

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien.

N° 37 – Septembre 2014

La lettre d'information n° 37 est consacrée aux XX^e Actualités du Pharo qui se sont tenues les 11 et 12 septembre 2014 à l'Hôpital La Timone à Marseille. Le thème était : « Les maladies non transmissibles en zone tropicale ». Parmi les flashs d'actualité, le flash sur la maladie à virus Ebola était particulièrement attendu des participants.'

En ouvrant les XX^e Actualités du Pharo, le Professeur Pierre Saliou, Président du Groupe d'intervention en santé publique et épidémiologie (GISPE), organisme organisateur, a déclaré : « Le thème de 2014 traite d'un sujet, les maladies non transmissibles, au cœur des préoccupations des politiques de santé, au-delà des trois pandémies, sida - tuberculose -paludisme, qui concentrent parfois trop les énergies et les financements. En effet, ces maladies, dites aussi chroniques, représentent la première cause de mortalité dans le monde et les populations des pays de la zone tropicale, avec une transition épidémiologique marquée, sont particulièrement touchées. A côté des maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète ou les cancers en sont les grandes causes pourvoyeuses ».

D'après l'OMS, les maladies non transmissibles (MNT) tuent chaque année plus de 36 millions de personnes. Plus de 80% des décès dus aux MNT, soit 29 millions, se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Plus de 9 millions des décès attribués aux MNT surviennent avant l'âge de 60 ans. Quatre-vingt-dix pour cent de ces décès « prématurés » sont enregistrés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

« L'épidémie » des MNT est accrue par le vieillissement de la population, l'urbanisation progressive et la mondialisation des marchés et des échanges commerciaux, ce qui augmente l'exposition à leurs facteurs de risque. Maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers et maladies respiratoires chroniques ont en commun quatre facteurs de risque : le tabagisme, la sédentarité, l'usage nocif de l'alcool et la mauvaise alimentation. On impute 6 millions de décès par an au tabagisme, 3,2 millions à la sédentarité, 1,7 millions à une mauvaise alimentation, 2,3 millions à l'usage nocif de l'alcool. Ces facteurs de risque comportementaux entraînent principalement quatre modifications métaboliques/physiologiques augmentant le risque de MNT : l'hypertension artérielle (HTA), le surpoids/obésité, l'hyperglycémie, l'hyperlipidémie. En nombre de décès imputables, le principal facteur de risque des MNT est l'HTA, à laquelle on attribue 16,5% des décès dans le monde, suivie du tabagisme (9%), de l'hyperglycémie (6%), de la sédentarité (6%), du surpoids ou de l'obésité (6%). Les MNT compromettent les progrès pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. Leur croissance rapide (les MNT deviendront d'ici 2030 la cause la plus courante de mortalité) va faire obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenu, en particulier en obligeant les ménages à faire des dépenses de santé. La prévention des MNT est basée sur la réduction des facteurs de risque qui leur sont associés : tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, usage nocif du tabac sont des facteurs de risque modifiables. Un autre moyen de prévention est la détection et le traitement précoces des MNT.

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité dans le monde : on estime à 17,3 millions le nombre de décès imputables aux MCV, soit 30% de la mortalité mondiale totale. Plus de 80% des décès interviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et touchent également hommes et femmes. Il est possible de prévenir les MCV en s'attaquant aux facteurs de risque tels que le tabagisme, l'obésité, le manque d'activité physique, l'hypertension artérielle, le diabète et l'hyperlipidémie. Vingt-trois pour cent de charge des cardiopathies ischémiques sont attribuables au surpoids et à l'obésité qui sont mesurés par l'indice de masse corporelle (IMC), le surpoids étant défini par une IMC \geq à 25, l'obésité par un IMC \geq à 30. Le surpoids concerne 1,4 milliards de personnes de 20 ans et plus, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près de 300 millions de femmes sont obèses (estimations de 2008). Le surpoids et l'obésité sont le cinquième

facteur de risque de décès au niveau mondial. Au moins 2,8 millions d'adultes en meurent chaque année.

Le diabète atteint 347 millions de personnes dans le monde et 3,4 millions de personnes en sont décédées en 2004. Plus de 80% des décès par diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Le diabète sera en 2030 la septième cause de décès dans le monde. Le diabète de type 2 représente 90% des diabètes. Le diabète augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. Cinquante pour cent des diabétiques meurent d'une MCV. Des mesures simples modifiant le mode de vie peuvent être efficaces pour prévenir ou retarder le diabète de type 2 : rester à un poids corporel normal et le maintenir, faire de l'exercice physique, avoir un régime alimentaire sain, arrêter le tabac qui augmente le risque de MCV.

Le cancer est une cause majeure de décès dans le monde, à l'origine de 8,2 millions de décès en 2012. Les cancers du poumon, de l'estomac, du foie, du colon et du sein sont ceux qui entraînent le plus grand nombre de décès chaque année. Environ 30% des cancers sont dus aux cinq principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires : un IMC élevé, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme et la consommation d'alcool. Le tabagisme est le facteur de risque le plus important, entraînant dans le monde plus de 22% de la mortalité par cancer et près de 71% des décès par cancer du poumon. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on impute jusqu'à 20% des décès par cancer à des infections virales, notamment le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou le papillomavirus humain. On estime que le nombre de cas de cancer devrait augmenter de 14 millions en 2012 à 22 millions au cours des deux prochaines décennies.

Parmi les maladies respiratoires chroniques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la plus représentative des MNT. On estime à 64 millions le nombre de gens qui souffrent de BPCO dans le monde (2004). Plus de trois millions de personnes sont décédées de BPCO en 2005, ce qui correspond à 5% de l'ensemble des décès survenus dans le monde. Plus de 90% des décès par BPCO se produisent dans les pays à niveau faible ou intermédiaire. La principale cause de BPCO est la fumée de tabac, due au tabagisme actif ou passif. Cette maladie touche désormais presque autant de femmes que d'hommes du fait de l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les pays à revenu élevé, mais aussi intermédiaire. La BPCO n'est pas curable, mais est évitable en luttant contre les facteurs de risque : tabagisme, pollution de l'air dans les habitations, pollution atmosphérique, poussières et produits chimiques en milieu professionnel, infections des voies respiratoires inférieures au cours de l'enfance. Cependant, le nombre de décès par BPCO devrait augmenter de plus de 30% dans les 10 ans à venir si l'on n'intervient pas pour réduire les risques, en particulier l'exposition à la fumée de tabac.

A côté des quatre grandes causes de MNT, l'épilepsie et la drépanocytose et autres hémoglobinopathies font l'objet de nombreux travaux dans le cadre des MNT.

Environ 50 millions de personnes sont atteintes d'**épilepsie** dans le monde. Plus de 80% des personnes souffrant d'épilepsie vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les trois quarts des personnes affectées ne bénéficient pas des traitements dont elles ont besoin. Six personnes atteintes sur dix présentent une épilepsie idiopathique. L'épilepsie secondaire ou symptomatique relève de nombreuses causes, parmi lesquelles les infections du système nerveux central (méningite, encéphalite, neurocysticercose), causes courantes d'épilepsie dans les régions tropicales.

Près de 5% de la population mondiale est atteinte d'une **hémoglobinopathie**, principalement d'une drépanocytose. Plus de 300 000 enfants présentant une forme grave naissent chaque année dans le monde, en majorité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des programmes de prévention permettent de réduire la fréquence de la drépanocytose, en particulier le dépistage génétique.

Parmi les communications présentées aux XX^e Actualités du Pharo 2014, j'ai retenu :

- « Transition nutritionnelle au Sud : comment limiter l'effet double fardeau ? (Y. Martin-Prével, F. Delpeuch, B. Marie - UMR 204 Nutripass/IRD) ». Cette communication traite du passage rapide d'une situation où prédominent encore les malnutritions par déficit à une situation où explosent les

pathologies de surcharge : surpoids et obésité, diabète, maladies vasculaires, certains cancers, d'où l'importance du « double fardeau » pesant sur les pays les plus pauvres.

- « Le drépanocytose en 2014 : une maladie en pleine mutation (M. de Montalembert – Hôpital Necker, Paris) ». Dans les pays industrialisés, plus de 95% des enfants drépanocytaires atteignent l'âge adulte. Ceci est lié au déploiement du dépistage néo-natal, de la prescription préventive quotidienne de pénicilline, à l'hydroxyurée, au dépistage par doppler trans-crânien des enfants à risque d'accident vasculaire cérébral. Toutefois, de jeunes enfants continuent à mourir d'hypertension artérielle pulmonaire, de syndrome thoracique aigu, de défaillance d'organe, d'infection. Parmi les axes prioritaires d'amélioration, le développement des collaborations « nord-sud » et « sud-sud » est retenu, à l'instar des actions menées par le réseau REDAC en Afrique centrale.

- « Risques biologiques et risques non biologiques : complexité des déterminants du cancer en Afrique (A. Ly, Afrocancer et Université Paris XI) ». Une connaissance élargie des facteurs de risque des cancers est nécessaire pour répondre aux défis posés par la charge croissante des cancers en Afrique. Les populations africaines sont exposées à des facteurs de risque qui sont multiples et hétérogènes. Ils peuvent être de nature biologique ou non. Certains d'entre eux sont spécifiques et exclusifs de l'environnement tropical. D'autres émanent des activités anthropiques et ont de solides liens avec le développement économique et social des pays. L'auteur insiste sur le rôle des virus, dont l'HHV8 dans la Maladie de Kaposi liée à l'infection à VIH/Sida, et des mycotoxines : aflatoxines et carcinome hépato-cellulaire, fumonisine et cancer de l'oesophage, ochratoxine A et cancer du foie.

« Les maladies cardio-vasculaires en Afrique sub-saharienne : évolution et état actuel (Ed. Bertrand, Groupe de Cardiologie Tropicale de la Société Française de Cardiologie) ». Les MCV en Afrique sub-saharienne sont responsables de 15 à 20% de la mortalité et de la morbidité hospitalières avec par ordre de fréquence : les cardiopathies hypertensives, les cardiopathies rhumatismales et les affections du myocarde aiguës ou chroniques. D'autres affections sont en croissance : les péricardites aiguës (tuberculose et sida), les coronaropathies (encore inférieur à 10%) et autres atteintes du sida. Plus de 80% arrivent en insuffisance cardiaque. En 40 ans, le nombre des cardiologues est passé de 40 à 350 environ. L'échocardiographie est disponible dans les grandes villes. Très peu de centres (une dizaine) disposent du cathétérisme et de l'angiographie. La chirurgie reste misérable : 1 centre pour 50 millions d'habitants. La prévention et le traitement les plus urgents sont ceux des cardiopathies rhumatismales, d'autant que des résultats sont obtenus en 5 ans. Hypertension, maladie coronaire et diabète doivent faire l'objet d'une prévention commune dont les résultats sont attendus à plus long terme.

- « Les maladies non transmissibles dans les îles du sud-ouest de l'océan Indien (P. Aubry, P. Bovet, B-A. Gaüzère – Centre René Labusquière, Université de Bordeaux et Institut universitaire vaudois, Lausanne) ». La seule communication venant de l'océan Indien a traité des facteurs de risque des MCV dans les îles du sud-ouest de l'océan Indien (ISOOI). L'étude des MCV est fondée sur l'évaluation de plusieurs facteurs de risque parmi lesquels ont été retenus l'HTA, l'obésité, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'hyperglycémie. Dans les îles qui ont connu une rapide transition épidémiologique (Maurice, Seychelles, Réunion et plus récemment Mayotte), on note une forte émergence des MCV avec une haute prévalence de plusieurs facteurs de risque : HTA, obésité, tabagisme, diabète. Cependant, les études sur plusieurs années montrent une baisse du tabagisme ce qui a entraîné une diminution du risque cardio-vasculaire, en particulier à Maurice et aux Seychelles.

De 1976, date de la première épidémie en Afrique centrale, à 2013, il a été rapporté 2 388 cas et 1 590 décès. De début mars au 7 septembre 2014, il a été déclaré en Afrique de l'Ouest 4 366 cas et 2 218 décès, dont 861 cas en Guinée et 557 décès, 1 424 cas en Sierra Leone et 524 décès, 2 081 cas au Liberia et 1 137 décès, 21 cas au Nigeria et 8 décès et un cas au Sénégal. 54 personnels de santé sont décédés en Guinée (sur 861 décès). L'article du New England of Medicine qui vient de paraître rappelle que la première épidémie d'Afrique centrale de 1976 n'a fait « seulement » que 318 cas, dont 280 mortels, alors que toutes les conditions étaient réunies à l'époque pour une dissémination massive de la maladie : méconnaissance initiale du virus, transmission rapide par contact direct et par l'utilisation de matériel d'injection non stérile, difficultés d'un diagnostic biologique rapide, épiceutre dans une région peu médicalisée, lenteur de la réaction internationale, ... Il faut tirer de l'histoire de cette première épidémie rapidement maîtrisée des leçons pour juguler celle qui frappe aujourd'hui

l'Afrique de l'Ouest, en particulier la mise en place de mesures de quarantaine avec isolement complet des zones infectées par l'armée.

Références

- OMS - Aide-mémoire sur : Maladies non transmissibles, n° 355, mars 2013 ; Maladies cardiovasculaires, mars 2013 ; Obésité et surpoids, n° 311, mars 2013 ; Diabète, n°312, octobre 2013 ; Cancer, n° 297, février 2014 ; Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), n°315, novembre 2012 ; Epilepsie, n°999, octobre 2012 ; Drépanocytose et autres hémoglobinopathies, n°308, février 2011.

- XXe Actualités du Pharo 2014. Les maladies non transmissibles en zone tropicale. Hôpital La Timone, Marseille, Jeudi 11, vendredi 12 septembre 2014. Livre des résumés.

- *Aubry P. Lettre d'information n° 36 du 30 juin 2014 consacrée à la maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest.*

- *Breman J et coll. Ebola then now. N Engl J Med 2014 ; publication avancée en ligne le 10 septembre 2014 (DOI ; 10 1056/NEJMp1410540).*

Pierre Aubry. Texte écrit le 22 septembre 2014.

aubry.pierre@wanadoo.fr