



Pathologies au retour d'un pays tropical

Bibliographie

- Maladies infectieuses et tropicales. E.PILLY 20^e édition 2006
- Dossiers spécial Chikungunya. INPES, état des connaissances juin 2008.
- Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2008. BEH 24 juin 2008/n° 25-26
- La lettre de l'infectiologue. Dossier voyage N° 3-mai-juin 2008

Dr Levent . Équipe opérationnelle en hygiène – Référent en antibiothérapie. Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois. 2008



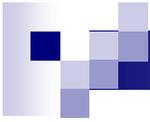
Paludisme

Turista **Myase**

Amibiase

Bilharziose

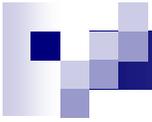
Dengue



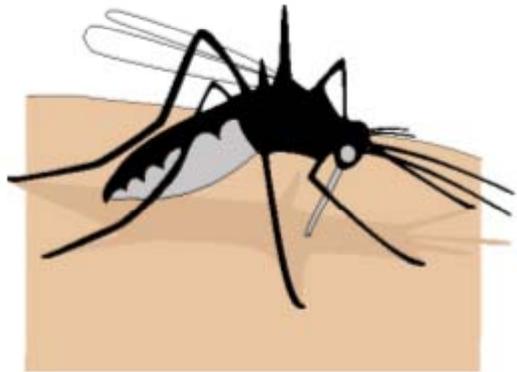
Le patient consulte pour 4 types de manifestations:

- ✓ **une fièvre**
- ✓ **des lésions cutanées**
- ✓ **une diarrhée**
- ✓ **des signes respiratoires**

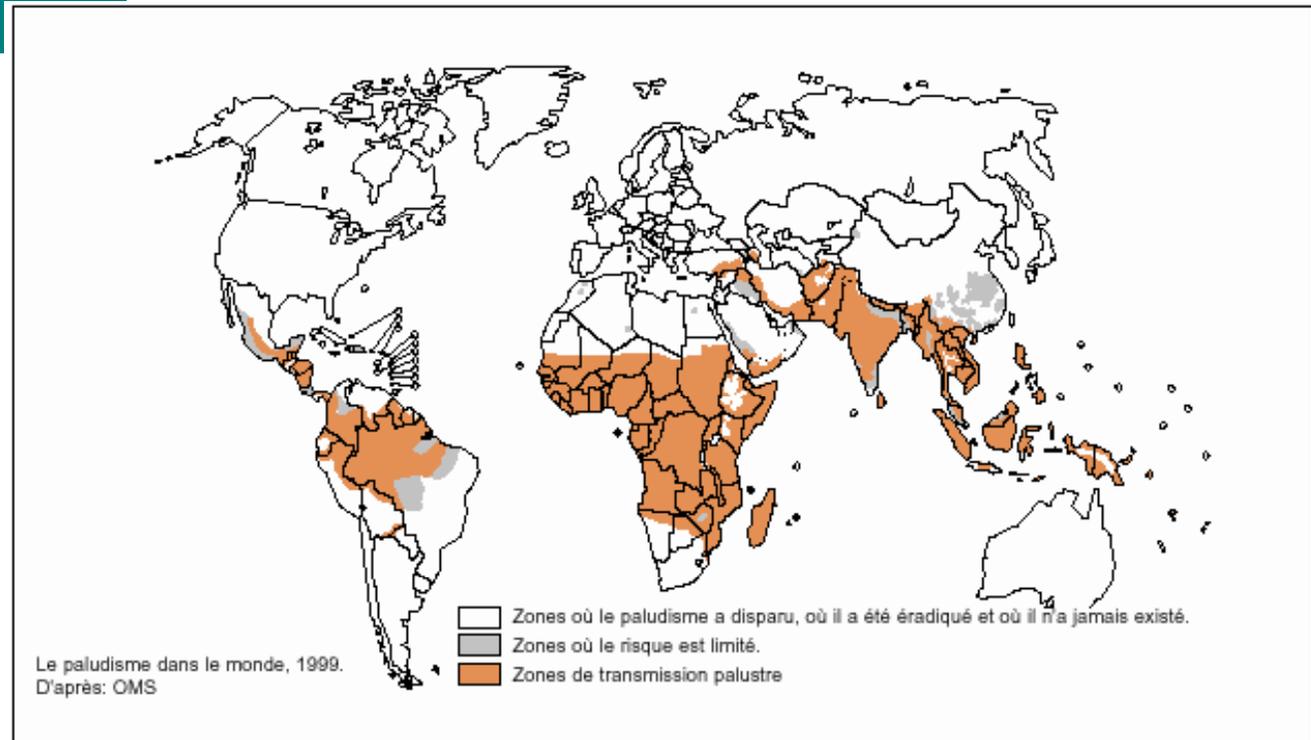
<p>Fièvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paludisme ✓ Dengue ✓ Hépatites virales ✓ Fièvre typhoïde ✓ Amoebiose hépatique
<p>Diarrhée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Turista ✓ Fièvre typhoïde ✓ Shigellose ✓ Paludisme ✓ Diarrhées parasitaires (giardia, amoebiose, helminthose)
<p>Lésions cutanées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pyodermites (staphylocoque, streptocoque) ✓ Exanthème, escarre d'inoculation (dengue, PI VIH...) ✓ Leishmaniose, larva-migrans, myase
<p>Troubles respiratoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pneumocoque ✓ Légionellose ✓ Infections virales épidémiques (SRASS...)



Paludisme



1 Épidémiologie



Ci-dessus: Le paludisme dans le monde. Le paludisme est endémique dans les régions tropicales et subtropicales.

- ▶ Le paludisme est causé par un protozoaire appartenant au genre *plasmodium*
- ▶ Plus de 2 milliards de personnes sont exposées
- ▶ C'est la plus fréquente des maladies fébriles d'importation
- ▶ Maladie grave en raison d'une létalité potentielle (*P.falciparum*)
- ▶ Chimiorésistance croissante

- ▶ Zones tropicales et inter-tropicales essentiellement
- ▶ Augmentation du nombre de cas importés (voyages, migrants), 5000-6000 cas/an en France
- ▶ Réservoir strictement humain

Transmission

Sujet infecté ±
signes cliniques



Plasmodium

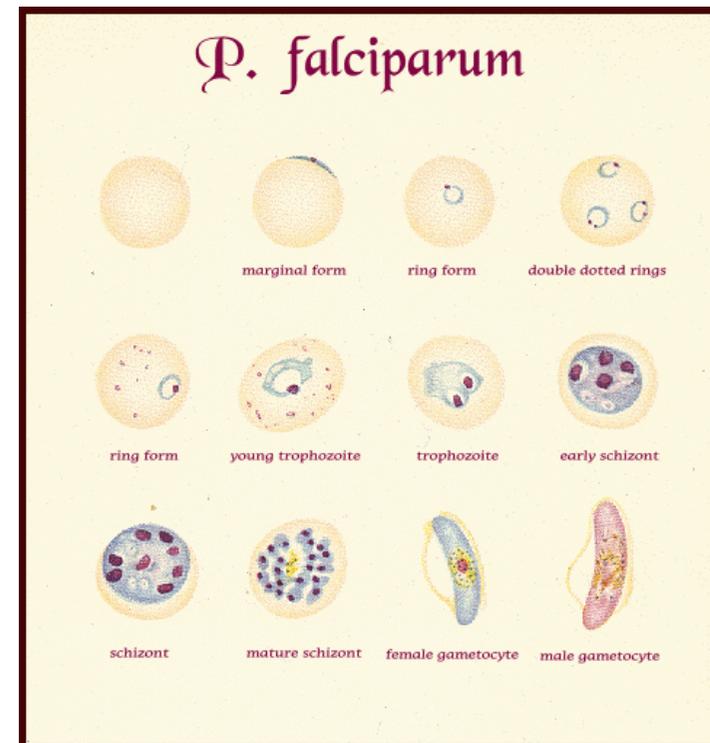
Sujet réceptif

Piqûre:

- indolore
- nocturne
- Anophèle femelle

2 Agent causal

- ✓ *P.falciparum* est le plus répandu, longévité inférieure à 2 mois
- ✓ Autres plasmodiums: *P.vivax*, *P.ovale*, *P.malariae*



Cycle parasitaire de *P.falciparum*

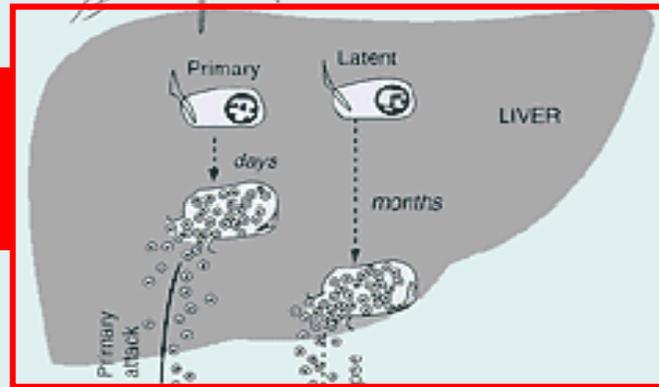


anopheline

Sporozoite

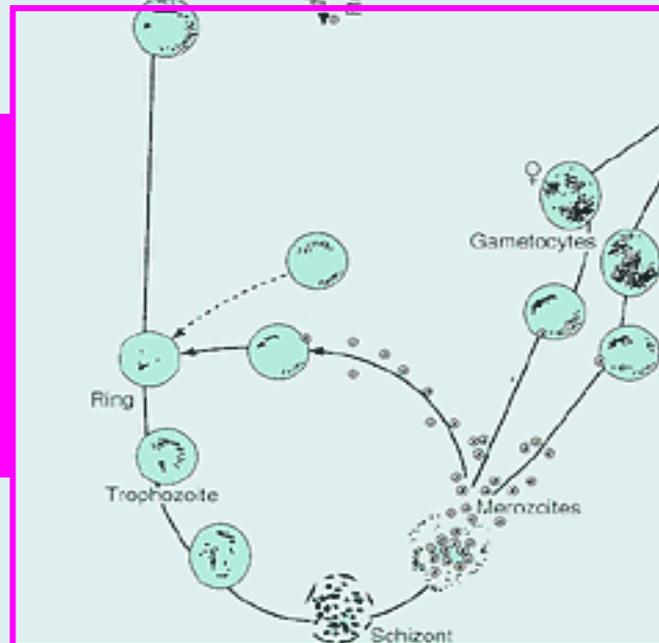
1° Étape hépatique (6j)

Multiplication du parasite
Asymptomatique



2° Étape sanguine (48h)

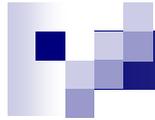
Pénétration et multiplication
du parasite dans les GR
Éclatement des GR au bout
de 48H
Signes cliniques +++



3° Cycle sexué chez l'anophèle

Absorption des parasites
sanguins lors du repas
Multiplication dans
l'estomac
Migration vers les glandes
salivaires





L'homme ne dispose d'aucune immunité naturelle, cependant:

- ▶ La réinfection permet le développement d'une immunité relative qui limite la parasitémie

3 Clinique

Forme commune: la primo-invasion

- ❖ T° continue d'apparition progressive
- ❖ Myalgies, arthralgies, céphalées, douleurs abdominales
- ❖ Non reconnue et non traitée, elle évolue vers des accès périodiques ou vers une forme grave (*P. falciparum*)



L'accès palustre (Accès de T° périodique (reviviscence))

Clinique: accès en 3 phases:

- ❶ frissons, malaise, sensation de froid (1-2h)
 - ❷ T° à 40°C, pouls rapide ou lent (1-4h)
 - ❸ Sueurs profuses, défervescence thermique asthénie, hépatosplénomégalie
- ❖ Accès répétés tous les 2-3 jours

Forme grave

Neuro-paludisme	Coma, convulsions
Anémie sévère	
Parasitémie élevée	> 5% (non immuns), > 10% (autres)
OAP, SDRA	
Hypoglycémie	
Collapsus ou choc	PAS < 50 mm Hg
Saignements spontanés	Gingivorragies, épistaxis, CIVD
Ictère	
T° > 40°C	

4 Arguments du diagnostic (1)

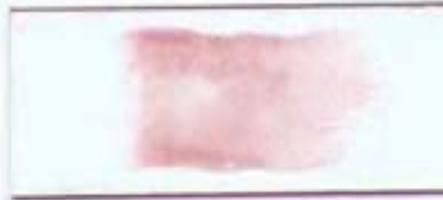
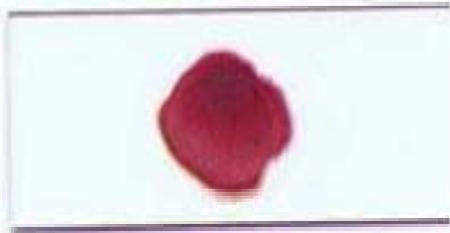
Notion d'exposition au risque: Antécédent de séjour en zone à risque

Examen d'orientation:

Hémogramme	Leuconeutropénie, thrombopénie fréquente
VS, CRP	VS peu élevée, CRP élevée
Transaminases	Élevée (diagnostic différentiel et hépatite)
Autre	Hypocalcémie fréquent

4 Arguments du diagnostic (2)

Examen d'orientation: examens de confirmation

Frottis sanguin	Permet d'identifier l'espèce plasmodiale 
Goutte épaisse	Permet de détecter les parasitémie faible 
Parasitémie	Elle peut être faible ou nulle

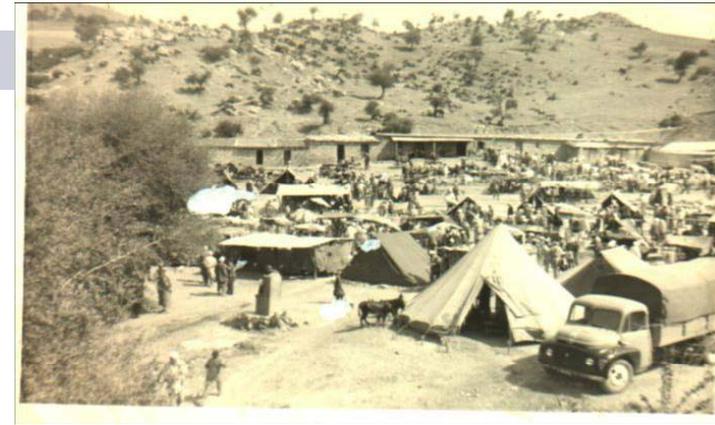
5 Traitement: les molécules disponibles

Quinine	<ul style="list-style-type: none">▪ Antipaludique majeur, reste actif face à la chimiorésistance▪ Bonne tolérance (vertiges, nausées , accouphènes, amaurose)▪ Voie IV ou PO possibles
Chloroquine (Nivaquine®)	<ul style="list-style-type: none">▪ Forme orale▪ Indication limitée (chimiorésistance)
Méfloquine (Lariam ®)	<ul style="list-style-type: none">▪ Forme orale▪ Effets secondaires possibles (vertiges , nausées...)▪ Traitement des accès simples si CI ou résistance à la quinine
Atovaquone-proguanil (Malarone ®)	<ul style="list-style-type: none">▪ Forme orale▪ Traitement des accès simples si CI ou résistance à la quinine

5 Traitement: schémas thérapeutiques

Formes simples	<ul style="list-style-type: none">▪ Nivaquine® : 10 mg/kg H0, H6, J-J5 5mg/kg/j (en dehors du P.falciparum)▪ Lariam® : 3cps H0, 2 cps H8, 1 cp H16 (adulte > 60 Kg)▪ Malarone ®: 4 cps/j pendant 3 jours
Formes graves	<ul style="list-style-type: none">▪ Quinine IV: Dose de charge de 16 mg/kg en 4 heures puis 25 mg/kg/ en SAP dans du SG 10% (! au risque d'hypoglycémie) pendant 3 jours puis:▪ relai PO: quinine, Lariam® ou Malarone ® pendant 4j
Surveillance du traitement	<ul style="list-style-type: none">▪ Clinique: T° et fonctions vitales▪ Biologie: hématologie, parasitologie, quininémie

6 Prévention (1)



❶ Moustiquaires (imprégnées), répulsifs, insecticides, vêtements longs

❷ Protection médicamenteuse (chimioprophylaxie)

- ✓ N'empêche pas l'infestation ni les manifestations tardives
- ✓ S'adresse aux sujets non immuns

Nivaquine®	1 cp à 100 mg/j (la veille de l'arrivée, 4 semaines après le retour)
Savarine® (proguanil + chloroquine)	1 cp/j (la veille de l'arrivée, 7j)
Malarone ®	1 cp/j (limité à 3 mois) (la veille de l'arrivée, après le retour)
Lariam®	1 cp/semaine (10 j avant l'arrivée, 3 semaines après le retour)

6 Prévention (2)

Il est important de connaître les niveaux de chimiorésistance avant de proposer une molécule (BEH: conseils aux voyageurs)

Pas de chloroquinorésistance (pays du groupe 1)	Nivaquine®
Chloroquinorésistance rare ou modérée (pays du groupe 2)	Savarine® ou Malarone ®
Chloroquinorésistance élevée (pays du groupe 3)	Malarone ® ou Lariam®

6 Prévention (3): paludisme chez la femme enceinte

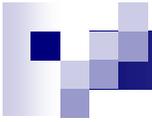
Points essentiels:

- ✓ dissuader la femme enceinte de voyager en zone d'endémie palustre
- ✓ La quinine reste le traitement de référence de l'accès palustre

Utilisation possible quel que soit le terme de la grossesse

Pas de chloroquinorésistance (pays du groupe 1)	Nivaquine [®]
Chloroquinorésistance rare ou modérée (pays du groupe 2)	Savarine [®] ou Malarone [®]
Chloroquinorésistance élevée (pays du groupe 3)	Malarone [®] ou Lariam [®]

Pour les pays du groupe 3, le Doxypalu[®] est envisageable uniquement au 1^o trimestre de la grossesse



La turista





1 Épidémiologie

- ❖ Turista = diarrhée du voyageur (DV)
 - Au moins 3 selles liquides /j
 - ± vomissements, douleurs abdominales
- ❖ Rôle du niveau d'hygiène dans la chaîne alimentaire démontré



2 Clinique

- ❖ Incubation brève
- ❖ Pic de fréquence entre le 3^o-4^o jour du séjour (2^o pic au 10^o jour)
- ❖ Evènement bénin et de courte durée
- ❖ 10% des cas > 1 semaine, 2% des cas évoluent vers une forme chronique

3 Étiologie et sources microbiennes

- ❖ L'infection digestive provient de l'absorption d'aliments ou d'eau contaminés (matières fécales)
- ❖ *E.coli* entérotoxigène (ETEC) représente 80% des agents pathogènes
- ❖ 20% d'origine virale ou parasitaire

Aliments à risque

- ✓ Fruits de mer
- ✓ Poissons et viande mal cuits
- ✓ Plats préparés consommés froids
- ✓ Glaces artisanales et crudités
- ✓ Fruits pré-épluchés
- ✓ Eau du robinnet



4 Conduite à tenir

Intérêt limité des coprocultures standard

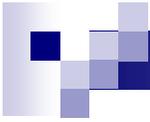
Traitement symptomatique

- ❖ Thé léger sucré, jus de fruit , gâteaux salés secs et alimentation riche en glucides
- ❖ Éviter les produits lactés
- ❖ Éviter les ralentisseurs du transit (Immodium®...) on enferme le loup dans la bergerie!



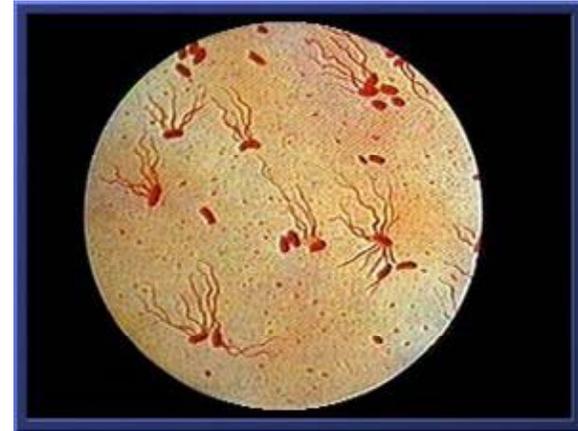
Place de antibiotiques

- ❖ Raisonnablement indiqués si:
 - ▶ syndrome dysentérique (glaires, sang) et T°
- ❖ Schéma thérapeutique: ofloxacine 200 mg/12h pendant 3 jours



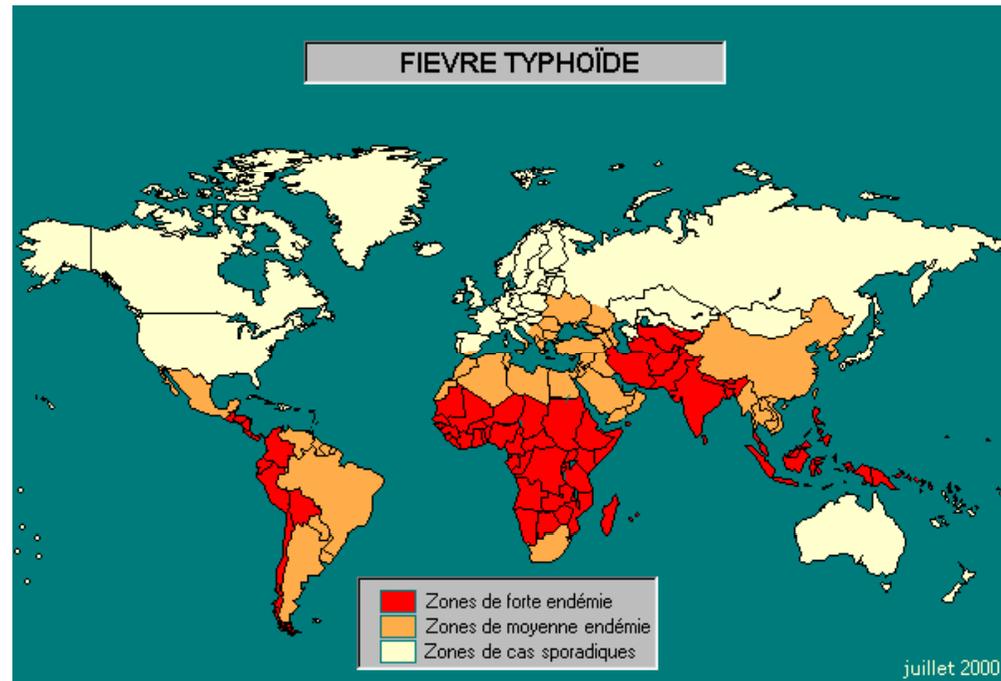
La fièvre typhoïde

1 Agent causal



- ✓ Bacilles à Gram négatif flagellés
- ✓ *Salmonella paratyphi* et *typhi*

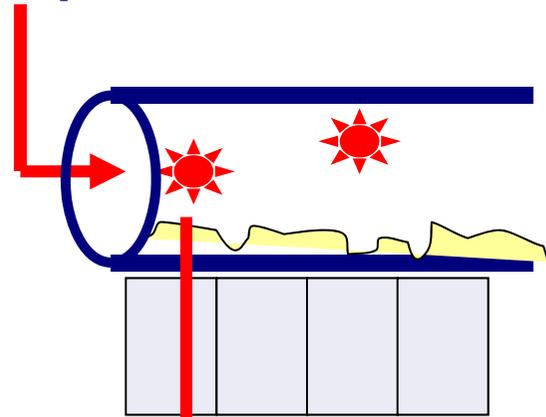
2 Épidémiologie



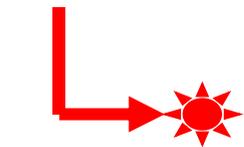
- ✓ Rare en France (200 cas/an), fréquente dans les pays en développement
- ✓ Réservoir strictement humain (tube digestif)
- ✓ Mode de transmission: mains sales, aliments contaminés

3 Physiopathologie

① Absorption orale des bactéries



② Franchissement sans effraction des entérocytes



③ Dissémination par voie lymphatique

④ Passage sanguin



4 Clinique

Phase d'invasion	<ul style="list-style-type: none">✓ Augmentation progressive de la T°✓ Céphalées, insomnie, asthénie, anoréxie✓ Constipation✓ Pouls dissocié de la T°✓ FID gargouillante
Phase d'état	<ul style="list-style-type: none">✓ T° 39-40°C✓ Tuphos: somnolence, prostration, insomnie nocturne✓ Diarrhée "jus de melon"✓ Pouls dissocié de la T°✓ Splénomégalie, macules rosées (flancs et thorax)

5 Diagnostic

Éléments d'orientation	<ul style="list-style-type: none">✓ VS peu élevée, CRP élevée, leuconéutropénie✓ Perturbation des tests hépatiques
Confirmation	<ul style="list-style-type: none">✓ Hémocultures (positives surtout la première semaine)✓ Coprocultures positives inconstantes✓ Séro-diagnostic de Felix et Widal ! Aux faux positifs (autres salmonelloses, yersiniose, paludisme...)

Au total,

- penser à la fièvre typhoïde systématiquement devant une fièvre au retour d'un séjour tropical
- Réaliser systématiquement des hémocultures devant une fièvre inexplicquée de plus de 5 jours

6 Traitement

Traitement spécifique

Fluoroquinolones	Oflocet [®] 200 mg/12h pendant 7 jours
-------------------------	-------------------------------------------------

Bétalactamines	Rocéphine [®] 75 mg/kg/j pendant 5 jours
-----------------------	---------------------------------------------------

Surveillance

- Suivi de la T° et du pouls
- Contrôle de l'hémogramme
- 2 coprocultures à 48h d'intervalle en fin de programme



7 Prévention

- S'abstenir de boire de l'eau non contrôlée, ne manger que des aliments crus ou bouillis.
- Vaccination (Typhérix[®], Typhim[®]) conseillée pour les voyageurs



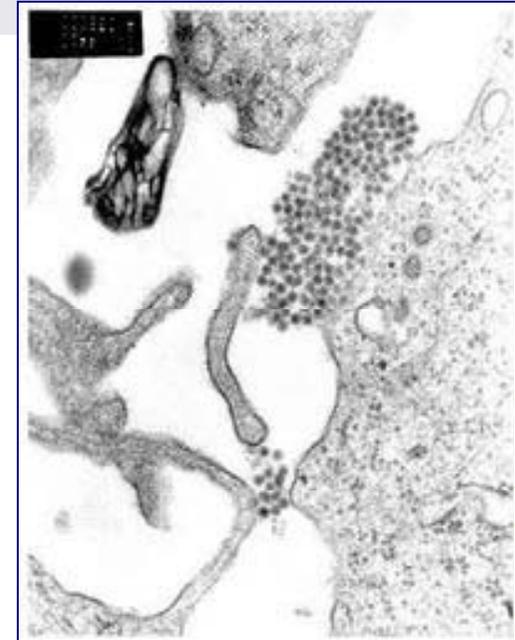
Arboviroses (dengue...)



Généralités

- Les arboviroses sont transmises par un arthropode vecteur
- Tropisme vasculaire, hépatique ou cérébral
- Syndrome algique et très fébrile
- Syndrome hémorragique possible
- En extension

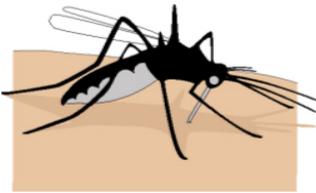
1 Virologie et physiopathologie



- Une centaine d'arbovirus sont pathogènes pour l'homme
- Entraînent une microvascularite diffuse, des troubles de la coagulation (CIVD) dans les fièvres hémorragiques

2 Épidémiologie

- Vecteurs: arthropodes hématophages (moustiques, tiques, phlébotomes)
- Arboviroses fréquentes dans les pays tropicaux
- En France: virus West Nile (midi de la France), encéphalite à tiques (Alsace, Lorraine)



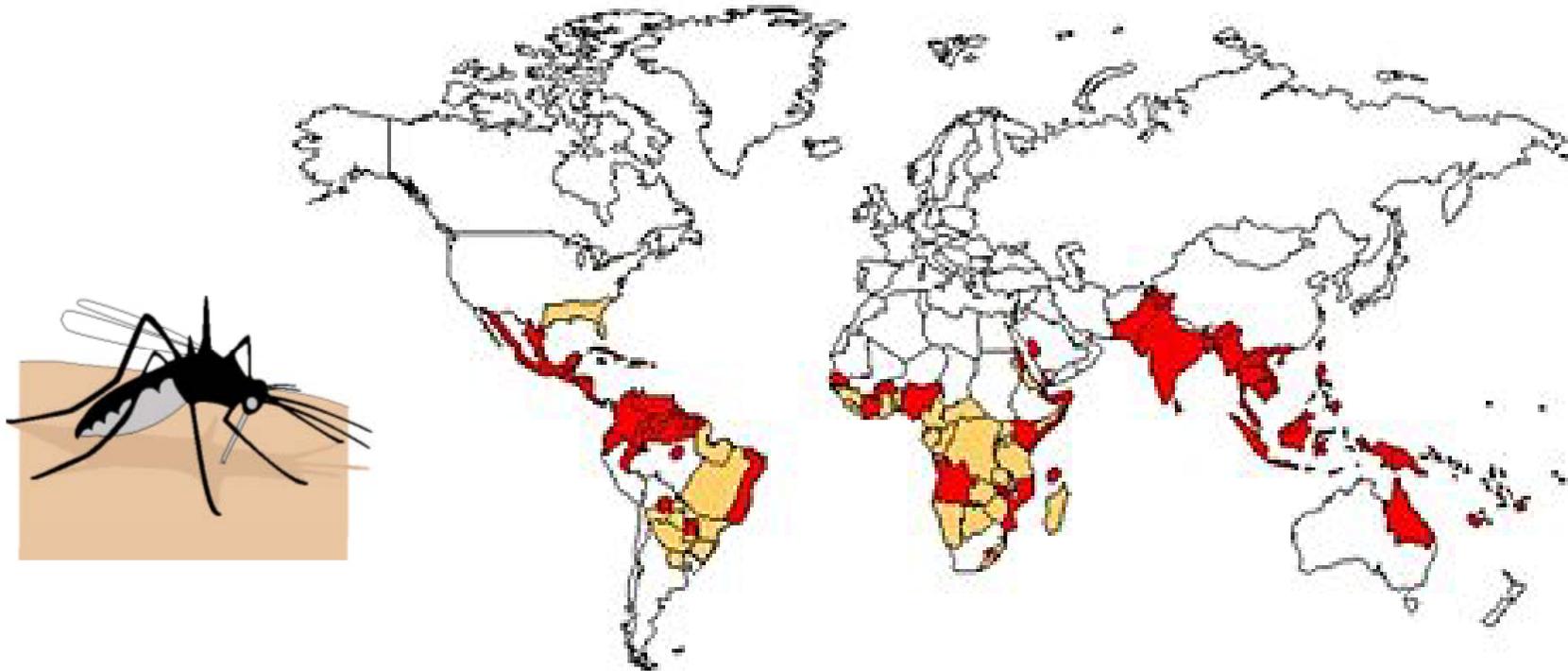


3 Aspects cliniques

- Les arboviroses peuvent induire 3 types de formes cliniques:
 - ▶ algo-éruptives
 - ▶ hémorragiques
 - ▶ encéphaliques
- Incubation courte puis apparition brutale d'une T° avec céphalées, arthromyalgies et malaise général
- Apparition parfois de signes évocateurs algo-éruptifs, hémorragiques ou encéphaliques

4 La Dengue

- Virus transmis par un moustique *Aedes aegypti* et *albopictus*
- Sévise en zone tropicale et inter-tropicale

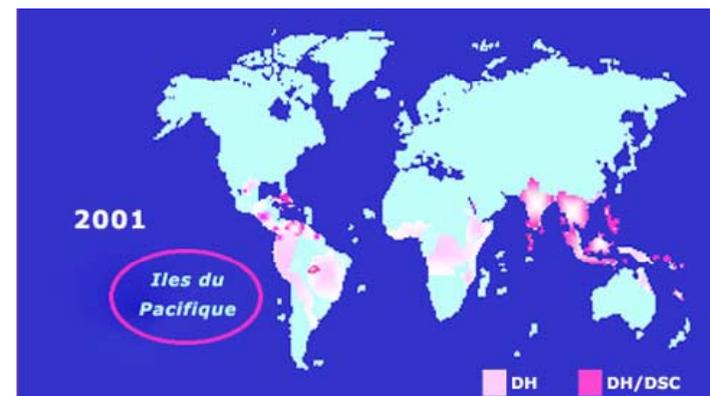
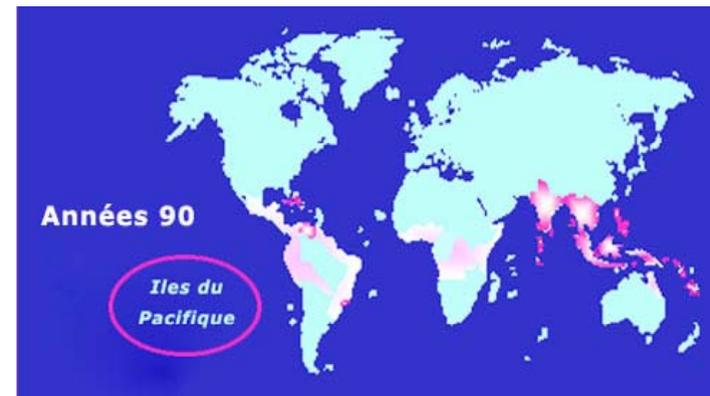
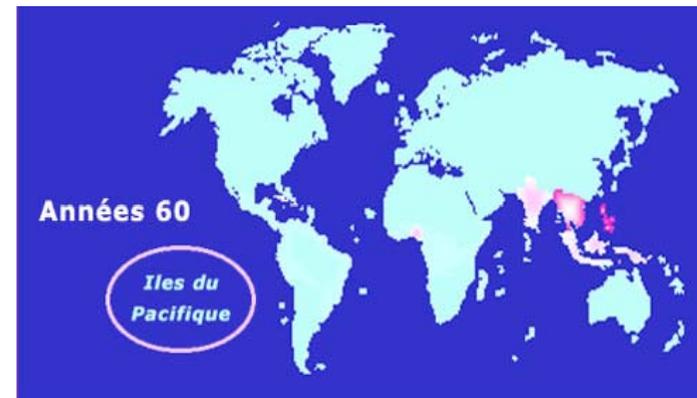


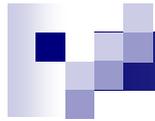
■ Zones infestées par *Aedes aegypti*

■ Infestées par *Aedes aegypti* et ayant eu des épidémies de dengue

Épidémiologie

- Classée parmi les maladies émergentes du fait de son extension récente (voyage, nb de cas multiplié par 60 entre 1989 et 1993 en Amérique du sud)
- Raisons:
 - ▶ croissance démographique
 - ▶ catastrophes naturelles
 - ▶ paupérisation
 - ▶ ralentissement des campagnes d'éradication des moustiques
- OMS: 50-100 millions de personnes infectées/an dans le monde





■ Clinique:

- ▶ 1° phase: syndrome grippal sévère (douleurs et T° +++)
- ▶ Phase d'état: T° rémittente (40-40,5°C), défervescence thermique puis ré-ascension thermique et exanthème morbilliforme ou scarlatiniforme prurigineux
 - ▶ Guérison spontanée en 1 semaine avec chute thermique brutale et crise sudorale abondante
 - ▶ Formes graves possibles (3°-4° jour; hémorragie, choc par fuite capillaire)

■ Éléments d'orientation diagnostic:

- ▶ Leuconeutropénie
- ▶ Cytolyse hépatique, thrombopénie

■ Diagnostic sérologique



Traitement

- Il n'existe pas de traitement préventif (vaccin) ni curatif (antiviraux)
- Traitement uniquement symptomatique:
 - ▶ calmer les douleurs
 - ▶ hydratation
 - ▶ transfusion plaquettaires quelque fois

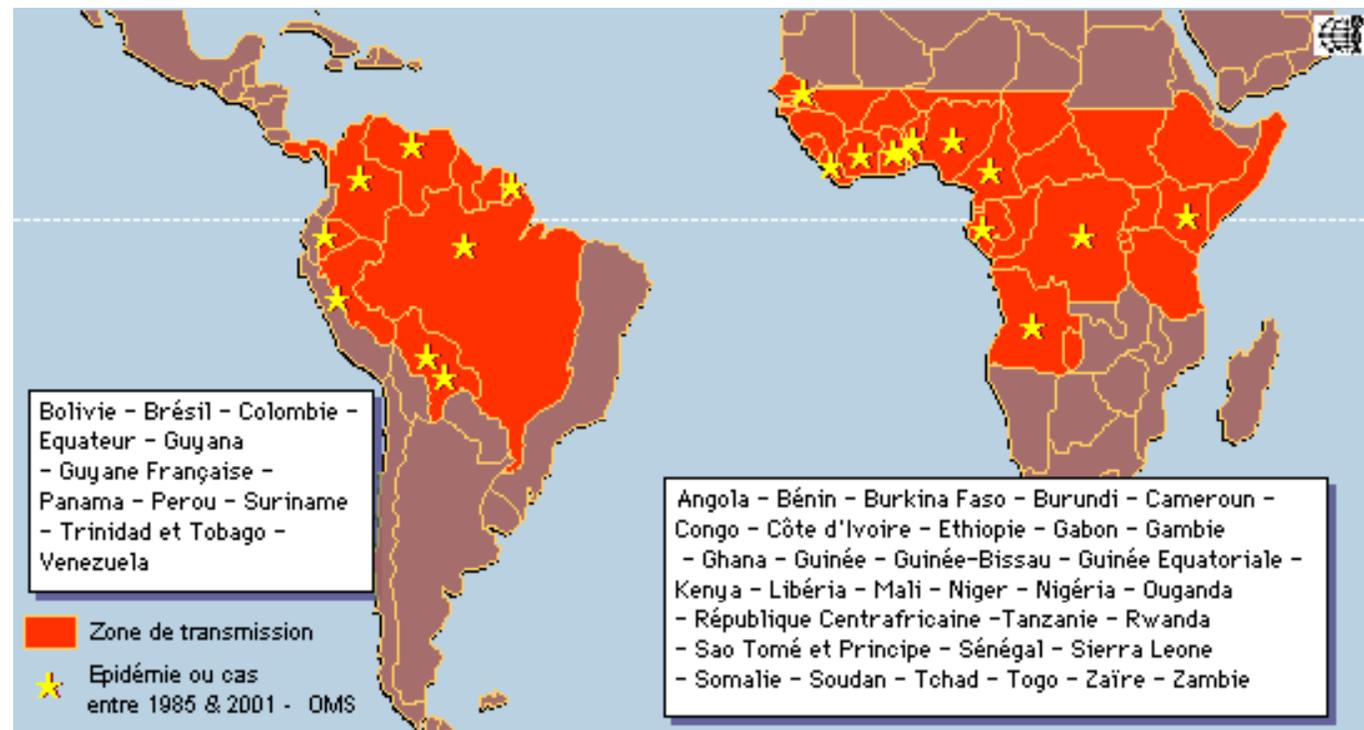
Prévention

- Mesures environnementales: lutte anti-vectorielle, protection contre les piqûres de moustique
- Information (population et voyageurs)
- Pas de vaccin contre la dengue



5 La fièvre jaune

- Virus transmis par un moustique *Aedes aegypti* et *albopictus*
- Sévie en zone tropicale et inter-tropicale
- 200 000 cas /an
- Réservoir animal (singes)





- Clinique:

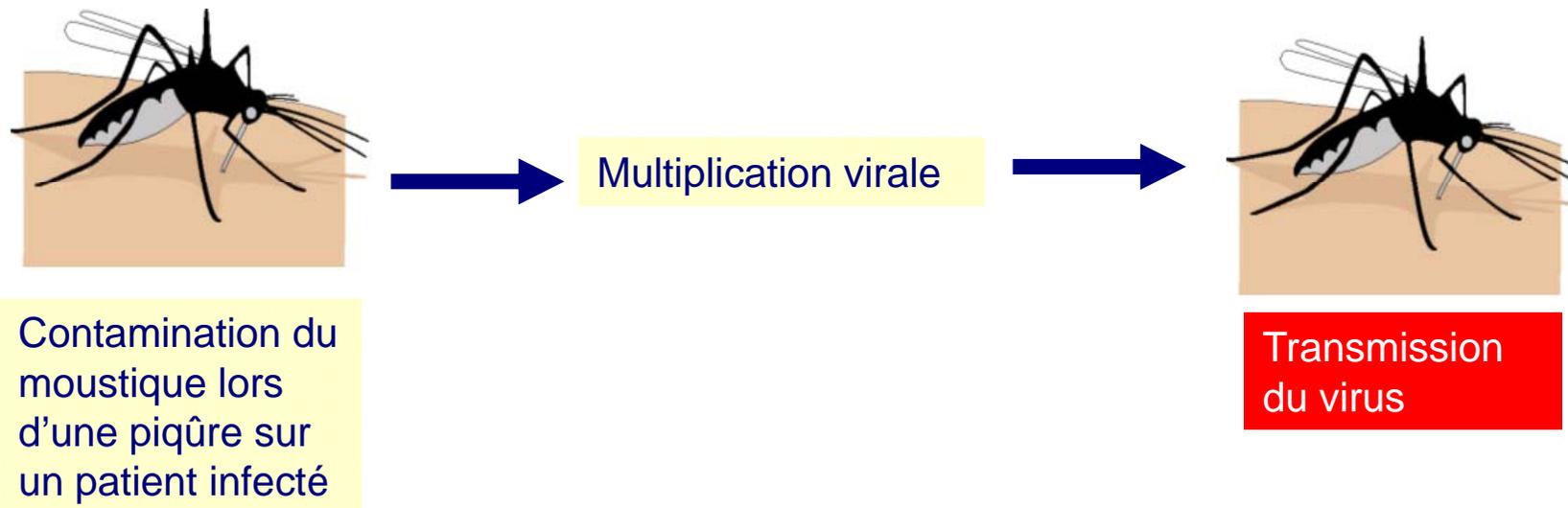
- ▶ Hépato-néphrites graves
 - ▶ Syndrome hémorragique (vomito negro)
 - ▶ Encéphalopathie
 - ▶ Létalité 1 cas/10 000 infections
 - ▶ Phase rouge, congestive et fébrile puis phase jaune (ictérique et hémorragique)
- Prévention: vaccination anti-amarile obligatoire pour de nombreux pays (délivrée en centre agréé)

6 Le chikungunya

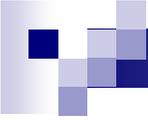
- Arbovirus transmis par un moustique *Aedes albopictus* dit moustique « tigre »
- Chikungunia = l'homme qui marche courbé
- *Aedes albopictus* vecteur diurne (pic d'activité en début et fin de journée)



La transmission du virus



- ✓ Une personne est « contaminante » pour les moustiques pendant la phase virémique qui dure 7 jours
- ✓ Pendant cette phase, il faut éviter que cette personne soit piquée (répulsifs, vêtements longs, moustiquaire...)



Signes cliniques

- ▶ T° élevée
- ▶ Arthralgies intenses (poignets, chevilles, phalanges)
- ▶ Myalgies, céphalées, exanthème maculo-pauleux
- ▶ Létalité 1 cas/10 000 infections
- ▶ Hémorragies bénignes (gingivorragies, épistaxis)
- ▶ Manifestations cliniques durent 5-10 jours
- ▶ Formes asymptomatiques possibles
- ▶ Immunité acquise durable

Évolution

- ▶ Asthénie, anoréxie
- ▶ Rechutes articulaires possibles avec ou sans fièvre
- ▶ Chronicité possible des arthralgies (plusieurs semaines à plusieurs mois) dans 30-60% des cas
- ▶ Létalité: 1/1 000



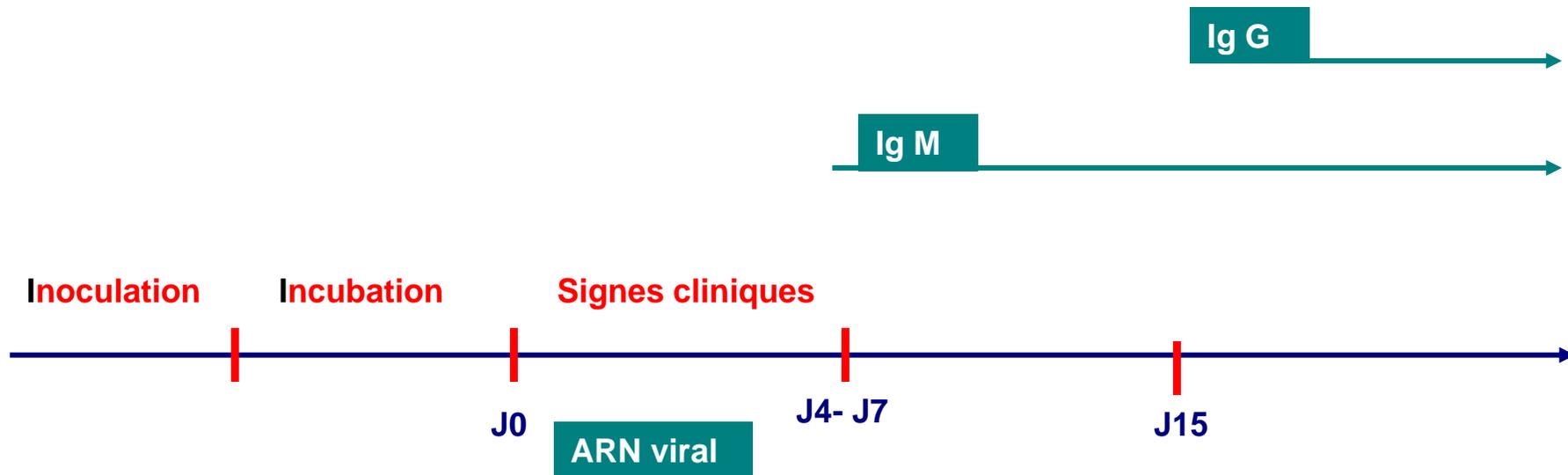
Les femmes enceintes et allaitantes (expérience Réunionnaise)

- ▶ Transmission materno-foetale 1 fois sur 2 au moment de l'accouchement chez la femme virémique
- ▶ Pas d'augmentation du risque de fausse-couche, de mort foetale in utero
- ▶ Virus non retrouvé dans le lait maternel

Les nouveau-nés

- ▶ T°, difficultés à téter, douleurs
- ▶ Thrombopénie, lymphopénie
- ▶ Formes graves possibles: encéphalopathie, CIVD

Diagnostic biologique



Avant le 5° jour	RT-PCR chikungunia
5° jour	RT-PCR chikungunia et sérologie Ig M
Après 5° jour	sérologie chikungunia (IgM et IgG)

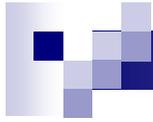


Traitement

- ▶ Paracétamol
- ▶ Morphiniques faibles (tramadol, codéine associée au paracétamol)

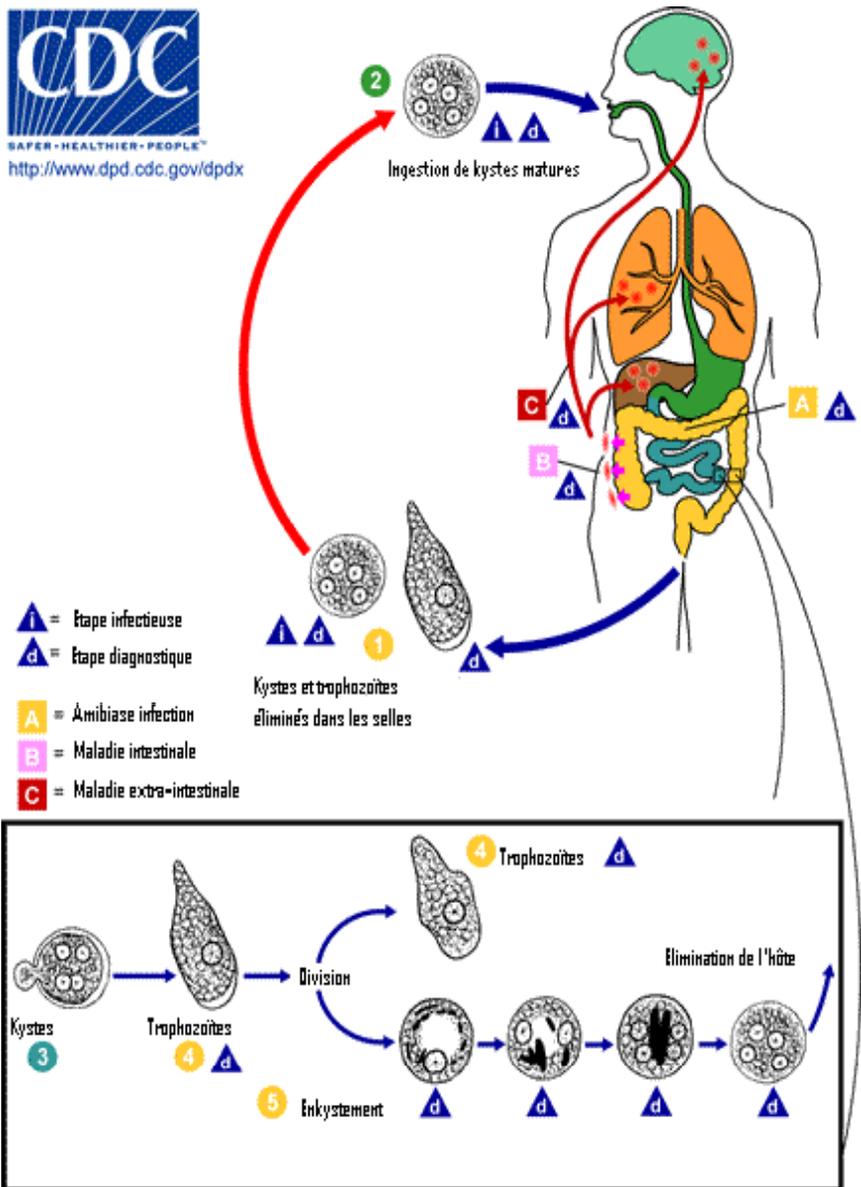
Traitement de la femme enceinte

- ▶ Déclenchement non indiqué
- ▶ Paracétamol (1g/6h)
- ▶ Hydratation



Amibiase hépatique

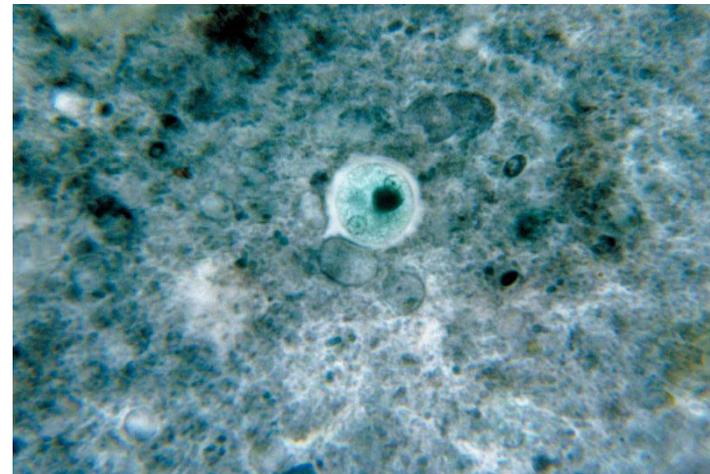
1 L'agent pathogène



- *Entamoeba histolytica*
- Ingestion du parasite
- 2 relations hôte-parasite possible:
 - ▶ Cycle non pathogène (amibiase infection)
 - ▶ Cycle pathogène: amibiase maladie intestinale ou extra-intestinale

2 Épidémiologie

- ▶ Maladie cosmopolite (milieu tropical)
- ▶ L'homme est le seul réservoir de parasites (! porteurs asymptomatiques)
- ▶ Transmission liée aux matières fécales (mains, ongles, eau souillée, aliments contaminés)



3 Clinique

Amibiase colique ou dysenterie amibienne

- ❖ Diarrhée glairo-sanglante fécale ou afécale
- ❖ Épreintes, ténésme
- ❖ Diagnostic de certitude parasitologique: amibe hématophage dans les selles
- ❖ Rectoscopie (ulcérations en coups d'ongle)
- ❖ ! fréquence des formes atténuées

Diagnostic parasitologique dans les formes digestives



Amibiase hépatique ou abcès amibien

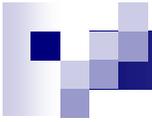
- ❖ Embolisation d'*E.histolytica* dans la veine porte entraînant une nécrose focale hépatique puis un abcès
- ❖ Clinique: triade de Fontan
 - ▶ Hépatomégalie
 - ▶ douleur
 - ▶ Fièvre
- ❖ CRP ↗, polynucléose
- ❖ Échographie (image liquidienne)
- ❖ La sérologie assure la certitude de la nature amibienne de l'abcès

Diagnostic sérologique dans les formes tissulaires



4 Traitement

- ❖ Amœbicides tissulaires (Flagyl[®] ou Tibéral[®]): 5-10 jours
- ❖ Amœbicides de contact (Intérix[®]): 10 jours
- ❖ Prévention: lavages des mains, eau filtrée, aliments cuits....



Bilharzioses

1 L'agent pathogène



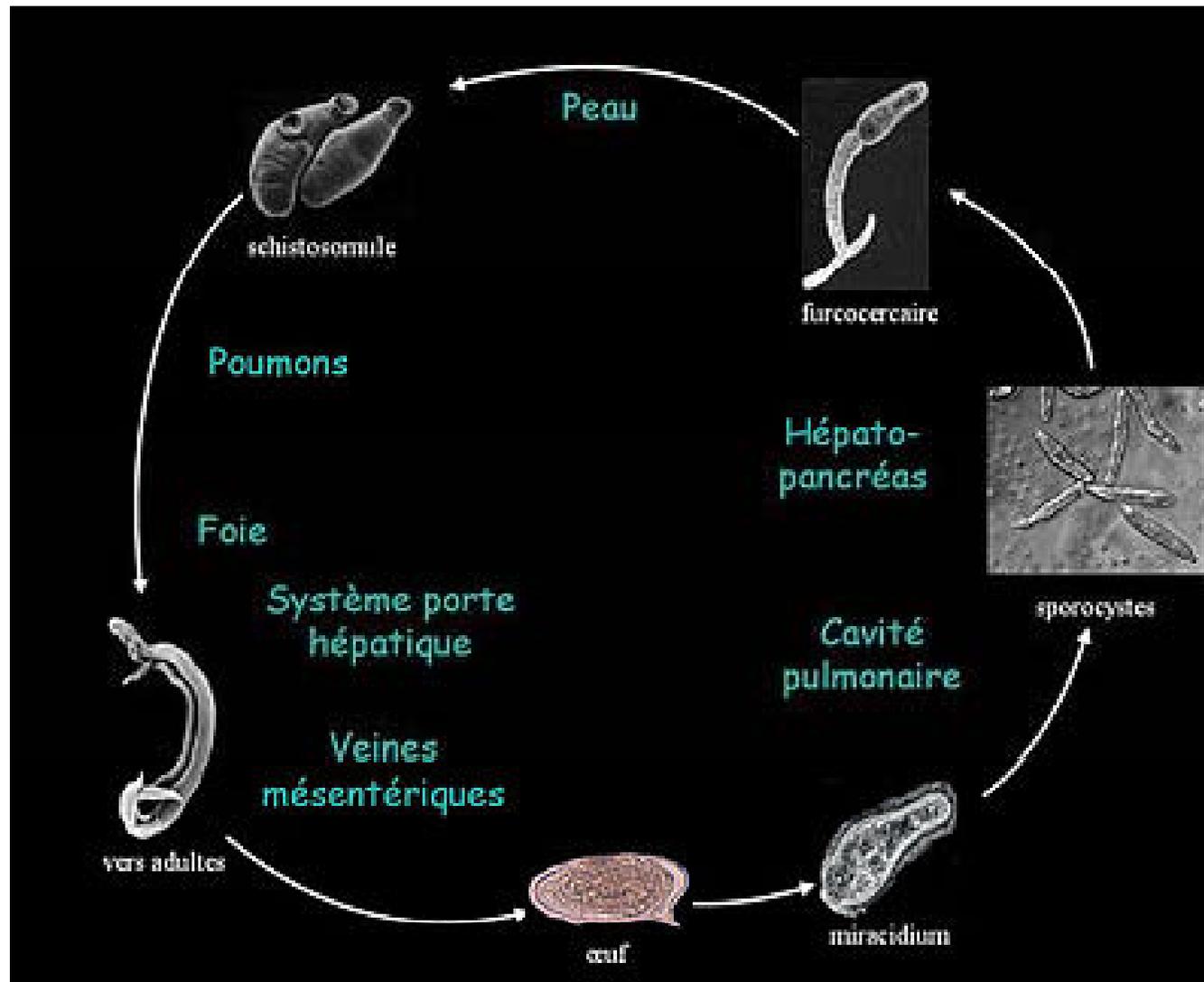
- Bilharzies (ou schistosomes), vers plats non segmentés de la classe des trématodes
- 5 espèces pathogènes pour l'homme:
 - ▶ *S. haematobium*
 - ▶ *S. mansoni*
 - ▶ *S. intercalatum*
 - ▶ *S. japonicum*
 - ▶ *S. mekongi*

2 Épidémiologie



- 200 millions de personnes atteintes dans 74 pays
- Maladies rurales
- Facteurs favorisants: travaux d'irrigation, barrages, migrations de population
- Réservoir naturel: l'homme est l'hôte définitif

Mode de transmission et cycle



Les bilharzioses évoluent en 3 phases

Phase de pénétration cutanée	Prurit localisé ou généralisé, éruption maculopuleuse
Phase d'invasion	✓ 14 à 80 jours après pénétrations des cercaires ✓ migration des vers. ✓ Réaction générale: céphalées, T°, dyspnée asthmatiforme, diarrhée, éruption urticarienne, hyperéosinophilie
Phase d'état	Elle est spécifique de l'espèce ❖ bilharziose uro-génitale (S.h) ❖ bilharziose intestinale (S.i, S.m) ❖ bilharziose hépato-splénique (S.j, S.k)

Uro-génitale

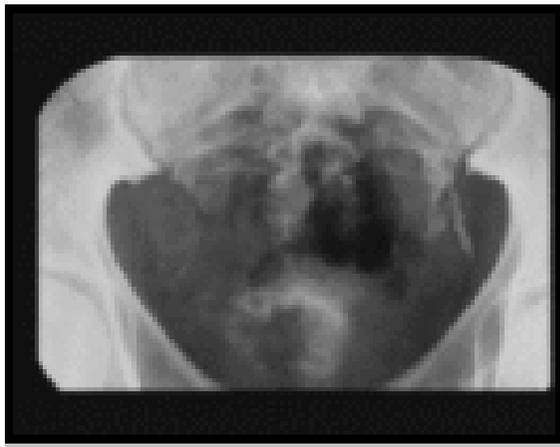
- ✓ Hématurie macroscopique de type vésical
- ✓ Signes de cystite (brûlures, pollakiurie...)
- ✓ Inflammation puis fibrose des voies urinaires (hydronéphrose, lithiase, insuffisance rénale)
- ✓ Atteintes génitales fréquentes chez la femme (annexite, cervicite...)

Hépatosplénique

- ✓ Hépatite (hépatomégalie) puis fibrose puis tableau d'hypertension portale (hépatosplénomégalie, hypersplénisme, varices oesophagienne)

Intestinale

- ✓ Diarrhées sanglantes ou non, douleurs coliques
- ✓ rectoscopie: rectite



3 Diagnostic

Notion de voyage en zone d'endémie, baignade en eau douce

Éléments paracliniques d'orientation

- ❖ Hyperéosinophilie
- ❖ Signes échographiques hépatiques
- ❖ ASP: calcifications vésicales, dilatations des voies urinaires supérieures



Confirmation

- ❖ Découverte d'œufs à l'examen direct:
 - ▶ après centrifugation ou filtration des urines (S.h), des selles (toutes les espèces)
 - ▶ biopsie de la muqueuse rectale
- ❖ Sérologie dans la phase précoce d'invasion ou dans les localisations atypiques

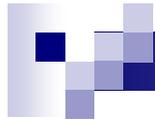
4 Traitement

- ❖ Biltricide® en prise unique (40 mg/kg)
- ❖ CI durant la grossesse
- ❖ Effets secondaires possibles
- ❖ TT prescrit uniquement en cas de bilharziose évolutive (mise en évidence d'œufs vivants)
- ❖ Contrôle parasitologique de l'efficacité à M3, M6 et M12

5 Prévention

- Hygiène du milieu, destruction des mollusques
- Éviter les baignades dans les eaux stagnantes





Pathologies dermatologiques



1 Épidémiologie

- ❖ Dermatoses + une des 4 causes de consultation au retour
- ❖ Répartition des pathologies:
 - ▶ Infections cutanées bactériennes
 - ▶ Prurit
 - ▶ Urticaire
 - ▶ Dermatophytoses
 - ▶ *Larva migrans* cutanées, myases, filariose

2 Principales dermatoses

2.1 Infections cutanées bactériennes

- ❖ Étiologie la plus fréquente : piquûre d'insecte
- ❖ Agents pathogènes les plus fréquents: *S.aureus*, *S.pyogenes*
- ❖ Pathologies les plus fréquentes:
 - ▶ abcès sous-cutanés,
 - ▶ Dermo-hypodermite (érisypèle)
 - ▶ Impétigo
 - ▶ Ecthyma



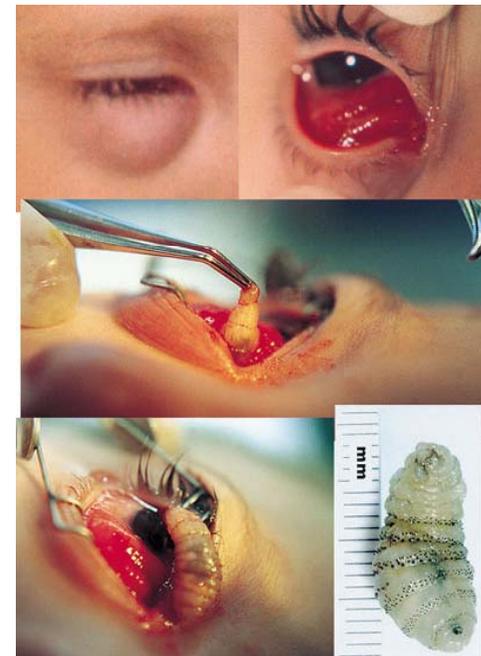
2.1 *Larva migrans* ankylostomienne

- ❖ Pénétration trans-cutanée de larves de nématodes parasitant le chien et le chat
- ❖ Facteurs de risque: marcher pieds nus, s'allonger sur les plages tropicales...
- ❖ Clinique: sillon érythémateux, prurigineux, serpiginieux (pieds, fesses, cuisses...)
- ❖ Traitement: Ivermectine (Stromectol®) en dose unique



2.2 Myases

- ❖ Pénétration trans-cutanée de larves de dyptères (mouches)
- ❖ Forme clinique la plus fréquente: ver de Cayor (*Cordylobia anthropophaga*)
- ❖ Contact avec le sol ou du linge séché non repassé infesté par des oeufs
- ❖ Clinique: lésion pseudo-furonculeuse
- ❖ Traitement: extraction aseptique de la larve



Cas clinique 1: Un retour difficile...

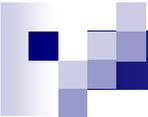
Un homme de 25 ans consulte 10 jours après son retour d'un voyage de noce au Maroc. Il a rendu visite à sa belle famille dans un petit village où il est resté 12 jours. Il est à jour de ses vaccinations.

Consultation et examen clinique:

- ▶ T° augmentant progressivement depuis 5j, céphalées +++, AEG, douleurs abdominales, constipation. Son épouse vous dit qu'il ne dort plus.
- ▶ T° à 40°C, pouls à 80 bpm, patient ralenti, pas de raideur méningée, abdomen sensible, splénomégalie

Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments?



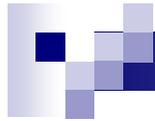


La fièvre typhoïde:

- ▶ Retour récent d'un pays à risque
- ▶ Fièvre d'aggravation progressive
- ▶ Céphalées
- ▶ douleurs abdominales et constipation (plus fréquente que la diarrhée)
- ▶ Insomnie
- ▶ Splénomégalie

Quels examens complémentaires demandez-vous?

- ▶ 2-3 hémocultures
- ▶ Une coproculture, un ECBU
- ▶ Une RX thorax
- ▶ Sérologie typhoïde (Felix-Widal), NFS et PS
- ▶ Ionogramme, TGO/TGP, bilirubine, créatinine



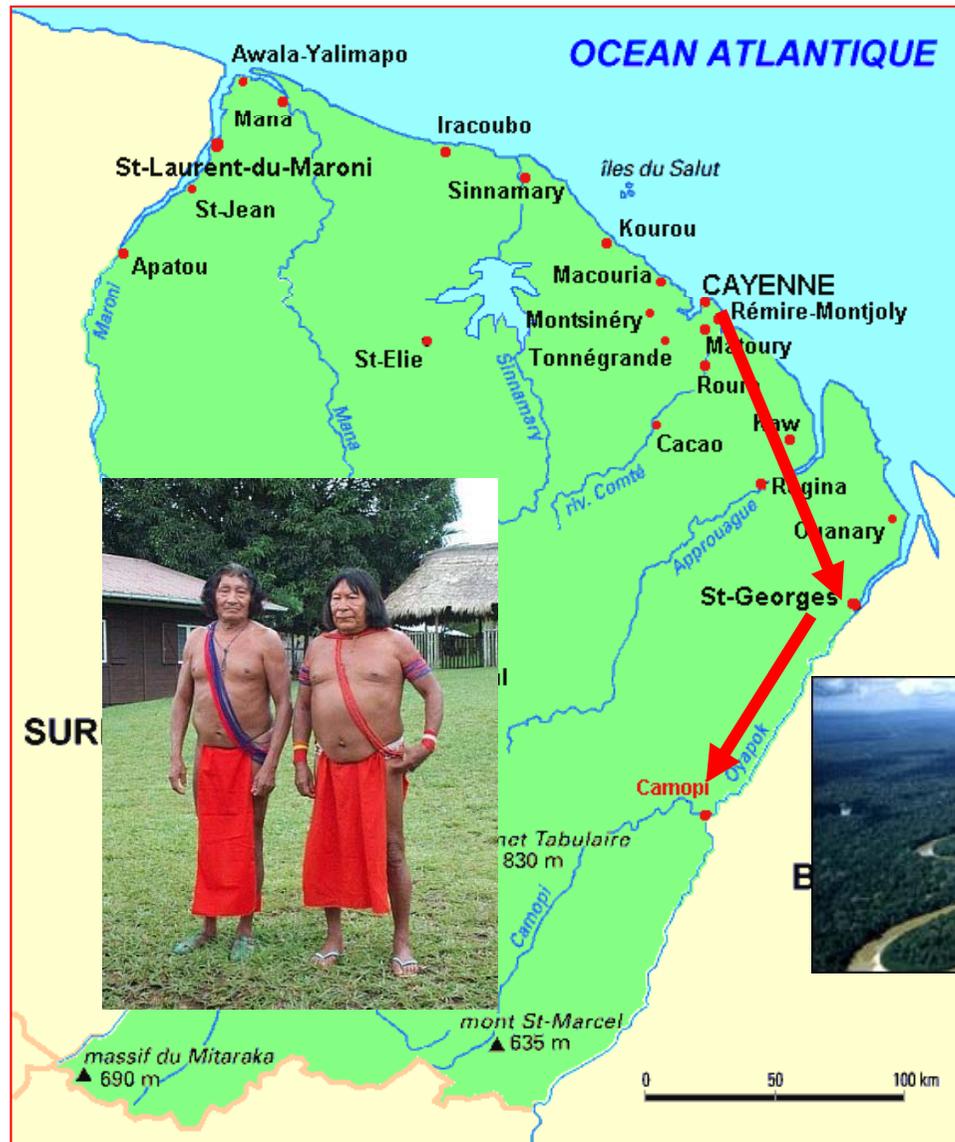
Le diagnostic étant posé, quels sont les principes de la prise en charge ?

- ▶ Hospitalisation
- ▶ Antibiothérapie: Oflozet® 200 mg/12h pendant 7 jours
- ▶ Isolement contact
- ▶ Déclaration obligatoire à la DDASS
- ▶ Surveillance clinique et biologique

Comment cette maladie aurait-elle pu être évitée chez ce patient ?

- ▶ Vaccination par Typhim® ou Typhérix®, 1 injection sous-cutanée 3 semaines avant le départ, efficace pendant 3 ans
- ▶ Hygiène alimentaire au cours du séjour, lavage des mains, aliments cuits

Cas clinique 2: La fièvre de l'or...

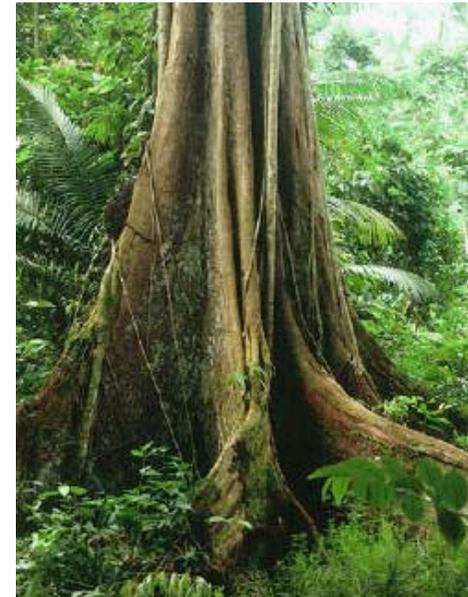




Deux jours après votre arrivée, Mr P... 23 ans, clandestin brésilien (orpaieur dans le secteur) est transporté au dispensaire médical en coma fébrile depuis 3 heures. Il est en forêt depuis 4 mois. Il n'a pas d'ATCD particuliers, il ne prend aucune prophylaxie anti-palustre.

Examen clinique et paraclinique:

- ▶ T° à 40°C, TA 130/80 mm Hg, pouls 130 bpm, ictère conjonctival, hépatosplénomégalie, Glasgow à 10 sans syndrome méningé
- ▶ Hb 90 g/l, GB = 5 000/ mm³, PS = 25 000/ mm³, RX thorax RAS



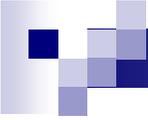
Quels principaux diagnostics évoquez-vous ?

- ▶ Accès palustre perniciosus
- ▶ Méningite purulente
- ▶ Fièvre typhoïde (typhos)
- ▶ Encéphalite virale
- ▶ Hépatite fulminante
- ▶ Leptospirose

L'infirmier du dispensaire vous appelle 30 mn plus tard car il a observé de nombreux hématozoaires sur le frottis sanguin réalisé à l'admission du patient.

Quel est votre diagnostic, que doit t'on demander au biologiste ?

- ▶ Il s'agit d'un accès palustre perniciosus
- ▶ Précisions indispensables: nature et espèce de l'hématozoaire (*P.falciparum*)
- ▶ Parasitémie



Quel traitement spécifique doit-on instaurer ?

- ▶ Quinine en perfusion IV dans du Sérum glucosé 10%
- ▶ Dose de charge de 16 mg/kg sur 4 heures puis 8 mg/kg à passer en 4-6 heures
- ▶ Relais PO possible après 48h d'apyréxie
- ▶ Durée totale du TT: 7jours

Quel sont les grandes lignes de la surveillance clinique et biologique ?

Clinique:

- ▶ Vigilance, rythme cardiaque, TA, diurèse, T°

Biologie:

- ▶ Ionogramme, urée-créatinine, parasitémie, quininémie, glycémie, TP-TCA, fibrine, GDS

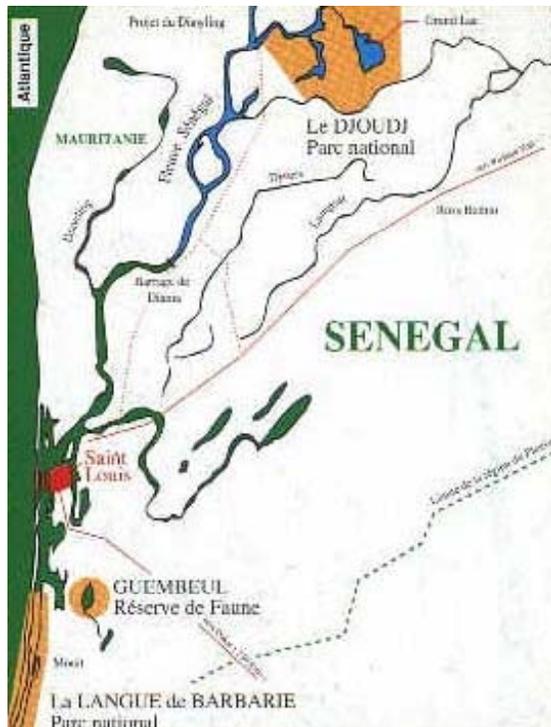
Cas clinique 3: out of Africa...

Mme B... retraitée active se présente aux urgences pour des céphalées, T°, dyspnée asthmatiforme et diarrhée. L'interrogatoire retrouve la notion d'un voyage "inoubliable" de 5 semaines au Sénégal

Avec entre autre , baignades et visite du Parc naturel du Djoudj

Examen clinique et paraclinique:

T° à 39°C, éruption urticarienne, TA 130/80 mm Hg, pouls 130 bpm, hépato-mégalie, GB = 9 000/ mm³ avec hyperéosinophilie à 1500/ mm³ , RX thorax qq infiltrats



Quel argument biologique doit vous faire évoquer une parasitose?

L'hyper-éosinophilie

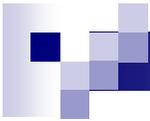
Selon le contexte de ce cas, qu'elle parasitose doit-on évoquer chez cette patiente et sur quels arguments?

Une bilharziose

- ▶ Voyage en zone d'endémie
- ▶ Baignade en eau stagnante
- ▶ arguments cliniques faisant suspecter une phase d'invasion (céphalées, T°, dyspnée asthmatiforme, urticaire, hépatomégalie)

Comment confirmer le diagnostic?

- Sérodiagnostic
- recherche d'œuf de schistosomes dans les urines ou les selles



Bon voyage quand même....



600x450 (66KB)



360x480 (53KB)



640x427 (44KB)



448x336 (20KB)