



ANRP
Agence Nationale de
Régulation Pharmaceutique

**AGENCE NATIONALE DE
RÉGULATION PHARMACEUTIQUE**

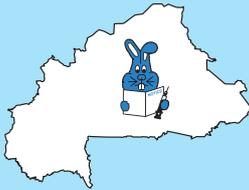
25^{ème} année • Volume 22 • N° 72 • Novembre 2023

La *Lettre*

du CeDIM

Bulletin d'information pharmacothérapeutique du Burkina Faso

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



ISSN N° 0796 - 7802



La lettre du CeDIM (LDC)
25^{ème} année, Volume 22
N° 72, Septembre 2023

ISSN 0796-7802

Directeur de Publication :

Dr Aminata P. NACOULMA

**Directrice Générale de l' Agence Nationale de
Régulation Pharmaceutique (ANRP)**

Rédacteur en chef :

**Dr Michel ROUAMBA, Directeur de l'information
pharmaceutique et de l'usage rationnel**

Comité de Rédaction (CR)

GUISSOU Innocent Pierre (Pharmacologue, toxicologue)

KABORE Mikaila (Infectiologue)

FORO Corine Leïla Nadimi (Pharmacien hospitalier)

SANOU Aboubacar (Pharmacien biologiste)

OUEDRAOGO Mahamadi (Neurologue)

KABORET Sonia (Pédiatre)

BERE/SOME C. Christiane (Hépto-gastro entérologue)

TAPSOBA Gilbert Patrice Marie Louis (Dermatologue)

KONATE Lassina (Cardiologue)

BONZI Y. Juste (Néphrologue)

TRAORE Solo (Spécialiste en Médecine interne)

ZOUNGRANA Enock (Gynécologue)

OUEDRAOGO Louis Sylvain P. (Gériatre)

SANOU Georgette (Médecin spécialiste en santé publique)

**TRAORE Ousmane (Pharmacien spécialiste en
pharmacie clinique)**

SANA Boukary (Pharmacien, officine pharmaceutique)

**KANIA Dramane (Pharmacien spécialiste en bactériologie-
virologie)**

Appui technique :

- Organisation Mondiale de la Santé
- Prescrire, Paris

**Equipe de la Direction de l'information
pharmaceutique et de l'usage rationnel**

Michel ROUAMBA

(Pharmacien spécialiste, Directeur),

Sonia NASSOURI

(Pharmacien spécialiste, chef de service Cedim)

Jeanine COULIBALY

(Pharmacien spécialiste, chef de service SPUR)

Correcteurs

Aimé Gilles SP OUEDRAOGO

(Pharmacien spécialiste chef de service SRCI)

**Roland SEDGHO (Pharmacien spécialiste directeur des
licences pharmaceutiques)**

**Adresse : Agence Nationale de Régulation
Pharmaceutique, Ministère de la Santé**

Conception & impression : RENACOM



La lettre du CeDIM participe à l'ISDB, Réseau international
de revues indépendantes de formation en thérapeutique

ÉDITORIAL

RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES
A TRANSMISSION VECTORIELLE

P. 3

ACTUALITÉS

PSEUDOEPHEDRINE : L'ANRP RECOMMANDE
LA PRUDENCE

P. 4

MÉDICAMENTS

LA GESTION SECURISEE DES POLYPHARMACIES
CHEZ LES PERSONNES AGEES :
BONNES PRATIQUES ET PRECAUTIONS A PRENDRE

P. 5-6

CLOMIFENE ET RISQUE DE TROUBLES VISUELS
GRAVES (CECITE)

P. 7

PATHOLOGIE

DENGUE AU BURKINA FASO :
QUELS SONT LES SIGNES D'ALERTE ET DE
SEVERITE A RECONNAITRE ?

P. 8-9

SAVOIRS & PRATIQUES

CONDITIONS ET TECHNIQUES DE PRELEVEMENT
DE SANG POUR LES HEMOCULTURES

P. 10-11

PAGE DU CEDIM

EVALUATION DE L'USAGE RATIONNEL DES
MEDICAMENTS (ANTIBIOTIQUES)

P. 12

RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES A TRANSMISSION VECTORIELLE

À ce jour, plus de 80% de la population mondiale est menacée par une maladie à transmission vectorielle, dont plus de la moitié par plusieurs de ces maladies (OMS).

Les moustiques dont il existe plusieurs types (anophèle, Aedes....) peuvent transmettre, entre autres, le paludisme, la dengue, la filariose lymphatique, ; de même les mouches peuvent transmettre l'onchocercose, la leishmaniose et la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil); enfin, les punaises ou les tiques peuvent transmettre, la maladie de Lyme .

Au total, les principales maladies à transmission vectorielle tuent plus de 700 000 personnes par an, les populations des régions tropicales et subtropicales défavorisées sont les plus exposées. D'autres maladies à transmission vectorielle comme l'encéphalite à tiques sont un sujet d'inquiétude grandissant dans les régions tempérées.

L'urbanisation rapide non planifiée, les augmentations massives des voyages et du commerce à l'échelle internationale, la modification des pratiques agricoles et d'autres évolutions environnementales accélèrent la propagation des vecteurs à l'échelle mondiale, ce qui met en danger de plus en plus de gens. Les personnes malnutries et celles dont le système immunitaire est affaibli sont particulièrement vulnérables.

Une approche nouvelle

L'OMS a lancé une nouvelle approche stratégique visant à redonner la priorité à la lutte antivectorielle. Le Programme mondial de lutte antipaludique et le Département de lutte contre les maladies tropicales négligées ont mené, en association avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, une large

consultation mettant à profit l'expérience des Ministères de la santé et des experts techniques.

Le processus a été piloté par un groupe d'éminents scientifiques et d'experts de la santé. Les travaux ont abouti à la rédaction du document intitulé « Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030 ».

Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030

Lors de sa soixante-dixième session, l'Assemblée mondiale de la santé a unanimement salué l'action proposée. L'action mondiale pour lutter contre les vecteurs met en avant les domaines d'activité clés qui modifieront radicalement la lutte contre les maladies à transmission vectorielle :

- harmoniser l'action dans tous les secteurs, étant donné que la lutte antivectorielle ne se limite pas à la pulvérisation d'insecticide et à la distribution de moustiquaires. Cela peut impliquer que les Ministères de la santé collaborent avec les urbanistes afin de supprimer les gîtes larvaires utilisés par les moustiques ;
- impliquer et mobiliser les communautés afin qu'elles se protègent elles-mêmes et qu'elles accroissent leur résilience face aux flambées de maladies à venir;
- renforcer la surveillance pour déclencher des interventions rapides en cas de propagation des maladies ou d'augmentation des populations de vecteurs, ainsi que pour déterminer quand et pourquoi les interventions ne donnent pas les résultats escomptés; et
- déployer à grande échelle et intégrer les outils de lutte antivectorielle afin de maximiser l'impact sur les maladies tout en minimisant les répercussions sur l'environnement.

Plus particulièrement, la nouvelle approche intégrée préconise le réaligement des programmes nationaux afin que les agents de la santé publique puissent

se concentrer sur tout l'éventail des vecteurs pertinents et lutter ainsi contre l'ensemble des maladies qu'ils transmettent.

Sachant que les actions doivent s'adapter aux besoins locaux et être pérennisées, la réussite de la lutte dépendra de la capacité des pays à renforcer leurs programmes de lutte antivectorielle au moyen de ressources financières et humaines.

PSEUDOEPHEDRINE : L'ANRP RECOMMANDE LA PRUDENCE

L'ANRP à travers le communiqué du 27 Octobre 2023 portant alerte sur les effets indésirables graves de médicaments contenant de la pseudoéphédrine a informé des risques liés à l'utilisation des médicaments à base de la pseudoéphédrine. Cet article a pour but de rappeler le contexte et faire le point de la situation

Le rhume est une affection très fréquente, notamment pendant la période hivernale et de froid. Pour soulager les symptômes du rhume, parmi les médicaments utilisés par voie orale, plusieurs d'entre eux contiennent la pseudoéphédrine.

La pseudoéphédrine, une molécule aux risques connus

La pseudoéphédrine est un vasoconstricteur. Elle vise à décongestionner le nez en cas de rhume. Elle se présente sous forme de comprimé en association avec un antipyrétique ou un antihistaminique. Les médicaments contenant la pseudoéphédrine présentent un risque connu d'évènements ischémiques cardiovasculaires et cérébrovasculaires, comprenant notamment les accidents vasculaires cérébraux ischémiques et les crises cardiaques (1). Des contre-indications et des avertissements sont déjà mentionnés dans le résumé caractéristique du produit. Les vasoconstricteurs exposent à des troubles cardiovasculaires graves voire mortels, des colites ischémiques et des neuropathies optiques ischémiques, effets indésirables disproportionnés pour des médicaments destinés à soulager des troubles bénins et d'évolution rapidement favorables (1).

Situation au niveau international

En Février 2023 le comité de pharmacovigilance de l'Agence européenne du médicament (EMA) a initié la réévaluation de la balance bénéfice risque des médicaments contenant de la pseudoéphédrine. Cette réévaluation fait suite à de

nouvelles données concernant d'un petit nombre de cas d'encéphalopathie irréversible et des vasoconstrictions cérébrales chez les personnes utilisant des médicaments contenant de la pseudoéphédrine et qui ont été signalés dans des bases de données. Les manifestations cliniques ont surtout été des céphalées, des convulsions, des accidents vasculaires cérébraux. Certains cas ont concerné des patients sans facteurs de risque (1,2).

Depuis plusieurs années, en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) met en garde contre les effets indésirables associés aux vasoconstricteurs, au regard des bénéfices modestes et de la bénignité du rhume. Différentes mesures ont été mises en place pour encadrer l'utilisation de ces médicaments. Face à la persistance des cas, l'Agence nationale de sécurité du médicament déconseille l'utilisation des formes orales des médicaments vasoconstricteurs pour soulager les symptômes du rhume (3).



Recommandations de l'ANRP

La réévaluation de ces médicaments étant en cours, plusieurs agences de régulations dont l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) au Burkina Faso a émis des recommandations (4).

L'ANRP recommande donc :

- aux prescripteurs de ne prescrire les médicaments à base de pseudoéphédrine que lorsque les bénéfices l'emportent sur les risques et à privilégier les alternatives disponibles ;
- aux dispensateurs de ne dispenser ces médicaments que sous présentation d'une ordonnance ;
- aux patients d'éviter toute automédication.

L'ANRP rappelle également l'importance du bon usage des produits de santé, afin de prévenir l'apparition de tous effets indésirables graves. En pratique, le rhume est le plus souvent d'origine virale et guérit spontanément en quelques jours. En cas de fièvre ou de douleurs, le paracétamol non associé à des doses adaptées est le meilleur choix quand un médicament paraît justifié. Et en cas de congestion nasale, un lavage au sérum physiologique peut soulager.

Référence

1. EMA. PRAC satrts review of pseudoéphédrine containing medicines. 10 Feb 2023:57 Pages
2. Revue prescrire. Le sort de la pseudoéphédrine entre les mains de l'Agence européenne du médicament. Mai 2023 : Tome 23 N475.
3. Agence nationale de sécurité sur le médicament. Retour d'information sur le PRAC <https://ansm.sante.fr/actualites/retour-dinformation-sur-le-prac-de-fevrier-2023-6-9-fevrier> . Publié le 20 Février 2023
4. Agence nationale de régulation pharmaceutique. Note d'information du 27 Octobre 2023



LA GESTION SECURISEE DES POLYPHARMACIES CHEZ LES PERSONNES AGEES : BONNES PRATIQUES ET PRECAUTIONS A PRENDRE

La personne âgée, en rappel est toute personne âgée de 60ans et plus[1]. Il s'agit d'une catégorie de la population qui est sujette à nombres de défis sanitaires, aux nombres desquelles on peut compter la polypharmacie. L'objectif est d'explorer les différents aspects la polypharmacie, en mettant l'accent sur les bonnes pratiques et précautions à prendre

La polypharmacie chez la personne âgée représente un défi complexe et croissant dans le domaine de la gériatrie[2]. À mesure que la population vieillit, la prévalence de la polypharmacie augmente de manière significative, exposant les individus à des risques accrus d'interactions médicamenteuses, d'effets indésirables et de détérioration de la qualité de vie. Cette réalité impose une responsabilité cruciale aux professionnels de la santé de mettre en place des stratégies de gestion sécurisée des polypharmacies.

Polypharmacie chez la personne âgée : Un regard approfondi

La polypharmacie, définie comme la prescription simultanée de plus de cinq (5) médicaments, se manifeste de manière prépondérante chez la personne âgée [3,4]. Cette réalité découle souvent de la présence de multiples comorbidités nécessitant une prise en charge médicamenteuse spécifique. Dans ce contexte, il est impératif de reconnaître que la polypharmacie va au-delà de la simple somme des médicaments prescrits. Elle prend également en compte les différentes interactions médicamenteuses qui peuvent exister entre le patient et les médicaments mais aussi entre les interactions entre les différents médicaments. Les implications de la polypharmacie transcendent les aspects cliniques, touchant également la qualité de vie des individus. La personne âgée sont particulièrement vulnérables aux effets indésirables médicamenteux en raison de changements physiologiques liés au vieillissement, tels que la diminution de l'albuminémie, la fonction rénale et hépatique. Les risques d'interactions médicamenteuses potentiellement graves nécessitent une attention particulière, soulignant l'importance d'une approche individualisée de la prescription médicamenteuse. De plus la multiplicité des prescripteurs avec le manque de coordination lors des différentes prises en charge, ainsi que l'automédication non négligeable chez cette frange de la population augmentent la prévalence de la polypharmacie.

Risques et conséquences de la polypharmacie

Les risques inhérents à une prescription excessive ou inappropriée de médicaments sont multiples, englobant des complications médicales, des hospitalisations accrues et une qualité de vie diminuée [5].

L'un des principaux défis réside dans les effets indésirables, souvent exacerbés chez la personne âgée en raison de la sensibilité accrue aux médicaments. Ces effets peuvent se manifester de diverses manières, allant de troubles gastro-intestinaux à des complications plus graves telles que des chutes, des troubles cognitifs et des atteintes rénales. En comprenant ces risques, les professionnels de la santé sont mieux équipés pour évaluer les bénéfices potentiels des médicaments par rapport aux dangers encourus, favorisant ainsi une prise de décision éclairée.

Parallèlement, les conséquences économiques de la polypharmacie ne peuvent être négligées. Les hospitalisations liées aux effets indésirables médicamenteux représentent un fardeau financier substantiel pour les systèmes de santé. Une gestion proactive de la polypharmacie, axée sur des pratiques de prescription prudentes, peut contribuer à atténuer ces coûts en réduisant les complications évitables et en optimisant l'utilisation des ressources de santé.

Bonnes pratiques de prescription : vers une approche individualisée

La première étape cruciale réside dans une évaluation exhaustive du patient, prenant en compte non seulement les affections médicales sous-jacentes, mais aussi les facteurs sociaux, cognitifs et fonctionnels propres à chaque individu. Il est important ici d'avoir une vision globale de l'état de santé du patient avec les différentes comorbidités, leur profils évolutifs et les possibilités thérapeutiques qu'on peut proposer au patient [6].

Une approche individualisée de la prescription implique la reconnaissance des besoins spécifiques de chaque patient âgé, évitant ainsi la tendance à appliquer des schémas de traitement généralisés. Cette personnalisation des soins permet non seulement de maximiser les bénéfices thérapeutiques, mais aussi de minimiser les risques d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables. Un aspect essentiel des bonnes pratiques de prescription réside dans la mise en œuvre d'outils d'évaluation de la polypharmacie. Ces outils, qu'ils soient des algorithmes informatiques ou des échelles cliniques spécifiques, facilitent une évaluation systématique des schémas médicamenteux, permettant ainsi aux cliniciens d'identifier rapide

ment les situations à risque et de prendre des décisions éclairées quant à la nécessité d'ajustements thérapeutiques

L'outil STOPP/START [7] est une échelle d'aide à la prescription et la déprescription permettant d'optimiser la prescription des médicaments chez la personne âgée. Elle permet de trouver les situations où une prescription serait utile pour le patient et aussi les situations où la prescription de certaines thérapeutiques seraient plutôt délétères pour le patient. C'est un outil d'utilisation simple et accessible par tous les professionnels de santé. Il existe également les critères de Beers [8] qui recensent les prescriptions potentiellement inappropriées chez la personne âgée et permettent ainsi d'éviter la iatrogénie chez la personne âgée.

En outre, une communication interprofessionnelle solide entre les différents acteurs de la santé, y compris les pharmaciens, infirmières et spécialistes, est un pilier fondamental pour garantir une gestion cohérente de la polypharmacie. Cette collaboration favorise une approche coordonnée et centrée sur le patient, évitant les redondances dans la prescription et assurant un suivi régulier des traitements.

Précautions à prendre : éduquer, suivre et intégrer les technologies

L'éducation thérapeutique du patient et de sa famille occupe une place centrale dans la prévention des risques liés à la polypharmacie. Informer la personne âgée et leur entourage sur leurs médicaments, les effets attendus et les signes d'effets indésirables favorise l'autonomie et la prise de décision partagée. Un dialogue ouvert sur la gestion des

traitements renforce la compréhension mutuelle entre le patient et le médecin, favorisant ainsi une adhésion accrue au plan thérapeutique.

Le suivi régulier des traitements représente une autre mesure cruciale. Les ajustements thérapeutiques en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient sont essentiels pour éviter une accumulation non nécessaire de médicaments. Les professionnels de la santé devraient intégrer des évaluations périodiques, adaptant les schémas médicamenteux en fonction des besoins changeants et de l'efficacité clinique.

L'intégration des technologies de l'information dans la gestion des polypharmacies offre des avantages significatifs. Des outils tels que les dossiers médicaux électroniques, les systèmes d'alerte aux interactions médicamenteuses et les applications de suivi des médicaments facilitent la coordination des soins entre les différents acteurs de la santé. Ces technologies offrent également un moyen efficace de surveiller la conformité du patient, d'anticiper les risques potentiels et d'optimiser la communication interprofessionnelle. Ces outils gagneraient donc à être vulgarisés au vu de leur simplicité d'utilisation.

Vers une gestion optimisée des polypharmacies chez la personne âgée

La gestion des polypharmacies chez la personne âgée nécessite une approche réfléchie des professionnels de la santé, en particulier des médecins généralistes et spécialistes. Cependant, cette conclusion marque le début d'un engagement continu envers l'amélioration des pratiques. Encourager la recherche, favoriser la collaboration interprofessionnelle et soutenir l'éducation continue des professionnels de la santé ainsi que l'éducation thérapeutique du patient sont essentiels pour des approches toujours plus efficaces

Références

1. Plan Stratégique Multisectoriel de Prise en Charge des Personnes Âgées 2021-2025 du Burkina Faso [Internet]. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. 2023 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: https://www.sante.gov.bf/detail-documents?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=841&cHash=0b50e480367416dc71d07d7b1695541e
2. Hosseini SR, Zabihi A, Jafarian Amiri SR, Bijani A. Polypharmacy among the Elderly. J -Life Health. juin 2018;9(2):97-103.
3. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. BMJ Open. 24 mars 2016;6(3):e010989.
4. von Lueder TG, Atar D. Comorbidities and polypharmacy. Heart Fail Clin. avr 2014;10(2):367-72.
5. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. janv 2014;13(1):57-65.
6. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. Mayo Clin Proc. janv 2021;96(1):242-56.
7. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. août 2023;14(4):625-32.
8. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. juill 2023;71(7):2052-81.

CLOMIFENE ET RISQUE DE TROUBLES VISUELS GRAVES (CECITE)

Le clomifène est un inducteur de l'ovulation prescrit pour le traitement de certaines pathologies de gynécologie obstétrique. En dehors des effets indésirables connus, de nouveaux cas d'effets indésirables graves ont été rapportés avec l'utilisation du clomifène.

Le clomifène est prescrit chez la femme dans :

- le traitement de la stérilité par anovulation et dysovulation normoprolactinémiques d'origine haute fonctionnelle ;
- le test à visée à la fois diagnostique et thérapeutique : dans certaines aménorrhées d'origine hypothalamo-hypophysaire et dans les aménorrhées durables consécutives à la contraception orale ;
- l'induction de l'ovulation dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation.

Les troubles visuels tels que vision trouble, réduction de l'acuité visuelle, phosphènes, et scotomes scintillants (taches ou éclairs) sont des risques connus associés au clomifène. Des nouveaux effets indésirables visuels ont été rapportés avec l'utilisation de clomifène : névrite optique, neuropathie ischémique optique, occlusion de la veine centrale de la rétine, décollement de la rétine et décollement du vitré. Ces effets indésirables ont évolué dans certains cas vers une cécité, y compris après l'arrêt du clomifène.

Au niveau mondial, 16 notifications de cécité possiblement liés à l'utilisation du Clomifène ont été enregistrées dans VigiBase®, base de données internationale de pharmacovigilance de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, aucun cas d'effet indésirable en lien avec le Clomifène n'a encore été notifié à l'ANRP du Burkina Faso. Dans l'objectif de minimiser le risque de

cécité associé au Clomifène, il est recommandé aux prescripteurs d'informer toute patiente du risque avant d'initier un traitement à base de Clomifène. En cas d'apparition des troubles visuels inhabituels lors de l'utilisation du médicament, la patiente doit arrêter immédiatement le clomifène et en informer son prescripteur.

En cas de troubles visuels, un examen ophtalmologique complet est nécessaire. Si aucune autre cause de trouble visuel que le Clomifène n'est identifiée, le traitement à base de clomifène doit être définitivement arrêté.

Les antécédents de troubles visuels associés à l'utilisation du Clomifène chez une patiente constituent une contre-indication à tout traitement ultérieur à base de Clomifène.

Il est recommandé aux professionnels de santé de notifier tout évènement indésirable observé suite à la prescription et à l'utilisation d'un produit de santé à l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) à travers les points focaux de pharmacovigilance de leur structure de santé ou via l'application mobile de notification en ligne « Med Safety » <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.epidemi-co.webradr>

Référence

Source: <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/clo-mid-50-mg-comprime-risque-de-troubles-visuels-graves-cecite>



DENGUE AU BURKINA FASO : QUELS SONT LES SIGNES D'ALERTE ET DE SEVERITE A RECONNAITRE ?

Depuis septembre 2023, le Burkina Faso fait face, à une flambée de cas de dengue. Cette situation occasionne une saturation des services de santé aussi bien publiques que privés, une extension géographique touchant actuellement toutes les régions, une morbi-mortalité certaine avec un impact psychosocial et économique visible.

La dengue est une infection virale aiguë causée par le virus de la dengue (DENV) et transmise à l'homme par piqûre de moustiques infectés appelé Aedes (1). Considérée comme étant une maladie tropicale négligée, elle est toutefois la plus importante des arboviroses dans le monde. En effet, elle expose la moitié de la population mondiale et quelques 100 à 400 millions de cas d'infections sont enregistrés chaque année (1).

Le Burkina Faso a connu de par le passé plusieurs flambées épidémiques notamment en 2013, 2016, 2017 (2). Depuis septembre 2023, le pays fait face à nouveau à une recrudescence des cas de dengue mais aussi de chikungunya dans plusieurs régions. A la date du 12 novembre 2023, on enregistrait 109 908 cas suspects dont 49 808 cas probables et 511 décès (3).

Dès le début, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique a entrepris plusieurs actions dont la révision du guide de diagnostic et de traitement de la dengue puis l'élaboration de directives de prise en charge des cas graves de la maladie (4,5).

Sur le plan clinique, la plupart des malades sont asymptomatiques voire paucisymptomatiques et se rétablissent en 1 à 2 semaines. Dans de rares cas, la dengue peut évoluer vers la sévérité ou être sévère d'emblée et entraîner le décès lorsque la prise en charge se fait tardivement ou de façon non optimale (OMS). Les facteurs de risque de gravité sont l'âge (nourrissons, sujets âgés), la grossesse surtout vers le dernier trimestre, l'antécédent de dengue, l'existence de facteurs génétiques, la prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS), l'utilisation des plantes médicinales, l'existence de coïnfection et de comorbidité telle que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, la drépanocytose (6,7).

Les directives nationales proposent des définitions opérationnelles des cas de dengue qui sont :

Un cas suspect de dengue : toute personne présentant une maladie fébrile (>39°C) aiguë d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, et s'accompagnant d'au moins deux (2) des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgies, arthralgies, éruption cutanée, manifestations hémorragiques, syndrome de choc.

Un cas probable : Il s'agit d'un cas suspect avec un test de diagnostic rapide (TDR) positif (un TDR dengue positif = sérologie positive aux IgM et/ou aux IgG et/ou à Ag NS1).

Un cas confirmé de dengue : Il s'agit de tout cas suspect ou probable, confirmé par le laboratoire : sérologie (ELISA) positive aux IgM, augmentation des titres d'IgG, détection du virus par la RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) ou isolement à partir de la culture.

Les patients de dengue qui sont en indication d'hospitalisation sont ceux qui présentent des signes d'alertes avec risques d'évolution vers les formes sévères et ceux qui ont déjà des signes de sévérité. Toutefois, il est important de savoir que même une dengue sans signe d'alerte est susceptible d'évoluer vers une dengue sévère (5).

La figure 1 présente la classification des cas de dengue selon l'existence ou non de signes d'alertes ainsi que les critères de sévérité de la maladie, proposé par l'OMS (8).

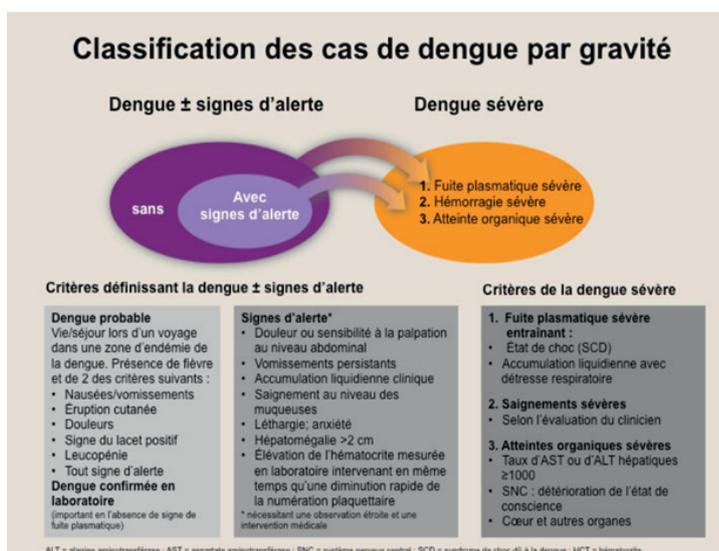


Figure 1 : Classification des cas de dengue selon la gravité (8).

En fonction de la gravité de la maladie, l'OMS a adopté une nouvelle classification des patients en trois (3) groupes : groupe A, groupe B et groupe C.

Selon les directives nationales, les patients du groupe A qui sont sans signes d'alerte peuvent être traités en ambulatoire. Ceux du groupe B présentent des signes d'alerte et doivent être orientés vers une prise en charge hospitalière. Enfin les patients du groupe C doivent bénéficier d'un traitement d'urgence et d'un transfert sans délai vers un établissement spécialisé notamment un centre hospitalier régional ou universitaire (5).

Pour le moment, il n'existe pas de traitement antiviral spécifique de la dengue ni de vaccin disponible au Burkina Faso (1). Cet état de fait et au regard de la fréquence des cas, on note une hausse de la fréquentation des officines pharmaceutiques avec une augmentation de l'automédication, un recours désespéré à la médecine traditionnelle avec des risques d'intoxication et de complication de la maladie. Les populations font recours à la phytothérapie et à la médecine traditionnelle avec l'utilisation du jus de feuilles de papaye, d'ananas, etc (9,10).

Des études ont été réalisées sur l'utilisation de ces thérapies dans la prise en charge de la dengue dans

d'autres pays (9,11,12) mais sans conclusion formelle sur une quelconque efficacité contre la dengue.

Au regard de la fréquence de la consommation des produits de la phytothérapie et celle des complications hépatorénales observées lors de la dengue, il serait impératif de réaliser des études de corrélation entre ces thérapies alternatives et les défaillances d'organes afin d'orienter les populations dans leur choix thérapeutique. La dengue est l'une des maladies vectorielles réémergentes les plus à craindre au cours des prochaines décennies. Le Burkina Faso vit une flambée épidémique qui pèse actuellement sur son système de santé. Il est important pour les patients de consulter précocement en cas de signes suspects de dengue et au personnel soignant de prendre en charge correctement les cas en respectant la catégorisation des patients selon la gravité. Le traitement traditionnel comporte beaucoup de risques pouvant être sources de mauvais pronostic. La meilleure arme contre la dengue reste la lutte antivectorielle.

références

1. WHO [Internet]. 2023 [cité 16 nov 2023]. Dengue and severe dengue. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
2. Ouattara CA, Traore S, Traore TI, Sangare I, Meda CZ, Savadogo LGB. Tendances épidémiologiques et stratégies de lutte contre la dengue au Burkina Faso de 2013 à 2020: une revue systématique: Epidemiological trends and control strategies of dengue in Burkina Faso: a systematic review. *Science et Technique, Sciences de la Santé*. 2022;45(1):137-51.
3. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Situation épidémiologique hebdomadaire. Burkina Faso: DPSP; 2023 nov p. 34. Report No.: 45.
4. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Guide de diagnostic et de traitement de la dengue au Burkina Faso. DPSP; 2023.
5. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Directives nationales de prises en charge des cas de dengue au Burkina Faso. DPSP, PNLMTN; 2023.
6. Wilder-Smith A, Ooi EE, Horstick O, Wills B. Dengue. *The Lancet*. 26 janv 2019;393(10169):350-63.
7. Ng WY, Atan R, Yunos NM, Kamal AH bin M, Roslan MH, Quah KY, et al. A double whammy: The association between comorbidities and severe dengue among adult patients—A matched case-control study. *PLOS ONE*. 20 sept 2022;17(9):e0273071.
8. Organisation mondiale de la santé. Guide pour la prise en charge clinique de la dengue. OMS; 2013.
9. Saleh MSM, Kamisah Y. Potential Medicinal Plants for the Treatment of Dengue Fever and Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus. *Biomolecules*. 30 déc 2020;11(1):42.
10. Sondo KA, Gnamou A, Diallo I, Ka D, Zoungrana J, Diendéré EA, et al. Etude descriptive des complications de la dengue au cours de la flambée de 2016 à Ouagadougou au Burkina Faso. *PAMJ - One Health [Internet]*. 31 mars 2022 [cité 21 sept 2023];7(27). Disponible sur: <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/7/27/full>
11. Yuson-Sunga J, Co FA, Falalimpa Agbon R jay FA, Boco Austria MPA, Caballes NV, Favorito CEL, et al. The Effect of Carica Papaya Leaf Extract on Increasing Platelet Count Among Dengue Fever Patients: A Meta-Analysis. *Acta Medica*. 5 avr 2021;52(1):11-7.
12. Zeb S, Ahmad J, Abid A, Aljeldah M, Al Shamman B, S.S. Alwashmi A, et al. Effect of Carica papaya leaves suspension in thrombocytopenia patients infected with dengue: A case control Study. *JPTCP [Internet]*. 1 janv 2023 [cité 17 nov 2023];30(15). Disponible sur: <https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/2202/2225>

CONDITIONS ET TECHNIQUES DE PRELEVEMENT DE SANG POUR LES HEMOCULTURES

Chaque année dans le monde, les maladies infectieuses sont responsables d'environ 15 millions de décès. Les états septiques sont en partie responsables de cette létalité qui peut atteindre 30% en cas de sepsis, 50% lorsqu'il s'agit de sepsis sévère et 80% en cas de choc septique. Le diagnostic des états septiques constitue une nécessité. Il est essentiellement basé sur l'isolement des pathogènes (bactéries et champignons) dans les hémocultures dont la qualité de la prescription d'une part et celle de la réalisation d'autre part sont des facteurs essentiels qui influencent les résultats de l'examen. Le non-respect des mesures d'asepsie pour le prélèvement de sang est non seulement à la base de la contamination des hémocultures mais il peut être également responsable d'infections nosocomiales, potentiellement fatales pour les patients [1]. L'objectif de cet article est de rappeler les bonnes pratiques en matière de prélèvement de sang pour la réalisation des hémocultures.

L'hémoculture est un examen en bactériologie médicale, qui permet de mettre en évidence le passage de micro-organismes dans le sang, de les identifier et de caractériser leur profil de sensibilité aux anti-infectieux. Les indications de l'hémoculture sont larges et concernent toute fièvre d'origine indéterminée, surtout si elle s'accompagne de signes évocateurs d'une infection. Il s'agit de :

- Fièvre chez un patient aplasique ou immunodéprimé. H
- Fièvre chez un patient porteur d'un cathéter, d'une sonde urinaire d'un dispositif implantable.
- Fièvre chez un cardiaque (suspicion d'endocardite).
- Choc septique.
- Fièvre inexplicée. [2,5]

Au moment du prélèvement

Pour éviter tout faux négatif, il est impératif de pratiquer le prélèvement le plus tôt possible au cours de la maladie et surtout avant tout antibiothérapie. Dans le cas contraire, une fenêtre thérapeutique de 48 à 72 heures est recommandée.

Une bactériémie est suspectée cliniquement devant une fièvre élevée, ± accompagnée de frissons intenses, de foyers infectieux multiples ou chez un patient neutropénique ou porteur de matériel étranger (notamment cathéter veineux central). Dans de rares cas, il existe à l'inverse une hypothermie, notamment dans certains cas de bactériémie à entérobactéries. Les hémocultures n'ont pas besoin d'être particulièrement réalisées au pic de fièvre, de l'hypothermie et/ou des frissons.

Dans certaines circonstances (sujet âgé, immunodéprimé, corticothérapie, traitement antipyrétique), les hémocultures doivent être réalisées même en l'absence de fièvre. [3, 4, 5]

Matériels pour le prélèvement aussi importants

Les matériels de prélèvement sont constitués de :

- Matériel de ponction : soit une tubulure munie d'une aiguille à chaque extrémité et permettant de ponctionner et d'inoculer directement le milieu de culture (épicrânienne) ; soit une seringue montée, stérile, etc.
- Flacons/ballons d'hémoculture
- Antiseptique/désinfectant, gaze ou coton hydrophile
- Garrot



Mode de prélèvement, une étape cruciale

Le prélèvement doit être réalisé après une asepsie rigoureuse. Toute contamination par des germes cutanés ou ambiants peut compromettre la culture de la bactérie recherchée et/ou gêner l'interprétation du résultat.

Le bouchon du flacon d'hémoculture est désinfecté soigneusement avec de la polyvidone iodée. Le système de prélèvement est généralement constitué d'une tubulure munie à chaque extrémité d'une aiguille, l'une servant à pratiquer la ponction veineuse et l'autre l'inoculation du flacon grâce à un adaptateur. Le matériel de prélèvement est plus en plus sécurisé pour limiter les accidents d'exposition au sang. Le flacon aérobique est préférentiellement ensemencé en premier, permettant ainsi d'évacuer l'air présent dans la tubulure avant d'inoculer le flacon anaérobique.

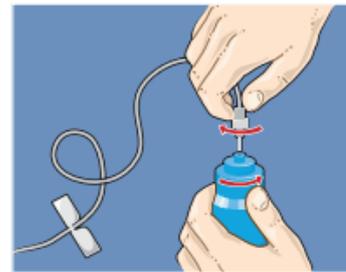
La ponction veineuse constitue la méthode de prélèvement habituelle des hémocultures, les autres sites de ponction, cathéters veineux ou artériels par exemple, augmentent la fréquence des contaminants.



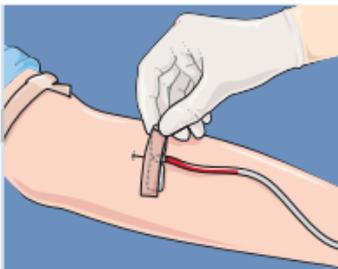
1 - Asepsie de la peau



2 - Désinfection des bouchons des flacons



3 - Relier l'adaptateur au dispositif de prélèvement



4 - Pratiquer la ponction veineuse à l'aide de l'aiguille (type épicroânienne protégée)



5 - Placer l'adaptateur sur le flacon



6 - Étiqueter correctement le flacon

Procédure de prélèvement direct des flacons d'hémocultures [6]

Volume de sang à prélever à prendre en considération

Les performances d'une hémoculture dépendent largement du volume de sang prélevé. Il est recommandé de prélever au moins 10 mL de sang (entre 10 et 30 mL) chez l'adulte, 5 mL chez l'enfant et 2 mL chez le nouveau-né. Il n'existe pas de consensus sur le nombre d'hémoculture à pratiquer. Trois hémocultures à 30 minutes d'intervalle semblent suffisantes chez l'adulte [7]

Acheminement du prélèvement au laboratoire en respectant ses exigences

Les hémocultures doivent être acheminés le plus rapidement possible au laboratoire afin d'être introduite dans l'automate le plus tôt possible. Chaque hémoculture doit être étiquetée correctement et accompagnée d'une demande sur laquelle figureront : nom, prénom et date de naissance du patient ou son âge ; le service d'origine ; la date, l'heure et le mode de prélèvement (veineux direct ou autre dispositif) ainsi que la température du patient au moment où il est effectué, sans oublier de mentionner une éventuelle antibiothérapie et la nature de celle-ci [5].

Le contexte clinique et épidémiologique doit être communiqué au biologiste : infection communautaire ou nosocomiale, recherche de bactéries particulières à croissance lente, suspicion d'une bactériémie sur cathéter. [2]

Les hémocultures font partie des examens les plus souvent prescrits dans une pratique hospitalière. En faire bon usage et mieux choisir les patients pour lesquels cet examen est indiqué et sera utile, permettrait une prise en charge optimale des bactériémies, avec la prescription rapide d'une antibiothérapie ciblée. Les bactériémies posent un problème majeur de prise en charge. Il faut en effet trouver un compromis entre l'urgence du traitement et la difficulté à poser un diagnostic précis dans de brefs délais. Par ailleurs, la culture bactériologique des échantillons de sang pour identifier les microorganismes et établir leur profil de sensibilité aux antibiotiques nécessite en moyenne sept jours [8, 9].

Remarques

- Flacon d'hémoculture aérobie adulte : volume = 80 mL
- Flacon d'hémoculture anaérobie adulte : volume = 80 mL
- Flacon d'hémoculture aérobie pédiatrique : volume = 40 mL
- Flacon d'hémoculture anaérobie pédiatrique : volume = 40 mL

Références

- [1] Affolabi D, Adigbonon C, Sogbo F, et al., Analyse de la prescription et de la réalisation des hémocultures au centre national hospitalier universitaire hubert koutoukou maga de cotonou. Journal de la SBC du Bénin, 2017 ; N° 027 ; 90-95
- [2] Koeck J. L, François T, Chokou M, Les hémocultures en 2001 Revue Française des laboratoires Septembre 2001 N° 335
- [3] Guide pratique, Analyses médicales, par Dieusaert P. 5ème édition, 2009, 1704 p
- [4] Maladies infectieuses et Tropicales Pilly ECN 2020 27ème édition 320p
- [5] Guide infirmier des examens de laboratoire par René Caquet édition, 201, 360p
- [6] Bactériologie médicale, Techniques usuelles, par F. Denis et al 3è édition, 2016, 570 p
- [7] 250 examens de laboratoire, par R. Caquet. 12e édition, 2015, 553 p
- [8] Ouédraogo AS, Dakouré-Kissou A, Poda GEA, Koueta F, Yé-Ouattara D, Ouédraogo-Traoré R. Aspects épidémiologiques, microbiologiques et évolutifs des bactériémies de l'enfant au Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulle (Burkina Faso). Sante 2011 ; 21 : 221-5. doi : 10.1684/san.2011.027
- [9] Sciotto L, Abbas M, Serratrice J. Détection d'une bactériémie par des hémocultures : qui en bénéficie ? Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1774-8

EVALUATION DE L'USAGE RATIONNEL DES MEDICAMENTS (ANTIBIOTIQUES)

L'ANRP mène une deuxième enquête de prévalence ponctuelle sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux au Burkina Faso

Dans le cadre de l'évaluation de l'usage rationnel des médicaments, l'ANRP a mené avec l'appui technique et financier de l'OMS et de MTaPS la deuxième enquête de prévalence ponctuelle sur l'utilisation des antibiotiques dans quatre hôpitaux du Burkina Faso. Il s'agissait de recueillir des informations de base sur l'utilisation des antibiotiques dans ces structures afin de mettre au point des politiques et des interventions efficaces en matière de lutte contre la Résistance aux antimicrobiens (RAM).

L'enquête de prévalence ponctuelle de l'utilisation des antibiotiques a été réalisée dans quatre (4) hôpitaux notamment les Centres hospitaliers régionaux (CHR) de Kaya, de Ziniaré, de Tenkodogo et de Banfora d'Avril à mai 2022.

Elle a consisté en une collecte d'informations sur la prescription et l'utilisation des antibiotiques dans tous les services d'hospitalisation de soins aigus et chez tous les patients hospitalisés jusqu'à 8h du matin le jour de l'enquête ; leur analyse et l'identification des problèmes y relatifs. Pour se faire, un certain nombre d'acteurs (superviseurs, enquêteurs et opérateurs de saisie) ont été mobilisés principalement les agents de santé des différents hôpitaux. Une formation initiale des superviseurs de chaque établissement sur la méthodologie de la surveillance de l'utilisation des antibiotiques a été faite, puis une formation des enquêteurs et des opérateurs de saisie par une équipe conjointe de l'ANRP et de la Direction des systèmes d'information de santé (DSIS) avant la collecte de données proprement dite. Un certain nombre d'indicateurs ont été mesurés lors de cette étude dont : le nombre et pourcentage de patients sous antibiotiques par site d'enquête et par service ; le nombre moyen d'antibiotiques prescrits par patient par site d'enquête et pour les quatre sites, la durée moyenne du traitement ; le nombre de patients pour lesquels l'antibiothérapie a été justifiée (raison notée) par site d'enquête ; le nombre d'antibiotiques prescrits par type de prescripteur (médecin spécialiste, médecin généraliste, inconnu, autre) ; le nombre moyen de prélèvements effectués par patient sous antibiotique ; le nombre et pourcentage de cultures positives ; le nombre et pourcentage d'antibiogrammes réalisés pour les cultures positives...

De façon globale on a noté que 74,27% des patients inclus recevaient au moins un antibiotique. Ces prescriptions d'ATB avaient pour indication principalement les infections acquises dans la communauté (51,96%) et la prophylaxie chirurgicale (21,79%). Les septicémies cliniques (23,17%),

les pneumonies (21,14%), les infections gastro-intestinales (17,89%) étaient les principaux motifs de prescription des antibiotiques. On note cependant que 20,73% des prescriptions d'ATB étaient non indiquées.

Les bêtalactamines étaient la famille d'antibiotiques la plus utilisée avec 65,18% viennent ensuite les nitroimidazolés avec 16,39%, les aminosides 9,39% puis les.

Les médecins généralistes venaient en tête des prescriptions d'antibiotiques avec 54,56% d'antibiotiques prescrits.

On note cependant 16,01% d'antibiotiques étaient prescrits par des prescripteurs non précisés.

Les examens microbiologiques étaient demandés pour seulement 4,47% (16/358) des patients ayant eu une antibiothérapie.

Sur ces 16 prélèvements, trois (3) ont été positifs, où on a pu identifier un germe responsable de l'infection.

Les traitements antibiotiques étaient majoritairement empiriques dans les quatre (4) hôpitaux (98,6%), avec 69,65% des traitements ATB qui ne respectaient pas les directives en vigueur.

Les résultats de cette étude devraient permettre aux hôpitaux concernés de mettre en œuvre par la suite des interventions éclairées pour optimiser l'utilisation des antibiotiques et contribuer ainsi à réduire de manière significative la résistance aux antibiotiques aux niveaux local et supérieur.