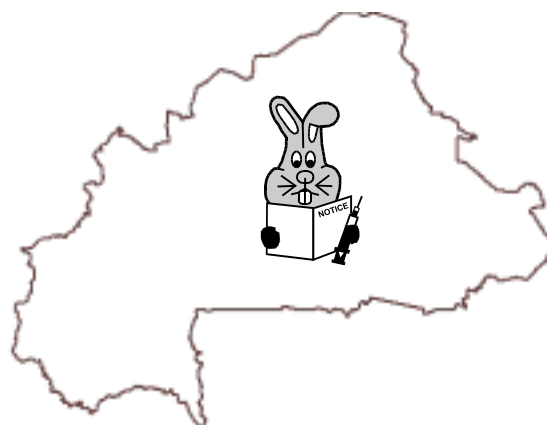


# La Lettre du CEDIM

Bulletin d'information pharmacothérapeutique du Burkina Faso  
Publication trimestrielle du Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament (CEDIM)

11<sup>ème</sup> année Volume 9 N° 27 - Mars 2006



## SOMMAIRE

### EDITORIAL

Changer de comportement ..... 2

### ACTUALITES

La ceftriaxone est une bonne alternative  
au chloramphénicol en cas d'épidémie de  
méningite ..... 3

Prise en charge de l'infection à VIH/Sida au  
Burkina Faso en 2005 : quelques chiffres clés ..... 3

### LE MEDICAMENT

Mieux connaître les médicaments des nausées et  
vomissements au cours de la grossesse ..... 6

### PATHOLOGIE

Grippe aviaire : éviter de manipuler ou manger  
les oiseaux morts ou malades ..... 9

La gale (1ère partie) ..... 12

### SAVOIRS ET PRATIQUES

Se poser de bonnes questions avant  
de prescrire un médicament ..... 13

### FORUM

Quand l'industrie pharmaceutique  
s'intéresse au CEDIM ..... 15

### LA PAGE DU CEDIM

Nouveautés au CEDIM ..... 16



*Grippe du poulet : les oiseaux morts dans des  
circonstances inconnues doivent être incinérés en  
utilisant des outils appropriés pour les dégager. Le  
plumage des oiseaux peut mettre en suspension le  
virus et augmenter ainsi le risque de contamination.  
Mais il n'y a pas de risque à consommer la volaille ou les  
œufs tant qu'ils sont bien cuits.*

**La Lettre du CEDIM (LDC)**  
**11<sup>ème</sup> année, Volume 9**  
**n°27, Mars 2006**

**ISSN 0796-7802**

**Directeur de Publication :** Ministère de la Santé

**Rédacteur en chef :** Dr Clotaire Nanga

**Comité de rédaction**

Pr Jean Kaboré (Neurologue, CHUYO) - Dr Jonas Y Kintéga (pharmacien, Tenkodogo) - Pr Rasmata Ouédraogo (biologiste, UFR/SDS et CHUP-CDG) - Pr I. Pierre Guissou (pharmacologue, toxicologue ; UFR/SDS, CHUYO) - Dr N. Paul Somda (pharmacien inspecteur, IGSS) - Pr Blaise Sondo (médecin santé publique ; UFR/SDS) ; Dr Abdoulaye Traoré (médecin santé publique ; UFR/SDS) ; Pr Patrice Zabsonré (médecin cardiologue UFR/SDS) ; Dr Rasmané Semdé (Pharmacien Galéniste, UFR/SDS) ; Dr B. Béranger Kiéma (Pharmacien, DPV), Dr Abdel Kader Sermé (gastro-entérologue CHUYO)- Dr Georgette Sanou (médecin, CADSS).

**Ont participé à la relecture de ce numéro**

G. Bardelay (LRP) B Ouoba ; A Traoré ; G Sanou ; M Ouédraogo ; T Diallo ; S Sanou (DLM), P Somda ; D Bardelay (LRP) ; F Vandevelde (LRP) ; B Bazié ; R Semdé ; R Ouédraogo ; J Kintéga ; B Kiéma ; A Koumaré ; N Kaboré, B Mintzes (Canada)

**Appui technique et financier**

Organisation Mondiale de la Santé  
 La Revue Prescrire, Paris (LRP)

**Équipe du CEDIM**

Dr Clotaire Nanga  
 Mme Thérèse Diallo  
 Mlle Kadiatou Zerbo  
 Mlle Claudine Tougma

**Adresse**

CEDIM  
**737, Avenue Kumda Yôonré, secteur 03**  
 03 B.P. 7009 Ouagadougou 03  
 Tél. : (+226) 50 32 46 59  
 Fax : (+226) 50 30 34 32  
 mail : [cedim@cenatrin.bf](mailto:cedim@cenatrin.bf)  
 Burkina Faso

**Impression**

PANAP – BURKINA  
 Ouagadougou - Burkina Faso



*La Lettre du CEDIM participe à l'ISDB, réseau international de revues indépendantes de formation en thérapeutique.*

**L**e 20<sup>ème</sup> siècle a décidément été marqué par de grands fléaux. Le caractère extraordinairement meurtrier des conflits interhumains, l'émergence de catastrophes technologiques inédites et, sur le plan sanitaire, de grandes épidémies : grippe espagnole (1918-1919) ; Sida (identifié en 1981) ; Paludisme et la recrudescence de la tuberculose.

En ce début de 3<sup>ème</sup> millénaire, alors que nous n'avons pas encore trouvé de réponses adéquates à de nombreuses pathologies majeures, l'humanité découvre avec stupeur et frayeur, de nouvelles épidémies : le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, 2002), stoppée grâce à des mesures préventives drastiques ; la grippe aviaire (dont le virus est transmissible à l'homme), une épidémie majeure aux conséquences économiques, écologiques et sanitaires redoutables, en cours.

Paradoxalement, cette apparition en cascade de nouvelles maladies ne s'accompagne pas de mise à disposition de nouveaux médicaments efficaces. On a même l'impression que depuis une trentaine d'années, la recherche fondamentale n'a pu mettre sur le marché un médicament décisif qui changerait le cours de grandes pathologies, comme cela se fut dans les années 1940. L'humain est ainsi entré dans le 3<sup>ème</sup> millénaire, traînant avec lui des pathologies pour lesquelles il n'a pas trouvé de traitement curatif définitif. La roue

## **NOUVELLES MENACES SANITAIRES : CHANGER DE COMPORTEMENT**

du progrès thérapeutique serait-elle grippée ? Les médicaments classiques ont-ils trouvé leurs limites face à de nouveaux agents infectieux pour lesquelles l'humain a une immunité nulle ou inefficace ?

Face à la situation présente, la recherche fondamentale et clinique doit peut-être s'orienter vers d'autres concepts de médicaments ou de traitements.

En attendant de conceptualiser ces nouveaux médicaments, et de les rendre disponibles sur un continent marqué par la pauvreté, l'instinct de survie recommande de changer de mode de vie. Il faut d'abord lutter contre l'ignorance en s'informant bien, et en informant les autres. L'agent de santé est généralement bien écouté dans son milieu socioprofessionnel et peut servir de canal de diffusion de l'information. Il faut ensuite que les populations changent de comportement en mettant en pratique les recommandations nationales et internationales formulées lors de l'apparition d'une menace sanitaire. Il faut enfin que les patients victimes de maladie (connue ou inconnue) se présentent le plus rapidement possible dans une formation sanitaire pour prise en charge 11

**La Rédaction**

## LA CEFTRIAXONE COMME ALTERNATIVE AU CHLORAMPHENICOL DANS LE TRAITEMENT DES MÉNINGITES EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE

*La méningite sévit régulièrement sous la forme d'une flambée épidémique au Burkina Faso. C'est une maladie caractérisée par l'inflammation des méninges, membranes qui enveloppent l'encéphale et la moelle épinière. Il y a un protocole national de prise en charge à base de chloramphénicol, disponible en principe dans toutes les formations sanitaires. Une étude comparant l'efficacité du chloramphénicol à celle de la ceftriaxone a été réalisée au Niger. Vu les ressemblances géographique, épidémiologique et du mode de vie des populations burkinabé et nigérienne, nous pensons que les conclusions peuvent être extrapolées à notre pays.*

**A**u cours des épidémies saisonnières des méningites à méningocoques en Afrique, le traitement de première intention est la suspension huileuse injectable de chloramphénicol. Ce médicament n'est plus systématiquement commercialisé par l'industrie pharmaceutique. En cas d'épidémie, la centrale d'achat des médicaments essentiels (CAMEG) le commande spécifiquement et le met à la disposition du ministère de la santé.

Compte tenu de sa faible utilisation actuelle dans les pays industrialisés, sa production est menacée. (1) Ce qui amène à rechercher d'autres alternatives. En 2003, au Niger, durant une épidémie, un essai comparatif randomisé non aveugle (a), dit de "non infériorité" a été réalisé chez des adultes et des enfants âgés de plus de 2 mois, hospitalisés pour suspicion de méningite à méningocoque. (b) Les malades ont reçu une injection intramusculaire soit de chloramphénicol (100 mg/kg sans dépasser 3 g) soit de ceftriaxone 100 mg/kg sans dépasser 4 g, éventuellement renouvelée 24 à 48 heures plus tard en cas d'échec clinique défini par

l'aggravation ou l'absence d'amélioration de l'état clinique. (2) Le critère d'évaluation principal était le décès du malade ou l'échec clinique à 72 heures.

Au total 510 malades ont été inclus, dont environ 88% étaient des enfants de moins de 15 ans. L'incidence du critère combiné (décès ou échec clinique) a été de 9% dans chacun des deux groupes de traitement soit un intervalle de confiance allant d'un excès d'échec sous ceftriaxone de 4,5% à un excès d'échec sous chloramphénicol de 3,8%.

A 72 heures, des séquelles neurologiques étaient présentes chez 5% des patients traités par chloramphénicol et 7% des patients traités par ceftriaxone, sans différence statistiquement significative. (c)

Les résultats ont été similaires chez les 308 malades pour lesquels l'étiologie de la méningite a été confirmée à *Neisseria meningitidis*.

**En pratique**, en traitement court des méningites au cours des épidémies saisonnières de méningocoque en Afrique, la ceftriaxone en injection unique,

éventuellement renouvelée, paraît être une alternative au chloramphénicol huileux. Pour autant que le chloramphénicol huileux reste disponible, il est préférable de continuer à l'utiliser comme premier choix en raison du recul d'utilisation dans cette situation. Cependant, il vaut mieux anticiper sur les problèmes de production du chloramphénicol en envisageant le changement progressif vers la Ceftriaxone

### LDC

*a- Dans cet essai qui visait à comparer deux médicaments, les patients qui devaient y être inclus ont été choisis au hasard. Au cours de l'essai, le patient et le médecin traitant connaissaient la nature et la dose du médicament prescrit.*

*b- Cet essai a été financé et réalisé par l'organisation non gouvernementale Epicentre, liée à Médecins sans Frontières (réf.2).*

*c- l'absence de différence statistiquement significative veut dire que la différence des chiffres est le fait du hasard de répartition dans la population.*

### Extraits de la documentation CEDIM

1 -Prescrire Rédaction "Chloramphénicol huileux" Rev. Prescrire 1999 ; 19 (197) : 552.

2 -Nathan N et coll. "Ceftriaxone as effective long-acting chloramphenicol in short-course treatment of meningococcal meningitis during epidemics : a randomised non-inferiority study" *Lancet* 2005; 366: 308-313.

## ETAT DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION À VIH/SIDA AU BURKINA FASO EN 2005 : QUELQUES CHIFFRES CLÉS

*Suite à l'atelier de consensus tenu en mars 1999 et la création du Conseil National de Lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles et ses organes en 2001, la prise en charge des malades du Sida par les antirétroviraux (ARV) est devenue une réalité au Burkina Faso. Le rapport 2005 du CNLS vient de paraître. Les grandes lignes témoignent des progrès accomplis dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.*

Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST) a présenté le 16 février 2006, le rapport sur l'état de la prise en charge du Sida au Burkina Faso, fin 2005. Ce rapport est en cours de diffusion et est disponible au Comité ministériel de lutte contre le Sida. Ce rapport indique qu'il existe 46 structures de prise en charge de l'infection à VIH (suivi biologique, traitement des infections opportunistes, mise sous antirétroviraux) et 93 centres de dépistage volontaire sur tout le territoire.

Fin 2005, 8 136 patients sont sous traitement ARV, dont 7 716 patients adultes (95%) et 420 enfants (5%). Les enfants sont pris en charge gratuitement. La file active, c'est-à-dire l'ensemble des patients séropositifs suivis, qu'ils soient sous traitement antirétroviral ou non, est de 15 299 patients.

Fin 2005, la prévalence (a) de l'infection était de 2,3%, et 1131

patients sont actuellement en besoin de traitement.

- Le coût des ARV est de 5 000 FCFA/mois, soit environ 10 \$US (8 euros) pour les traitements subventionnés.

Pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), on notera l'intégration des activités de ce programme au paquet minimum d'activités des formations sanitaires. 69% des districts sanitaires font la prise en charge PTME.

On peut parler d'une amélioration de la prise en charge au niveau du pays. Il existe des structures et des médicaments. Ce qui peut constituer une motivation au dépistage volontaire, donc un renforcement de la lutte contre la maladie. La disponibilité des données permet une meilleure maîtrise de l'épidémie et de son impact au niveau du pays. Ce qui peut permettre une appréciation des efforts consentis et de l'action sur le terrain. Elle permet aussi de cibler les efforts de prévention n

### LDC

**a-** La prévalence désigne ici la proportion de la population infectée par le VIH en 2005. Cette proportion prend en compte tous les cas, anciens comme nouveaux.

**b-** La CAMEG est la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques. C'est un grossiste répartiteur publique qui approvisionne le pays en antirétroviraux.

## LOTS DE PERFALGAN° RETIRÉS DU MARCHÉ : QUELQUES PRÉCISIONS

Selon un fax parvenu à notre rédaction, la firme responsable de la commercialisation au Burkina Faso, de Perfalgan° 10mg/ml, solution pour perfusion, flacon de 100 ml, nous apprend que les lots de ce médicament retirés du marché en septembre et octobre 2005 étaient exclusivement destinés au marché français. Les lots expédiés au Burkina Faso ne semblent donc pas concernés par ces rappels de lots.

**Pour de plus amples informations, lire en page 15.**

## L'OMS DÉCONSEILLE L'UTILISATION DES DÉRIVÉS DE L'ARTÉMISININE NON ASSOCIÉS

Le Burkina Faso, comme beaucoup d'autres pays africains, a adhéré aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en révisant le protocole national de traitement du paludisme.

Dans un communiqué de presse paru le 19 janvier 2006 (1), l'OMS a demandé aux firmes pharmaceutiques "de cesser de commercialiser et de vendre des antipaludiques comportant uniquement de l'*artémisinine*". Selon l'OMS, l'application d'un traitement n'utilisant que l'*artémisinine* en monothérapie accélère l'apparition de la résistance car cette substance affaiblit le parasite sans le tuer. « Il faut absolument anticiper et prévenir l'apparition et la propagation d'une résistance à long terme. Pour ce faire, la recherche fondamentale et clinique doit s'orienter vers la mise au point de nouvelles générations d'antipaludiques ». Dans le même communiqué, le nouveau directeur du département du paludisme de l'institution reconnaît qu'aucun échec thérapeutique dû à une résistance à l'*artémisinine* n'a été prouvé jusqu'ici.

Il semble que toutes les fois qu'on ait utilisé une monothérapie (*chloroquine*, *amodiaquine*, *quinine*, etc.) contre le paludisme, une résistance est apparue, d'abord en Asie du Sud-est puis s'étend progressivement aux autres pays. L'assertion selon laquelle les monothérapies entraînent des résistances est discutable. À notre connaissance, il n'y a pas de preuve documentée de résistance à la *doxycycline*. Certaines bithérapies ont montré leurs limites avec l'apparition de résistance. C'est le cas de l'association

*sulfadoxine+pyriméthamine*.

L'OMS estime aujourd'hui que par principe de précaution, il faut utiliser des combinaisons de médicaments ayant des mécanismes d'actions différentes.

Les premières descriptions de l'effet antipaludique de l'*Artemisia annua* (plante d'où est extrait l'*artémisinine*) datent de 281-340 après Jésus Christ. (2) Depuis près de 2 000 ans, les chinois utilisaient les extraits d'*Artemisia annua* pour soigner la fièvre et le paludisme. (3, 4) L'*artémisinine* représenterait 0,01% à 0,8% du poids des feuilles séchées. (4) C'est seulement au début des années 1970 que des recherches ont été entreprises en vue de la production industrielle de l'*artémisinine* et de ses dérivés. (4) Les principes actifs dérivés de l'*artémisinine* (*dihydroartémisinine*, *artemether*, *arteether*, *artésunate*) contenus dans les comprimés sont de meilleure pureté, plus concentrés, et donc plus actifs que les extraits bruts de la plante que les chinois utilisaient jadis. Il est curieux qu'après seulement une quinzaine d'années d'utilisation (prescription et administration non encore populaire dans de nombreux pays à forte endémicité palustre), on évoque des problèmes de résistance.

Le nombre de combinaisons thérapeutiques à base d'*artémisinine* est faible : 17 ont été évaluées. 4 ont été retenues par l'OMS: *Artémether+luméfántrine*; *Artésunate+amodiaquine*; *Artésunate+sulfadoxine-pyriméthamine*; *Artésunate+méfloquine*.

Les firmes qui fabriquent ces médicaments ne sont pas nombreuses, et les matières premières sont obtenues essentiellement en Asie.

Parmi les 4 associations ci-dessus citées, seule l'association *artemether+luméfántrine* est présélectionnée par l'OMS à la date du 1<sup>er</sup> mars 2006 (4<sup>ème</sup> édition) (5).

En rappel, la présélection de l'OMS est une sorte de certification, de garantie de la qualité du médicament. La plupart des pays n'achètent que les médicaments présélectionnés par l'OMS.

Dans la logique des nouvelles directives de l'OMS, la plupart des pays d'Afrique risquent de se retrouver à la solde de quelques firmes qui disposent des brevets pour ces quelques associations. Peut-on voir une influence protectionniste des firmes sur la décision de l'OMS ?

L'*artémisinine* et ses dérivés sont pour le moment parmi les dernières armes dont dispose l'humanité pour traiter de façon efficace le paludisme (la *quinine* est encore efficace dans de nombreuses régions du monde). Il n'est pas évident que de nouvelles substances antipaludiques efficaces soient mis sur le marché avant une dizaine d'année. L'utilisation des ACT (Artemisinin-based Combination Therapy) sont donc "la dernière chance" à l'heure actuelle. Et si une résistance aux ACT apparaissait, comme d'habitude en Asie du Sud-est ? On n'ose pas imaginer la consternation et le désarroi n LDC

### Références

1 - Communiqué de presse OMS "parution de nouvelles lignes directrices de l'OMS pour le traitement du paludisme". [www.who.int](http://www.who.int). Sortie papier, 2 pages.

2 - Y Tu "les inventeurs, innovateurs et créateurs. Le capital intellectuel des nations" 2<sup>ème</sup> forum international sur la créativité des inventions – un avenir meilleur pour l'humanité au XXI<sup>ème</sup> siècle" Beijing, 23-25 mai 2002. 3 pages.

3 - HA Okeetch-Rabah, JW Mwangi "La médecine traditionnelle et les plantes médicinales ont-elles une place dans la lutte antipaludique ?" 3<sup>ème</sup> conférence panafricaine sur le paludisme.

4 - A Robert et coll. "From mechanistic studies on artemisinin derivatives to new modular antimalarial drugs" *Acc. Chem. Res* 2002; 35 : 167-174.

5 - <http://mednet3.who.int/prequal>

## LES MÉDICAMENTS DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS AU COURS DE LA GROSSESSE

*Les nausées et les vomissements sont fréquents au cours de la grossesse. Ces manifestations sont en général bénignes mais elles peuvent occasionner des consultations médicales qui aboutissent le plus souvent à des prescriptions médicamenteuses. Dans bon nombre de cas, des conseils rassurants précis et répétés, une alimentation fractionnée, permettent de se passer de médicaments. Au cas où le besoin de prescription s'impose, voici quelques repères qui permettent de hiérarchiser les interventions.*

Chez les femmes enceintes, les nausées et vomissements observés sont souvent des symptômes bénins. Ces nausées et vomissements liés à la grossesse surviennent classiquement le matin à jeun, mais certaines femmes peuvent se plaindre de nausées persistantes au cours de la journée. (1)

La cause de ces nausées et vomissements n'est pas connue, mais de nombreux mécanismes ont été évoqués : rôle des hormones hypothalamo-hypophysaires et thyroïdiennes, rôle du système nerveux autonome, troubles de la motilité gastro-intestinale, facteurs psychologiques etc. Ces troubles surviennent en général durant le premier trimestre de la grossesse chez 50 à 90% des femmes enceintes. (1)

Chez les femmes, les conséquences de ces nausées et vomissements sont le plus souvent limitées à l'inconfort. Mais il existe de rares formes sévères au cours desquelles des vomissements devenus incoercibles entraînent une déshydratation, ainsi que des troubles hydro-électriques, métaboliques et nutritionnels chez la femme avec un retentissement sur la croissance fœtale. La mortalité maternelle, conséquence de ces vomissements incoercibles, importants avant les années 1940,

a considérablement diminué du fait des traitements des troubles hydro-électriques et métaboliques. (1)

Chez les fœtus, des études ont montré que les vomissements incoercibles des mères n'apparaissent pas être un indicateur d'une évolution péjorative de la grossesse ; en particulier, ils ne sont pas corrélés à une augmentation nette de malformations. Chez les patientes qui ont une perte de poids et des troubles hydro-électriques mal contrôlés, plusieurs études ont permis de conclure à une diminution du poids de naissance, un retard de croissance et des anomalies fœtales. (1)

**Les mesures hygiéno-diététiques d'abord.** La plupart des nausées et vomissements liés à la grossesse peuvent être traités à l'aide de mesures non médicamenteuses. Plusieurs astuces diététiques et comportementales permettent de limiter ces troubles : prise fréquente de petites quantités de boissons ou d'aliments ; éviter les odeurs de nourriture qui peuvent provoquer des nausées ; repos allongé ; etc. (1) Lorsque ces mesures s'avèrent insuffisantes, on peut recourir à certains médicaments.

**La doxylamine est le médicament de première ligne en cas de vomissements gravidiques.** La doxylamine est un anti-histaminique H1 (lire en encadré, page 8). Les antihistaminiques H1 qui ont été les plus utilisés contre les nausées et les vomissements liés à la grossesse sont la doxylamine, la méclozine, la diphénhydramine, et le diméthylhydrinate. Au cours des années 1960, une polémique est apparue quant au rôle tératogène de ces anti-histaminiques. (1) Des recherches poussées ont permis de faire la part des choses : l'effet tératogène n'est pas un effet commun à l'ensemble de ces médicaments, mais spécifiques de certaines substances. Tous les anti-histaminiques n'ont pas bénéficié d'une évaluation clinique suffisante. Il est préférable d'utiliser les médicaments pour lesquels on a un plus recul d'utilisation.

- La doxylamine est un médicament traditionnellement utilisé dans les insomnies ou les allergies diverses. Son autorisation de mise sur le marché ne comporte pas d'indication antiémétique, mais elle y est souvent prescrite dans les pays anglo-saxons. En fait, c'est le médicament le mieux évalué et pour lequel il existe le plus long recul d'utilisation dans les nausées et vomissements au cours de la grossesse. (2) C'est l'antiémétique à prescrire en première intention

lorsque les mesures non médicamenteuses ont montré leurs limites. (2) Les effets indésirables maternels de la *doxylamine* sont liés à ses effets sédatifs et anticholinergiques (constipation, sécheresse buccale, crise de glaucome par fermeture de l'angle). (3)

- La *méclozine* (ou *méclizine*) est un médicament dont l'effet tératogène est prouvé chez l'animal. (1, 5, 6, [www.biam2.org](http://www.biam2.org)) Elle est commercialisée dans plusieurs pays pour le traitement symptomatique de la crise vertigineuse, la prévention et le traitement du mal des transports (5). Elle n'est pas indiquée en France dans le traitement des vomissements liés à la grossesse. Dans le dictionnaire Vidal, il est même mentionné de s'abstenir de prescrire la *méclozine* durant les trois premiers mois de grossesse en raison de l'absence de données épidémiologiques suffisantes. Mais selon plusieurs publications, le risque tératogène semblerait très faible, voire non prouvé chez les humains. (1, 4) [La *méclozine* provoquerait une fente palatine chez le rat à des doses de 25 à 50 fois supérieures à celles administrées chez l'humain. (6)]

Au Burkina Faso, la *méclozine* associée à la *pyridoxine* (vitamine B6) est souvent prescrite chez les femmes enceintes pour le traitement des nausées et vomissements. La *pyridoxine* a beaucoup été utilisée dans les années 1940 pour traiter les nausées et vomissements gravidiques. Son efficacité dans cette indication n'a pas été démontrée, et son emploi n'est pas justifié dans la mesure où il existe

des alternatives plus efficaces. La *pyridoxine* expose à un risque de neuropathie périphérique. (1)

Il est curieux de constater que dans les pays occidentaux, on conseille l'abstention de prescription de la *méclozine* au cours du premier trimestre de grossesse, alors qu'en Afrique, cette substance fait l'objet d'une promotion intensive pour les nausées et vomissements au cours de la grossesse, en l'associant à une autre substance dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Dans le doute, le mieux est de s'abstenir.

- La *diphéhydramine*, et le *diménhydrinate* sont également des anti-histaminiques qui n'ont pas été suffisamment évalués. Vu qu'il existe des alternatives mieux connues, il est conseillé d'éviter leur utilisation durant la grossesse.

**Le *métoclopramide*, une alternative à la *doxylamine*.** Le *métoclopramide* est un neuroleptique qui n'a pas montré d'effet tératogène chez l'animal. (1) Il n'a pas non plus été observé de malformation néonatale en cas d'utilisation chez les femmes enceintes. Le *métoclopramide* n'a pas beaucoup été étudié chez les femmes enceintes. Les données de son efficacité sont basées sur les extrapolations des données obtenues chez les patients en dehors de la grossesse. En tant que neuroleptique, il présente des effets indésirables à type de syndromes extrapyramidaux (a) et de dystonies (b), en fonction de la dose administrée. (1) La balance bénéfices - risques du *métoclopramide* n'est pas étayée chez les femmes enceintes. Son intérêt dans cette indication réside au fait que sa sécurité paraît établie

et ses effets indésirables de nature différente des anti-histaminiques H1.

**Les neuroleptiques phénothiaziniques, lorsque les vomissements sont incoercibles.**

La *prométhazine*, la *chlorpromazine* ont une activité antiémétique et peuvent être utilisées dans le cas de vomissements incoercibles.

Quant à la *métopimazine*, c'est une phénothiazine utilisée comme antiémétique, mais elle ne doit pas être retenue dans le traitement des nausées et vomissements de la grossesse parce qu'on ne dispose pas d'assez de recul sur son utilisation en cas de grossesse.

**En pratique :** Pour soulager les nausées et les vomissements liés à la grossesse, il faut choisir des moyens dont les risques pour la mère et l'embryon sont évalués et proportionnés à l'intensité des troubles maternels.

- **Rassurer.** Il faut que les femmes sachent que les nausées et vomissements liés à la grossesse sont presque toujours sans gravité, et qu'ils ne sont pas annonciateurs de risques pour le déroulement de la grossesse, ni pour l'accouchement, ni pour l'enfant.

- **Mesures non médicamenteuses.** Des mesures non médicamenteuses suffisent dans les cas les plus simples. Dans ce domaine, les possibilités sont nombreuses, et aucune attitude n'a été évaluée rigoureusement. On peut conseiller de prendre des petits repas fréquents toutes les 2 ou 3

heures au cours de la journée, formés de petites quantités d'hydrates de carbone et pauvres en graisses ; de boire souvent dans la journée, en petites quantités ; d'éviter les odeurs de nourriture qui peuvent provoquer les nausées.

- **Antiémétiques, la doxylamine en première ligne.** Si l'intensité des nausées et des vomissements amène à devoir utiliser un antiémétique, le choix doit se porter sur des substances ayant démontré une efficacité chez les femmes enceintes, et pour lesquelles on dispose d'un bon recul d'utilisation, et d'études épidémiologiques rassurantes. Le médicament pour lequel il existe le plus long recul d'utilisation et qui est le mieux évalué en termes d'efficacité et de risque tératogène est la *doxylamine*, un antihistaminique H1. C'est l'antiémétique de première ligne pendant la grossesse. Si les effets sédatifs et anticholinergiques de la *doxylamine* doivent être évités, le recours au *métoclopramide*, un neuroleptique, est une solution. Il n'a pas fait l'objet d'études d'efficacité spécifique chez les femmes enceintes, mais sa sécurité paraît établie, et ses effets indésirables sont d'une autre nature (effets extrapyramidaux).

- **Neuroleptiques phénothiaziniques en cas de vomissements incoercibles.** En cas de vomissements graves, résistants aux traitements énumérés ci-dessus,

notamment en cas de vomissements incoercibles qui exposent à des complications graves pour la mère, le choix doit se porter sur certains neuroleptiques phénothiaziniques, en plus des mesures de compensations hydroélectrolytiques et vitaminiques. Compte tenu du recul d'utilisation, la *prométhazine* ou la *chlorpromazine* sont considérées comme les phénothiazines de choix pendant la grossesse n LDC

a- Les syndromes extrapyramidaux sont un ensemble de troubles provoqués par l'altération du système extrapyramidal. Ce sont essentiellement des modifications de la tonicité musculaire et de la régulation des mouvements involontaires et automatiques.

b- Une dystonie est un trouble de la tension, de la tonicité et du tonus qui peut aboutir à des contractions musculaires involontaires durables provoquant des attitudes anormales.

**Extrait de la documentation CEDIM**

1 -Prescrire Rédaction : "Nausées et vomissements de la grossesse. Privilégier les mesures non médicamenteuses" *Rév Prescrire* 2001 ; 21 (223) : 838-846.

2 -Prescrire Rédaction "La doxylamine, un antiémétique de choix durant la grossesse ?" *Rév Prescrire* 2002 ; 22 (230) : 556.

3 -Donormyl® In : "Dictionnaire Vidal" Vidal, Issy-les-Moulineaux 2006 : 636.

**Les anti-histaminiques**

Les antihistaminiques sont des substances qui s'opposent à l'histamine, médiateur chimique endogène impliqué dans différentes pathologies. Mais l'histamine peut également provenir de substances avariées notamment alimentaires. Dans l'organisme humain, on identifie plusieurs types de récepteurs de l'histamine dont les récepteurs H1, responsables des allergies, de l'inflammation ; les récepteurs H2 qui sont responsables de sécrétions digestives acides au niveau gastrique. Les anti-histaminiques sont des substances qui bloquent ces récepteurs. Ce qui produit un effet inverse. Ainsi, les anti-H1 sont essentiellement utilisés contre les allergies alors que les anti-H2 sont utilisés dans le traitement des ulcères gastroduodénaux n LDC

4 -"Méclizine Antivert®" In: "Physician's Desk Reference" Medical Economics Company, Montvale 2001: 1469.

5 -"Agyrax®" In: "Dictionnaire Vidal" Vidal, Issy-les-Moulineaux 2006 : 54.

6 -"Meclizine" in GG Briggs et coll. "Drugs in pregnancy and lactation" 7<sup>th</sup> Ed Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005 : 980-981.

Site à visiter: [www.biam2.org](http://www.biam2.org) voir *Br Med J* 1978 ;1 : 483.

**Tableau de correspondance DCI/Spécialités**

DCI	EXEMPLE DE SPECIALITE
<i>Chlorpromazine</i>	LARGACTIL°
<i>Diménhydrinate</i>	DRAMAMINE°
<i>Diphénhydramine</i>	NAUTAMINE°
<i>Doxylamine</i>	DONORMYL°; NOCTYL°
<i>Méclozine</i>	AGYRAX°
<i>Métoclopramide</i>	PRIMPERAN°
<i>Métopimazine</i>	VOGALENE°
<i>Prométhazine</i>	PHENERGAN°
<i>Méclozine + Pyridoxine</i>	NAVIDOXINE°

## **GRIPPE AVIAIRE, COMMENT SE PROTÉGER ?**

*La grippe est une affection virale respiratoire aiguë, causée par des virus enveloppés à ARN. Certains virus de la grippe s'attaquent aux animaux, dont les oiseaux (grippe aviaire), et d'autres aux humains (grippe saisonnière). Ce qui est nouveau, c'est qu'on observe des virus d'oiseaux qui se transmettent aux humains. Nous avons recueilli des informations sur la grippe aviaire pour permettre aux soignants de mieux comprendre les nouvelles menaces qui pèsent sur l'espèce humaine.*

La grippe aviaire alias grippe du poulet, est une infection due à un virus nommé Influenza virus A dont on différencie plusieurs types et sous-types (voir encadré 2, page 11). L'infection par les sous-types H5 et H7 peut toucher presque toutes les espèces d'oiseaux, sauvages ou domestiques. Elle peut être fortement contagieuse, surtout chez les poulets et les dindes, et est susceptible d'entraîner une mortalité élevée dans ces espèces. Les souches pathogènes de ces virus peuvent muter génétiquement en se propageant d'un élevage à un autre, surtout lorsque les barrières sanitaires entre élevages sont insuffisantes.

**La souche H5N1 constitue une menace sérieuse.** Sur les 15 sous-types de virus grippal aviaire, le H5N1 est le plus inquiétant pour plusieurs raisons :

- il mute rapidement et il a une propension avérée à acquérir les gènes des virus infectant d'autres espèces ;
- les oiseaux qui survivent à cette infection, excrètent le virus pendant 10 jours au moins, par voie orale et dans les fèces, ce qui facilite sa propagation sur les marchés de volailles vivantes et par les oiseaux migrateurs ;
- les humains peuvent être contaminés dans des conditions de promiscuité extrême avec des animaux malades, ce qui a été observé en Asie. cependant, le

virus H5N1 ne semble pour le moment pas transmissible d'un humain à un autre humain.

### **La crainte d'une pandémie grippale mondiale est liée à la capacité d'adaptation de H5N1.**

Une pandémie est une forte augmentation dans l'espace et dans le temps de la fréquence d'une maladie, accompagnée d'un nombre de cas graves et d'une mortalité élevée. Dans le cas de la grippe aviaire, la crainte de pandémie fait suite à la détection d'un virus de composition antigénique nouvelle, contre lequel l'immunité de la population humaine est faible ou nulle. Cette immunité faible ou inexistante est due à une variation antigénique brutale, appelée "cassure antigénique".

Dans les cas répertoriés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le virus de la grippe aviaire de type H5N1 peut se transmettre de l'animal (un oiseau) à un humain. Le phénomène observé depuis janvier 2004 en Asie confirme l'existence de plusieurs cas de transmission. Au 08/02/2006, les personnes ayant contracté ce virus sont toutes localisées en Asie du Sud-est (Vietnam, Thaïlande, Cambodge et Indonésie) et en Chine. Selon l'OMS, à la date du 10 novembre 2005, il n'existait pas de preuve d'une transmission interhumaine en Asie. Aucune personne n'a été infectée sans avoir été en contact étroit avec des oiseaux malades.

La contamination est aérienne et se fait essentiellement lors de contacts étroits, prolongés et répétés, dans des espaces confinés, avec des sécrétions respiratoires ou des déjections d'animaux infectés, par voie directe ou indirecte (surfaces et/ou mains souillées par des déjections).

Le virus qui circule en permanence chez de très nombreux types d'oiseaux, évolue constamment, et acquiert parfois un pouvoir de virulence (a) responsable de la mort et de la contamination à d'autres oiseaux via l'eau d'abreuvement. Dans de rares cas, le virus acquiert la capacité de franchir la "barrière d'espèce" et de s'adapter à d'autres animaux tels que les mammifères dont l'espèce humaine. Si ce virus à forte virulence acquérait la capacité de s'adapter aisément chez l'humain pour se transmettre ensuite entre êtres humains, il pourrait en résulter une pandémie, dont les conséquences sanitaires seraient graves.

### **Hygiène individuelle et prudence lorsqu'on se rend dans un pays affecté par la grippe aviaire.**

Au 01/10/05, l'OMS ne préconise pas de restreindre les voyages dans les pays touchés. Le ministère français de la santé recommande aux personnes qui se rendent dans les pays affectés par l'épizootie (b) d'éviter tout contact avec des volatiles et des porcs vivants ou leurs cadavres, y compris sur les marchés. Il leur est également

recommandé d'éviter tout contact avec une surface apparaissant souillée par des excréments de volailles ou des déjections d'animaux. Il est enfin interdit de rapporter un volatile vivant de ces pays.

Les mesures d'hygiène de base doivent aussi être respectées, en particulier : éviter de consommer des produits alimentaires crus ou peu cuits sans les avoir lavés au préalable à l'eau de javel ; se laver les mains fréquemment à l'eau propre et au savon.

**Pas de risque à consommer la volaille ou les œufs.** Il n'y a aucun risque à consommer de la volaille. À ce jour, il n'y a ni preuve ni démonstration que l'humain puisse attraper l'influenza (grippe) aviaire par la voie alimentaire. Selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), le risque de contamination de l'humain par ingestion de viandes infectées est considéré comme faible voire négligeable : d'une part, le caractère infectieux des virus influenza est détruit très rapidement à des températures supérieures à 60°C (5 minutes à 60°C, 1 minute à 100°C). D'autre part, dans l'hypothèse d'une ingestion de viande de volaille ou d'œufs contaminés et crus, le virus serait détruit par l'acidité du liquide gastrique.

**Les symptômes de la grippe aviaire sont peu spécifiques.** Après une durée d'incubation pouvant aller jusqu'à sept jours selon l'OMS, les signes cliniques les plus fréquemment décrits sont : fièvre à 39°C ou plus ; maux de tête ; courbatures ; fatigue ; toux ; gêne respiratoire. Lors de toute grippe, des complications peuvent

apparaître (troubles respiratoires sévères). Elles peuvent être liées au virus lui-même (par exemple otite, pneumopathies, etc.). Elles peuvent également être dues à une surinfection par des bactéries touchant les voies respiratoires (pneumonies), mais aussi généralisées comme des septicémies.

**Aucun médicament d'efficacité démontrée sur le H5N1 n'est disponible à ce jour.** La grippe aviaire est différente de la grippe saisonnière, infection respiratoire aiguë, contagieuse, d'origine virale qui affecte les humains.

La grippe saisonnière évolue le plus souvent sur un mode épidémique. Son traitement est basé essentiellement sur la prévention par la vaccination. Quelques médicaments (*amantadine*, *zanamivir*), utilisés comme traitement symptomatique peuvent permettre de raccourcir la durée de l'épisode grippal. (4) Mais ils n'ont pas d'action prouvée sur l'incidence des décès et des complications chez les personnes ayant un épisode d'allure grippale. (5) En 2002, est apparu sur le marché français l'*oseltamivir* dont l'efficacité préventive et curative semble modeste sur la grippe (3). Son efficacité sur les patients infectés par le virus de la grippe aviaire (H5N1) n'est pas documentée (2).

Tous ces médicaments ne sont pas encore disponibles sur le marché burkinabé. Il n'existe pas actuellement de vaccin contre H5N1.

**Le Burkina Faso bientôt ?**

Depuis le début de l'épizootie (12/2003), 24 pays et territoires ont notifié des foyers aviaires. Ce sont, par ordre alphabétique : Arabie

Saoudite, Cambodge, Cameroun, Chine, Corée du Sud, Croatie, Chypre, Égypte, Éthiopie, Hong-Kong, Indonésie, Irak, Japon, Kazakhstan, Laos, Malaisie, Mongolie, Niger, Nigeria, Roumanie, Russie Thaïlande, Turquie, Ukraine et Vietnam. L'office international des épizooties (OIE), organisation mondiale de la santé animale a annoncé le 08/02/2006 qu'un foyer de grippe aviaire A (H5N1) avait été confirmé dans la province de Kaduna au Nord du Nigeria. Ce diagnostic a été confirmé par le laboratoire de référence de l'OIE à Padoue (Italie). C'est la première fois que le virus A (H5N1) est isolé en Afrique. La confirmation de ce foyer, confirme les craintes concernant les risques d'extension de l'épizootie à travers les oiseaux migrants.

Le Nigeria, surtout sa partie nord se trouve à quelques heures de vol d'oiseau du Burkina Faso, pays d'élevage et de consommation de volaille (selon le ministère des ressources animales, le Burkina Faso disposerait de 32 millions d'unités de volaille toutes espèces confondues à ce jour). Il n'est pas exclu que nous soyons très prochainement touchés par la grippe aviaire. La crainte chez nous réside dans le comportement de certaines populations qui font la sourde oreille malgré les appels réitérés à ne pas consommer les animaux morts (le plumage des oiseaux peut mettre en suspension les virus qui seront alors respirés). L'arrivée de la grippe aviaire est une menace économique car le Burkina Faso exporte beaucoup d'animaux et de volaille vers les pays voisins. Elle est aussi une menace sanitaire car les conditions de promiscuité sont fréquentes dans les marchés de volaille du pays.

Déjà, la baisse de la consommation du poulet et des œufs est perceptible dans les grandes villes du Burkina. Le poulet a purement et simplement disparu des menus de nombreux restaurants. Les grilleurs de poulets aux abords des voies publiques, des « maquis » ne font plus beaucoup de recette. S'agit-il d'une prudence ou d'une insuffisance d'information ?

**Encadré 1 : Récapitulatif des cas humains de grippe A (H5N1) confirmés biologiquement (PCR ou isolement viral) notifiés par l'OMS (janvier 2004 - 27 mars 2006.**

Pays	Nb de cas	Nb de décès
Cambodge	4	4
Chine	12	8
Égypte	5	2
Indonésie	26	19
Irak	1	1
Thaïlande	22	14
Turquie	12	4
Vietnam	93	42
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>94</b>

**En pratique**, il faut surtout informer les populations de la menace sans créer un sentiment de panique. La grippe aviaire est différente de cette maladie saisonnière qui décime les poulets dans les élevages (pseudopeste aviaire ou maladie de Newcastle). Les plus sceptiques doivent être convaincus.

Les populations doivent être informées qu'ils doivent déclarer toute suspicion de mort « anormale » d'animaux aux services vétérinaires. **Il faut éviter de manipuler et de manger les oiseaux morts dans des circonstances inconnues, et les incinérer en utilisant des outils (râteau, pelle, etc.) pour les dégager.** Dans les élevages industriels et semi-industriels (environ 24% de l'élevage au Burkina Faso), il faut confiner la

**Encadré 2 : la variabilité génétique des virus grippaux**

En fonction des différences antigéniques sur la nucléocapside (c), on distingue 3 types de virus grippaux : A, B et C. Les virus grippaux de type A sont retrouvés chez l'Homme et aussi chez les canards, les oies, les dindes, les poules, les porcs, les chevaux, etc. Les réservoirs des virus de type B et C sont presque exclusivement humains.

Différents sous-types du virus grippal de type A se distinguent selon les propriétés antigéniques de deux glycoprotéines de surface, dites "hémagglutinine" (notée "H" ou "HA") et "neuraminidase" (notée "N" ou "NA") (d).

Quinze sous-types de la glycoprotéine H (H1 à H15) et neuf sous-types de la glycoprotéine N (N1 à N9) ont été identifiés jusqu'à présent. L'Homme est en général infecté par des virus de type A de sous-types H1N1, H2N2 ou H3N2.

Le nom des virus grippaux isolés comporte successivement le type, l'origine géographique, le numéro de la souche, l'année de l'isolement et le sous-type : par exemple A/Sydney/5/97 (H3N2). On ne distingue pas de sous-types des virus grippaux de type B et C.

Chez les virus de type A, des mutations ponctuelles du génome ont lieu en permanence, et provoquent parfois des modifications des glycoprotéines de surface H ou N. Ces modifications entraînent une "dérive antigénique", voire un "glissement antigénique", lorsqu'une mutation aboutit à une modification d'un site antigénique d'une glycoprotéine ; elles sont à l'origine d'épidémies annuelles en raison d'une moindre immunité de la population. Il existe aussi une "dérive antigénique" des virus grippaux de type B et C, mais à un degré moindre qu'avec les virus de type A.

Des "cassures antigéniques", provoquées par un réassortiment génétique entre différentes souches de virus de type A, d'origine humaine ou animale, aboutissent parfois au remplacement complet d'une ou plusieurs protéines virales. Ces "cassures antigéniques" conduisent parfois à l'émergence de virus qui, en l'absence totale d'immunité préexistante dans la population générale, ont conduit à des pandémies mondiales. Durant le siècle dernier, trois pandémies grippales graves ont provoqué une augmentation importante de la mortalité, en particulier la pandémie de grippe dite "espagnole" en 1918-1919 (entre 20 et 100 millions de mort en 2 ans) (2), et avec une moindre gravité, la pandémie de grippe dite "asiatique" en 1957, et la pandémie de grippe dite de "Hong Kong" en 1968.

*Rev Prescrire* 2005 ; 25 (265) : 681.

volaille et empêcher les échanges avec d'autres oiseaux.

Les promesses de dédommagement des poulets si la grippe aviaire touchait le Burkina Faso, sont un signe positif car elles pousseront les éleveurs à déclarer les cas. Les

autorités devront renforcer les campagnes de sensibilisation de masse pour que la menace soit comprise de toute la population. Il faut sensibiliser les populations à consommer la volaille et les œufs non seulement pour assurer un apport protéique substantiel mais aussi pour éviter de « sinistrer » la filière **LDC**

**Extrait de la documentation CEDIM**

**1-** Prescrire Rédaction "Les conséquences cliniques de la variabilité génétique du virus grippal de type A" *Rev Prescrire* 2005 ; 25 (265) : 681.

**2-** D Houssin "Se préparer à une pandémie. L'exemple de la grippe aviaire" *les nouvelles pharmaceutiques* (trimestriel) 2005 ; 389 : 437-448.

**3-** Prescrire Rédaction "Oseltamivir, un antiviral sans grand effet sur la grippe : Tamiflu° gélules à 75 mg, poudre pour suspension buvable 12 mg/ml" *Rev Prescrire* 2002 ; 22 (233) : 725-730.

**4-** Prescrire Rédaction "discussions techniques : Relenza°" *Rev Prescrire* 2000 ; 20 (210) : 716.

**5-** Prescrire Rédaction "traitement antiviral de la grippe à visée curative : toujours pas de preuve d'une baisse tangible des complications" *Rev Prescrire* 2005 ; 25 (265) : 682-683.

Les informations ont été collectées sur les sites suivants :

- <http://www.who.int/en/>
- <http://www.grippeaviaire.gouv.fr/>
- [http://www.oie.int/eng/en\\_index.htm](http://www.oie.int/eng/en_index.htm)
- <http://www.afssa.fr>

**a-** La virulence d'un micro-organisme est sa capacité à se multiplier dans un organisme infecté.

**b-** Une épizootie est une maladie qui frappe simultanément un grand nombre d'animaux qu'ils soient de même ou d'espèces différentes.

**c-** La nucléocapside d'un virus désigne l'ensemble formé par le matériel génétique et la coque qui l'entoure.

**d-** L'hémagglutinine permet la fixation et la pénétration du virus dans la cellule infectée, la neuraminidase joue un rôle de libération des virions de la cellule infectée.

DCI	Spécialité
Amantadine	MANTADIX°
Oseltamivir	TAMIFLU°
Zanamivir	RELENZA°

## LA GALE (1ère partie)

**La gale est une maladie contagieuse provoquée par un parasite. Sa transmission interhumaine est le plus souvent directe (rapports sexuels), mais aussi indirecte par l'intermédiaire de linge ou de literie souillée. Elle est favorisée par une insuffisance d'hygiène. Quelques précisions permettront de mieux connaître cette maladie et de mieux la prendre en charge.**

### Généralités sur la maladie, évolution naturelle

La gale, présente sur tous les continents, est due à un parasite (acarien) qui colonise l'épiderme humain, *Sarcoptes scabiei hominis* (a). Elle touche tous les âges et tous les niveaux sociaux. (1) *Sarcoptes scabiei hominis* est un parasite obligatoire de l'espèce humaine. Hors de son hôte, il survit au plus 5 jours. Il s'immobilise et meurt à une température inférieure à 20 °C ; il est détruit en quelques minutes à 55 °C. (1)

Après une période d'incubation silencieuse de 2 à 3 semaines, un prurit parfois intense à recrudescence nocturne apparaît. Ce prurit est attribué aux réactions immunologiques déclenchées par les déjections et les œufs du parasite. La femelle creuse dans l'épiderme une galerie, formant un sillon superficiel long de 0,5 cm à 3 cm, sinueux et grisâtre, portant en général à une extrémité une surélévation de la taille d'une tête d'épingle, dite "éminence acarienne", qui correspond à la position du parasite. Ce sillon scabieux est souvent masqué par des lésions de grattage. En outre, des "vésicules perlées" translucides sont souvent présentes dans les espaces interdigitaux, sans renfermer de parasite. (1)

### Critères de diagnostic, diagnostic différentiel

Le prurit et la topographie des lésions forment la base du diagnostic de la gale commune. Un

prurit parfois intense et à recrudescence nocturne apparaît comme le signe initial et constant de l'infestation chez les adultes. (1)

Dans la gale commune des adultes, la localisation du prurit et des sillons est caractéristique. L'atteinte est bilatérale : mains (espaces interdigitaux), face antérieure des poignets, coudes, creux axillaires, région ombilicale, fesses et pli interfessier, aréoles des seins et plis sous-mammaires chez les femmes. Chez les hommes, les "chancres scabieux" sont des lésions papuleuses du pénis et du gland, parfois rouges et excoriées. Des nodules (1 cm de diamètre environ) peuvent apparaître en divers points : aisselles, scrotum, périnée ou région ombilicale. Le visage, le cuir chevelu, le cou et le haut du dos sont rarement atteints chez les adultes. (1) Des formes moins caractéristiques (aspect et topographie atypiques des lésions, intensité variable du prurit) et des lésions secondaires non spécifiques sont aussi décrites (pyodermite, impétigo, eczéma, lichénification). (1)

Chez les personnes âgées, les lésions sont souvent atypiques. On observe une éruption papuleuse, vésiculeuse et érythémateuse, disséminée sur le tronc, les membres et même le dos, sans sillon. (1)

Chez les nourrissons, le prurit se traduit par de l'agitation. Les lésions s'étendent souvent à tout le corps ; le visage et le cuir chevelu peuvent aussi être atteints. (1)

La gale croûteuse, dite "norvégienne", touche surtout des patients immunodéprimés. Elle est due à une infestation massive, très contagieuse. Le prurit peut être discret, voire absent. Des papules érythémateuses se disséminent sur tout le corps, y compris le dos, le visage et le cuir chevelu, et deviennent croûteuses ; une hyperkératose "farineuse" atteint les régions palmoplantaires et unguéales. Parfois, les lésions se limitent au cuir chevelu, au visage, aux doigts, aux ongles et à la plante des pieds. (1)

Un traitement par corticoïde, instauré à tort en cas de gale atypique non diagnostiquée, risque de conduire à une gale profuse et croûteuse. (1)

Le sillon scabieux peut être rendu plus visible en déposant une goutte d'encre de Chine, qui remplit la galerie par capillarité. L'existence de symptômes similaires chez des proches ainsi que la notion d'une contagion possible peuvent orienter le diagnostic. (1)

Dans les formes atypiques, un examen parasitologique (examen microscopique direct à l'état frais de squames ou de sérosités prélevées en plusieurs sites, permettant le repérage du parasite ou de ses œufs ou larves) reste la référence. (1)

La gale figure parmi les diagnostics différentiels de toute affection prurigineuse persistante ou atypique. Elle coexiste parfois avec d'autres atteintes dermatologiques : psoriasis, eczéma atopique,

dermite de contact. (1)

Les gales d'origine animale peuvent provoquer une éruption prurigineuse qui disparaît vite, car un sarcopte parasite d'un animal ne se développe pas dans l'espèce humaine. Mais si l'animal n'est pas éloigné ou traité, l'éruption peut récidiver et être alors confondue avec la gale humaine. (1)

**Objectifs de la prise en charge, critères d'intervention**

L'objectif du traitement est l'éradication du parasite, ainsi que la prévention de la contagion. Un traitement symptomatique du prurit et des lésions associées est en outre parfois nécessaire. (1)

Face à un prurit persistant, et s'il existe un cas de gale avéré dans l'entourage, le traitement d'épreuve par un topique acaricide paraît justifié quand l'examen parasitologique est inaccessible ou négatif, en l'absence de signe clinique spécifique. (1) Au sein d'une famille, il paraît cohérent de traiter les personnes les plus proches de celle atteinte d'une gale avérée, au moins celles qui partagent le même lit, et ce, même en l'absence de signes cliniques. Les bénéfices d'un traitement systématique de tout l'entourage ne sont pas démontrés. (1)

**Choix des traitements ; nature et degré d'efficacité**

Le traitement local utilise des insecticides. La *perméthrine* à 5 %, non disponible au Burkina Faso à notre connaissance, est recommandée dans les documents de référence. Ce topique (b) acaricide est considéré comme le plus efficace et le moins toxique. (1) Le *benzoate de benzyle* (commercialisé en Burkina Faso en

association au *sulfiram* dans Ascabiol®) est peu évalué. Il faut l'appliquer sur le corps entier, y compris le cuir chevelu, en évitant le contact avec les muqueuses et les yeux. L'opération est à répéter le jour suivant, suivie d'un bain après 24 heures. Chez le nourrisson, une seule application pendant 6 à 12 heures est à effectuer. (1 ; 2)

D'autres traitements topiques, tels que le *malathion* en solution aqueuse à 0,5% (non disponible au Burkina Faso), sont également proposés. Le soufre en pommade de 5 à 20 % est encore utilisé. Il est salissant et malodorant, mais peu coûteux. Il présenterait moins de risque pour les enfants et pendant la grossesse que le *lindane*. (1)

Le *lindane* est à exclure, en raison d'un risque de neurotoxicité grave. Cette toxicité résulte de son absorption cutanée, plus importante chez l'enfant, et en cas de lésions épidermiques importantes. (1)

En cas de surinfection bactérienne, une antibiothérapie orale peut être commencée 1 à 2 jours avant le traitement spécifique. En l'absence d'essai clinique permettant d'évaluer ces traitements, un antihistaminique sédatif oral est parfois proposé contre le prurit et le *crotonon* sous la forme crème est proposé en cas de prurit persistant après traitement et pour le traitement local des nodules post-scabieux. (1)

Un traitement par voie orale peut être envisagé chez les patients pour lesquels l'application d'un topique acaricide présente des difficultés. L'efficacité d'une prise unique de 12 mg pour un adulte de 60 kg (soit 4 comprimés à 3 mg) d'*ivermectine* semble du même ordre que celle des traitements scabicides locaux. (2 ; 3)

Le linge et la literie contaminés sont débarrassés des parasites en les plongeant à l'eau bouillante, les laver ensuite au savon. Les tissus et autres objets non lavables doivent être isolés (si possible dans un sac plastique hermétiquement fermé (c)) durant 2 à 4 jours. (2)

Dans le prochain numéro, il vous sera présenté les critères de surveillance, d'alerte, les conditions d'arrêt des traitements; les contre-indications et effets indésirables des médicaments, etc. et ce qu'il faut absolument dire aux patients n

**LDC**

**Extraits de la documentation CEDIM**

1 -Prescrire Rédaction "Reconnaître et traiter la gale en 2002" *Rev Prescrire* 2002 ; **22** (229) : 450-455.

2 -Prescrire Rédaction "Dermatologie : un progrès dans le traitement de la gale". In : "Bilan de l'année 2002" *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (235) : 40.

3 -Prescrire Rédaction "Ivermectine-Stromectol®-nouvelle indication : contre la gale, un traitement oral, efficace et d'emploi facile" *Rev Prescrire* 2002 ; **22** (229) : 405-409.

a -*Sarcoptes scabiei* est le nom scientifique de l'agent responsable de la gale (du grec "sarcoptes" : coupe la chair, du latin "scabies" : gale).

b -un topique est une préparation médicamenteuse à usage local (pommade, gel, émulsion, etc.) qui a un pouvoir pénétrant.

c -l'utilisation du sac plastique vise à asphyxier les parasites en les privant d'oxygène.

## DES QUESTIONS À SE POSER AVANT DE PRESCRIRE

*Dans la plupart des cas, la prescription d'une ordonnance termine la consultation médicale. La prescription d'une ordonnance est une étape très importante dans la pratique médicale. Il s'agit de prescrire ce qui est nécessaire au patient et lui donner les informations utiles afin qu'il adhère au traitement. L'établissement du diagnostic étant un préalable, il convient ensuite de se poser quelques questions avant la prescription. Voici ce que propose un éminent pharmacologue anglais, paru dans Drug and Therapeutic Bulletin (1977 ; 15, 17). Ces questions sont toujours d'actualité. Nous les rappelons, en les modifiant légèrement.*

### 1/ Indication ou nécessité

Le médicament est-il nécessaire ou indispensable ?

Que pourrait-il se passer s'il n'était pas prescrit ?

### 2/ Classification

A quelle classe pharmacologique doit-on recourir ?

A quel médicament ?

Sous quelle dénomination ?

### 3/ Objectif thérapeutique

Recherche-t-on un effet préventif, curatif, palliatif, symptomatique, diagnostic, une meilleure qualité de vie ?

### 4/ Administration

Par quelle voie, à quelle dose, à quelle fréquence, à quel moment, etc. le médicament doit-il être administré ? Et pourquoi ?

Quelle est la posologie maximale (par prise et par jour) envisageable si l'effet thérapeutique recherché reste insuffisant ?

### 5/ Surveillance

Sur quels critères sera appréciée l'efficacité du traitement ? Et par qui ?

Quand et pourquoi cette surveillance doit-elle être assurée ?

Quand les effets du traitement commenceront-ils à se manifester ?

### 6/ Durée du traitement

Quelle est la durée prévisible du traitement et sur quels critères prendra-t-on la décision de l'interrompre ?

### 7/ États physiologiques et pathologies associées

La physiologie et la pathologie du patient, son mode de vie perturbent-ils la pharmacocinétique et les effets du médicament ? Quelles conséquences en tirer pour la prescription ?

### 8/ Effets indésirables

Quels effets indésirables peuvent-ils survenir ? Comment les dépister, les prévenir ou les atténuer. Doit-on prévenir le malade de ce risque ?

Ce risque est-il acceptable, compte tenu de sa fréquence et de l'activité probable du médicament ?

### 9/ Interactions

Existe-t-il des médicaments, des aliments, des boissons ou des activités que le patient doit éviter durant le traitement ?

### 10/ Alternatives

D'autres médicaments équivalents peuvent-ils être utilisés en cas d'échec ou d'effet(s) indésirables(s) ? Sous quelle forme galénique ? Bioéquivalente ? Efficacité, sécurité, prix ?

### 11/ Information

Le patient a-t-il reçu les informations nécessaires, et adaptées à sa culture ?

Sont-elles en accord avec la notice d'accompagnement ? Le pharmacien du patient va-t-il confirmer l'information dispensée par le prescripteur ? Le médicament coûte-t-il cher ?

### 12/ Réactions du malade et observance

Le patient s'estime-t-il bien informé ?

Prendra-t-il le médicament ? A-t-il compris et retenu ?

LDC

## QUAND L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE S'INTÉRESSE AU CEDIM !

**Le CEDIM est une structure du Ministère de la santé, chargée de promouvoir l'usage rationnel du médicament. Depuis plus de dix ans, ce centre s'efforce d'améliorer la qualité des soins au Burkina Faso par la mise à la disposition des praticiens, une information objective, pertinente.**

**Certains acteurs de la santé connaissent bien cette structure, mais ne s'y intéressent que lorsque les informations diffusées dans le bulletin les dérangent. Ainsi, suite à la publication de la Lettre du CEDIM de décembre 2005 (n°26), le CEDIM a reçu la visite d'un représentant d'une firme pharmaceutique. Nous vous relatons cette rencontre.**

**L**a promotion de l'usage rationnel du médicament est aujourd'hui plus qu'indispensable. Dans un pays où la pharmacovigilance n'est pas organisée, l'information sur les retraits des médicaments se pose avec acuité. Il n'est pas rare que les informations diffusées par les bulletins indépendant de l'industrie pharmaceutique heurtent l'intérêt de cette dernière.

La visite d'un représentant de firme pharmaceutique au CEDIM n'est pas nouvelle. C'est un non évènement. Le 02 février 2006, nous avons tenu une conversation avec le délégué médical de la firme qui commercialise Perfalgan°. X étant le visiteur, Y le CEDIM, suivez plutôt :

**X :** Je veux les adresses électroniques de tous les membres du comité de rédaction pour leur envoyer quelque chose.

**Y :** Ah non monsieur, si vous avez quelque chose pour le bulletin, adressez-vous au CEDIM !

**X :** Puis-je vous voir une minute ?

**Y :** OK, venez dans le bureau.

C'est ainsi que le visiteur médical raconte ses difficultés à promouvoir Perfalgan° (paracétamol injectable), un médicament dont il a été question dans le précédent numéro. Selon lui, le personnel soignant refuse de prescrire ce médicament suite à un article paru dans la lettre du CEDIM.

**Y :** Avez-vous quelque chose à reprocher à l'article ?

**X :** Non ! Ce que vous avez dit est vrai et juste. Il y avait une autre information. J'ai d'abord cru que la faute venait de Paris, mais finalement ce sont plutôt les autorités locales de réglementation qui n'ont pas diffusé le message. En fait, les lots de Perfalgan° concernés par le retrait ne sont pas vendus au Burkina Faso. Cette décision de retrait n'affecte en rien le marché burkinabé. (Il remet une copie d'un fax envoyé de France au Ministère de la santé du Burkina Faso, pour appuyer son argumentation).

**Y :** D'accord, au vu du document que vous tenez, nous allons passer l'information supplémentaire dans la prochaine LDC.

Cette conversation nous autorise à dire officiellement que selon la firme responsable de la commercialisation au Burkina Faso de Perfalgan° 10mg/ml, solution pour perfusion, flacon de 100 ml, les lots retirés du marché en septembre et octobre 2005 étaient exclusivement destinés au marché français. Les lots expédiés au Burkina Faso ne sont donc pas concernés par ces rappels de lots.

Nous sommes quelque part satisfaits. Non pas parce que des soignants sont

réticents à prescrire tel ou tel médicament, mais parce que les lecteurs de la Lettre du CEDIM nous font confiance. Ils lisent et appliquent ce que nous écrivons. Les patients pourront être de mieux en mieux soignés si l'élan se poursuit et gagne un plus grand nombre de soignants. C'est ce que nous souhaitons.

La Lettre du CEDIM, comme les autres bulletins indépendant de l'industrie pharmaceutique, promeut l'usage rationnel du médicament, c'est-à-dire la prescription et la dispensation adéquates des médicaments, dans l'optique d'améliorer la qualité des soins. Nous n'avons aucune intention de nuire à qui que ce soit. Nous considérons l'industrie pharmaceutique comme un acteur important du système de santé parce qu'elle met sur le marché des médicaments, dont certains sont indispensables. Nous louons cet effort car sans ses médicaments essentiels, la santé dans le monde ira certainement moins bien.

Cependant, nous demandons aux firmes de toujours dire la vérité sur ce qu'elle sait des médicaments qu'elle commercialise. Notre réflexion étant centrée sur le patient, nous évaluons les médicaments que les firmes pharmaceutiques mettent sur le marché, nous publions des

informations qui peuvent aider les soignants, et parfois, nous faisons savoir nos inquiétudes à cette industrie pharmaceutique (abus d'utilisation du placebo (a) dans les essais cliniques, insuffisance de pertinence de nombreux essais cliniques, etc.).

Chacun fait son travail. Les bulletins indépendant de l'industrie pharmaceutique doivent apporter l'information utile aux soignants.

Les sources que nous avons consultées (pour la rédaction de l'article discuté) ne précisent pas vers quelles destinations sont commercialisés les lots retirés. Nous n'inventons rien. Et qui sait, nos pays bénéficient souvent de dons de médicaments, de toutes sortes d'associations diluées dans toute l'Europe. On ne saura prévoir d'où proviennent les médicaments, quels sont les destinataires et que contiennent les cartons de ces dons ! Nos frontières sont poreuses et manquent de compétence pour le contrôle des médicaments qui entrent. Il faut rester tout de même prudent. Ouvrons l'œil, et le bon !

Cet incident interpelle à plus de collaboration entre services techniques du ministère de la santé n

### La Rédaction

a- Le placebo est une préparation dépourvue de tout principe actif et ne contenant que des substances inertes. Son utilisation vise à juger l'action réelle du médicament en éliminant le facteur psychologique.

## NOUVELLES ACQUISITIONS DOCUMENTAIRES

Le CEDIM met régulièrement à jour sa bibliothèque. De nouveaux ouvrages et de nouvelles revues viennent ainsi étoffer la documentation déjà existante. Dans le cadre de la collaboration entre bulletins indépendants (ISDB), le CEDIM bénéficie à titre gratuit, d'un bulletin américain et de deux revues australiennes.

Pour 2006, nous avons choisi d'ajouter à notre liste de commande habituelle, une revue canadienne. Nous avons en projet l'obtention d'un bulletin japonais (en anglais). Les bulletins indépendants sud-américains que nous connaissons sont en portugais ou espagnol. Malheureusement, le personnel du CEDIM ne sait pas décrypter ces langues. Nous n'avons pas trouvé non plus une personne qui puisse nous aider.

La recherche d'une telle diversité de publication vise à obtenir une large vue des problèmes de santé dans le monde. Elle permet également de voir comment les autres professionnels de santé analysent les différentes situations qui se présentent et quelle interprétation les confrères donnent aux problèmes posés. Cela peut nous aider à mieux comprendre, analyser les situations propres à notre contexte et à diffuser une information indépendante; car l'indépendance, c'est aussi quand on dépend de plusieurs sources non complices.

Dans la liste ci-dessous, les premiers nombres désignent le volume et les nombres entre parenthèses désignent les numéros des revues.

- Annals of Internal Medicine 144 (4)
- British Medical Journal 332 (7535, 7538, 7539)
- Family Physician Canadian 52 (144 et 145)
- Hepato –Gastro 12 (5 et 6)
- Lancet 366 (9480 et 9481 ; 9489 à 9494; 9496 à 9503) ; 367 (9504, 9505, 9508)
- La Lettre du pharmacologue 19 (3 et 4, avec supplément)
- Médecine Thérapeutique 11 (4)
- Nouvelles Pharmaceutiques (311, 312, 313)
- Pharmactuel 21 (2, 3, 5, 6)
- La Revue du Praticien (monographie) 56 (2, 6)
- La Revue Prescrire 26 (268, 269 Cd-rom intégrale prescrire février 2006, version PC)
- Revue Médicale Suisse 2 (53, 54)
- WHO Pharmaceuticals Newsletter 2005 (1, 4, 6 à 12)
- World Drug Information 19 (1 à 3)
- Dossier du CNIMH XXVI (4, 5).
- CD-rom dictionnaire Vidal 2006

## RENFORCEMENT DE L'EFFECTIF DU CEDIM

Le CEDIM a bénéficié de l'affectation d'un pharmacien qui devrait prendre service ce début du mois d'avril. Ce nouvel agent devrait étoffer l'effectif du centre. Ce qui pourrait permettre d'améliorer les lacunes du bulletin. Nous avons obtenu de nos supérieurs hiérarchiques, la promesse d'affectation d'un agent paramédical. La majorité des textes de la Lettre du CEDIM s'adresse aux soignants qui pour leur majorité au Burkina Faso, sont le personnel paramédical. Un personnel paramédical au CEDIM sera pour

nous, la référence pour le niveau des articles rédigés. Tout agent de cette catégorie, voulant travailler au CEDIM peut nous envoyer un mail. Notre choix porte sur des agents ayant une longue expérience clinique, surtout dans le milieu rural.

## NOUVELLE PRESENTATION DE LA LETTRE DU CEDIM

Au cours de l'année 2005, le CEDIM a refondu son bulletin selon la vision stratégique du comité de rédaction. Ceci pour l'adapter aux besoins des lecteurs.

Ainsi, le bulletin est ramené à un format standard de 16 pages par numéro et divisé en 7 rubriques constantes. Le choix d'une technique d'information basée sur des textes courts, très informatifs (l'essentiel d'un sujet est traité en 2 à 3 pages), une police et un caractère qui invitent à la lecture, un logiciel de mise en page qui donne une apparence moderne au bulletin et des insertions d'images photographiques adaptées aux réalités du Burkina, ont pour objectif de rendre le bulletin plus attrayant et un document de référence.

Au comité de lecture formé essentiellement de nationaux, le CEDIM a inclus d'autres spécialistes africains, européens et américains. Ce qui améliore les critiques constructives et donne du coup une meilleure crédibilité et une internationalisation du bulletin.

Les thèmes abordés sont universels : ce sont les préoccupations du moment au Burkina Faso mais aussi celles des autres pays africains voire de certains pays du monde n