dhia I, Ben Salem S, Djemil H, Souissi A, Dekhil I, Guermazi N.

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique (CEMEDA)

Introduction: Les infections sexuellement transmissibles (IST) continuent à prédominer en Afrique sub-saharienne constituant un réel problème de santé publique et un réservoir important de propagation. En Tunisie, tout militaire étranger bénéficie systématiquement d'une sérologie virale et syphilitique dans le cadre d'une visite d'aptitude au stage réalisée au Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique (CEMEDA).

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée au CEMEDA sur une période de 5 ans (Mai 2011-Mai 2016) portant sur 226 militaires africains originaire de 11 pays différents candidats pour un stage en Tunisie. Nous avons colligé et analysé les résultats des sérologies de l'hépatite B, C, du VIH et de la syphilis chez cette population afin de déterminer leur prévalence totale, par région et par pays. Les tests sérologiques ont été réalisés au centre militaire de transfusion sanguine (CMTS) par: méthode immuno-enzymatique ELISA 3^{ème} Génération pour l'hépatite B et C, ELISA 4^{ème} Génération pour le VIH, et réaction d'inhibition de l'hémagglutination comme test tréponémique. Un test rapide par technique immuno-chromatographique associé à un test non tréponémique (RPR Charbon) ont été réalisés en parallèle au CEMEDA pour la sérologie syphilitique.

Résultats: La prévalence globale de la syphilis chez nos candidats était de 2,72%. Selon le pays d'origine ce taux variait de 3,03% (Burkina Faso), 4% (Niger), 12,5% (Mali) et 1 cas sur 4 parmi les candidats mauritaniens reçus au centre. Il s'agissait surtout de séquelles syphilitiques n'entravant pas la décision d'aptitude. Pour l'hépatite B, une positivité de l'antigène HBs a été mise en évidence chez 14 patients soit 6,36% de la population africaine principalement au Niger (16%), au centre Afrique (18,18%), au Sénégal (15,38%) et en Mauritanie (2 cas sur 4). Le portage était chronique inactif et l'aptitude au stage a été accordée. Deux cas uniquement de positivité VIH (0,9%) ont été détectés chez un candidat burkinabé et un candidat ivoirien et tous les deux ont été déclarés inaptes au stage. Aucun cas d'IST n'a été retrouvé chez les candidats originaires des pays nord-africains (76 patients).

Conclusion : Le portage chronique de l'antigène HBs ainsi que la syphilis et le VIH sévissent encore à l'échelle endémique chez les militaires originaires d'Afrique subsaharienne. Les tests de dépistage sérologiques sont indispensables en visite d'aptitude afin d'analyser le profil sérologique des candidats et de pouvoir se prononcer sur l'avis d'aptitude médicale.

COMMUNICATIONS ORALES J2

CO9: FACTORS CLOSELY ASSOCIATED WITH PROGNOSIS OF EBOLA VIRUS DISEASE

Huang Lei

The 302 Hospital of PLA. China

Background Clinical and laboratory data was collected and analyzed from patients with *Ebola virus* disease (EVD) in Jui government hospital in Freetown, Sierra Leone, where patients with EVD were received and/or treated from Oct 1, 2014 to Jun 6, 2015.

Methods EVD was confirmed by quantitative RT-PCR assays detecting serum *Ebola virus* (EBOV). Two hundred and eight-five patients with confirmed EVD were included in the study, and were followed up till the endpoint (recovery or death).

Results Among the 293 lab-confirmed EVD cases in Jui hospital, 153 recovered and 140 died, with an overall survival rate of 52.22%. Patients at the age of 6 or younger had a lower survival rate (37.5%). 79.86% of the non-survivors died within 7 days after admission, 63.7% of the survivors turned serum EBOV negative 3 weeks after admission. High serum viral load was found to be predictive of

patient's non-survival outcome as indicated by the ROC curve analysis. Multivariate analyses showed that serum viral load, confusion, abdominal pain, conjunctivitis, and vomiting were factors independently associated with the outcomes of EVD patients.

Conclusion Most non-survival EVD patients died within 1 week after admission and patients at the age of 6 or younger had a lower survival rate. Survival patients turned negative for serum *EBOV* in 1-4 weeks after admission. Factors such as high serum viral load, confusion, abdominal pain, vomiting and conjunctivitis were associated with poor prognosis for EVD patients.

CO10: CHIKUNGUNYA AND WEST NILE VIRUSES AMONG BLOOD DONORS IN RWANDA: SEROPREVALENCE AND DISTRIBUTION OF MOSQUITO VECTORS.

Eric Seruyange^{1,2,5}, Theogene Twagirumugabe^{1,5}, Jean Bosco Gahutu¹, Claude Mambo Muvunyi¹, Swaibu Katare³, Florent Rutagarama², Peter Liljeström⁴, Helene Norder⁵, Tomas Bergström⁵.

¹Faculty of Medicine, College of Medicine and Health Sciences, University of Rwanda, Rwanda

²Rwanda Military Hospital, Kigali, Rwanda

³National Centre for Blood Transfusion, Rwanda Biomedical Centre, Kigali, Rwanda

⁴Karolinska Institute, Sweden

⁵Department of Infectious Diseases, Institute of Biomedicine, University of Gothenburg, Sweden

Introduction: *Chikungunya virus (CHIKV)* and *West Nile viruses (WNV)* have natural sylvatic cycles, but may move to cities to infect humans and cause epidemics with serious clinical problems. No data exist concerning their seroprevalence in Rwanda, despite their origin from its neighboring countries, Tanzania and Uganda. Here we report a sero-surveillance study of *CHIKV* and *WNV* and the regional distribution of their mosquito-vectors in Rwanda.

Methods: Rwandan blood donors (n=874) and Swedish (n=199) were tested for IgG specific ELISA against *CHIKV*, using an in-house antigen, the E1 envelope protein, and against *WNV* using an ELISA commercial kit, FOCUS Diagnostics (Cypress, CA USA). Also data from Rwanda Biomedical Center on assessment of Yellow Fever virus circulation in Rwanda reported in 2014 were collected.

Results: Seroprevalence of *CHIKV* IgG was high in Rwanda (47%) compared to Sweden (4.5%), while *WNV* seroprevalence was 10.4% and 14.1% respectively in Rwanda and Sweden. In the latter group, 78.6% of *WNV* specific-IgG positive subjects were cross-reactive to Tick Borne Encephalitis virus (TBE), explaining the unexpected seroprevalence of *WNV* in Sweden. Regarding mosquito-vectors the *Culex* spp was most prevalent (82.5%) while *Aedes* spp was found at lower amounts (9.6%) around all Rwanda.

Conclusions: In Rwanda, *CHIKV* is more sero-prevalent as compared to *WNV*, while the mosquito-vector *Culex* spp, is more prevalent followed by *Aedes* spp. There is a high and bidirectional cross-reactivity between TBE and *WNV* IgG. The Eastern region of Rwanda reported the highest seroprevalence to *CHIKV* and *WNV*, and population of mosquito-vectors.

CO11: LOWER ACTIVATION-INDUCED T-CELL APOPTOSIS IS RELATED TO THE PATHOLOGICAL IMMUNE RESPONSE IN SECONDARY INFECTION WITH HETERO-SEROTYPE DENGUE VIRUS

Jintao Li*, Huacheng Yan, Tiantian Yu, HongxiaGuo, Nan Ye, Yue Chen, RuiwenRen

* Professor, Director and Principle Investigator of department of Tropical Pathogens and Epidemiology, Institute of Tropical Medicine, Third Military Medical University, Gaotanyan Street 30, Shapingbadistri, Chongqing 400038, China

The available evidence suggests that *dengue virus*-specific T lymphocytes and cytokine storm play a pivotal role in the immunopathogenesis of plasma leakage. Investigations are underway to identify the immune profiles associated with increased or decreased risk for severe disease. In this study, CD14+ cells from the peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) of patients who recovered from DENV-1 infection

were infected with *DENV-1* or *DENV-2* and co-cultured with memory T cells. We found that secondary infection with *DENV-2* suppresses the cell reproductive capacity but forms more cell clones and more functional cells to produce more proinflammatory factors (IFN- γ , TNF- α , IL-6, IL-8, IL-12 and IL-17) and less regulatory cytokines (IL-10, TGF- β) which results in higher viral replication compared to secondary infection with *DENV-1*. Memory dengue virus-specific T cells which are induced in a primary dengue virus infection are reactivated by the heterologous serotype of dengue virus and antigen-presenting cells (APCs) during a secondary infection. Dramatically, less apoptosis and more continuous activation of T cells in secondary infection with hetero-serotype *DENV* were observed. This discovery which has not been reported previously may be the reasonable and vital interpretation for the cytokine storm and severe symptoms observed in secondary infection with *DENV*. In summary, secondary infection with hetero-serotype *DENV* elicits the relatively pathological immune response while secondary infection with homologous-serotype *DENV* induces the relatively protective immune response by activation-induced cell death (AICD) of T cells.

CO12: Epidemiological aspects of brucellosis in the center of Tunisia: which features in 2016

Wafa Marrakchi, Ikbel Kooli, Hajer Ben Brahim, Abir Aouam, Chawki Loussaief, Adnene Toumi, Mohamed Chakroun

Department of Infectious Diseases Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir Tunisia

Background: Brucellosis is a highly contagious zoonosis with high morbidity in human. The objective of this study is to describe epidemiological and clinical aspects and therapeutic outcomes of brucellosis in an endemic region.

Materials and methods: Retrospective study performed between 1996 and 2016 in the center of Tunisia in which adult patients with active brucellosis referred to the department of Infectious Diseases were chosen.

Results: Thirty one cases were included, the mean age was 41,8 years (5 to 83 years). A female predominance was observed (F:M sex ratio, 1,2). Of them, 74,2% were diagnosed as acute (n=23) and 25,8% as sub-acute brucellosis (n=8). Risk factors were consumption of unpasteurized milk and dairy products (n=29, 93,5%) and risky profession (n=9, 29%). Among them, we noted eight farmers and one veterinary. Family history was positive for brucellosis in five cases (16,1%). The most common complaint was fever in 26 cases (84%). Spondylodiscitis was the most common form of presentation of sub-acute brucellosis (n=2, 25%). The average time limit of consultation was 37,6 days (2-240 days) for acute brucellosis and 55,5 days (21-120 days) for sub-acute brucellosis. In all cases agglutination tests were positive. At enrolment, Wright test was positive in 30 cases (96,7%) with an average of 1833,6UI/ml (60-17220 UI/ml). Elevated liver enzymes was observed in 6 cases (19,3%) and leucopenia in 4 cases (13%). The C-reactive protein and sedimentation rate were evaluated with an average of 21,7 mg/l and 50 mm, respectively. Doxycycline and rifampicin combination during 6 weeks was the most preferred therapy protocol (61,3%). Relapse was detected in 2 cases.

Conclusion: Despite the efforts to reduce the incidence of brucellosis, it is still an important health problem in Tunisia. Early detection and prompt treatment can provide rapid recovery and prevent complication or sequels.

CO13: INDEPENDENT ORIGIN AND SPREAD OF ARTEMISININ-RESISTANT *PLASMODIUM FALCIPARUM*

Dongmei Zhang

Department of Tropical Infectious Diseases, Second Military Medical University

Department of Craniofacial Trauma and Plastic Surgery, School of Stomatology, the Key State Laboratory of Military Stomatology, Fourth Military Medical University

Artemisinin (ART) is a novel antimalarial drug discovered in China that is quick and effective. The World Health Organization (WHO) has recommended ART-based combination therapies (ACT) as first-line drugs for the treatment of *Plasmodium falciparum* malaria in all malaria endemic countries. This has contributed to the recent significant decline in the global malaria burden. ART resistance was first detected along the Thai-Cambodian border and has been detected across mainland Southeast Asia. The continued spread of ART resistance will threaten malaria control programs globally. In this study, we collected over 600 samples of *Plasmodium falciparum* from different areas in China. We detected 111 isolates of *P. falciparum* for their susceptibility to dihydroartemisinin using the ring stage survival assay (RSA0-3h). Overall, 24% of 111 isolates had a resistant phenotype with higher ring-stage survival rates. Those isolates with the R539T and C580Y mutant alleles exhibited extremely increased RSA0-3h rates with mean survival rate greater than 10%. In addition, we genotyped the K13 gene of 602 *P. falciparum* isolates collected from southern China and showed that 39.2% of 602 isolates had single mutations in the propeller domain of the K13 gene marker with 31 different mutations including 13 novel mutations. Importantly, we demonstrated that the R539T mutant allele that was strongly associated with ART resistance emerged independently. The multiple indigenous origins of the ART resistance-associated mutations suggest that efforts should focus on preventing the spread of resistance from all emergent areas, in addition to the epicenter for the resistance, and highlight the importance of surveillance of the resistance in all malaria endemic areas including Africa where artemisinin has been introduced.

CO14 : CES PARASITES QUI FONT PERDRE L'ODORAT AUX CHIENS ... OU CES PARASITES OUBLIES

Mohamed Gharbi¹, Amel El Golli Derouiche²

¹Laboratoire de Parasitologie, Uni. Manouba, Ecole Nationale de Médecine Vétérinaire de Sidi Thabet, 2020 Sidi Thabet, Tunisie

²Service de pathologie des carnivores domestiques et des animaux de sport, Uni. Manouba, Ecole Nationale de Médecine Vétérinaire de Sidi Thabet, 2020 Sidi Thabet, Tunisie

Le chien est un auxiliaire incontournable dans plusieurs actions militaires mais aussi chez différents autres corps (douane, police, sapeurs-pompiers). L'odorat est le principal sens utilisé par ces chiens. Son altération ou sa perte aboutit inéluctablement à une altération des performances de ces chiens, voire à une réforme de ces animaux.

Les auteurs présentent d'abord une revue de la fonction olfactive du chien : les bases anatomiques et physiologiques sont passées en revue et ce afin de permettre une meilleure compréhension de cette fonction.

Dans la deuxième partie, les auteurs présentent une revue exhaustive des différents parasites donnant une altération de l'odorat du chien, leurs positions taxonomiques (permettant de faciliter et la diagnose et la lutte), le cycle biologique ainsi que les symptômes sont présentés. Le diagnostic et la lutte sont présentés et discutés, les auteurs mettent l'accent sur les techniques et les moyens de lutte nécessitant un minimum de moyens.

Même si elles sont pour certaines d'entre elles rare, le médecin vétérinaire militaire doit avoir une bonne connaissance théorique de ces parasitoses (incluant les cycles parasitaires, les symptômes et les méthodes de lutte) pour pouvoir les diagnostiquer et les prendre en charge. En effet, plusieurs de ces parasitoses sont peu connues et ou leurs tableaux cliniques ne sont pas évidents.

CO15 : NOMA ET GINGIVITE ULCERO-NECROTIQUE : PRISE EN CHARGE ET PREVENTION DE L'EVOLUTION

R.Masmoudi ,H. Jegham , W.Aouini , S.Turki

Le noma ou cancrum oris est une stomatite gangreneuse à point de départ parodontal entraînant des destructions mutilantes des parties molles et des os de la face. Le pronostic vital peut être engagé du fait des complications infectieuses ou de l'étendue des destructions. Sa physiopathogénie n'est pas bien connue, mais plusieurs auteurs incriminent la gingivite ulcéro-nécrotique aiguë (G.U.N.A.) ou stomatite de Vincent comme primum movens du noma.

Sa répartition est mondiale, elle reste néanmoins prédominante en Afrique subsaharienne chez les enfants de 2 à 16 ans.

Au cours de ce travail, nous allons présenter à travers quelques cas cliniques les différentes phases d'évolution de ces stomatites et le rôle du médecin dentiste dans la prise en charge.

CO16: IMMUNE SUPPRESSION IN SEVERE INFECTION: LEVEL OF IMMUNOSUPPRESSIVE CYTOKINE IL10 AND IL4 DURING SEPSIS AND CORRELATION WITH SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT SCORE

M Ben Azaiz^{1,3,4}, J Ayachi^{2,3}, I Labbene^{2,4}, Z Hajje^{2,4}, R Oueslati³, E Ghazouani¹, M Ferjani^{2,4}

¹Department of immunology, Military Hospital of Tunis, Tunis, Tunisia

²Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Military Hospital of Tunis, Tunis, Tunisia

³Department of immunology, Faculty of Science of Bizerte, Bizerte, Tunisia

⁴Research laboratory LR12DN01, Military Hospital of Tunis, Tunis, Tunisia

Introduction: Infectious diseases remain a major public health issue in developed and developing countries. The original conceptualization of sepsis as infection with at least 2 of the 4 SIRS criteria focused solely on inflammatory excess. However, the validity of SIRS as a descriptor of sepsis pathobiology has been challenged. Sepsis is now recognized to involve early activation of both pro- and anti-inflammatory responses. Few studies assessed immunosuppressive cytokines during sepsis and their correlation with sequential organ failure assessment score (SOFA). The aim of our work was to study these cytokines mainly IL10 and IL4 during sepsis and correlation with SOFA score.

Patients and Methods: All patients in sepsis during a period of 12 months were enrolled in a prospective clinical study. Blood samples were collected at two times for IL10 and IL4 (H0 and H24). H0 is the first time for the diagnosis of sepsis in the patients. Serum level was measured by enzyme immunoassay method (EIA) using a commercial Kit (Biosystem®, Barcelona, Spain). SOFA score was calculated for each patient at H0, H24 and H48. We had used SPSS 11.0. Student t test was statistically significant if $p < 0.05$. Correlations between variables were determined by using the Pearson correlation analysis for normally distributed variables.

Results: We have included thirty-one patients. There was a correlation between the level of IL10 and SOFA score at H0 ($p = 0.039$). There was an elevation of IL4 during the first 24 h. The mean value of IL4 at H0 was higher than H24: respectively 14.99 pg/ml and 17.66 pg/ml but deference is not significant ($p = 0.66$) (Fig 1). There isn't a correlation between IL4 and SOFA score at different time.

Conclusions: There was a correlation between the level of IL10 and SOFA score at H0. We found also an elevation of IL4 during first 24h but we don't found a correlation with SOFA score. Although these are preliminary results, these findings can contribute to a better understanding of physiopathology and outcome. This will allow us to find a new therapeutic target for Immunomodulation, which is the next step in sepsis treatment.

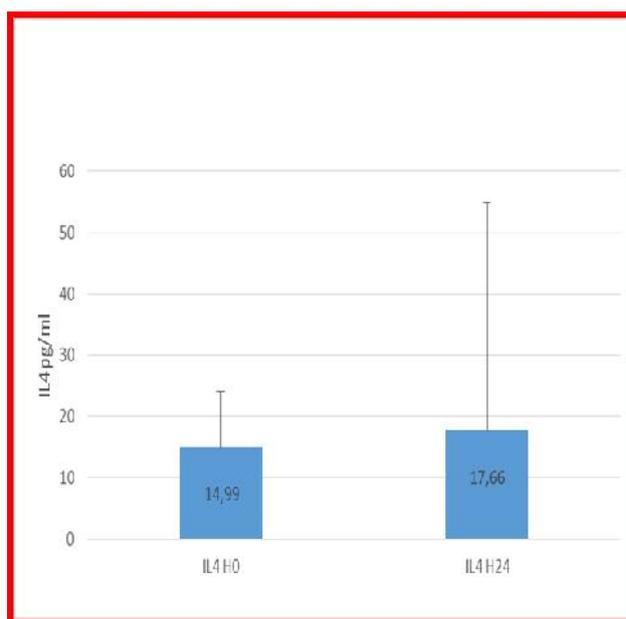


Fig 1: The mean value of IL4 at H0 and H24

CO17: TUBERCULOUS MENINGITIS WITH PULMONARY MILIARY TUBERCULOSIS: CASE REPORT

Zammiti ala (1), Chatbri Bassem (1), Yedeas Azza (1), Olfa Djebbi (1), Mounir haggui (1), Ben Lassoued Mehdi (1), Lamine Khaled (1)

1. Emergency department, military hospital, Tunis, TUNISIA

Introduction: Central Nervous System (CNS) Tuberculosis (TB) is the most dangerous form of extra-pulmonary TB. It occurs in approximately 1% of all patients with active tuberculosis (1). It includes meningitis, intracranial tuberculomas and abscesses. The diagnosis and treatment of tuberculosis meningitis (TBM) is still a clinical challenge. We report a case of TBM with pulmonary miliary tuberculosis.

Case report: A 30-year-old male was admitted in the emergency department with complaints of high grade fever, weight loss, decreased appetite and generalized weakness for 1 month. On admission, the patient looked ill, he was confused, disoriented. Physical examination revealed:

temperature 39°C, heart rate: 110 beats/min, blood pressure: 150/60 mmHg, respiratory rate: 18 inspirations /min. He had neck stiffness, the auscultation of the lungs was normal. The Investigations show: White blood cell count: 6360 element /L, with 79% neutrophils and 6,8%

lymphocytes, Hb 13 g/dl, Platelets: 290000/mm³, C-reactive protein: 103 mg/l, Na⁺: 121mmol/l, glycemia: 7,5 mmol/l, creat: 66 µmol/l. Computed tomography scan of the brain was normal. The cerebrospinal fluid test was clear, with leucocyte count at 10 103/ml, the glucose level was: 0.85mmol/l (ratio 0,15) and the protein level was: 1,98 g/l. HIV and Hepatitis B and C serology were negative.

Chest X-Ray showed typical miliary pattern. Thus, the diagnosis of TBM was highly suspected and antituberculous chemotherapy, with isoniazid, rifampicin, ethambutol and pyrazinamide associated with dexamethasone was initiated. Clinical improvement was noted after the first week of therapy.

Conclusions: TB is still a major public health problem in the world, and there is a rising tendency of extra pulmonary TB incidences especially in immune suppressed adults. The specificity of our patient is that no predisposing or associated conditions have been documented.

1- Guy Thwaites, Martin Fisher, Cheryl Hemingway, Geoff Scott, Tom Solomon, John Innes. British Infection Society guidelines for the diagnosis and treatment of tuberculosis of the central nervous system in adults and children. Journal of Infection :2009 : 59, 167-87.

S. Aissa, S. Toudi, B. Mahdi, I. Oueslati, L. Ammari, R. Abdelmalek, F. Kanoun, H. Harrabi, B. Kilani, K. Kallel*, A. Goubantini, H. Tiouiri Benaissa

Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis
Laboratoire de Parasitologie Mycologie, Hôpital La Rabta, Tunis
Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : L'incidence du paludisme d'importation est en augmentation en Tunisie, mais son diagnostic semble parfois long.

Objectifs : Évaluer le délai diagnostique du paludisme d'importation en Tunisie et étudier l'origine des retards diagnostics.

Patients et Méthodes : Tous les cas de paludisme d'importation hospitalisés dans le service des maladies infectieuses entre 2012 et 2015 ont été évalués prospectivement. Le délai diagnostique "patient" était défini comme le délai entre le début de la fièvre et la 1^{ère} consultation médicale. Le délai diagnostique "médecin" était le délai entre la 1^{ère} consultation médicale et le diagnostic parasitologique. Le délai diagnostique total était la somme de ces deux délais. Le retard diagnostique médical était défini par un délai diagnostique "médecin" supérieur à une journée.

Résultats : Il s'agissait de 104 patients âgés en moyenne de 33 ans (2-62) avec un sex-ratio de 3,95. Ils étaient originaires d'une zone d'endémie dans 63,5% des cas et des tunisiens dans 36,5% des cas. Parmi les tunisiens, 24% ont eu recours aux conseils médicaux avant le voyage et 16% ont pris une chimio-prophylaxie avec mauvaise observance. Après le début de la fièvre, 62 patients (60%) ont consulté au moins 2 fois avant l'hospitalisation (1-4 fois) et 27,4% n'avaient consulté qu'après le troisième jour d'évolution (0,5-14 jours). Le délai diagnostique "patient" médian était de 2 jours (0-14 jours) et celui "médecin" de 1,5 jour (0-9 jours). Le délai diagnostique total médian était de 4 jours (0-14 jours). Le retard diagnostique médical a été noté dans 42,7% des cas. Il s'agissait d'un *Plasmodium falciparum* dans 91,3% des cas et d'un accès palustre grave dans 11,5% des cas. L'évolution sous traitement était fatale chez un patient.

Conclusion : Les formes graves ne sont pas uniquement liées à la virulence du parasite, mais aussi au retard diagnostique et à l'insuffisance des mesures préventives. Il est donc impératif de sensibiliser les voyageurs et les professionnels de santé à cette infection.

MT.Khoufi, R.Allani, M.Bouaita, A.Mrabet, M.Sakhri

Centre militaire d'hygiène et de protection de l'environnement, Direction générale de la santé militaire

Introduction : L'asthme allergique constitue un vrai problème de santé publique partout dans le monde. Les récents progrès scientifiques ont permis une meilleure approche thérapeutique avec l'adoption de nouvelles molécules ne constituant qu'un traitement symptomatique. La désensibilisation est actuellement l'unique traitement étiologique capable de modifier l'histoire naturelle de la maladie asthmatique allergique. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité de la désensibilisation sur l'évolution clinique et l'optimisation de la médication symptomatique de la maladie asthmatique.

Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective incluant 56 patients asthmatiques allergiques (léger et modéré) sur des données cliniques et paracliniques. Tous les malades avaient bénéficié d'une désensibilisation de 2 à 3 ans en moyenne par le produit Alustal® au service de pneumo-allergologie de l'hôpital militaire de Bizerte durant les années 2010-2013.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de $18 \pm 11,3$ ans. L'atopie familiale était identifiée chez 81% des cas. La présence d'animaux domestiques était trouvée chez 91% des cas. La quinte de toux (64%) et les sifflements (57%) étaient les motifs de consultation les plus notés. Les tests cutanés étaient positifs dans 80% des cas avec prédominance de la polysensibilisation (64%). Après désensibilisation, une amélioration clinique de 97% était observée chez la population de moins de 20 ans avec optimisation des médicaments symptomatiques chez 89% des cas. L'efficacité de la désensibilisation était maintenue après cinq ans de cessation chez 82% des cas. L'amélioration totale des symptômes (70%) était observée chez les sujets désensibilisés pendant 3 à 5 ans.

Conclusion : L'immunothérapie spécifique, associée à un traitement médicamenteux adapté et renforcée par l'adoption de mesures préventives générales et spécifiques (évacuation des allergènes), constituent la pierre angulaire de la prise en charge adéquate des maladies allergiques respiratoires.

P3 : LA GESTION DE L'APTITUDE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ CHEZ LE PILOTE EN COURS DE CARRIÈRE

I. BEN DHIA, S. BEN SALEM, A. SOUISSI, A. MERDASSI, H. JMAIEL, I. DEKHI, C. BEN OTHMAN, F. BARGUELLIL, T. KHELIFI ET N. GUERMAZI.

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique de Tunis

Introduction : Le pneumothorax spontané est, le plus souvent, due à la rupture de blebs sous-pleuraux. C'est une pathologie du sujet jeune tabagique qui est caractérisée par un taux important de récurrence. Les contraintes aéronautiques (l'altitude, les accélérations...) augmentent le risque de genèse et de récurrence du pneumothorax spontané.

Matériel et méthodes : Notre étude a pour but de rapporter tous les cas de pneumothorax spontanés observés chez les pilotes suivis au centre d'expertise sur une période de 15 ans, d'étudier les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de ces pilotes et d'apprécier le retentissement de cette pathologie sur l'aptitude ultérieure au pilotage.

Résultats : Dans notre travail, 3 pilotes ont présenté un pneumothorax spontané. Il s'agissait de 02 pilotes de transport et de 1 pilote de chasse. Les trois étaient de sexe masculin et fumeurs. Dans les trois cas, le pneumothorax est survenu en dehors des vols et sont tous en rapport avec l'existence de blebs sous-jacents. Le moyen thérapeutique utilisé en première intention était le drainage thoracique. Les trois pilotes avaient bénéficié d'une pleurectomie partielle en bande. Il n'y a pas de récurrence jusqu'à ce jour.

Discussion : Le pneumothorax est relativement rare chez le pilote compte tenu de la sélection qui écarte toutes les pathologies pulmonaires et notamment emphysémateuses. La découverte d'un pneumothorax entraîne une enquête étiologique rigoureuse menée au cours d'une période d'inaptitude temporaire. Il impose chez le pilote une attitude thérapeutique rigoureuse s'appuyant sur la réalisation d'une symphyse pleurale solide réalisée sous thorascopie. Cette opération doit être réalisée des deux côtés chez le pilote de chasse si des blebs existent en controlatéral. La reprise des vols doit être soumise à une dérogation aux normes médicales sous réserve d'un suivi médical rapproché pendant au moins deux années. Cette attitude a été respectée chez nos pilotes et nous n'avons relevé aucune récurrence au cours des années du suivi.

Conclusion : Le pneumothorax spontané intéresse surtout le jeune pilote de sexe masculin et tabagique. Il peut entraîner une incapacité subite en vol mettant en jeu la sécurité aérienne. Les facteurs aéronautiques peuvent majorer le risque de genèse ou de récurrence du pneumothorax. La décision d'aptitude dépend du type de traitement du pneumothorax et de la fonction aéronautique.

P4 : LA PRÉVALENCE DE LA HERNIE DISCALE EN MILIEU AÉRONAUTIQUE

I. BEN DHIA, S. BEN SALEM, A. SOUISSI, A. MERDASSI, H. JMAIEL, I. DEKHI, C. BEN OTHMAN, F. BARGUELLIL, T. KHELIFI ET N. GUERMAZI.

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique de Tunis

Introduction : La hernie discale lombaire (H.D.L) est une pathologie fréquente, surtout chez l'homme de la quarantaine. Son principal symptôme est la sciatique.

Objectifs de l'étude : Déterminer la prévalence de l'HDL chez les pilotes, ses facteurs favorisants, les modalités thérapeutiques et les conséquences sur l'aptitude.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective sur dossiers des pilotes militaires et civils suivis au CEMEDA et qui ont présenté des HDL.

Résultats : La prévalence des HDL chez les pilotes était de 2,25%. Tous de sexe masculin. 83% des pilotes militaires ayant présenté une HDL étaient des pilotes d'hélicoptère. L'âge moyen était de 40 ans, avec des extrêmes allant de 27 et 55 ans. 75% avaient un âge compris entre 31 et 50 ans. Le nombre moyen d'heures de vol était de 8600. Le BMI moyen était de 27 avec des extrêmes allant de 20 et 34. 54% avaient une surcharge pondérale. Les 2/3 des hernies étaient de type L5/S1. Des antécédents rachidiens (ATCD douloureux, traumatisme, maladie de Shewerman, instabilité segmentaire) étaient enregistrés chez 69% des patients. Le traitement était médical chez 58% des patients et chirurgical chez 42% des patients. L'évolution était favorable dans 100% des cas. La durée moyenne d'invalidité temporaire était de 3 mois avec des extrêmes allant d'un mois et un an.

Discussion : Les facteurs de risque des HDL :

- Age : 75% entre 31 et 50 ans
- ATCD rachidiens : 69% des cas
- Surcharge pondérale : 54% (acquise en cours de carrière)
- Le nombre d'heures de vol : 63% à partir de 5000 heures de vol.

Conclusion : La H.D.L est une affection fréquente chez l'aviateur, l'âge, les antécédents rachidiens, la surcharge pondérale acquise en cours de carrière et le nombre d'heures de vol sont des facteurs de risque importants. L'évolution est marquée par une indisponibilité temporaire évitable moyennant une bonne hygiène de vie.

P5: BRUCCELLAR SPONDYLODISCITIS: ABOUT 15 CASES

Abid R¹ Sayhi S¹, Naija H², S Hannachi S¹, Asli S², Battikh R¹, Ben Moussa M², Othmani S¹

1-Department of medicine, HMPIT

2-Department of microbiology, HMPIT

BACKGROUND: Brucellosis is an endemic infection in Tunisia caused by facultative intracellular bacteria of the genus *Brucella*, it presents with a wide clinical spectrum. Osteoarticular involvement including spondylodiscites represents the most common complication of brucellosis.

METHODS: Retrospective study in the Department of Internal Medicine of the Military Hospital of Tunis, from January 2000 to January 2016 including patients having brucellar spondylidiscitis.

RESULTS: We have studied 15 cases of spondylodiscites (9 men and 6 women), they were 61-year-old on average (31-78). They were from country areas and the source of infection was almost attributable to the consumption of contaminated milk or cheese in all cases. The clinical profile was made of prolonged fever and backache (100%), associated to neurological signs (67%). The location of spondylodiscites was lumbar (9 cases), dorsal (6 cases) and cervical (2 cases). Spondylodiscites associated with vertebral abscess in 3 cases and epiduritis in 4 cases. Serological investigation showed that Rose Bengala and Wright seroagglutination were positive in all cases. The organism was identified in 6 cases: brucellosis melitensis. All of patients had medical treatment (rifampicin and tetracycline) associated to corticosteroids (4 cases) and orthopedic immobilization (9 cases). A good clinical outcome was notified for all patients.

CONCLUSIONS: Brucellosis represents a major public health problem in the Mediterranean region. Eradication of the disease in humans needs a multidisciplinary approach involving both humans and animals.

P6: LES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES COLLECTIVES EN TUNISIE DE 2010 A 2014

M T KHOUFI, M OSMAN, A MRABET, M YEDEAS

Direction générale de la santé militaire,
Faculté de médecine de Tunis

Introduction : Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) constituent un véritable problème de santé publique. Elles sont redoutables et bénéficient d'un intérêt considérable du fait de leur caractère aigu, bruyant et collectif et leur impact néfaste sur le plan psycho-social et économique. L'incidence est en augmentation avec le développement de la restauration collective, le changement des habitudes alimentaires et la multiplication des unités industrielles agro-alimentaires. Elles sont des maladies à déclaration obligatoire, de part le système national de surveillance épidémiologique instauré depuis 1994. Mais à part quelques études menées dans certaines régions du pays, nous ne disposons pas de données à l'échelle nationale relatives au profil épidémiologique des TIAC. L'objectif de ce travail était d'étudier le profil épidémiologique des TIAC en Tunisie de 2010 à 2014.

Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective portant sur l'ensemble des foyers de TIAC déclarés à par la Direction de soins de santé de base durant une période de cinq ans (2010-2014) en Tunisie.

Résultats : Durant les cinq ans de l'étude, 295 foyers de TIAC ont été notifiés en Tunisie, affectant 3091 malades dont 9,9% ont été hospitalisés avec une létalité de 0,09%. La moyenne annuelle des foyers déclarés était de 59, IC_{95%} [57,19-60,81] affectant en annuellement 618 malades, IC_{95%} [608,94-627,46]. Le médecin de la santé publique représentait la première source de déclaration (96,6%). Le délai médian de déclaration était d'un jour. La taille moyenne des foyers était de 10,5 malades. Le milieu familial était le plus concerné (65,1%). Les pics des foyers ont été enregistrés pendant la période estivale avec un maximum au mois de juillet. *Salmonella* a été l'agent le plus identifié (17,3%) suivi par *staphylococcus aureus* (9,8%). Le milieu familial et la restauration collective étaient les deux milieux de survenue prépondérants (respectivement 66,1% et 38,5%). Les aliments le plus souvent incriminés étaient les produits laitiers (26,9%), les préparations à base de viande (22,8%) et les œufs et les ovoproduits (22,4%).

Conclusion : Le système tunisien de surveillance des TIAC n'a pas encore atteint un degré de performance satisfaisant malgré ses apports et souffre de sous déclaration. La stratégie de prévention des TIAC doit reposer essentiellement sur le contrôle de la chaîne alimentaire, la mise en place d'un système d'autocontrôle, la formation du personnel ainsi que l'éducation des ménages et des consommateurs.

P7 : LA MEFLOQUINE PRESCRITE POUR LES VOYAGEURS TUNISIENS DANS LE CADRE DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE ANTIPALUDIQUE : OBSERVANCE ET EFFETS INDESIRABLES

S. Bouhlel, E. Siala, L. Mtibaa, R. Ben Abdallah, I. Ben Abda, N. Zallega, N. Boulehmi, K. Aoun, A. Bouratbine

Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur de Tunis

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les tunisiens ayant séjourné dans un pays d'endémie palustre et pour lesquels une chimioprophylaxie antipaludique par la méfloquine a été prescrite. Ces individus se sont présentés au laboratoire de Parasitologie de l'Institut Pasteur de Tunis durant la période allant de 2011 à Août 2016 pour recherche de *Plasmodium* dans le sang. Une fiche a été remplie pour chaque patient précisant l'âge, la profession, le pays de séjour, l'observance à la méfloquine et ses éventuels effets indésirables (EI).

Pendant la période d'étude, 253 sujets répondaient aux critères de sélection de notre échantillon. L'âge moyen pour ces individus était de 38 ans avec des extrêmes allant de 2 à 71 ans. Le sex ratio était de 4,9. La plupart des sujets étaient des cadres (81%). Les pays de séjour étaient représentés essentiellement par la Côte d'Ivoire (14.2%), le Congo (13%), le Burkina Faso (9.5%) et le Niger (9.5%). Plus de la moitié des individus (55%) n'ont pas pris de chimioprophylaxie soit par crainte des EI, par négligence ou même par manque d'information. Parmi les 114 sujets ayant pris la méfloquine, seulement 86 individus (75%) l'ont pris correctement. Dix-neuf sujets, soit 16,7% parmi ceux qui ont pris la méfloquine, ont présenté des EI à savoir des signes digestifs à type de douleurs abdominales, vomissements et diarrhée (10,5%), des troubles neuropsychiatriques à type de céphalées (3,5%), de vertiges (2,6%), de cauchemars (1,75%), une insomnie dans un seul cas, et enfin des arthralgies et des palpitations dans un seul cas chacun.

P8 : INTOXICATION AUX PLANTES SAUVAGES : ÉTUDE D'UNE SÉRIE DE CAS

Zammiti A, Chatbri B, Habacha S, Blél Y, Mrad A, Amamou M, Brahmi N

Service de réanimation médicale, centre d'assistance médicale urgente CAMU, Tunis, TUNISIE

Introduction : Les intoxications par les plantes sont plus fréquentes chez l'enfant. Elles sont généralement bénignes et se traitent symptomatiquement. Chez l'adulte, elles sont rares et surviennent soit dans un contexte suicidaire, soit par confusion avec une plante comestible, et parfois par utilisation de la plante dans un but thérapeutique. Ces intoxications peuvent être graves et mettant en jeu le pronostic vital à cause de leur toxicité cardiaque et/ou neurologique.

Méthodes : Etude rétrospective d'une série de 11 cas d'intoxication aigue aux plantes sauvages hospitalisés au service de réanimation du CAMU entre Janvier 2008 et Décembre 2014. Les plantes impliquées étaient : *Nerium oleander* (n=4), *Datura stramonium* (n=4) et *Ricinus communis* (n=3).

Résultats : Concernant l'intoxication au *Nerium oleander*, tous les patients avaient ingéré la plante dans un but d'automédication. Ils avaient présenté tous une symptomatologie digestive faite de douleurs abdominales, vomissement et diarrhée et de signes électriques diffus essentiellement une tachycardie sinusale et une cupule digitalique. L'évolution était favorable après 24 heures pour 3 patients. Un seul patient, aux antécédents de cardiopathie ischémiques, avait présenté un syndrome coronarien ST négatif. Concernant les patients qui avaient ingéré la *Datura stramonium*, ils avaient présenté des troubles du comportement, des hallucinations visuelles et auditives et des signes digestifs. L'évolution était favorable après 24 heures. Pour l'intoxication au *Ricinus communis*, les patients avaient présenté à H1 des signes digestifs. Un seul patient avait présenté des vertiges et une hypotension artérielle qui avait répandu au remplissage vasculaire. L'évolution était favorable pour tous les patients.

Conclusion : Dans notre série l'intoxication aux plantes sauvages était dans la majorité des cas bénigne avec un séjour court en réanimation. Elle peut être grave parfois lorsqu'elle survient sur des terrains tarés ou chez les âges extrêmes.

P9 : PRISE EN CHARGE DE L'HEMOPTYSIE D'ORIGINE HYDATIQUE

Chaari Z, Hentati A, Abdelkbir A, Abid W, Elleuch N, Frikha I.

Service de Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire CHU Habib Bourguiba Sfax – Tunisie

Introduction : Dans les pays du Maghreb, l'hémoptyisie est le plus souvent secondaire à une cause infectieuse, contrairement aux pays occidentaux (où l'origine néoplasique est prédominante). On s'est proposé d'étudier les particularités de l'hémoptyisie d'origine hydatique et d'évaluer sa prise en charge.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, regroupant tous les patients pris en charge pour hémoptyisie d'origine hydatique dans notre département entre Janvier 2005 et Décembre 2015.

Résultats : L'hémoptyisie a été le signe révélateur de l'hydatidose pulmonaire chez 46 patients répartis en 24 hommes et 22 femmes. L'âge moyen était de 26ans+/-15ans (5-70ans). Le délai moyen de prise en charge a été de 3mois (1jour et 12mois). Cliniquement, l'hémoptyisie était isolée chez 34 patients. Le kyste a été bilatéral dans 6.5% des cas avec un nombre moyen de 1.3+/-0.7 (1-4). Le kyste était radiologiquement compliqué chez 67% des patients. L'hémoptyisie a été évaluée de moyenne à grande abondance chez 13 patients. La chirurgie a été indiquée en urgence pour 7 patients. La fibroscopie bronchique a été faite en pré-opératoire chez 11% des patients, et une embolisation a été tentée pour deux patients avec échec. La thoracotomie classique a été la voie d'abord préconisée chez 94% des cas. L'origine du saignement a été toujours une branche artérielle ou veineuse érodée par le kyste. L'hémostase a été assurée par suture élective (90%), par résection atypique (6%), ou par une résection réglée (4%). Les suites post-opératoires ont été compliquées dans 13% des cas : empyème (4.5%), bullage prolongé (4.5%), hémorragie (2%) et atélectasie (2%). Deux récurrences (4%) ont été notées. La mortalité hospitalière était nulle dans notre série.

Conclusion : L'hémoptyisie en cas d'hydatidose pulmonaire ne constitue pas en elle-même une indication à une résection réglée. Le bon traitement du kyste, ainsi que la cavité résiduelle, constituent le traitement de référence, permettant en même temps dans la plupart des cas de juguler l'hémoptyisie.

P 10 : DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE DU PALUDISME EN POST-MORTEM

TRABELSI S¹, BOUHLEL S¹, BOUCHEKOUA M¹, ALOUI D¹, BEKIR O², BEN KHELIL M², HAMDOUN M², SIALA E³, KHALED S¹

1 : Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis (Tunisie)

2 : Service de Médecine Légale de l'hôpital Charles Nicolle, Tunis (Tunisie)

3 : Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Institut Pasteur de Tunis (Tunisie)

Introduction : Le paludisme est une parasitose grave, potentiellement mortelle. Son diagnostic est une urgence. Différentes méthodes diagnostiques sont actuellement disponibles mais le frottis sanguin et la goutte épaisse demeurent la méthode de référence. Nous rapportons le cas d'un paludisme grave diagnostiqué en post-mortem.

Observation : Il s'agit d'un homme âgé de 60 ans, Libyen et occupant le poste de conseiller politique en Côte d'Ivoire. En visite en Tunisie, il séjournait dans un hôtel de la capitale. Quelques jours après son arrivée, pris d'un « malaise », il a consulté un médecin qui lui a prescrit un traitement non précisé. Treize jours après son arrivée, il a perdu connaissance. Il a été alors amené aux urgences où il est décédé malgré les tentatives de réanimation. Devant cette mort suspecte, une autopsie médico-légale a été faite le jour même. La notion de séjour dans un pays impaludé a fait suspecter un paludisme. Un prélèvement de sang a été adressé au laboratoire de parasitologie de l'Hôpital Charles Nicolle. Le frottis sanguin et la goutte épaisse ont montré la présence de trophozoïtes de *Plasmodium falciparum*. Une PCR amplifiant le gène codant pour la sous-unité 18S de l'ARNr de *Plasmodium falciparum* a été faite et est revenue positive confortant ainsi le diagnostic. Le test de diagnostic s'est avéré paradoxalement négatif. Par ailleurs, l'enquête n'a pas retrouvé la notion de prise de chimioprophylaxie antipaludique.

Conclusion: En cas de mort subite, le diagnostic du paludisme est suspecté devant la notion de séjour dans un pays impaludé. Quand l'autolyse est absente ou débutante, l'examen microscopique permet le diagnostic. Le test de diagnostic rapide, plus simple et plus rapide peut se révéler négatif. La PCR, plus coûteuse et relativement plus longue, peut être utilisée comme test de confirmation.

PII : LA CHIRURGIE DES KYSTES HYDATIQUES PULMONAIRE SANS CAPITONNAGE : A PROPOS DE 52 CAS.

ABID W, HENTATI A, CHAARI Z, ABDELKABIR A, ELLEUCH N, FRIKHA I.

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction : L'hydatidose pulmonaire reste un problème de santé publique en Tunisie. La chirurgie reste le traitement de base. Le capitonnage de la cavité résiduelle est classique, mais non systématique. On s'est proposé d'étudier les indications et les risques du non capitonnage dans le traitement chirurgical des kystes hydatiques pulmonaires.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 52 cas de chirurgie de kyste hydatique pulmonaire sans capitonnage de la cavité résiduelle.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 31,6 ans. Une origine rurale a été notée chez 78,8% des patients. La notion d'élevage de mouton a été trouvée chez 55,8 % des patients. Le kyste était unique dans 88,5 % des cas. La localisation lobaire inférieure était la plus fréquente (28,8 % au niveau du lobe inférieur droit et 26,9 % au niveau du lobe inférieur gauche). Dans 42,4 % des cas le kyste était compliqué. La thoracotomie postérolatérale était la voie d'abord la plus utilisée (94,2% des cas). Le traitement consistait en une kystectomie avec périkystectomie et fermeture élective des fistules bronchiques avec respect de la cavité résiduelle. Les suites étaient simples dans 71,2 % des cas. Les complications étaient dominées par le bullage prolongé (11,5 % des cas) et la pneumopathie (7,7 % des cas). La durée d'hospitalisation moyenne était de 10,65 jours. Aucune récurrence n'a été mentionnée dans le suivi de nos patients.

Conclusion : Faire le capitonnage ou non de la cavité résiduelle reste un sujet de controverse. La grande taille et la localisation périphérique des kystes hydatiques peuvent être considérées comme des indications de choix pour le non capitonnage des cavités résiduelles.

P12 : LE DELIRE DE PARASITOSE (OU SYNDROME D'EKBOM) : A PROPOS D'UN CAS

M. Daoud¹, L.Ghanmi¹, H. Ghorbel², S.Elleuch¹, K. Zitoun¹, ³L. Zouari, ³M. Maalej¹.

¹Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabes

²Service des maladies infectieuses, Hôpital régional de Gabes

³Service de psychiatrie « C », CHU Hedi Chaker, Sfax

Introduction: Le syndrome d'Ekblom ou le délire dermatozoïque est une pathologie rare caractérisée par la conviction inébranlable qu'un parasite grouille sous la peau. C'est une pathologie, aux frontières nosographiques floues et qui convoque plus souvent les somaticiens que les psychiatres.

Objectif : Dans ce travail, nous rapportons le cas d'un homme de 60 ans, qui nous été adressé par son médecin traitant pour « la conviction d'avoir des vers dans les intestins ».

Observation: Monsieur M. âgé de 60 ans, est marié, sans enfants. Dans ses antécédents familiaux : sa mère était suivie pour une bouffée délirante aigue. L'histoire de la maladie remontait à deux ans, suite à un conflit familial, marqué par l'installation progressive d'épigastalgies associées parfois à des vomissements. On note aussi un amaigrissement de 25 kg en 1 an avec une diminution de l'appétit. Devant cette symptomatologie le patient a consulté plusieurs médecins et une série d'explorations (examen parasitologie des selles, fibroscopie oeso-gastro-duodénale, échographie abdominale, scanner abdominal) faites étaient toutes normales. Devant ces convictions, l'évolution a été marquée par l'apparition de conduites bizarres à type de lavages rectaux quotidiens afin de se débarrasser des vers et de consommer un demi litre d'essence et un demi litre de vin afin de tuer ses vers. A l'examen, le patient était anxieux, triste, pessimiste et craignant qu'il est infesté par des vers et en montrant même des photos de ce qu'il croyait être « des vers ». Il présentait un délire d'infestation, à mécanisme cénesthésique. L'évolution était favorable sous traitement neuroleptique.

Conclusion : Le délire de parasitose est probablement plus fréquent qu'on ne le décrit. Son expression somatique peut faire leurrer le clinicien, au prix d'une inefficacité du traitement symptomatique et d'un coût important.

PI3 : LA SCHISTOSOMIASE URINAIRE : UNE INFECTION PARASITAIRE QU'ON CROYAIT ERADIQUER

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La schistosomiase ou bilharziose est une parasitose causée par des vers plats ou trématodes, schistosomes, qui parasitent des plexus veineux et dont la clinique est due à la migration parasitaire ou à l'embolisation par les œufs. La bilharziose urogénitale est engendrée par le genre *S.haematobium*. Elle représente la première cause des maladies hydriques et la seconde endémie parasitaire mondiale après le paludisme. Cette parasitose est supposée être éradiquée en Tunisie depuis 1983.

Observation : B.M., patient tunisien de 35 ans, originaire de Douz, sans antécédents pathologiques notables, fût hospitalisé pour exploration d'une hématurie intermittente évoluant depuis plusieurs années et qui s'est associée à une pollakiurie gênante depuis quelques mois.

L'examen des urines objectivait une hématurie macroscopique avec leucocyturie faite de polynucléaires non altérés ; L'examen bactériologique direct ainsi que la culture étaient négatifs. La fonction rénale était normale (créatinine à 97 $\mu\text{mol/l}$) ainsi que la numération formule sanguine et les tests de l'hémostase. La radiographie standard de l'arbre urinaire objectivait des calcifications filiformes formant un liseré calcique fin et irrégulier dessinant les contours de la vessie qui paraît petite. L'échographie rénale était normale. L'urographie intra-veineuse montrait une vessie de volume très réduit, inextensible et à bords rigides calcifiés et irréguliers. La cystoscopie montrait un aspect en « grains de semoule » de la muqueuse vésicale. La biopsie objectivait un léger infiltrat inflammatoire non spécifique de la paroi vésicale avec présence de nombreux corps ovalaires avec un éperon terminal caractéristique compatible avec des œufs de *Schistosoma haematobium*.

Ainsi le diagnostic d'une bilharziose urinaire évolutive à *Schistosoma haematobium* compliquée de cystite sclérosante et calcifiante fut retenu. Le patient était traité par praziquantel à la dose de 40mg/kg en prise unique, associé à une entérocystoplasie d'agrandissement avec une évolution favorable.

Commentaires : En Tunisie, cette parasitose fut décrite pour la première fois en 1883 par SOUSINE dans la région de Gafsa ; l'ampleur de cette affection était important au point qu'en estimait que 16 à 69% des enfants d'âge scolaire en étaient infectés entre les années 1956-1957. C'est ainsi que le pays avait mis en place en 1970 un programme national de lutte qui était rapidement fructueux avec une éradication de la maladie officiellement déclarée en 1983. Il faut toujours rappeler que l'existence de petits foyers endémo-épidémique, l'extension et le développement agricole et des réseaux d'irrigation font favoriser un possible retour de cette infection.

Conclusion : L'impact socio-économique important de cette parasitose ainsi que ses conséquences possibles et graves (cancer de la vessie et facteur de risque d'infection par le VIH) impose d'y penser et la chercher devant des signes urinaires évocateurs.

PI4 : FIEVRE TYPHOÏDE A *SALMONELLA TYPHI* DANS LA REGION DE GHANNOUCH A PROPOS DE 25 CAS

H. Azouzi¹, H. Ghorbel¹, L. Zrelli¹, F. Amorri², S. Yahyaoui³

- 1- Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Régional Mohamed Ben Sassi, Gabès
- 2- Service de consultation externe, Hôpital Régional Régional Mohamed Ben Sassi, Gabès
- 3- Centre de soins de santé de base de Ghannouch, Gabès

La fièvre typhoïde (FT) reste un problème de santé publique dans les pays où l'hygiène collective et individuelle est déficiente alors qu'elle devient plus rare dans les pays développés ne présentant qu'une maladie d'importation. À partir de notre expérience à propos de 25 cas de FT documentés à *Salmonella Enterica stéréotype typhi* (*S. TYPHI*), nous étudions les aspects épidémiocliniques ainsi que les modalités diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Notre étude est rétrospective. Elle a concerné 25 cas de FT à *S. Typhi* colligés au service des Maladies Infectieuses de Gabès durant les deux mois Juillet-Aout 2016.

Il s'agissait de 17 hommes et 8 femmes avec un sex-ratio de 2,11. L'âge moyen était de 24 ans (14-57 ans). Le délai moyen de consultation était de 7,4 jours (2-22 jours). Les signes fonctionnels étaient dominés par la fièvre (100%), les céphalées (80%), la diarrhée (40%) et la douleur abdominale (76%). L'épistaxis n'était mentionné que dans 1 cas. L'examen physique avait objectivé une langue saburrable (20 %), une fosse iliaque droite gargouillante (44,7 %) et un abdomen sensible (76%). À la biologie une leucopénie était notée dans 40% des cas, une thrombopénie dans 60% des cas, une VS accélérée dans 88% des cas et une cytolysé hépatique dans 68% des cas. La confirmation diagnostique était basée sur la mise en évidence de *S.typhi* au niveau des hémocultures (12%) et/ou des coprocultures (4%) ou devant un sérodiagnostic positif (76%). L'antibiothérapie de 1^{ère} intention était à base de fluoroquinolones dans 94% des cas. Le délai moyen d'apyrexie était de 3,36 jours (3-7 jours). Le traitement était maintenu pendant une durée moyenne de 11,6 jours (10-15 jours). L'évolution était favorable dans tous les cas avec un recul moyen de 18,3 jours (8- 28 jours).

La FT demeure une maladie de l'adulte jeune. Les formes graves, autrefois fréquentes, sont actuellement de moins en moins décrites. Cette épidémie souligne l'importance : du signalement rapide des cas aux autorités sanitaires ; de l'application des bonnes pratiques d'hygiène et de la nécessité de répéter les coprocultures pour mettre en évidence une excrétion intermittente de la bactérie lors de son portage chronique.

PI5 : LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE COMPLIQUES CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 23 CAS

Dammak N¹, Harbi H¹, Zouche I², Bardaa S¹, Kchaou A¹, Chikhrouhou H², Affes N¹, Karoui A², Mzali R¹.

- 1- Service chirurgie générale. Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Tunisie.

Introduction : L'hydatidose hépatique est une affection bénigne dont l'évolution peut se grever de complications effroyables, notamment chez l'enfant. Le but de ce travail était de mettre l'accent sur les kystes hydatiques du foie compliqués chez l'enfant et d'en préciser les modalités de prise en charge.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective colligeant 23 enfants opérés au service de chirurgie générale pour kyste hydatique du foie compliqué, entre 2000 et 2015.

Résultats : Il s'agissait de 10 garçons et 13 filles. L'âge moyen était de 12,2 ans (5-16 ans). Le kyste était rompu dans le péritoine dans 6 cas, dont 4 avaient un syndrome péritonéal aigu avec un aspect affaissé du kyste et un épanchement intra péritonéal au scanner abdominal. L'ouverture dans les voies biliaires a été observée chez 11 patients, parmi lesquels 6 se présentaient dans un tableau d'angiocholite aiguë avec à l'imagerie une voie biliaire principale dilatée et hétérogène. La compression des voies biliaires par un kyste hydatique du hile hépatique a été notée dans 3 cas, avec des voies biliaires intra hépatiques dilatées sans communication bilio-kystique. Enfin, la compression vasculaire a été constatée en per opératoire dans 3 cas (veine cave inférieure et tronc porte). Le traitement chirurgical du kyste a consisté en une résection du dôme saillant dans 87% des cas. Une cholécotomie avec extraction du matériel hydatique a été réalisée en cas d'ouverture du kyste dans la voie biliaire principale et une toilette péritonéale en cas de rupture intra péritonéale. Les suites opératoires étaient simples dans tous les cas après un recul moyen de 2 ans.

Conclusion : Les complications des kystes hydatiques du foie augmentent la morbidité de cette pathologie. Elles doivent donc être suspectées en cas de tableau abdominal aigu chez l'enfant et recherchées lors du traitement des kystes hydatiques simples.

PI 6 : KYSTE HYDATIQUE PRIMITIF ET SOLITAIRE DE LA RATE

Trabelsi S, Belgacem N, Baïli H, Lassoued N, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction: L'atteinte de la rate reste rare même dans les pays endémiques pour le kyste hydatique (KH). Sa fréquence est estimée à 0,9-8% et la localisation splénique ne représente que 0,5 à 6% de l'ensemble de l'hydatidose abdominale. Elle est exceptionnellement primaire et isolée; s'intégrant classiquement dans un tableau d'atteinte abdominale multi-viscérale ou encore plus diffuse avec localisation pulmonaire.

Observation: Femme de 26 ans, sans antécédents pathologiques notables fût hospitalisée pour exploration d'une anémie hypochrome microcytaire ferriprive. L'examen somatique notait l'existence au niveau de l'hypochondre gauche d'une masse bien limitée, indolore, rémittente, mobile avec la respiration qui semble être au dépend de la rate et qui fait environ dix centimètres de grand axe arrivant jusqu'à la région hypogastrique. L'échographie abdominale complétée par le scanner montrait une masse kystique uniloculaire à paroi fine et à contenu homogène développée au dépend de la rate. La sérologie du kyste hydatique par immunofluorescence était positive confirmant le diagnostic de KH de la rate. Le bilan lésionnel à la recherche d'autres localisations était négatif. La patiente a eu une splénectomie totale emportant le kyste. L'examen anatomopathologique ultérieur de la pièce opératoire confirmait le diagnostic d'hydatidose splénique. Un complément de traitement antiparasitaire par Albendazole per os lui a été prescrit pendant trois mois postopératoire sans incidents. L'évolution était favorable sans aucune récurrence locorégionale à plus de cinq ans de recul.

Conclusions: Aussi rare qu'elle soit, l'hydatidose splénique mérite d'être connue dans un pays comme le nôtre où cette parasitose est encore fréquente. Sa grande latence clinique ainsi que ses

complications potentiellement graves, en particulier, la rupture intra-péritonéale avec le risque d'anaphylaxie menaçante et de dissémination abdominale de l'infection, incitent à rechercher systématiquement cette localisation chez les patients vivants dans les régions à haute endémicité pour le KH.

PI7 : KYSTE HYDATIQUE OVARIEN PRIMAIRE ET ISOLÉ : UNE LOCALISATION EXCEPTIONNELLE.

Trabelsi S, Belgacem N, Baïli H, Lassoued N, Béji M & Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La localisation ovarienne du kyste hydatique reste exceptionnelle et inhabituelle même dans les pays à haute endémicité pour cette parasitose. Sa fréquence est évaluée à 0.2-2.25% (*Cattorini L. 2011, Eser I. 2014*). Sa présentation est souvent non spécifique et peut poser un problème de diagnostic différentiel avec le cancer ovarien (*Ertas IE. 2014*). Nous en rapportons une.

Observation : femme âgée de 32 ans sans antécédents pathologiques particuliers, fut admise pour des douleurs abdominales diffuses avec sensation de pesanteur pelvienne sans fièvre ni trouble de transit. La palpation de la fosse iliaque gauche révélait une masse rénitente indolore de 7-8 cm de diamètre et mobile par rapport à la paroi. Au toucher vaginal on palpait une masse latéro-utérine indolore. L'échographie complétée par un scanner abdominal montrait une lésion pseudotumorale de 7 cm de diamètre, hétérogène et cloisonnée. Devant cet aspect suspect, une laparotomie fut réalisée. A l'intervention, on trouvait une lésion kystique de 7 cm de diamètre au dépend de l'ovaire gauche dont l'aspect rappelle celui d'un kyste hydatique. Après ovariectomie, l'examen microscopique et histologique secondaire confirmait le diagnostic d'un kyste hydatique multi vésiculaire. L'imagerie pulmonaire et hépatique n'ont pas objectivé d'autres localisations hydatiques.

Conclusion : Le kyste hydatique mérite d'être évoqué comme diagnostic différentiel des tuméfactions ovariennes dans les pays endémiques comme le nôtre.

PI8 : UNE EPIDEMIE ESTIVALE DE FIEVRE TYPHOÏDE A GABES (TUNISIE): JUIN – AOUT 2016

KHALED. H, HAMDI. Y, NEJI. A, JEMAA.B, CHNIB. M

Introduction : La fièvre typhoïde est une maladie à transmission entérale à déclaration obligatoire en Tunisie. Elle sévit à l'état endémo-épidémique dans certaines régions de notre pays notamment dans la région de Gabès où de temps à autre des flambées surgissent sur un fond endémique. Vers la fin du mois de juin 2016, des cas groupés de fièvre typhoïde ont été déclarés à Ghannouch (*gouvernorat de Gabès*), annonçant le début d'une épidémie. Le but de ce travail était de dresser le profil clinique et épidémiologique de cette épidémie.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive portant sur l'ensemble des cas de fièvre typhoïde, confirmés biologiquement, déclarés dans la localité de Ghannouch entre fin Juin et fin Aout 2016. Tous les patients ont eu une enquête au cours de leur hospitalisation moyennant un questionnaire portant sur les manifestations cliniques, les résultats des examens biologiques et les circonstances de survenue de la maladie ou les facteurs d'exposition.

Résultats : Au total, 59 cas ont été répertoriés. Trente-huit d'entre eux (64,4%) sont des hommes. Les enfants de 5 à 14 ans représentent la tranche d'âge la plus affectée (24/59 soit 40,7%). Tous les malades ont présenté une fièvre élevée ($\geq 40^{\circ}\text{C}$). Les autres symptômes se répartissent comme suit : céphalées (18/59, soit 30,5%), douleurs abdominales (27/59, soit 45,8%), diarrhée (28/59, soit 47,5%), constipation (10/59, soit 16,9%), vomissements (25/59, soit 42,4%), asthénie (19/59, soit 32,2%), tâches rosées lenticulaires (4/59, soit 6,8%) et tumeurs ou signes neurologiques (3/59, soit 5,1%). Concernant les facteurs d'exposition, l'ingestion de fruits de mer semble être le facteur prépondérant (48/59, soit

81,4%), suivi par la consommation de crudités (37/59, soit 62,7%). La répartition temporelle des cas montre une allure gaussienne, suggérant une exposition brève à une source de contamination commune.

Conclusion : L'étude descriptive ainsi menée a permis, outre la caractérisation des cas, de générer certaines hypothèses quant à l'origine de l'épidémie. Elle devrait être complétée par une étude analytique de type cas-témoins en vue d'étayer ces hypothèses. Bien entendu, les mesures de prévention et d'hygiène ne doivent pas tarder à être mises en place en vue de maîtriser la situation et enrayer l'évolution de l'épidémie. Les premières mesures plutôt générales au départ seront mieux ciblées par la suite tenant compte des résultats des investigations épidémiologiques.

PI9 : UN CAS DE FIEVRE TYPHOÏDE COMPLIQUE DE SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE

Elleuch J, Gargouri L, Nasfi S, Maalej B, Omri N, Ben Romdhane W, Jaber J, Nasfi F, Mrabet S, Mahfoudh A.

Service de pédiatrie hôpital régional de Gabes

Introduction : Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare mais grave pouvant engager le pronostic vital des patients. Il peut être secondaire à de nombreuses infections, notamment virales. L'association fièvre typhoïde et SAM est rarement décrite mais devrait être connue.

Observation : Une fille de 10 ans a été hospitalisée pour une fièvre associée à un tableau dysentérique (diarrhée et douleurs abdominales). À l'admission, l'examen notait une température à 39,7 °C, un état général altéré, une tension artérielle à 100/80 mmHg, un abdomen sensible sans défense, une auscultation cardiopulmonaire normale. Le bilan sanguin montrait une anémie avec hémoglobine à 9,1 g/dl, des leucocytes à 5500/mm³, une thrombopénie avec des plaquettes à 74000/mm³, une CRP élevée à 129 mg/l, des ASAT à 289 UI/l, des ALAT à 96 UI/l. Une fièvre typhoïde était confirmée par des hémocultures et une coproculture positives, ainsi qu'une sérologie de Widal-Félix positive. Une antibiothérapie par ceftriaxone était débutée, associée à une hydratation intraveineuse. L'évolution était marquée par la persistance de fièvre avec sur le plan biologique une aggravation de la thrombopénie, un taux de prothrombine à 68 %, une hypofibrinogénémie à 0,89 g/l, des LDH élevés à 1249 UI/l, une ferritinémie à 1500 ng/ml, une hypertriglycémie à 3,09 mmol/l, une natrémie et une protidémie correctes. Un SAM était suspecté. La ponction sternale était hémodiluée. La prise en charge a consisté à l'utilisation de fluoroquinolones et deux cures de veinoglobulines. La fièvre et les douleurs abdominales ont diminué à partir du 7^{ème} jour d'hospitalisation. Le bilan biologique s'est normalisé, et l'enfant a été mis en sortante après 15 jours d'hospitalisation.

Conclusion : Même si l'association SAM fièvre typhoïde est peu fréquente, les médecins devraient la connaître. Un traitement spécifique efficace de la typhoïde est souvent suffisant mais des traitements plus spécialisés sont parfois nécessaires.

P20 : FORME SÉVÈRE DE L'HEPATITE A A EVOLUTION FATALE EXPERIENCE DE SERVICE PEDIATRIE DE GABES

ELLEUCH J, BEN ROMDHANE W, OMRI N, MRABET S, JABER J, NASFI F

Introduction : L'hépatite aiguë grave ou fulminante est une nécrose massive du parenchyme hépatique. Le tableau clinico-biologique est celui de la survenue d'une insuffisance hépatique sévère associée à des troubles neurologiques (encéphalopathie hépatique, coma). Le seul traitement, à ce stade, est la transplantation hépatique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude respective réalisé entre Mars 2013 à Aout 2014. Nous Avons inclus dans cette étude les enfants ayant présentés une hépatite A fulminante avec évolution fatale. Nous avons colligé cinq patients. L'âge moyen des enfants est huit ans et demi. Une prédominance masculine a été noté. Trois enfants sont originaires d'Elhamma, les deux autres enfants sont originaires de Mareth. Sur le plan clinique, trois enfants avaient des vomissements incoercibles, des douleurs abdominales et un ictère. Les deux autres enfants avaient présenté un coma avec alternation de l'état neurologique. Sur le plan biologique, tous les enfants avaient une cytolysé hépatique associée à une insuffisance hépatique avec un TP <50%. La sérologie de l'hépatite A (Ig M anti-VHA) était positive dans tous les cas. Tous les enfants ont reçu du plasma frais congelé et de la vitamine K. Tous nos patients sont décédés dans un tableau d'encéphalopathie hépatique. La durée d'hospitalisation moyenne était 11 jours.

Conclusion : À travers notre travail, nous insistons sur l'intérêt de la prévention contre l'hépatite A qui peut être fatale dans certains cas.

P21 : VASCULARITE SYSTEMIQUE GRAVE COMPLIQUANT UNE BRUCELLOSE AIGUE SEPTICEMIQUE

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La brucellose est une anthroponose encore fréquente dans notre pays. Le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique (SIADH) fût rapporté comme complication possible de la brucellose. La forme associée à une vascularite cérébrale n'a été objectivée que quatre fois dans la littérature. Nous en rapportons une observation.

Observation : Patiente de 50 ans non tarée, fut admise via les urgences pour fièvre avec des signes neurologiques (sommolence, troubles de la conscience et désorientation temporo-spatiale) évoluant depuis trois jours. Son état hémodynamique et respiratoire était stable. La fièvre était à 39°C. Le bilan montrait une hyperleucocytose à 17.900/mm³ avec 80% de polynucléaires neutrophiles, une protéine C réactive à 98mg/l, une hyponatrémie à 123mmol/l et une insuffisance rénale avec créatinine sanguine à 361µmol/l et urée à 23mmol/l. L'imagerie en coupe thoraco-abdomino-pelvienne était sans anomalies. La ponction lombaire montrait une méningite lymphocytaire aseptique. Le bilan immunologique était négatif ainsi que le bilan infectieux de base. L'IRM cérébrale objectivait une vascularite cérébrale diffuse. La sérologie de Wright était revenue positive. Le diagnostic retenu était celui d'une brucellose aigue septicémique compliquée d'une insuffisance rénale aigue et d'une vascularite cérébrale avec un SIADH. Après sa mise sous antibiothérapie associant Rifadine® et Doxycycline® selon le protocole de l'OMS, l'évolution était favorable avec une apyrexie et normalisation de l'état de conscience dès le troisième jour, normalisation de la numération et de la CRP au septième jour et de l'ionogramme et la fonction rénale au dixième jour.

Commentaires et conclusions : Dans notre observation nous évoquons comme mécanisme une vascularite systémique bactérienne à localisation neurologique et rénale. Ce mécanisme était retrouvé une seule fois dans la littérature : néphrite tubulo-interstitielle associée à une vascularite rénale avec dépôts de CIC au cours d'une brucellose aigue (Ceylan K. 2009). La brucellose mérite d'être évoquée comme cause possible à toute insuffisance rénale aigue survenant en zone d'endémie et qui ne fait pas sa preuve, en particulier si accompagnée par certains symptômes comme l'arthrite ou l'atteinte orchio-épididymaire (Ghenei E. 2009).

P22 : SALMONELLOSE RESISTANTE AUX FLUOROQUINOLONES

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Introduction: Les salmonelloses restent encore fréquentes malgré tout le progrès économique et l'amélioration nette de l'hygiène et de la prise en charge sanitaire. Les fluoroquinolones (FQ) représentaient, pour longtemps, le traitement de choix des fièvres typhoïdes et des salmonelloses invasives chez l'adulte et le traitement de recours chez l'enfant en cas d'échec des β -lactamines. Nous rapportons une observation de salmonellose résistante aux FQ chez l'adulte; situation encore rare dans notre pays.

Observation : Patiente âgée de 35 ans, sans antécédents pathologiques notables, fut hospitalisée pour une gastroentérite fébrile évoluant depuis deux jours. L'examen clinique notait une fièvre à 39°C, un abdomen sensible dans sa totalité et des selles liquidiennes sans glaire ni sang. Le reste de l'examen somatique était sans anomalies. La biologie notait un syndrome infectieux avec une VS à 105 mmH1, une CRP à 48 mg/l et une hyperleucocytose à 12.600/mm³. La radiographie de thorax était sans anomalies et les urines étaient stériles. L'examen direct des selles trouvait de nombreux leucocytes et la coproculture isolait une *salmonella Spp* résistante au FQ (acide nalidixique et ciprofloxacine). La patiente était mise initialement, et avant le résultat de la coproculture, sous ofloxacet 400 mg/j mais l'évolution n'était pas favorable avec persistance des diarrhées incitant à associer le céfotaxime par voie orale. Au huitième jour du traitement, la coproculture était toujours positive à *salmonella Spp* multi-résistante. La patiente était mise sous ceftriaxone par voie intra veineuse avec une évolution rapidement favorable. La coproculture de contrôle à 1 mois montrait une flore microbienne équilibrée sans évidence de germes pathogènes.

Commentaires et conclusions : L'utilisation large, et même parfois abusive, des FQ pour le traitement des salmonelloses de l'adulte a abouti à l'émergence de souches résistantes à cette famille d'antibiotique. Ceci est noté dans certaines zones particulièrement endémiques pour cette affection (Inde et Asie du Sud-est). Cette résistance est en rapport avec une mutation du gène *gyrA* entraînant une diminution de la sensibilité de la bactérie aux FQ. Cette diminution de la sensibilité peut ne pas apparaître sur l'antibiogramme mais doit être suspectée devant la constatation de CMI très élevées.

La résistance des salmonelles aux FQ, bien qu'encore rare dans notre pays, ne doit pas être méconnue à fin d'éviter le retard dans la prise en charge de ces infections qui peuvent être très graves. Il convient donc de commencer le traitement par une céphalosporine de troisième génération, plutôt que par une FQ, surtout si retour d'une zone endémique où le taux de résistance de ces bactéries aux FQ est important ou si on constate des CMI élevées même avec un antibiogramme qui montre une sensibilité aux FQ.

P23 : ARTHRITE BILATERALE ET ANKYLOSANTE DES HANCHES A SALMONELLA TYPHI AU COURS DU LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction: Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie systémique dysimmunitaire qui représente un terrain immunologique déficitaire favorisant les infections sévères. L'arthrite peut rentrer dans le cadre de la maladie lupique ou rarement être une complication infectieuse et grave du LES.

Observation : O.M. Patient Tunisien de 49 ans suivi pour LES depuis 1980 avec atteinte cutanée, articulaire, hématologique et cardiaque avec des anticorps anti nucléaires et anti DNA natif positifs. Il était traité par corticoïdes et sels d'or avec des poussées fréquentes vue sa mal observance aux traitements. Il fût admis pour fièvre et signes cutanés faisant évoquer une poussée cutanée de sa maladie. Il souffrait aussi de douleurs inguinales droites de type mécanique devenues rapidement bilatérales,

intenses et permanentes. L'examen notait en plus d'une fièvre à 39°C, deux hanches très douloureuses à la mobilisation et limitées. La biologie montrait un syndrome inflammatoire marqué. La radiographie standard était normale. L'échographie montrait un épanchement liquidien au niveau des deux articulations coxo-fémorales. La ponction sous scopie révélait un liquide inflammatoire stérile à l'examen direct mais la culture isolait une *Salmonelle typhi* au niveau des deux hanches. Les hémocultures étaient aussi positives au même germe. Le diagnostic d'une septicémie à salmonelle avec localisation articulaire aux deux hanches était retenu et le patient était mis sous Oflocet-Bactrim pendant six mois. L'évolution de l'atteinte articulaire s'est faite vers la limitation progressive et douloureuse des deux hanches. La solution chirurgicale était refusée par les orthopédistes vue la gravité de sa maladie et la solution était une immobilisation plâtrée favorisant l'arthrodèse antalgique des deux hanches.

Conclusion : Les infections sont fréquentes, de localisations inhabituelles et sévères chez les lupiques vue la maladie dysimmunitaire sous-jacente et les thérapeutiques immunosuppressives souvent utilisées. Les salmonelloses sont aussi fréquentes dans notre pays et peuvent être graves comme l'illustre notre observation.

P24: MENINGO-ENCEPHALITE A TOSCANA VIRUS

Oueslati I, Ammari L, Berriche A, Abdelmalek R, Goubantini A, Aissa S, Kanoun F, Kilani B, Tiouiri Ben Aissa H

Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : *Toscana virus* est un arbovirus, découvert en 1971 dans le centre de l'Italie. Il est pathogène pour l'homme et transmis dans le pourtour méditerranéen par les piqûres de phlébotomes. Sa distribution géographique est dictée par celle de son vecteur et sa circulation est limitée aux six mois les plus chauds. Parfois asymptomatique, l'infection à *Toscana virus* peut être responsable d'un syndrome pseudo-grippal, mais aussi de méningites et plus rarement d'encéphalites. Nous rapportons un cas de méningo-encéphalite à *Toscana virus*.

Observation : Un patient âgé de 18 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour des vomissements, des céphalées, une photophobie et une fièvre à 39,5°C évoluant depuis 11 jours. L'examen trouve un syndrome méningé fébrile. L'étude du liquide céphalorachidien montre : 20 éléments blancs/mm³, normoglucochorrachie à 0,6g/l, hyperprotéinorrhachie à 1,4 g/L. Il a reçu de l'ampicilline pendant 5 jours. Devant l'absence d'amélioration, une deuxième PL a été faite montrant 60 éléments blancs /mm³ (80% PNN et 20% LC), hypoglucochorrachie à 0,4g/l, hyperprotéinorrhachie à 2,2g/L. Le diagnostic d'une méningite purulente décapitée a été retenu et une antibiothérapie a été prescrite pendant 10 jours mais sans amélioration. L'IRM cérébromédullaire était normale. La sérologie *Toscana virus* était positive en IgM à 1/1400. Le diagnostic d'une méningoencéphalite à *Toscana virus* a été retenu. A trois semaines de début des symptômes, le patient avait de la fièvre, des signes neurologiques à type de tremblement des extrémités, un trouble de l'équilibre avec une marche ébrieuse, un syndrome quadripyéramidal avec des réflexes ostéotendineux vifs, polycinétiques et diffus au niveau des 4 membres et des troubles sphinctériens avec une pollakiurie et une douleur urétrale paroxystique, en rapport avec une vascularite post infectieuse. L'évolution initiale était favorable sous corticothérapie. Le patient était perdu de vue.

Conclusion : *Toscana virus* est un pathogène émergent dans le pourtour méditerranéen. Son tropisme pour le système nerveux central doit le faire rechercher de façon systématique devant un tableau de méningite lymphocytaire ou d'encéphalite.

P25 : DÉPRESSION ET BRUCELLOSE : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

Hachaichi I¹, Ghanmi L², Ghorbel H³, KZitoun K², Daoud M², Elleuch S²

¹Service SAMU 05, Hôpital régional de Gabès

²Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabès

³Service des maladies infectieuses, Hôpital régional de Gabès

Introduction : La brucellose est une infection systémique qui peut toucher tout organe et tout système d'organes. La maladie a une variété de caractéristiques cliniques. Cela apparaît dans la multitude des diagnostics différentiels : nombreuses maladies infectieuses et non infectieuses. Bien que la dépression soit une complication fréquente de la brucellose chronique, il existe peu de données de recherche sur cette question.

Objectif : Dans ce travail, nous rapportons le cas d'une dépression compliquant une brucellose chronique chez une femme âgée de 55 ans.

Vignette clinique : Mme F, âgée de 55 ans (examinée en 2010), mariée, mère de 6 enfants, femme au foyer, non scolarisée, ménopausée depuis 7 ans, travaille en agriculture (élevage de moutons), sans antécédents psychiatriques familiaux, sans antécédents personnels médicaux. Suivie pour une brucellose chronique évoluant depuis 15 ans. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises et a reçu au moins 5 cures anti-brucellienne lors de ces 15 ans. Elle a été hospitalisée pour asthénie, fièvre vespérale, sueurs profuses au moindre effort, céphalée et douleur de l'articulation coxofémorale gauche. La sérologie Wright était positive. La patiente a été traitée par bi-thérapie antibiotique. L'évolution fut marquée par une disparition des signes infectieux, mais la patiente demeurait algique et asthénique avec altération de sa qualité de vie. La recherche d'une brucellose focalisée ou d'un foyer suppuratif était négative. La « patraquerie brucellienne » était évoquée et l'avis psychiatrique a été demandé dans ce cadre. L'examen psychiatrique a objectivé un syndrome dépressif. La patiente a été mise sous traitement antidépresseur avec nette amélioration de son état et disparition de l'asthénie et des plaintes algiques (surtout ostéo-articulaires).

Conclusion : A travers cette observation, nous soulignons l'intérêt de rechercher la dépression chez les sujets atteints de brucellose surtout chronique.

P26 : KYSTE HYDATIQUE CEREBRAL : A PROPOS DE DEUX CAS

Hafi.S¹, Jradi.A¹, Ellough. F¹, Ben Ahmed.MA¹, Behi¹.A, Krimi. S²

1- SAMU 05, Hôpital régional de Gabès

2- Service de médecine légale, Hôpital régional de Gabès.

Introduction : Le kyste hydatique encéphalique est très rare, même dans les zones d'endémie où cette localisation représente moins de 1 % des cas. Notre but était d'étudier les caractéristiques cliniques de cette pathologie ainsi que les problèmes diagnostics rencontrés.

Matériel et méthodes : C'est l'étude de deux observations de kyste hydatique de localisation cérébrale colligés au service de médecine légale de l'hôpital régional de Gabès.

Résultats : Nous rapportons deux cas de localisations cérébrales d'un kyste hydatique.

- Premier cas est celui d'une jeune fille âgée de 14 ans, aux antécédents de céphalées chroniques associés à des vomissements, décédée dans les suites d'un malaise fait de céphalées atroces suivies d'un coma profond. L'autopsie a montré la présence d'un kyste hydatique englobant la majorité de l'hémisphère droit, rompue dans l'espace sous dural.

- Deuxième cas est celui d'une femme âgée de 60 ans ayant des antécédents de céphalées chroniques surtout temporales gauches, associées à des troubles de comportement. Hospitalisée dans un état de coma hypotonique généralisé évoluant rapidement vers le décès. L'autopsie a montré la présence d'un kyste hydatique fronto-pariétal gauche avec des signes d'engagement temporal

Conclusion : Devant l'apparition de troubles de l'état de conscience, ou de désordre psychologique chez un sujet vivant dans une zone d'endémie, le diagnostic de kyste hydatique de localisation cérébrale est à évoquer et une TDM est suffisante pour trancher.

P27 : PALUDISME CHEZ LES MILITAIRES TUNISIENS

Oueslati I, Abid R, Hannechi S, Belaaj A, Louzir B, Battikh R, Ben Abdelhafidh N, Othmani S

Service de médecine interne, Hôpital militaire de Tunis

Introduction : Malgré son éradication de la Tunisie en 1978, le paludisme reste une préoccupation pour les autorités sanitaires. Les militaires sont exposés au paludisme lors d'opérations extérieures en zone d'endémie. L'objectif de ce travail est d'étudier les aspects épidémiocliniques, parasitologiques et évolutifs du paludisme d'importation chez les militaires tunisiens.

Malades et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les militaires tunisiens hospitalisés pour un accès palustre dans le service de médecine interne de l'Hôpital Militaire de Tunis entre 1993 et 2015.

Résultats : Il s'agissait de 42 militaires tous de sexe masculin dont l'âge moyen était de 41 ans. Les pays d'endémie étaient la république démocratique du Congo (30 cas), le Rwanda (5 cas), le Cambodge (4 cas), la Côte d'Ivoire (2 cas) et le Burkina Faso (1 cas). La durée moyenne de mission était de 12 mois (6-15 mois). Une mauvaise observance de la chimioprophylaxie était retrouvée chez 81% des patients. Le délai moyen d'apparition des symptômes après le retour était de 84 jours (5 jours - 3 ans). Les signes cliniques les plus fréquents étaient la fièvre 100% les arthromyalgies 70% les céphalées 62% et les troubles digestifs 56%. Les anomalies biologiques les plus fréquentes étaient une thrombopénie (100%), un syndrome inflammatoire biologique (90%) et une cytolyse hépatique (76%). La goutte épaisse avait montré une parasitémie élevée > 4 % dans 5 cas (12 %). *Plasmodium falciparum* était l'espèce la plus fréquente (27 cas ;64%) suivi par *P. ovalae*, *P. vivax* et *P. malariae* dans respectivement 10 cas (24%), 4 cas (10%) et 1 cas (2%). Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement à base de méfloquine ou d'artéméter-luméfantine. L'évolution était favorable d'emblée dans 40 cas. Deux patients avaient développé un neuropaludisme avec une évolution ultérieure favorable sous antipaludéens. Conclusion : Ces résultats confirment que la majorité des cas de paludisme importés sont liés à une prophylaxie mal ou non suivie. Si les tests rapides améliorent la détection des Plasmodium, l'étape essentielle pour le diagnostic reste de savoir évoquer et rechercher un paludisme devant tout militaire fébrile revenant d'une zone endémique.

POSTERJI : MALADIES EMERGENTES ET RE-EMERGENTES

P28 : PROBABLE FIEVRE BILIEUSE HEMOGLOBINURIQUE SECONDAIRE A LA PRISE D'UN TRAITEMENT ANTI PALUDEEN PREVENTIF

Kallel H, Khedher – Elfekih R, Smaoui W, Jbali H, Ben Fatma L, Krid M, Beji S, Rais L, Zouaghi K

Hôpital la Rabta Tunis, Tunisie

Introduction : L'hémolyse aiguë compliquée d'une insuffisance rénale aiguë, en particulier la fièvre bilieuse hémoglobinurique (FBH), est une complication rare mais grave, consécutive à la prise d'antipaludiques. La FBH se voit actuellement au cours du traitement curatif ou préventif d'un paludisme.

Observation : Mr SK âgé de 40 ans sans antécédents pathologiques a séjourné en Afrique (Gabon et Mali) pendant une semaine, où il a pris le Quinimax comme un traitement antipaludien préventif en deux prises. Une heure après la deuxième prise médicamenteuse il présente des vomissements, douleurs

abdominales et 3 épisodes d'hématurie. L'examen clinique était sans particularité, les bandelettes urinaires ont montré une faible protéinurie sans hématurie, la biologie a montré une insuffisance rénale aiguë et une perturbation transitoire du bilan hépatique sans signes d'hémolyse. La goutte épaisse n'a pas montré la présence de *Plasmodium falciparum*. La ponction biopsie rénale a montré une nécrose tubulaire aiguë. Le diagnostic le plus probable était une hépatonéphrite d'origine immuno allergique, mais l'évolution rapidement favorable était contre.

Discussion : Le Quinimax ne peut provoquer une nécrose tubulaire aiguë que par le biais d'une hémolyse intra vasculaire, un tableau qui peut se voir au cours de la fièvre bilieuse hémoglobinurique (FBH). Notre patient a développé une nécrose tubulaire aiguë sans stigmates d'hémolyse ni d'infection par le *Plasmodium falciparum*.

Conclusion : Notre observation pose la problématique des hémolyses aiguës intra vasculaires au cours des traitements antipaludiques. Elle peut se manifester par une hémoglobinurie avec une insuffisance rénale aiguë au cours du traitement curatif et préventif d'un paludisme et impose l'arrêt de tout traitement dès l'apparition d'un ictère ou d'urines colorées.

P29 : MEDECIN DENTISTE FACE AUX MALADIES EMERGENTES ET RE-EMERGENTES A TRANSMISSION AERIENNE.

Dridi A¹, Ben Khoud S², Annabi A¹ Bennour Z¹, Hayder R¹

1 : Hôpital régional de gabes, Tunisie

2 : Hôpital militaire de gabes, Tunis

Depuis deux décennies, on assiste à l'émergence et à la réémergence de nombreuses maladies infectieuses. L'augmentation de la morbidité et de la mortalité de ces maladies a des conséquences importantes en pratique dentaire essentiellement en matière de protection contre la transmission des agents infectieux lors des soins effectués sur des patients infectés. Certes la voie indirecte par le sang semble pendant longtemps être le mode de transmission le plus menaçant. Cependant, de nombreux agents pathogènes peuvent être transmis par l'air (aéro-biocontamination) et concernent donc le médecin dentiste. Chaque soin dentaire entraîne la production de nombreux aérosols. Ceux-ci associés à l'intimité d'une salle opératoire, augmentent le risque de transmission aérienne.

Dans ce travail, on va exposer les sources de l'aéro-biocontamination durant un traitement dentaire. On insistera par la suite sur les mesures préventives en fonction des actes dentaires, d'où montrer la place du médecin dentiste dans la lutte contre le développement de ces maladies au sein de la population générale.

P30 : MENINGITE ET MENINGO-ENCEPHALITE A WEST NILE VIRUS : A PROPOS DE 4 CAS

Naija H¹, Gdoura M¹, Abid R², Rekik M¹, Asli S¹, Ben Moussa M¹

1- Service de microbiologie, HMPIT

2- Service de médecine interne, HMPIT

Introduction : Le *West Nile virus (WNV)* est un arbovirus de la famille des *flaviviridae*. Il est transmis par des arthropodes vecteurs du genre *Culex* à partir d'un réservoir ornithologique infecté. Cliniquement, l'infection à *WNV* est le plus souvent asymptomatique ou se manifestant par un syndrome pseudo-grippal. Cependant elle peut se compliquer dans certains cas d'une méningo-encéphalite pouvant être mortelle.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au laboratoire de Microbiologie de l'hôpital militaire principale d'instruction de Tunis portant sur quatre observations de méningite et de méningo-encéphalite à *WNV* durant l'année 2013. La confirmation d'une infection récente probable a été

effectuée par la présence des IgM anti-*WNV* dans le LCR et/ou dans le sang en utilisant une technique ELISA indirecte (EURIIMMUN®, Germany). Pour tous les malades nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para-cliniques et évolutives.

Resultats : Il s'agissait de 3 hommes et une femme. L'âge moyen était de 44 ans avec des extrêmes allant de 28 à 72 ans. 2 patients étaient originaires de Ben Arous, un de Siliana et un de Nabeul. Sur le plan clinique, tous les patients étaient fébriles et présentaient un syndrome méningé. Les autres signes étaient à type de douleurs articulaires (n=2), éruption cutanée (n=1) et des signes neurologiques de focalisations (n=2). Le diagnostic de méningite ou de méningo-encéphalite à *WNV* était retenu sur la positivité de la sérologie *WNV* (type IgM) dans le sang (n=4) ou le LCR (n=1). Un seul patient a reçu de l'aciclovir avant confirmation de la maladie. L'évolution était favorable dans 3 cas dont un avait gardé comme séquelles une diplopie faciale. Un seul patient est décédé.

Conclusion : Les formes neuroinvasives de l'infection au *WNV* sont rares. Leur traitement reste symptomatique. La prévention repose sur la lutte contre le vecteur et le réservoir.

P31 : LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES EMERGENTES ET RE-EMERGENTES : PARTICULARITES DU MILIEU MILITAIRE

H.HANNACHI, H.NAIJA, R. BELLAJ, R. ALLANI

Direction générale de santé militaire Tunis, Tunisie

Introduction : Depuis 1992, une stratégie de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique a été instaurée en Tunisie afin de limiter la propagation des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes. Le système de soin des armés constitue un partenaire actif dans ce domaine. Le but de ce travail était d'analyser l'évolution des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes en milieu militaire afin de promouvoir leur prévention.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 6 ans (2010-2015). Les données étaient recueillies à partir des rapports quotidiens et hebdomadaires de notification des maladies à déclaration obligatoire (MDO) adressés par tous les services médicaux d'unités durant la période d'étude. Les résultats étaient interprétés par le logiciel SPSS.

Résultats : Durant la période d'étude, 16 120 MDO ont été enregistrés. Parmi lesquelles 4110 cas d'infection respiratoire aiguë fébrile et 826 cas de conjonctivites qui étaient notifiés durant l'année 2010. Ces chiffres ont nettement diminué en 2015 pour passer respectivement à 447 et à 235 cas. Entre 2010 et 2015, le nombre de cas de tuberculose et de leishmaniose cutanée a augmenté passant respectivement de 5 à 65 cas et de 16 à 70 cas alors que le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles a diminué passant de 61 à 18 cas. Pour le *West Nile virus* et le VIH, une moyenne de 1 à 2 cas par an était enregistrée durant la période d'étude. Il est à noter qu'aucun cas de paludisme, de poliomyélite, de choléra ou de diphtérie n'était déclaré.

Conclusion : La surveillance épidémiologique des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes permet d'apporter des informations actualisées concernant les principales menaces de maladies transmissibles qui pèsent sur la population militaire afin d'établir une stratégie de lutte.

P32 : PALUDISME ET GROSSESSE, A PROPOS DE TROIS CAS

G. Mhamdi, R. Abdelmalek, S. Sallem, B. Mehdi, L. Ammari, B. Kilani, H. Tiouiri Ben Aissa

Université de Tunis El Manar, service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis

Introduction : Le paludisme est une pathologie parasitaire potentiellement mortelle pour les voyageurs. Les femmes enceintes constituent un groupe particulièrement à risque. On se propose de rapporter 3 cas de paludisme survenant chez des femmes enceintes admises au service de maladies infectieuses de la Rabta entre 2012 et 2014.

Résultats : Il s'agit de 3 femmes âgées respectivement de 21, 28 et 34 ans. Deux patientes étaient enceintes au 3^{ème} trimestre dont une Malienne et une Tunisienne vivant en Côte d'Ivoire. La 3^{ème} femme était Tchadienne enceinte à 9 semaines d'aménorrhée. Seule la Tunisienne a présenté un paludisme de primo-invasion. Les trois patientes étaient à leur deuxième gestation et la symptomatologie a commencé 5 jours avant leur admission, faite de fièvre, céphalée avec ou sans vomissements. Aucune patiente n'a présenté d'ictère ou d'altération de l'état neurologique. Seule la 1^{ère} avait une hypotension artérielle à 8/4cmHg et une tachycardie à 120 b/mn. Elles n'avaient pas de cytolyse, ni d'hyper bilirubinémie, ni d'insuffisance rénale. Deux patientes avaient une hypokaliémie modérée, une thrombopénie et une Lymphopénie avec une hématurie à 20.000/ml. L'une d'elles avait une anémie. Le frottis sanguin et la goutte épaisse ont isolé dans les 3 cas un *Plasmodium falciparum* avec une parasitémie inférieure à 4%. Les trois patientes ont reçu un traitement par quinine pendant 7 jours. La forme injectable a été requise pour 2 patientes devant des vomissements. L'évolution était favorable avec apyrexie, amélioration des anomalies biologiques et un frottis sanguin et goutte épaisse négatifs à J7 pour toutes les patientes. Une patiente a avorté au 1^{er} trimestre.

Conclusion : Le paludisme est une parasitose potentiellement mortelle, en particulier sur un terrain fragilisé tel que la grossesse, d'où la nécessité d'un diagnostic rapide et une prise en charge immédiate avec un contrôle rapproché de l'évolutivité de la grossesse et du bien-être fœtal.

P33 : LES ZOONOSES PARASITAIRES MAJEURES DANS LA REGION DE SFAX

Borcheni S, Khemakem N, Trabelsi H, Neji S, Cheikhrouhou F, Sellami H, Makni F, Ayadi A

Laboratoire de biologie moléculaire parasitaire et fongique-Faculté de médecine de Sfax – Tunisie

Les zoonoses parasitaires constituent un important problème de santé publique en Tunisie.

Objectif : analyser les caractéristiques cliniques, épidémiologique et biologiques des principales zoonoses parasitaires diagnostiquées dans notre laboratoire.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective faite durant 5 ans (Janvier 2007-Décembre 2011). Nous avons colligé les prélèvements de 26031 femmes enceintes, 575 patients ayant des adénopathies et 212 patients immunodéprimés reçus pour le diagnostic de la toxoplasmose, de 2187 patients pour le kyste hydatique, de 617 pour la leishmaniose cutanée et de 277 pour la leishmaniose viscérale. Le diagnostic a été posé par les techniques habituelles.

Résultats :

La toxoplasmose: 70.3 % des femmes enceintes étaient séronégatives. La prévalence de la toxoplasmose évolutive durant la grossesse était de 0.8 %. Le diagnostic de toxoplasmose congénitale a été confirmé dans 12 cas. Nous avons diagnostiqué aussi 3 cas de toxoplasmose cérébrale chez les sidéens et un cas de primo-infection toxoplasmique chez une patiente greffée rénale.

Le kyste hydatique : 928 patients étaient atteints de kyste hydatique. L'âge moyen de découverte était de 42.9 ans. La notion de contagion hydatique était présente dans 75.5% des cas. La localisation des kystes était principalement hépatiques (77,2 %) suivi par les localisations pulmonaires (16,6 %).

Les Leishmanioses: le diagnostic de la LC a été posé dans 43.6% des cas. L'âge moyen était de 31.8 ans. Les lésions étaient uniques dans 38.8 % des cas avec prédominance des lésions au niveau de la

face (40.1%), des membres supérieurs (30.9%) et des membres inférieurs (24.8%). La forme ulcéro-croûteuses était la forme clinique la plus fréquente (61.5%).

Discussion : L'augmentation du nombre de cas de femmes séronégatives pour la toxoplasmose au fur des années implique une augmentation de la réceptivité. De même, la leishmaniose ne cesse d'augmenter ces dernières années. Concernant l'hydatidose, elle reste fréquente dans notre région posant ainsi un problème de prise en charge. Les zoonoses parasitaires méritent des efforts majoritaires. Elles nécessitent une approche de santé publique coordonnée en matière de surveillance épidémiologique permettant l'adoption de mesures de lutte appropriées.

P34: INFLUENZA ACTIVITY IN TUNISIA: 2014-2015 SEASON

Aissi W¹, Bettaieb J¹, Kharroubi G¹, Noura M¹, Chlif S¹, Yazidi R¹, Ben Hadj Kacem MA², El Moussi A², Maazaoui L³, Zorruga M³, Abdeddaïem N³, El Bekri SM³, Slim A², Ben Salah A¹

- ¹⁻ Department of Medical Epidemiology, Laboratory of Transmission, Control and Immunobiology of Infections (LR11IPT02), Pasteur Institute of Tunis, Tunis, Tunisia
- ²⁻ Virology Unit, Microbiology Laboratory, National Influenza Centre, Charles Nicolle's Hospital, Tunis, Tunisia.
- ³⁻ Primary Health Care Directorate, Ministry of Public Health of Tunisia, Tunis, Tunisia.

Introduction: Influenza is an important public health problem; it is a major cause of morbidity and leads to considerable socio-economic consequences. The aim of this study was to assess influenza activity for the 2014-2015 season in Tunisia.

Methods: Influenza surveillance data was used for data analysis. It was obtained from National Program for Surveillance and Control of influenza which involves the National Influenza Centre (NIC) as well as a network of 268 sentinel sites for reporting influenza-like illness (ILI). The NIC receives biological specimen from the ILI sentinel sites as well as from university hospitals. The case definition of ILI was that recommended by WHO "acute respiratory illness, and measured fever ≥ 38 °C, and cough, and onset in previous 10 days".

Results: Influenza activity was relatively moderate at the national level during the 2014-15 season. It differed significantly according to age ($p < 0.0001$). It differed significantly between governorates also with a proportional contribution of influenza-associated ILI to all outpatients ranging from 0.98% in Bizerte (northern Tunisia) to 6.05% in Sidi Bouzid (central Tunisia). In total, 1038 samples were tested, of which 28% were positive for influenza viruses: A(H3N2); A(H1N1) pdm2009 and B.

Comments and conclusions: The 2014-2015 influenza season was marked by a moderate disease burden of influenza-associated ILI and a co-circulation of three influenza viruses. Reliable surveillance data is needed to provide decision-makers with the evidence necessary for public health policies on influenza prevention and control. Determining influenza viruses in circulation ensures the adequacy of the vaccine and eventually detection of new influenza viruses with pandemic potential.

P35 : APPORT DE LA SURVEILLANCE ENTOMOLOGIQUE DANS LA PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

NEJI. A, CHNIB. M, HAMDY. Y, ZALNI. W, KHALED. H

Sous-Direction de la Santé Environnementale de Gabès

Introduction : Les organismes chargés de la lutte contre les moustiques font très souvent recours aux insecticides chimiques pour contrôler les maladies transmises par les insectes. Cependant, ces produits sont connus par leurs effets néfastes sur la santé et sur l'environnement. Compte tenu de ces effets et suite à l'apparition dans la région de Gabès, à partir du mois d'août 2015, de cas d'infections par le virus *West Nile*, transmis par certaines espèces de moustiques, l'Unité d'Entomologie et de la Lutte Anti-Vectorielle

relevant de la Sous-Direction de la Santé Environnementale de Gabès a procédé à la réalisation des activités confiées aux services du Ministère de la Santé dans ce genre de situation, dans un souci de contribuer à une lutte anti-vectorielle efficace tout en limitant les quantités d'insecticides chimiques. L'objectif du présent travail était de développer le rôle de la surveillance entomologique dans la mise en place d'un programme de lutte anti-vectorielle efficace et le moins traumatisant possible pour la santé et l'environnement.

Matériel et Méthodes : Suite à la survenue des cas de Fièvre du Nil Occidental dans les délégations de Gannouch et de Gabès Sud de la région de Gabès, à partir du mois d'août 2015, il a été procédé au renforcement des activités de la surveillance entomologique qui résulte en la prospection des gîtes larvaires potentiels, situés dans les délégations de Gabès Ouest, Gabès Sud et Gannouch, par la technique de Dipping, la détermination de la densité et l'identification des espèces de moustiques au moyen du logiciel des moustiques de l'Afrique Méditerranéenne. Un programme de lutte contre les moustiques, basé sur les alternatives de lutte et une utilisation rationnelle des insecticides, a été proposé.

Résultats : Les résultats de la surveillance entomologique ont mis en évidence la présence des moustiques dans 150 parmi les 215 gîtes prospectés, soit un taux de présence de 69.7%. Les espèces de moustiques rencontrées sont au nombre de cinq. Il s'agit de *Culex pipiens*, *Culex theileri*, *Aedes detritus*, *Aedes caspius* et *Culiseta longiareolata*. *Culex pipiens* était de loin l'espèce la plus fréquente et la plus abondante. Le nombre de gîtes fréquentés par les espèces connues pour leur capacité de transmission du virus *West Nile* (*Culex pipiens* et *Culex theileri*) s'élève à 42 gîtes. A la lumière des résultats de la surveillance entomologique, l'Unité Régionale d'Entomologie de Gabès a proposé aux autorités régionales un programme de gestion intégrée des moustiques. Les gîtes abritant les espèces potentiellement vectrices ont été priorisés et des alternatives de lutte ont été privilégiées. Les actions proposées se partagent entre l'exécution des travaux d'assainissement des drains d'oasis, l'ensemencement des drains par *Gambusia affinis*, poisson prédateur des larves de moustiques, l'usage de l'huile de paraffine dans les regards d'irrigation et l'utilisation dans certains gîtes de l'insecticide chimique (téméphos) le moins toxique et le moins touché par la résistance, identifié dans les populations de *Culex pipiens* de la région de Gabès. Les actions entreprises ont permis de contrôler la densité des moustiques, particulièrement celle de *Culex pipiens*, l'espèce la plus compétente pour la transmission du virus *West Nile*.

Conclusion : Le présent travail souligne l'importance particulière que revêt la surveillance entomologique dans la lutte anti-vectorielle. Elle permet d'orienter et améliorer l'efficacité des actions de lutte contre les moustiques, de diminuer les quantités des insecticides utilisées et de limiter, par conséquent, les effets néfastes de ces produits sur la santé et l'environnement.

P36 : SYPHILIS TERTIAIRE REVELEE PAR UN INFARCTUS VEINEUX MESENTERIQUE

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction: Le substratum anatomique des complications viscérales de l'infection par le *Treponema pallidum* est une vascularite systémique. En effet la syphilis est connue être typiquement une vascularite des vaisseaux de grand calibre ; en particulier, l'aorte et ses principales branches de division ainsi que les artères à destinée cérébrale ([Miller DV et al. 2011](#)). L'atteinte des vaisseaux de petit calibre n'est qu'exceptionnellement rapportée au cours de cette infection ([Furlan FC et al. 2010](#)) représentant un véritable déficit diagnostique pour le clinicien. Nous rapportons une observation originale de syphilis tertiaire avec complications cardiaque, neurologique, cutanée et vasculaire méésentérique révélatrice.

Observation : B.A. Patient de 78 ans, sans antécédents pathologiques notables, fût admis en urgence pour des douleurs abdominales diffuses et intenses d'installation brutale dont l'imagerie concluait à un infarctus méésentérique veineux. Le bilan de cette thrombose retrouvait des anticorps anti phospholipides positifs et une sérologie syphilitique positive : TPHA à 1/320 et VDRL à 1/8. Deux jours après, le patient présentait un purpura vasculaire au niveau des deux membres inférieurs et du tronc

spontanément résolutif. Devant la constatation d'un syndrome pyramidal reflexe à l'examen, une IRM cérébrale avait montré des anomalies de signal de la substance blanche compatible avec un neuro-syphilis. La sérologie était aussi positive dans le LCR ainsi que le FTA par immunofluorescence indirecte.

Sous héparinothérapie et antibiothérapie l'évolution était favorable avec une TDM abdominale de contrôle normale et négativation de la sérologie syphilitique et des anti phospholipides à 3 mois du traitement.

Commentaires et conclusions : La syphilis compliquée de vascularite systémique représente un véritable déficit diagnostique pour le clinicien surtout chez les patients vus aux urgences pour un accident viscéral grave ([Simonenko VB et al. 2012](#)). Une vascularite leucocytoclasique a été prouvée histologiquement sur des biopsies de lésions cutanées et génitales chez des patients présentant une syphilis primaire ou secondaire ([Kim DH et al. 2010](#), [Furlan FC et al. 2010](#)). Quant à l'infarctus entéro-mésentérique, la syphilis demeure une cause possible exceptionnelle et non habituelle ; cette situation n'a été signalée qu'une seule fois dans la littérature mondiale ([Makris N et al. 2008](#)). Notre observation est, à notre connaissance, la deuxième rapportant l'infarctus intestinal au cours de la syphilis.

P37 : ÉPIDÉMIE A VIRUS WEST NILE DANS LA REGION DE GABES EN 2015

A Hafi¹, S Yahyaoui²

- 1- Sous- direction de la santé de base de Gabès
- 2- CSB Gannouch

Introduction : La surveillance des infections à virus *West Nile* en Tunisie est basée sur la surveillance humaine des méningites et des méningo- encéphalites et la notification de tous les cas suspects. Cette surveillance est confiée à L ONMNE depuis l'année 2010 qui collabore avec les sous directions des soins de santé de base de tous les gouvernorats chargées de la surveillance épidémiologique. Plusieurs gouvernorats du pays ont connu des épidémies à virus *West Nile* dans les années antérieures, la plus récente est celle de l'année 2012

Données épidémiologiques les plus récentes: En 2012, notre gouvernorat a connu le nombre le plus élevé des cas qui est de (20 cas) confirmés avec une incidence de (5,4 / 100.000 habitants). En 2015, à la fin du mois de juillet et le début du mois d'Août, 6 cas suspects d'infection à virus *West Nile* ont été déclarés dont 4 cas originaires de Ghannouch : 4 présentaient un syndrome méningé et 2 patients présentaient une méningo-encéphalite.

Mesures prises : Juste après la confirmation de l'épidémie (Temps, Lieu, personne) des mesures ont été prises. Notamment la mise en œuvre des moyens de lutte anti moustique.

Évolution : A la fin du mois d'août, 12 cas suspects d'infection à virus *West Nile* ont été enregistrés avec 2 décès (un garçon de 12 ans et une femme de 47 ans).

Investigation :

- 1* Procéder à investiguer autour des cas dans le but de préciser la source de contamination.
- 2* Assurer le suivi des cas enregistrés.
- 3* Surveillance épidémiologique dans l'entourage des cas afin de détecter des nouveaux cas

Données cliniques à la fin de l'épidémie : Cette épidémie a touché les deux sexes avec une prédominance masculine (sex ratio =2.1). La moyenne d'âge était de 23 ans avec des extrêmes de 3 à 68 ans. Le taux de létalité était de 8 % (un jeune de 12 ans sans antécédents particuliers et un femme âgée de 47 ans multitarée)

Conclusion : Le système de surveillance active des formes neurologiques des infections à virus West Nile paraît fonctionnel dans notre région. La confirmation des cas suspects par le laboratoire est primordiale. La surveillance entomologique permet de détecter la circulation du virus chez les vecteurs particulièrement dans les régions à risque ou ayant connu la circulation du virus dans le passé en raison de la présence de vecteurs potentiels ; d'oiseaux migrateurs et les conditions écologiques, climatiques et d'assainissements favorables.

P38 : IL EST TEMPS DE PARLER DE L'HIV CHEZ L'ENFANT TUNISIEN

S. Rouis¹, S. Tilouche¹, W. Hachfi², A. Tej¹, N. Jammeli¹, R. Kebaili¹, J. Bouguila¹, L. Boughammoura¹, A. Letaief²

- 1- Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached
- 2- Service de maladies infectieuses, CHU Farhat Hached

Introduction : L'infection par le VIH chez l'enfant est encore un problème de santé publique préoccupant. Plusieurs aspects cliniques et paracliniques ont été décrits dans les pays européens. Toutefois, les données épidémiologiques de cette infection en Tunisie restent limitées.

Objectif : déterminer les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques des enfants infectés par le VIH, et étudier l'impact clinique et biologique du traitement antirétroviral (ARV) chez ces enfants.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective colligeant tous les enfants positifs au VIH suivis à l'hôpital Farhat Hached, sur une période de vingt-cinq ans (1991- 2015). Les stades cliniques et immunologiques sont décrits selon les normes de l'OMS.

Résultats : Onze enfants (5 garçons et 6 filles) étaient inclus dans cette étude. L'âge médian de découverte de l'infection VIH était de 36 mois (5-108 mois). La transmission était materno-fœtale dans 91% des cas. Un seul enfant hémophile avait contracté l'infection au cours des transfusions sanguines. La majorité des enfants (45.5%) étaient au stade clinique II, 36.4% étaient au stade clinique III et 18.2% étaient asymptomatiques à la présentation. La fièvre prolongée, la dyspnée fébrile, les diarrhées chroniques, la lymphadénopathie généralisée et l'hépatosplénomégalie étaient les symptômes et les signes cliniques majoritaires (respectivement 36%, 27%, 18%, 45% et 63%). Le taux de CD4 médian était de 687 cellules/mm³. 27.3% des enfants étaient au stade immunologique modéré et 45.5% au stade sévère. La pneumonie (54.5%), la candidose digestive (18.2%), le zona (36.3%) et la tuberculose extrapulmonaire (27.2%) étaient les infections opportunistes les plus communes. Un seul cas de co-infection par le VHC a été rapporté. Le traitement ARV a été instauré dans un délai moyen de 10 mois (0.2-60 mois). Après 12 mois de traitement ARV, les cas au stade sévère avaient diminué de 45.5% à 9.1%. L'évolution était favorable à l'exception d'un seul enfant décédé par une pneumopathie hypoxémisante.

Conclusion : Un programme de prévention doit être renforcé en facilitant le dépistage et l'administration d'un traitement ARV chez les mères infectées durant la grossesse. Le pronostic de l'enfant infecté par le VIH dépend essentiellement du diagnostic à temps et de la prise en charge précoce de la maladie.

P39 : SEROPREVALENCE DE LA DENGUE CHEZ DES MILITAIRES LORS D'UN BILAN DE REENGAGEMENT

Naija¹, Gdoura M¹, Rekik M¹, Abid R², Hannachi S², Asli S¹, Ben Moussa M¹

1. Service de microbiologie Hôpital militaire Tunis
2. Service de médecine Hôpital militaire Tunis

Introduction : La dengue représente la principale arbovirose des régions tropicales et subtropicales. Elle

est devenue ces dernières décennies un sujet majeur de santé publique internationale vue l'augmentation des cas recensés et la gravité de certaines formes cliniques. En Tunisie, la menace d'une épidémie de dengue est réelle vue l'augmentation de la circulation des biens et des personnes avec les pays endémiques et la possible présence du vecteur (*Aedes*). Pour cela, nous avons conduit cette étude préliminaire dont le but est d'estimer la séroprévalence de la dengue chez des adultes sains vivant en Tunisie.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée au Laboratoire de Microbiologie de l'hôpital militaire principale d'instruction de Tunis, s'étendant sur une période de 4 mois (1 Février 2015 à 31 Mai 2015). Elle a porté sur 91 militaires chez qui une recherche des anticorps de type IgM et IgG antiviral de la dengue a été réalisée lors d'un bilan de réengagement. Cette recherche a été réalisée par une technique ELISA indirect (EUROIMMUN®).

Résultats : 52 femmes (57%) et 40 hommes (43%) ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes allant de 20 à 50 ans. Les sujets testés sont originaires de différentes régions du pays dont la plupart du grand Tunis (46%). 25% des sujets ont fait des voyages à l'étranger. Aucun sujet étudié n'avait des IgM antiviral de la dengue. Un seul patient avait des IgG antiviral de la dengue positives ce qui correspond à une séroprévalence de 1%. Il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans originaire de Mdjez El Bab ayant fait plusieurs voyages avec, en particulier, des séjours en Côte-d'Ivoire et au Sénégal.

Conclusions : Notre étude montre l'absence de circulation du virus de la dengue en Tunisie. Cependant, l'introduction de ce virus n'est pas à exclure surtout avec les voyages internationaux pouvant favoriser l'introduction du vecteur et par conséquent du virus. Pour cette raison une surveillance régulière s'avère nécessaire afin d'éviter le risque d'importation et d'implantation de ces maladies vectorielles en Tunisie.

P40 : UNE INFECTION A MUCORMYCOSE D'EVOLUTION FAVORABLE CHEZ UN ENFANT ATTEINT D'ATAXIE TELANGIECTASIE

N. Jammeli¹, A. Tej¹, S. Tilouche¹, O. Mghirbi¹, R. Kebaili¹, F. Saghrouni², N. Souyah¹, J. Bouguila¹, L. Boughamoura¹

- 1- Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached
- 2- Laboratoire de parasitologie et de mycologie

Introduction : L'infection à mucormycose est une infection fongique opportuniste cosmopolite rare et souvent fatale. Elle se situe au troisième rang des infections fongiques profondes après la candidose et l'aspergillose.

Observation : Il s'agit d'un enfant âgé de 14 ans porteur d'une ataxie télangiectasie diagnostiquée à l'âge de 8 ans avec un déficit immunitaire combiné traité par des cures mensuelles d'immunoglobulines intra veineuses, hospitalisé pour fièvre et toux grasse. L'examen a trouvé un enfant fébrile ayant un état général conservé, des télangiectasies oculaires bilatérales, il avait une toux, des expectorations verdâtres, des râles crépitants bilatéraux et il présentait un syndrome cérébelleux statique et cinétique. La radiographie thoracique a montré une pneumopathie bilatérale. Il avait un syndrome inflammatoire biologique. L'enfant a été mis initialement sous antibiothérapie à base de Ceftriaxone sans amélioration. Un ECBC est revenu positif à *Rhizomucor spp* sur plusieurs prélèvements. Un scanner thoracique a été pratiqué montrant des foyers de condensations parenchymateuses bilatérales prédominantes aux bases pulmonaires. Le patient a été traité par Amphotéricine B pendant 45 jours. L'évolution était favorable en dehors de quelques épisodes d'hypokaliémie asymptomatiques traités. Les ECBC de contrôle étaient négatifs.

Conclusion : Bien que l'infection à mucomycose soit décrite comme souvent grave et même fatale, vue sa survenue sur des terrains d'immunodéficience, notre observation illustre que cette infection peut présenter une évolution inhabituellement favorable.

P41 : DETRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES PAR LEVIH

Cherif Feki R¹, Zouari L¹, Ghanmi L², Hakim D³, Koubaa M³, Charfi N¹, Maâlej M¹, Zouari N¹, Ben Thabet J¹, Ben Jmaa M³, Maâlej M¹

- 1- Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker Sfax- Tunisie.
- 2- Hôpital Régional de Gabés- Tunisie
- 3- Service des maladies infectieuses CHU Hédi Chaker Sfax-Tunisie.

Introduction : L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est devenue un sujet d'actualité en termes d'épidémiologie et d'impact psychologique. Les troubles psychiatriques sont de plus en plus fréquents du fait du retentissement corporel et des représentations sociales de cette pathologie. Notre objectif était de dépister l'anxiété et la dépression chez les patients atteints par cette infection et de chercher les facteurs associés.

Sujets et méthodes : Nous avons mené une étude de type transversal et descriptif dans le service des maladies infectieuses du CHU de Sfax-Tunisie auprès de 35 sujets suivis pour infection par le VIH, entre le mois de Janvier et le mois d'Aout 2016. Une fiche épidémiologique a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques et les données liées à l'infection par le VIH. L'anxiété et la dépression ont été évaluées par l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depressive Scale).

Résultats : Nos patients avaient une moyenne d'âge de 43,71 ans avec un sex- ratio de 1,05. Ils n'avaient pas dépassé le niveau d'études primaire dans 57,1 % et ils étaient inactifs sur le plan professionnel dans 54.3 % des cas. Environ la moitié vivait en couple (48,6 %). Deux sujets avaient un suivi antérieur en psychiatrie (5.7 %). Le mode de transmission de l'infection était hétérosexuel dans 91.4 %. Un état anxieux était trouvé dans 17.6 % des cas. Une symptomatologie dépressive a été révélée chez 34.3 % des sujets et a été liée au niveau scolaire élevé ($p=0.013$) et à la résidence en milieu urbain ($p=0.02$).

Conclusions : Le dépistage de l'anxiété et de la dépression et la détermination de leurs facteurs de risque permet la mise en place d'actions de prévention et d'éducation adaptée ainsi que des soins psychiatriques intégrés dans une approche multidisciplinaire du patient et de sa maladie.

P42 : LA SEXUALITE DES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH

Cherif Feki R1, Zouari L1, Ghanmi L2, Hakim D3, Koubaa M3, Charfi N1, Maâlej Ma1, Zouari N1, Ben Thabet J1, Ben Jmaa M3, Maâlej M1

- 1- Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker Sfax- Tunisie.
- 2- Hôpital régional de Gabés
- 3- Service des maladies infectieuses CHU Hédi Chater Sfax-Tunisie.

Introduction : L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est devenue, depuis l'avènement des thérapies antirétrovirales, une maladie chronique. Elle touche tous les domaines de la vie, en particulier la vie sexuelle. Notre objectif était d'évaluer la prévalence des troubles sexuels chez les patients atteints par l'infection au VIH.

Sujets et méthodes : Notre étude était transversale et descriptive réalisée dans le service des maladies infectieuses du CHU de Sfax-Tunisie auprès de 35 sujets suivis pour infection par le VIH, entre le mois de Janvier et le mois d'Aout 2016. Une fiche épidémiologique a permis de recueillir les

caractéristiques sociodémographiques, les données liées à l'infection par le VIH, et d'identifier les troubles sexuels et leurs causes.

Résultats : La moyenne d'âge de nos patients était de 43,71 ans avec un sex- ratio de 1,05. Ils n'avaient pas dépassé le niveau d'études primaire dans 57,1 % et vivaient en couple dans 48,6 % des cas. Le mode de transmission de l'infection était hétérosexuel dans 91.4 %. Les troubles sexuels étaient notés chez 78,9% des hommes. Les troubles les plus fréquents étaient : la baisse de l'excitation sexuelle dans 61,1 % des cas et la baisse du désir sexuel dans 55,6 % des cas. Dans le groupe des femmes, 62.5 % ont présenté un trouble de l'excitation sexuelle et 37,5 % une baisse du désir sexuel. Les raisons invoquées par nos patients étaient principalement : La sexualité rappelle la maladie (79,4 % des cas) et l'asthénie physique liée au VIH (58,8 % des cas).

Conclusions : Notre étude témoigne de l'importance de répercussions sexuelles liées au VIH. L'existence de troubles sexuels doit être prise en considération par les soignants afin de réduire leur impact négatif aussi bien sur la qualité de vie des patients que sur leurs conduites de prévention.

43 : L'ESTIME DE SOI CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH

Cherif Feki R¹, Zouari L¹, Ghanmi L², Hakim D³, Koubaa M³, Charfi N¹, Maâlej Ma¹, Zouari N¹, Ben Thabet J¹, Ben Jmaa M³, Maâlej M¹

- 1- Service de psychiatrie « C » CHU Hédi Chaker Sfax- Tunisie.
- 2- Hôpital Régional de Gabès Tunisie
- 3- Service des maladies infectieuses CHU Hédi Chaker Sfax-Tunisie.

Introduction : L'infection par le VIH provoque une rupture biographique et remet en cause l'identité de la personne. Elle menace son bien-être, sa perspective temporelle et entraîne différentes pertes. L'estime de soi se trouve ainsi altérée par la discrimination sociale, l'isolement ou encore par des changements visibles de son apparence liés au traitement. Notre objectif était d'évaluer l'estime de soi chez les sujets atteints par cette infection et d'identifier les facteurs associés.

Sujets et méthodes : Notre étude était transversale et descriptive réalisée dans le service des maladies infectieuses du CHU de Sfax-Tunisie auprès des sujets suivis pour infection par le VIH, entre le mois de Janvier et le mois d'Aout 2016 .Les caractéristiques sociodémographiques et les données liées à l'infection par le VIH Ont été recueilli à l'aide d'une fiche épidémiologique. Nous avons évalué l'estime de soi par l'échelle de Rosenberg Self Esteem Scale (RSES).

Résultats : Trente-cinq patients ont été retenus pour l'étude. Leur moyenne d'âge était de 43,71 ans avec un sex- ratio de 1,05. Ils n'avaient pas dépassé le niveau d'étude primaire dans 57,1 % et ils étaient inactifs sur le plan professionnel dans 54.3 % des cas. Environ la moitié vivait en couple (48,6 %). Le mode de transmission de l'infection était hétérosexuel dans 91.4 %. Trois-quarts des sujets de notre population (71.4 %) avaient une estime de soi très faible à faible. Une estime de soi altérée a été significativement corrélée à l'absence du conjoint ($p=0.03$).

Conclusions : Notre étude a montré une altération de l'estime de soi chez les personnes atteintes par le VIH. Une faible estime de soi peut constituer un obstacle à la santé, à l'intégration sociale et à l'épanouissement.

P44 : LES COMPLICATIONS DE L'OBESITE A PROPOS DE 400 CAS

Hadjkacem F, Ghorbel D, Rekik N, Mnif F, Elleuch M, Abid M

Service d'endocrinologie et diabétologie du CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction : L'obésité est une maladie chronique multifactorielle combinant des facteurs génétiques et environnementaux. Elle est pourvoyeuse de nombreuses complications majorant le risque de mortalité et entravant la qualité de vie. Nous avons effectué ce travail dans le but de préciser les complications de l'obésité et de préciser les facteurs prédictifs de leur survenue.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 400 sujets obèses suivis au service d'endocrinologie de CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie. Les données ont été saisies au moyen du logiciel Excel de Microsoft Office et analysées au moyen du logiciel SPSS version 20 Windows. Nous avons effectué une étude descriptive et analytique de la série.

Résultats : L'âge moyen des patients était 35.3 ans (+/- 21.98) avec une prédominance féminine (65.3%). Le poids moyen, IMC moyen et le TT moyen de notre population étaient respectivement de 80.2 kg (+/- 28.04 kg), 32.45 kg/m² (+/- 8.175 kg/m²), 102.97cm (+/-21.84cm). Les complications de l'obésité étaient dominées par les perturbations métaboliques (56.75%), ostéo-articulaire (38.25%) suivies des complications respiratoires (30%), cutanées et infectieuses (20%) gonadiques (13%) rénales (8.75%), et des cancers (4.75%). L'âge était un facteur prédictif de survenue de tous les complications notamment métaboliques (p < 0.001), respiratoires (p = 0.02) et du cancer (p =0.04). L'IMC était positivement et significativement corrélées aux complications métabolique (p = 0.02) cardiovasculaires (p = 0.009), ostéo-articulaires (p = 0.002), respiratoires (p <0.001). Enfin seule l'ancienneté de l'obésité était un facteur significativement prédictif des complications cardiovasculaires (p =0.048) et de survenue du cancer (p =0.038). Nos résultats sont concordant à ceux de la littérature en confirmant les différentes complications de l'obésité associé aux différents facteurs prédictifs de leur survenue notamment l'âge, la sévérité de l'obésité et son ancienneté [1-2].

Conclusion : L'obésité expose le patient à des complications fréquentes et peut altérer la qualité de vie et même mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

P 45 : LA TOXOCAROSE OCULAIRE : A PROPOS DE TROIS CAS

I.Oueslati, R. Abid, S. Hannechi, A. Bellaaj, S. Saihi, N. Bousetta, R.Battikh, B.Louzir, N. Ben Abdelhafidh, S. Othmani

Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Tunis Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : La toxocarose oculaire est due aux larves d'ascaris principalement de chiens (*Toxocara canis*) et exceptionnellement de chats (*Toxocara cati*). Elle se manifeste essentiellement par une panuvéite, un granulome postérieur ou un granulome périphérique.

Matériel et méthodes : Nous rapportons 3 cas de toxocarose oculaire colligés dans le service de Médecine Interne de l'Hôpital Militaire de Tunis.

Observation n°1 : Patient âgé de 15ans, admis pour une baisse brutale de l'acuité visuelle évoluant depuis 15jours. L'examen ophtalmologique objectivait au niveau des 2yeux une acuité visuelle à 1/10avec un segment antérieur calme, une uvéite intermédiaire, une choroïdose myopique, un aspect en œufs de fourmis en inférieur et un décollement rétinien exsudatif en inféro-temporal. L'angiographie rétinienne objectivait une vascularite étendue. La sérologie de la toxocarose était positive (technique western BLOT). Le patient a reçu une corticothérapie générale associée à l'albendazole (400mg/jour pendant 15jours). Il a été opéré pour le décollement rétinien avec une bonne évolution.

Observation n°2: Patient âgé de 27ans, admis pour une rougeur oculaire douloureuse, récidivante de l'œil droit avec une baisse de l'acuité visuelle, des céphalées et des arthralgies inflammatoires, évoluant depuis 1an. L'examen ophtalmologique objectivait une acuité visuelle à4/10, une uvéite antérieure droite associée à une hyalite. L'angiographie rétinienne montrait une vascularite localisée. La

sérologie de la toxocarose était positive. Le patient avait reçu une corticothérapie générale et locale associée à l'albendazole (400mg/j pendant 15jours). L'évolution était marquée par une régression de l'uvéite et de l'hyalite et une légère amélioration de l'acuité visuelle.

Observation n° 3 : Patient âgé de 14ans, admis pour une baisse de l'acuité visuelle gauche évoluant depuis 4mois. L'examen ophtalmologique objectivait une acuité visuelle à 2/10, une panuvéite et une vascularite rétinienne. La sérologie de la toxocarose était positive. Le patient avait reçu une corticothérapie générale et locale associée à l'albendazole (400mg/j pendant 15jours). L'évolution était favorable.

Conclusion : La toxocarose oculaire reste relativement rare. Il faut y penser devant toute uvéite et demander la sérologie pour améliorer le pronostic visuel.

P46 : INFECTION GRAVE PAR LE VIRUS DE LA GRIPPE A : A PROPOS DE 3 CAS

B Mbarek MN, Bennisr F.

Service de réanimation-hôpital régional de Kébili

L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des cas graves de grippe A(H1N1) à travers une étude prospective observationnelle incluant tous les cas probables et confirmés de grippe A(H1N1) chez les patients hospitalisés dans notre service de réanimation pendant l'année 2016. Nous avons recueilli pour chaque patient l'histoire de la maladie, les données démographiques, les traitements initiés, les comorbidités, les caractéristiques cliniques, la biologie et radiographie thoracique à l'admission, les traitements reçus et les complications éventuelles.

Trois patients ont été inclus. Les trois étaient des adultes jeunes sans antécédent médical, et ont nécessité la ventilation mécanique. Le traitement par Oseltamivir (Tamiflu) a été instauré dès l'admission après les prélèvements virologiques. Un seul patient est décédé. La gravité de l'infection par la grippe A(H1N1) est dû dans 60% à 80% des cas au syndrome de détresse respiratoire aigüe « SDRA » (Grippe maligne fulminante).

P47 : LA GRIPPE PORCINE AU SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DE SFAX

N. Charfi, H. Elfekih, M. Elleuch, F. Hadj Kacem, M. Mnif, N. Rekik, F. Mnif, M. Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie.

Introduction : La grippe porcine est une infection respiratoire aiguë contagieuse provoquée par un virus de la grippe A de sous-type H1N1, apparu en 2009 et qui a été à l'origine d'une nouvelle pandémie. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte de la grippe A(H1N1) qui a été découverte au cours de son hospitalisation dans notre service.

Observation : Patiente A.N. âgée de 39 ans, aux antécédents personnels de polyendocrinopathie autoimmunes incluant un diabète type 1 depuis 10 ans mal équilibré sous insuline indiquant son hospitalisation, une hypothyroïdie et une insuffisance surrénalienne depuis 1 an sous traitements substitutifs. Elle présente aussi une hypertension artérielle depuis 1 an, une anémie et des infections cutanées à répétitions en rapport avec une immunodépression secondaire au déséquilibre du diabète. Le déséquilibre du diabète est en rapport avec une infection cutanée ombilicale associée à une bronchite aiguë pour lesquelles elle a eu 15 jours d'amoxicilline-pristinamycine avec amélioration clinique mais devant l'apparition des douleurs lombaires gauches, candidurie avec un foyer de néphrite polaire gauche à l'échographie abdominale, elle a été mise sous Céfotaxime-Fluconazole. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une dyspnée, toux grasses, râles crépitants, GB=14160, CRP=188, alcalose respiratoire avec hypoxémie (PaO₂=73 mmHg), une surcharge hilaire bilatérale à la radiographie du thorax avec un

œdème aigue du poumon alvéolo-interstitiel au scanner thoracique en rapport avec un syndrome de détresse respiratoire aigüe. Patiente a été mise sous gemifloxacin avec Tamiflu® dès la suspicion de l'infection à H1N1 avec un prélèvement naso-pharyngé revenant positif. L'évolution après 6 jours du traitement au service de maladies infectieuses était marquée par l'amélioration clinico-biologique et l'équilibration de son diabète.

Conclusion : La grippe A(H1N1) peut être responsable d'une infection grippale qui semble peu dangereuse pour les personnes saines, mais qui peut être grave sur certains terrains notamment chez les diabétiques et les immunodéprimés.

P 48 : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE L'HEPATITE VIRALE A DANS LA CIRCONSCRIPTION D'ELHAMMA

M.Damak¹, H.Bouaziz², N.Bekir¹, S.Yahyaoui,³ S.Salah²

- 1- Hôpital de circonscription d'Elhamma
- 2- Hôpital de circonscription d'Ouedref
- 3- Centre de santé de base de Gabès

Introduction : Les hépatites virales regroupent les infections provoquées par des virus à tropisme hépatique. Le virus de l'hépatite A (VHA) appartient à la famille des *Picornaviridae* et au genre *Hepatovirus*. La transmission est presque exclusivement oro-fécale. Notre étude a pour but de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de l'hépatite virale A dans la région d'Elhamma.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective concernant les sujets déclarés porteurs d'une hépatite virale A durant la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015.

Résultats : Nous avons colligé 457 sujets déclarés, l'âge moyen était de 8,4 ans avec des extrêmes allant de 07 mois et de 66 ans. 224 patients (49%) étaient âgés entre 6 et 10 ans. Nous avons noté une légère prédominance masculine avec 256 de sexe masculin (56%). 274 cas ont été déclarés en 2014 soit 60% des cas. L'infection par le VHA était diagnostiquée à la phase prodromique anictérique dans (66%) des cas. Le diagnostic biologique était confirmé par le dosage des transaminases dans 80% des cas. La confirmation sérologique n'était pratiquée que dans 15% des cas. Aucun traitement spécifique n'a été envisagé. L'évolution était favorable chez 455 patients avec guérison clinique et biologique dans les 3 semaines dans la majorité des cas.

Conclusions : L'hépatite virale A reste endémique dans certaines régions de la Tunisie. C'est le cas de la circonscription d'Elhamma où cette pathologie a connu une recrudescence récente due aux relâchements des mesures d'hygiène. L'évolution est généralement favorable, le risque d'hépatite fulminante est de un cas pour 1000 formes ictériques. Le taux de mortalité est de 0,3%. La prévention repose sur des mesures d'hygiène simples dont le lavage des mains et la vaccination.

P49 : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DE LA ZONA OPHTALMIQUE : EXPERIENCE DU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES DE L'GABES.

AMORRI.¹, AZZOULI.H², ZRELLI.L², GHORBEL. H², ELLOUGH.F³, CHAIEB.L⁴, SALHA.S¹

- 1- Service de la Consultation externe, Hôpital Régional de Gabes
- 2- Service des Maladies Contagieuses, Hôpital Régional de Gabes
- 3- Service de SAMU05, Hôpital Régional de Gabes
- 4- Service des Urgences, Hôpital Régional de Gabes

La zona ophtalmique est une pathologie bien connue. Elle est dû à une réactivation du virus *varicelle-zona* (VZV) qui reste quiescent dans les ganglions sensitifs dorsaux après la varicelle. Elle se manifeste par une éruption cutanée caractéristique localisée à l'hémiface et associé dans 50% des cas à des manifestations ophtalmologiques qui font avec la complication neurologique toute la gravité de cette maladie. Le but de ce travail était d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cas de zona ophtalmologiques diagnostiqués dans notre service.

Matériel et méthodes :Notre étude est rétrospective et étalée sur une période de 8 ans (2007-2014). Elle a intéressé 24 cas colligés au service de maladies infectieuses de Gabes.

Résultats :Notre population était formée par 12 hommes et 12 femmes. L'âge variait entre 36 et 88 ans avec une moyenne de 61 ans. Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la consultation était de 5 jours (3 à 16j). Les signes ophtalmiques étaient une conjonctivite dans 7 cas, une kératite dans 4 cas. L'atteinte du côté gauche était dominante et retrouvée dans 14 cas (58.3%). Un traitement à base d'Aciclovir par voie parentérale était prescrit pour tous les malades avec une durée moyenne de 7 jours (5- 10j). Une antibiothérapie anti staphylococcique était associé dans 11 cas. Une douleur post zostérienne importante justifiait le recours à des antalgiques seuls dans 3 cas et associé à des neuroleptiques dans 11 cas.

Conclusions :La zona ophtalmique peut se compliquer d'atteintes ophtalmologiques graves justifiait un traitement anti viral intraveineux agressif associé à une prise en charge thérapeutique locale adapté. Ces atteintes pouvant être malgré cette prise en charge potentiellement cécitantes.

P50 : PLACE DE LA SEROTHERAPIE ANTIRABIQUE DANS LE TRAITEMENT DES MORSURES GRAVES POST EXPOSITION.

MT. KHOUFI, R. ALLANI, A. MRABET

Centre Militaire d'Hygiène et de Protection de l'Environnement
Direction générale de la santé militaire de Tunis

Introduction :Selon l'OMS, la rage est classée au dixième rang des maladies infectieuses mortelles et tue environs 55000 personnes par an dans le monde. En Tunisie, 35000 cas d'exposition sont enregistrés chaque année. La vaccination antirabique constitue le seul moyen de prévenir efficacement la maladie. Dix millions de personnes reçoivent chaque année un traitement antirabique de post-exposition après contact avec un animal suspect. Les immunoglobulines antirabiques sont toujours administrées en cas d'exposition grave.

Objectifs :

* Analyser les aspects épidémiologiques des cas d'exposition à la rage ayant nécessité une sérothérapie.

* Evaluer le respect des normes relatives à la dose d'immunoglobulines antirabique administrée en infiltration locale chez la population étudiée.

Méthodes :C'est une étude rétrospective portant sur 228 cas d'agression ayant nécessité une sérothérapie au Service de Vaccination Internationale et Antirabique de l'Institut Pasteur de Tunis durant l'année 2011. Nous avons étudié les fiches médicales de 3886 patients agressés, ayant consultés à l'Institut Pasteur de Tunis du 1er Janvier au 31 Décembre 2008 et bénéficiés de la vaccination antirabique post-exposition.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 24 ans, avec des extrêmes allant de 2 à 83 ans. La tranche d'âge comprise entre 15 et 39 ans représentait 43% de notre échantillon, soit un sexe ratio de 2,7. Le caractère multiple des agressions était retrouvé chez 69% des individus avec 54% des cas au niveau des extrémités des membres supérieurs. La totalité de la dose de sérum antirabique n'a été administrée en infiltration par voie locale que dans 37% des sujets.

Conclusion : La rage demeure un problème de santé publique vu sa gravité sur l'état de santé de la victime et cela par la mise en jeu du pronostic vital de ce dernier ainsi que le coût élevé de la prise en charge de la rage humaine.

P51 : PALUDISME APRES TRANSPLANTATION RENALE

L. BEN FATMA¹, B. ZANNAD², M. KHARROUBI¹, R. KHEDER¹, H. JEBALI¹, W. SMAOUI¹, M. KRID¹, S. BEJI¹, L. RAIS¹, K. ZOUAGHI¹

- 1- Service Néphrologie, Hôpital La Rabta.
- 2- Service Hémodialyse, Polyclinique CNSS El Omrane

Introduction : Le paludisme est une maladie grave, multiforme et mortelle dont le responsable est un parasite unicellulaire microscopique appelé le *Plasmodium*. Chez le transplanté rénal, cette parasitose peut se transmettre par trois voies : transmission par le greffon, réactivation d'une infection ancienne ou infection acquise par le greffon. Le traitement immunosuppresseur confère en effet une susceptibilité particulière à cette parasitose.

Matériel et méthode : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 20 ans, originaire d'Afrique de l'ouest, insuffisante rénale terminale, aux antécédents de paludisme traité qui a été transplantée du rein.

Résultats : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 20 ans, originaire d'Afrique de l'ouest, aux antécédents de paludisme à l'âge de 16 ans, hémodialysée qui a bénéficié d'une transplantation rénale à partir d'un donneur vivant apparenté : sa mère (HLA semi identique), elle aussi aux antécédents de paludisme traité 13 ans auparavant. La patiente a été mise sous chimio-prophylaxie à base de Chloroquine au long cours. Le traitement immuno-suppresseur était à base de Mycofénilate Mofétyl, Thymoglobuline, Cyclosporine et Corticoïdes. A J18 post transplantation, la patiente a présenté une septicémie à porte d'entrée digestive. La goutte épaisse et le frottis mince ont éliminé le diagnostic d'accès palustre. Elle a été mise sous antibiotiques avec une bonne évolution clinique et biologique. La patiente est rentrée chez elle en Afrique de l'ouest. Aucune récurrence de paludisme n'a été signalée avec un recul de 18 mois.

Conclusion : La transplantation rénale en cas d'antécédents de paludisme peut être efficace moyennant une chimio-prophylaxie adéquate comme le cas de notre patiente où une réactivation ou une transmission par le greffon sont possibles. Cependant, en cas de fièvre avec des signes digestifs et dans ce contexte, la recherche du paludisme par goutte épaisse doit être systématique.

POSTER J1 : HORS THEME

P52 : LES POLYARTHRISES DE L'ADULTE EN AFRIQUE : HIER, AUJOURD'HUI, ET DEMAIN.

Abdou Rajack NDIAYE¹, Lisa BIALÉ², Frédéric BANAL², Isabelle IMBERT², Ibrahima DIALLO¹, Souhaïbou NDONGO³, Francis KLOTZ⁴, Dominique LECHEVALIER²

- 1- Service de Médecine Polyvalente. Hôpital Principal de Dakar. Hôpital d'Instruction des Armées. 1 avenue Nelson Mandela – BP : 3006 Dakar – SENEGAL.
- 2- Service de Rhumatologie. Hôpital d'Instruction des Armées Bégin. 69 avenue de Paris 94160 Saint-Mandé - FRANCE.

- 3- Service de Médecine Interne – Clinique Médicale 1. CHU Aristide LE DANTEC. Université Cheikh Anta Diop.
- 4- Ecole du Val-de-Grâce. 1 Place Alphonse Laveran, 75005 Paris, France.

Les affections rhumatismales en Afrique sont souvent chroniques parfois aiguës, mais surtout leur prise en charge reste aléatoire sur le plan thérapeutique. Malgré tout, dans la dernière décennie, l'intérêt porté à la rhumatologie observée en zone tropicale, spécialement dans la race noire, est croissant. De plus il apparaît du plus grand intérêt d'établir des comparaisons entre ce qui est observé dans la race noire et ce qui est connu dans d'autres races : ainsi, peut-on préciser la place des facteurs génétiques dans la physiopathologie souvent plurifactorielle de ces affections. Dans le contexte d'un continent encore en développement, la pathologie infectieuse est encore fréquente en Afrique Sub-saharienne.

Dans ce travail, les auteurs passent en revue les polyarthrites de l'adulte en Afrique à travers le temps d'hier à aujourd'hui avant de présenter les particularités liées aux thérapeutiques et à leur application en Afrique.

Sur le plan contextuel, l'Afrique est une terre d'ambivalence d'une chose et de son contraire : unicité et diversité ; mélange et séparation entre autres. En effet l'Afrique repose sur une plaque tectonique, c'est aussi et surtout un continent. L'Afrique est aussi une terre de diversités représentées principalement par : des climats contrastés (méditerranéen, aride, tropical sec, tropical humide et équatorial), des populations très inégalement réparties à dominante jeune, une très grande diversité génétique et ethnoculturelle avec plus de 2000 groupes ethniques. L'environnement est aussi caractérisé par une urbanisation très anarchique avec des disparités énormes : 80% des populations sont encore rurales. Les études consacrées aux affections rhumatismales en Afrique Noire ont permis d'établir que le continent n'en n'est pas épargné. Lorsque l'on évoque les particularités de la rhumatologie dans la race noire, il apparaît que certaines affections dont le caractère génétique est clairement établi, ont une fréquence très différente chez le caucasien. Les autres particularités majeures de la rhumatologie en Afrique est représentée par les complications ostéoarticulaires des hémoglobinopathies, spécialement de la drépanocytose, déterminée génétiquement et propre à la race noire et la fluorose osseuse hydro tellurique encore fréquente en Afrique de l'ouest. L'Afrique est un vaste continent aux contrastes environnementaux, sociaux, culturels et génétiques. Les polyarthrites de l'adulte en Afrique sont polymorphes, d'étiologies diverses. Elles sont fréquentes, souvent diagnostiquées avec retard et à des stades évolués. Aujourd'hui les rhumatismes parasitaires ont quasi disparu. La prévalence des rhumatismes liés aux VIH est devenue plus importante. Enfin une autre préoccupation actuelle ou à venir est représenté par l'émergence des rhumatismes métaboliques dans un contexte de changement de mode avec une urbanisation anarchique, une sédentarité, la « montée en puissance » du Syndrome. Au même moment les thérapeutiques sont toujours limitées et concurrencées par la contrefaçon et le non-respect des règles de conservation des médicaments.

P 53: FIRST CHRONIC PAIN CLINIC IN RWANDA: A COMPARISON OF DEMOGRAPHICS AND CASE MIX WITH EUROPEAN DATA

Victoria Tidman, Jerome Muhizi, Ben Karenzi, Joan Hester, Annette Gibb, Gilbert Mwaka, Jane Uwase, Christian Mkwesi.

Background: A study that used data from 10 developed countries and 7 developing countries showed there is a higher prevalence of chronic pain in developing countries (1). However, most developing countries, including Rwanda, do not have a chronic pain service. The first chronic pain clinic in Rwanda was held at the Rwandan Military Hospital (RMH), Kigali, between the dates of 18th September and 30th October 2014. Initially, there were 2 clinics a week. These were led by an advanced pain trainee with a nurse translator in an outpatient department setting. This was augmented by

a pain team from Specialists in Pain International Network (SPIN) charity, which allowed extra clinics to run for 5 days.

Aim: To compare the demographics and case mix of chronic pain patients in Rwanda with developed countries.

Methods: As it was a novel service in Rwanda, we advertised at local and national level for patients via email, posters and a radio announcement. The eligibility criteria for referral to clinic were pain lasting for more than 3 months that was not responding to conventional treatment. The Rwandan government health insurance covered most of the cost of the clinic visit meaning that it was affordable for all. Patients were seen in clinic for between 30 to 60 minutes. The clinic included a doctor, a nurse and at times a physiotherapist and psychologist. Basic demographics and their pain history were recorded. We excluded cancer pain and follow up patients. To compare our results with European data we used a 2006 survey by Breikvik et al (2).

Results:

- ✓ The average age of the 44 patients included was 49.8 years, which is very similar to the European data. The 61-70 age group had the highest incidence of chronic pain compared to the 41-50 age group in the European data. This is interesting especially if we consider that the life expectancy in Rwanda is 64.5, significantly less than many European countries (3).
- ✓ 61% of patients who attended clinic were female, which is higher than the population estimate of 51% women (4). This is comparable to previous prevalence studies (1).
- ✓ Nearly 50% of the patients studied in Europe had back pain. Systematic reviews showed that lower back pain (LPB) has an even higher prevalence in developing countries(5). Therefore, unsurprisingly LBP was the most common complaint in the Rwandan population. Leg pain and headaches also featured frequently.
- ✓ The duration of pain in Rwandan patients tended to be shorter compared to those from Europe.

Conclusions: The case mix in Rwanda is not unlike the case mix in developed countries. Although we cannot assess prevalence of chronic pain in Rwanda from our data, our experience suggests there is a demand for chronic pain management. We plan to collect more data to analyse the case mix and prevalence of chronic pain to guide further development. We continue to support the chronic pain service at the RMH and hope that it can be a role model for developing services in other African countries.

References

1. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. Tsang A1, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges GL, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine JP, Haro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Seedat S, Watanabe M, Demyttenaere, K. J Pain. 2008 Oct;9(10):883-91. doi: 10.1016/j.jpain.2008.05.005. Epub 2008 Jul 7
2. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Eur J Pain. 2006 May;10(4):287-333. Epub 2005 Aug 10.
3. <http://www.statistics.gov.rw>
4. CIA world fact book <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
5. The Prevalence of low back pain in Africa: a systematic review Quinette A Louw, Linzette D Morris and Karen Grimmer-Somers BMC Musculoskeletal Disorders 2007, 8:105 doi:10.1186/1471-2474-8-105

P 54 : MENINGITE OURLIENNE CHEZ L'ADULTE : A PROPOS DE 10 CAS

H. Azouzi¹, H. Ghorbel¹, L. Zrelli¹, F. Amorri², S. Yahyaoui³

- 1- Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Régional Mohamed Ben Sassi, Gabès
- 2- Service de consultation externe, Hôpital Régional Mohamed Ben Sassi, Gabès
- 3- Centre de soins de santé de base de Ghannouch, Gabès

Introduction : L'objectif est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques, des méningites aiguës ourliennes chez l'adulte.

Méthodes : Une étude rétrospective descriptive sur dossiers des patients hospitalisés dans le service de maladies infectieuses à Gabès pour méningite ourlienne durant la période entre décembre 2015 et août 2016. La méningite était définie par un nombre de leucocytes dans le LCR $>10/mm^3$. L'origine ourlienne de la méningite était retenue devant : présence de cas similaires dans l'entourage et/ou apparition d'une parotidite et/ou orchite.

Résultats : Parmi les 25 cas de méningite à liquide clair pris en charge durant la période d'étude, l'origine ourlienne était retenue chez 10 patients (40%). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 26,33 ans (17- 65ans). Des cas d'oreillons dans l'entourage durant les 3 dernières semaines étaient retrouvés dans 2 cas. Aucun antécédent pathologique n'était noté. Le délai moyen d'hospitalisation était de 6,55 jours (2-15 jours). La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours (3-5 jours). Un syndrome méningé fébrile était retrouvé dans 5 cas, associé à une parotidite dans 8 cas, à une orchite dans 2 cas et une pancréatite dans 7 cas. Une ponction lombaire ramenait un liquide clair à prédominance lymphocytaire dans tous les cas. Une hyperprotéinorachie modérée ($<1,5g/l$) était retrouvée dans 2 cas et une hypoglycorachie (glycorachie/glycémie $<0,4$) dans un cas. Le traitement était symptomatique dans tous les cas. L'évolution était favorable, sans séquelles chez tous nos patients.

Conclusion : L'origine ourlienne est une étiologie relativement fréquente de méningite à liquide clair chez l'adulte, le contexte épidémiologique et les signes cliniques sont primordiaux pour l'orientation diagnostique.

P 55 : LE STRESS PROFESSIONNEL CHEZ LES INTERVENANTS DU SAMU 05

A.Jradi, S.Hafi, L.Rajhi, MA.BenAhmed, Z.Chelbi.

Introduction : Les médecins, les infirmiers et les ambulanciers des Services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) sont confrontés à la gestion de situations qui mettent en jeu la vie des individus. L'urgence, l'imprévisibilité et la gravité des interventions rythment la pratique de la médecine d'urgence et exposent les intervenants à un stress intense et répété. Ce contexte de travail peut engendrer un stress chronique appelé « stress professionnel ». Le stress est défini comme « une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ».

Objectif : Évaluer le niveau de stress chez les intervenants du SAMU 05, identifier les principales causes de stress et déterminer le retentissement du stress sur leur état de santé.

Matériel et méthodes : Notre population est constituée d'un « groupe SMUR » de 22 sujets. Nous avons recueilli :

- * les données sociodémographiques (âge, statut civil, niveau socio-économique),
- * les données concernant les conditions du travail (nombre d'années d'activité professionnelle, nombre de gardes /mois, nombre d'heures de travail / semaine, qualité du contact avec les patients...)
- * les facteurs de stress et ses conséquences.

Résultats : La moyenne d'âge des intervenants était de 34,5 ans (Extrêmes de 22 ans à 45 ans). Les troubles somatiques les plus fréquents étaient : troubles du sommeil (44,4%), lombalgies (41,7%).

Les délais d'interventions, l'incertitude du diagnostic, la gravité des interventions et l'agressivité des patients étaient les sources de stress dans (88,3%). La sensation de fatigue était la répercussion la plus fréquente du stress dans notre série (44,4%). 50% d'entre eux se plaignaient aussi du manque de matériel et d'équipement médical adéquat.

Conclusion : Le stress professionnel chez le personnel du SAMU 05 est une réalité. Les sources de stress les plus fréquentes sont le côtoiement permanent de la souffrance des malades, l'agressivité des patients et le manque de matériel et d'équipement médical adéquat. Des mesures de prévention et d'action doivent être mises en œuvre. Elles doivent être articulées essentiellement autour de l'amélioration des conditions humaines et matérielles du travail.

P56 : LE SYNDROME CORONARIEN AIGU AVEC SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST: DONNEES EPIDEMIO-CLINIQUES ET DELAI DE PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE. EXPERIENCE DU SAMU 05

A.Jradi, S.Hafi, L.Rajhi, MA.BenAhmed, Z.Chelbi.

Introduction : Les syndromes coronariens aigus avec sus-décalage persistant du segment ST (SCA ST+) constituent un problème majeur de santé publique de par leur prévalence et leur mortalité. Plus du tiers des décès vont survenir dans la première heure et la moitié au cours des 24 premières heures. Le pronostic est fonction du temps mis entre le début des symptômes et celui de la prise en charge appropriée. L'objectif du travail était de déterminer les données épidémiologiques, cliniques, le délai de prise en charge des infarctus du myocarde, les facteurs liés à un allongement du délai et le pronostic des patients.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée de Septembre 2011 à Août 2012 portant sur 54 cas. Le critère d'inclusion était l'infarctus du myocarde dont le diagnostic était basé sur des critères cliniques (douleur angineuse), électrocardiographiques (sus-décalage persistant du segment ST dans au moins deux dérivations contiguës du même territoire coronaire, onde Q de nécrose) et biologiques (élévation des troponines). Les informations relatives au délai de prise en charge ont été recueillies: début du premier symptôme, contact avec le premier agent de santé et l'équipe SMUR.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 58,5 ans avec des extrêmes allant de 28 ans à 102 ans. L'établissement de soin était l'origine d'appel le plus fréquent dans 67% des cas. Le territoire antérieur était le plus fréquent dans 58% des cas suivi du territoire inférieur dans 36% des cas et une extension au VD dans 9% des cas. La thrombolyse pré-hospitalière était faite dans 12,5% des cas avec une seule complication. Le délai moyen d'intervention était de 110 min dans les établissements de soin périphériques et de 37 min pour les généralistes.

Conclusion : La quasi-totalité des patients victimes d'un syndrome coronarien aigu ST+ sont pris en charge hors délai. Ce constat est le témoin d'un manque de stratégie nationale de prise en charge de cette pathologie. Les facteurs associés à un allongement des délais de prise en charge sont liés au manque de référence et aux erreurs diagnostiques. L'absence de la coronarographie rend toujours incomplète la prise en charge.

P 57 : LA CHIRURGIE DE L'ASPERGILLOME PULMONAIRE

Abdelkbir A, Hentati A, Chaari Z, Abid W, Ben jmaa H, Elleuch N, Frikha I.

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire hôpital Habib Bourguiba Sfax.

Introduction : L'aspergillome pulmonaire est une colonisation par *Aspergillus* d'une cavité pulmonaire préformée. Les lésions séquellaires de tuberculose constituent les facteurs prédisposant les plus fréquents

Patients et méthodes : Sur une période de 20 ans, 21 patients atteints d'une aspergillome pulmonaire ont été opérés. Il s'agit de 14 hommes (66,7 %) et 7 femmes (33,3%), d'âge moyen de 51 ans. Concernant les facteurs de risque, parmi les 20 patients 9 avaient un antécédent de tuberculose (45%). Un seul patient avait un antécédent familial de tuberculose. Trois cas de bronchopneumopathie chronique obstructive (15%), 2 cas d'abcès pulmonaire (10%), un cas de kyste hydatique du fowler et un cas de dilatation des bronches (0,5%) avaient été individualisés. Les autres antécédents étaient le diabète pour 3 patients, l'aspergillose cérébrale pour un patient et un syndrome d'hyperéosinophilie pour un. Sept patients étaient tabagiques. Les motifs fréquents d'hospitalisation étaient dominés par l'hémoptysie (80%), la toux (35%), la dyspnée (10%), la fièvre (10%) et la douleur thoracique (15%). La radiographie du thorax a été réalisée chez tous les patients. Elle montrait des images de caverne dans 11 cas, de grelot dans 7 cas, de nodule pulmonaire dans 3 cas. Le scanner thoracique réalisé chez tous les patients montrait des images de cavernes dans 11 cas, de grelot dans 9 cas, et de nodule dans un cas. Sur le plan biologique, treize patients ont bénéficié d'une sérologie aspergillaire avec un résultat positif pour 5 patients et négatif pour 3. A noter que trois patients ont été hospitalisés dans la même période pour suspicion radiologique d'aspergillome dont un avait une sérologie positive mais l'examen anatomopathologique définitif était en faveur d'une tuberculose caséofolliculaire. Tous les patients ont été opérés. La voie d'abord était une thoracotomie postéro-latérale dans tous les cas. Le geste opératoire était une résection atypique dans 8 cas, une truffectomie avec capitonnage de la cavité résiduelle dans 2 cas, une lobectomie dans 9 cas, une pneumonectomie dans deux cas. Les suites opératoires étaient simples pour 14 patients ; compliquées de bullage prolongé pour 2 patients ; pyothorax avec détresse respiratoire dans un cas et infection de plaie dans un cas (ces deux derniers cas ont été repris). Un décès à J0 a été noté. L'examen histologique des pièces d'exérèse chirurgicale a confirmé le diagnostic.

Conclusions : Le dépistage et le traitement précoce et adéquat de la tuberculose pulmonaire dans les pays à forte prévalence tuberculeuse ainsi que la surveillance régulière des lésions pulmonaires séquellaires sont primordiaux. Le traitement de référence de l'aspergillome qui est la chirurgie est grevé d'une lourde mortalité et de complications postopératoires.

P58 : LA TUBERCULOSE DE LA SPHERE ORL EXTRA-GANGLIONNAIRE : A PROPOS DE 13 CAS

S. Sallem, L. Ammari, S. Aissa, A. Berriche, R. Abdelmalek, A. Goubantini, F. Kanoun, B. Kilani, H. Tiouiri Benaissa

Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : La tuberculose de la sphère ORL extra ganglionnaire est rare, représente 1,5% de l'ensemble des localisations tuberculeuses. La symptomatologie clinique est trompeuse ce qui pose parfois des difficultés diagnostiques. La pathologie tumorale constitue le principal diagnostic différentiel. L'objectif de ce travail est de relever les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette localisation de la tuberculose.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective a été menée au service des maladies infectieuses à l'hôpital La Rabta incluant les dossiers de sujets présentant un tableau clinique de tuberculose de la sphère ORL extra-ganglionnaire sur une période de 12 ans (Janvier 2005 - Aout 2016). Résultats : Ont été colligés 13 cas. L'âge moyen de nos patients était de 41 ans (14-67 ans). Il s'agissait de 3 hommes et 10 femmes. La répartition topographique de la tuberculose au niveau de la sphère ORL est : le cavum (7 cas), les amygdales (3 cas), les fosses nasales (2 cas), la thyroïde (3 cas), l'oreille (1 cas). Le délai moyen entre le début des symptômes et la confirmation du diagnostic était de 6 mois [1-15 mois]. Le contage tuberculeux a été retrouvé chez deux patients. L'IDR à la tuberculine était positive chez 8

patients. Une localisation pulmonaire était associée dans 4 cas (30,7%). Le diagnostic a été confirmé par l'étude histologique dans tous les cas. Aucune étude bactériologique n'a été réalisée sur les prélèvements tissulaires. La durée moyenne totale du traitement antituberculeux était de 13 mois [7-21 mois]. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Discussion et conclusion : La tuberculose extra-ganglionnaire de la sphère ORL est une pathologie rare. Le larynx représente le site le plus touché par la tuberculose avec une fréquence de 46% suivi par le cavum. L'atteinte de la sphère ORL au cours de la tuberculose doit être évoquée dans les zones d'endémie, incitant le recours à la biopsie qui permet d'avoir une confirmation bactériologique et histologique. Le traitement est basé sur les anti-tuberculeux.

P 59 : FRACTURE SUR OSTEOMYELITIS AIGÛE : FACTEURS FAVORISANTS ET PRISE EN CHARGE

Trigui M, Baya W, Ellouz W, Zribi W, Zribi M, Keskes H

Service de chirurgie orthopédique et Traumatologique. CHU H Bourguiba – Sfax – Tunisie

Introduction : La survenue d'une fracture sur ostéomyélite aiguë est une complication grave qui pose un problème difficile de consolidation sur un os infecté et fragile. Notre but est de chercher les facteurs favorisant la survenue de cette complication afin de la prévenir et de l'améliorer sa prise en charge.

Matériel et méthode : Notre série comporte 11 fractures pathologiques sur 118 ostéomyélites aiguës des os longs colligées sur une période de 12 ans. L'âge moyen des enfants était de 7 ans lors de la fracture. Le délai moyen entre le diagnostic et la fracture était de 6 mois. La durée du traitement était de 8 mois. La durée d'immobilisation avant la fracture était de 3 mois. L'ostéomyélite a été diagnostiquée au stade d'abcès sous périoste rompu dans 5 cas. Tous les patients ont été opérés avec une trépanation osseuse dans 9 cas. La fracture a été de siège fémoral dans 7 cas, tibial dans 3 cas et au premier métatarsien dans 1 cas.

Résultats : Le traitement de la fracture a consisté en une immobilisation par plâtre dans 9 cas ce qui a permis la consolidation dans 7 cas. Les autres cas ont nécessité un fixateur externe d'Ilizarov. Le montage d'Ilizarov a permis en plus une correction des éventuels troubles d'axe ou de raccourcissement associés. Toutes les fractures ont consolidé mais au prix d'une immobilisation moyenne pendant 5 mois. Une déviation axiale séquellaire a persisté chez 2 patients et une raideur du genou dans 2 cas.

Discussion : Les facteurs prédictifs de fracture sur ostéomyélite sont le retard de prise en charge, une interruption circonférentielle de la réaction périostée, une trépanation en zone diaphysaire et une immobilisation insuffisante. Une surveillance étroite et une immobilisation prolongée sont nécessaires lorsqu'il existe des facteurs prédictifs de fracture pathologique.

P 60 : REDUCTION CHIRURGICALE DES SEQUELLES DE LUXATION SEPTIQUE INVETEREE DE HANCHE.

M Trigui, K Ayadi, Triki A, Abid A, W Zribi, M Aoui, M Zribi, H Keskes

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. CHU H. Bourguiba - Sfax – Tunisie

Introduction : La réduction des luxations septiques anciennes est beaucoup plus difficile que celle des luxations récentes à cause des remaniements et la déformation de la tête. Dans ce travail nous allons montrer les déformations spécifiques de la tête fémorale et les difficultés de réduction.

Série : Nous rapportons 3 cas de séquelles de luxation septique invétérée de hanche réduites chirurgicalement à un âge moyen de 4 ans. La luxation était intermédiaire dans 1 cas et une subluxation

dans deux cas. La voie d'abord était antérieure dans tous les cas. Après capsulotomie, la tête était irrégulière, ostéochondritique. Le ligament rond était absent. La tête était grosse et évasée et sa partie inféro-interne. Ceci nous a obligé à faire une résection de cette partie inféro-interne de la tête pour pouvoir réduire la tête, puis la stabiliser par une ostéotomie de Salter puis une capsulorrhaphie. Le résultat fonctionnel a été satisfaisant dans tous les cas avec une bonne mobilité de la hanche, absence de douleurs et de boiterie et une amélioration de la morphologie de la hanche dans tous les cas au recul moyen de 3 ans.

Discussion : La réduction chirurgicale de ces séquelles de luxations septiques invétérées de hanche pose en plus des problèmes habituels des luxations congénitales et du risque septique, le problème de la fragilité et la déformation particulière de la tête fémorale ce qui a imposé une résection épiphysaire parcellaire. Cet aspect de la tête fémorale est expliqué par la nécrose de la tête pendant l'épisode septique et sa reconstruction de façon anormale par un traitement en abduction mal conduit. La résection épiphysaire est toujours à éviter, mais dans ces cas, on était obligé de la faire pour obtenir une réduction complète de la tête dans la cotyle.

P 61 : LES FORMES SEPTICOPYOHEMIQUES DE L'OSTEOMYELITE AIGÜE

Trigui M, Suid A, Bardaa T, Ellouz Z, Zribi W, Zribi M, Keskes H

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. CHU H. Bourguiba ; Sfax ; Tunisie

Introduction : Les formes septicopyohémiques de l'ostéomyélite aiguë sont rares. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de cette pathologie grave.

Résultats : Nous rapportons 10 cas d'ostéomyélite septicopyohémique colligés sur une période de 10 ans. L'âge moyen était de 12 ans (2-16 ans). Il s'agissait de 6 garçons et 4 filles dont 1 drépanocytaire. Tous ces patients sauf 2 ont consulté avec un syndrome septicémique franc. Cinq patients ont présenté un état de choc qui a nécessité un séjour en réanimation. Un retard de consultation a été noté chez tous les patients. Le délai moyen de prise en charge était de 13 jours. L'échographie a permis de poser l'indication opératoire. La scintigraphie a été réalisée chez 7 patients et a permis de visualiser d'autres foyers latents. Cette ostéomyélite a été bifocale dans 2 cas, trifocale dans 5 cas, quadrifocale dans 1 cas et penta focale dans 2 cas. L'atteinte viscérale a été notée chez 4 enfants (pulmonaire : 3 cas, pleuro péricardite : 1 cas). Le drainage chirurgical était la règle chez tous les patients. Le germe en cause a été isolé dans 9 cas ; il s'agissait d'un *Staphylococcus aureus* dans tous ces cas. Les complications ont été fréquentes et graves avec 3 fractures, une ostéonécrose de la tête fémorale et 4 cas de passage à la chronicité.

Conclusion : Ces formes graves d'ostéomyélite aiguë sont dues à une souche communautaire très virulente, mais sensible de *Staphylococcus aureus* qui touche les enfants aux défenses affaiblies. Elles nécessitent une prise en charge en milieu de réanimation à cause de la fréquence d'état de choc et d'infections pleuropulmonaires. La scintigraphie et l'échographie permettent de guider les gestes chirurgicaux. Les complications tardives sont graves à cause du retard de la prise en charge.

P 62 : HEPATOTOXICITE LIEE A L'INTERFERON PEGYLE ALPHA 2A AU COURS D'UNE HEPATITE B CHRONIQUE

H. Ghorbel¹, H. Azouzi¹, L. Zrelli¹, S. Yahyaoui², F. Amorri³, L. Chaieb³

- 1- Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Régional Mohamed Ben Sassi, Gabès
- 2- Centre de Soins de Santé de Base de Ghannouch, Gabès
- 3- Service des Urgences, Hôpital Régional Mohamed Ben Sassi, Gabès

Introduction : L'interféron pégylé alpha 2a a prouvé son efficacité dans le traitement des hépatites chroniques B et C. Son activité antivirale, antiproliférative et immuno-modulatrice a permis d'avoir de bons résultats sur la réplication virale. Cependant, des effets secondaires sont fréquemment rencontrés dont les plus graves restent les manifestations auto-immunes. L'hépatotoxicité directe liée à l'interféron alpha 2a a été rarement rapportée.

Observation : Nous rapportons un cas d'hépatotoxicité directe liée à l'interféron alpha 2a chez un patient traité d'une hépatite B chronique à virus mutant pré-C. La normalisation du bilan hépatique était obtenue après arrêt de l'interféron, sans instauration d'un traitement spécifique de l'hépatite auto-immune.

Conclusion : Les cas d'hépatotoxicité liés à l'interféron sont rares, cependant un suivi régulier du bilan hépatique sous traitement est primordial.

P 63 : ABCES CEREBRAL D'ORIGINE DENTAIRE, UNE PORTE D'ENTREE A NE PAS MECONNAITRE

Kaaniche Medhioub F.¹, Allela R.¹, Cherif S.¹, Ben Algia N.²

1. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres
2. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa

Introduction : Les abcès cérébraux correspondent à des suppurations focales d'origine infectieuse développées au sein du parenchyme cérébral. C'est une pathologie de pronostic relativement grave. Bien que peu fréquente chez l'immunocompétent, elle doit être évoquée et diagnostiquée rapidement pour une prise en charge thérapeutique efficace.

Observation : Il s'agit de Mr A.H âgé de 55ans sans antécédents médicaux particuliers. Il présentait depuis deux semaines un abcès dentaire pour lequel il a bénéficié d'une extraction dentaire (sans couverture antibiotique) suivie d'une antibiothérapie à base d'amoxicilline – acide clavulanique et de gentamicine. A j3 post extraction, il décrivait des céphalées intenses avec flou visuel suivis d'une altération de l'état de conscience. L'examen clinique au service des urgences trouvait un patient fébrile à 39.5°C, inconscient avec un CGS à 9/15 et une hémiplégie droite. Par ailleurs, il était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Au scanner cérébral avec injection de PDC, il présentait une hypodensité pariéto-occipitale gauche sous corticale ovale mal limitée se rehaussant en périphérie de 4.5 cm de diamètre. A la biologie, une hyperleucocytose à 19730 E/mm³ à prédominance PNN, une CRP à 259mg/l et à la PL 240 EB à prédominance PNN avec hyperproteinorrhachie et hypoglycorrhachie. Le patient a été intubé, ventilé, sédaté et mis sous antibiothérapie à base de Céfotaxime, Fosfomycine et Métronidazole et sous corticothérapie. Il a été opéré au bloc de neurochirurgie : évacuation quasi complète de l'abcès. A j2 post opératoire, le patient se réveillait à l'arrêt de la sédation. Il a été extubé avec bonne tolérance hémodynamique et respiratoire. La culture de la PL et du liquide de l'abcès cérébral était négative.

Commentaires : De nombreux travaux mettent en exergue la gravité et les conséquences des infections à distance d'origine bucco-dentaire. Différents facteurs comme l'existence d'un foyer infectieux péri-apical, le nombre d'avulsions dentaires ou la durée de l'intervention vont influencer le risque de bactériémie.

Conclusions : L'abcès cérébral reste une pathologie rare mais grave. Le diagnostic est basé sur l'imagerie cérébrale. La prévention impose le dépistage et l'éradication des foyers infectieux bucco dentaires

P 64 : SYNDROME D'ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE COMPLIQUANT UN LUPUS

Kaaniche Medhioub F.¹, Ben Algia N.², Allela R.¹, Cherif S.¹, Mnif M.³, Krid J.³

1. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres
2. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa
3. Service de médecine, hôpital régional Mahres

Introduction : Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) est une entité clinico-radiologique associant des signes neurologiques (céphalées, troubles visuels, troubles de la conscience et/ou crises convulsives) et des anomalies radiologiques cérébrales bilatérales prédominant dans les régions postérieures et classiquement réversibles. Il survient principalement en cas d'HTA sévère.

Observation : Patiente âgée de 22 ans, suivie pour LES, a été hospitalisée pour une poussée hématologique, articulaire et rénale de sa maladie. Elle a été mise sous Méthyl prednisone en 3 bolus de 1 g/j. Après le 2^{ème} bolus, elle a présenté des céphalées intenses et des convulsions toniques généralisées sans déficit sensitivomoteur postcritique avec une tension artérielle à 180/90 mmHg. La TDM cérébrale a objectivé une hypodensité cortico-sous corticale occipitale bilatérale avec à l'IRM des lésions pariéto-occipitales bilatérales, en hypersignal T2, FLAIR et en diffusion. L'évolution était favorable sous traitement antihypertenseurs et anticonvulsivants avec arrêt des bolus de corticoïdes. Elle a été mise ainsi sous corticothérapie orale (prednisone 1mg/kg/j) pendant 4 semaines puis dégression progressive, un anticonvulsivant, un IEC et des bolus mensuels de cyclophosphamide

Discussion : PRES est un syndrome clinico-radiologique rare, observé dans le cadre d'affections diverses. Il est responsable de manifestations neurologiques peu spécifiques (confusion, coma, convulsions, troubles visuels ...). Le diagnostic est confirmé par l'IRM cérébrale qui objective, à un stade précoce, des lésions typiquement bilatérales et symétriques des lobes pariéto-occipitaux, sous forme d'hypersignaux en séquences T2 et FLAIR.

Conclusion : PRES survient rarement au cours du lupus. Sa présentation est typique et doit être différenciée des autres manifestations neurologiques du LES.

P 65 : LES ACOUPHENES SEQUELLAIRES AU COURS DES TRAUMATISMES CRANIENS

Mezri S, Dellagi S, Harhira Med A, Akkeri S, Ben M'hamed R, Benzarti S

Service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale. Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : Les séquelles otologiques des traumatismes crâniens sont assez fréquentes. De nombreux tableaux cliniques sont observés en fonction des associations lésionnelles. Les acouphènes assez rapportés (jusqu'à 60% des cas) restent difficiles à objectiver et à apprécier. Leur prise en charge est aussi mal codifiée.

Méthodes : nous avons réalisé une étude rétrospective à propos de 75 patients pris en charge pour séquelles otologiques de traumatisme de rochers durant une période de 10 ans.

Résultats : Les accidents de la voie publique représentent la première cause de ces traumatismes. L'âge moyen de nos patients était de 35,5 avec une nette prédominance masculine. Les acouphènes étaient présents dans 42 cas (56%). Une évaluation subjective du retentissement des acouphènes a été réalisée à l'interrogatoire initial des patients. Nous avons conclu à un retentissement modéré dans 21 cas (50%), important dans 6 cas (14,2%), non précisé dans 15 cas (35,7%). Le délai moyen de consultation lorsque le symptôme acouphène prédomine est de 100 jours. Les acouphènes étaient isolés chez trois patients, ailleurs ils étaient associés à une surdité de perception et/ou des vertiges. Après traitement médical, nous avons noté une disparition des acouphènes dans 7 cas (16,6%), une persistance dans 18 cas (42,8%), et une aggravation dans 5 cas (11,9%). Un retentissement psychologique important était jugé chez 6 patients ayant nécessité une prise en charge en psychiatrie avec une exemption de tirs définitive ou temporaire.

Conclusions : Les séquelles otologiques des traumatismes crâniens sont variées et souvent associés. Les acouphènes restent un symptôme subjectif difficile à évaluer et posent donc un problème médico-légal et de prise en charge thérapeutique.

P 66 : CARCINOME EPIDERMOÏDE DU LARYNX DECOUVERT A L'OCCASION D'UN PHLEGMON PERI-AMYGDALIEN

Mezri S, Harhira Med A, Dallagi S, Harhira Med A, Akkeri S, Ben M'hamed R, Benzarti S

Service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale. Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : Les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont habituellement diagnostiqués à l'occasion d'un syndrome laryngé à type de dysphonie chronique et/ou de dyspnée chroniques chez un sujet à risque. Leur découverte à l'occasion d'une complication infectieuse aigüe est rarement rapportée

Méthodes : Nous rapportons un cas rare de carcinome du larynx découvert chez un patient pris en charge initialement pour phlégon péri-amygdalien.

Résultats : Patient âgé de 50 ans, diabétique, tabagique à 43 PA, nous a consulté pour odynophagie avec dysphagie rapidement évolutives dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général. L'examen clinique avait objectivé un phlégon péri-amygdalien droit avec palpation d'une adénopathie du groupe Ib de 15 mm dure et indolore. Le bilan biologique était en faveur d'un syndrome inflammatoire intense. Devant l'aggravation de l'état clinique avec apparition d'une dyspnée laryngée après 48 heures d'une triple antibiothérapie intraveineuse, une tomodensitométrie cervicale était pratiquée qui a objectivé le phlégon péri-amygdalien avec extension caudale vers l'hypopharynx où il s'est organisé en regard du repli pharyngo épiglottique homolatéral en une collection de 28mm réduisant la lumière oro et hypopharyngée en regard, accompagnée de multiples adénopathies jugulo-carotidiennes. On a procédé donc en une laryngoscopie directe sous anesthésie générale avec marsupialisation de la lésion avec biopsie systématique de la vallécule. L'examen anatomopathologique avait conclu à un carcinome épidermoïde du larynx. Le patient est en cours de traitement carcinologique de sa tumeur.

Conclusions : Le phlégon péri-amygdalien est une urgence infectieuse généralement secondaire à la prescription abusive ou à une automédication par les anti-inflammatoires. Il est rarement révélateur d'une pathologie tumorale sous-jacente à laquelle qu'il faut toujours penser chez tous patient à risque.

P 67 : IMPACT DE L'EMPLOI DES ORDONNANCES VALIDEES SUR LA CONSOMMATION DES ANTI-INFECTIEUX

I. fazâa, Hbaieb, Rjaibia, Yousfi, Dridi

Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction : Face à l'émergence de résistances bactériennes une commission de surveillance de la consommation des antibiotiques a été mise en place au sein de l'hôpital militaire. Parmi les outils de cette commission on cite les ordonnances validées. Le but de cette étude est de mesurer l'impact de l'emploi des ordonnances validées sur la consommation des anti-infectieux.

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective sur une durée de deux ans allant du 01/01/2014 au 31/12/2015 a été menée au niveau de l'HMPIT et consiste à comparer en DDJ/1000JH la consommation des anti-infectieux un an avant (2014) et un an après (2015) la mise en place des ordonnances validées. Les anti-infectieux concernés par les ORVA sont : Linézolide, fosfomycine, imipénème, vancomycine, teicoplanine, ertapénème, voriconazole, méropénème, tigécycline, caspofungine et anidulafungine.

Résultats : Une baisse de la consommation globale d'anti-infectieux a été notée passant de 592 DDJ/1000 JH à 519 DDJ/1000 JH entre 2014 et 2015. Cette baisse de DDJ/1000JH a surtout touché les médicaments concernés par l'ORVA : 14% pour les pénèmes et les glycopeptides, 8.3% pour le linézolide et la tigécycline. La baisse la plus importante a concerné les antimycosiques avec un taux de 23,72%. Malgré un nombre de journées d'hospitalisation passées de 156437 en 2014 à 172142 en 2015 le coût des médicaments anti-infectieux a enregistré une diminution de 340 milles dinars. La moitié de ce budget concernait les médicaments ORVA. La consommation en dinars de ces médicaments a donc baissé de 20,36 % entre les années 2014 et 2015

Conclusions : Les dépenses en anti-infectieux au sein de l'HMPIT ont nettement baissé grâce à une optimisation de l'usage des anti-infectieux. La durée de l'étude n'est pas suffisante pour détecter un changement notable dans le profil des résistances mais une amélioration est attendue à moyen et à long terme.

P 68 : PYELONEPHRITE AIGUE PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION OUDHREF

GHODHBANE ZOHRA, SGHAIIERSANA. SALAH SALHA

Hôpital de circonscription Oudref

Introduction : Une pyélonéphrite est une infection bactérienne des voies urinaires haute. Elle présente un motif fréquent d'hospitalisation au service de médecine. Le but de ce travail était d'établir une stratégie de prise en charge des pyélonéphrites.

Matériels et méthodes : il s'agit une étude rétrospective portant sur une période d'un an (juillet 2012- juillet 2013). Pendant cette période nous avons colligé 200 observations de patients admis au service de médecine pour prise en charge de pyélonéphrite aigue.

Résultats : Nous avons noté une prédominance féminine (65% des cas). L'âge moyenne était de 50 ans. 60% des cas consistaient en un premier épisode. Des antécédents de colique nephretique ont été retrouvées dans 40% des cas. Une lithiase des voies urinaires était notée dans 30% de cas avec dans 55% des cas une localisation droite. L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) était fait dans 60% de cas. Une monothérapie a été instaurée dans 30% de cas. Un changement de l'antibiotique a été fait dans 40% de cas.

Discussion : la pyélonéphrite aigue est suspecté cliniquement devant une lombalgie unilatérale fébrile confirmée biologiquement par ECBU : leucocytes altérés $\geq 10^4$ /ml (ou 10^3 /mm³). Bactériurie $> 10^4$ /ml. Les femmes sont touchées nettement plus souvent que les hommes, et sont les seules en dehors de la grossesse à présenter des infections simples. Toutes les autres pyélonéphrites sont à risque de complication. Les espèces bactériennes les plus fréquemment responsables d'infections urinaires communautaires sont les entérobactéries. *Escherichia coli* est le plus souvent isolé.

Conclusion : La pyélonéphrite aiguë est une pathologie fréquente. Son diagnostic est fait le plus souvent, sur des arguments cliniques et biologiques. Le pronostic dépend du terrain, du type de pyélonéphrite mais aussi de la précocité et de la qualité de la prise en charge thérapeutique.

P 69 : VASCULARITE CEREBRALE PSEUDOTUMORALE COMPLIQUANT UNE HEPATITE VIRALE B

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction: Les vascularites systémiques représentent une complication extra-hépatique exceptionnelle mais grave de l'hépatite virale B (HVB) (Singh H et al. 2016). Les types de vascularites

les plus rapportées sont la panartérite noueuse, la vascularite cryoglobulinémique et l'angéite leucocytoclasique (Singh H et al. 2016, Adeyi OA 2009). L'angéite cérébrale primitive reste inhabituelle. Nous en rapportons une observation inaugurale.

Observation : Patiente C.H. âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables fut admise pour exploration d'un tableau neurologique évocateur d'une sclérose en plaque (trouble de la marche, dysarthrie et trouble de la sensibilité d'installation progressive). Le bilan biologique montrait une cytolyse modérée (ASAT à 3N et ALAT à 4N). La ponction lombaire objectivait une pléiocytose avec lymphocytose et discrète protéinorachie. L'imagerie cérébrale (scanner X, IRM, angio-RM et phlébographie carotidienne) montrait des signes de vascularite cérébrale diffuse avec lésion pseudo-tumorale cérébelleuse et thrombophlébite cérébrale. Le bilan étiologique de cette vascularite (anticorps antinucléaires, anti DNA natif, anti antigènes solubles, ANCA, cryoglobulines, fractions du complément, marqueurs tumoraux...) ainsi que le bilan des thrombophilies (anti phospholipides, protéines C, protéines S, ATIII, facteur V de Leiden..). Le bilan de la cytolyse hépatique concluait à une hépatite virale B active. Le diagnostic retenu était celui d'une hépatite virale B active compliquée de vascularite cérébrale pseudo-tumorale. La patiente était traitée par corticothérapie systémique initiée par des boli de méthylprednisolone et associée à un traitement anti VHB et une anti coagulation efficace. L'évolution était spectaculaire cliniquement et radiologiquement.

Commentaires et conclusions : Notre observation se distingue par sa présentation pseudo-tumorale de la vascularite cérébrale ainsi que son caractère inaugural de l'infection par le VHB. Cette situation est exceptionnelle (Jordão MJ et al. 2007, Singh H et al. 2016, Kohlhaas K et al. 2007, Semmo AN et al. 2002) et présente un vrai défi diagnostique et thérapeutique (Jordão MJ et al. 2007, Singh H et al. 2016). La vascularite secondaire à l'hépatite B peut révéler de plusieurs mécanismes pathogéniques : effet pathogène direct du virus, dysrégulation immunitaire médiée par les complexes immuns circulants déposés sur la paroi des petits vaisseaux ou bien via une cryoglobulinémie mixte secondaire (Baig S et al. 2008, Lidar M et al. 2009).

P 70 : LES INFECTIONS URINAIRES CHEZ LE DIABÉTIQUE

M. Elleuch, H. Elfekih, F. Hadj Kacem, F. Mnif, N. Rekik, M. Mnif, M. Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction : Les diabétiques ayant un mauvais équilibre glycémique sont plus exposés aux infections parmi lesquelles les infections urinaires (IU) sont les plus fréquentes

But : L'objectif de cette étude est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, microbiologiques et les facteurs de risque de l'IU chez le diabétique.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a concerné 100 diabétiques présentant une IU hospitalisés au service d'endocrinologie CHU Hedi Chaker durant une période allant du 1er janvier 2012 au 31 Mai 2014.

Résultats : Cette étude montre que la moyenne d'âge était de $57,6 \pm 18,6$ ans avec une prédominance féminine (76%) nette et un sex-ratio (H/F = 0,31). La majorité de nos patients étaient des diabétiques de type 2 (86 cas). Un mauvais équilibre glycémique a été noté dans 84% des cas avec la moyenne de HbA1C est de 11%. La bactériurie asymptomatique était retrouvée dans 62% des cas, la cystite dans 21% et la pyélonéphrite aigüe dans 17% des cas. Le germe retrouvé essentiellement était *Escherichia coli* (42%). Les antibiotiques les plus fréquemment prescrits étaient les Fluoroquinolones (59,6%) et les céphalosporines de 3èmes générations (27,4%) en monothérapie. L'évolution des IU était favorable dans la majorité des cas.

Conclusion : Le diabète mal équilibré est l'un des facteurs favorisants de l'IU d'où l'intérêt d'éduquer les patients quant à l'importance de l'équilibre glycémique et la nécessité de consulter au moindre signe infectieux pour préserver la fonction rénale déjà menacée.

P 71 : PIED DIABETIQUE ATYPIQUE : INFECTION A MORGANELLA

F. Mnif, H. Elfekih, N. Rekik, M. Elleuch, M. Mnif, M. Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction : L'utilisation irrationnelle des antibiotiques a favorisé l'émergence de nouvelles souches bactériennes multi-résistantes surtout en termes de pied diabétique. Nous rapportons le cas d'infection de pied diabétique post opératoire par un germe rare et multi-résistant.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 55 ans, diabétique depuis 20 ans, qui nous a consultés pour prise en charge d'un pied diabétique surinfecté. Son histoire de maladie remonte à 3 mois marquée par l'apparition d'une fissure du gros orteil gauche secondaire au port de chaussures non adaptés. L'évolution était marquée par la surinfection puis l'apparition de la gangrène humide. Le patient a consulté en orthopédie, il a reçu une antibiothérapie non précisée pendant 20 jours. Devant l'absence d'amélioration, l'amputation trans-métatarsienne du pied gauche était indiquée. Le patient a pris une association Ciprofloxacine-acide Fusidique pendant 2 mois puis nous a consulté avec une glycémie à jeun à 4g d'où son hospitalisation. A l'examen, l'IMC était à 30 kg/m² avec une TA à 12/6. Les pouls périphériques étaient présents et symétriques et les réflexes rotuliens étaient abolis. L'examen du pied avait objectivé un moignon surinfecté bourgeonnant chaud indolore oedématié avec issue de pus. A la biologie, un syndrome inflammatoire a été objectivé. La radiographie de pied était normale. Le prélèvement bactériologique était positif à *Morganella morganii* multirésistante. La conduite à tenir était de mettre le patient sous Ceftriaxone et fosfomycine pendant 14 jours avec équilibration de son diabète. L'évolution était bonne avec amélioration de l'état local et général.

Conclusion : La sélection de germes résistants en matière du pied diabétique peut poser un problème thérapeutique majeur d'où l'importance de rationaliser les indications d'antibiothérapie.

P 72 : INFECTIONS CHEZ LES INSUFFISANTS RENAUX HEMODIALYSES CHRONIQUES. ETUDE DE 125 CAS

Oueslati, L. Rais, H Jbali, W Smaoui, M Krid, R Khedher, L Ben Fatma, S Béji, K Zouaghi

Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta de Tunis. Université Tunis El Manar
Faculté de Médecine de Tunis.

Introduction : L'infection est une cause majeure de morbi-mortalité chez les hémodialysés chroniques. Notre objectif était de déterminer leurs caractéristiques clinico-biologiques, bactériologiques et évolutives.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, réalisée au service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale - CHU La Rabta de Tunis, sur une période de 36 mois [2007-2010]. Nous avons inclus tous les hémodialysés chroniques.

Résultats : Nous avons colligé 84 malades : 45 hommes et 39 femmes, âgés en moyenne de 58,6 ans [26,8- 87,7 ans]. Un tiers des malades étaient diabétiques. Environ 29% avaient une maladie dysimmunitaire traitée par corticothérapie dans 87% des cas associée à un traitement immunosuppresseur dans 70% des cas. La néphropathie initiale était de type glomérulaire, tubulo-interstitielle, vasculaire, d'origine indéterminée et secondaire à une polykystose rénale dans respectivement 57 %, 23%, 12%, 7%

et 1% des cas. La durée médiane d'hémodialyse était de 30,6 mois. Environ 75% des malades étaient dialysés via un désilet fémoral. Le nombre médian d'infection par malade était de 1 [1-5 infections] soit un total de 125 infections. Il s'agissait d'infections bactériennes dans 101 cas (80,8%) en rapport avec une broncho-pneumopathie (27%) ; et une infection urinaire, de l'accès vasculaire, ORL et cutanée dans respectivement 26%, 13%, 3% et 3% des cas. La moitié des germes isolés était des cocci gram positif. Les autres infections étaient une syphilis tertiaire (6%), une tuberculose extra-pulmonaire (3%) et une listériose neuro-méningée (1%). Les infections virales étaient notées dans 17 cas (13,6 %) en rapport avec une infection par le VHB (8 cas), par le VHC (6 cas), zona (1 cas) et herpès labial (2 cas). Cinq malades (4%) avaient eu une infection fongique en rapport avec une pneumocystose pulmonaire (1 cas) et une candidose œsophagienne (4 cas). Deux malades (1,6%) avaient eu une infection parasitaire, un cas de microsporidiose et un cas de gale. Un traitement adapté était prescrit dans tous les cas. Le décès était noté dans 7% des cas.

Conclusions : Les infections chez les hémodialysés sont très préoccupante. Ainsi, il est indispensable de connaître leur mécanisme de survenue, de comprendre et d'appliquer les mesures de prévention adaptées, afin de réduire leur fréquence.

POSTER J2 : DÉPLOIEMENT DES FORCES EN MILIEU SUB-SAHARIEN

P 73 : UNE ANÉMIE D'APPARITION RÉCENTE : CIRCONSTANCE FRÉQUENTE DE DÉCOUVERTE PRÉCOCE DU CANCER DU COLON EN EXPERTISE AÉRONAUTIQUE

I. BEN DHIA, S. BEN SALEM, A. SOUISSI, A. MERDASSI, H. JMAIEL, I. DEKHI, C. BEN OTHMAN, F. BARGUELLIL, T. KHELIFI ET N. GUERMAZI.

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique de Tunis

Introduction-but : Le cancer du côlon est une affection fréquente chez le personnel navigant surtout en cours de carrière et qui peut évoluer longtemps à bas bruit et passer inaperçu au cours des visites médicales périodiques. Le but de ce travail était de mettre le doigt sur une circonstance de découverte précoce de cette pathologie grave représentée par la découverte d'une anémie d'apparition récente lors des visites révisionnelles et qui permet d'épargner le pronostic vital ainsi que professionnel du personnel navigant.

Méthodes-résultats : Il s'agit d'une étude de cas clinique. Les auteurs rapportent une observation médicale chez un pilote professionnel class I chez qui ils ont découvert une anémie microcytaire, hypochrome régénérative d'apparition récente et progressive et dont l'exploration a conduit à un adénocarcinome du côlon à un stade évolutif précoce et l'intéressé a pu récupérer son aptitude au pilotage à travers une dérogation médicale auprès du conseil médical de l'aviation civile après avoir satisfait le recul ainsi que les conditions nécessaires.

Discussion : La découverte d'une anémie d'apparition récente chez un pilote en cours de carrière au cours des visites périodiques doit inciter le médecin expert à penser aux affections malignes qui peuvent saigner à bas bruit notamment le cancer du côlon et ne pas hésiter à adresser le navigant en milieu spécialisé avant de penser au traitement médical qui n'est pas de son ressort. La reprise des vols doit être soumise à une dérogation aux normes médicales sous réserve d'un suivi médical trimestriel pendant au moins deux années.

Conclusion : Le cancer du côlon est une affection particulièrement préoccupante en médecine aéronautique qui peut mettre en jeu la sécurité aérienne et dont le diagnostic précoce suite à une circonstance particulière telle qu'une anémie d'apparition récente permet d'épargner le pronostic vital et professionnel du personnel navigant.

P74 : BILAN DE SEJOUR D'UN CONTINGENT TUNISIEN EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE CONGO

K.Belhadj Med, R.Ouhichi, S.Bouomrani

Hôpital militaire Gabes

Introduction : Au cours de l'année 2005, plus de 450 militaires tunisiens ont servi à la république démocratique de Congo dans le cadre de diverses opérations de maintien et de rétablissement de la paix. Les militaires qui servent dans cet endroit peuvent être exposés à des risques sanitaires inhabituels et dangereux.

Matériel et méthodes : Nous rapportons notre expérience en présentant un bilan de séjour et les mesures médicales et réglementaires qui doivent être planifiées de manière rigoureuse avant, pendant et après le déploiement pour réduire les risques sanitaires multiples.

Résultats et discussions :

Avant le déploiement : La vérification d'antécédents médicaux et chirurgicaux des militaires désignés, un examen médical complet et parfois des examens complémentaires afin de déceler des causes d'inaptitude. La mise à jour des vaccinations, l'organisation des séances de secourisme et d'éducation sanitaire ainsi que la préparation des documents médico-administratives sont nécessaires avant le départ.

Au cours de déploiement : l'équipe médicale assure :

-La supervision des mesures prophylactiques telles que la chimio anti- palustre, la distribution des moustiquaires et des pommades, la distribution des préservatifs et le traitement de l'habitat et de l'entourage.

- La prise en charge curative en cas des maladies ou des blessures

Bilan : durant notre mission on a enregistré 27 cas de paludisme dont 08 cas nécessitant un recours à la quinine injectable ; 45 cas de dermatite à paederus et 04 cas de myiase cutanée. Les cas qui nécessitent une prise en charge lourde sont rapatriés : 03 cas pour dépression, 01 cas pour angor instable, 01 cas pour asthme et 01 cas pour forte myopie.

Après le déploiement : l'équipe médicale effectue l'examen médical de retour qui a pour but de dépister les militaires à risque et de réaliser une goutte épaisse et des sérologies à l'arrivée et après à 03 mois.

Conclusion : L'envoi en opération extérieure nécessite de la part de médecin la prise de nombreuses mesures médicales et réglementaires qui doivent être planifiées de manière rigoureuse pour réduire les risques multiples et préserver ainsi au mieux, la capacité opérationnelle de l'unité.

P 75 : FILARIOSE CUTANEE : OBSERVATION D'UN CAS TUNISIEN D'IMPORTATION

A.Boussif, K.Belhadj Med, S.Bouomrani

Hôpital militaire Gabes

Introduction : Les filarioses à *Loa lao ou loase*, sont des helminthiases, maladies dues à des vers parasites, des nématodes appelés filaires. Ce sont des maladies transmissibles par la piqûre d'un insecte vecteur. Elles sont très fréquentes dans les pays tropicaux.

Observation : Nous rapportons le cas d'un militaire tunisien âgé de 33 ans qui a présenté 5 mois après son retour de république démocratique de Congo en 2008 un prurit palpébral gauche avec la présence d'un ver sous conjonctival accompagné des œdèmes récidivants de genou droit et de poignet gauche. Le diagnostic de filariose a été retenu devant l'aspect des lésions et l'hyper éosinophilie. Le traitement à base de *NOTEZINE* a été entamé. L'évolution ultérieure a été marquée par l'amendement de la symptomatologie filarienne avec cependant persistance d'arthralgies (mono- arthrite du genou).

Résultats et discussions : Cette observation pose le problème de loase d'importation avec atteinte mono-articulaire, situation rare certes, mais qui a été décrite par certains auteurs. La Loase est une filariose cutané-épidermique, spécifiquement humaine et exclusivement Africaine. Elle sévit de façon endémique au Nigeria, Cameroun, Gabon, Congo, Angola, Guinée équatoriale et Centre Afrique avec un taux d'infestation de 3 à 35 %. En Tunisie, il s'agit essentiellement de cas sporadiques, d'importation d'un pays endémique.

Conclusion : La filariose à *Loa loa*, strictement africaine, présente des signes spectaculaires comme la reptation des vers adultes sous la conjonctive ou les œdèmes de Calabar allergiques, migrateurs et fugaces, mais elle peut évoluer vers des complications viscérales.

P 76 : LE DELAI TOLERE HORS REFRIGERATEUR EN CAS DE RUPTURE DE LA CHAINE DE FROID : CAS DES MEDICAMENTS THERMOSENSIBLES UTILISES A L'HMPIT

Louhichi Safa, Bennour Sana, Dridi Mehdi, Yousfi Mohamed Ali

Service de pharmacie interne de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction : La chaîne de froid est le seul garant du maintien d'une température adéquate pour les médicaments thermosensibles. Les enjeux de la rupture de cette chaîne peuvent avoir des conséquences graves sur le plan sanitaire et financier. Dans ce cadre, nous avons mené une recherche bibliographique ayant pour but d'évaluer la stabilité hors frigo des produits thermosensibles. Cela permettra d'agir en cas de rupture de la chaîne de froid ou en cas de réintégration du produit.

Matériel et méthode : Une revue de la bibliographie a été effectuée par le pharmacien responsable de la chaîne de froid et le résident en pharmacie pour déterminer le délai toléré hors frigo en cas de rupture de la chaîne de froid. Les médicaments thermosensibles les plus utilisés par les services cliniques ont été sélectionnés et classés par famille thérapeutique. La base de données STABILIS 4.0 ainsi que les RCP des produits ont servi pour établir des tableaux récapitulatifs permettant une meilleure gestion de ces produits.

Résultats et discussion : Les médicaments ont été répartis en 8 classes : les biothérapies, les médicaments dérivés du sang, les vaccins, les insulines, les anesthésiques, les anti-thrombotiques, les antifongiques et les médicaments de la chimiothérapie. Cette revue bibliographique a révélé que les vaccins sont les produits les plus thermolabiles. Seul le vaccin de la tuberculose peut être conservé 2 heures à température ambiante. Pour la majorité des biothérapies, une température $<$ ou \leq à 25°C était tolérée pour une durée allant de 72h à 6 mois selon le produit. Ces produits ne doivent pas être remis au réfrigérateur. Concernant les médicaments dérivés du sang, la durée de conservation hors frigo de certains produits peut varier de 3 jours à 6 mois. On a remarqué que, pour les insulines, les données sont manquantes concernant les délais tolérés hors frigo si le flacon est fermé. Par contre, si le flacon est entamé, il peut être conservé à température ambiante. Les données bibliographiques collectées restent limitées. Cela est due principalement à l'absence d'essais de stabilité s'intéressant à ce paramètre.

Conclusions : Devant le manque de données concernant le délai toléré hors réfrigérateur de plusieurs médicaments, le service de pharmacie se trouve dans l'obligation de jeter des produits qui sont

parfois très chers et ceci pour préserver l'état sanitaire du patient. Dans ce cadre, la réalisation d'essais de stabilité évaluant ce paramètre s'avère indispensable.

P 77 : ACTIVITE PHYSIQUE CHEZ LES PILOTES MILITAIRES TUNISIENS

I. BEN DHIA, S. BEN SALEM, A. SOUISSI, A. MERDASSI, H. JMAIEL, I. DEKHI, C. BEN OTHMAN, F. BARGUELLIL, T. KHELIFI ET N. GUERMAZI.

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique de Tunis

Introduction : La condition physique a toujours été un attribut important des forces combattantes, plus particulièrement pour les pilotes de chasse où la pratique d'une activité physique spécifique permet d'améliorer la résistance aux facteurs de charge et par conséquent d'élargir l'échelle de tolérance aux accélérations type Gz positives

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une enquête transversale, multicentrique par auto questionnaire anonyme et basé sur le volontariat ayant pour objectifs l'évaluation de l'activité physique chez les pilotes de l'armée de l'air Tunisienne et l'éventuel retentissement sur l'activité professionnelle ainsi que le pouvoir opérationnel des unités aériennes. L'enquête a été réalisée au niveau des principales bases aériennes, elle a duré 2 mois (18 mars - 18 mai 2016) et elle s'est intéressée à l'activité physique des pilotes militaires tunisiens de différentes spécialités durant les douze derniers mois

Résultats : L'effectif de notre population est de 171 pilotes militaires dont 136 pilotes opérationnels et 35 élèves pilotes. Elle est à prédominance masculine (96.5%) avec un sexe ratio de 27.5. L'âge moyen est de 34 ans. 80% de l'effectif appartient à la tranche d'âge 26 - 45 ans. L'expérience aéronautique moyenne est de 1320 heures de vol. L'indice de masse corporelle moyenne est de 25.57 kg/m². 58% des pilotes ont un surpoids dont 7% sont obèses. 42.69% de l'effectif de notre population d'étude sont des fumeurs. La prévalence de la pratique de l'activité physique est de 71% Soit 121 pilotes qui pratiquent du sport, dont 49% pratiquent du « Footing » et 36% pratiquent une activité physique collective « Football ». 89.5% pratiquent une activité physique autonome alors que ceux qui pratiquent une activité encadrée « moniteur de sport » ne représentent que 10.5%. 71% pratiquent une activité physique avec une fréquence de 1 à 2 jours et d'une durée moyenne de 2 heures par semaine.

Discussion : Notre population est majoritairement jeune et motivée dont l'effectif des pilotes de transport et hélicoptère est plus important que celui des pilotes de chasse. La prévalence des pilotes qui pratiquent une activité physique régulière dans notre population est de (70. 9%). Elle est inférieure à celle de l'étude Française de S.Coste (89.1%). La prévalence des pilotes qui pratiquent plus que 150 min d'activité intense par semaine est de 43.7% chez les pilotes de Chasse, 24 % chez les pilotes d'Hélicoptère 29% chez les pilotes de Transport. Les pilotes de chasse donnent plus d'importance à l'activité physique que les autres spécialités. 29.2 % de notre population ne pratiquent pas une activité physique ce chiffre est loin d'être négligeable et mérite une analyse profonde avec implication de différents intervenants.

Conclusions : Ce n'est qu'à travers une stratégie préventive qu'on peut améliorer la situation qui commence dès la sélection des élèves pilotes passant par les règles d'hygiène de vie, ainsi, une alimentation adéquate notamment la limitation du surpoids et des activités sportives régulières, ciblées et basées sur les activités caractérisées par l'endurance, la souplesse, la force et la musculation.

P 78 : COUP DE CHALEUR MORTEL : UNE PATHOLOGIE A NE PAS MECONNAITRE

Kaaniche Medhioub F.1, Allela R.1, Cherif S.1, Ben algia N.2

1. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres
2. Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa

Introduction : Le coup de chaleur désigne une défaillance des mécanismes de l'organisme visant à contrôler la température. Il survient après une longue exposition à la chaleur ou en cas des efforts prolongés dans un environnement chaud et/ou humide.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 46 ans travaillant comme agent de sécurité dans un hôtel qui consulte au service des urgences dans un tableau de coma fébrile. L'anamnèse trouve la notion d'exposition solaire prolongée pendant ses heures de travail. La température ambiante de ce jour était à 41°C à l'ombre. L'examen clinique trouve un patient fébrile à 42°C, comateux avec un CGS à 3/15. Il était tachycardie à 120 bpm avec collapsus cardio-vasculaire (TA : 80/60 mmHg), dyspnéique à 30c/mn avec une SaO₂ à 80 % à l'AA. A la biologie, une insuffisance rénale aigue (créatinémie à 850µmol/l, urée à 40mmol/l), une rhabdomyolyse (CPK à 2240UI/l, LDH à 960UI/l), une thrombopénie à 54000E/mm³, une insuffisance hépato-cellulaire (TP à 36%, ASAT221 UI/l, ALAT 186UI/l) et une acidose métabolique (pH à 6.99, bicarbonates à 11.9 mmol/l). Le patient a été intubé, ventilé et transféré en unité de soin intensif. Le scanner cérébral était sans anomalies, ainsi que le bilan toxicologique et infectieux. Malgré un traitement symptomatique rapidement instauré, le patient est décédé dans un tableau de défaillance multi viscérale 2 jours après son admission.

Discussion : Le coup de chaleur est une urgence médicale qui associe un syndrome neurologique, une hyperthermie supérieure à 40°C et un collapsus cardiovasculaire. Le pronostic vital est engagé, la prise en charge précoce associe la réfrigération et la réhydratation et la prise en charge hospitalière doit se faire au service de réanimation.

Conclusions : Le coup de chaleur est une urgence médicale dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

P 79 : QUALITE DE L'ADAPTATION CHEZ LES MILITAIRES DE RETOUR DE VOYAGES

S. Elleuch¹, L. Ghanmi¹, M. Daoud¹, K. Belhadj², K. Zitoun¹, S. Bouomrani³

¹Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabes

² Service des urgences, Hôpital militaire de Gabes

³ Service de médecine interne, Hôpital militaire de Gabes

Introduction et objectif : Les missions des militaires sont particulières : milieu naturel agressif, isolement géographique... Notre but est d'évaluer la qualité de l'adaptation chez les militaires de retour de missions.

Matériel et méthodes : Etude transversale descriptive réalisée sur une population de militaires exerçant à Gabès, ayant participé à une mission [1992-2016]. Les différentes données ont été recueillies sous forme d'une fiche dont la première partie a concerné les données démographiques, les antécédents familiaux et personnels, des questions relatives à la qualité d'adaptation du sujet. La deuxième partie a exploré les suggestions proposées par les militaires enquêtés afin d'améliorer les conditions du voyage et du séjour.

Résultats préliminaires : Notre échantillon était composé de 31 sujets de sexe masculin, d'âge moyen de 45 ans. Le voyage ne correspondait pas aux attentes initiales des sujets dans 87% des cas et ne correspondait nullement à leurs attentes dans 26% des cas. Tous les militaires enquêtés avaient mal supporté la séparation avec leurs proches ; 19.3% avaient connu des difficultés physiques lors du retour et 16% avaient connu des difficultés professionnelles au retour, avec majoration de la consommation de substances lors du retour chez 15% des militaires (tabac, café). Près de 30% des militaires enquêtés avaient connu des troubles de l'adaptation lors du voyage ou lors du retour. Tous les sujets enquêtés avaient proposé l'amélioration de la qualité du logement (literie, climatisation...). D'autres (16%)

proposaient l'amélioration des moyens de loisir et la diminution de la durée du séjour. 99% de nos participants pensaient que la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue lors des missions serait très bénéfique et étaient pour une consultation psychiatrique systématique lors du retour.

Conclusions : Cette recherche constitue une occasion pour mieux caractériser l'expérience vécue lors des missions, à partir du discours des participants sur leur séjour.

P 80 : DEPISTAGE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION CHEZ LES MILITAIRES DE RETOUR DE VOYAGES

S. Elleuch¹, L. Ghanmi¹, M. Daoud¹, K. Belhadj², K. Zitoun¹, S. Bouomrani³

¹Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabes

²Service des urgences, Hôpital militaire de Gabes

³Service de médecine interne, Hôpital militaire de Gabes

Introduction : Il est classique de classer le travail parmi les armées nationales comme particulier : stress, charge physique et mentale. Notre objectif est de déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les militaires en retour de missions.

Matériel et méthodes : Etude transversale descriptive et analytique réalisée sur une population de sujets exerçant à l'hôpital militaire de Gabès, ayant participé à une mission à l'étranger. Les données ont été recueillies grâce à une fiche dont la première partie a concerné les données démographiques, les antécédents familiaux et personnels, des questions relatives à la qualité d'adaptation du sujet. La deuxième partie a comporté l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), validée en Tunisie.

Résultats préliminaires : notre échantillon était composé de 31 militaires, de sexe masculin, d'âge moyen de 45.5 ans, mariés dans 93.5% des cas. Tous les sujets avaient un statut militaire dont 64.5% avaient un poste technique avec des responsabilités importantes chez 54% des sujets. Près de la moitié (48%) n'avaient pas d'habitudes de vie particulières, pour ceux ayant des habitudes (52%), celles-ci prédominaient sur le tabac et le café. Parmi les enquêtés, 22.5% avaient des antécédents médicaux (diabète, HTA, coronaropathie...). Un score significatif d'anxiété (>7 selon l'échelle HAD) était retrouvé chez 19.3% des sujets enquêtés. Parmi eux, 66% avaient une symptomatologie douteuse et devraient être adressés à un spécialiste, 33% avaient une symptomatologie certaine (score ≥ 11) et devraient être mis sous traitement. Chez 22.5% des militaires, un score significatif de dépression également selon l'échelle HAD (>7) était retrouvé avec une symptomatologie douteuse chez 57% et une symptomatologie certaine chez 43% d'eux. Tous les sujets présentant un trouble dépressif souffraient d'anxiété.

Conclusions : Ces résultats représentent ainsi un argument pour aller vers un abord des troubles psychiatriques chez les militaires en retour de mission.

P 81 : PRÉVALENCE DE L'INSOMNIE CHEZ LES MILITAIRES DE RETOUR DE VOYAGE

S. Elleuch¹, L. Ghanmi¹, M. Daoud¹, K. Zitoun¹, K. Belhadj², S. Bouomrani³

¹Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabes

²Service des urgences, Hôpital militaire de Gabes

³Service de médecine interne, Hôpital militaire de Gabes

Introduction et objectif : L'insomnie est un trouble qui a un impact considérable sur les militaires. En effet, plusieurs facteurs liés aux conditions du travail, à l'irrégularité des horaires veille-sommeil, à la participation aux missions et aux comorbidités physiques et psychologiques, peuvent contribuer à l'insomnie. Dans ce travail, on se propose d'estimer la prévalence de l'insomnie parmi les militaires au retour des missions.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée sur une population de sujets exerçant à l'hôpital militaire de Gabès et ayant participé à une mission à l'étranger. Les différentes données ont été recueillies grâce à une fiche comportant 2 parties :

- La première a concerné les données sociodémographiques, les antécédents familiaux et personnels.
- La deuxième partie a comporté l'échelle ISI (Index de Sévérité de l'Insomnie).

Résultats préliminaires : Notre échantillon était composé de 31 sujets de sexe masculin et d'âge moyen de 45 ans [27-53]. La majorité était mariée (93.5%) et avait un niveau socioéconomique moyen (80%). Tous les sujets avaient un statut militaire dont 64.5% avaient un poste technique avec des responsabilités importantes chez 54% des sujets. 52% avaient un abus de substance, dominé par le tabac et le café. 22,5% des militaires enquêtés avaient des antécédents médicaux (diabète, HTA, coronaropathie...). L'ISI était perturbé (>7) chez 25.8% des militaires dont 50% avaient une insomnie sub-clinique ou légère (ISI de 8-14) et 25% avaient une insomnie clinique-moderée (ISI de 15-21). Un seul cas d'insomnie sévère (ISI >21) était rapporté (avec une comorbidité rhumatismale). 37.5% des militaires souffrant d'insomnie avaient une addiction au tabac ou au café.

Conclusions : L'insomnie est fréquente chez les militaires de retour de mission. Elle peut altérer leur qualité de vie et être un facteur de risque pour d'autres pathologies psychiatriques telles que l'anxiété et la dépression.

P 82 : PREVALENCE DU SYNDROME JET-LAG (JLD) CHEZ LES MILITAIRES DE RETOUR DE MISSION

S.Elleuch¹, L.Ghanmi¹, M. Daoud¹, K. Zitoun¹, K. Belhadj², S. Bouomrani³

¹Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabès

²Service des urgences, Hôpital militaire de Gabès

³Service de médecine interne, Hôpital militaire de Gabès

Introduction et objectif : Vu le décalage horaire, certains militaires participant aux missions développent un trouble du décalage horaire (JLD) avec des conséquences négatives sur leurs performances. On se propose de déterminer la prévalence du JLD parmi les militaires de retour de voyage.

Matériel et méthodes : Etude transversale descriptive et analytique réalisée sur une population de sujets exerçant à l'hôpital militaire de Gabès, ayant participé à une mission [1992-2016]. Les données ont été recueillies grâce à une fiche comportant 2 parties :

La 1^{ère} partie a concerné les données sociodémographiques et les antécédents.

La deuxième partie a comporté les critères diagnostiques du JLD selon l'académie américaine des pathologies du sommeil (AASM), les facteurs incriminés dans le développement de ce trouble et ses symptômes les plus fréquents.

La recherche du JLD a été faite de manière rétrospective.

Résultats préliminaires : Notre échantillon était composé de 31 militaires de sexe masculin et d'âge moyen de 45.5ans. Selon l'AASM, 29% des sujets enquêtés avaient souffert du JLD. Un décalage horaire >2h était corrélé au développement du JLD. Parmi ces sujets, 88% avaient un nombre habituel d'heures de sommeil <7h, 78% étaient plutôt matinaux et près de 90% étaient rigides concernant leurs habitudes. Chez 56% d'eux, des antécédents de troubles du sommeil ont été retrouvés. Concernant les symptômes, les difficultés d'endormissement, la fatigue et la diminution des performances mentales et physiques étaient présentes chez 100% des sujets. 67% avaient connu des troubles de la concentration, une diminution de la motivation et une diminution de l'appétit et 56% avaient souffert de troubles gastro-

intestinaux. Tous les sujets enquêtés souhaitent être informés et avertis de ces troubles avant leurs départs.

Conclusions : Cet échantillon ne représente qu'une fraction des militaires au risque des symptômes du JLD. Il pourrait être très utile d'expliquer les stratégies de prévention avant le voyage.

P 83 : CAUSES D'INAPTITUDE OPHTALMOLOGIQUE A LA PLONGEE SOUS-MARINE CHEZ LES PLONGEURS ET LES NAGEURS COMBATS DE LA MARINE NATIONALE

S Ben Salem, I Ben Dhia, A Merdassi, I Dkhil, A Souissi, A Ayed, T Khelifi, N Guermazi

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique. Tunis

Introduction : Les situations hyperbares se rencontrent principalement en cas de plongée sous-marine mais également dans le traitement de pathologies variées au caisson hyperbare. La plongée sous-marine professionnelle est une activité qui expose à un risque de complications oculaires sérieuses imposant une rigueur dans la sélection médicale des plongeurs. Dans ce travail nous analysons les causes d'inaptitude ophtalmologique à la plongée sous-marine professionnelle chez les plongeurs et les nageurs combats de la marine nationale.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur 544 candidats plongeurs examinés au service d'ophtalmologie du centre d'expertise de médecine aéronautique de Tunis durant la période allant de 1991 à 2013. Tous les candidats ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet et d'un champ visuel automatique réalisé systématiquement.

Résultats : Parmi les 544 candidats examinés, 19 ont été déclarés inaptes (3.5%). Il s'agissait d'une baisse de l'acuité visuelle dans 11 cas (57.8%), de troubles de la vision des couleurs dans 3 cas (15.7%), d'anomalies du champ visuel dans 1 cas (5.2%), de cataracte dans 1 cas (5.2%), de chirurgie réfractive dans 1 cas (5.2%) et de lésions rétiniennes dans 2 cas (10.5%).

Conclusions : La plongée sous-marine est une activité à risque qui se pratique dans un milieu hostile exposant à des agressions spécifiques du milieu subaquatique pouvant altérer la fonction visuelle. Un examen ophtalmologique rigoureux à l'admission est impératif.

P84 : EVALUATION DE LA GESTION DES VACCINS DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE EN MILIEU MILITAIRE

H. Hannachi, H. Naija, M. Ben ghorbal, MT Khofi, R. Bellaaj, R. Allani

Direction générale de santé militaire Tunis, Tunisie

Introduction : L'évaluation des pratiques de l'activité vaccinale constitue l'un des outils d'amélioration des activités de soins en milieu militaire. Dans le domaine de la gestion des vaccins, il y a certaines insuffisances. L'objectif de ce travail était de déceler les difficultés dans la gestion du vaccin et de la chaîne de froid en milieu militaire.

Méthodes : Etude descriptive transversale réalisée dans cinq services médicaux d'unités en février 2015 dans le cadre du projet de partenariat du ministère de défense nationale avec l'OMS. Les données ont été recueillies par observation directe lors d'entretien avec le personnel durant des visites sur terrain. Elles ont couvert 4 items (la commande et le stockage de vaccins, la gestion de stock, les connaissances et les pratiques du personnel sur la gestion de la chaîne de froid et l'administration des vaccins). Une notation (2 : adéquat, 1 : moyen, 0 : non adéquat) a été attribué pour chaque paramètre permettant ainsi le calcul d'un score de conformité.

Résultats : La capacité de stockage des vaccins présente une défaillance dans 2 unités avec un score de 8/10. La commande et la réception des vaccins étaient parmi les paramètres les mieux gérés (Score 28/30). Le score total de la gestion du stock était de 18/40 avec un score de 8/10 pour la mise à jour du registre et 5/10 pour l'informatisation de la population cible. Les connaissances du personnel en gestion de la chaîne du froid étaient non satisfaisantes (score 33/80). Les compétences en techniques d'administration des vaccins étaient satisfaisantes (score 30/40).

Conclusions : L'évaluation de la gestion des vaccins et des différentes étapes de la pratique quotidienne est un outil nécessaire afin d'accroître l'efficacité du programme de vaccination.

P 85 : LA MORSURE PAR SERPENT A PROPOS DE 25 CAS

Hafi. S¹, Ellough. F¹, Jradi. A¹, CheikhBoubaker. A¹, lassoued. N¹, Hachaichi. I¹, Telijani. M²

- 1- SAMU 05 Hôpital régional de Gabès.
- 2- Service de réanimation Hôpital régional de Gabès

Introduction : La morsure par serpent constitue un problème de santé dans certains pays. Elle ne signifie pas toujours une envenimation. Peu fréquente mais peut être grave d'où la nécessité d'analyser cette pathologie dans notre région.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur les dossiers de patients admis pour morsure par serpent dans le service de réanimation durant deux années (2015 et 2016).

Résultats : Nous avons recensé 25 cas de morsure par serpent dont 16 cas par vipère. L'âge moyen de nos malades était de 36.2 ans (13-89 ans) avec une prédominance masculine. Origine la région de Gabès : 97 % des cas. Nous avons étudié la répartition selon les mois, l'horaire de la morsure, l'évacuation des patients, l'examen clinique, la biologie et la prise en charge.

Discussion :

Certains gestes sont déconseillés à l'inverse une immobilisation peut être bénéfique.

La prescription d'antibiothérapie à titre préventif reste controversée.

La corticothérapie : aucune efficacité formelle à son utilisation n'a été rapportée.

L'anticoagulation : ne semble pas changer l'évolution de la maladie mais peut être bénéfique dans la prévention de la maladie thromboembolique.

Le sérum antivenimeux : Plusieurs études ont montré son apport dans l'amélioration du pronostic vitale des envenimations vipérines.

CONCLUSION : La morsure par serpent peut être d'un mauvais pronostic nécessitant une réanimation symptomatique précoce et adéquate. La sérothérapie est indiquée dans les formes graves malgré ses risques allergiques

P 86: WHY ARE MEDICAL AND MILITARY STAFF RESISTANCE TO VACCINATION?

Majid Althaqafy, Mark Pearce, Richard McNally, and Shahaduz Zaman

Newcastle University

Background: Compliance rates of vaccination among health care workers (HCWs) are historically low and had been conflicting. Although vaccines are available, prevalence of some of infections not

changed and some increased per year in Saudi Arabia, effectiveness of immunisation program and the vaccine compliance barriers could be contributing factors and require further depth investigation. This study aimed to gain an in depth understanding of the reasons why some of HCWs and military soldiers are reluctant to get vaccinated and understand more about their awareness about communicable disease and preventive measures in work sitting.

Methods: A qualitative research through focus groups discussion with newly recruited employee in 2014-2015 and in depth interviews among immunisation services team were conducted based on topic lists and semi-structured interview guides.

Results: Data were transcribed verbatim and thematic content analysis techniques with grounded theory approach has been used in identifying, analysing, and reporting on themes and subthemes. The main themes emerged from the data regarding vaccine none compliance: vaccine related such as side effects of vaccines and painful vaccination; Personal related such as lack of knowledge and busy schedule; Organisation related such as lack of motivation and no reminder system ; social media related such as vaccine rumors.

Conclusions: This study reveals a deeper understanding of the behavior and decision-making to accept and reject a vaccine. Although numerous challenges are present in the health care and military setting, practice of infection prevention and control should mirror that performed in hospitals outside the combat zone whenever possible.

P 87 : COUP DE CHALEUR D'EXERCICE : LA PRECOCITE DU DIAGNOSTIC ET LA PREVENTION CONDITIONNENT LE PRONOSTIC

MT.KHOUFI, A.MRABET, K.LAMINE, I.KANOUN, M.FERJANI, M.YEDEAS

Direction générale de la santé militaire

Introduction : Le coup de chaleur d'exercice (CCE) est défini comme une hyperthermie associée à des signes neurologiques en lien avec un effort physique intense effectué dans une ambiance chaude. Il s'agit d'une pathologie environnementale parmi les plus graves représentant une urgence médicale. Il résulte d'un dépassement des mécanismes thermorégulateurs de l'organisme. En effet, Il survient le plus souvent chez des sujets jeunes et sportifs qui s'adonnent à des exercices physiques intenses dans un environnement chaud. Notre but est de décrire, en nous basant sur des cas concrets, les circonstances de survenue du CCE ainsi que ses caractéristiques cliniques, thérapeutiques et préventives en milieu militaire.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive longitudinale qui a concerné quatre observations de cas de CCE pris en charge dans les services de réanimation et des urgences de l'hôpital militaire de Tunis. Ces accidents thermiques étaient survenus et suffisamment documentés durant les quinze dernières années (1999-2013) chez des jeunes militaires s'adonnant à des exercices physiques intenses et prolongés dans le cadre d'un test d'endurance ou d'une course de semi-marathon.

Résultats : Quatre personnes âgées de 23 à 44 ans (âge moyen $34,2 \pm 10,3$ ans) de sexe masculin et sans antécédents médicaux ont développé un CCE après un « marche commando » de 8km en tenue de combat et le port d'une charge lourde (avec sac à dos et arme) pour trois d'entre eux et après une compétition de semi-marathon (21km) pour la 4ème personne. Les facteurs favorisants intrinsèques identifiés chez les quatre sujets concernés dans notre étude étaient relatifs à une surcharge pondérale et un manque d'entraînement, associé à une sur motivation. Une hydratation insuffisante ainsi qu'une alimentation particulièrement riche en hydrates de carbone ont été notées chez tous nos sujets. Une dette de sommeil associée à une fatigue de voyage a été relevée chez deux sujets. Une infection des voies respiratoires hautes a été constatée chez deux militaires.

Conclusion : Le CCE est une urgence médicale. Sa menace est permanente de par l'augmentation du nombre des compétitions chez les sportifs et des activités physiques en plein air pour les militaires. Notre étude confirme que la précocité du diagnostic et du traitement conditionne le pronostic et que le refroidissement initial et rapide associé à la réhydratation sont les éléments clés de la prévention du CCE.

POSTER J2 : TRAVAUX LEISHMANIOSES

P 88 : CO-INFECTION LEISHMANIOSE VISCERALE-INFECTION VIH : A PROPOS DE 5 CAS

S. Sallem, L. Ammari, A. Berriche, R. Abdelmalek, A. Goubantini, S. Aissa, F. Kanoun, B. Kilani, H. Tiouiri Ben Aissa

Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : L'immunodépression, en particulier l'infection rétrovirale favorise la survenue de leishmaniose viscérale. Reconnue comme infection opportuniste chez les personnes infectées par le VIH, sa prise en charge thérapeutique reste complexe. Cette co-infection atteint jusqu'à 40% dans certains pays, survenant chez les adultes jeunes et 70 % d'entre eux sont toxicomanes. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la leishmaniose viscérale chez le sujet infecté par le VIH.

Patients et méthodes : étude rétrospective sur 11 ans [2005-2015] incluant cinq patients infectés par le VIH, suivis au service des maladies infectieuses la Rabta et ayant présenté une leishmaniose viscérale.

Résultats : il s'agissait de 2 hommes et 3 femmes. L'âge moyen était 32 ans [24 à 40 ans]. Les 2 hommes étaient toxicomanes actifs. La leishmaniose viscérale était inaugurale de l'infection rétrovirale dans 3 cas. Deux patients avaient une tuberculose concomitante. La fièvre ainsi que l'altération de l'état général étaient rapportées par tous les patients. Les signes digestifs (diarrhée avec douleurs abdominales) étaient présents chez 3 patients. Sur le plan biologique, 3 patients avaient une pancytopénie et 2 avaient une bicytopenie (leucopénie+anémie). Tous les patients avaient une hypoalbuminémie avec hypergammaglobulinémie. Tous les patients avaient un compte de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³. Le myélogramme a confirmé le diagnostic par l'identification des corps de *leishman* chez 4 patients. La sérologie de la leishmaniose était positive dans 3 cas. La PCR dans le sang était positive dans 2 cas. Quatre patients étaient traités par l'amphotéricine B et un seul par le glucantime. La durée moyenne de traitement était de 27 jours [23-28]. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Discussion et conclusions : La leishmaniose viscérale est une infection opportuniste fatale en l'absence de traitement avec une mortalité qui atteint 25% ainsi qu'un risque de rechute estimé à 60%. Le diagnostic positif est parfois difficile chez les patients infectés par le VIH à cause de l'imprécision des simples tests sérologiques. Le traitement de la co-infection VIH-LV est complexe car les médicaments n'ont pas l'effet espéré.

P 89 : DETERMINANTS DE L'INFECTION PAR LEISHMANIA MAJOR DANS DES FOYERS ANCIENS ET EMERGENTS DU CENTRE TUNISIEN

Jihène Bettaieb, Aissi Wafa, Ghassen kharroubi, Mariem Nouira, Adel Gharbi, Nabil Bel haj Hmida, Afif Ben Salah

Service d'épidémiologie Institut Pasteur de Tunis

Introduction : La Leishmaniose cutanée zoonotique (LCZ), due à *Leishmania major* (*L. major*) continue de poser un problème majeur de santé publique en Tunisie. Le but de cette étude était d'estimer la prévalence et évaluer les facteurs de risque associés à l'infection par *L. major* dans des foyers anciens et émergents endémiques de LCZ du centre de la Tunisie.

Méthodes : Une enquête transversale au porte à porte a été réalisée entre Janvier et mai 2009 sur un échantillon de 2686 sujets bien portants, âgés de 5 à 65 ans, vivant dans les gouvernorats de Sidi Bouzid et Kairouan. Nous avons déterminé la prévalence de l'infection par *L. major* en utilisant le Test Cutané à la Leishmanine (TCL). Les facteurs de risque de positivité au TCL ont été identifiés par une procédure de régression logistique.

Résultats : La prévalence globale de la positivité au TCL était de 55% (Intervalle de Confiance (IC) à 95% : 53-57). La prévalence de l'infection par *L. major* était significativement plus élevée dans l'ancien foyer (99%, IC à 95% : 92-100) par rapport aux foyers émergents (38%, IC 95% : 36-40) ($p \leq 0,001$). L'analyse multivariée des facteurs de risque de positivité au TCL a montré que seuls l'âge, la nature du foyer (ancien /émergent), les antécédents personnels et familiaux de LCZ sont les déterminants de cette infection. Les habitants de l'ancien foyer avaient un risque d'infection environ cent vingt fois plus élevé (OR ajusté=122,75; IC à 95% : 39,71-379,48) comparativement à ceux des foyers émergents.

Conclusion : Ce présent travail a permis de mettre à jour le profil épidémiologique de la LCZ dans le centre tunisien. L'ancienneté de la transmission du parasite dans une population devrait être considérée comme facteur de confusion potentiel dans les futurs essais cliniques contre la LCZ.

P 90 : LA LEISHMANIOSE CUTANEE DANS LA REGION DE SFAX

Kanoun A., Cheikhrouhou F., Zouari S., Makni F., Ayadi A.

Laboratoire de parasitologie mycologie - CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction : En Tunisie, la leishmaniose cutanée demeure encore un problème de santé publique majeur avec une recrudescence nette ces deux dernières années.

Objectif : Analyser les différentes formes clinico-épidémiologiques de la leishmaniose cutanée diagnostiquées dans le laboratoire de parasitologie mycologie de SFAX.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective des cas de leishmaniose diagnostiqués durant 9 ans (2007 à 2015). Le diagnostic de leishmaniose cutanée (LC) a été confirmé par l'examen direct de frottis dermiques colorés au Giemsa, la culture sur milieu RPMI et la PCR RFLP.

Résultats : 2184 patients ont bénéficié d'un frottis dermique. L'âge moyen était de 32 ans (extrêmes : 1 an – 95 ans). Le nombre de cas positifs a été multiplié au fil des années passant de 16 cas en 2007 à 295 cas en 2015. Le gouvernorat de Sfax a été fortement touché (57,8 %). Les autres patients provenaient de Sidi Bouzid (14,3%), de Mahdia (6,2%), de Kairouan (1,2%) ...

Les lésions dermiques étaient uniques (35,1%) et de 2 cm de diamètre en moyenne. Le siège préférentiel était les membres inférieurs (39,8%). Les formes cliniques retrouvées étaient ulcéro-croûteuses dans 56,3% des cas, sèches (22,1%), ulcérées (11,8%), humides (7,3%), œdémateuses (6,5%) et squameuses (3,7%).

Le diagnostic de LC a été confirmé par un frottis dermique chez 988 cas soit 45% des consultants. La culture s'est positivée dans 11% des cas. La technique PCR a permis de redresser le diagnostic chez 159 cas suspects avec un frottis négatif. La PCR RFLP pratiquée dans 94 cas a identifié *L. major* dans 97,8% et *L. killicki* dans 2 cas isolés à partir de patients Libyens.

Discussion : Nous assistons à une recrudescence des cas de leishmaniose par comparaison aux années précédentes essentiellement dans le gouvernorat de Sfax. Cette augmentation est due à des conditions écologiques favorisant le développement du vecteur et du réservoir. Le nombre de cas est certainement sous-estimé malgré le caractère épidémique vu l'automédication et les cas traités sans preuve biologique. Des études épidémiologiques complémentaires seront nécessaires pour mettre en

évidence l'ampleur de ce fléau dans les zones d'intérieurs du pays, afin de chercher les facteurs favorisants et proposer les moyens de lutte.

P 91 : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DE LA LEISHMANIOSE CUTANEE : EXPERIENCE DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE METHOUA-MENZEL HABIB

Salah. S, Sghaier.S, Ghodhbane Z, Toumi. Ab, Amorri.F, Bouaziz.H, Dammak. M.

Introduction : La leishmaniose cutanée zoonotique est connue en Tunisie depuis la fin du XIX^{ème} siècle. Elle représente un problème de santé publique majeur à Methouia et Menzel Habib (Gouvernorat Gabes). Des poussées épidémiques de leishmaniose cutanée se sont déclarées les cinq derniers ans. En 2015, la leishmaniose cutanée a connu une réactivation au niveau des anciens foyers, avec apparition de nouveaux foyers. Le but de ce travail est de dresser le profil épidémiologique et clinique de cette leishmaniose devant le pic enregistré en 2015.

Matériel et méthodes : C'est une étude rétrospective incluant tous les cas de leishmaniose cutanée recrutés à nos consultations externes depuis janvier 2015 jusqu'au décembre 2015. Tous les patients inclus ont fait l'objet d'une analyse, précisant l'âge, le sexe, l'origine de la maladie, l'aspect clinique des lésions, leur date d'apparition, leur durée d'évolution, leur confirmation biologique et/ou histologique, leur traitement et leur évolution.

Résultats : Au total 235 dossiers ont été analysés. Avec un sex-ratio plus ou moins égale à 1 et un âge moyen de 25 ans. L'origine de la maladie était Menzel Habib dans 48 cas, Oudhref dans 110 cas, Methouia dans 77 cas. La durée moyenne d'évolution des lésions était de 7 mois. Les lésions siégeaient au niveau de la face dans 31 cas et au niveau des membres dans 213 cas, elles étaient uniques dans 34% des cas, de 2 à 5 lésions dans 53.6% des cas et plus que six dans 11% de cas. Des lésions ulcérocrouteuses prédominaient dans 150 cas. L'examen parasitologique direct réalisé était positif dans tous les cas. Les lésions sont cicatricielles dans 148 cas et évolutives dans 87 cas. La voie IM a été préconisée chez les patients ayant plusieurs lésions, ou situées au niveau de face ou peri-articulaire. Les patients présentant une lésion non surinfectée et située en dehors de la face ont bénéficié d'un traitement par voie intradermique.

Conclusion : Avec le contexte épidémique actuel on doit établir une stratégie de diagnostic et de prophylaxie efficace et proposer un traitement adéquat avant l'évolution vers des lésions cicatricielles.

P 92 : GLUCANTIME ® : ARME À DOUBLE TRANCHANT

DERBALI Fatma, HAAJJI Raouf, ELLEUCH Monia, ZRIBI Saida, KAMMOUN Naourez, JALLALI Mohamed.

Service de médecine interne- Hôpital régional de Sidi Bouzid

Introduction : Les leishmanioses cutanées sont des parasitoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*. L'antimoniote de méglumine ou Glucantime®, commercialisé depuis 1946 reste, le traitement de première intention de la leishmaniose cutanée en Tunisie. Administré par voie générale, il peut être responsable d'effets indésirables de gravité variable.

But : Nous étudions, à travers une série hospitalière, les effets secondaires du Glucantime® prescrit pour une leishmaniose cutanée.

Méthodes : Une étude rétrospective descriptive à propos de 24 malades hospitalisés pour leishmaniose cutanée dans le service de médecine interne de l'hôpital régional de Sidi Bouzid entre Octobre 2015 et janvier 2016. 18 malades sont traités par Glucantime® à la dose de 60 mg/kg/j en intramusculaire pendant 10 à 15 jours. Ils ont tous bénéficié d'un bilan pré-thérapeutique ainsi qu'une surveillance clinique et biologique.

Résultats : On a recensé 09 hommes et 14 femmes. L'âge moyen était de 44 ans [23 ans et 73 ans]. Le motif d'hospitalisation était une localisation au niveau du visage, un nombre de lésion supérieur ou égale à 4 ou une lésion surinfectée. En se référant au schéma thérapeutique recommandé, seuls 18 patients ont bénéficié d'un traitement par du Glucanthime® en intra-musculaire. Des effets indésirables ont été notés chez 09 patients (07 femmes et 02 hommes) dont l'âge varie entre 23 et 52 ans. Des signes de stibio-intolérance ont été notés chez 12 patients : il s'agissait d'une céphalée (5 cas) et de douleurs abdominales (1 cas). Une urticaire a été notée dans 1 cas. Une patiente a présenté une arythmie et des ondes T négatives en latérale. Un homme a présenté une hyperamylasémie, une femme a présenté une cytolyse hépatique et une deuxième a présenté une thrombopénie. L'enquête de pharmacovigilance a confirmé l'imputabilité du Glucanthime® dans tous les cas. Ce traitement a été arrêté chez 05 patients et poursuivi avec surveillance dans 4 cas.

Conclusion : La fréquence et parfois la gravité des effets indésirables de Glucanthime® par voies générale nous incite à instaurer une surveillance stricte voire même de revoir le schéma thérapeutique.

P 93 : CHOC ANAPHYLACTIQUE SOUS GLUCANTIME® INTRA LÉSIONNEL AU COURS D'UNE LEISHMANIOSE CUTANÉE.

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction: La leishmaniose cutanée (LC) est encore fréquente dans plusieurs pays du monde y compris le nôtre où elle sévit sur un mode endémo-épidémique (Youssef S et al. 2009). Le Glucanthime® intra lésionnel est le traitement le plus utilisé pour cette affection. Il est efficace et classiquement dénué de risques, mais certains effets indésirables ont été décrits et peuvent être parfois graves. Nous rapportons une complication inhabituelle et potentiellement mortelle de ce traitement.

Observation : Patient de 33 ans sans antécédents pathologiques notables fût hospitalisé pour deux lésions nodulaires ulcéro-croûteuses et trainantes de la jambe gauche. Le bilan biologique était sans anomalies. L'examen parasitologique par curetage des lésions objectivait des corps de *Leishman*. Le patient a reçu de l'antimoniote de méglumine (0,5 ml, 42,5 mg de Sb) en intra lésionnel. Juste quelques minutes après la première injection il présentait un choc anaphylactique grave nécessitant son transfert en unité de soins intensifs et sa réanimation cardio-vasculaire et respiratoire. Les autres causes de choc ont été éliminées. L'hyper éosinophilie sanguine, l'élévation des IgE totales et des tryptases plaident pour la nature allergique du choc. L'évolution était favorable après éviction de la drogue et l'administration de glucocorticoïdes systémiques.

Commentaire et conclusions : Les effets indésirables ont été observés chez 5% des sujets recevant le Glucanthime® en intra lésionnel (Masmoudi A et al. 2006) et 21% avec l'injection intramusculaire (Masmoudi A et al. 2005). Les complications graves sont l'insuffisance rénale, la pancréatite, l'hépatite et l'insuffisance hépatique (Masmoudi A et al. 2005, Masmoudi A et al. 2006). À notre connaissance, c'est la première et l'unique observation d'un choc anaphylactique provoqué par le traitement de la leishmaniose cutanée par voie intra lésionnelle.

P 94 : UNE ATTEINTE OCULAIRE INHABITUELLE AU COURS D'UNE LEISHMANIOSE CUTANÉE

Lassoued N, Belgacem N, Trabelsi S, Baïli H, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La leishmaniose cutanée (LC) est encore fréquente dans plusieurs pays du monde y compris le nôtre où elle sévit sur un mode endémo-épidémique. Les manifestations systémiques au cours des LC sont rarement rapportées, les atteintes oculaires y sont exceptionnelles.

Nous rapportons une observation particulière d'une panuvéite chronique bilatérale de type granulomateuse survenant au décours d'une LC diffuse.

Observation : Une patiente de 14 ans fut hospitalisée pour leishmaniose cutanée diffuse avec dix lésions ulcéro-croûteuses siégeant au niveau des deux jambes et du membre supérieur droit. Le diagnostic était confirmé par l'examen parasitologique direct montrant la présence de corps de *Leishman*. Elle a été traitée par le mégluménin intra musculaire et à la dose de 15mg/kg/j pendant 15 jours avec une évolution favorable.

Vingt jours après cette hospitalisation, elle signalait une baisse brutale de l'acuité visuelle des deux côtés associés à un flou visuel. L'examen ophtalmologique objectivait une panuvéite granulomateuse bilatérale. Le bilan étiologique de cette uvéite était négatif et son évolution s'est faite vers la chronicité et l'aggravation incitant à prescrire une corticothérapie systémique et intensive.

Commentaires et conclusion: Les manifestations oculaires sont exceptionnelles au cours des leishmanioses (*Satici A et al. 2004, Sadeghian G et al. 2005*) et sont essentiellement à type de blépharo-conjonctivite non spécifique. L'ophtalmopathie peut résulter d'un mécanisme direct : présence de corps de leishman dans l'humeur aqueuse (*Ferrari TC et al. 1990*), d'une réaction d'hypersensibilité au parasite (*Oliveira-Neto MP et al. 2008*) ou d'une vascularite systémique compliquant l'infection parasitaire (*Lhote F et al. 2004*).

A notre connaissance, c'est le premier cas rapportant l'association d'une Panuvéite granulomateuse bilatérale et chronique à une LC. L'uvéite chronique peut être ainsi considérée comme complication possible de la LC.

P95 : LA « LEISHMANIASIS RECIDIVANS CUTIS »: UNE FORME EXCEPTIONNELLE DE LEISCHMANIOSE CUTANEE.

Baïli H¹, Yahyaoui S², Belgacem N¹, Trabelsi S¹, Lassoued N¹, Béji M¹, Bouomrani S¹

¹Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes. 6000 Tunisie

²Direction Régionale de la Santé de Gabès. 6000 Tunisie

Introduction: Les lésions cutanées de la leishmaniose sont très polymorphes et parfois inhabituelles (par leur aspect et/ou siège et/ou évolution) représentant un vrai défi diagnostique pour le clinicien. Nous représentons une observation originale de leishmaniose cutanée lupoïde et récidivante « Leishmaniasis recidivans cutis (LRC) ».

Observation : Mr.M.A âgé de 43 ans, originaire de Sidi Bouzid et demeurant à Gabes fut exploré pour une lésion érythémato-papuleuse trainante siégeant au niveau de la face postérieure de l'épaule gauche, sans autres anomalies à l'examen clinique. Les examens biologiques de base étaient normaux. L'examen parasitologique n'a pas isolé des corps de leishmanies. Le patient était traité comme étant une leishmaniose cutanée avec régression nette de l'aspect inflammatoire de la lésion. Il reconsultait deux ans plus tard pour des poussées inflammatoires autour de la cicatrice de l'ancienne lésion et apparition de deux lésions papuleuses satellites. L'examen parasitologique était négatif à deux reprises. La biopsie cutanée montrait un infiltrat inflammatoire diffus, dense à prédominance lympho-plasmocytaire au niveau du derme, parsemé de micro-foyers de suppuration non spécifique. Un troisième prélèvement parasitologique péri-lésionnel révélait la présence de corps de *leishman*. Au cours de son hospitalisation, il y a eu apparition de deux nouvelles lésions érythémato-papuleuses en sous mamelonnaire droit et au niveau du dos. Ainsi la décision de traitement systémique par le glucantime en intra musculaire était prise avec une évolution marquée.

Discussions : Les lésions au cours de la leishmaniose cutanée sont très polymorphes. Les présentations érythémato-papuleuses rappelant le lupus (lupoïde ou lupus-like) sont rares. Leur fréquence est estimée à 0.5-6% dans les grandes séries (*Gurel MS. 2002*). La localisation dans les zones couvertes rend le diagnostic encore plus difficile.

La LRC, bien que peut se voir jusqu'à dans 18% des cas dans les grandes séries (*Charifi I. 2015*), reste qualifiée comme unique et inhabituelle (*Masood S. 2012, Charifi I. 2015*). Ces récurrences sont probablement liées à des changements dans l'immunité à médiation cellulaire conduisant à des lésions secondaires localisées ou diffuses (*Masood S. 2012*).

Conclusion : Face à une lésion cutanée qui ne fait pas sa preuve, il faut toujours penser à la leishmaniose devant l'origine géographique même si l'aspect clinique, l'examen parasitologique et l'évolution ne sont pas habituels, en particulier dans les pays d'endémie comme le nôtre. L'éventualité de récurrences ultérieures, même après un traitement bien conduit, doit aussi être présente à l'esprit

P96 : LA LEISHMANIOSE CUTANÉE NODULAIRE SPOROTRICOÏDE : UNE FORME EXCEPTIONNELLE

Baïli H¹, Yahyaoui S², Trabelsi S¹, Belgacem N¹, Lassoued N¹, Béji M¹, Bouomrani S¹

¹Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabès. 6000 Tunisie

²Direction Régionale de la Santé de Gabès. 6000 Tunisie

Introduction : La leishmaniose cutanée nodulaire dite sporotrichoïde (LCS) est une forme inhabituelle de la leishmaniose cutanée qui résulte d'une dissémination lymphatique de l'infection (*Eftikhar N. 2003, Ellis H. 2001, Tobin EH. 2001*). Elle est souvent méconnue et pose le diagnostic différentiel, parfois difficile à résoudre avec les autres lymphangites nodulaires (*Ellis H. 2001*). Nous en rapportons une observation.

Observation : Patient âgé de 40 ans fut admis pour lésions cutanées indolores et trainantes évoluant depuis six semaines. L'examen clinique notait une lésion papulo-squameuse non ulcérée (lupoïde) au niveau du coude droit, une lésion papulo-croûteuse du dos de la main gauche et des formations nodulaires sous cutanées en chaînette non douloureuses au niveau de l'avant-bras gauche dessinant une lymphangite nodulaire. Le bilan biologique de base était sans anomalies. Le prélèvement parasitologique concluait à la présence de corps de *leishman* au niveau des deux lésions. Le patient fut traité par glucantime en intra musculaire à la dose de 60 mg/kg/j pendant quinze jours. L'évolution était favorable avec disparition progressive des lésions nodulaires et cicatrises atrophiques des lésions du coude et du dos de la main.

Commentaires et conclusion : les formes cliniques dites « inhabituelles » sont observées dans 5.7% de l'ensemble des leishmanioses cutanées ; parmi elles la forme sporotrichoïde représente 12.1% (*Bari AU. 2008*). En Tunisie cette forme semble être fréquente, particulièrement dans le sud tunisien où elle a été notée dans 19% des cas (*Masmoudi A. 2007, Masmoudi A. 2008*).

De ce fait elle mérite d'être connue par les cliniciens pour éviter le retard diagnostique et de prise en charge thérapeutique

P 97 : APPORT DE L'ETUDE D'UNE POPULATION PHLEBOTOMIENNE ET DE SA PREFERENCE TROPHIQUE DANS L'ANALYSE ECO-EPIDEMIOLOGIQUE D'UN NOUVEAU FOYER DE *L.KILLICKI*

N.Jebali, H.Najoua, H.Babba

Introduction : Depuis sa description en Tunisie en 1980, aucune souche appartenant au complexe *L.killicki* n'a été identifiée en dehors de son micro-foyer de Tataouine. Cependant en 2004, des souches appartenant à ce complexe ont été isolées dans quatre nouveaux foyers : Siliana, Gafsa, Sidi Bouzid et Kairouan montrant bien d'extension de ce complexe vers le Sud-ouest ainsi que la partie Nord de la Tunisie.

Etant récemment décrit en tant que foyer potentiel à *L.killicki*, la région de Siliana présente un foyer intéressant pour une investigation entomologique visant l'étude de sa population

phlébotomienne, de sa préférence trophique et de l'infestation des femelles par des parasites du genre *Leishmania*.

Matériel et méthodes : Le site choisi est la région d'El-krib, l'une des délégations du Gouvernorat en Siliana. La capture des phlébotomes a été réalisée par des pièges adhésifs et des pièges huileux et l'identification des espèces au microscope selon la clé d'identification des phlébotomes d'après Croset et al., 1978 ; Léger et al., 1983 et Dépaquit et al., 1998 est donné ci-dessous. L'extraction de l'ADN et l'étude moléculaire (repas sanguin des femelles gorgées) ont été réalisés au sein du laboratoire de Parasitologie et de Mycologie de la faculté de Pharmacie de Monastir. Le séquençage est réalisé par la firme « Euro fins MWG, opéron, Allemagne ».

Résultats : Ainsi nous avons réussi à identifier, lors de notre enquête entomologique, 10 espèces au niveau de ce site. Nos spécimens appartiennent aux cinq sous genres suivants : *Phlebotomus*, *P. araphlebotomus*, *Larrousius*, *Sergentomyia* et *Grassomyia*. Parmi les spécimens capturés l'espèce *P. perniciosus* (Genre *Larrousius*) est la plus prédominante (86.75 %) suivie par l'espèce *P. sergenti* (Genre *P. araphlebotomus*) (6.10 %) *P. langeroni* (Genre *Larrousius*) (3.63%).

Nous avons pu identifier l'origine du repas sanguin des phlébotomes femelles gorgées qui semble avoir pris leurs repas de sang à partir de l'espèce *Bos taurus* et *Ovis aries*. Cependant, la déduction d'une corrélation directe entre la gamme d'hôtes trouvée et le réservoir n'est jamais évidente. Et finalement nous avons poussé d'avantage nos investigations afin de connaître exactement le type de parasite porté par chaque phlébotome.

Commentaires et Conclusion : Les résultats trouvés remettent en question la notion de spécificité espèce Phlébotome/espèce leishmanienne et nous incitent à définir d'avantage d'études concernant l'infection naturelle des différentes espèces de phlébotomes.

Mots clés : Phlébotomes, leishmanie, ADN, LCC, *L. killicki*.

P 98 : EPIDEMIOLOGIE DE LEISHMANIOSE CUTANÉE A LA REGION DE BENIKHEDECH

Khaled I¹, Yahyaoui Z²

- 1- Hôpital de circonscription de Béni Khédech,
- 2- Hôpital régional Habib Bourguiba de Médenine,

Introduction/objectifs : La leishmaniose cutanée (LC) représente en Tunisie un problème important de santé publique en raison de son incidence élevée, dépassant parfois les 5000 cas/an. Une analyse épidémiologique et clinique des cas de leishmanioses cutanées dans la région de Béni Khédech, et étude de l'émergence de nouveaux foyers endémiques, avec coexistence des deux formes cliniques.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective de 313 cas de leishmanioses cutanées, recensés en six ans du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2015, colligés au niveau de la circonscription de Béni khédech.

Résultats : On note une ascension de la courbe pendant l'année 2013. Elle touche surtout la tranche jeune > 50% avec prédominance masculine. La distribution des cas est clairsemée dans toutes les régions avec prédominance de survenue dans des zones connues comme foyers de leishmaniose glib dhib ; oued elkhil. On notait une prédilection de siège aux membres supérieurs et inférieures. Le traitement était à base de glucantime par infiltrations locales dans les lésions uniques et par voie générale dans les formes à lésions multiples.

Commentaires et conclusion : Cette maladie est endémique en divers systèmes écologiques, sa recrudescence et sa fréquence sont liées à la modification de l'environnement, aux variations climatiques, au pullulement de rongeurs, de chiens errants, à la négligence lors de campagnes de démoustication.

P99 : UN CAS DE LEISHMANIOSE VISÉRALE CHEZ UN PATIENT TRANSPLANTÉ RÉNAL.

Kallel H, Kossai I, Kacem I, Chaouch N, Baffoun A, Saaidi A, Manaa J

Unité de greffe des organes. Hôpital Militaire Tunis

Introduction : La leishmaniose viscérale est une affection parasitaire dont le caractère opportuniste a été démontré. Nous rapportons le cas d'une leishmaniose viscérale diagnostiquée chez un patient transplanté rénal avec les particularités clinico-biologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives associées.

Observation : MM, âgé de 49 ans, transplanté rénal en octobre 1999 à partir d'un donneur cadavérique. Le patient a présenté en Mai 2007 une asthénie accompagnée d'une fièvre chiffrée à 40 degrés sans autres signes fonctionnels. L'examen physique était strictement normal. La NFS a montré une pancytopenie, la créatinémie était aux alentours de 124 µmol/l, la CRP était à 114 mg/l. Les hémocultures ont isolé un *Staphylococcus coagulase négatif* et la sérologie de *Cytomegalovirus* (CMV) était positive. Malgré les antibiotiques et la ganciclovir, l'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et la pancytopenie. Un myélogramme a été fait confirmant le diagnostic de la leishmaniose viscérale. Un traitement par le glucantime a été débuté à la dose de 20 mg/Kg/j. Le septième jour de traitement, le patient a présenté une pancréatite aiguë amenant à arrêter le glucantime pendant deux jours puis le reprendre. À noter que l'allopurinol a été utilisé après le glucantime pendant une année à la dose de 20 mg/Kg/j. Le patient a gardé une bonne fonction rénale et il n'a pas présenté aucune rechute.

Discussion : La leishmaniose viscérale peut compliquer l'évolution de la transplantation d'organes et peut être mortelle, en particulier lorsqu'elle est non traitée. Les rechutes peuvent survenir après l'achèvement du traitement apparemment efficace. L'allopurinol pourrait être une solution pour éviter les rechutes.

Conclusion : Le dépistage systématique d'une éventuelle infection par la réalisation d'une sérologie de la leishmaniose dans le cadre du bilan pré-greffe chez le receveur et chez le donneur reste la meilleure mesure préventive.

PI00 : PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES LEISHMANIOSES CUTANÉES DIAGNOSTIQUÉES AU LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Mtibaa I¹, Ben Abda I^{1,2}, Bouhlel S.¹, Ben Abdallah R^{1,2}, Siala E^{1,2}, Ben Sghaier I², Zallega N¹, Aoun K^{1,2}, Bouratbine A^{1,2}.

- 1- Laboratoire de Parasitologie, Institut Pasteur de Tunis.
- 2- Laboratoire de recherche LR11-IPT06 « Parasitologie médicale, biotechnologies et biomolécules », Institut Pasteur de Tunis

Introduction: En Tunisie, la leishmaniose cutanée (LC) est endémique et représente un problème de santé publique. Elle est due à 3 espèces *Leishmania* (*L.*) *infantum*, *L. major* et *L. tropica*. Le diagnostic peut être difficile du fait du polymorphisme clinique et de l'extension des aires de répartition des 3 formes noso-géographiques classiques (sporadique du Nord, zoonotique et chronique). L'objectif de notre travail était de discuter les aspects épidémiocliniques des cas de LC diagnostiqués dans notre laboratoire.

Méthodes : Dans ce travail, 39 cas de LC ont été diagnostiqués entre Septembre 2015-Septembre 2016. Une fiche de renseignements épidémiologiques et cliniques a été remplie. Le diagnostic a été porté par l'examen direct et/ou la culture et/ou de la PCR en temps réel. Une identification moléculaire de l'espèce a été réalisée dans les cas discordants.

Résultats : La moyenne d'âge des patients était de 34,1 ans et le sex-ratio de 0,69. La majorité des cas (77%) a été diagnostiquée entre Octobre et Mars. La durée moyenne d'évolution était de 7 mois. La plupart des cas (n=23, 59%) ont été contaminés au Centre-Sud. Les lésions correspondantes étaient surtout ulcéro-croûteuses (82,6%), surinfectées (47,8%), multiples (60,8%) et siégeaient aux membres (82,6%). Les patients contaminés au Nord (n=16), avaient des lésions plutôt nodulaires ou érythémateuses (68,7%), uniques (81,2%) et localisées au visage (56,2%). Cinq parmi eux présentaient des lésions ulcéro-croûteuses surinfectées siégeant aux membres (dont une au membre inférieur). *Leishmania infantum* a été l'espèce identifiée chez un patient et pour le reste le typage moléculaire est en cours. Même si le lieu de contamination, le nombre des lésions, leur localisation et leur aspect facilitent dans la plupart des cas le diagnostic de la forme noso-géographique de la LC, le typage moléculaire s'avère nécessaire dans certains cas pour une meilleure prise en charge des patients et adaptation des mesures de contrôle.

PI01 : LEISHMANIOSE VISCERALE INFANTILE : ETUDE DE 29 CAS

Service de Médecine Infantile C. Hôpital Béchir Hamza d'enfant de
Université Tunis El Manar-Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : La leishmaniose viscérale (LV), ou *Kala Azar*, est une affection parasitaire due à la multiplication dans le système réticulo-histiocytaire d'un protozoaire du genre *Leishmania*. Elle est caractérisée par sa répartition géographique plus fréquente sur le pourtour méditerranéen, l'Inde, l'Afrique de l'Est et l'Amérique du Sud. En Tunisie, elle représente un réel problème de santé publique surtout au sein de la population pédiatrique. Notre objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection chez l'enfant.

Patients et méthodes : Etude rétrospective analysant 29 cas de LV colligés au service de Pédiatrie « C » de l'Hôpital Béchir Hamza d'enfants de Tunis entre les années 2001 et 2015.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 39 mois (5-168 mois) avec un sex-ratio de 1,2. 44,8% étaient issus d'un milieu rural. Le délai moyen de consultation était de 24 jours (5-168 jours). La fièvre au long cours avait constitué le motif de consultation le plus fréquent (89,6%). L'examen avait objectivé une splénomégalie dans 28 cas (96,6%) et une hépatomégalie dans 24 cas (82,8%). La pancytopénie était présente dans 26 cas (89,7%). L'anémie, la leuconéutropénie et la thrombopénie étaient retrouvées dans respectivement 100%, 96,6% et 93,1% des cas, et l'hypergammaglobulinémie dans 15 cas (51,7%). Aucune atteinte rénale n'est survenue. Le diagnostic de LV est confirmé par le myélogramme dans 24 cas (82,7%), la sérologie dans 13 cas (44,8%) et la PCR dans le sang dans 2 cas. Le traitement était basé sur Glucantime pendant une durée moyenne de 23,9 jours. 82,8% des enfants avaient nécessité des transfusions de culot globulaire et/ou plaquettaire. Trois enfants avaient développé des signes de stibio-intolérance. Un seul cas était compliqué d'un syndrome d'activation macrophagique confirmé. L'évolution était favorable dans tous les cas. Aucun cas de décès n'a été noté.

Conclusion : La LV infantile doit être facilement suspectée chez tout enfant provenant d'une zone endémique présentant une fièvre prolongée, une pâleur et une splénomégalie. La précocité du diagnostic et la mise en route de traitement spécifique permettent d'améliorer le pronostic de cette maladie.

PI02 : LES FACTEURS PREDICTIFS DU TEMPS DE GUERISON DES LESIONS DE LEISHMANIOSE CUTANEE ZOONOTIQUE CHEZ L'ENFANT.

Bettaieb J, Aissi W, Kharroubi G, Nouira M, Toumi A, Mokni M, Ben Salah A

Service d'épidémiologie Institut pasteur de Tunis

Introduction : La leishmaniose cutanée zoonotique (LCZ) est une maladie saisonnière et endémique au centre et au sud de la Tunisie où elle est causée par *Leishmania (L.) major*. La LCZ affecte aussi bien les adultes que les enfants. La plupart de ces lésions guérissent spontanément mais elles peuvent parfois persister pour de longues périodes ou engendrer des cicatrices. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs prédictifs du temps de guérison des lésions de leishmaniose cutanée zoonotique chez les enfants.

Méthodes : Une étude prospective a été menée dans des écoles primaires du centre et du sud de la Tunisie. Quarante-trois enfants avec 215 lésions de LCZ ont été sélectionnés au hasard et ils ont été suivis pendant deux ans (Avril 2001-Avril 2003) pour évaluer l'évolution naturelle de leurs lésions. La méthode de *Kaplan-Meier* a été utilisée pour analyser le temps de guérison.

Résultats: Le temps médian de guérison estimé par l'analyse de survie était de 18 semaines. Toutes les lésions ont guéri en moins de 8 mois. L'analyse multivariée a montré que seul le mois de début des lésions avait un effet significatif sur le temps de guérison. Les lésions apparues précocement ont guéri plus rapidement que celles survenues tardivement, avec une tendance significative à l'augmentation des odds ratio ajustés du temps de guérison au cours des 4 mois de survenue des lésions [à partir de Septembre (mois de référence) à Décembre : 2,1 (Intervalle de confiance [IC] 95% : 1,3-3,5) ; 3,2 (IC95%: 1,7- 6,0) ; 8,6 (IC95%: 4,7-15,6) ; p <0,001].

Conclusion : Des études prospectives à plus large échelle concernant l'évolution naturelle des lésions de LCZ sont souhaitables pour mieux élucider les facteurs pouvant influencer le processus de guérison des lésions.

POSTER J2 : TUBERCULOSE EXTRAPULMONAIRE

PI03 : LA TUBERCULOSE HEPATIQUE NODULAIRE MIMANT UNE METASTASE HEPATIQUE D'UN SEMINOME :A PROPOS D'UN CAS

Dammak N¹, Harbi H¹, Zouche I², Zouari A¹, Rejab H¹, Triki Z², Affes N¹, Karoui A², Mzali R¹.

- 1- Service chirurgie générale. Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Tunisie.
- 2- Service d'anesthésie-réanimation. Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Tunisie.
- 3-

Introduction : La tuberculose reste une maladie d'actualité et peut prendre des formes cliniques tout à fait trompeuses. Nous rapportons une observation de tuberculose hépatique autonome originale par son aspect pseudo-tumoral ayant longtemps fait errer le diagnostic, et qui souligne l'importance de l'examen anatomopathologique avant toute décision médico-chirurgicale.

Observation : Un homme de 48 ans, aux antécédents de séminome testiculaire droit traité par orchidectomie suivie de radio-chimiothérapie. Le scanner abdominal réalisé dans le cadre d'un contrôle carcinologique à 8 mois a mis en évidence un nodule hypoéchogène de 2 cm du segment sept du foie faisant suspecter fortement une métastase hépatique. La biopsie de cette lésion a été jugée non accessible à la biopsie per-cutanée. Les marqueurs tumoraux (ACE, CA19-9 et alpha FP étaient normaux). Par ailleurs le malade rapporte des douleurs vagues de l'hypochondre droit depuis 2 mois associées à un amaigrissement non chiffré, une asthénie et parfois une fébricule à 38°C. En réunion de concertation pluridisciplinaire, on a décidé d'opérer le malade : Il a eu une métastasectomie. L'examen anatomopathologique a révélé qu'il s'agissait en fait d'un nodule de tuberculose caséo-folliculaire du parenchyme hépatique. Le malade a eu par la suite un traitement antituberculeux pendant 4 mois.

Conclusion : La tuberculose hépatique primitive est rare, dominée par les formes micronodulaires. Son diagnostic est histo-pathologique et doit être évoqué dans les pays d'endémie et chez les malades immunodéprimés. L'angioscanner et l'IRM hépatiques jouent un rôle important dans l'approche

diagnostique pour identifier les différentes formes (micronodulaire, macronodulaire et canaliculaire) et guider les biopsies qui doivent être chaque fois que c'est possible pour éviter un geste chirurgical lourd et inutile.

PI04 : LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS DE LA TUBERCULOSE MULTIFOCALE : A PROPOS DE 12 CAS

F. Amorri¹, H. Azzouzi², H. Gorbel², L. Zrelli², F. Ellough³, L. Chaieb⁴, Z. Chelbi⁴

- 1- Service de la consultation externe, Hôpital Régional de Gabes
- 2- Service des Maladies Contagieuses, Hôpital Régional de Gabes
- 3- Service de SAMU05, Hôpital Régional de Gabes
- 4- Service des Urgences, Hôpital Régional de Gabes

Introduction : La tuberculose multifocale est l'atteinte d'au moins deux sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire. Elle survient préférentiellement chez les patients immunodéprimés. Elles représentent 9 à 10% des atteintes extra pulmonaires. Leur pronostic est mauvais avec un taux de mortalité de 16 à 25%. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la tuberculose multifocale et d'attirer l'attention sur les difficultés de son diagnostic.

Méthodes : Étude rétrospective et descriptive, menée au service des maladies infectieuses de l'hôpital régional de Gabes entre 2013 et 2015. Nous avons inclus dans cette étude les patients âgés de 15 ans et plus, traités pour tuberculose multifocale confirmée ou non confirmée et d'évolution favorable après un traitement antituberculeux.

Résultats : Dans ce travail nous avons analysé 12 cas de tuberculose multifocale. Il s'agissait de 11 femmes et un homme d'âge moyen 36.55 an (24-58). Les facteurs de risque retrouvés étaient l'issue d'une zone d'endémie (4 cas), la notion de contact tuberculeux (4 cas), l'âge avancé (2 cas) et le diabète (1 cas). Le délai moyen de diagnostic était de 210 jours (1 mois - 2 ans). Le diagnostic a été retenu soit devant la convergence d'un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques, biologiques et / ou radiologiques et / ou anatomopathologiques suggestifs (granulome tuberculoïde isolé) dans 7 cas, soit devant une confirmation bactériologique et / ou histologique (granulome tuberculoïde avec nécrose casseuse) dans 4 cas. Il s'agissait d'une double localisation extra pulmonaire dans 6 cas, d'une triple localisation dans 5 cas et d'une localisation quadripôle dans 1 cas. L'atteinte ganglionnaire (55%) et l'atteinte abdominale (44 %) étaient les localisations extra pulmonaires les plus fréquentes. L'atteinte pulmonaire était notée dans 3 cas, l'IDR était positive dans 2 cas et phlycténulaire dans 1 cas. Le syndrome inflammatoire était présent dans 77% des cas, la lymphopénie et l'hyper natrémie étaient retrouvés respectivement dans 25 % et 50% des cas. La durée moyenne de traitement était de 12 (9 -18) mois. La guérison était obtenue dans 7 cas.

Conclusion : La tuberculose multifocale est une maladie grave affectant plus les femmes que les hommes et survenant plus chez les immunodéprimés. Ses formes cliniques sont diverses ; la précocité du diagnostic et par conséquent d'un traitement optimal pourraient améliorer son pronostic.

PI05 : EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAIRE A LA REGION DE BENIKHEDECH

Khaled H1, Yahyaoui Z2

- 1- Hôpital de circonscription de Béni Khédech,
- 2- Hôpital régional Habib Bourguiba de Médenine,

Introduction/objectifs : La tuberculose est une maladie infectieuse qui touche essentiellement le poumon, les localisations extra-pulmonaires sont de plus en plus observées.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective allant de 2010 à 2015 portant sur 40 patients colligés au niveau de la circonscription de Béni Khédouch.

Résultats : La tuberculose extra-pulmonaire prédominait chez des patients de sexe féminin avec une moyenne d'âge de 35,6 ans. La localisation ganglionnaire représentait la majorité des cas (>51 %), suivie par la localisation péritonéale (16%). Le diagnostic de confirmation était principalement histologique. L'évolution était favorable sous traitement.

Commentaires et conclusion : La tuberculose extra-pulmonaire est fréquente, posant souvent un problème de diagnostic histologique et de prise en charge thérapeutique, où le traitement peut être prolongé au-delà de 6 mois.

PI06 : LA TUBERCULOSE ILEO-CAECALE : LOCALISATION CLASSIQUE MAIS POUVANT METTRE EN JEU LE PRONOSTIC VITAL EN CAS DE CONFUSION AVEC LA MALADIE DE CROHN : A PROPOS D'UN CAS.

Dammak N¹, Harbi H¹, Zouche I², Zouari A¹, Trigui A¹, Triki Z², Affes N¹, Karoui A², Mzali R¹.

- 1- Service chirurgie générale. Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Tunisie.
- 2- Service d'anesthésie-réanimation. Hôpital Habib Bourguiba de Sfax. Tunisie.

Introduction : La tuberculose reste une maladie d'actualité et peut prendre des formes cliniques tout à fait trompeuses. Nous rapportons une observation de tuberculose iléo-caecale prise pour maladie de Crohn. Cette confusion diagnostique a influencé l'attitude thérapeutique et a mis en jeu le pronostic vital de la patiente.

Observation : Une jeune mariée de 23 ans, connue atteinte, depuis 1 an, par une maladie de Crohn iléo-caecale, a été explorée pour douleur fébrile de la fosse iliaque droite par TDM abdominale qui a mis en évidence un abcès rétro-caecal de 5cm mis sur le compte de sa maladie inflammatoire chronique intestinale. Après un drainage radiologique de l'abcès et une antibiothérapie à large spectre de 2 semaines, on a opéré la patiente et on a réalisé une résection iléo-caecale avec rétablissement immédiat de la continuité digestive. La patiente a été réopérée à 2 reprises pour péritonite localisée par fistule anastomotique puis par perforation intestinale. Ceci a nécessité la confection de plusieurs stomies. Par ailleurs la patiente a présenté progressivement une altération de l'état général en rapport avec le sepsis persistant et la dénutrition profonde. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a infirmé le diagnostic de la maladie de Crohn et a mis en évidence une tuberculose intestinale ce qui explique le lâchage anastomotique et les perforations intestinales itératives (pré et post-opératoires). La patiente a été mise sous traitement anti-tuberculeux pendant 1 an.

Conclusion : La tuberculose demeure un problème de santé en Tunisie. La localisation intestinale est parfois difficile à mettre en évidence et risque de mettre en jeu le pronostic vital, comme le montre notre observation, si traitée comme maladie de Crohn son principal diagnostic différentiel.

PI07 : LA TUBERCULOSE EST ELLE UNE REEMERGENCE ?

Ghodhbane Z, Sghaier S, Salah S

Hôpital de circonscription Oudref

Introduction : La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible et non immunisante. Son incidence reste élevée : environ 5,4 millions cas par an occasionnant environ 1 million de décès selon l'OMS.

Matériel et méthodes : Nous rapportons tous les cas des patients qui prenaient un traitement anti tuberculeux à l'hôpital de circonscription de Ouerdef et qui sont suivie à hôpital régional de gabes (service pneumo ou service ORL) durant une période de trois ans (2011-2012-2013).

Résultats : Durant la période d'étude, huit patients étaient traités par un traitement anti tuberculeux à l'hôpital de circonscription de Ouerdef. L'âge moyen des patients étudiés était de 35,3 ans. Les signes cliniques était dominé par une toux, une hémoptysie et une altération de l'état général. Parmi ces patients, 5 avaient une tuberculose pulmonaire, deux une tuberculose ganglionnaire et un patient avait une tuberculose pleurale. L'évolution était favorable avec une guérison dans tous les cas.

Conclusion : La tuberculose est déclarée encore comme urgence mondiale en raison non seulement de sa réémergence dans le monde en particulier dans les pays sous-développés, mais aussi de son association avec la VIH. Ceci nécessite la mise en place encore de stratégie de lutte.

PI08: EXTRASPINAL BONE TUBERCULOSIS: REPORT OF 19 CASES

Abid R¹, Boussetta N¹, Naija H², Asli S², Ben Moussa M², Battikh R¹, Othmani S¹

- 1- Internal medicine department of the Military Hospital of Tunis, Tunisia
- 2- Department of microbiology the Military Hospital of Tunis, Tunisia

BACKGROUND: Extrapulmonary tuberculosis (TB) is increasingly frequent. Extra spinal bone infection is often misleading with clinical features depending on the affected joint/ Bone. The aim of the present work was to describe clinical, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of extraspinal bone TB according to an internal medicine department's experience.

METHODS: Retrospective study, conducted between January 2000 to January 2016 in the internal medicine department of the Military Hospital of Tunis, Tunisia. We included patients with peripheral osteoarticular tuberculosis. The diagnosis was either confirmed on histological or bacteriological findings or retained based on presumptive arguments.

RESULTS: Nineteen patients met the inclusion criteria: 7 men and 12 women. The average age was 40 years [ranging between 15 to 77 years]. Eight patients had history of diabetes mellitus. Tuberculosis contagion was found in 7 cases and personal history of tuberculosis in 3 cases. The majority of patients (82%) were from rural areas. The average consultation delay was at 5 months. The onset of symptoms was progressive in almost all cases (96.3%). Signs of tuberculous impregnation were noted in 65% of cases. Clinical signs were dominated by pain: it was inflammatory or mixed in most cases (96%). Tuberculous localizations were represented by sacroiliac joints in first place with (10 cases) then knee in 3 cases and ankles and sacrum in 2 cases each. Iliac bone, clavicle, sternum and shoulder were affected in one case each. Six patients had an associated extra bone damage. The TST (Tuberculin Skin Test) was performed in all patients and was found to be positive only in 64% of cases. Imaging CT and / or MRI was pathological in all cases. The diagnosis was confirmed in 11 patients by histological examination and in 2 patients by bacteriology (isolation of BK on direct examination in 1 case and culture in other case). All patients received TB treatment for a median of 14 months. The outcome was always favorable.

CONCLUSIONS: Extra spinal localization osteoarticular TB is an insidious disease. An early diagnosis and care are crucially needed to prevent serious complications. Medical treatment remains effective to date.

PI09 : LOCALISATION EPIPHYSAIRE DE LA TUBERCULOSE

Trigui M¹, Ben Jmaa M¹, Ben Ayed M², Bouaziz W¹, Ayadi K¹, Zribi M¹, Keskes H¹

- 1- Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CHU H Bourguiba, Sfax, Tunisie
- 2- Service d'Orthopédie, Hôpital régional de Gabes, Tunisie

Introduction : Nous rapportons un cas de tuberculose de l'épiphyse fémorale inférieure ayant un aspect radiographique caractéristique d'un chondroblastome

Observation : Il s'agissait d'un garçon de 8 ans qui a consulté pour gonalgies droites depuis 3 mois, avec notion de traumatisme du pied il y a 1 mois. A l'examen, ce garçon était apyrétique, il marchait avec discrète boiterie droite. Le genou n'avait pas de signes inflammatoires et pas de choc rotulien, sa mobilité était normale et il y avait des douleurs modérées du bord interne du genou. Le bilan biologique a montré une VS à 14, fibrinémie à 2.2, CRP et Latex Waler-Rose négatifs. La radiographie a montré une lacune épiphysaire sous chondrale du condyle fémoral interne. A l'IRM, elle faisait 16*11 mm, en hyposignal T1 et hypersignal T2 avec important œdème périlésionnel qui prend le contraste. Le diagnostic de chondroblastome a été évoqué et une biopsie a été réalisée par un abord direct transcartilagineux. Le tissu prélevé était puriforme et le diagnostic d'ostéomyélite subaigue était évoqué. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de tuberculose. Il n'y avait pas d'autres localisations tuberculeuses et l'enfant a été mis sous antituberculeux. Au recul de 2 ans, l'enfant est asymptomatique et on a constaté un comblement progressif de la lésion épiphysaire.

Conclusion : La tuberculose doit être évoquée devant toute lésion épiphysaire solitaire de l'enfant. Elle vient en 3^{ème} position après l'ostéomyélite et le chondroblastome.

PI10 : L'EPANCHEMENT PLEURAL COMPRESSIF CHEZ L'HEMODIALYSE CHRONIQUE : NE PAS MECONNAITRE L'ORIGINE TUBERCULEUSE

Kaaniche Medhioub F.¹, Ben algia N.², Allela R.¹, Cherif S.¹, Bahloul H.³, krid J.³

- 1- Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Mahres
- 2- Service de réanimation polyvalente, hôpital régional Gafsa
- 3- Service de dialyse, hôpital régional Mahres

Introduction : Si l'origine urémique de l'épanchement pleural est fréquemment évoquée chez l'insuffisant rénal chronique, les étiologies infectieuses ne doivent pas être méconnues, en particulier la tuberculose dont l'incidence chez les patients dialysés chroniques est nettement supérieure à celle de la population générale.

Cas clinique : Mr HS, âgé de 70 ans, diabétique, hypertendu, coronarien, hémodialysé chronique consulte aux urgences pour détresse respiratoire en rapport avec un épanchement pleural droit massif et compressif, dont la ponction a ramené un liquide jaune citrin exsudatif, protéines à 48g/l rivalta+, 100% lymphocytaire. L'IDR et la recherche de BAAR dans le liquide pleural et dans les crachats ont été négatives. La TDM thoraco-abdominale a révélé un épanchement intra abdominal de moyenne abondance, associé à une importante infiltration de la graisse péritonéale, de multiples adénopathies intra et retro-péritonéales de taille variable. Le diagnostic de tuberculose pleuro-péritonéale a été suspecté et un traitement anti-tuberculeux d'épreuve a été instauré.

Commentaires : Notre observation illustre la difficulté d'obtention d'un diagnostic de certitude de la tuberculose chez l'hémodialysé chronique. Les symptômes cliniques sont variables en fonction de la localisation de la maladie qui est souvent extra pulmonaire. Les signes respiratoires sont discrets. Les troubles digestifs sont très variables (nausée, ballonnement). L'épanchement pleural, péricardique, l'ascite tuberculeuse, l'atteinte osseuse, hépatique et ganglionnaire se voient à une fréquence variable selon les séries. L'IDR, la recherche de BK, et le diagnostic histologique n'ont le plus souvent aucun apport diagnostique. Le traitement antituberculeux doit être instauré sur simple présomption diagnostique. La bonne réponse au traitement (pouvant atteindre 80%) constitue une preuve diagnostique irréfutable.

Conclusion : Un diagnostic précoce de la tuberculose chez l'hémodialysé chronique basé sur des arguments présomptifs et une prise en charge thérapeutique appropriée comportant un traitement spécifique d'épreuve permettent de diminuer la morbi-mortalité associée à cette pathologie

PIII : TUBERCULOSE EVOLUTIVE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES. A PROPOS DE 30 CAS.

Ach MT, Ben Slimane D, Hasni El Abed Y, Maaroufi Beizig A, Kacem Njah M, Chadli Chaieb M, Ach K.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie, Hôpital Farhat Hached de Sousse.

Introduction : La tuberculose est une maladie infectieuse fréquente en Tunisie. Le diabète en multiplie le risque de survenue par 2 à 6. L'objectif de cette étude était d'analyser les particularités clinico-biologiques de la tuberculose pulmonaire évolutive chez les diabétiques.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les observations de patients diabétiques chez qui une tuberculose pulmonaire évolutive a été découverte.

Résultats : Il s'agissait de 30 patients : 18 hommes et 12 femmes, âgés entre 14 et 74 ans avec une moyenne de 45 ans. Le diabète était de type 2 dans 80 % des cas et de type 1 dans 20% des cas. Un contage tuberculeux était présent chez 23,3% des patients. Les facteurs de risque étaient retrouvés dans 72,8% des cas : Tabagisme (57%), un éthyisme (6,6%), une corticothérapie (6,6%), une détention carcérale (2,6%). Dans 36,6% des cas, le diabète était concomitant avec la découverte de la tuberculose évolutive. La moyenne de la glycémie à l'admission était de 12,14 mmol/L (+/- 6,57 mmol/L), avec une HbA1c moyenne à 10,32% (+/- 1,61%). La symptomatologie de la tuberculose était à type d'une altération de l'état général dans 44,4%, une fièvre dans 27,8%, une toux chez 27,8% dont 11,1% des cas étaient hémoptysiques. La radiographie thoracique montrait des opacités nodulaires chez 50% des cas, des images cavitaires chez 12,5%, un syndrome alvéolaire chez 12,5%, des Adénopathies dans 8,3% des cas, des images réticulaires dans 4,2%, et une miliaire dans 4,2%. Dans 8,3% des cas, la radiographie était normale. Une localisation secondaire tuberculeuse a été notée chez 20 % des patients : surrénalienne chez 33,3% avec une réponse insuffisante au synacthène, uro-génitale chez 33,3% et cérébro-méningée dans 33,3% des cas.

Conclusion : L'hyperglycémie est un facteur connu comme altérant les défenses immunitaires en particulier l'immunité cellulaire augmentant ainsi le risque de tuberculose.

PII2 : TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE DANS UN SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE : A PROPOS DE 25 CAS

Ben Slimane D, Ach MT, Hasni El Abed Y, Maaroufi Beizig A, Kacem Njah M, Chadli Chaieb M, Ach K.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie, Hôpital Farhat Hached de Sousse

Introduction : La tuberculose pose un problème de santé publique en Tunisie qui reste un pays à endémicité intermédiaire (incidence de 30/100.000 habitants en 2012). Bien que la tuberculose pulmonaire représente la forme majoritaire, les formes extra-pulmonaires restent possibles. L'objectif est d'analyser les particularités cliniques, paracliniques et évolutives de la tuberculose extra-pulmonaire.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers de patients hospitalisés au service d'endocrinologie à l'hôpital Farhat Hached présentant une tuberculose extra-pulmonaire ancienne ou évolutive, menée sur une période de 15 ans.

Résultats : Durant la période d'étude, 25 patients avaient une tuberculose extra-pulmonaire ancienne ou évolutive. Il s'agissait de 16 hommes et 9 femmes. 4 patients recevaient une corticothérapie au long cours. Vingt-trois patients étaient diabétiques de type 2 dont 5 au stade insulino-nécessitant, les autres étaient de type 1. L'ancienneté du diabète était estimée à 15 ans en moyenne. La tuberculose extra-pulmonaire était diagnostiquée de façon concomitante au diabète chez 3 patients admis en

décompensation cétosique. Elle était évolutive dans 8 cas présentant un déséquilibre de leur diabète et chez le reste des patients (n=14) elle était antérieure au diabète avec une durée moyenne de 10 ans. Il s'agissait d'une forme urogénitale dans 8 cas et ganglionnaire dans 5 cas. Alors que la spondylodiscite tuberculeuse, la méningite ainsi que la tuberculose surrénalienne étaient retrouvées chez 4 patients chacune. Une localisation digestive (iléo-caecale) a été diagnostiquée chez une patiente, et une autre avait une localisation cutanée. La confirmation dans les cas évolutifs était par recherche de BK par examen direct ou PCR positive. Le traitement antituberculeux était instauré chez 11 patients associé à un recours ou augmentation des doses d'insuline.

Conclusion : La tuberculose extrapulmonaire reste relativement rare. Le diabète constitue un facteur de risque de sa survenue.

PI13 : BECEGITE DISSEMINEE REVELANT UN DEFICIT IMMUNITAIRE COMBINE SEVERE (SCID): A PROPOS D'UNE OBSERVATION

N. Jammeli, A. Tej, S. Tilouche, O. Mghirbi, R. Kebaili, A. Mlika, Soyah.N, J. Bouguila, L. Boughamoura

Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached

Introduction : La bécégite disséminée est une infection grave par le *bacille de Calmette et Guérin* liée à la virulence du germe atténuée mais plutôt à un terrain de déficit immunitaire sous-jacent.

Observation : Nourrisson âgée de 3 mois, issu de parents non consanguins, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisé pour fièvre prolongée avec des épisodes de diarrhées glairo-sanglantes. A l'examen, il était fébrile, hypotrope et œdématisé avec une hépatosplénomégalie. Le bilan inflammatoire était positif associé à un syndrome d'activation macrophagique incomplet. L'enquête infectieuse initiale était négative. L'échographie cardiaque était normale. Une échographie abdominale a montré une hépatomégalie d'écho structure hétérogène, siège de multiples nodules hyper échogènes infra centimétrique avec une splénomégalie homogène. Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne a montré une hépatosplénomégalie nodulaire. Un myélogramme a été fait revenu sans anomalies. L'évolution était marquée par la persistance de la fièvre avec installation à J10 d'hospitalisation de douleurs vives à la mobilisation des membres. Des radiographies ont montré des images ostéolytiques diffuses au niveau du bassin et des extrémités inférieures. La relecture du scanner TAP a montré de multiples lacunes osseuses vertébrales, du bassin, de la voûte crânienne et des rochers. La scintigraphie osseuse a montré une hypercaptation de radiotracer en regard des 1/3 inférieurs des tibias et des 1/3 inférieurs des fémurs. La biopsie hépatique et osseuse a mis en évidence une infiltration par une mycobactériose atypique. L'étude bactériologique a révélé la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants dans le liquide de tubage gastrique et dans les spécimens de foie et de l'os. Le diagnostic retenu était une infection disséminée au bacille de Koch ou une bécégite généralisée. Il a été mis sous une quadri-thérapie anti-tuberculeuse à J19 d'hospitalisation. L'exploration de l'immunité était en faveur d'un déficit immunitaire combiné sévère (SCID). L'évolution était marquée par la persistance d'une fièvre oscillante avec une viscéromégalie plus marquée. A J 49 d'hospitalisation (J30 de traitement anti tuberculeux), il a présenté une altération de l'état de conscience avec survenue de crises convulsives. La TDM cérébrale a montré l'aspect d'un tuberculome faisant 6,5 mm. Une tuberculose résistante a été, alors, suspectée d'où l'ajout de la lévofloxacine. Une greffe de moelle osseuse était programmée mais l'évolution était fatale. Le patient est décédé à j58 d'hospitalisation dans un tableau d'état de choc septique réfractaire.

Conclusion : l'histoire familiale évoquant un déficit immunitaire, chose qui n'a pas été retrouvée chez notre patient, devrait soulever de longues discussions par rapport à la vaccination par des agents vivants atténués.

PI14 : A PROPOS D'UNE OBSERVATION RARE D'UNE TUBERCULOSE CONGENITALE DISSEMINEE

N.Jammeli¹, S. Tilouche¹, A. Tej¹, S. Rouis¹, A.Mzoughi¹, R. Kebaili¹, M. Marzouk², Bouguila¹, L. Boughamoura¹

1- Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached

2- Service de microbiologie et d'immunologie, CHU Farhat Hached

Introduction : la tuberculose congénitale est une affection rare mais grave, caractérisée par la survenue de formes sévères et souvent fatales.

Observation : Il s'agit d'un nourrisson âgé de 3 mois, prématuré de 32 SA et aux antécédents d'infection materno-fœtale, hospitalisé pour fièvre prolongée. Sa mère est décédée à j14 du post partum par tuberculose péritonéale compliquée de perforation iléale. Le bébé a eu sa vaccination du BCG et de l'hépatite B à l'âge de 1 mois. L'examen à l'admission a trouvé un nourrisson fébrile, hypotrophe ayant une hépatosplénoméglie, une circulation veineuse collatérale, une poly- adénopathie inguinale et axillaire bilatérale. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire. L'échographie abdominale a montré de multiples adénomégalies intra et rétro péritonéales et inguinales bilatérales très hypo échogènes. Le scanner thoraco-abdominal a mis en évidence des condensations alvéolaires sous pleurales confluentes bilatérales, une cardiomégalie et des adénopathies axillaires bilatérales hypo denses nécrotiques, à l'étage abdominal il a montré une hépatosplénomégalie qui était le siège de nodules hypo-denses infra centimétriques. L'aspect TDM était en faveur d'une tuberculose ganglionnaire avec atteinte viscérale sus et sous diaphragmatique. Le tubage gastrique a objectivé la présence de bacille acido-alcool-résistantes confirmant le diagnostic de tuberculose congénitale disséminée chez notre patient. Le nourrisson a été mis sous quadri- thérapie anti-tuberculeuse et sous corticothérapie. L'évolution a été marquée par la survenue de convulsions à j12 de traitement avec un bilan étiologique négatif. Il a eu par la suite une infection nosocomiale avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë pour laquelle il a été intubé et ventilé. L'évolution était fatale et le nourrisson est décédé à un mois de son hospitalisation.

Conclusion : le diagnostic de la tuberculose en pré ou post partum indique un traitement anti tuberculeux systématique chez le nouveau-né.

PI15 : DECLIN NEUROCOGNITIF CHEZ UN ENFANT AYANT UNE MALADIE DE BRUTON: QUEL DIAGNOSTIC RETENIR ?

N. Jammeli, A. Tej, S. Tilouche, S. Rouis, R. Kebaili, N. Soyah, J. Bouguila, L. Boughamoura

Service de pédiatrie, CHU Farhat Hached

Introduction : La maladie de Bruton constitue le déficit immunitaire congénital le plus fréquent. La survenue d'une dégradation neurologique sur un tel terrain peut être due à des étiologies variées : infectieuses, inflammatoires et aussi iatrogènes.

Observation : Enfant âgé actuellement de 11 ans, connu porteur d'un déficit immunitaire de type agammaglobulinémie (maladie de Bruton) traité par des cures de veinoglobulines. Il avait un développement psychomoteur normal. En 2012, il a été hospitalisé dans un tableau de méningoencéphalite avec hémiparésie droite. La ponction lombaire (PL) a montré une méningite lymphocytaire. L'IRM cérébrale a mis en évidence des lésions de démyélinisation frontale bilatérales et symétriques. Le diagnostic retenu était, alors, une encéphalite virale devant l'évolution favorable. En 2014, l'enfant a été réadmis pour état de mal convulsif avec un déficit post critique. La PL a été faite montrant une méningite lymphocytaire associée à une hypo glycorachie persistante sur plusieurs prélèvements, le diagnostic d'une méningite chronique a été retenu. L'enquête étiologique a comporté un contrôle de l'IRM cérébrale qui a douté sur une atteinte cérébrale inflammatoire de type neuro sarcoïdose. L'enzyme de conversion était élevée aussi bien dans le sang que dans le LCR, toutefois, la TDM thoraco-abdomino-pelvienne était normale ainsi que la biopsie des glandes salivaires était sans anomalies. Le bilan de vascularite était négatif. Un bilan tuberculeux a été entamé ; l'IDR et la recherche de BK dans le tubage gastrique et la culture de BK dans le LCR étaient négatives, cependant, la PCR BK dans le LCR

faite secondairement, en 2015, est revenue positive confirmant le diagnostic d'une tuberculose neuroméningée. L'enfant a été mis sous quadrithérapie anti tuberculeuse. Actuellement, l'enfant est sous bithérapie (Rifampicine et INH). Sur le plan neurologique, une régression neuropsychologique a été constatée associée à des troubles du comportement et des crises espacées. Le dernier contrôle de l'IRM cérébrale a montré une pachyméningite diffuse avec des anomalies du signal de la substance blanche péri-ventriculaire associée à une hydrocéphalie quadri ventriculaire active sans signes d'HTIC. La dernière PL a été faite en mai 2016 montrant toujours une méningite lymphocytaire avec hypoglycorachie.

Conclusion : La tuberculose neuro méningée constitue un défi diagnostique du fait d'une symptomatologie insidieuse et trompeuse. Le diagnostic est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit d'un déficit immunitaire. La neuro sarcoïdose, en particulier, constitue un diagnostic différentiel du fait de certaines similitudes dans le tableau clinique

PI 16 : ASSOCIATION TUBERCULOSE TABAC : ETUDE CAS TEMOINS DANS LA REGION DE BIZERTE (2004-2015)

MT Khoufi, A Sakhri, N Soltani, A Mrabet, M Yedeas

Direction générale de la santé militaire
Faculté de médecine de Tunis

Introduction : Le tabagisme et la tuberculose constituent des préoccupations majeures de santé publique par leur fréquence et leur gravité. L'évaluation de l'influence du tabagisme sur la progression d'une tuberculose pulmonaire est d'une importance capitale. L'objectif de notre travail était d'analyser la gravité de cette association en étudiant les particularités épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives des tuberculeux tabagiques comparés aux non tabagiques.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude cas témoins rétrospective menée auprès de 75 patients tuberculeux tabagiques et 75 témoins tuberculeux non tabagiques suivis dans trois hôpitaux de la région de Bizerte (hôpital régional de Bizerte, hôpital régional de Menzel Bourguiba et hôpital militaire de Bizerte). Notre étude s'est étalée sur une période de 11 ans de 2004 à 2015.

Résultats : L'âge moyen était de $29,45 \pm 6,3$ ans chez les tuberculeux tabagiques et de $30,85 \pm 6$ ans chez les témoins tuberculeux. Le degré du tabagisme était estimé à $24 \pm 9,6$ PA. Le délai du diagnostic était significativement plus long chez les tuberculeux tabagiques. Il n'y avait pas de corrélation entre le tabagisme et la réactivation tuberculinique. La positivité des bacilloscopies était plus fréquemment observée chez les tuberculeux tabagiques. L'analyse des anomalies radiologiques, en se basant sur le score radiologique, reflétait une gravité significativement plus importante dans le groupe des tuberculeux tabagiques et des lésions pulmonaires plus étendues qu'elles étaient évolutives ou séquellaires.

Conclusion : L'association tuberculose et tabagisme modifie l'aspect clinique et radiologique de la tuberculose et conditionne son évolution. Le sevrage tabagique doit faire partie intégrante de la prise en charge des tabagiques atteints de tuberculose.

PI 17 : LA TUBERCULOSE : LES MANIFESTATIONS BUCCO-DENTAIRES

Ben Khoud S¹, Dridi A²

- 1- Service de Stomatologie. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Tunisie
- 2- Service de stomatologie. Hôpital Régionale de Gabès, 6000 Tunisie

Introduction : la tuberculose est une maladie infectieuse chronique qui affecte principalement les poumons, mais d'autres organes peuvent être atteints dans 30% des cas. La forme extra pulmonaire résulte, selon les sites concernés, de l'extension de voisinage ou de la dissémination hématogène dont les répercussions buccodentaires qui ne constituent pas les symptômes majeurs de la tuberculose, mais elles peuvent parfois être les premiers signes susceptibles d'orienter le diagnostic.

Matériel et méthodes : Selon la littérature, dans la grande majorité des cas, le sujet infecté ne présente pas de symptômes généraux. Les signes cliniques surviennent en général au cours des 2 premières années suivant la primo contamination. Les manifestations buccales de la tuberculose résultent de la remontée bactérienne des poumons dans la cavité buccale via le crachat. Le bacille de Koch, transporté dans les sécrétions bronchiques, inocule la muqueuse à partir d'une érosion préexistante, le plus souvent linguale, jugale, gingivale ou palatine. En effet si la muqueuse buccale est traumatisée, cela favorise le développement de tuberculoses buccales et peut générer des maladies parodontales dues au bacille de Koch. Les lésions buccales sont rares mais les formes lésionnelles sont très variées.

Conclusion : Les patients atteints de tuberculose sont très difficiles à soigner car il existe de nombreuses résistances. Une vaccination plus efficace et un diagnostic précoce sont indispensables pour permettre l'éradication de la tuberculose.

PI18 : TUBERCULOSIS-ASSOCIATED IRIS OU REACTION PARADOXALE AU COURS D'UNE TUBERCULOSE ABDOMINALE

Belgacem N, Lassoued N, Baïli H, Trabelsi S, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La tuberculose des muscles squelettiques est exceptionnelle, sa fréquence est estimée à 1% de l'ensemble des formes extra pulmonaires de cette infection (*Nuwal P et al. 2007, Ashworth MJ et al. 1992*). Nous rapportons une forme exceptionnelle d'abcès froid de la musculature abdominale apparu comme réaction paradoxale au cours du traitement d'une tuberculose péritonéale.

Observation : Femme âgée de 51 ans, suivie à notre service pour tuberculose péritonéale sous traitement adapté avec une bonne observance et une bonne évolution initiale. Au troisième mois du traitement, elle consultait pour une tuméfaction indolore de la paroi abdominale de croissance progressive depuis trois semaines sans autres signes associés.

L'examen physique trouvait une masse indolore de l'hypochondre droit de 10×6cm de taille, bien limitée, de consistance ferme, mobile avec la respiration, adhérente aux muscles de la paroi et sans signes inflammatoires en regard. Le reste de l'examen abdominal est sans particularités. Le bilan sanguin était normal. L'IDR à la tuberculine était négative et la radiographie de thorax était sans particularités. L'échographie objectivait une collection pariétale bien limitée et hypoéchogène. Le scanner montrait l'aspect hypodense de cette masse évoquant un abcès de la paroi abdominale. La ponction aspiratrice ramenait un liquide louche dont l'examen cytologique révélait une inflammation granulomateuse avec de la nécrose caséuse confirmant le diagnostic d'abcès tuberculeux. L'évolution a été favorable par la poursuite du traitement anti tuberculeux et la ponction évacuatrice. L'abcès s'est totalement asséché au bout d'un mois.

Commentaires et conclusion : Il s'agit d'une réaction paradoxale qui se définit par l'apparition de nouvelles localisations ou l'aggravation de lésions préexistantes sous traitement anti tuberculeux bien conduit. Cette réaction n'indique pas obligatoirement une résistance ou une mauvaise réponse au traitement (*Mert A et al. 2002, Bukhari et al. 2000*). Classique chez les sujets HIV + ou recevant un traitement anti rétroviral ou une immunothérapie, cette réaction reste inhabituelle chez l'immunocompétent où elle ne se voit que dans 10 à 15% des cas. L'hypothèse physiopathologique évoquée serait une restauration de la réponse de type hypersensibilité retardée et majoration de la réponse à la libération d'antigènes mycobactériens sous traitement d'où le terme de « IRIS » pour « Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome ».

PI19: TUBERCULOSIS OCCURRING IN ADULT IDIOPATHIC PULMONARY HEMOSIDEROSIS

Belgacem N, Lassoued N, Baïli H, Trabelsi S, Béji M & Bouomrani S

Introduction: Idiopathic Pulmonary Hemosiderosis (IPH) is an exceptional chronic respiratory disorder of unknown etiology. Its prevalence is estimated at 0.24 to 1.23 cases per million and nearly 80% of the cases manifest before the age of 10. Adult forms are very rare. We describe here the case of pulmonary tuberculosis occurring in adult patient with IPH.

Case report: A 20-year-old woman was explored for recurrent hemoptysis, stage II dyspnea and chronic cough. Laboratory tests showed a microcytic and hypochromic hyposideremic anemia without other anomalies. X-rays and chest CT scans showed bilateral and diffuse alveolar-interstitial syndrome. Bronchoalveolar lavage was suggesting an intra alveolar hemorrhage. Systemic disease, vasculitis and severe infections were excluded and the diagnosis of IPH was confirmed by lung biopsy revealing hemosiderin-laden macrophages in the alveoli. The patient received systemic glucocorticoids with a good and total response. Eight months later she was admitted because of fever, hemoptysis, marked inflammatory syndrome and leucopenia. Chest radiography and tomography were non-contributory. Bronchofibroscopy with direct exam for mycobacterium tuberculosis was positive. Under anti-tubercular therapy, the evolution was favorable.

Conclusion: Lung tuberculosis associated to idiopathic pulmonary hemosiderosis is very rare. Immunodeficiency, corticotherapy as well as the underlying pulmonary lesions can support such an association.

I20: PSEUDO-TUMORAL PULMONARY TUBERCULOSIS IN IMMUNOCOMPETENT ADULT

Belgacem N, Lassoued N, Baïli H, Trabelsi S, Béji M & Bouomrani S

Department of Internal Medicine, Gabes Military Hospital. Gabes 6000-Tunisia

Introduction: The pseudo-tumoral form of tuberculosis is exceptional, it accounts for only 1 to 5% of the pulmonary tuberculosis. Because it simulates lung carcinoma, diagnosis can be delayed and lead to abusive surgical resection.

Observation: 23-year-old Tunisian immunocompetent adult without pathological history was explored for trailing fever, cough and thoracic pains not improved by the symptomatic treatment. The somatic examination found a feverish patient with 38,5 °C. Biology revealed a marked inflammatory syndrome. Chest X-ray showed a round parenchymal masse of the right upper lobe. The patient was treated like having a bacterial pneumonia but without improvement. Lung CT scan objectified a well limited parenchymal masse occupying the entire right upper lobe with annular catch of contrast. Tumor markers were normal. Bronchoscopic examination was normal without neoplastic cells on the aspiration. Direct exam for mycobacterium tuberculosis was negative. Transbronchial lung biopsy showed granulomas with caseation and Langhans giant cells. Under anti-tubercular therapy, the evolution was favorable with disappearance of the functional complaints and sub-total radiological clearing at the end of a few weeks.

Conclusion: This particular form of pulmonary tuberculosis deserves to be known especially in a country like ours where tuberculosis remains endemic.

PI21 : OSTEITE TUBERCULEUSE MULTIFOCAL CHEZ UN JEUNE IMMUNOCOMPETENT !

Belgacem N, Lassoued N, Baïli H, Trabelsi S, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La tuberculose est une pathologie endémique en Tunisie, elle est en recrudescence depuis quelques années. L'atteinte extra pulmonaire ne cesse de s'accroître, elle représente 15 à 30 % des

cas selon les séries. Elle peut survenir en présence ou en absence d'une atteinte pulmonaire patente. Tous les organes peuvent être concernés et les aspects cliniques sont complexes et variés.

La localisation osseuse multifocale est rare, elle atteint surtout les sujets immunodéprimés, son diagnostic est difficile en raison de la non spécificité du tableau clinique.

Observation : Patiente H. O. âgée de 26 ans consultait pour des lombalgies mécaniques puis mixtes évoluant depuis 2 ans, traitées à plusieurs reprises mais non améliorées par le traitement médical.

L'examen clinique trouvait une patiente apyrétique, un état général conservé et un rachis de mobilité normale et indolore. La biologie montrait une anémie normochromenormocytaire à 9 g/dl d'Hb, une VS à 110 H1, une CRP positive et une formule leucocytaire normale. Les radiographies standards trouvaient une condensation du corps vertébral de L2 et une condensation hétérogène du versant externe de la sacro-iliaque droite. La radiographie du thorax était sans anomalies. Le scanner montrait des anomalies osseuses hétérogènes avec des images d'hypodensité entourées de condensations. La scintigraphie osseuse montrait une hyperfixation suspecte au niveau du rachis L2, l'hémicorps droit de L11, l'hémicorps gauche des vertèbres D12, D10 et D9, au niveau de l'arc postérieur de la 6^{ème} côte droite, le sacrum et les 2 articulations sacro-iliaques plus accentuées à droite.

Devant l'aspect radiologique douteux et la négativité des signes biologiques, la biopsie osseuse réalisée au niveau de l'aile iliaque objectivait des signes histologiques de tuberculose osseuse: présence de plusieurs granulomes tuberculeux englobant quelques spicules osseuses nécrosés sans signe de malignité. La recherche de BK standard et la sérologie HIV sont négatives ainsi que la recherche d'une maladie de système ou néoplasie sous-jacentes.

Le diagnostic de tuberculose osseuse multifocale fut posé et un traitement antituberculeux quadruple fut prescrit. L'évolution était favorable avec régression de la douleur et des signes radiologiques.

Commentaires et conclusion : La tuberculose ostéo-articulaire représente 3 à 5 % de l'ensemble de tuberculose et environ 15 % des tuberculoses extra-pulmonaires. L'atteinte osseuse multifocale reste rare ; selon les différentes études, la tuberculose osseuse multifocale a été trouvée surtout chez les sujets porteurs de VIH et chez les malades traités par les immuno-suppresseurs ou les immuno-modulateurs en particulier les anti- TNF alfa. Aussi rare qu'elle soit, la tuberculose osseuse multifocale, est une éventualité qui ne doit pas être négligée dans notre pays, même chez le sujet jeune, non taré et immunocompétent.

PI22 : TUBERCULOSE MULTIFOCALE REVELEE PAR UNE INSUFFISANCE SURRENALIENNE AIGUE

Belgacem N, Lassoued N, Baïli H, Trabelsi S, Béji M, Bouomrani S

Service de Médecine Interne- Hôpital militaire de Gabes

Introduction : La tuberculose multifocale est définie par l'atteinte d'au moins deux sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire. Cette forme est rare et sa fréquence est estimée à 9 à 10% de l'ensemble des formes extra-pulmonaires, son pronostic est mauvais avec un taux de mortalité de 16 à 25% (*Denis D et al. 1998, Maâlej S et al. 20016, Ben Arfa et al. 2007*). De nos jours, la localisation surrénalienne de la tuberculose est rare ainsi que l'insuffisance glandulaire qui en découle (*Willis et Vince 1997*). Nous rapportons un cas de tuberculose multifocale découverte suite à une insuffisance surrénalienne aigue.

Observation : Patiente H.J âgée de 78 ans hypertendue et asthmatique a été admise aux urgences pour trouble de conscience avec hyponatrémie profonde réfractaire à la supplémentation sodée. Elle a été traitée par l'hydrocortisone comme étant avoir une insuffisance surrénalienne aigue devant la présence de mélanodermie et l'hyponatrémie. L'évolution a été marquée par la normalisation de sa natrémie. Par ailleurs, la patiente avait à l'examen une adénopathie sus-claviculaire droite ; la biopsie faite a objectivé

des granulomes faits de cellules épithélioïdes et géantes partiellement confluents, certains sont centrés par une nécrose peu abondante d'aspect non caractéristique. On a complété par une échographie cervicale qui a trouvé de multiples ganglions cervicaux bilatéraux spinaux et jugulo-carotidiens bas, ovalaires, à centre calcifié et non vascularisés au doppler. Le bilan biologique n'a pas montré de syndrome inflammatoire biologique, l'IDR à la tuberculine était positive à 15mm, la recherche de BK dans les crachats sur 3 jours de suite était négative et on a objectivé une leucocyturie aseptique à 27500. La radiographie du thorax était sans anomalies. L'échographie abdominale a montré un nodule surrénalien droit. Le diagnostic de tuberculose multifocale avec localisation surrénalienne, rénale et ganglionnaire a été retenu et la patiente a été mise sous traitement antituberculeux pendant 8 mois (2 mois de quadrithérapie et 6 mois de bithérapie) avec une bonne évolution.

Commentaires : La coexistence de tuberculose multifocale et l'insuffisance surrénalienne a été rapportée dans la littérature (*Braidy et al. 1981, Van Kralingen & Slee 1987*). La tuberculose diffuse peut apparaître suite à une réactivation de lésions surrénaliennes, de même l'atteinte surrénalienne peut survenir suite à une tuberculose diffuse, cette atteinte des surrénales par des granulomes peut ne pas causer une atteinte fonctionnelle comme elle peut dans d'autres cas engendrer une insuffisance surrénalienne aiguë ou subaiguë (*Braidy et al. 1981*).

Conclusion : Malgré la rareté de l'atteinte tuberculeuse surrénalienne, on ne doit pas passer à côté de cette étiologie devant un tableau d'insuffisance surrénalienne surtout dans un pays endémique comme le nôtre ; il est nécessaire aussi de faire un bilan de dissémination exhaustif afin de diagnostiquer d'autres localisations et ce pour une meilleure prise en charge.

PI 23 : LA TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE DU SUJET AGE

Kooli I, Marrakchi W, Ben Brahim H, Aouam A, Loussaief C, Toumi A, Chakroun M

Service des Maladies Infectieuses EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction-objectif : La tuberculose est une maladie chronique dont le traitement nécessite une bonne observance. La confirmation du diagnostic au cours de la tuberculose extra-pulmonaire est plus difficile que la tuberculose pulmonaire, à cause de la diversité des symptômes. Le but de notre étude est de déterminer les aspects épidémiocliniques de la tuberculose extra-pulmonaire chez les patients âgés.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective menée dans le service des Maladies Infectieuses durant la période (1996-2015) et portant sur les malades dont l'âge est supérieur à 60 ans hospitalisés pour tuberculose extra-pulmonaire active. Les données épidémiocliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives étaient recueillies.

Résultats : Quarante-six cas de tuberculose chez des malades âgés étaient colligés. Parmi lesquels 34 cas (74%) de tuberculose extra-pulmonaire étaient inclus avec un sexe ratio (H/F) de 0,3. Les antécédents de contagement tuberculeux et de consommation de lait cru non pasteurisé et de ses dérivés étaient notés dans 3 cas (9%) et 17 cas (50%), respectivement. Les différents cas étaient répartis en : 14 cas (30,4%) de tuberculose ganglionnaire, trois cas (9%) de tuberculose ostéo-articulaire, sept cas (20,5%) de tuberculose des parties molles, un cas (3%) de tuberculose péritonéale, trois cas (9%) de tuberculose neuro-méningée et trois cas (9%) de tuberculose disséminée. Une patiente (3%) avait une tuberculose pulmonaire concomitante. L'intradermo-réaction était positive avec une induration supérieure à 10 mm dans 17 cas (50%). Le diagnostic était basé sur les données anatomo-pathologiques, radiologiques, et microbiologiques dans 22 (64,7%), 11 (32,3%), et un (3%) respectivement. Selon notre analyse, la tuberculose ganglionnaire est la forme la plus fréquente de la tuberculose extra-pulmonaire.

Conclusion : Malgré le progrès dans les moyens de diagnostic et la disponibilité du traitement anti-tuberculeux, la tuberculose extra-pulmonaire reste un problème majeur de santé publique dans notre pays. Devant les facteurs de risque de tuberculose, le clinicien devrait recommander les investigations nécessaires pour établir le diagnostic rapidement.

P 124 : INTERET DE LA DETECTION DE L'INTERFERON GAMMA PAR LE TEST QUANTIFERON DANS LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE

Hannachi S, Rouis K, Ben Mansour Y, Asli M S, Ben Moussa M, Battikh R, Barguellil F

Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction : L'objectif de notre étude est de comparer les performances de l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) et le test immunoenzymatique Quantiferon Gold In-Tube® (QFT-GIT) dans le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente (ITL).

Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude effectuée entre mars 2010 et avril 2013 sur 150 patients atteints d'une pathologie inflammatoire chronique avant la mise en route d'un traitement immunosuppresseur (IS) par anti-TNF α , par la suite 50 patients ont été exclus pour absence de dossier médical ou absence d'IDR ou présence de bacilles acido-alcool résistants à l'examen direct des crachats. L'IDR à la tuberculine par la méthode de Mantoux et le test immuno-enzymatique QFT-GIT selon les instructions du fabricant (Cellestis, QIAGEN Company) ont été réalisés sur les malades répondant aux critères de l'étude.

Résultats : Le test IDR était plus fréquemment positif que le QFT-GIT (25,25% vs 18,18%). Nous avons constaté 31 cas de discordance dont 19 étaient de type QFT-/ IDR+. Le taux de positivité du QFT-GIT était similaire entre personnes vaccinées et ceux qui ne le sont pas (18% vs 16%). À l'inverse, l'IDR était plus fréquemment positive chez les vaccinés (27,9 % vs 7,69%). La positivité du QFT-GIT est mieux corrélée à la présence de facteurs de risque de tuberculose latente que celle de l'IDR. La discordance de type QFT+/IDR- était plus fréquente chez les malades sous IS (20% vs 4,1%).

Conclusions : La meilleure spécificité antigénique, une meilleure standardisation (seuil unique de lecture, uniformité de la méthode), une seule visite du patient et le délai rapide d'obtention des résultats sont des avantages appréciables du QFT-GIT. La moindre susceptibilité du QFT-GIT aux traitements IS permet aussi de détecter les cas d'ITL qui peuvent échapper au dépistage par IDR. Cette étude confirme une meilleure performance du QFT-GIT par rapport à l'IDR dans le diagnostic de l'ITL.

P125 : LA TUBERCULOSE DU SUJET AGE : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES

Kooli I, Marrakchi W, Ben Brahim H, Aouam A, Loussaief C, Toumi A, Chakroun M

Service des Maladies Infectieuses EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction-Objectifs : La tuberculose est un problème majeur de santé publique en Tunisie. Le but de notre travail est de décrire les manifestations cliniques de la tuberculose chez le sujet âgé et d'évaluer les facteurs de risque d'échec thérapeutique.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective menée dans le service des Maladies Infectieuses durant la période (1996-2015) et portant sur les malades dont l'âge est supérieur à 60 ans et qui étaient hospitalisés pour tuberculose active. Les données épidémio-cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives étaient recueillies.

Résultats : Deux cent cinq cas étaient colligés avec une incidence de 10,5 cas par an. Quarante-six malades (22,6%) avaient un âge supérieur à 60 ans. Il s'agissait de 14 hommes (30,2%) et 32 femmes (69,8%) et répartis en 12 cas (26%) de tuberculose pulmonaire et 34 cas (74%) de tuberculose extra-pulmonaire. La fièvre était notée dans 21 cas (45,6%). Le diagnostic était établi selon des données anatomopathologique dans 27 cas (58,7%), radiologique dans 18 cas (39%) et bactériologique dans 12 cas (26%). Aucun malade n'avait de sérologie VIH positive. Quatre malades (2%) sont décédés. Deux cas d'échec thérapeutique étaient identifiés. Le diagnostic d'échec était établi selon des critères cliniques et radiologiques dans tous les cas histologiques. La cause d'échec était un diagnostic différentiel.

Conclusion : La tuberculose extra-pulmonaire est la forme la plus fréquente de tuberculose chez le sujet âgé selon notre étude. Dans la majorité des cas, le traitement anti-tuberculeux était débuté sans preuve bactériologique et ceci pourrait engendrer l'émergence de résistance aux traitements anti-tuberculeux de première intention. Ainsi, avant le début de traitement, les explorations sont indiquées pour obtenir une confirmation bactériologique et prévenir l'échec thérapeutique.

PI 126 : UN CAS DE TUBERCULOSE PERITONEALE CHEZ UN PATIENT EN DIALYSE PERITONEAL

Hend K, Beji S, Krid M, Jebali H, Kheder R, Smaoui W, Ben Fatma L, Raïs L, Zouaghi K.

Hôpital Rabta

Introduction : La tuberculose péritonéale est rare chez l'insuffisant rénal chronique en dialyse péritonéale, environ 1% des cas de péritonite en dialyse péritonéale.

Observation : Monsieur R. K, âgé de 52 ans, est en DPCA depuis Aout 2013. La néphropathie initiale est une néphropathie diabétique. Le patient a présenté depuis Mars 2016 trois épisodes de péritonites aiguës traitées par céphalosporines et fluoroquinolones mais l'évolution était partiellement favorable et le patient a gardé une altération de l'état général avec des douleurs abdominales diffuses accompagnées des diarrhées liquidiennes, sans fièvre. L'examen clinique a montré un abdomen sensible mais souple avec un liquide péritonéal d'aspect clair. La biologie a montré une ascension du CRP à 37,5 sans hyperleucocytose. Devant la présence d'un liquide stérile sur les différents prélèvements et la persistance de la même symptomatologie clinique, une recherche de BK dans le liquide péritonéal a été refaite 3 jours de suite. Cette recherche a montré la présence du *Mycobacterium tuberculosis*. Le diagnostic retenu était une tuberculose péritonéale. Le quantiféron était positif. Un traitement par Rifampicine (600 mg/j), Isoniazide (INH) (100 mg/j), Pyrazinamide (1000mg/j) et l'éthambutol (600mg 1 jour/2) a été initié. L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique avec une baisse du CRP à 5mg/l

Discussion : Le diagnostic de tuberculose péritonéale est souvent tardif par culture du dialysat. La culture n'est positive que dans 75% des cas. Le pronostic vital reste sévère pour plusieurs raisons. La particularité de notre observation est la positivité des différents prélèvements alors que le diagnostic est généralement fait par la biopsie péritonéale

Conclusion : Le pronostic vital de cette pathologie reste sévère devant le retard diagnostique, Il convient donc de suspecter la tuberculose péritonéale devant toute péritonite trainante chez un dialysé en dialyse péritonéale.

POSTER J2 HORS THEME

PI 127 : SPONDYLODISCITE A CANDIDA GLABRATA : A PROPOS D'UN CAS

I. Oueslati, S. Aissa, L. Ammari, B. Kilani, A. Goubantini, F. Kanoun, R. Abdelmalek, H. Tiouiri Benaissa

Service des maladies infectieuses, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction : Bien qu'une augmentation de la fréquence des infections systémiques à *Candida* ait pu être observée ces dernières années, les spondylodiscites à *Candida* restent des affections rares et mal connues. Elles surviennent sur des terrains débilisés ou chez des toxicomanes par voie intraveineuse. Leur présentation clinique est aspécifique : rachialgies, syndrome septique parfois absent. Le diagnostic est fait le plus souvent sur une biopsie discovertébrale. L'imagerie montre des lésions de spondylodiscite mais ne semble pas présenter de spécificités. Nous rapportons un cas de spondylodiscite candidosique diagnostiqué dans notre service.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 71 ans, diabétique, hypertendue, coronarienne, aux antécédents d'infection urinaire récidivante, admise pour des lombalgies fébriles irradiant en hémiceinture et associées à une altération de l'état général. L'examen révèle une candidose buccale et un syndrome rachidien fébrile sans déficit sensitivomoteur. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique avaient montré d'aspect d'une spondylite L1 et d'une spondylodiscite D11-D12 avec une discite antérieure D11-D12 et une infiltration des parties molles paravertébrales sans collection ni épidurite. L'examen cyto bactériologique des urines et les hémocultures étaient négatives. Elle avait reçu une antibiothérapie visant les pyogènes à base de fosfomycine et céfotaxime pendant 20 jours puis un traitement anti tuberculeux d'épreuve sans amélioration. Le nouveau bilan étiologique avait éliminé l'origine brucellienne, tuberculeuse et néoplasique. Une ponction biopsie discovertébrale avait été faite. L'examen direct avait montré des levures et la culture avait isolé *Candida glabrata*. L'examen histologique avait objectivé un remaniement fibreux du tissu avec présence de micro granulome. Le diagnostic d'une spondylodiscite candidosique avait été retenu. L'ETT n'avait pas montré d'une autre localisation. Un traitement antifongique par fluconazole (dose de charge 800mg/jour pendant 2 jours puis 600 mg/jour) pendant huit mois associé à une immobilisation par un corset dorsolombaire avait permis une évolution clinique et radiologique favorable.

Conclusion : Les spondylodiscites infectieuses à *Candida*, de connaissance récente, apparaissent rares. Leur séméiologie clinique, biologique et radiologique est aspécifique. Il faut y penser chez des sujets fragilisés, soumis à des interventions chirurgicales itératives ou à des antibiothérapies prolongées.

P 128 : ENDOCARDITE INFECTIEUSE EN MILIEU NEPHROLOGIQUE. A PROPOS DE 6 CAS.

I Oueslati, L. Rais, O. Ben Azouz, H Jbali, W Smaoui, M Krid, R Khedher, L Ben Fatma, S Béji, K Zouaghi.

Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale. Hôpital La Rabta de Tunis. Université Tunis El Manar - Faculté de Médecine de Tunis

Introduction : L'endocardite infectieuse (EI) est une maladie rare de diagnostic souvent difficile et de mortalité élevée.

Patients et méthodes : Etude rétrospective, descriptive de 6 cas d'endocardite infectieuse hospitalisés au service de néphrologie, la Rabta, Tunis, sur une période de 9 ans (2007-2015).

Résultats : Nous avons colligés 6 cas d'endocardite infectieuse chez 3 hommes et 3 femmes, d'âge moyen de 49 ans. Deux malades étaient diabétiques, 5 hémodialysés (cathéter veineux central : 4 cas, Fistule artério-veineuse : 1 cas) et 2 porteurs de prothèse valvulaire mitrale. La porte d'entrée était dentaire dans 2 cas et endo-vasculaire dans 4 cas. Les manifestations cliniques révélatrices étaient une infection de l'orifice du cathéter dans 4 cas, une ischémie aiguë du membre inférieur associée à un OAP sur IM massive, et un sepsis sévère dans respectivement 1 cas. Le souffle cardiaque était inconstant. Une malade avait des manifestations cutanées à type d'érythème palmo-plantaire de Janeway et de faux panaris d'Osler. Le syndrome inflammatoire biologique était constant. L'échocardiographie a révélé une végétation dans tous les cas. L'EI était sur valve native dans 4 cas (mitrale : 2 cas, aortique : 1 cas, mitro-aortique et tricuspide : 1 cas). Chez 4 malades, une atteinte extracardiaque était associée par migration d'embolus septiques : AVC ischémique (2 cas), ischémie aiguë du membre inférieur (1 cas) et une arthrite du genou et de la hanche (1 cas). Les agents bactériens incriminés étaient isolés dans les hémocultures dans seulement deux cas. Il s'agissait de *Staphylococcus aureus* méticilline sensible. Toutes les endocardites infectieuses étaient classées certaines selon la classification de la Duke University. Tous les malades ont eu un traitement antibiotique adapté d'une durée moyenne de 47 jours associé à l'ablation du cathéter veineux central d'hémodialyse dans 4 cas. Un remplacement valvulaire mitral était réalisé dans 3 cas. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : La présence d'une prothèse valvulaire ou d'un cathéter veineux central est un facteur de risque majeur pour l'endocardite infectieuse. Malgré les progrès dans le diagnostic, elle reste une cause fréquente d'hospitalisation, avec des taux de morbidité et de mortalité élevés.

P 129 : L'ÉRYSIPELE : PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE MEDECINE HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION OUDHREF

Sghaier.S- Salah. S- Ghodhbane.Z- Bouaziz .H-Sassi.L-Forati.F-Jerbi.J-Jemai.K-Elgoul.W

Hôpital de circonscription Oudhref

Introduction : L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë non nécrosante survenant autour d'une affection cutanée mal ou non soignée. Elle présente un motif fréquent d'hospitalisation

But : évaluer l'efficacité de pénicilline G et planifié une stratégie de prise en charge

Matériel et méthode : il s'agit une étude rétrospective portant sur une période d'une année (2015). Pendant cette période nous avons colligé 77 observations de patients admis au service de médecine pour prise en charge d'un érysipèle.

Résultats : L'érysipèle présente 13% de motif d'admission au service de médecine de l'hôpital Oudhref. L'âge moyen des patients était de 50 ans avec une légère prédominance masculine (55% des cas). Il s'agissait d'un premier épisode d'érysipèle dans 80% des cas. 60% des patients étaient diabétique et 40% avaient des antécédents d'insuffisance veineuse. La localisation au niveau des membres inférieures était la plus fréquente (85% des cas). L'évolution était favorable avec guérison sous pénicilline G seule dans 65% des cas.

Discussion : Le diagnostic de l'érysipèle est essentiellement clinique. Il s'agit dans 90% des cas d'un placard inflammatoire localisé le plus souvent au niveau des membres inférieurs, associé à des signes généraux (fièvre, frissons). L'érysipèle est secondaire le plus souvent à une bactérie : le streptocoque b-hémolytique appartenant au groupe A, plus rarement aux groupes G ou C. L'antibiothérapie réduit la mortalité, les complications et la durée de l'infection. L'antibiothérapie permet la guérison dans 80 à 90 % des cas. Pour prévenir les récurrences, il faut traiter les portes d'entrée (intertrigos, ulcérations cutanées) et réduire le lymphœdème. Une antibiothérapie préventive peut réduire le nombre de récurrences : 2,4 millions d'unités toutes les 3 semaines.

Conclusion : l'érysipèle est un motif fréquent d'hospitalisation, sa prise en charge précoce permet d'éviter les complications. La pénicilline G garde sa place comme traitement de première intention en l'absence d'allergie au bêta-lactamine.

P 130 : PLACE D'AMPICILLINE DANS LE TRAITEMENT DE PNEUMONIE AU SERVICE DE MEDECINE HOPITAL DE CIRCONSCRIPTION OUDHREF

Sghaier.S- Salah. S- Ghodhbane.Z- Bouaziz .H-Sassi.L-Forati.F-Jerbi.J-Jemai.K-Elgoul.W

Hôpital de circonscription Oudhref

Introduction : La pneumonie est une infection des poumons qui peut être causée par divers germes (bactéries, virus ou champignons). Elle présente un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation au service médecine et une cause importante de mortalité chez les âges extrêmes et les patients tarés.

But : évaluer l'efficacité de l'ampicilline (Totapen®) dans le protocole thérapeutique de pneumonie au service de médecine en tenant compte de son coût bas et de la durée d'hospitalisation

Matériel et méthodes : notre étude prospective a porté 149 patients hospitalisés au service de médecine durant l'année 2015. Tous les patients ont reçu l'ampicilline à la dose de 1gx4/j en première intention (sauf en cas d'allergie). Nous avons relevé les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques chez tous les patients.

Résultats : Durant la période d'étude, 149 cas de pneumonies étaient colligés ce qui représente 25% des hospitalisations au service de médecine de Oudhref. L'âge moyen des patients était de 62 ans avec une légère prédominance masculine (53% des cas). Le motif de consultation était dominé par une fièvre (80% cas), une toux (30% de cas) et un point de côté (20% de cas). L'examen clinique notait des râles crépitants dans 20% des cas, des râles sibilants dans 10% des cas et des râles renflants dans 50% des cas. La radiographie de thorax montrait des opacités dans 80% des cas, une PFLA dans 20% des cas, une suscite dans 40% des cas, une réaction pleurale dans 2% de cas, et un syndrome bronchique dans 60% de cas. La localisation au niveau du lobe inférieure gauche était retrouvée dans 30% de cas et au niveau du lobe inférieur droit dans 40% des cas. 2% des patients étaient allergiques au bêta-lactamine, 60% avaient répondu à l'ampicilline avec une durée d'hospitalisation moyenne de 8 jours, 30% des patients avaient nécessité un changement de l'antibiotique au bout de 5 jours d'hospitalisation, 6% des patients avaient nécessité une association d'un 2^{ème} antibiotique au bout de 3 jours et 2% des patients ont été transférés à l'hôpital régional de Gabes au bout de deux jours d'hospitalisation pour aggravation de l'état général.

Discussion : En médecine générale, les infections des voies respiratoires inférieures recouvrent une large variété de tableaux cliniques, allant de la toux sans expectoration ni aucun signe thoracique à un état caractérisé par des expectorations muco-purulentes, de la fièvre, un malaise général, une dyspnée et des signes diffus ou localisés à l'auscultation thoracique. Bien que la plupart des infections respiratoires inférieures rencontrées en médecine générale guérissent spontanément, 5% d'entre elles sont des pneumonies et nécessitent l'instauration immédiate d'un traitement antibiotique. La plupart des patients chez qui une infection des voies respiratoires inférieures est diagnostiquée, reçoivent des antibiotiques, ce qui pose le problème de la sur prescription.

Conclusion : l'ampicilline garde encore sa place dans le traitement hospitalier de pneumonie de première intention.

PI31 : SYNDROME DE MEADOWS OU CARDIOMYOPATHIE DU POST-PARTUM : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

B Mefteh N¹, Mekki M¹, Amri R², Sayhi A¹, Korbsi B¹, Marzougui S¹, Naffeti E¹, Ridene N¹, Ammar Y¹, Mtaoua N¹, Bkahla N¹, Skouri I¹, Khelil A¹.

- 1- Service des Urgences-SMUR
- 2- Médecine interne, Hôpital universitaire Maamouri Nabeul

Introduction : Le syndrome de meadows ou cardiomyopathie du post-partum (CMPP) est une pathologie rare et méconnue. Il est défini comme une insuffisance cardiaque systolique survenant le dernier mois de la grossesse ou les cinq premiers mois du post-partum en l'absence d'étiologie connue ou de cardiopathie préexistante.

Observation : Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, GIPI, qui a consulté aux urgences pour dyspnée d'installation récente 03 mois après son accouchement. L'examen clinique a trouvé : TA 140/90 mmHg, tachycardie, polypnée avec orthopnée, des râles crépitants diffus aux deux champs pulmonaires, pas de signes d'insuffisance cardiaque droite. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale. La radiographie du thorax a objectivé un syndrome alvéolaire. La gazométrie sanguine a trouvé : Ph=7,36, PCO₂=31, PO₂=58, HCO₃⁻=16,8, SaO₂=88%. L'échocardiographie cardiaque a mis en évidence un ventricule gauche de taille normale avec FEVG altérée à 33%, La patiente a été mise sous VNI, diurétique et dérivés nitrés puis elle

a été hospitalisée au service de réanimation. L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et échographique.

Conclusion : Le tableau clinique de la CMPP est similaire à celui d'une insuffisance cardiaque systolique. Le traitement est essentiellement symptomatique. Le risque de récurrence au cours des grossesses ultérieures reste élevé.

P 132 : ETUDE COMPARATIVE COMA TOXIQUE VERSUS NON TOXIQUE

Korbsi B¹, Amri R², Naffeti E¹, Ridene N¹, Ammar Y¹, Mtaoua N¹, B kahla N¹, Marzougui S¹, Sayhi A¹, Mekki M¹, Skouri I¹, Khelil A¹.

- 1- Service des Urgences-SMUR
- 2- Médecine interne Hôpital universitaire Maamouri Nabeul

Introduction : Les patients comateux admis à la salle d'accueil des urgences vitales posent certaines difficultés diagnostiques. Peu d'études se sont intéressés à leurs caractéristiques. Le but de notre travail est d'étudier la fréquence, les caractéristiques, et le pronostic du coma toxique et non toxique.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 121 patients consultants aux urgences de l'HMTM de Nabeul durant l'année 2012 pour un coma non traumatique ou une dégradation progressive de l'état de conscience dans les six heures qui suivent l'admission. Notre population est divisée en deux groupes :

- Groupe I (GI) : coma toxique (N=34)
- Groupe II (GII) : coma non toxique (N=87)

Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS version 18.

Résultats : L'âge moyen était de 29,61 ($\pm 18,5$ ans) dans le GI et de 73,9 ± 15 ans (dans le GII), avec prédominance féminine (sexe ratio =2,1) dans le GI et masculine (sexe ratio =2,8) dans le GII. Le coma toxique représentait 0,05%. Le coma non toxique était observé chez 0,12% de nos patients. Les antécédents psychiatriques sont plus fréquemment retrouvés dans le GI (23,5% vs 2,3%). Les pathologies cardiaques (56,3% vs 6%) et endocriniennes (40,2% vs 11,8%) sont les antécédents les plus souvent rencontrés dans le GII. Le tableau clinique était grave d'emblée dans le GII (IGSA>8 : 42,5% vs 8,8%). Dans le GII, les étiologies étaient dominées par les causes neurologiques (54%) et métaboliques (46%). L'accident vasculaire cérébral était la principale cause neurologique retrouvée (78,7%), suivi par la décompensation de diabète (45%). La mortalité était plus importante dans le GII (29,9% vs 5,9%).

Conclusion : Les comas toxiques touchent essentiellement le sujet jeune, le plus souvent de bon pronostic. Les comas non toxiques sont le plus souvent dominés par la pathologie neurologique, le tableau clinique est grave d'emblée et le pronostic est sombre.

P 133 : RHABDOMYOLYSE AIGUE LORS D'UNE INTOXICATION AU BUTANE : A PROPOS D'UN CAS

Korbsi B¹, Marzougui S¹, Naffeti E¹, B Mefteh N¹, Mekki M¹, Sayhi A¹, Ridene N¹, Ammar Y¹, Mtaoua N¹, B kahla N¹, Skouri I¹, Khelil A¹.

- 1- Service des Urgences-SMUR
- 2- Médecine interne² Hôpital universitaire Maamouri Nabeul

Introduction : La rhabdomyolyse se définit comme une lyse des fibres musculaires striées squelettiques entraînant une libération importante des enzymes musculaires et de la myoglobine dans la circulation générale. La gravité du tableau clinique est liée essentiellement au risque d'hyperkaliémie et d'insuffisance rénale. Les circonstances de survenu de ce syndrome sont très variables. Nous rapportons un cas de rhabdomyolyse aigue faisant suite à une intoxication accidentelle par le gaz Butane.

Observation : Patiente âgée de 26ans, sans antécédents pathologiques notables, était retrouvée par ces voisins dans une pièce de son appartement couchée en décubitus latérale gauche et inconsciente pendant plus que 12 heures, avec présence d'une fuite continue de gaz provenant d'une bouteille à gaz Butane de 45 Kg qui était dans la cuisine alimentant (le chauffe bain). Son accompagnant était retrouvé décédé dans la salle de bain. La patiente était transportée à nos urgences par la protection civile. L'examen à l'admission trouvait une patiente confuse et obnubilée avec présence de céphalées. L'état hémodynamique était stable. Des myalgies diffuses spontanées et provoquées par la palpation étaient retrouvées ainsi qu'un œdème et une tension musculaire au niveau de l'hémicorps gauche, avec un déficit moteur complet sur le territoire du nerf sciatique. Le sondage vésical avait ramené des urines foncés. Le bilan biologique avait conclu à une rhabdomyolyse sévère. Le dosage de la carboxyhémoglobine était négatif. La patiente était mise sous oxygénothérapie par sonde nasale avec réhydratation par du sérum salé à 0,9% et alcalinisation par du sérum bicarbonaté à 1,4%. Une vitaminothérapie était mise en route. L'évolution était favorable aussi bien sur le plan clinique (disparition des céphalées et diminution des myalgies à J7 de l'hospitalisation) que biologique (normalisation de la fonction rénale à J5 et des enzymes à J15). Un électromyogramme réalisé a montré une radiculoneuropathie sensitivomotrice axonale de deux membres inférieurs.

Conclusion : La survenue de rhabdomyolyse au cours d'une intoxication au butane doit être détectée précocement et traitée pour éviter les complications. La fréquence de survenue de cette complication est méconnue et certainement sous-estimée. Le dosage de CPK doit être systématique devant toute intoxication au butane.

PI34 : EVALUATION DE LA THROMBOLYSE PAR METALYSE EN PRE-HOSPITALIER DU SYNDROME CORONARIEN AIGU ST + (SCA ST+) : EXPERIENCE DU SMUR DE NABEUL

B Mefteh N¹, Amri R², Naffeti E¹, Korbdsi B¹, Mekki M¹, Ridene N¹, Ammar Y¹, Mtaoua N¹, B kahla N¹, Skouri I¹, Khelil A¹.

- 1- Service des Urgences-SMUR
- 2- Médecine interne² Hôpital universitaire Maamouri Nabeul

Introduction : Le SCA ST+ est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Sa prise en charge thérapeutique est actuellement bien codifiée afin d'optimiser la revascularisation urgente de l'artère occluse. Cette stratégie laisse une grande place à la thrombolyse notamment pré-hospitalière. Le but de notre travail est d'évaluer l'expérience de l'équipe SMUR de Nabeul dans le domaine de la thrombolyse par Métalyse en pré-hospitalier du SCA ST+ et de déterminer les facteurs prédictifs de succès.

Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant 61 patients présentant un SCA ST+, pris en charge par l'équipe SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre-indication à la thrombolyse par Métalyse. Les données sont analysées au moyen de SPSS version 18.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 54,31±10.5 ans (extrême : 36 à 75 ans), avec prédominance masculine (93.44%). Les facteurs de risques sont essentiellement le tabac (72.13%), l'HTA (31.14%) et le diabète (18.03%). 73.77% de nos patients étaient classés Killip I. Les territoires les plus touchés sont l'inférieur (40.98%) et l'antérieur (29.5%). 42% de nos interventions étaient la nuit. La distance moyenne entre notre base et le lieu d'intervention était de 34,5±23 Km (extrême : 8 à 72 Km). Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse était de 290±162 minutes (extrême : 65 min à 12 heures). Le taux de succès de la thrombolyse était de 70.49% et a atteint 88.89% lorsque celle-ci était réalisée dans un délai de moins de 6h. Les facteurs prédictifs de succès de la thrombolyse en analyse univariée étaient : un âge inférieur à 55 ans (p<0,001), un tabagisme actif (p<0,001), Killip I-II (p<0.001), un risque (TIMI score) faible (p<0,01), un délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse ≤6h (p<0,001) et une glycémie<11.1 mmol/l (p<0,001). En analyse

multivariée, trois facteurs étaient individualisés : un âge ≤ 55 ans, un délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse ≤ 6 h et une glycémie < 11.1 mmol/l.

Conclusion : La thrombolyse par Métalyse en pré-hospitalier des SCA ST + a permis d'atteindre l'objectif de reperfusion coronaire dans plus que la moitié des cas. Le taux de reperfusion était inversement proportionnel au délai entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse. La sensibilisation des patients pour appeler le SAMU (190) en cas de douleur thoracique permettrait d'améliorer aussi bien la prise en charge que le pronostic du SCA ST+.

PI 35 : ENCEPHALOPATHIE POSTERIEURE REVERSIBLE REVELANT UNE GLOMERULONEPHRITE AIGUE POST INFECTIEUSE

Rbia E¹, Amri R², Sayhi A¹, Korbsi B¹, Marzougui S¹, Naffeti E¹, Ridene N¹, Ammar Y¹, Mtaoua N¹, B kahla N¹, Skouri I¹, Khelil A¹.

- 1- Service des Urgences-SMUR
- 2- Médecine interne² Hôpital universitaire Maamouri Nabeul

Introduction : L'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) est un syndrome clinico-radiologique, qui se manifeste par des céphalées, une confusion, des troubles visuels et des crises convulsives. Sur le plan radiologique, les lésions siègent généralement dans les régions cérébrales postérieures pariéto-occipitales. C'est une complication rare d'une élévation brutale de la pression artérielle mais peut se voir dans d'autres circonstances, comme au décours d'un traitement immunosuppresseur.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 13 ans qui a présenté à la suite d'un épisode d'angine mal traitée, une fièvre persistante, des céphalées intenses avec des crises convulsives tonico-clonique généralisées cédant au Diazépam. L'examen clinique à l'admission a trouvé : CGS à 10/15 sans signe de localisation, tension artérielle à 260/110 mmHg et une protéinurie positive à la bandelette urinaire. Le bilan biologique a révélé des ASLO positifs et une insuffisance rénale aigue. La tomodensitométrie cérébrale a conclu à des de lésions hypodenses pariéto-occipitale et frontale bilatérale évoquant en premier PRSE. Le diagnostic d'une glomérulonéphrite aigue post streptococcique compliqué d'un PRES a été retenu. L'enfant a reçu la Nicardipine en perfusion continue, L'évolution est marquée par la normalisation des chiffres tensionnels et la reprise de l'état de conscience sans séquelles.

Conclusion : Chez un enfant présentant des crises convulsives (ou d'autres manifestations neurologiques) et une HTA, notamment au cours d'une GNA post infectieuse, le diagnostic de PRES doit être évoqué. La prise en charge doit être précoce et adaptée car l'évolution est le plus souvent favorable sous traitement.

PI 36 : LA PATHOMIMIE : A PROPOS D'UN CAS

M. Daoud¹, L. Ghanmi¹, S. Elleuch¹, K. Zitoun¹, ²L. Zouari, ²M. Maalej.

- 1- Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabes
- 2- Service de psychiatrie « C », CHU Hedi Chaker, Sfax

Introduction : La pathomimie cutanée est une forme particulière de troubles factices caractérisée par des lésions cutanées entretenues pour satisfaire un besoin psychologique, dont le patient n'a pas conscience.

Observation : Mlle N., âgée de 20 ans, benjamine d'une fratrie de trois, scolarisée en 4^{ème} année secondaire. Elle n'avait aucun antécédent personnel ou familial. Elle était adressée par un dermatologue pour des lésions cutanées récidivantes. L'histoire de la maladie remontait à il y a 03 ans par l'apparition de lésions cutanées au niveau du visage provoquées par un grattage constant de ces zones.

L'examen physique objectivait des lésions maculeuses, ne s'effaçant pas à la vitro pression, non infiltrées, mal systématisées, ayant une forme grossièrement circulaire, de 2 cm de diamètre, situées au niveau de la joue droite.

A l'entretien, cette patiente rapportait des difficultés en milieu scolaire depuis 3 ans avec une agressivité verbale envers ses parents. Elle décrivait sa mère comme négligente et son père comme rigide. Elle paraît une fille irritable et intolérante aux frustrations, instable sur le plan relationnel. Elle présentait une dépendance affective, une sous-estime de soi et un désordre marquant sur son mode de vie. Son attitude envers les lésions était marquée par l'indifférence.

Le diagnostic de pathomimie cutanée a été porté devant : l'absence d'un diagnostic d'une dermatose, la localisation des lésions sur une zone facilement accessible, les récurrences inexplicables et la grande tolérance pour ces lésions.

La prise en charge était basée sur une prise en charge psychologique favorisant l'autonomie de la patiente et l'amélioration de la communication au sein de la famille.

Conclusion : Le diagnostic et la prise en charge de la pathomimie cutanée est une situation particulière qui devrait être reconnue sur des arguments somatiques et psychologiques. Le traitement comprend à la fois des soins locaux ainsi qu'une prise en charge psychologique.

PI 37 : NARCOLEPSIE : A PROPOS D'UN CAS

M. Daoud¹, L. Ghanmi¹, S. Elleuch¹, K. Zitoun¹, ²L. Zouari, ²M. Maalej.

- 1- Service de psychiatrie, Hôpital régional de Gabès
- 2- Service de psychiatrie « C », CHU Hedi Chaker, Sfax

Introduction et objectif : La narcolepsie est une maladie rare et handicapante du sujet jeune. Elle est caractérisée par des accès de sommeil irrésistibles et des cataplexies. Dans ce travail, nous rapportons le cas d'un adolescent de 18 ans qui nous consulte pour une hypersomnie

Observation : C'est un adulte âgé de 20 ans, diabétique il y a 01 an sous antidiabétiques oraux. Il consulte pour une hypersomnie diurne depuis 07 mois avec retentissement scolaire et irritabilité. Des accès de cataplexies au rire étaient également présents. Une polysomnographie a éliminé un syndrome d'apnée de sommeil. Le diagnostic de narcolepsie a été confirmé par la réalisation de TILE qui a objectivé un temps de latence d'endormissement très court et des endormissements en sommeil paradoxal.

Conclusion : La narcolepsie est une maladie neurologique chronique invalidante, rare mais insuffisamment diagnostiquée et avec un délai de diagnostic encore excessif. Son retentissement sur le cursus scolaire et professionnel est souvent majeur. Le point essentiel est donc d'en connaître les symptômes et de savoir la reconnaître précocement afin de pouvoir la traiter.

PI 38 : UNE SEPTICÉMIE A PNEUMOCOQUE COMPLIQUÉE D'UN PURPURA FULMINANT A PROPOS D'UN CAS.

Hafi.S¹, Jradi.A¹, Iassoued. N¹, Cheikh Boubaker. A¹, Ellough.F¹, Hachaichi.I¹, Amorri.F¹, Krimi. S²

- 1- SAMU 05, Hôpital régional de Gabès
- 2- Service de médecine légale, Hôpital régional de Gabès.

Le purpura fulminant est une urgence diagnostique et thérapeutique, peu commun et souvent mortelle. Il est secondaire principalement à des infections bactériennes à meningocoque, virale ou fongique. Les cas secondaires à l'infection à *S pneumoniae* sont extrêmement rares et surviennent chez des sujets ayant des facteurs prédisposant tels qu'une hypogammaglobulinémie, l'infection par le HIV, la splénectomie, la maladie de cellules de faucille, l'alcoolisme ou le diabète.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 68 ans admise pour fièvre, frissons, des myalgies installés depuis un jour. La patiente rapporte la notion des vomissements et de diarrhée. La radiographie du thorax a montré une cardiomégalie et des lésions pulmonaires bilatérale. La biologie a montré des troubles de l'hémostase. L'évolution était marquée par l'installation d'un état du choc avec défaillance multi-viscérale. Les hémocultures ont isolé *S pneumoniae*. La patiente est décédée de 24 h après admission au service de réanimation. A l'autopsie, en plus de l'hémorragie myocardique, une hypoplasie de la rate a été trouvée.

Le sepsis à pneumocoque fulminans est une maladie pouvant être mortelle. Elle se produit chez les patients présentant des facteurs de risque comme l'hypoplasie de la rate ou la splénectomie. Parfois il peut être révélateur d'une hypoplasie splénique jusqu'ici inconnue. Dans ce contexte, la vaccination antipneumococcique est recommandée chez les patients présentant des facteurs de risque (l'hypoplasie de la rate ou splénectomie), chez les patients âgés plus que 60, et chez les enfants à partir de 2 mois.

PI39 : LE CANCER DE L'ENDOMETRE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES, TRAITEMENT ET PRONOSTIC A PROPOS DE 110 CAS

Arbi, K¹, Hmid, R²

- 1- Hôpital de circonscription de Mareth
- 2- Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (Service C)

Introduction : Les cancers l'endomètre sont fréquents et concernent principalement les femmes ménopausées. Le diagnostic est évoqué devant des métrorragies post ménopausiques. Le but de ce travail était d'étudier les facteurs de risque, la fréquence, les critères diagnostiques, les attitudes thérapeutiques et le pronostic de ce cancer.

Matériel et méthodes : 110 femmes présentant un cancer de l'endomètre diagnostiqué grâce à la pratique systématique d'hystérocopie devant des métrorragies péri et post ménopausiques qui sont colligées sur une période de 13ans entre janvier 1998 et décembre 2010 au service C de centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Résultat : Nos patientes sont classées après la chirurgie selon la classification de FIGO 1988 en : Stade 1 (40%), stade 2 (24,5%), stade 3 (27,3%) et stade 4 (6,4%).

Conclusion : Le cancer de l'endomètre est réputé un cancer de très bon pronostic à condition d'un diagnostic précoce. L'hystérocopie associée au curetage biopsique de l'endomètre reste la meilleure technique diagnostique devant des métrorragies chez la femme en péri ménopause et ménopausée.

PI40 : LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACTERIES UROPATHOGENES DANS LA VILLE DE NOUAKCHOTT-MAURITANIE

N.S.M. Haylaji, M.L. Ould Salem

Introduction : Au cours de ces dernières années, on a assisté à une augmentation de l'incidence des résistances aux antibiotiques des germes responsables d'infections urinaires (IU) notamment à cause de l'émergence des entérobactéries ayant une bêtalactamase à spectre étendu (BLSE).

But : Le but de ce travail était d'étudier l'épidémiologie des germes responsables des infections urinaires, ainsi que leur sensibilité aux antibiotiques dans la ville de Nouakchott.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée au niveau de trois laboratoires d'analyses médicales à Nouakchott, sur une période de six mois chez tous les patients se présentant à ces structures pour ECBU.

Résultats : L'épidémiologie des infections urinaires au niveau de ces 3 laboratoires d'analyses médicales est globalement comparable aux données de la littérature en ce qui concerne l'âge, le sexe, le terrain, et le germe le plus fréquemment responsable (*Escherichia coli* 64,4 %). Mais, des différences sur les résistances sont observées: résistances plus élevées aux bêtalactamines, aux quinolones de 1^{ère} génération, et aux fluoroquinolones. La prévalence des infections urinaires à entérobactéries productrices des BLSE dans notre étude était de 12,8. Les souches d'*E. coli* et de *Klebsiella spp* isolées ont exprimé une BLSE respectivement dans 10,4 et 20,4 % des cas.

Conclusion : La résistance aux antibiotiques est plus importante dans notre série, conséquence probablement de l'usage inapproprié de ces molécules, d'où l'intérêt de prévoir une bonne stratégie d'approvisionnement et de dispensation de ces molécules ainsi que la révision du traitement empirique des IU dans notre pays.

PI41 : PREVALENCE DE L'INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS CHEZ LES RECEVEURS DE REINS

M. Kharroubi¹, Ben fatma¹, B. zannad², R. Kheder¹, H. Jebali¹, W. Smaoui¹, M. Kkrid¹, I. Rais*, S. Beji¹, K. Zouaghi¹

- 1- Service Néphrologie, Hôpital La Rabta.
- 2- Service Hémodialyse, Polyclinique CNSS El Omrane

Introduction : L'infection à *Cytomégalo*virus (*CMV*) chez le patient transplanté rénal peut mettre en jeu le pronostic vital mais aussi la survie du greffon vu l'augmentation du risque de rejet aigu d'où l'intérêt d'une prophylaxie.

Matériel et méthodes : Nous rapportons une série de 61 patients transplantés du rein et mis sous prophylaxie anti-*CMV* et nous étudions la prévalence de l'infection à *CMV* dans notre série.

Résultats : La prophylaxie anti-*CMV* proposée dans notre série est la Valaciclovir (Zélitrex*) dès J1 de greffe rénale pendant 3 mois si le profil *CMV* est D+/R+ ou D-/R+ ou D-/R- et pendant 6 mois si D+/R-. Nous réalisons la sérologie *CMV* à J1, J7 post greffe rénale ainsi qu'au 3^{ème} mois, 6^{ème} et 12^{ème} mois après la transplantation rénale. Pendant la période de l'étude qui s'étend de Décembre 2011 à Juin 2016, nous avons colligé 2 cas d'infection à *CMV* soit 5 %.

1^{ère} observation : Il s'agit d'un patient âgé de 43 ans transplanté rénal par un donneur vivant apparenté. Le profil *CMV* était D+/R+. Après la transplantation rénale le patient a été mis sous traitement prophylactique par Valaciclovir pris pendant 25 jours puis arrêté par le patient. Il présentait 30 jours après l'arrêt du Valaciclovir, une diarrhée avec fièvre et à la biologie une leucopénie, une CRP élevée et une créatinine à 1,3 mg/dl. Une PCR *CMV* en temps réel est fortement positive. Le traitement par Ganciclovir a été instauré avec évolution favorable et PCR *CMV* négative. A J21 de Ganciclovir on a noté une aggravation de la leuco-neutropénie. Après 12 jours d'arrêt de Ganciclovir, le taux de globules blancs est revenu à la normale spontanément.

2^{ème} observation : Patiente A.N âgée de 41 ans, transplantée rénale à partir d'un donneur vivant apparenté et un statut sérologique D+/R+ mise sous prophylaxie par Valaciclovir pendant 90 jours. Elle a présenté une insuffisance rénale aiguë (IRA) (créatinine passant de 176 µmol/l à 316 µmol/l) à 3 mois post transplantation rénale. La biopsie du greffon a montré un rejet aigu humoral Borderline et elle était mise sous Rituximab et Immunoglobulines intra-veineuses. L'évolution était marquée par la stagnation de la créatinine. Devant l'IRA, la leucopénie et la thrombopénie une PCR *CMV* a été pratiquée revenue positive, et la patiente a été traitée par Cymévan pendant 21 jours. L'évolution a été marquée par la normalisation du bilan hématologique et l'amélioration de la fonction rénale (créatinine = 132 µmol/l).

Discussion : Dans notre centre, nous préconisons la prophylaxie anti-*CMV* systématique par Valaciclovir. Le 1^{er} cas d'infection à *CMV* que nous avons noté est survenu chez un patient qui n'avait pas

pris le Valaciclovir. Chez la deuxième patiente, l'infection à *CMV* est survenue à l'arrêt de la prophylaxie dans un contexte de forte immunosuppression pour un rejet humoral.

Conclusion : Le faible effectif et le recul court dans notre étude ne permettent pas de conclure. Des études plus larges seront d'un grand apport.

1er Congrès International Militaire de Médecine Tropicale et de Pathologies Sub-Sahariennes