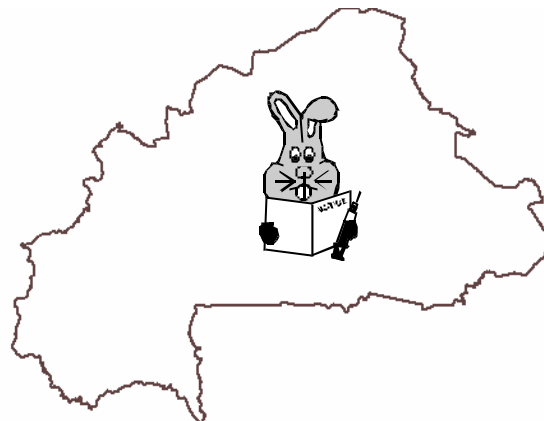


La Lettre du CEDIM

Bulletin d'information pharmacothérapeutique du Burkina Faso

Publication trimestrielle du Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament (CEDIM)

10^{ème} année Volume 8[°] N° 25 - Septembre 2005



SOMMAIRE

EDITORIAL

Résistance aux anti-infectieux :
Changeons nos méthodes de travail 2

ACTUALITES

Penser en DCI est indispensable pour le bon usage
des médicaments 3

La FDA modifie les notices de tous les AINS
pour les adapter aux risques cardiovasculaires 4

LE MEDICAMENT

Paludisme 2^{ème} partie : Vers un nouveau
protocole de prise en charge 5

PATHOLOGIE

Pour une meilleure connaissance
de l'otite moyenne aigue de l'enfant 7

SAVOIRS ET PRATIQUES

Les bonnes sources documentaires
qu'il faut absolument avoir 11

Ne pas confondre antiseptiques,
désinfectants et détergents 13

FORUM

Dépistage du VIH, pourquoi est-il important
de connaître son statut sérologique ? 15

LA PAGE DU CEDIM

Participez au contrôle
de qualité de votre bulletin 16



Ne confondons pas Antiseptiques,
détergents et désinfectants

La Lettre du CEDIM
10^{ème} année, Volume 8
n°25, Septembre 2005

Comité de rédaction

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

Equipe du CEDIM

Dr Clotaire Nanga
 Thérèse Diallo
 Kadiatou Zerbo
 Claudine Tougma

Rédacteur en chef, conception et mise en page : Dr Clotaire Nanga

Relecteurs pour ce numéro

T. Diallo, G. Bardelay (LRP) ; Florence Vandeveld (LRP) ; Jean Eric Ouédraogo (PNLP) ; J. Kintéga ; R. semdé ; P. Guissou ; H. Saissi (CHU Bretonneau, Tours) ; A. Koumaré (DGPML) ; P. Zabsonré ; S. Hardy (LRP) ; B. Sondo ; H. Cissoko (CHU Bretonneau, Tours) ; Ouoba K (CHU-YO) JF Somé (PAMAC) ; G. Onadja (CMLS)

Appui technique et financier

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

Adresse

La Lettre du CEDIM
737, Avenue Kumda Yoonré, secteur 03
 03 B.P. 7009 Ouagadougou 03
 Tél. : (+226) 50 32 46 59
 Fax : (+226) 50 30 34 32
 mail : cedim@cenatrin.bf
 Burkina Faso

Impression

PANAP - BURKINA
 Ouagadougou - Burkina Faso

Dans toutes nos publications, LDC désignera La Lettre du CEDIM, marque de signature collective.



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

Résistance aux antibiotiques, aux antiseptiques, aux antipaludéens... La lutte contre le développement des résistances aux médicaments est une guerre impliquant tous les agents de santé comme du temps des braves batailles de cavalerie. L'état actuel de la résistance aux anti-infectieux est plus qu'alarmant. C'est malheureusement le revers du grand succès des antibiotiques dans les années 1960 et 1970. Les anti-infectieux ont modifié le pronostic des infections, autrefois inéluctablement fatales. Ce qui a permis d'allonger l'espérance de vie globale, même si plus d'un milliard de personnes n'ont pas encore accès à ces médicaments miracles.

Les pratiques médicales des années 1960 et 1970 étaient le "tout antibiotique" : on les prescrivait même pour le confort et pour le réconfort des patients. La guerre préventive (la prophylaxie antibiotique) a été inventée, usée et abusée.

L'ennemi a subi des pertes très importantes, et il a perdu beaucoup de batailles. Mais il n'a pas encore perdu la guerre. Pire, il commence à enregistrer des victoires car ses stratèges travaillent à trouver une solution, afin de riposter aux attaques chirurgicales visant à éliminer uniquement les germes incriminés, avec un minimum de dommages collatéraux.

De la guerre éclair (un traitement de 6 à 10 jours en général, voire minute pour les infections urinaires), on est passé dans beaucoup de

RESISTANCE AUX ANTI-INFECTIEUX

cas, à une guerre d'épuisement caractérisée par des attaques et contre-attaques, avec l'utilisation de tous les moyens disponibles pour agresser l'ennemi à plusieurs niveaux, paralyser ses troupes et apporter le coup fatal. Malheureusement sans grand succès dans certains cas. Ceci est très bien illustré par la guerre contre le VIH où on utilise des associations d'antirétroviraux qui attaquent des points différents du virus mais à chaque attaque celui-ci répond par une mutation génétique. Ce qui fait qu'à chaque fois l'ennemi devient plus fort.

La situation actuelle était attendue et même annoncée dans les années 1950 avec la découverte des premières souches de staphylocoques résistants à la pénicilline G.

Face à cet état de fait, on peut encore agir. Pour les bactéries et les parasites, on peut limiter la propagation des résistances en changeant ou en améliorant nos méthodes de travail. Pour ce faire, il faut une politique nationale du bon usage des anti-infectieux chez l'humain et chez l'animal, car l'usage intempestif des anti-infectieux chez l'animal est à l'origine de catastrophes épidémiologiques désastreuses. Le développement des résistances peut commencer par là.

Dans les formations sanitaires, il faut rationaliser sans délai, la prescription des antibiotiques et aboutir à des protocoles thérapeutiques. Pour cela, des comités du médicament doivent être mis en place et leur fonctionnalité assurée.

Enfin, dans les structures de dispensation des médicaments, il faut exiger une ordonnance pour tous les médicaments soumis à prescription, particulièrement les anti-infectieux. Il ne devrait plus exister une automédication avec des antibiotiques ■

La Rédaction

DCI : pour un bon usage des médicaments

Penser en DCI (Dénomination Commune Internationale) est indispensable pour le bon usage des médicaments.

Dans son éditorial de mai, la revue *Prescrire* rappelle la priorité des soignants : des soins de qualité, et la meilleure balance bénéfices-risques possible des prescriptions pour le patient. La DCI ou Dénomination Commune Internationale est une clé de voûte incontournable pour le bon usage du médicament. La DCI désigne la substance propre du médicament, sous une appellation scientifique et internationale. Penser en DCI est indispensable pour savoir vraiment ce que l'on prescrit, conseille, dispense et consomme. En abordant les médicaments par leur composition en DCI, on est conduit à s'interroger sur les différentes formes galéniques, les dosages, les conditionnements, la facilité d'utilisation et la clarté des notices. Par l'implication de chacun dans l'utilisation de la DCI, c'est-à-dire le vrai nom du médicament, tous les aspects thérapeutiques et non thérapeutiques (logiques industrielles et commerciales, etc.) des médicaments apparaissent, et chacun est amené à les analyser. La Lettre du CEDIM recommande l'utilisation systématique de la DCI, dans le but d'une amélioration de la qualité des soins, la plus bénéfique possible pour le patient ■

Diabète de type 2 : dédramatiser le recours à l'insuline

Un traitement par insuline peut devenir nécessaire chez certains diabétiques de type 2 mal équilibrés, pour éviter l'hyperglycémie et ses complications. Sa mise en route est d'autant mieux acceptée et poursuivie que son utilisation a

été dédramatisée, en informant bien le patient.

Le diabète de type 2 évolue naturellement vers une augmentation de l'hyperglycémie. Lorsque l'hyperglycémie n'est plus maîtrisée (quand l'hémoglobine glyquée (HbA1C) dépasse 8 %) par le traitement hypoglycémiant oral seul, l'association avec une injection d'insuline au coucher est à envisager. Dans son numéro de juin, la revue *Prescrire* montre que la mise en route du traitement insulinaire nécessite des explications et des apprentissages simples, sans hospitalisation. Le traitement, qui associe une injection d'insuline au coucher au traitement antidiabétique oral, est très peu douloureux, et modérément contraignant pour le patient qui réalise lui-même les injections. Les complications de type hypoglycémique sont rarement sévères et peuvent être prévenues quand le patient connaît les circonstances favorisant leur survenue, leurs symptômes, la manière de les prévenir et de les corriger. La dose initiale d'insuline, faible, est adaptée ensuite par autosurveillance du taux de sucre dans le sang le matin à jeun. L'utilisation de stylo pour injection facilite l'injection de l'insuline et réduit le nombre de manipulations. L'adjonction d'insuline n'est ni synonyme de gravité, ni forcément définitive. Après l'avoir essayé, plus de 85 % des patients acceptent de poursuivre le traitement par insuline ■

Examens diagnostiques : les renseignements cliniques améliorent leur interprétation

Lorsque la prescription d'un examen diagnostique est accompagnée de renseignements cliniques, l'interprétation des résultats est améliorée.

Chez certains patients, des examens peuvent être prescrits afin d'établir ou confirmer un

diagnostic. Dans son numéro de juin, la revue *Prescrire* rapporte les résultats d'une synthèse réalisée par une équipe australienne. 16 études ont comparé l'interprétation d'un test diagnostique, selon que le praticien avait ou non des renseignements cliniques sur le patient. De la synthèse de ces 16 études, il ressort que la connaissance des renseignements cliniques a augmenté significativement la proportion de diagnostics exacts, sans effet négatif sur l'interprétation des tests. La revue *Prescrire* conclut qu'accompagner la prescription des examens diagnostiques par des renseignements cliniques améliore leur interprétation ■

BCG : nouveau vaccin, mais toujours en flacon multidoses et à prix doublé

Le vaccin BCG Pasteur° est remplacé par le vaccin BCG SSI°, plus cher et toujours aussi peu adapté aux vaccinations individuelles.

En septembre 2004, la revue *Prescrire* avait rapporté les différentes modifications relatives à la politique vaccinale concernant le BCG en France. Elle avait notamment rappelé l'allègement des obligations vaccinales, ainsi que l'arrêt de la revaccination et des contrôles tuberculiques post-vaccinaux. Dans son numéro de mai, la revue *Prescrire* rapporte le remplacement du vaccin BCG Pasteur° par le vaccin BCG SSI°. Les changements survenus sont multiples : nom commercial différent, modification de la composition du vaccin (souche vaccinale différente), absence de matériel d'injection, doublement du prix du vaccin. La présentation commercialisée reste en flacon multidoses. Comme la solution doit être immédiatement utilisée après reconstitution, un tel flacon est inadapté à une vaccination individuelle. La revue *Prescrire* dénonce les modifications imposées par la firme, sans

justification ni amélioration. S'agit-il de compenser le manque à gagner dû à l'allègement des obligations vaccinales ? Des textes relatifs à l'allègement des obligations vaccinales concernant le BCG sont disponibles sur le site de la revue Prescrire www.prescrire.org (bouton Chercher, mot-clé = BCG) ■

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et risques cardio-vasculaires : la Food and Drug Administration américaine décide d'adapter les notices de tous les AINS, aussi bien COX-2 sélectifs que non-sélectifs

La Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis d'Amérique a annoncé le 15 juin 2005 que les notices américaines de tous les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aussi bien les COX-2 sélectifs que les non-sélectifs, seront adaptées en rapport avec les risques d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral. Plus de détails sur le [site web de la FDA](#). Une récapitulation des faits sur les AINS et les problèmes cardio-vasculaires est parue dans les Folia Pharmacotherapeutica (bulletin belge) de mai 2005.

- Pour les AINS COX-2 sélectifs (célécoxib, étoricoxib, parécoxib, valdécoxib), les autorités européennes de la santé avaient déjà décidé il y a quelques mois d'ajouter dans les notices une information concernant les risques cardio-vasculaires.

- En ce qui concerne les AINS non-sélectifs, il n'est pas encore clairement établi que ceux-ci présentent aussi un risque cardio-vasculaire. Une étude cas-témoins publiée dans le [British Medical Journal](#) du 11 juin 2005 suggère un risque accru d'infarctus du myocarde avec le diclofénac, l'ibuprofène, la naproxène et d'autres AINS non-sélectifs (non spécifiés par la suite). De telles études d'observation permettent

d'avancer des hypothèses, mais n'apportent aucune preuve de causalité. Une analyse risque-bénéfices des AINS non-sélectifs est actuellement en cours au niveau européen ■

Informations collectées sur le site www.Prescrire.org

Valaciclovir en prévention de l'herpès labial : moins de comprimés à ingérer.

L'herpès labial est une affection bénigne, mais la répétition des accès peut être gênante pour les patients. Lorsqu'il est jugé préférable, le traitement préventif de ces récurrences est l'*aciclovir* (400 mg 2 fois par jour). La prévention de ces récurrences a été ajoutée au chapitre "indications" du résumé des caractéristiques (RCP) du *valaciclovir*, un précurseur métabolique de l'*aciclovir*. En pratique, le seul avantage du *valaciclovir* est de simplifier, par une diminution du nombre de comprimés à ingérer, un traitement d'efficacité modérée.

Rev Prescrire 2005 ; 25 (264) : 565-566. ■

Suppression des antibiotiques par voie nasale et oropharyngée (suite).

Dans le cadre d'un programme national et européen pour le bon usage des antibiotiques, l'Agence française des produits de santé (Afssaps) a entrepris depuis plusieurs années une réévaluation de la balance bénéfices-risques des antibiotiques encore commercialisés pour une administration locale dans trois domaines : ORL, ophtalmologie et dermatologie. Des recommandations sont d'ores et déjà disponibles sur le site de l'Agence, visant à limiter l'usage de l'antibiothérapie locale aux quelques situations où elle a un intérêt.

La concrétisation de cette démarche implique aussi l'arrêt de commercialisation des médicaments qui n'ont pas d'efficacité thérapeutique

démontrée et peuvent faire courir des risques aux patients. Mais dès qu'il s'agit de retraits du marché, l'Afssaps avance très lentement. Ainsi, une petite série de 15 arrêts de médicaments contenant un antibiotique local destiné à la voie nasale ou oropharyngée a eu lieu en 2003. Une nouvelle série d'arrêts de commercialisation de 12 spécialités ORL aura lieu à compter du 30 septembre 2005.

En pratique, certaines firmes cessent la commercialisation de leurs spécialités, d'autres en modifient la composition tout en conservant les mêmes noms de spécialités, ce qui ne contribue pas à clarifier les choses.

Le mérite de telles mesures est surtout de provoquer des échanges avec les patients sur la juste place des antibiotiques et sur l'évolution naturelle, favorable, de certaines affections banales.

Afssaps "Recommandations de bonne pratique – Antibiothérapie par voie locale" Mise à jour 24 août 2004 – Site internet <http://afssaps.sante.fr> Afssaps "Lettre aux prescripteurs – Arrêt de commercialisation : arrêt définitif de la commercialisation, à compter du 30 septembre 2005, des antibiotiques administrés par voie nasale et oropharyngée, à la suite de la réévaluation de leur rapport bénéfice-risque" 19 juillet 2005 Rev Prescrire 2005 ; 25 (264) : 578 ■

Association dextropropoxyphène + paracétamol.

Le 28 juillet 2005, l'Agence française des produits de santé a annoncé qu'elle « n'a pas identifié de risque pour la santé publique similaire à celui observé en Suède et au Royaume-Uni » avec l'association dextropropoxyphène + paracétamol (Di-Antalvic° ou autres). Ces spécialités sont donc maintenues sur le marché français malgré leur retrait des marchés britannique et suédois en raison de nombreux décès rapportés à des surdosages, même peu importants et non intentionnels.

Affaire à suivre...

Afssaps "Communiqué de presse" 28 juillet 2005 Rev Prescrire 2005 ; 25 (264) : 580 ■

PALUDISME (2^{ème} partie): le traitement

On entend souvent parler de la crise de paludisme. Cela désigne simplement le fait de tomber malade du paludisme. En février 2005, un atelier de consensus sur le changement de politique de traitement du paludisme a abouti à de nouvelles directives nationales sur la prise en charge du paludisme au Burkina Faso. Il convient de prendre connaissance des éléments essentiels de ces directives.

Pour résumer la situation actuelle du paludisme dans le monde, on retiendra que 4 espèces de parasites, dont une potentiellement mortelle, sont responsables du paludisme. Au moins 20 espèces de vecteurs efficaces (moustiques), sont répandues sur les continents les plus peuplés et les moins développés du monde. Dans ces régions, les médicaments antiparasitaires et les insecticides réellement accessibles ont été employés de façon extensive pendant des décennies au point d'avoir créé des résistances. Le recours à de nouvelles substances et à de nouvelles stratégies s'impose face à l'émergence et à l'extension des résistances aux médicaments antipaludiques classiques.

La résistance à un médicament peut se définir comme l'aptitude d'une souche d'agents infectieux à survivre ou à se multiplier malgré l'administration de ce médicament à la dose habituellement recommandée, mais restant dans les limites de tolérance de l'individu.

Jusqu'à présent, chloroquine ou quinine selon la gravité.

Au Burkina Faso, le paludisme se présente sous deux formes cliniques : le paludisme simple et le paludisme grave.

1. Le paludisme simple.

Selon les documents du Ministère de la santé, le paludisme simple se définit par :

- la présence d'une fièvre (température axillaire de 37,5°C ou plus, "corps chaud" ou antécédent de "corps chaud").
 - une goutte épaisse ou un test de diagnostic rapide (TDR) positifs sans aucun signe de gravité.
- Les symptômes courants, tels les

courbatures, les myalgies, les céphalées, les nausées et vomissements passagers, la diarrhée, les douleurs abdominales, etc. peuvent être présents. Le paludisme simple peut être précocement et correctement pris en charge à domicile. La *chloroquine* ou l'*amodiaquine* sont les médicaments actuellement utilisés première intention.

Posologie recommandée : un total de 25 mg de *chloroquine* ou d'*amodiaquine* par kilogramme de poids corporel répartis en 3 jours ainsi qu'il suit :

- Jour 1 : 10 mg/kg
- Jour 2 : 10 mg/kg
- Jour 3 : 5 mg/kg

La prise doit être unique.

On peut parfois observer une persistance de la fièvre ou une aggravation des signes cliniques après 3 jours de traitement, sans qu'aucune autre pathologie n'ait pu être identifiée. On parle alors d'échec thérapeutique. (Il faut s'assurer que le malade a pris le bon médicament, à la bonne dose, pendant la bonne durée de traitement). Dans ce contexte, il faut changer de médicament en utilisant l'association *sulfadoxine* + *pyriméthamine* (Fansidar^o ou autre) selon le schéma suivant : *Adultes* : 3 comprimés de 500 mg de *sulfadoxine* et 25 mg de *pyriméthamine* en prise unique.

Enfants : 25 mg/kg de *sulfadoxine* et 1,25 mg/kg de *pyriméthamine* en prise unique.

Autant que possible, un examen de laboratoire (goutte épaisse) doit être réalisé avant le changement de médicament.

2. Le paludisme grave, se définit comme étant un cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* avec au moins un des

signes suivants :

- troubles de la conscience ou léthargie ; convulsions répétées ; pâleur intense (anémie sévère) ; prostration (incapable de boire, manger et s'asseoir) ; difficultés respiratoires (respiration profonde) ; état de choc (pouls rapide, extrémités froides) ; urines foncées (ou couleur coca cola) ; ictère ou jaunisse ; saignement anormal ; oligo-anurie (urines rares voire absentes).

Les cas de paludisme grave doivent être pris en charge au sein d'une formation sanitaire. La *quinine* est le médicament de choix pour le traitement du paludisme grave. Elle doit être administrée en IV. En l'absence de matériel de perfusion, la quinine sera administrée en IM.

- Quinine administrée par voie intraveineuse. La posologie recommandée est la suivante :

Enfants : 20 mg/kg de sels de quinine en dose de charge, dilués dans 10 ml/kg de sérum glucosé à 5% (ou dextrose à 4,3% ou sérum à 0,18%) en 2 à 4 heures puis, 12 heures après le début de la dose de charge, donner la 10 mg/kg de sels de *quinine* en dose d'entretien, en perfusion pendant 2 heures toutes les 12 heures jusqu'à ce que le malade puisse prendre le médicament par voie orale. administrer alors des comprimés de *quinine*, 10 mg/kg toutes les 8 heures pour finir le traitement de 7 jours.

Adultes : on donne une dose de charge de 20 mg/kg de sels de *quinine* en perfusion pendant 4 heures. La dose d'entretien sera donnée 8 heures plus tard à raison de 10 mg/kg de sels de quinine toutes les 8 heures jusqu'à ce que le malade puisse prendre le médicament par voie orale. Relayer par voie orale pendant 7 jours.

En cas d'impossibilité de poser

une perfusion, administrer la quinine en IM en 2 points d'injection, à raison de 20 mg/kg de quinine, puis 10 mg/kg toutes les 8 heures. Relayer par la voie orale dès que possible jusqu'à 7 jours. Si le malade avait déjà pris de la quinine dans les 24 heures ou de la méfloquine au cours de la semaine, il convient de réduire la dose de charge à 10 mg/kg de sels de quinine en perfusion dans du soluté glucosé à 5% (10 ml/kg), à passer en 4 heures.

La prévention du paludisme chez la femme enceinte se fait par l'administration d'un traitement complet de chloroquine au 1^{er} contact, puis 300 mg en une prise unique par semaine pendant la durée de la grossesse et 45 jours après l'accouchement.

Un changement de protocole pour prendre en compte les résistances. Plusieurs études, menées au Burkina Faso pour réévaluer l'efficacité des antipaludiques, ont montré des résultats variables : *Plasmodium falciparum* (le parasite responsable de la forme mortelle du paludisme) atteindrait entre 31% et 63% de résistance à la chloroquine et autour de 10% pour l'association sulfadoxine + pyriméthamine. Les résultats pour l'amodiaquine auraient été insuffisants. La littérature scientifique montre que lorsque le taux d'échec aux traitements dépasse 15%, un changement de médicament s'impose.

Face à la résistance élevée des parasites aux antipaludiques usuels, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande aux pays endémiques (dont le Burkina Faso), l'introduction des

combinaisons thérapeutiques contenant les dérivés de l'artémisinine (Artemisinin-based Combination Therapy, ACT en anglais). La stratégie d'emploi des ACT est une utilisation simultanée d'au moins 2 antipaludiques ayant des cibles et des modes d'action différents. Ces médicaments doivent être synergiques, additifs ou complémentaires dans leur action. Ces combinaisons améliorent l'efficacité du traitement et retardent l'apparition de résistances.

Les nouvelles directives nationales recommandent plusieurs associations de médicaments.

a. Traitement du paludisme simple : Selon un atelier de consensus tenu en février 2005, le médicament de 1^{er} choix pour le traitement du paludisme simple au Burkina Faso est désormais l'association artémether+luméfantrine (Coartem* ou autre). Le tableau I présente les posologies recommandées pour cette combinaison en fonction des tranches d'âge ou du poids.

Tableau I : posologie de l'association artémether+luméfantrine dans le traitement du paludisme simple au Burkina Faso

Age (poids)	1 ^{er} jour	2 ^{ème} Jour	3 ^{ème} jour
< 1 an (5 à 9 kg)	1 cp x 2/j	1cp/j	1cp/j
1 à 4 ans (10 à 14 kg)	1 cp x 2/j	1 cp x 2/j	1 cp x 2/j
4 à 8 ans (15 à 24 kg)	2 cp x 2/j	2 cp x 2/j	2 cp x 2/j
8 à 12 ans (25 à 34 kg)	3 cp x 2/j	3 cp x 2/j	3 cp x 2/j
= 12 ans (= 35 kg)	4 cp x 2/j	4 cp x 2/j	4 cp x 2/j

kg = kilogramme ; cp = comprimé ; j = jour

Dosage par cp : artémether : 20 mg, luméfantrine : 120 mg

En cas de non disponibilité, d'allergie ou de contre-indication, l'atelier de consensus a proposé en 2^{ème} intention, une autre combinaison : artésunate + amodiaquine. Les doses recommandées en fonction du poids ou de l'âge sont les suivantes : >>>>

Tableau II: posologie de l'association artésunate + amodiaquine dans le traitement du paludisme simple au Burkina Faso.

Poids (Age)	1 ^{er} jour		2 ^{ème} jour		3 ^{ème} jour	
	artésunate	amodiaquine	artésunate	amodiaquine	artésunate	amodiaquin e
< 10 kg (<1 an)	½ cp	½ cp	½ cp	½ cp	½ cp	½ cp
10 à 20 kg (1 à 7 ans)	½ cp 2 fois	½ cp 2 fois	½ cp 2 fois	½ cp 2 fois	½ cp 2 fois	½ cp 2 fois
21 à 40 kg (7 à 13 ans)	1 cp 2 fois	1 cp 2 fois	1 cp 2 fois	1 cp 2 fois	1 cp 2 fois	1 cp 2 fois
> 40 kg (> 13 ans)	2 cp 2 fois	2 cp 2 fois	2 cp 2 fois	2 cp 2 fois	2 cp 2 fois	2 cp 2 fois

Dosage par cp : artésunate : 50 mg chlorhydrate d'amodiaquine : 200 mg correspondant à 153 mg d'amodiaquine base.
kg = kilogramme ; cp = comprimé

b. Traitement du paludisme grave : selon l'atelier de consensus, le médicament de choix pour le traitement du paludisme grave au Burkina Faso reste la *quinine*. La posologie recommandée est la même que dans le protocole habituel.

En pratique, pour l'instant, ne pas abandonner la chloroquine. Les dérivés de l'artémisinine sont déjà sur le marché burkinabé depuis plus d'une année. Leur coût est prohibitif : Coartem° adultes 5 330 FCFA ; Coartem° enfants, 3 200 FCFA environ). Ils ne sont pour le moment pas à la portée de la majorité de la population. La mise en application du nouveau protocole de traitement du paludisme présenté plus haut va certainement prendre du temps : le temps que tous les médicaments recommandés soient disponibles sur le terrain à un coût acceptable pour tous, et que les professionnels de santé soient formés à la nouvelle stratégie.

On estime à juin 2006, le début de la mise en œuvre effective du nouveau protocole. Pendant ce temps, le paludisme n'attendra pas et continuera de frapper.

Tant que le nouveau protocole n'est pas praticable, il convient de continuer l'ancien protocole, c'est-à-dire traiter les patients avec la *chloroquine* ou

l'*amodiaquine* (seule) en 1^{ère} intention. Au fur et à mesure que les nouvelles combinaisons seront disponibles, la *chloroquine* et l'*amodiaquine* (seules) pourront être délaissées.

Le paludisme aujourd'hui, est le résultat d'une situation sanitaire longtemps négligée. La stratégie utilisant les dérivés de l'artémisinine vise à limiter l'extension des résistances en attendant de trouver d'autres médicaments. Ce sont des antipaludiques efficaces mais leur bon usage doit être rigoureux pour éviter l'apparition rapide des résistances. La *chloroquine* a perdu de son efficacité aujourd'hui parce que jadis utilisée de façon anarchique. Les dispositions doivent être prises pour poser un diagnostic précis avant la prescription des nouveaux antipaludiques ■

Dans la prochaine édition, comment prévenir le paludisme. Il sera également présenté une classification des antipaludiques

Extrait de la documentation CEDIM

- 1- Ministère de la Santé "Directives nationales pour la prise en charge du paludisme au Burkina Faso" mai 2005 : 13 pages.
- 2- Boutin JP et coll. "Epidémiologie du paludisme" *Rev Prat* 2005 ; **55** : 833-840.
- 3- Millet P "Quel avenir pour les antipaludiques ?" *Rev Prat* 2005 ; **55** : 875-879.
- 4- Ministère de la Santé "Rapport de la réunion de consensus national sur le changement de politique de traitement du paludisme. Ouagadougou, 21-23 février 2005" : 29 pages
- 5- Communiqué de presse commun OMS/UNICEF/17 "le premier rapport mondial sur les efforts pour faire reculer le paludisme fait le point des progrès accomplis et des défis à relever" 3 mai 2005 : 3 pages.
- 6- <http://medecinotropicale.free.fr/cours/paludisme.htm> Site visité pour la dernière fois le 27/04/2005
- 7- "Antimalarials" In : "Martindale The complete drug reference" 34th ed, the Pharmaceutical Press, London 2005 : 444-463.
- 8- MSF "ACT now to get malaria treatment that works to Africa" <http://www.accessmed-msf.org/prod/publications> Article imprimé le 18 mai 2004.
- 9- Guigmemdè TR "Problématique de la résistance aux antipaludiques : stratégie de surveillance et dispensation des médicaments à l'officine" conférence prononcée lors du forum pharmaceutique international de Ouagadougou. 24 juin 2004, Burkina Faso.
- 10- Nicholas JW et Joel GB "Paludisme et babesiose". In : Isselbacher et coll. "Médecine interne" 13^{ème} éd, McCraw-Hill, Milan 1995 : 887-895.

LDC

L'OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ENFANT (1^{ÈRE} Partie)

L'otite moyenne aigue est une inflammation de l'oreille moyenne. Cette pathologie ORL assez fréquente dans les régions tropicales, peut être prise en charge facilement dans les formations sanitaires qui peuvent en poser le diagnostic. Une synthèse de la littérature sur la question a été réalisée par la revue Prescrire (France). Elle résume les principales idées-forces en matière de prise en charge de cette pathologie. Cette synthèse est proposée ici au personnel soignant burkinabé.

Généralités sur la maladie, évolution naturelle

Dans les pays développés, l'otite moyenne aiguë de l'enfant est une maladie habituellement bénigne.

L'otite moyenne aiguë de l'enfant est le plus souvent précédée par une infection virale de la muqueuse respiratoire haute. Un virus peut être la seule cause de l'inflammation, mais une surinfection bactérienne est fréquente : le pneumocoque et *Haemophilus influenzae* sont les bactéries les plus souvent rencontrées. Dans le cas général, l'examen clinique n'est pas performant pour établir l'origine microbiologique d'une otite moyenne aiguë de l'enfant. L'évolution habituelle de l'otite moyenne aiguë est rapidement favorable : en l'absence de traitement antibiotique, 60 % des enfants n'ont plus de douleur après 24 heures, 86 % après 48 heures, et 3 à 4 jours après le diagnostic, 95 % des enfants n'ont plus de signe d'otite moyenne aiguë, ni de fièvre, ni d'otalgie, ni d'écoulement de l'oreille. L'évolution est un peu plus lente chez les enfants de moins de 2 ans.

En l'absence de traitement antibiotique, les otites d'évolution prolongée (plus de 3 jours), semblent principalement

dues au streptocoque A, au pneumocoque ou à un virus. 7 % à 10 % des otites moyennes aiguës se présentent avec une perforation spontanée du tympan. Plus de 85 % d'entre elles cicatrisent en moins de 2 semaines. Au décours d'une otite moyenne aiguë, un épanchement isolé persistant dans l'oreille moyenne est fréquent. Il disparaît dans l'immense majorité des cas avant 1 mois et dure rarement au-delà de 3 mois. Les conséquences de cet épanchement persistant sont limitées à une diminution temporaire de l'acuité auditive, sans perturbation notable des acquisitions scolaires, ni du développement du langage.

Chez l'enfant, les facteurs de risque de survenue d'une otite moyenne aiguë sont : les antécédents familiaux d'otite moyenne aiguë, la vie en collectivité d'enfants, la présence d'au moins un autre enfant à la maison, l'utilisation d'une sucette (tétine de succion). Une étude a montré qu'il existe une forte composante génétique dans la propension à avoir des otites moyennes aiguës. L'hypothèse de particularités anatomiques, trompes d'Eustache courtes par exemple, a été avancée pour expliquer ce caractère héréditaire. Pour ce qui est du

tabagisme des parents, les données sont contradictoires. Un lien a été mis en évidence entre le tabagisme passif lorsqu'il fait suite à un tabagisme maternel durant la grossesse et l'incidence des otites. À l'opposé, l'allaitement maternel durant au moins 3 mois paraît être un facteur protecteur de survenue d'otite moyenne aiguë. Les principaux facteurs de risque de récurrence d'otite moyenne aiguë de l'enfant sont : un premier épisode avant l'âge de 1 an, des récurrences dès la première année de vie, un allaitement au lait artificiel. Des antécédents d'otite moyenne aiguë chez les frères ou sœurs semblent accroître le risque de récurrence, mais les antécédents chez les parents n'ont pas été corrélés à ce risque. La trisomie 21, l'existence d'une fente palatine et l'immunodépression favorisent les récurrences d'otite moyenne aiguë. Le risque de récurrence d'otite moyenne aiguë diminue spontanément avec l'âge, en particulier après l'âge de 16 mois.

Les critères de diagnostic, le diagnostic différentiel

L'otite moyenne aiguë de l'enfant est une inflammation de la cavité de l'oreille moyenne associée à un épanchement et à des signes de survenue rapide suggérant le caractère aigu :otalgie (qui se

traduit par une irritabilité et des pleurs chez le nourrisson), accompagnée de signes généraux (fièvre, anorexie, asthénie). Les autres symptômes associés de manière statistiquement significative à la présence d'une otite moyenne aiguë sont le frottement de l'oreille par l'enfant et les pleurs excessifs. En cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant de plus de 2 ans, une sensation d'oreille bouchée ou une diminution de l'audition sont peu fréquentes. Les signes digestifs (diarrhées, vomissements) ne sont pas plus fréquents en cas d'otite moyenne aiguë qu'en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans otite.

L'impression des parents sur la présence ou l'absence d'otite mérite d'être prise en compte car elle est souvent juste.

Le diagnostic d'otite moyenne aiguë peut être confirmé par l'examen otoscopique qui montre alors soit une perforation récente du tympan avec issue de pus, soit une inflammation avec bombement du tympan, soit un tympan nettement plus rouge d'un côté que de l'autre, soit un tympan rouge avec douleur, soit des lésions bulleuses sur le tympan. La confirmation otoscopique du diagnostic d'otite moyenne aiguë nécessite une bonne visibilité du tympan qui dépend, entre autres, de l'entretien du matériel d'otoscopie. Cet examen nécessite parfois l'extraction de cérumen que l'enfant supporte souvent mal ; des accidents sont possibles.

Les objectifs de la prise en charge et les critères d'intervention

L'évolution clinique étant favorable dans la majorité des cas en moins de 48 heures, le traitement cherche surtout à soulager la fièvre et la douleur, qui rendent l'enfant irritable.

Les situations où une antibiothérapie d'emblée paraît justifiée en cas d'otite moyenne aiguë sont relativement bien cernées : nourrissons de moins de 6 mois, intensité majeure des symptômes, terrain particulier favorisant les complications infectieuses (trisomie 21, fente palatine ou autre malformation de la face, immunodépression, antécédent de mastoïdite), absence d'évolution favorable après quelques jours, aspect de l'enfant évoquant une infection sévère. Dans ce dernier cas, la présence d'une otite moyenne aiguë ne doit pas arrêter la recherche d'autres infections (méningite, septicémie, pneumopathie, infection urinaire, etc.). Dans les autres cas, les données de l'évaluation concernant l'évolution naturelle de l'otite moyenne aiguë, le risque de complications infectieuses et le risque de récurrences ne justifient pas un traitement antibiotique systématique et précoce de toute otite moyenne aiguë.

Le choix des traitements ; nature et degré de leur efficacité

Le *paracétamol* est le traitement symptomatique antalgique de référence. La dose maximale recommandée pour le *paracétamol* est de 60 mg/kg/

jour, répartie en 4 prises de 15 mg/kg. La voie orale est à privilégier, car elle permet une concentration plasmatique optimale plus rapide qu'avec la voie rectale et pour des doses administrées inférieures. Aucun anti-inflammatoire non stéroïdien n'a une efficacité démontrée supérieure à celle du *paracétamol*, pour lequel on dispose d'un long recul d'utilisation. En cas d'effet insuffisant ou trop fugace du *paracétamol*, ou en cas de contre-indication, l'*ibuprofène* est l'anti-inflammatoire non stéroïdien pour lequel on dispose du plus grand recul d'utilisation, à la posologie de 30 mg/kg/jour en 3 prises. Les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens ont une évaluation clinique beaucoup plus limitée que l'*ibuprofène* dans le traitement de l'otite moyenne aiguë de l'enfant.

Aucune donnée publiée ne permet de justifier l'utilisation de corticoïdes par voie générale comme traitement adjuvant des otites moyennes aiguës. Leur utilisation dans cette indication est déconseillée par divers guides de pratique. Aucun traitement à visée décongestionnante, ni aucun antihistaminique, ni leur association n'apporte un bénéfice clinique en cas d'otite moyenne aiguë chez l'enfant. Les solutions auriculaires à visée antalgique ne sont pas assez évaluées pour en recommander l'utilisation. Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la paracentèse tympanique à visée curative, ni en première ligne, ni en deuxième ligne. La

paracétèse n'a pas non plus d'intérêt démontré en traitement de première ligne de la douleur. Elle peut être justifiée par l'intérêt d'effectuer un prélèvement, en cas de douleurs intenses non calmées par les antalgiques ou en cas de tympan très bombant. Chez l'enfant sans risque particulier de complication, l'antibiothérapie n'a pas d'effet sur le risque de récurrence d'otite moyenne aiguë de l'enfant, ni sur l'audition de l'enfant à moyen terme, ni sur les complications. Le seul résultat démontré de l'antibiothérapie est une réduction marginale de la durée de la douleur : administration d'environ 2 doses d'antalgique en moins. La prévention des mastoïdites ne paraît pas garantie par la prescription systématique d'un traitement antibiotique en cas d'otite moyenne aiguë. Retarder la décision d'antibiothérapie d'environ 48 à 72 heures permet d'éviter l'antibiothérapie pour la majorité des enfants, et limite le développement de bactéries résistantes aux antibiotiques, au prix seulement d'un surcroît faible et passager de douleur chez une petite minorité d'enfants. Cette stratégie a été évaluée par 2 essais comparatifs ; elle est acceptée par la plupart des parents correctement informés. Il n'a pas été retrouvé de données publiées au Burkina Faso. En France, l'*amoxicilline* non associée (70 à 90 mg/kg/jour, en 2 ou 3 prises, durant 5 à 7 jours) semble le meilleur choix, en raison de son activité généralement conservée sur le pneumocoque dit à sensibilité

réduite à la *pénicilline*. De plus, l'*amoxicilline* comporte un risque très faible d'effet indésirable grave, au vu du plus grand recul d'utilisation. Prolonger l'antibiothérapie au-delà de 5 à 7 jours n'offre pas d'avantage important, dans la plupart des cas. Il se peut que pour certains enfants, un traitement plus long soit préférable, par exemple chez les plus jeunes nourrissons, en cas de perforation spontanée, en cas de fièvre intense ou si l'enfant semble très affecté. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, un macrolide ou le *cotrimoxazole* paraissent des alternatives acceptables en première ligne. La *ceftriaxone* est le seul antibiotique injectable ayant l'indication otite moyenne aiguë parmi ses indications, à la posologie de 50 mg/kg/jour en une injection unique. Il peut être utile dans certaines situations exceptionnelles où un traitement par injection intramusculaire unique est préférable, malgré la douleur de l'injection, notamment en cas de problème d'observance ou en cas d'impossibilité d'utilisation de la voie orale.

Il n'est pas démontré que l'ajout d'*acide clavulanique* à l'*amoxicilline* apporte un surcroît d'efficacité clinique tangible, lié à la sensibilité des germes en cause dans l'otite moyenne de l'enfant. En cas de persistance des symptômes sous antibiothérapie de première ligne, le choix d'une antibiothérapie de deuxième ligne se fait selon la clinique et l'antibiothérapie précédente, faute d'essai clinique comparatif spécifique de cette situation.

Dans la prochaine édition, seront présentés, les critères de surveillance, d'alerte et les conditions d'arrêt des traitements ; les contre-indications, les effets indésirables des médicaments cités ; les précautions particulières, la grossesse, l'allaitement, les interactions médicamenteuses, le surdosage, et surtout, ce qu'il faut absolument dire aux parents en cas d'otite moyenne aiguë de l'enfant ■

LDC

Extrait de la documentation CEDIM

- 1- Prescrire Rédaction "otite aiguë : retarder l'antibiothérapie pour en diminuer l'usage" *Rev Prescrire* 2004 ; 24 (251) : 458.
- 2- Prescrire Rédaction "L'otite moyenne aiguë de l'enfant : une infection virale autant que bactérienne" *Rev Prescrire* 2003 ; 23 (237) : 198-200.
- 3- Prescrire Rédaction "L'évolution habituelle de l'otite moyenne est rapidement favorable" *Rev Prescrire* 2003 ; 23, (237) : 201-206.
- 4- Prescrire Rédaction "L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : antibiothérapie, ne pas se tromper d'objectif" *Rev prescrire* 2003 ; 23 (238) : 271-272.
- 5- Prescrire Rédaction "Reconnaître l'otite moyenne aiguë" *Rev Prescrire* 2003, 23 (237) : 195-198.
- 6- Prescrire Rédaction "Otites récidivantes de l'enfant : savoir patienter" *Rev Prescrire* 1997 ; 17 (175) : 526-527.
- 7- Prescrire Rédaction "contre l'otite, l'amoxicilline reste l'antibiotique de référence" *Rev Prescrire* 2003 ; 23 (238) : 273-278.
- 8- Prescrire Rédaction "L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : donner toute la place aux antalgiques non spécifiques" *Rev Prescrire* 2003 ; 23 (238) : 278-281.
- 9- Prescrire Rédaction "L'utilité non démontrée des AINS dans l'otite moyenne aiguë de l'enfant" *Rev Prescrire* 1994 ; 14 (136) : 43-44.
- 10- Prescrire Rédaction "Corticothérapie dans les infections aiguës de la sphère ORL" *Rev Prescrire* 2001 ; 21 (219) : 531-233.
- 11- Prescrire Rédaction "L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : faire face à une évolution prolongée sous antibiothérapie" *Rév Prescrire* 2003 ; 23, (238) : 282-286.
- 12- Prescrire Rédaction "Ceftriaxone et otites chez l'enfant-Rocéphine® enfant et nourrissons" *Rev Precrire* 2000 ; 20 (203) : 85-89.
- 13- Prescrire Rédaction "Pas de gammaglobulines dans les otites" *Rev Prescrire* 1991 ; 10 (106) : 212.

LES SOURCES DOCUMENTAIRES (2^{ÈME} Partie). LES FORMULAIRES DE MÉDICAMENTS : BNF et Répertoire commenté des médicaments

Dans La Lettre du CEDIM de juin 2005, la Rédaction vous a présenté le dictionnaire Vidal. Pour permettre aux praticiens de pouvoir confronter les sources intéressantes de données sur le médicament, il paraît opportun de présenter d'autres documents qui ne sont pas d'usage courant et dont l'obtention ne présente pas de difficultés particulières. Le Formulaire britannique et le Répertoire commenté des médicaments (belge) sont des outils d'une grande utilité en pratique quotidienne.

Le **British National Formulary (BNF)** est le formulaire britannique, présenté en format de poche. Ce document est édité en anglais. Il s'agit d'un document qui aide les professionnels de santé à choisir, à dispenser et à administrer les médicaments dans l'espoir de parvenir au meilleur résultat pour le patient. Selon un érudit de la littérature médicale, c'est l'outil le plus substantiel dans le plus petit volume. Véritable condensé, le BNF reprend les principales informations du Martindale, les dernières recommandations du NICE (National Institut of Clinical Excellence, agence britannique d'évaluation médicale dans les domaines du médicament, des dispositifs médicaux, de la chirurgie, et des stratégies diagnostiques, thérapeutiques et préventives), ainsi que l'information actualisée sur les soins infirmiers. Le BNF est publié conjointement par l'Association Médicale Britannique et la société pharmaceutique royale de la Grande Bretagne sous l'autorité d'un comité de rédaction conjoint.

Le BNF décrit dans une partie introductive, un guide général de prescription selon la réglementation britannique, les effets indésirables des médicaments, certaines situations particulières de prescription comme chez l'enfant, la prescription en soin palliatif ; la prescription chez les personnes âgées, la prescription en pratique dentaire. Quelques indications sont fournies pour la prise en charge des intoxications aiguës ainsi que les

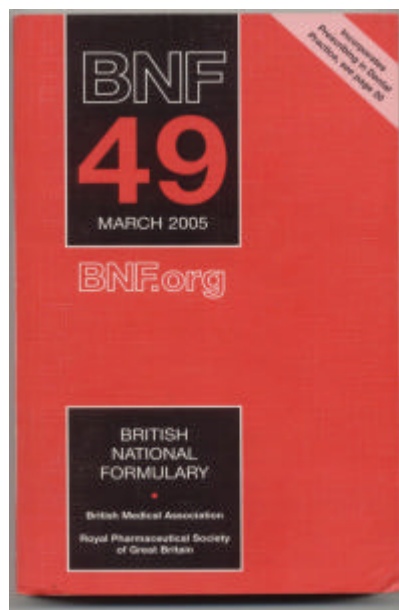
médicaments autorisés ou prohibés au sport. Le BNF est mis à jour tous les 6 mois.

Dans les formulaires thérapeutiques en général, (c'est le cas du BNF), les médicaments ne sont pas classés par ordre alphabétique. L'entrée dans le document se fait par appareil ou système. Pour le BNF, au début de chaque appareil ou système, figure un plan détaillé du chapitre divisé en section. Au début de chaque section, figure des notes qui orientent le lecteur vers une sélection appropriée pour les traitements rationnels. Sont décrites brièvement, les principales pathologies de l'appareil ou du système, et on présente les médicaments en dénomination commune internationale (DCI) et en spécialités pharmaceutiques équivalentes. Le BNF permet de voir en un coup d'œil l'ensemble des médicaments disponibles pour une affection donnée. Ce qui permet d'optimiser le choix du médicament au bénéfice du patient. Le BNF décrit brièvement chaque médicament retenu par le comité conjoint.

Lorsque, sur la base des critères cliniques et pharmacologiques, le choix est difficile à opérer entre deux ou plusieurs médicaments, le prix des médicaments devient un critère essentiel. Le BNF donne une idée des prix des médicaments en Grande Bretagne.

Les informations du BNF sont fournies par l'industrie pharmaceutique mais filtrées grâce à une confrontation minutieuse avec les données de la littérature médicale et pharmaceutique et celles des autorités de régulation.

Les informations contenues dans le BNF sont concises. Il y a peu de détails sur les descriptions des médicaments (excipients, essais cliniques, etc.) Pour les soignants francophones, un minimum de connaissance de la langue anglaise est nécessaire pour l'exploitation judicieuse de ce document. Le BNF peut être consulté gratuitement en ligne à l'adresse : <http://www.bnf.org/>.



Le BNF, édition de mars 2005

Le Répertoire commenté des médicaments (Belgique) est également présenté en format de poche. Ce document est en français. Le Formulaire national des médicaments essentiel du Burkina Faso (1989) était largement inspiré du Répertoire belge. Le Répertoire commenté des médicaments présente dans une "table des matières", l'articulation générale du document. Les médicaments

sont présentés par groupes thérapeutiques : médicaments cardio-vasculaires, médicaments du système gastro-intestinal, etc. A l'intérieur de chaque grand groupe, des subdivisions plus fines permettent de retrouver des médicaments correspondant à des pathologies précises. Le Répertoire commenté des médicaments ne reprend pas les résumés des caractéristiques des spécialités mais situe le médicament et évoque ses avantages et inconvénients. Il commente chaque sous-groupe de pathologies et présente brièvement les médicaments essentiels sous leur dénomination commune internationale (DCI). Dans la présentation du médicament, on retrouve le nom de la firme, la forme galénique (comprimé, gélule, etc.), le dosage de chaque unité thérapeutique, le nombre d'unités par conditionnement, la posologie, le prix ainsi que d'autres dénominations du médicament. Là aussi, les informations sont brèves, comparé au dictionnaire Vidal. Le répertoire commenté se termine par un index alphabétique des principes actifs médicamenteux et de leur nom de marque.

Les informations du Répertoire commenté des médicaments sont obtenues à partir d'une analyse de la littérature prenant en compte des livres généraux et spécialisés de pharmacologie, des revues traitant des questions du médicament, des sources électroniques et des sites web sur le médicament. Les mises à jour sont faites à travers les « folia pharmacothérapeutica » qui sont des fiches mensuelles. Le Répertoire belge peut être consulté gratuitement en ligne à l'adresse suivante : <http://www.cbip.be/> Il faut cependant une inscription préalable qui est

gratuite.

Pour la Pratique, contrairement aux dictionnaires du médicament, ces deux formulaires permettent de choisir les meilleurs médicaments face à une pathologie bien identifiée. Ils permettent de comparer les médicaments. Ils sont d'utilisation pratique, ceci grâce à leur présentation en format de poche et à leur volume modeste.

L'acquisition de ces documents à titre individuel peut poser des soucis financiers. En France, le BNF coûte autour de 53 euros, soit environ 35 000 FCFA, le Répertoire belge coûte un peu moins. Les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU) devraient se les procurer, en quantité suffisante pour les praticiens.

Pour sa part, le CEDIM s'efforce de mettre à la disposition des utilisateurs de la bibliothèque, les meilleurs outils, avec des mises à jour régulières. Les soignants sont invités à consulter régulièrement cette structure pour toute requête d'information.

Dans le prochain numéro, il sera présenté les sources documentaires de référence sur le médicament : le Martindale et la revue Prescrire, deux encyclopédies du médicament ■

LDC

Extrait de la documentation CEDIM

- 1- British Medical Association "British national Formulary" Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London March 2005 ; (49) : 902.
- 2- "Répertoire commenté des médicaments 2004" 17^{ème} éd, Centre belge d'information pharmacothérapeutique, Bruxelles 2004 : 395.
- 3- <http://www.bnf.org/> visité le 20 juin 2005
- 4- <http://www.cbip.be/> visité le 20 juin 2005
- 5- "Répertoire commenté des médicaments 2001" 15^{ème} éd, Centre belge d'information pharmacothérapeutique, Bruxelles 2001 : 376.
- 6- "Répertoire commenté des médicaments 2005" 18^{ème} éd, Centre belge d'information pharmacothérapeutique, Bruxelles 2005 : 426.
- 7- Prescrire Rédaction "se documenter pour mieux soigner" rev Prescrire 2003 ; 23 (245) (suppl) : 915.
- 8- <http://www.nice.org.uk> site visité le 05 juillet 2005.



Le répertoire belge, édition 2005

ANTISEPTIQUES, DÉSINFECTANTS ET DÉTERGENTS : NE PAS CONFONDRE !

L'éducation à l'hygiène individuelle et collective est une stratégie importante pour la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies infectieuses. Différents produits sont utilisés aussi bien à domicile que dans les formations sanitaires pour éliminer des sources potentielles de maladies. Désinfectants, antiseptiques et détergents font partie de ces produits. Ces termes ne sont pas synonymes. Connaître les différences entre ceux-ci peut aider à mieux utiliser ces produits.

En 1981, l'Association française de normalisation (AFNOR) a défini, dans une norme, deux groupes de produits différents : les désinfectants et les antiseptiques (a). Les désinfectants et les antiseptiques sont des produits ou procédés qui ont en commun la capacité d'inactiver ou de tuer les microorganismes, de façon momentanée, car il n'existe pas de protection de la surface traitée contre une nouvelle contamination. Une norme AFNOR distingue les antiseptiques, destinés aux tissus vivants, et les désinfectants, destinés aux milieux inertes (2). Du fait de l'harmonisation européenne de la réglementation et des normes, la différenciation évolue vers la prise en compte du statut de ces produits et/ou de leur destination :

- pour les antiseptiques, destinés à l'antisepsie de la peau saine, des muqueuses, des plaies, etc., statut de médicament (b) ;

- pour les désinfectants de dispositifs médicaux, statut de dispositifs médicaux (c) ;

- pour les autres désinfectants (produits pour la désinfection des sols et des surfaces inertes, produits d'hygiène corporelle pour l'Homme destinés à être appliqués sur la peau saine, etc.), progressivement statut de produits biocides.

Par souci de clarté, et en attendant l'harmonisation des définitions (d), nous avons adopté la terminologie suivante :

- "antiseptiques", pour désigner les médicaments destinés à l'antisepsie des tissus vivants (peau saine, muqueuses, etc.),

- "désinfectants", pour les produits destinés aux surfaces inertes (désinfectants pour dispositifs médicaux et désinfectants pour sols et surfaces) ;

- "produits pour l'antisepsie des mains" pour ceux spécifiquement destinés à cet usage.

Plusieurs classifications des désinfectants

Les désinfectants peuvent être

classés de différentes façons :

- en fonction de leur destination ; c'est le critère de choix principal.

L'usage envisagé détermine le niveau de désinfection requis et donc le type de désinfectant à utiliser (5). On distingue notamment les désinfectants pour les sols, pour les surfaces diverses ou pour les dispositifs médicaux ;

- en fonction de leur activité antimicrobienne ; la première propriété demandée est, généralement, la bactéricidie ; le désinfectant peut en outre présenter des caractéristiques supplémentaires, à savoir, par niveau de désinfection croissant : fongicide, virucide, "tuberculocidie", "mycobactéricidie", sporicidie (e, f) (5). Le temps de contact avec la surface à désinfecter peut varier, pour un même produit, selon le type de microorganismes que l'on cherche à éliminer ;

- en fonction de leur nature chimique ; ce n'est pas le critère principal qui guide le choix, d'autant que la composition d'un désinfectant est souvent complexe. Il peut s'agir néanmoins d'un point de repère utile. Ainsi, à titre d'exemples : les ammoniums quaternaires sont considérés comme des produits pour la désinfection de "bas niveau" ; le glutaraldéhyde en solution à 2 % pour la désinfection de "haut niveau". La composition chimique peut en outre orienter sur les risques de toxicité, les incompatibilités avec les matériaux à désinfecter et les conditions de conservation

Désinfecter n'est pas stériliser.

La stérilisation se distingue de la désinfection par deux caractéristiques :

- le niveau d'exigence microbiologique à obtenir grâce à la stérilisation est supérieur à celui d'une désinfection de "haut niveau" (g) ; les désinfectants ne sont pas des agents stérilisants

(8,10) ;

- l'état stérile peut durer un certain temps, grâce à un conditionnement adapté, présent dès l'étape de stérilisation et qui permet d'éviter la re-contamination.

Les détergents sont destinés au nettoyage

La définition des détergents (ou "nettoyants") figure dans une norme AFNOR dédiée au vocabulaire concernant, notamment, le nettoyage des textiles (h) (5,11). Les détergents se cachent sous des appellations familières : savons, lessives, nettoyants pour les sols, les surfaces ou les dispositifs médicaux, etc. La composition des détergents est spécialement étudiée pour détacher les salissures (souillures) de leur substrat, et les mettre en solution ou les disperser dans la phase liquide (11). Du point de vue physicochimique, les détergents contiennent des agents de surface (tensioactifs) qui vont permettre l'enlèvement des salissures et des microorganismes qu'elles renferment. Ce n'est pas une action bactéricide qui est recherchée mais une action nettoyante (10). Il n'existe pas actuellement de norme de référence permettant de définir le pouvoir détergent d'un produit commercialisé comme tel (10).

2 en 1 : les détergents-désinfectants.

Les détergents-désinfectants sont des produits dont la composition conduit à la double propriété : détergent + désinfectant. Il existe des détergents-désinfectants pour le lavage des sols et des surfaces. Leur pouvoir nettoyant est en général inférieur à celui d'un produit détergent seul (10). Il existe aussi des détergents-désinfectants destinés au trempage pré-désinfectant ("décontamination" ou pré-désinfection"), avant nettoyage, des dispositifs médicaux réutilisables.

Employer le bon vocabulaire

Produit ou procédé	Détergent	Antiseptique	Produit pour l'antiseptie des mains	Désinfectant	Sterilisation
Objectif	nettoyer	inhiber ou tuer les microorganismes (dont les virus)	inhiber ou tuer les microorganismes (dont les virus)	inhiber ou tuer les microorganismes (dont les virus)	inhiber ou tuer les microorganismes (dont les virus)
Destination	Surfaces inertes ou tissus vivants	Peau saines, muqueuses, plaies etc.	Peau saine	Surfaces inertes	Surfaces inertes
Résultat	momentane	momentane	momentane	momentane	Durable si conditionnement
Statut (France)	Pas de statut particulier sauf exception	Médicament	Médicament ou produit biocide	Dispositif médical ou produit biocide	

1- Tableau réalisé à partir des références 1 à 10 du texte et tenant compte des conventions de vocabulaire adoptées par la Rédaction de la revue Prescrire.

2- La durée de l'état de stérilité dépend notamment de la qualité de l'emballage et des conditions de stockage (d'après la référence 10 ci-dessous).

3- Depuis le 27 octobre 1975, des arrêtés publient régulièrement, en France, les listes de matières premières dont l'usage est autorisé notamment pour le nettoyage et la désinfection du matériel pouvant être au contact des denrées alimentaires. Ces listes seront remplacées à terme par la réglementation européenne sur les biocides (d'après la référence 10 ci-dessous).

Notes

a- Les normes françaises, identifiées par les lettres "NF", sont éditées par l'Association française de normalisation (AFNOR, Tour Europe, 92049 Paris La Défense Cedex ; site internet : <http://www.afnor.fr>).

b- La Pharmacopée française définit les "préparations antiseptiques" qui « sont des préparations ayant la propriété d'éliminer ou de tuer les microorganismes ou d'inactiver les virus sur des tissus vivants (peau saine, muqueuses, plaies) » (réf. 9). Compte-tenu des limites de notre propos dans ce Supplément, nous n'abordons pas ici plus en détails les antiseptiques.

c- Les désinfectants pour dispositifs médicaux appartiennent à la classe IIa des dispositifs médicaux, à l'exception des désinfectants pour lentilles de contact, qui font partie de la classe IIb (lire l'encadré "Classification des dispositifs médicaux" page 923) (réf. 4).

d- Selon le Comité européen de normalisation, le terme d'"antiseptie" devrait être réservé au cas où l'opération est destinée au traitement d'une infection constituée ; le terme de "désinfection" à une opération visant à prévenir une infection. On parlerait alors de désinfection de la peau saine, des mains mais d'antiseptie d'une plaie (réf. 8). À suivre.

e- Actuellement, en France, il n'existe pas de méthode normalisée permettant l'étude de l'activité "tuberculocide" ou "mycobactéricide" (contre les mycobactéries atypiques) d'un produit ; mais une norme européenne est en cours d'élaboration (réf. 5). Il n'existe pas non plus de méthode normalisée d'évaluation de l'activité des désinfectants vis-à-vis des protozoaires, tels que les agents de la cryptosporidiose ou de la microsporidiose (réf. 5).

f- La circulaire DGS/DH n°100 du 11 décembre 1995 précise les procédés d'élimination des prions sur le matériel médico-chirurgical ; la soude molaire (1N) et l'hypochlorite de sodium à 6 ° chlorométriques, utilisés selon des modalités précises, sont les substances actives retenues pour l'inactivation chimique des

prions (réf. 12).

g- La stérilisation est un « procédé tendant à l'élimination de toute vie microbienne et des virus » (réf. 2).

h- La détergence est le « processus selon lequel des salissures (souillures) sont détachées de leur substrat et mises en solution ou en dispersion. Au sens ordinaire, la détergence a pour effet le nettoyage des surfaces. (...) » (réf. 11). Un détergent est un « produit dont la composition est spécialement étudiée pour le nettoyage selon un processus mettant en oeuvre les phénomènes de détergence » ; il « comprend des composants essentiels (agents de surfaces) et généralement des composants complémentaires (adjuvants, etc.) » (réf. 11).

Références bibliographiques

1- AFNOR "Recueil normes & réglementation- Antiseptiques et désinfectants" AFNOR, Paris La Défense 1998 : 538 pages.

2- AFNOR "Norme NF T 72-101 : Antiseptiques et désinfectants-Vocabulaire" mars 1981 : 3 pages. In : référence 1 : 115-117.

3- "Les caractéristiques des antiseptiques et désinfectants". In : Dauphin A et Mazin C "Les antiseptiques et les désinfectants" Arnette, Paris 1994 : 17-38.

4- "Livre V bis - Dispositions relatives aux dispositifs médicaux - Art. R. 665-1 à R.665-64". In : "Code de la santé publique" Dalloz, Paris 2000 : 789-824.

5- Conseil supérieur d'hygiène publique de France et Comité technique national des infections nosocomiales "Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux 1998" Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-Secrétariat d'État à la Santé, Paris 1998 : 13-30,38,45-50,69-86,119-125.

6- "Directive 98/8/CE du Parlement

européen et du Conseil du 16 février 1998 concernant la mise sur le marché des produits biocides" *Journal Officiel des Communautés européennes* n° L123 du 24 avril 1998 : 1- 63. In : référence 1 : 49-111.

7- Dumartin C et coll. "Les désinfectants de dispositifs médicaux : marquage CE et normalisation" *RBM Rev Eur Technol Biomed* 1997 ; **19** (7) : 257-261.

8- Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter région Paris-Nord (C.CLIN Paris-Nord) "Antiseptiques et désinfectants" mai 2000 : 5-9,16. Site internet <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>.

9- "Préparations antiseptiques". In : "Pharmacopée française" 10e éd, Ministère de la santé, janvier 1990 : 1-5.

10- Cariou S et coll. "Guide pratique. Décontamination, bionettoyage, désinfection, stérilisation" 4e éd, Masson, Paris 2000 : 1-123.

11- AFNOR "NF EN ISO 862 : Agents de surface-Vocabulaire" Octobre 1995 : 59 pages.

12- "Circulaire DGS/DH n°100 du 11 décembre 1995 relative aux précautions à observer en milieu chirurgical et anatomopathologique face aux risques de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob" *BEH* 1996 ; (7) : 29-33. Résumé dans "Inactivation des prions (suite)" *Rev Prescrire* 1996 ; **16** (166) : 724.

Texte extrait de LA REVUE PRESCRIRE DÉCEMBRE 2000; **20** (212) (SUPPL. RISQUE).

DÉPISTAGE DU VIH : POURQUOI CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE ?

La Lettre du CEDIM réalise une interview avec le Dr Jean François SOME, coordonnateur du PAMAC. Cet entretien vise à convaincre une jeune personne qui ne connaît pas son statut sérologique VIH. Il hésite à faire un test de dépistage tout en se posant des questions sur l'utilité même du résultat pour lui. Quels sont les arguments qui peuvent le convaincre à faire cet examen biologique ? Pourquoi et quand faire un test de dépistage ?

- Dr JF Somé, présentez nous d'abord votre structure et quels sont les objectifs que vous poursuivez ?

Le programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) est un programme multi-donateur du SP/CLNS créé en mars 2003. Il est chargé d'assurer un appui technique et financier aux associations de lutte contre le SIDA. Ce programme a développé cinq projets qui soutiennent aujourd'hui plus de 100 associations et ONG locales dans la lutte contre le SIDA. Notre objectif principal est d'encadrer la participation des communautés à l'effort national de lutte contre le SIDA en contribuant à une coordination plus efficace et à une évaluation de l'action communautaire mais aussi aux financements de leurs actions pertinentes.

- Pour une personne apparemment bien portante, pourquoi faire un test de dépistage VIH ?

Plusieurs arguments peuvent permettre de justifier le test de dépistage chez une personne apparemment bien portante :

-D'abord le Burkina est en situation d'épidémie généralisée. Cette situation fait que le risque d'être contaminé est relativement élevé;

-Ensuite, la phase asymptomatique de séropositivité étant longue,

les individus peuvent avoir des comportements à risque avec des personnes apparemment bien portantes et qui sont pourtant déjà contaminées,

-Enfin, la démarche volontaire de faire son dépistage signifie que l'on a bien compris la nécessité de changer de comportement et cela est utile pour la maîtrise de l'épidémie au Burkina.

- Si on découvre qu'on est séropositif, est-ce que la prise en charge est assurée ? comment bénéficier de cette prise en charge ?

Pendant longtemps, le Burkina a connu des problèmes de prise en charge des personnes dépistées séropositives. Les ARV n'étaient pas disponibles et la prise en charge se limitait à certaines infections opportunistes et au soutien psychosocial organisé par les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis la CISMA organisée au Burkina Faso en 2001, les choses ont évolué. Aujourd'hui, quelques 5000 personnes sont sous traitement ARV et les différents programmes en cours peuvent permettre au Burkina de mettre sous traitement près de 15 000 personnes d'ici 2006. Le programme de prise en charge est géré au niveau national par le Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé (CMLS/Santé).

Plusieurs sites peuvent aujourd'hui mettre les malades sous traitement. Il s'agit des trois hôpitaux universitaires, des CHR, des CMA urbains et bientôt de 21 CMA ruraux.

- Si le test révèle une séronégativité, quelle attitude adopter ?

Les personnes testées séronégatives doivent reprendre leur test au bout de trois mois pour prendre en compte une phase possible de séroconversion qui peut durer trois mois. La démarche du conseil et du test volontaire doit aboutir à un changement de comportement pour soi-même et pour les autres. Autrement, si un individu est séronégatif après son test, nous espérons qu'il va éviter de s'exposer aux mêmes risques ou qu'il aura le bon réflexe de faire son test à la moindre exposition au risque.

- Quand doit-on faire le test ? systématiquement après un rapport sexuel non protégé avec un (e) partenaire de statut sérologique inconnu, ou lorsque seulement on souffre de symptômes évocateurs ?

Il est important que toute personne séro-ignorante cherche à connaître son statut pour adopter des comportements appropriés. Une fois situé, on pourra éventuellement faire le test quand on a pris réellement un risque. Effectivement avoir des rapports sexuels avec une personne séro-ignorante

ou avec quelqu'un qui souffre de symptômes évocateurs est une situation de risque qui nécessite de faire son test de dépistage.

- Si on est apparemment bien portant et que le test révèle une séropositivité, est-ce que cela ne va pas précipiter les manifestations des symptômes ?

Effectivement, certaines personnes apparemment bien portantes, développent rapidement le SIDA après l'annonce de leur résultat. Dans ces situations, on ne peut pas nier l'impact de l'effet de l'annonce du statut sérologique. Mais ce n'est certainement pas la seule cause de cette précipitation vers le stade SIDA maladie. Il existe certainement des facteurs sous-jacents liés à chaque individu et à son environnement socio-économique. D'autre part, il faut comprendre que ce sont des situations suffisamment marginales pour ne pas remettre en cause les effets bénéfiques de connaître précocement son statut sérologique.

- Où peut-on faire ce dépistage ? Est-ce que la confidentialité des résultats est garantie ?

Les centres de dépistage sont disponibles de nos jours. Il existe au total une cinquantaine de centres où l'on peut se faire tester en toute sécurité. Il existe trois types de centres ou sites de dépistage :

- Les centres intégrés au sein des formations sanitaires qui sont >>>

LES NOUVEAUTES DU CEDIM

Health policy and planning n° 4
Prescrire vol. 2005, n° 257 à 263 et supplément n°258
Lancet vol. n°9479, 9480, 9481, 9484
New England Journal of Medicine n° 1,2, 4, 6
Médecine Thérapeutique n°3
Revue Médicale Suisse n°2 à 18, n° 26
Lettre du pharmacologue vol. n°2 supplément du n°1
Folia Pharmacotherapeutica mai 2005; vol. 32 numéro 5.

PARTICIPEZ AU CONTROLE DE QUALITE DE LA LETTRE DU CEDIM

La Lettre du CEDIM est bulletin d'information sur le médicament et la thérapie. C'est un outil de formation continue des professionnels de santé. Elle se doit d'être rigoureuse, fiable et adaptée aux besoins des soignants. *La Lettre du CEDIM* est une publication entièrement financée par le budget national

avec l'appui de l'organisation mondiale de la santé et de la revue *Prescrire*. Elle est indépendante de l'industrie pharmaceutique tant sur le plan intellectuel que financier. Une des garanties de rigueur et de fiabilité des synthèses publiées est la procédure de relecture critique de tous les projets de synthèses. Cette relecture vient en complément du long travail d'élaboration documentaire et rédactionnel du projet d'article réalisé collectivement par la rédaction. Ainsi, chaque projet de synthèse est soumis avant publication à la relecture critique d'un panel pluridisciplinaire de praticiens généralistes, spécialistes, ainsi qu'à des experts du domaine concerné, soit entre 5 et 15 personnes selon les projets. Ces relecteurs peuvent exercer en Afrique ou sur d'autres continents où le contexte épidémiologique diffère. La synthèse finalisée prend en compte les différents avis critiques sollicités dans la mesure où ils sont pertinents et

argumentés.

Au nom de la Rédaction, nous vous proposons de participer à ce processus de relecture critique en analysant des projets de synthèses concernant votre domaine de compétence. Si vous en êtes d'accord, nous vous demandons d'exprimer des critiques sur le contenu des projets de synthèses tant sur le fond (fiabilité, actualité, adaptation à la pratique, etc.) que sur la forme du texte (structure, syntaxe, lisibilité, etc. Sans vous attacher outre mesure aux fautes typographiques). Aucune référence n'est jointe à cet envoi, car il ne vous est pas demandé de faire un contrôle références en main des données présentées dans ce projet.

La fréquence des relectures varie en fonction des thèmes abordés par les synthèses arrivés au stade de relecture critique. Nous veillons à ne pas solliciter trop fréquemment les mêmes relecteurs ■

»» Suite de l'interview

les plus nombreux (autour de 35 centres) et répartis entre CMA et CSPS ainsi que certains services spécialisés tels les services de médecine interne des CHU de Ouaga et Bobo, et les CTA.

- Les centres autonomes gérés par des associations de lutte contre le SIDA (une vingtaine) concentrés dans les grandes villes comme Ouaga, Bobo, Koudougou, Ouahigouya etc.

- En plus de ces activités assurées par des centres fixes, le PAMAC développe des activités de dépistage mobile dans certaines provinces grâce à trois équipes mobiles gérées également par des associations : AAS pour la région du sahel et de l'Est, Vie positive pour la région du centre et du centre sud, et REVS+ pour la région de l'ouest. Nous organisons aussi deux fois

par an, des campagnes nationales de dépistage qui offrent l'occasion aux centres intégrés et aux centres autonomes de travailler ensemble pour offrir les tests à un grand nombre de population.

Pour ce qui est de la qualité des prestations y compris la confidentialité, il ne faut point se faire de soucis. Le développement des centres de dépistage est étroitement contrôlé surtout dans les centres autonomes grâce à notre programme. Il existe des conditions pour être reconnu comme centre de dépistage et tous les acteurs reçoivent une formation dont le contenu a été homologué par le SP/CNLS et l'OMS. De plus, nous organisons régulièrement des contrôles de qualités et des évaluations au niveau de ces centres. Du reste la hausse importante de la

fréquentation de ces centres témoigne de leur crédibilité.

- **Pouvez vous nous donner quelques résultats de votre dernière campagne ?**

Cette campagne s'est déroulée du 9 au 20 avril 2005. Elle a été organisée par le PAMAC en collaboration avec tous les centres de dépistage, le SP/CNLS, les CMLS santé et MESSRS, les organisations de jeunes et grâce au soutien financier du PNUD et l'Ambassade Royale du Danemark. Elle a couvert 263 établissements secondaires publics et privés, universités et écoles professionnelles de formations réparties dans 22 provinces du Burkina. 39 153 élèves, étudiants et enseignants du secondaire et supérieur ont pu être dépistés après un counselling pré et post test

parmi lesquels 47% de femmes et 35% d'hommes.

676 personnes ont été dépistées séropositives dont 51,6% de femmes et 44,8% d'hommes, soit une séroprévalence de 1,7%.

- **Avez-vous d'autres commentaires ?**

La séro-ignorance est une maladie redoutable qui empoisonne la vie de l'individu concerné et met les autres en danger. A l'heure des ARV, chaque Burkinabé doit faire l'effort de connaître son statut sérologique afin de mieux planifier sa vie et permettre une meilleure planification des interventions dans le domaine du VIH/SIDA ■

LDC