

7. RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Les trois registres français des cardiopathies ischémiques participant à MONICA fournissent des informations quantitatives précises concernant le nombre de décès coronariens et de cas annuels d'infarctus du myocarde. Les premiers résultats concernant l'année 1984 devraient pouvoir être disponibles à la fin de l'année 1986 et au début de l'année 1987 pour chacun des trois centres français, rendant possibles la mise en œuvre d'enquêtes prospectives. Outre les données quantitatives et l'étude des variations sur dix ans de la morbidité coronarienne et de leurs facteurs de risque associés, le projet MONICA doit être conçu comme un outil utile pour l'admini-

nistration sanitaire ainsi que pour la recherche épidémiologique et clinique.

Au plan des responsables sanitaires nationaux et régionaux, MONICA permet une mise sous surveillance des cardiopathies ischémiques. C'est également, grâce aux registres, un bon moyen pour évaluer les programmes de prévention de masse mis en œuvre. Pour l'épidémiologiste, des enquêtes prospectives et rétrospectives étiologiques, méthodologiquement fiables, sont possibles sur des échantillons de population.

Enfin, pour le clinicien, MONICA constitue un instrument mis à sa disposition pour évaluer la survie, le pronostic à long terme et l'efficacité des traitements médicamenteux. Des comparaisons géographiques systématiques entre les centres sont également possibles.

SITUATION INTERNATIONALE

ÉMERGENCE ÉPIDÉMIQUE DE PALUDISME A PLASMODIUM FALCIPARUM CHLOROQUINORÉSISTANT À COTONOU, BÉNIN

L'émergence de foyers de paludisme chloroquinorésistant en Afrique revêt fréquemment un aspect épidémique nécessitant l'information rapide des médecins susceptibles de conseiller ou traiter les voyageurs et résidents non immunisés de ces zones (B.E.H. n° 25, 1986).

Aucun cas de chloroquinorésistance n'avait été suspecté au 1^{er} septembre 1986 en provenance du Bénin. Entre le 2 et le 17 septembre 1986, 12 cas probables de paludisme résistant à la chloroquine ont été hospitalisés dans 8 hôpitaux français. La résistance a été confirmée par l'isolement de la souche dans 7 cas (tableau).

Il s'agit de 5 sujets Africains et 2 Français (5 hommes et 2 femmes). Tous séjournaient à Cotonou et 6 n'avaient pas quitté la capitale du Bénin dans le mois précédent les premiers symptômes. Dans 6 cas, une prophylaxie correcte régulière par la chloroquine était suivie; dans 3 cas (1 et 7), un traitement insuffisant par la quinine a été suivi d'une rechute tardive.

Il est à noter que dans le cas n° 4, la souche était également résistante à la quinine et présentait une sensibilité légèrement diminuée vis-à-vis de la méfloquine.

À l'exception du cas n° 5 hospitalisé initialement à Cotonou pour neuropaludisme, il n'a pas été constaté de signes majeurs de gravité ni de symptomatologie atypique.

Il nous semble important de rappeler que la posologie thérapeutique de la quinine est de 8 mg/kg de quinine base chaque 8 heures pendant 7 à 10 jours. Selon les sels, la proportion de quinine

base varie : 44 % (sulfate), 62 % (formiate-acetarsolate), 64 % (chlorhydrate + résorcine), 82 % (chlorhydrate), 84 % (formiate).

Lorsqu'un traitement par la quinine a été interrompu avant le 7^e jour, il est souhaitable de reprendre un traitement par un autre antipaludéen (35 mg/kg/5j pour la chloroquine ou l'amodiaquine, 25 mg/kg/1j pour le FansidarND ou la méfloquine). La reprise d'une prophylaxie après traitement ne se justifie que pour couvrir la période de 4 semaines après le retour de zone d'endémie (B.E.H. 24/1986)! Devant l'apparition récente de souches résistantes à la quinine, il est

prudent, dans les formes graves, d'associer 3 mg/kg/j de doxycycline ou 40 mg/kg/j d'érythromycine à la quinine.

Une évaluation de la fréquence de la chloroquinorésistance à Cotonou devrait être effectuée rapidement afin d'ajuster les recommandations prophylactiques et thérapeutiques.

P. BOURREE, centre hospitalier de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre; J. P. GARIN, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon; M. REY, Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand; G. CHARMOT, hôpital Pasteur, Paris; R. ROUE, hôpital des Armées Bégin, Vincennes; J. LE BRAS, centre national de référence chimio-sensibilité du paludisme, Paris.

| Cas | Âge | Prophylaxie (mg/kg/j) | Premier traitement inefficace | Hospitalisation | | Sensibilité <i>in vitro</i> CI ₅₀ en nmol/l | | |
|-----|-----|-----------------------|-------------------------------|-----------------|--|--|-------|-----|
| | | | | Date | Traitement curatif | CQ | Q | MQ |
| 1 | 3 | CQ (3) | Q (17 mg/kg/j × 4) | 10-9-1986 | MQ (23 mg/kg/1 j) | 410 | NE | NE |
| 2 | 8 | CQ (4) | AQ (29 mg/kg/5 j) | 11-9-1986 | Q (16 mg/kg/j × 5) | 320 | 280 | 8,6 |
| 3 | 9 | CQ (3) | Non | 11-9-1986 | Q (20 mg/kg/j × 4) | 250 | 145 | 4 |
| 4 | 29 | CQ (1,6) | Non | 16-9-1986 | Q (16 mg/kg/j × 15) MQ (25 mg/kg/1 j) | 1 050 | 1 150 | 36 |
| 5 | 14 | CQ (1,6) | Q (8 mg/kg/j × 2) | 16-9-1986 | MQ (16 mg/kg/1 j) | 410 | 350 | 13 |
| 6 | 52 | Non | Non | 17-9-1986 | Q (15 mg/kg/j × 4) MQ (17 mg/kg/1 j) | 325 | 230 | 14 |
| 7 | 8 | CQ (2,5) | Q (16mg/kg/j) × 4) | 11-9-1986 | Q (25 mg/kg/j × 5) MQ (25 mg/kg/1 j) | 720 | 440 | 8,9 |

CQ = Chloroquine, Q = Quinine, MQ = Méfloquine, AQ = Amodiaquine. Seuil de résistance *in vitro* : CQ 100 nmol/l, Q 500 nmol/l, MQ ≥ 60 nmol/l.

NOTES

CONSULTATIONS DESTINÉES AUX PATIENTS ATTEINTS D'INFECTION PAR LE VIRUS HIV

Une liste d'établissements hospitaliers ayant organisé de telles consultations avait été publiée dans le B.E.H. n° 34.

Les établissements suivants sont à rajouter à cette liste :
Seine-Maritime : C.H. du Havre;
C.H.R. de Rouen.

Paris : hôpital Cochin;
hôpital Laënnec;
hôpital Saint-Antoine.

Bouches-du-Rhône : C.H. d'Aix-en-Provence.
Le service de Santé des Armées nous signale que la prise en charge des sujets infectés par le virus HIV, dépendants de l'administration militaire a

été organisée dans les établissements suivants :
- hôpital Bégin (Saint-Mandé) - hôpital Robert Pique (Bordeaux) - hôpital Desgenettes (Lyon) - hôpital Laveran (Marseille) - hôpital Saint-Anne (Toulon) - hôpital Clermont-Tonnerre (Brest) - hôpital Hyppolite Larrey (Toulouse) - hôpital Legouest (Metz) - hôpital Le Bas (Cherbourg) - hôpital Calmette (Lorient).