

**Résultats.**— De 2004 à 2006, 3075 nouveaux cas ont été recensés, parmi lesquels 73,82 % (2270/3075) ont pu être localisés par quartiers. Des clusters spatiaux ont été identifiés au niveau des quartiers des 1<sup>er</sup> et 4<sup>e</sup> arrondissements. L'importance des variables proximales de la transmission de la tuberculose a été démontrée. Le risque tuberculeux est élevé dans les quartiers avec plus d'un cas dans le foyer (RSI : 1,13 ; IC95 % : 1,03–1,24), dans lesquels il y a beaucoup de patients perdus de vue (RSI : 1,10 ; IC95 % : 1,02–1,19).

**Discussion/Conclusion.**— Les deux méthodes utilisées sont complémentaires. Le test du scan spatial donne des faux positifs par manque de spécificité mais a permis de localiser globalement les zones à risque. La méthode bayésienne identifie plus les quartiers prioritaires d'intervention. Cette étude a montré l'importance des approches spatiales dans l'identification des zones à risque tuberculeux. Ces modèles devraient être appliqués sur des données prospectives permettant d'augmenter la capacité de détection des cas de tuberculose.

doi:10.1016/j.respe.2010.06.145

## Session H3 – Épidémiologie du VIH – 1

H3-1

### Distribution géographique du sarcome de Kaposi, du lymphome non hodgkinien et du cancer du col de l'utérus associés à l'infection au VIH, dans cinq populations africaines en 1998–2002

K. Chaabna, M. Boniol, H. de Vuyst, P. Vanhems, M.A. De Ávila Vitoriad, M.P. Curado

**Mots clés :** Sarcome de Kaposi ; Lymphome non hodgkinien ; Cancer du col de l'utérus

**Introduction.**— La distribution géographique de l'incidence des cancers liés au sida, comme le sarcome de Kaposi (SK), le lymphome non hodgkinien (NHL) et le cancer du col de l'utérus (CU), suivent probablement celle de la prévalence du VIH/sida. L'objectif était de décrire la distribution géographique de ces cancers liés au sida en Afrique du Nord et subsaharienne, pour lesquelles les prévalences de VIH/sida sont différentes et l'accès aux antirétroviraux est très limité.

**Méthodes.**— Les données de cas incidents sont issues de cinq registres populationnels de cancers pour la période 1998–2002 : Kyadondo (Uganda), Harare (Zimbabwe), Sétif (Algérie), Sousse (Tunisie) et Gharbiah (Égypte). Les incidences standardisées sur l'âge (ISA) sont calculées et comparées grâce aux ratios d'incidences standardisés (RIS) et leur intervalle de confiance à 95 %. Les données de prévalences du VIH/sida proviennent de l'ONUSIDA. Les populations nord-africaines étudiées présentent une prévalence inférieure à 0,3 %. L'Uganda a une prévalence intermédiaire (6,1–6,5 %) ; elle est la plus élevée au Zimbabwe (33 %).

**Résultats.**— L'ISA du SK était significativement supérieure dans la population de Harare (femmes : 26,3/100 000 et hommes : 50,4/100 000) et celle de Kyadondo (femmes : 23,6/100 000 et hommes : 30,2/100 000), que dans les populations nord-africaines, et ceci pour les deux sexes (< 0,3/100 000). Gharbiah présentait significativement les plus hautes incidences pour le NHL (femmes : 7/100 000 et hommes : 11,9/100 000). L'ISA du CU en Afrique subsaharienne était 6,5 fois plus élevée qu'en Afrique du Nord (Harare : 32/100 000 et Kyadondo : 34,8/100 000).

**Discussion/Conclusion.**— Nous avons observé, comme attendu, que la distribution géographique du SK est corrélée à celle de la prévalence du VIH/sida dans les populations africaines. Cependant, pour le NHL et le CU, la longue période de latence avant l'émergence du cancer, la mortalité due aux autres complications du sida et les cofacteurs (HCV pour NHL et HPV pour CU) semblent contribuer à leur distribution géographique.

doi:10.1016/j.respe.2010.06.146

H3-2

### Le dépistage des cancers du col de l'utérus par inspection visuelle chez les femmes VIH positives (VIH+) en Afrique de l'Ouest. Étude pilote à Abidjan, Côte d'Ivoire

A. Horo<sup>a</sup>, A. Jaquet<sup>b</sup>, B. Toure<sup>a</sup>, D.K. Ekouevi<sup>b,c,d</sup>, S. Lenaud<sup>d</sup>, B. Effi<sup>e</sup>, A.J. Saso<sup>b</sup>, E. Messou<sup>f</sup>, E. Bissagniene<sup>g</sup>, M. Kone<sup>a</sup>, F. Dabis<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie obstétrique, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>b</sup> Inserm CRE U 897, Isped, université Victor Segalen, Bordeaux, France

<sup>c</sup> Clinique MTCT+ Adultes, Aconda, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>d</sup> Programme PAC-CI, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>e</sup> Service d'anatomo-pathologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>f</sup> CePREf, Aconda, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>g</sup> Service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT), CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Mots clés :** Infection à VIH ; Cancer du col ; Dépistage ; Afrique sub-saharienne

**Introduction.**— La diffusion des antirétroviraux en Afrique sub-saharienne a amélioré le pronostic des personnes VIH+. L'importance du cancer du col de l'utérus en Afrique et la nécessité d'une prise en charge à plus long terme des femmes VIH+, justifient des actions de prévention. Nous décrivons ici les aspects opérationnels d'un programme de dépistage des cancers du col par inspection visuelle chez des femmes VIH+ à Abidjan.

**Méthodes.**— Une étude transversale a été conduite dans deux centres prenant en charge des femmes VIH+ depuis août 2009. Une équipe mobile (trois sages-femmes et un gynécologue) était en charge de proposer un dépistage des lésions du col, basé sur l'inspection visuelle à toute patientes consultant. Une fois l'inspection visuelle du col réalisée, les sages-femmes référaient les patientes positivement dépistées au gynécologue, chargé de confirmer le diagnostic.

**Résultats.**— Parmi les 1656 femmes ayant participé, 49 n'étaient pas éligibles et 103 n'étaient pas évaluables par inspection visuelle du fait d'une infection cervicale ; 133 femmes (9 %) ont été positivement dépistées et référées et 69 (4,6 %, IC à 95 % 3,5–5,6 %) ont été médicalement confirmées. Les résultats des examens histologiques montraient : 48 « cervical intraepithelial neoplasia » (CIN) de grade I, 8 CIN de grade II ou III, 2 carcinomes invasifs et 10 lésions non malignes. Vingt-deux patientes ont été traitées par cryothérapie, 16 ont été référées pour résection chirurgicale et 31 laissées sous surveillance.

**Discussion/Conclusion.**— Plusieurs limites du dépistage par inspection visuelle ont été identifiées, telles que le nombre important d'infections cervicales et de faux positifs à l'inspection visuelle. La plupart des pays d'Afrique ne peuvent actuellement conduire un programme de dépistage des cancers du col basé sur la cytologie. Malgré les limites identifiées, des stratégies de dépistage adaptées aux femmes VIH+ reposant sur l'inspection visuelle, semblent faisables et nécessitent une évaluation plus approfondie.

doi:10.1016/j.respe.2010.06.147

H3-3

### Impact de l'épidémie du virus A(H1N1)v sur la mortalité, Antananarivo, Madagascar, 2009

S. Rajatonirina<sup>a</sup>, B. Rakotosolofa<sup>b</sup>, F. Rakotomanana<sup>a</sup>, V. Richard<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unité épidémiologie, institut Pasteur de Madagascar, Antananarivo, Madagascar

<sup>b</sup> Bureau municipal d'hygiène, commune urbaine d'Antananarivo, Antananarivo, Madagascar

**Mots clés :** Mortalité ; Pandémie grippale Antananarivo

**Introduction.**— Les premiers cas de grippe A(H1N1)v ont été détectés à Antananarivo au mois d'août 2009, et jusqu'en octobre 2009 seuls quelques cas sporadiques ont été notifiés. À partir de cette date l'épidémie s'est développée dans la capitale et le système de surveillance a permis d'objectiver un pic épidémique en semaine 47. Le fardeau occasionné par la grippe en termes de morbidité et de mortalité, n'est pas bien connu dans les pays tropicaux. Le réseau de surveillance sentinelle à Madagascar a permis de suivre l'évolution spatiotemporelle de l'épidémie mais pas son impact. Ce travail s'est fixé comme objectif