QUIZZ TROPICAL: Le Retour!

PATHOLOGIES TROPICALES AU RETOUR DE VOYAGES

Cas clinique n° 1

- M. K, 40 ans, est rentré il y a 10j du Mali, où il a passé 1 mois, comme 3x par an, pour affaires et rendre visite à sa famille.
- Depuis 2 jours, il présente une fièvre à 38,5°
- Son voyage s'est bien passé, il est allé à Bamako, et un peu en brousse pour voir sa mère
- Il dit avoir été vacciné avant de partir par Typhim® et avoir pris Doxypalu®
- A part la fièvre, il se plaint de céphalées, de courbatures, et d'asthénie

Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?

1 - Paludisme

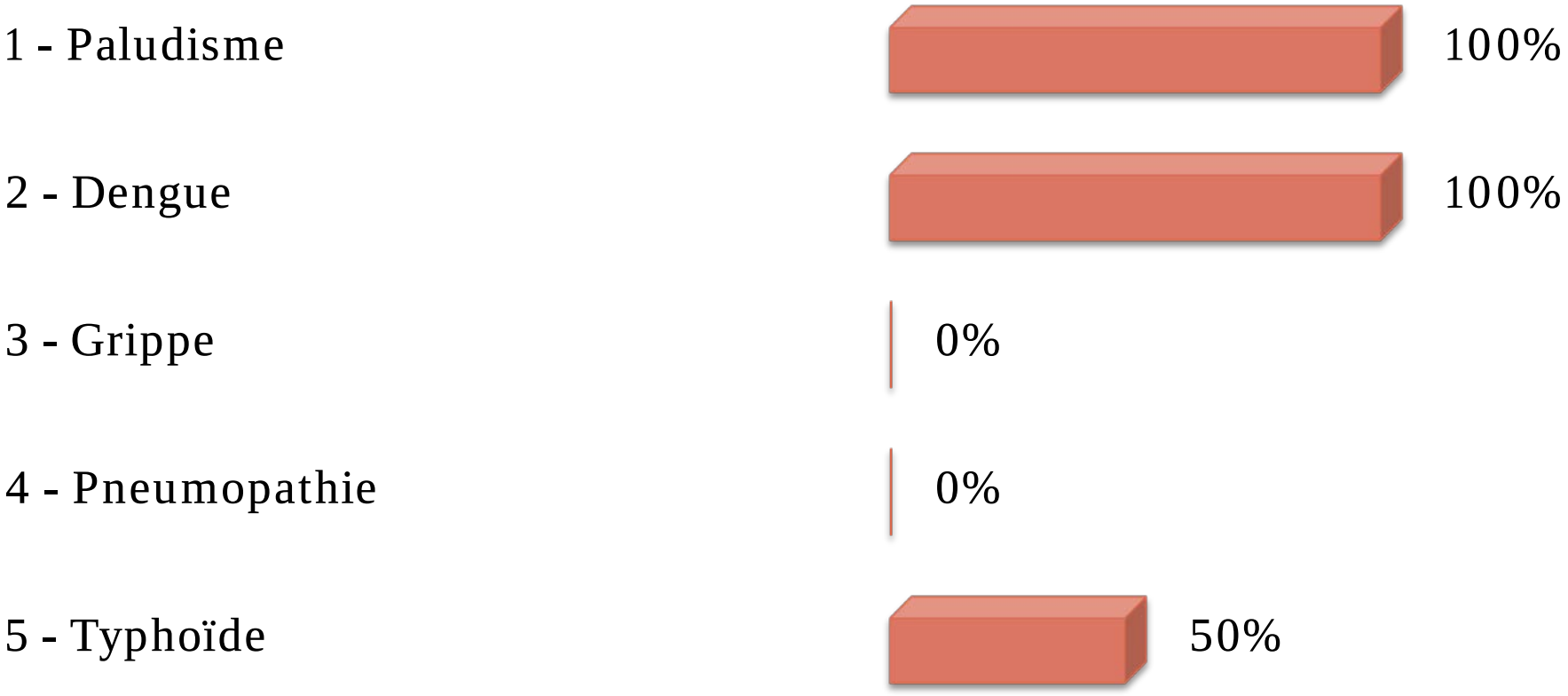
2 - Dengue

3 - Grippe

4 - Pneumopathie

5 - Typhoïde

Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?



Quel bilan faites vous en 1ère intention?

Vous êtes très sensibilisé aux justes dépenses de santé, et prescrivez seulement ce qui est nécessaire

1 - NFS

2 - Créatinine

3 - Frottis, Goutte épaisse

4 - Bilan hépatique

5 - CRP

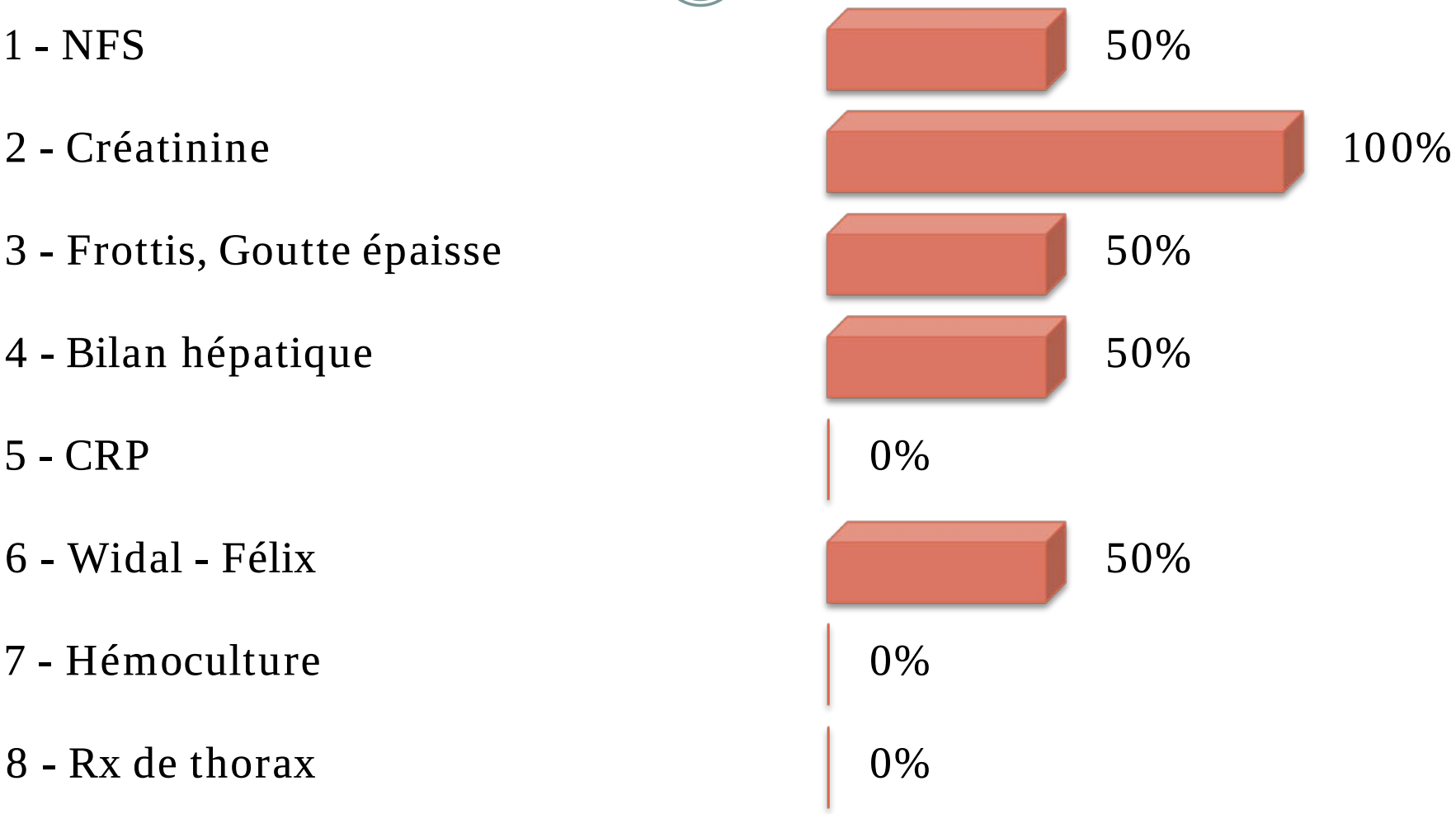
6 - Vidal - Félix

7 - Hémoculture

8 - Rx de thorax

Quel bilan faites vous en 1ère intention?

Vous êtes très sensibilisé aux justes dépenses de santé, et prescrivez seulement ce qui est nécessaire



- Le laboratoire vous rappelle 1h30 plus tard:

  le frottis goutte épaisse est positif (*Plasmodium falciparum*)

  la parasitémie est faible (0,5%)

- Quels sont les signes de gravité à identifier?
  - Cliniques ?
  - Para-cliniques (au cabinet) ?

Cas clinique n° 1

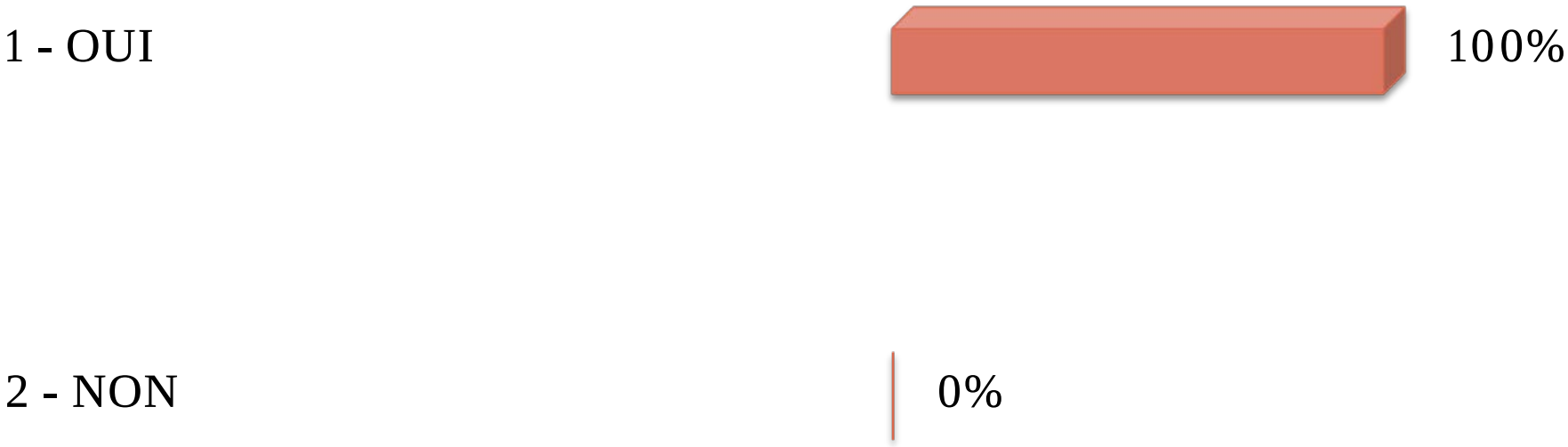
- Monsieur K
  - Vous dit qu'en fait il est possible qu'il ait oublié un peu le Doxypalu®
  - Vit avec sa femme et ses 2 enfants, à Paris, et comprend bien les consignes de surveillance que vous lui donnez
  - Il ne présente pas de signes de gravité clinique
  - Hb=11,9 , Plaquettes = 142.000, Créatinine = 80 (clairance=79), iono normal, bilan hépatique normal

Peut on le traiter au cabinet?

1 - OUI

2 - NON

Peut on le traiter au cabinet?



Vous décidez de le traiter en ambulatoire
Quel traitement prescrivez vous?

1 - Malarone 4cp par jour pendant 3 jours

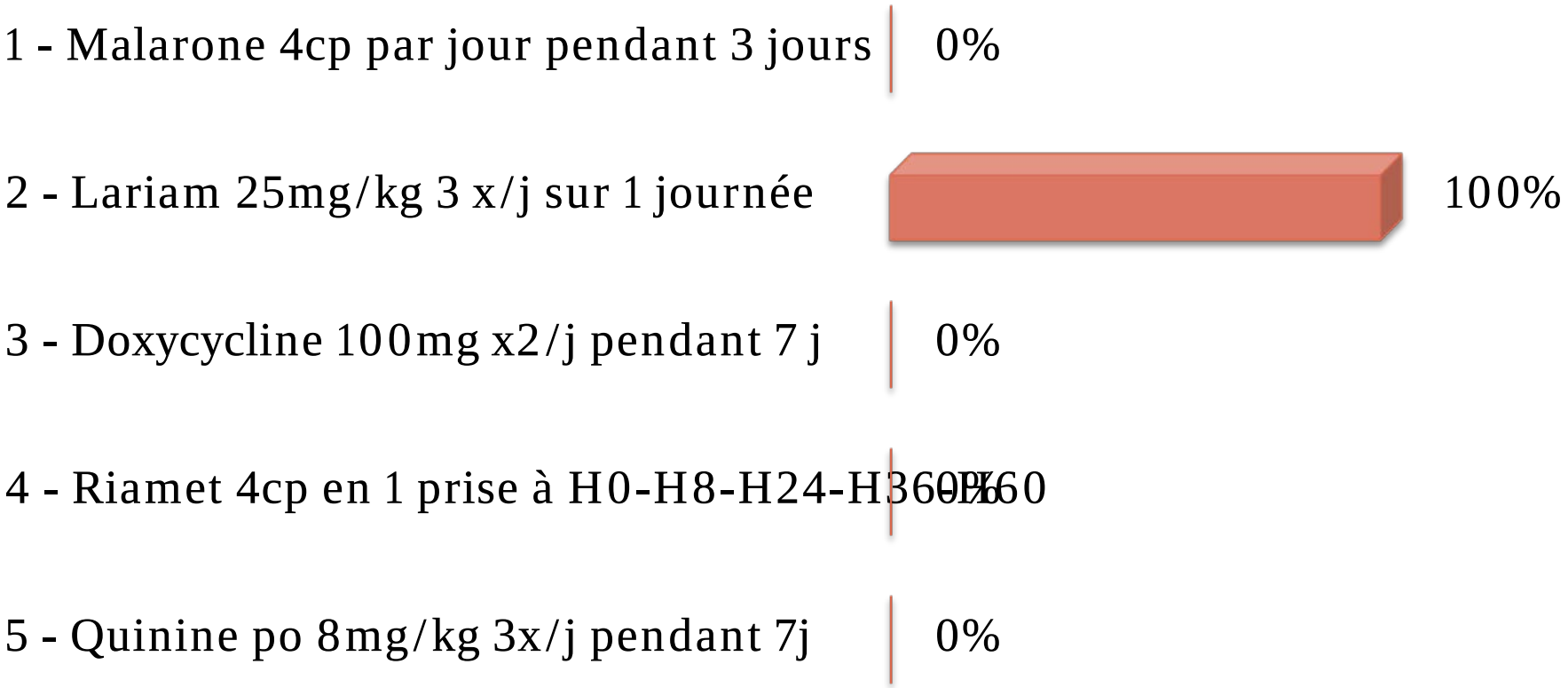
2 - Lariam 25mg/kg 3 x/j sur 1 journée

3 - Doxycycline 100mg x2/j pendant 7 j

4 - Riamet 4cp en 1 prise à H0-H8-H24-H36-H60

5 - Quinine po 8mg/kg 3x/j pendant 7j

Vous décidez de le traiter en ambulatoire
Quel traitement prescrivez vous?



Quelle surveillance?

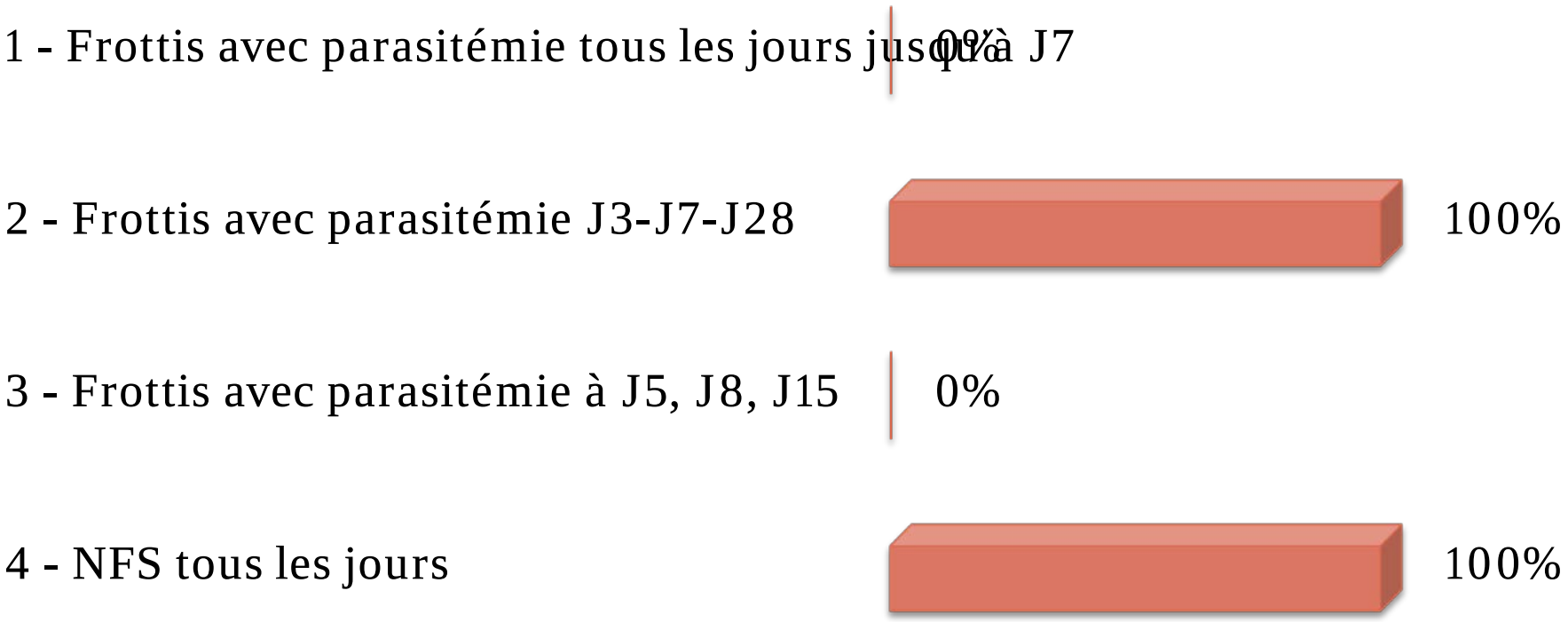
1 - Frottis avec parasitémie tous les jours jusqu'à J7

2 - Frottis avec parasitémie J3-J7-J28

3 - Frottis avec parasitémie à J5, J8, J15

4 - NFS tous les jours

Quelle surveillance?



Monsieur K a une entreprise au Mali, et y retourne 3 à 4 fois par a
Quelle prophylaxie pour le prochain voyage au Mali?

1 - Pas besoin car a déjà fait un accès palustre

2 - Non car y va trop souvent

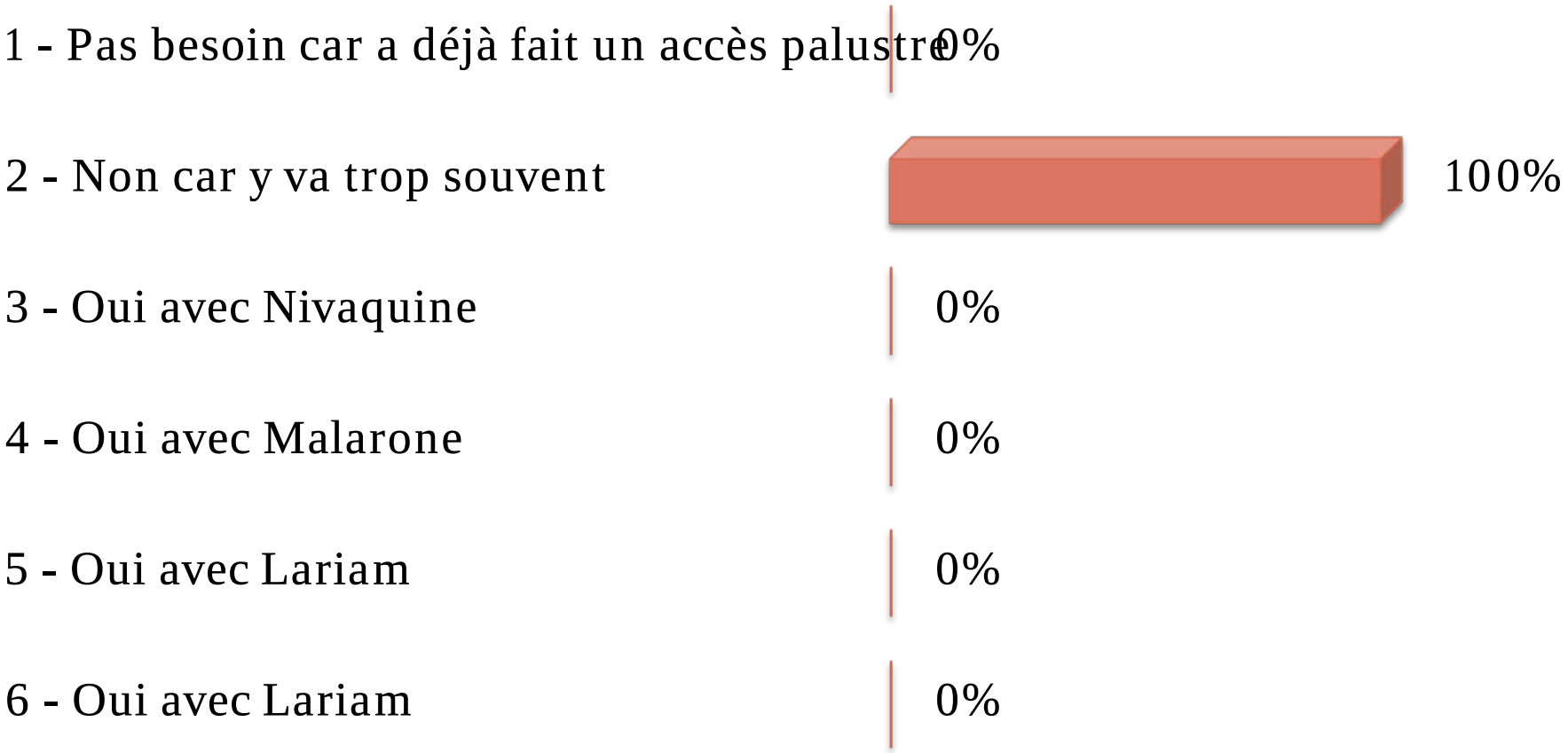
3 - Oui avec Nivaquine

4 - Oui avec Malarone

5 - Oui avec Lariam

6 - Oui avec Lariam

Monsieur K a une entreprise au Mali, et y retourne 3 à 4 fois par an. Quelle prophylaxie pour le prochain voyage au Mali?



Le Paludisme

- Fréquent
  - ✓ 500 millions de cas par an dans le monde
  - ✓ Environ 40% de la population mondiale est exposée
  - ✓ 1,5 à 2,7 millions de décès par an dans le monde
  - ✓ Environ 4000 paludisme d'importation en France
    - 70% chez migrants
    - 10 à 20 décès
- Toujours y penser+++ : maladie potentiellement grave!

- Nombreuses formes atypiques:
  - ✓ Fièvre J8-J30
  - ✓ Céphalées, courbatures, affaiblissement
  - ✓ Vomissement, diarrhée

AVOIR LE FROTTIS
GOUTTE ÉPAISSE
FACILE

Signes de gravité

Signes de gravité clinique	Signes de gravité biologique
• Trouble neuro: obnubilation, confusion, coma • Défaillance respiratoire ou cardiovasculaire • Convulsions • Hémorragie • Ictère clinique ou bili >50 • Femme enceinte	• Hémoglobinurie macroscopique • Anémie profonde (Hb<7g) • Hypoglycémie • Acidose, hyperlactatémie • Insuffisance rénale • Hyperparasitémie >4%

Critères pour traitement ambulatoire

- Laboratoire disponible et fiable
- Pas d'échec d'un traitement antérieur
- Absence de signes de gravité
- Absence de trouble digestif compromettant un traitement PO
- Absence de grossesse
- Adulte
- Parasitémie < 2%
- Plaquettes > 50.000, Hb > 10 , Créatinine < 150µM
- Pas de comorbidités, entourage présent, observance, compréhension du traitement
- **Traitement disponible à la pharmacie**
- Hôpital à proximité
- Possibilité de FGE + consultation à J3, J7 et J28

Traitement en ville

- **1ère ligne**

	POSOLOGIE	CONTRE INDICATIONS	EFFETS SECONDAIRES
MALARONE® Atovaquone + Proguanil	4cp en 1 prise pendant 3 jours Au cours d'un repas	Allergie	Vomissements Nausées
RIAMET® Artéméther + luméfantrine	4cp en 1 prise H0, H8, H24, H36H48, H60 Pendant le repas À partir de 35kg	Grossesse Allaitement Trouble de conduction IV	Céphalées, vertiges, troubles digestifs

Traitement en ville

- **2ère ligne**

	POSOLOGIE	CONTRE INDICATIONS	EFFETS SECONDAIRES
QUININE	8mg/kg/8 heures pendant 7 j Max 2,5 g/j Référence en cas de grossesse	Allergie / fièvre bilieuse Tr. de conduction de haut degré	Cinchonisme Trouble du rythme (surdosage)
LARIAM® *Méfloquine*	25mg/kg en 3 prises sur 1 journée	Atcd neuropsy, ttt par dépakine, Insuff hépatique sévère, grossesse	Troubles digestifs Céphalées, vertiges Tr. Neuro (convulsion)

- **Traitement de 3e ligne**
  - **Halofantrine (Halfan®)**: non indiqué en ville, cardiotoxicité fréquente, à réserver au traitement hospitalier.

En pratique

- Traitement **ambulatoire possible** mais **très encadré**
- S'assurer de la **disponibilité** des traitements sans délais
- **Urgence** thérapeutique
- S'assurer de la bonne **compréhension** du ttt et de la surveillance, entourage obligatoire++

- **Surveillance biologique indispensable**:
  - FROTTIS GOUTTE EPAISSE
  - J3: parasitémie doit avoir diminuée de 25%
  - J7: parasitémie doit être négative
  - J28: s'assurer de l'absence de rechute (traitement mal pris, mal absorbé

Chimioprophylaxie

- **Principes**
  - Doit tenir compte de plusieurs facteurs
  - Zones visitées (pays de groupe 1-2-3)
  - Profil du patient, comorbidités, traitement en cours, intolérance à un anti-paludéen
  - Grossesse
  - Durée et type de séjour
  - Capacités financières
  - Evaluation de l'observance des prises

- Immunité acquise possible
  - Lors d'exposition permanente++ dans des régions hautement endémiques
  - Après plusieurs années d'infection chronique par le parasite, il existe une tolérance chez certains individus « porteurs asymptomatiques », qui développent une immunité naturelle
  - Perte de l'immunité en 1 à 2 ans.

Chimioprophylaxie

- Pour prévenir les infections à Plasmodium Falsiparum (formes graves)
- À prendre au cours des repas

- Associée à des **mesures mécaniques**:
  - répulsifs cutanés: pas de répulsifs possibles pour nourrissons de < 6 mois. Privilégier les substances type DEET ou IR 3535 si grossesse. Max 3 applications/j. Sur peau saine.
  - moustiquaires imprégnées d'insecticide: surtout pour les bébés
  - port de vêtements longs imprégnés d'insecticide

- Possibilité de ne pas prendre de chimioprophlaxie

si voyage < 7 jours avec bonne observance des mesures mécaniques, dans pays de zone 1, avec possibilité de consulter en cas de fièvre au retour

Chimioprophylaxie de l'adulte

Schémas prophylactiques recommandés chez l'adulte (hors femme enceinte) en fonction des pays de destination

Pays de destination		*Schémas prophylactiques*	*Durée*
Pays du groupe 1		Chloroquine 100 mg (**Nivaquine**●) une prise par jour	Séjour + 4 semaines après
Pays du groupe 2		Chloroquine 100 mg + proguanil 200 mg **(Nivaquine**● **+ Paludrine**●**) ou Savarine**● une prise par jour au cours d'un repas	Séjour + 4 semaines après
	ou	Atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg **(Malarone**●**)** une prise par jour au cours d'un repas	Séjour + 1 semaine après Limitée à 3 mois consécutifs
Pays du groupe 3		Atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg **(Malarone**●**)** une prise par jour au cours d'un repas	Séjour + 1 semaine après Limitée à 3 mois consécutifs
	ou	Méfloquine 250 mg (**Lariam**●**)** une prise par semaine	10 j avant + séjour + 3 semaines après
	ou	Monohydrate de doxycycline 100 mg **(Doxypalu**●**, Granudoxy**●**Gé)** une prise par jour, le soir	Séjour + 4 semaines après

Chimioprophylaxie chez l'enfant

Chimioprophylaxie antipaludique chez l'enfant en France en 2007

Molécule	*Présentation*	*Posologie*	*Commentaires, durée, indications*
Nivaquine● (chloroquine)	Sirop à 25 mg = 5 ml Comprimés sécables à 100 mg	***1,5 mg/kg/j*** < 8,5 kg : 12,5 mg/j ≥ 8,5-16 kg : 25 mg/j ≥ 16-33 kg : 50 mg/j ≥ 33-45 kg : 75 mg/j	Attention aux intoxications accidentelles Séjour + 4 semaines après Pays du groupe 1 (et 2 en association avec le proguanil)
Paludrine● (proguanil)	Comprimés sécables à 100 mg	***3 mg/kg/j*** 9-16 kg : 50 mg/j ≥ 16-33 kg : 100 mg/j ≥ 33-45 kg : 150 mg/j	Uniquement en association avec la chloroquine Séjour + 4 semaines après Pays du groupe 2
Lariam● (méfloquine)	Comprimés sécables à 250 mg	***5 mg/kg/semaine*** 15-19 kg : 1/4 cp/sem > 19-30 kg : 1/2 cp/sem > 30-45 kg : 3/4 cp/sem	Contre-indications : convulsions, pratique de la plongée 10 j avant + séjour +3 semaines après Pays du groupe 3
Malarone Enfants● (atovaquone-proguanil)	Comprimés à 62,5 mg/25 mg	5-< 7 kg : ½ cp/j (hors AMM) 7-< 11 kg : ¾ cp/j (hors AMM) 11-< 21 kg : 1 cp/j 21-< 31 kg : 2 cp/j 31-≤ 40 kg : 3 cp/j	Prendre avec un repas ou une boisson lactée Séjour + 7 jours après Durée : 3 mois consécutifs maximum Pays du groupe 2 et 3
Malarone● (atovaquone-proguanil)	Comprimés à 250 mg/100 mg	***1 cp/j*** poids > 40 kg	
Doxypalu● (doxycycline) **Granudoxy**●**Gé** (doxycycline)	Cp à 50 mg Cp à 100 mg Cp à 100 mg	< 40 kg : 50 mg/j ≥ 40 kg : 100 mg/j	Contre-indication : âge < 8 ans Prendre au dîner Séjour + 4 semaines après Pays du groupe 3

Avant l'âge de 6 ans, les comprimés doivent être écrasés.

- Chez la femme enceinte:
  - Si possible reporter le voyage
  - Utilisation possible de
    - CHLOROQUINE (Nivaquine®)
    - PROGUANIL (Paludrine®)
    - ATOVAQUONE + PROGUANIL (Malarone®)
    - MEFLOQUINE (Lariam®)

- Où chercher l'info?
  - Institut Pasteur pathologies liées aux voyages
  - Ministères des affaires étrangères, recommandations aux voyageurs
  - BEH Recommandations sanitaires pour les voyageurs, chaque année

Ex: BEH conseil aux voyageurs 2012

Tableau 3 *(suite)* **Situation du paludisme et indication de la chimioprophylaxie selon les pays et territoires**

Pays	Situation du paludisme 2011 : groupe de résistance (1)	Chimioprophylaxie (2)
Guadeloupe	Groupe 0	• Pas de chimioprophylaxie
Guam (Ile de)	Groupe 0	• Pas de chimioprophylaxie
Guatemala	Groupe 1 Essentiellement *Plasmodium vivax*	• Chimioprophylaxie • pour un séjour de moins de 7 jours : chimioprophylaxie facultative (3) pour l'ensemble du pays
Guinée	Groupe 3	• Chimioprophylaxie
Guinée-Bissau	Groupe 3	• Chimioprophylaxie
Guinée équatoriale	Groupe 3	• Chimioprophylaxie
Guyana	Groupe 3	• Chimioprophylaxie
Guyane	Fleuves frontaliers : groupe 3	• Chimioprophylaxie
	Zone côtière : groupe 0	• Pas de chimioprophylaxie
Haïti	Groupe 1	• Chimioprophylaxie
Hawaï	Groupe 0	• Pas de chimioprophylaxie
Honduras	Groupe 1 Essentiellement *Plasmodium vivax*	• Chimioprophylaxie • pour un séjour de moins de 7 jours : chimioprophylaxie facultative (3) pour l'ensemble du pays
Hong-Kong	Groupe 0	• Pas de chimioprophylaxie
Inde *cf. tableau 4*	Etats du nord-est : groupe 3	• Chimioprophylaxie
	Reste du pays : groupe 2	• Chimioprophylaxie
Indonésie *cf. tableau 4*	Bali : groupe 0	• Pas de chimioprophylaxie
	Reste du pays : groupe 3	• Chimioprophylaxie
Iran	Sud-Est : groupe 3	• Chimioprophylaxie • Pour un séjour de moins de 7 jours : chimioprophylaxie facultative (3)
	Reste du pays : groupe 1 Essentiellement *Plasmodium vivax*	• Chimioprophylaxie • Pour un séjour de moins de 7 jours : chimioprophylaxie facultative (3)

Et si c'était la Typhoïde?

- Pathologie bactérienne(salmonella) liée au péril fécal
- Incubation: 1 à 3 semaines
- Clinique:
  - Fièvre continue, céphalées, anorexie, abattement (tuphos)
  - Douleurs abdominales, diarrhée ou constipation
  - Obnubilation, dissociation du pouls
- Biologie
  - Leuconeutropénie modérée fréquente
- Guérison spontanée au bout de 15j, lente
- Forme grave parfois mortelle (10%): atteinte digestive, myocardique ou neurologique

- Diagnostic : HÉMOCULTURES++, COPROCULTURE (Widal Félix peu contributif)
- Traitement : Fluoroquinolones / C3G / Azithromycine
- Prévention: vaccination par Typhim®, / 3 ans, mais taux de protection en zone d'endémie = 60%. Reste fortement recommandé
- DO, éviction des personnels de restauration tant que portage

Cas clinique n° 2

- M. J, 25 ans, est rentré d'Inde il y a 3 jours
- Depuis 2 jours il présente une fièvre, des douleurs abdominales, une diarrhée glairo-sanglante 6 x/jour, et une asthénie.

Quels diagnostics évoquez vous?

1 - Diarrhée bactérienne: salmonelle, shigelle, yersinia, campylobacter

2 - Diarrhée amibienne

3 - Diarrhée à staphylocoque

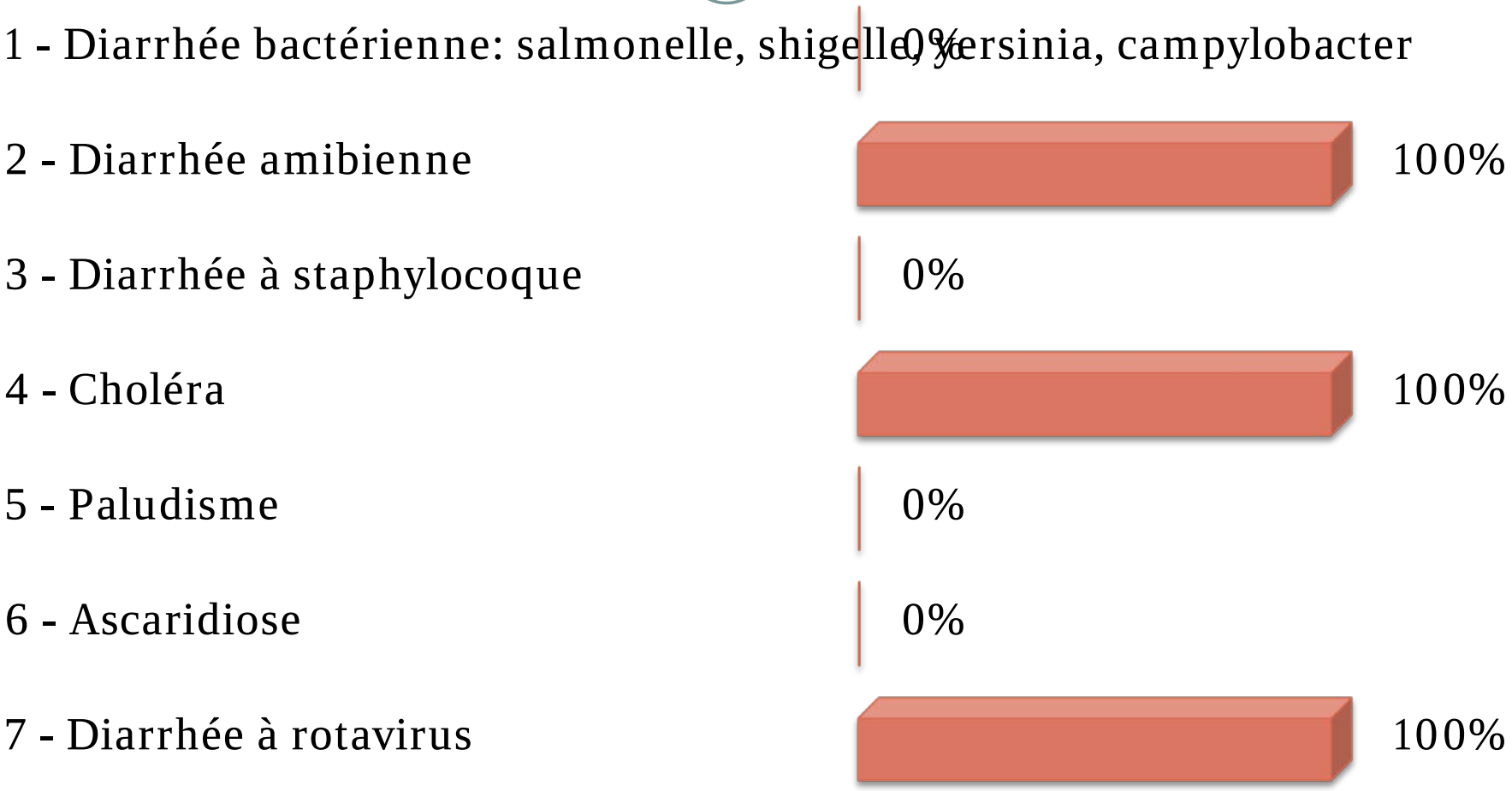
4 - Choléra

5 - Paludisme

6 - Ascaridiose

7 - Diarrhée à rotavirus

Quels diagnostics évoquez vous?



Quel bilan prescrivez vous?

1 - Coproculture d'emblée seule

2 - Coproculture après traitement probabiliste s'il est inefficace

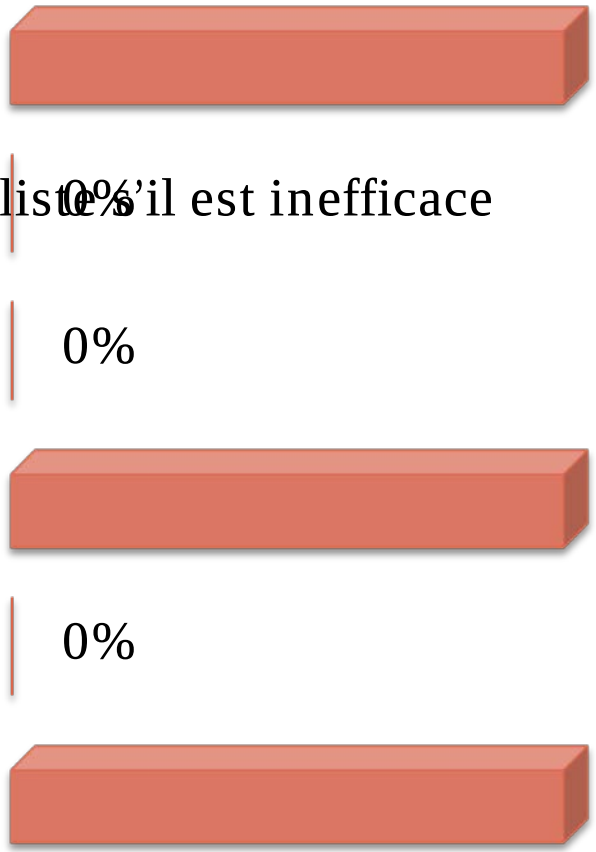
3 - Examen parasitologique des selles seul

4 - Coproculture + EPS

5 - Frottis Goutte Epaisse

6 - Hémocultures

Quel bilan prescrivez vous?



Quel traitement avant les résultats?

1 - Azithromycine

2 - Ciprofloxacine

3 - Amoxicilline + acide clavulanique

4 - Metronidazole

5 - Ceftriaxone

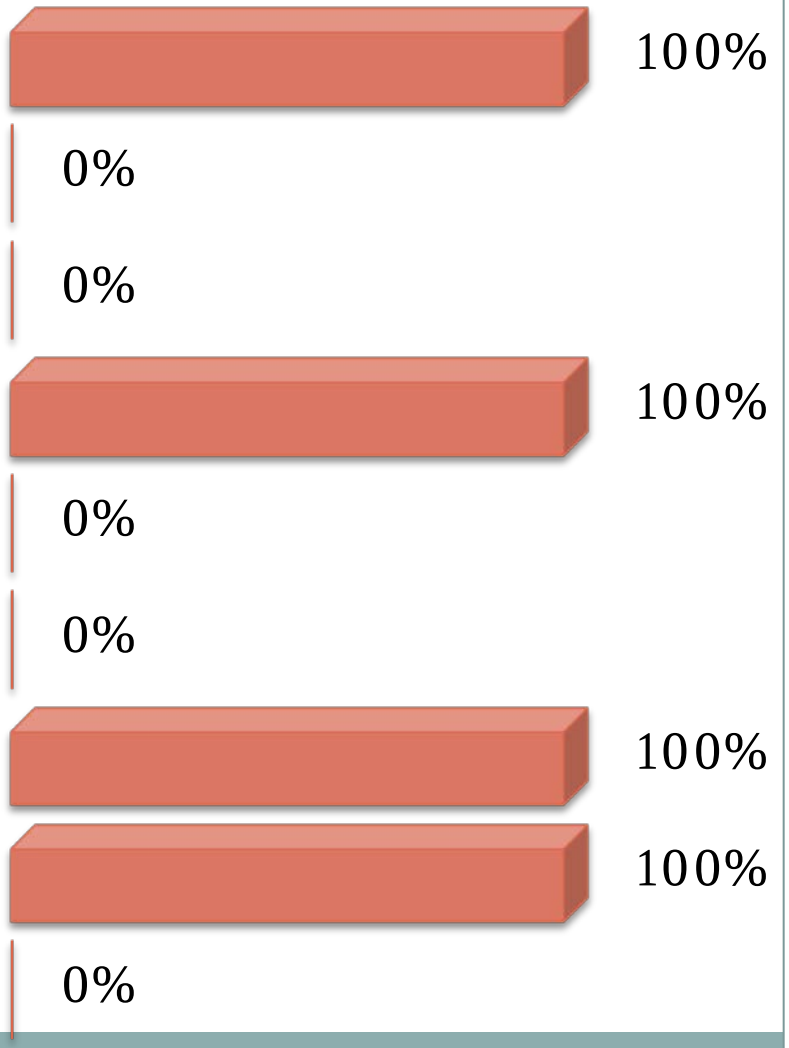
6 - Rien

7 - Imodium

8 - Tiorfan

9 - Smecta

Quel traitement avant les résultats?



Diarrhée aigue au retour

- <u>Diarrhée toxinique: syndrome cholérique</u>
  - Toxine entraînant une sécrétion active d'électrolytes et d'eau par les cellules endothéliales, pas de lésion anatomique
    - Choléra, *E. coli* entéro-toxinogène, staphylocoque entéropathogène, rotavirus

- <u>Diarrhée entéro-invasive: syndrome dysentérique</u>
  - Envahissement des cellules épithéliales, lésions de la muqueuse, réaction inflammatoire intense: sang, glaires, pus
    - Shigella, amoebose colique, *E. coli* entéro-invasif (shigatoxine)
  - Envahissement du tissu lymphoïde sous muqueux, réaction inflammatoire, risque de diffusion bactériémique
    - Salmonelle, Yersinia, Campylobacter

Diarrhée du voyageur ou turista

- Très fréquente, rarement grave
- Souvent au début du séjour, dure 3-5 jours et guérit spontanément
- Bactérienne surtout (E. coli entéro toxinogène), campylobacter jejuni, salmonelle non typhi, shigelle…

Si diarrhée aigüe au retour

1. Rechercher:

   Déshydratation, Hypokaliémie, atteinte colique sévère

2. Diagnostics urgents:
   - Paludisme (FGE)
   - Typhoïde (copro, hémoc)

1. Confirmation diagnostique
   - Coproculture (indispensable)
     - Salmonelles, shigelles, *Campilobacter jejuni*, *Yersinia enterolitica*
   - Parasitologie des selles
     - *Entamoeba histolytica*, Giardia, helminthes (anguillule, schistosome)
   - Sérologies: aucun intérêt dans le dg des diarrhées aigues

Traitement

- Réhydratation, prévention de la déshydratation
  - Forme **modérée**: ttt symptomatique
    - Si inefficace 24-48h : ajouter FQ ou azithromycine
  - Forme **sévère**, tableau dysentérique marqué, T>38° 5
    - **Contre-indication des ralentisseurs du transit** (lopéramide)
    - Traitement symptomatique + ATB : FQ ou azithromycine ou C3G IV
  - Traitement **antibiotique de 3 à 5 jours**
    - **Attention** : risque de **résistance** élevé des entérobactéries aux FQ (Afrique, Asie), voire aux C3G
- Si évolution favorable spontanément mais coproculture positive: **pas de traitement antibiotique++**

Diarrhée sub-aigue / chronique au retour

- Si évolution sur plusieurs semaines ou mois

  Origine parasitaire +++

  - Protozoose: giardiose, amoebose, cyclosporose, parfois helminthose = schistosomose, anguillulose

- Examen parasitologique des selles

- Penser à infection à ***Clostridium difficile***
  - Si prise d'antibiotique, voire systématiquement si évolution non favorable (20% pas d'ATB retrouvé au préalable).
  - Coproculture avec recherche de toxine A+B de *Clostridium difficile*

Amoebose (ex amibiase)

- *Entamoeba histolytica*
  - Trophozoïte, mobile
    - Forme minuta: commensale
    - Forme invasive: pouvoir pathogène
  - Kyste, immobile
    - Immobile, forme de résistance et de contamination
- Maladie du péril fécal, homme seul réservoir
  - *E. h. minuta* asymptomatique : amoebose infestation
  - Passage à la forme invasive: qq jours à qq années après la contamination: amoebose maladie = amoebose colique
    - Tableau dysentérique non fébrile
  - Possible migrations à partir d'ulcération digestive:
    - Abcès hépatiques, pulmonaires

Traitement de l'amoebose

- Amoebose infestation (formes minuta, kystes)
  - Amoebicide de contact: Intetrix® 10j
- Amoebose colique
  - Amoebicide diffusible: Flagyl® 7 jours
  - Traitement complété par un amoebicide de contact
- Amoebose hépatique
  - Flagyl (10 j) et Intétrix (10j)

Autres parasitoses digestives responsables de troubles digestifs au retour

- Diagnostic
  - EPS répétées
  - Hyperéosinophilie variable selon les parasites (et leur localisation)

- Traitement
  - Vers ronds: albendazole
  - Vers plats: praziquantel
  - Unicellulaires: Flagyl ou Bactrim

Autres parasitoses digestives

- Helminthose
  - **Oxiurose**: cosmopolite, pas de diarrhée, prurit anal
  - **Ascaridiose**: pas de diarrhée, syndrome de Löffler (migration des larves), signes digestifs obstructifs (vers adultes) chez l'enfant++
  - **Trichocéphalose**: peu symptomatique, rarement diarrhée
  - **Ankylostomose**: vers hématophages = parfois anémie dans les infestations importantes (enfants)
  - **Strongyloïdose** (anguillulose): portage prolongé par autoinfestation, syndrome de Löffler, troubles digestifs chroniques à la phase de parasitisme intestinal. Risque de formes malignes chez les immunodéprimés (déparasitage)
  - **Taeniasis**: troubles digestifs chroniques, (neuro)cysticercose
  - **Distomatose** intestinales, **schistosomoses** (bilharzioses)

Vers ronds

Vers plats

- Protozooses
  - **Giardiose**: cosmopolite, diarrhée
  - **Isosporose**, **cyclosporose**: diarrhée parfois chez immunocompétent

Hyperéosinophilie

- Définition
  - >500 éosinophiles/mm3 ou >5-8% des leucocytes

- Role cytotoxique contre les parasites, les cellules tumorales
  - Hyperéosinophilie prolongée ou intense: phénomènes cytotoxiques délétères, notamment cardiaque

Hyperéosinophilie

- Bilan (cadre du retour, même ancien)
  - BH, EPSx3 avec technique de Baermann (recherche d'anguillule), EPU, sérologies bilharziose- anguillulose (pieds nus), filariose (migrants, séjours prolongés), hydatidose (anomalie BH)

- Autres dg:
  - Tumeurs, hémopathie, vascularites, asthme, allergie, atopie…

- Traitement d'épreuve et surveillance
  - Albendazole (400mg 3j) et ivermectine (200µg/kg)
  - Contrôle NFS-EPS à 6 semaines et 3 mois

Cas clinique n° 3

- Madame F, 46 ans, est rentrée de Thaïlande hier.
- Elle présente depuis 2 jours une fièvre à 39, des céphalées, des douleurs articulaires

Quels diagnostics évoquez vous?

1 - Grippe

2 - Dengue

3 - Paludisme

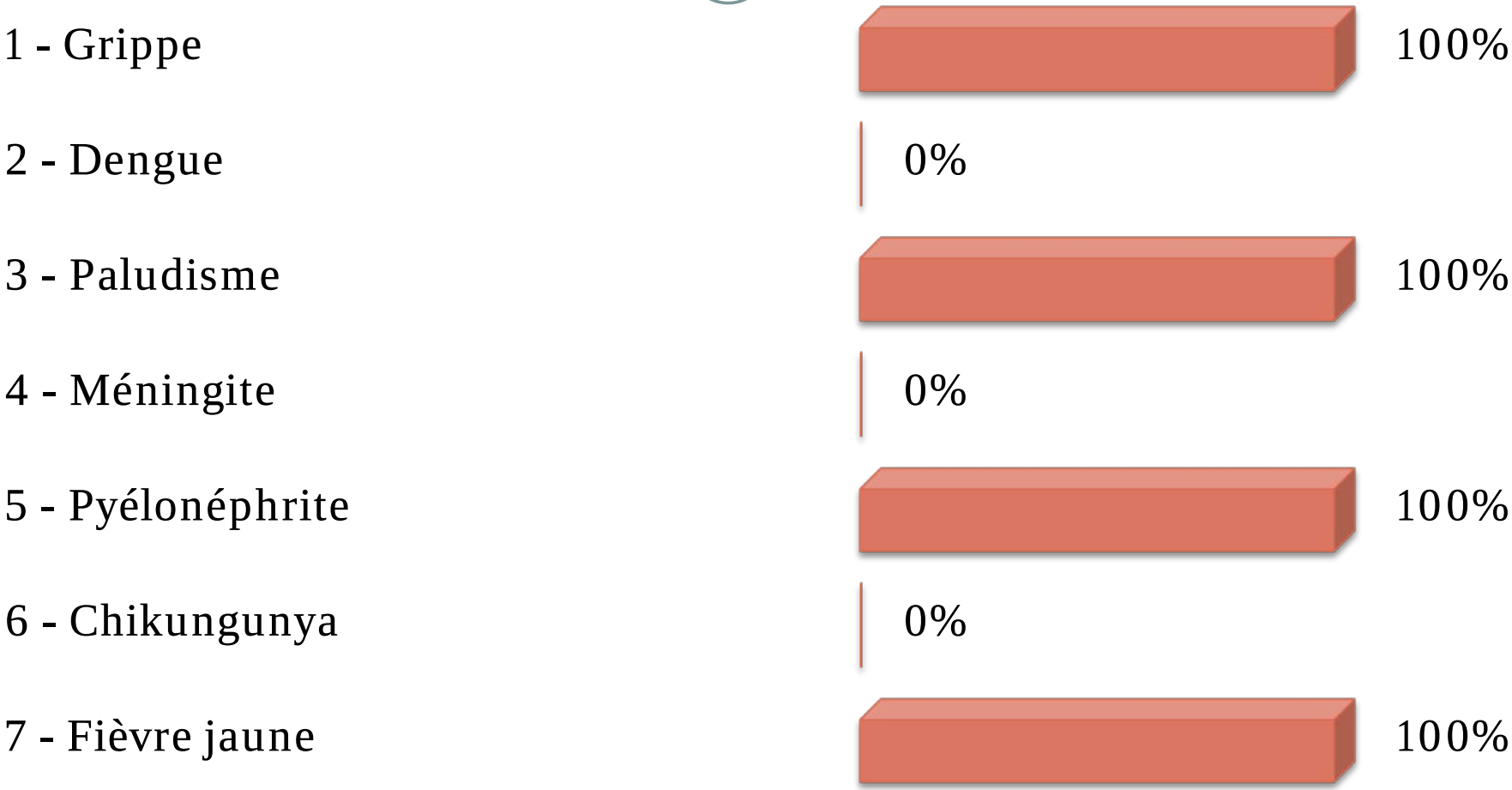
4 - Méningite

5 - Pyélonéphrite

6 - Chikungunya

7 - Fièvre jaune

Quels diagnostics évoquez vous?



Quel bilan prescrivez vous?

1 - Hémocultures

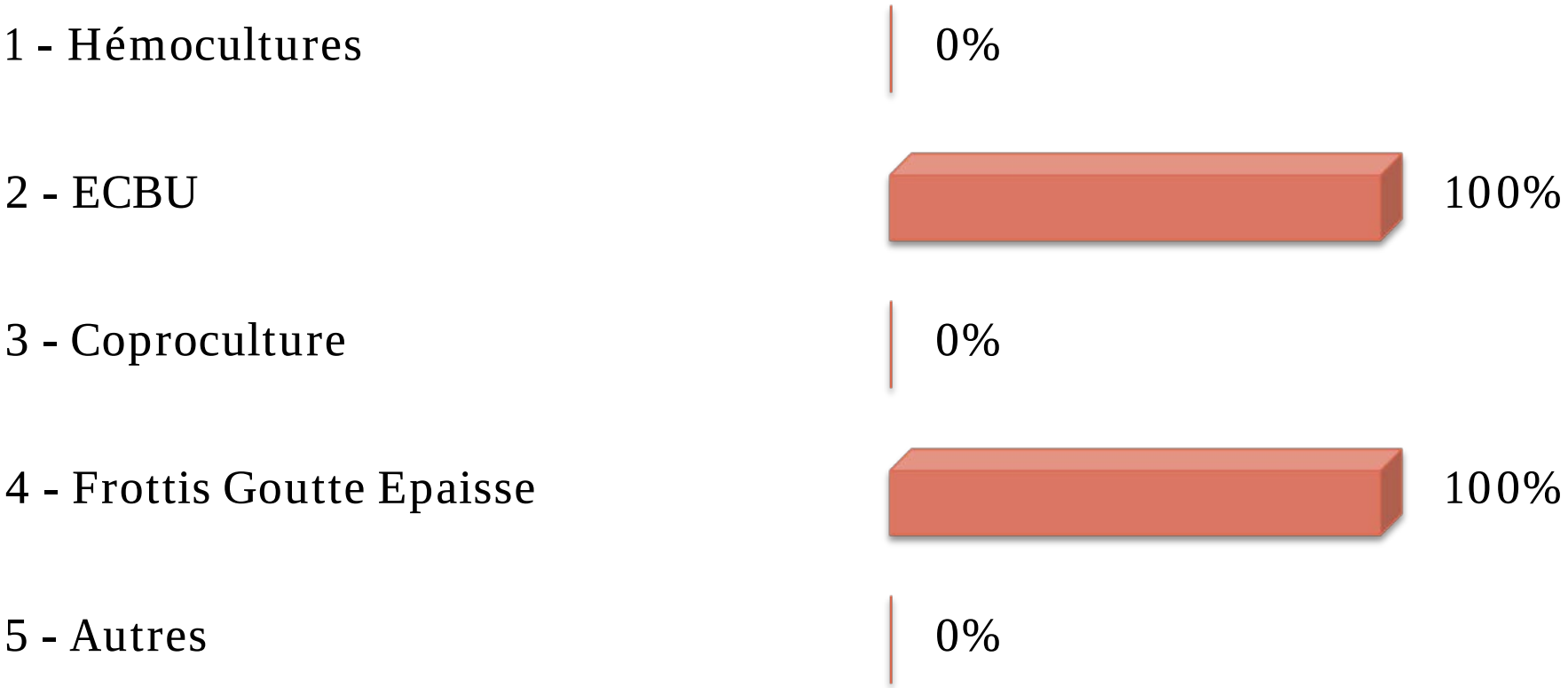
2 - ECBU

3 - Coproculture

4 - Frottis Goutte Epaisse

5 - Autres

Quel bilan prescrivez vous?



- Elle revient vous voir à J4 :

  la fièvre a baissé grâce à l'ibuprofène et l'Aspégic® qu'elle a pris, mais elle présente des saignements gingivaux et des douleurs abdominales.

Quel diagnostic évoquez vous?

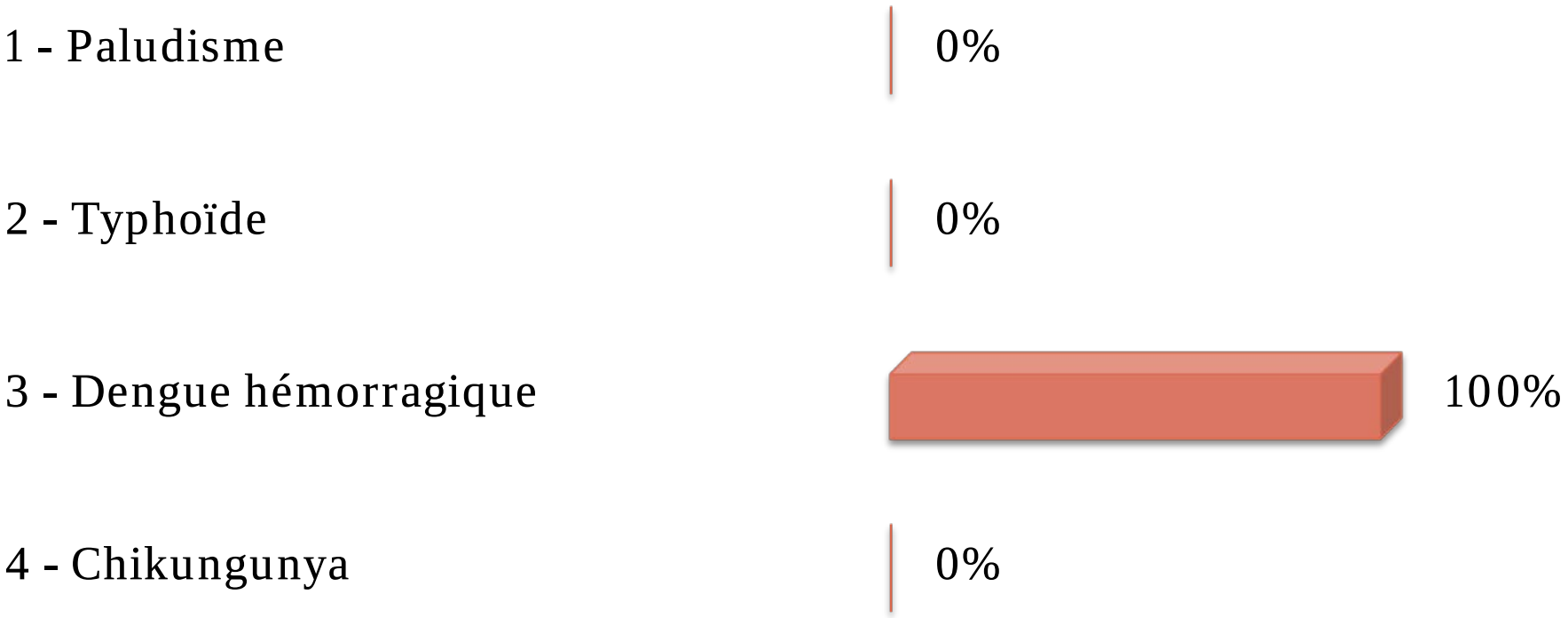
1 - Paludisme

2 - Typhoïde

3 - Dengue hémorragique

4 - Chikungunya

Quel diagnostic évoquez vous?

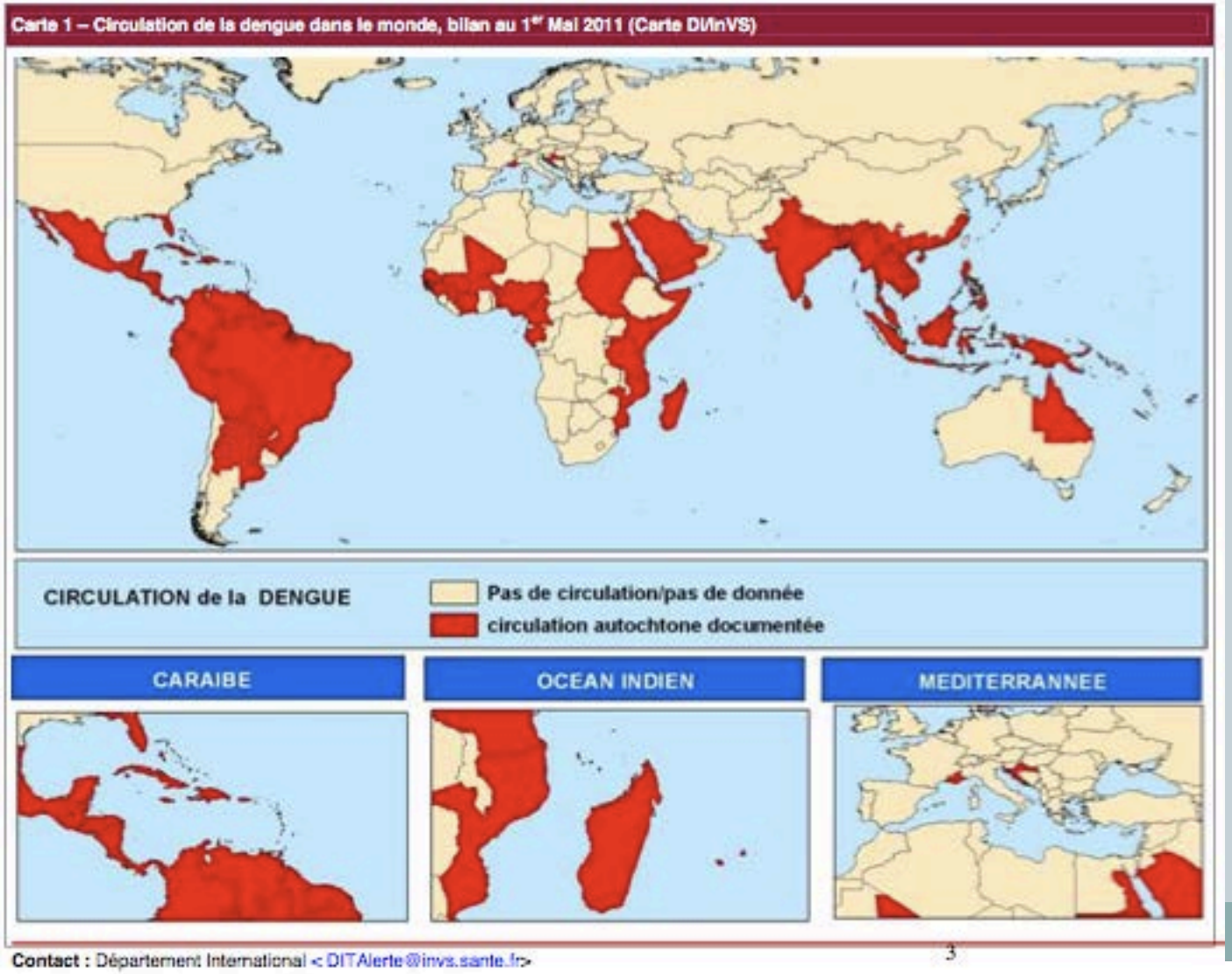


Vous suspectez fortement la dengue.

Quel bilan faites vous pour confirmer le diagnostic?

Quels traitements sont disponibles?

La Dengue


Carte 1 – Circulation de la dengue dans le monde, bilan au 1er Mai 2011 (Carte DI/InVS)
CIRCULATION de la DENGUE
Pas de circulation/pas de donnée
circulation autochtone documentée
CARAIBE
OCEAN INDIEN
MEDITERRANNEE
Contact : Département International < DITAlerte@invs.sante.fr>

La dengue

- Arbovirose transmise par un moustique type Aedes
  - De mai à novembre (saisons des pluies), 4 sérotypes différents
  - Surtout des cas importés, mais qq cas autochtones (Sud de la France)
  - Incubation: 4-10j
- Clinique: début brutal
  1. **PHASE FÉBRILE (2-7j)**: fièvre élevée, sd algique diffus, exanthème, troubles digestifs.

     +/- érythème ou pétéchies à J4
  2. **DENGUE GRAVE (J3-J7)**: à la décroissance thermique, fuites plasmatiques et hémorragies

     Signes d'alarme: douleurs abdominales, hépatomégalie, vomissements persistants, saignement muqueux, épanchements, troubles neurologiques, thrombopénie rapide

     PEC hospitalière en urgence

VIGILANCE MAXIMALE autour du 4ème jour++ : prévenir les patients et leur famille

La dengue

- Signes biologiques associés:

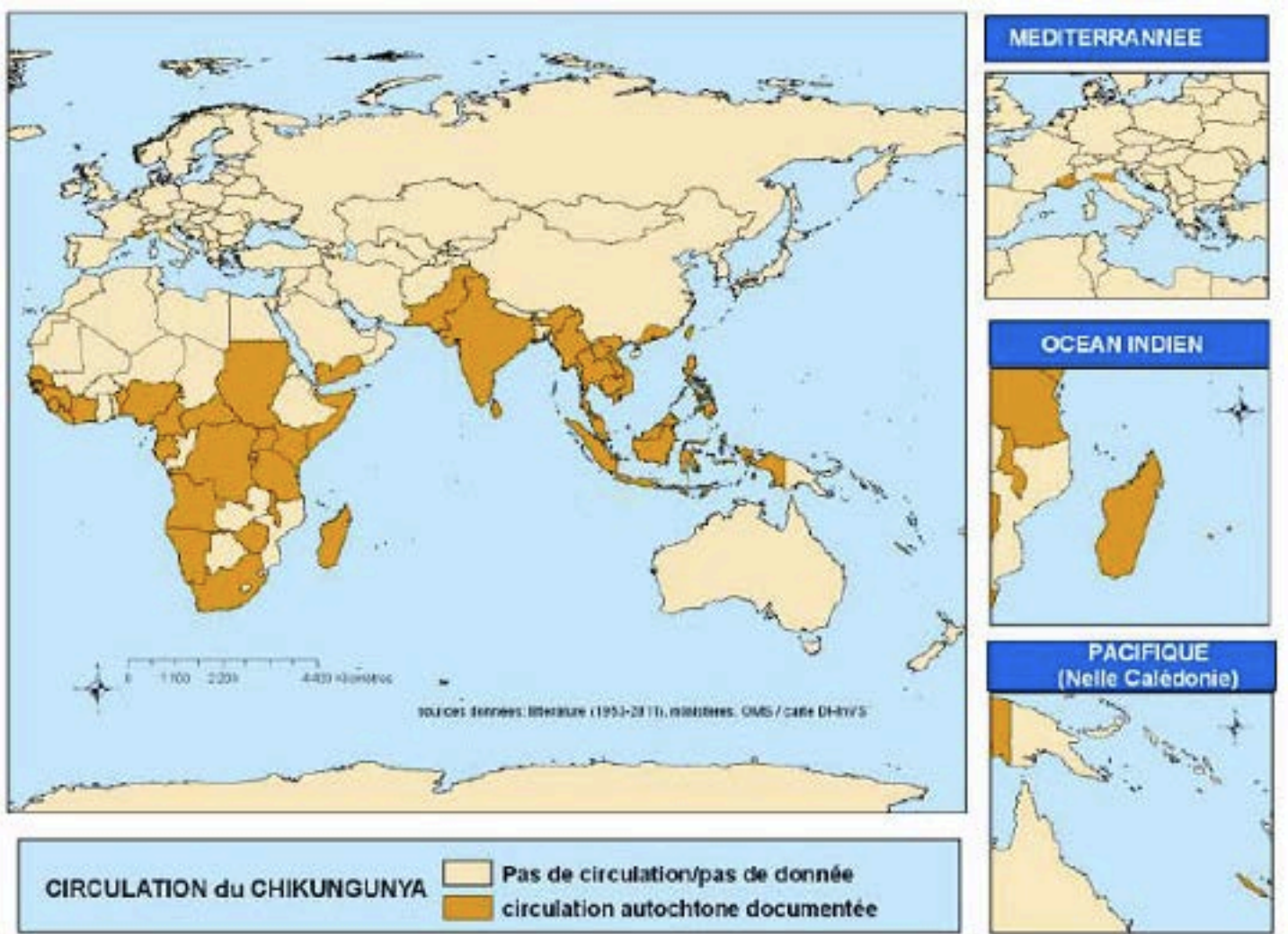
  Lymphopénie ou hyperlymphocytose, allongement du TCA, thrombopénie, cytolyse hépatique

- Diagnostic:
  - RT-PCR précoce
  - Sérologie à partir de J5

- Pas de traitement spécifique
  - Traitement symptomatique
  - CONTRE-INDICATION formelle aux AINS et aspirine++
  - Pendant la maladie, mesures de protection anti-moustique pour éviter la dissémination
  - + lutte contre les eaux stagnantes

Le Chikungunya

- Arbovirose transmise par le moustique Aedes



Le Chikungunya

- Clinique:
  - Incubation: 1-12 jours
  - Asymptomatique: 10-15% des cas
  - Fièvre élevée brutale, arthralgies des petites articulations des extrémités (poignets, chevilles, phalanges), myalgies, céphalées, éruption maculo-papuleuse
  - Gingivorragies possibles chez l'enfant
  - Evolution le + souvent favorable, mais forme chronique possible avec arthralgies persistantes.

- Diagnostic :
  - RT-PCR précoce
  - Sérologie à partir de J7

- Traitement symptomatique

+ mesures de protection anti-moustiques

+ lutte contre les eaux stagnantes

Cas clinique n° 4

- Monsieur T, 45 ans, est rentré du Maroc il y a 15j
- Il y avait passé une semaine.
- Depuis 48h il présente des vomissements, une fièvre à 38° , une grande asthénie, un subictère.

Quels diagnostics évoquez vous?

1 - MNI

2 - Méningite

3 - Hépatite A

4 - Hépatite C

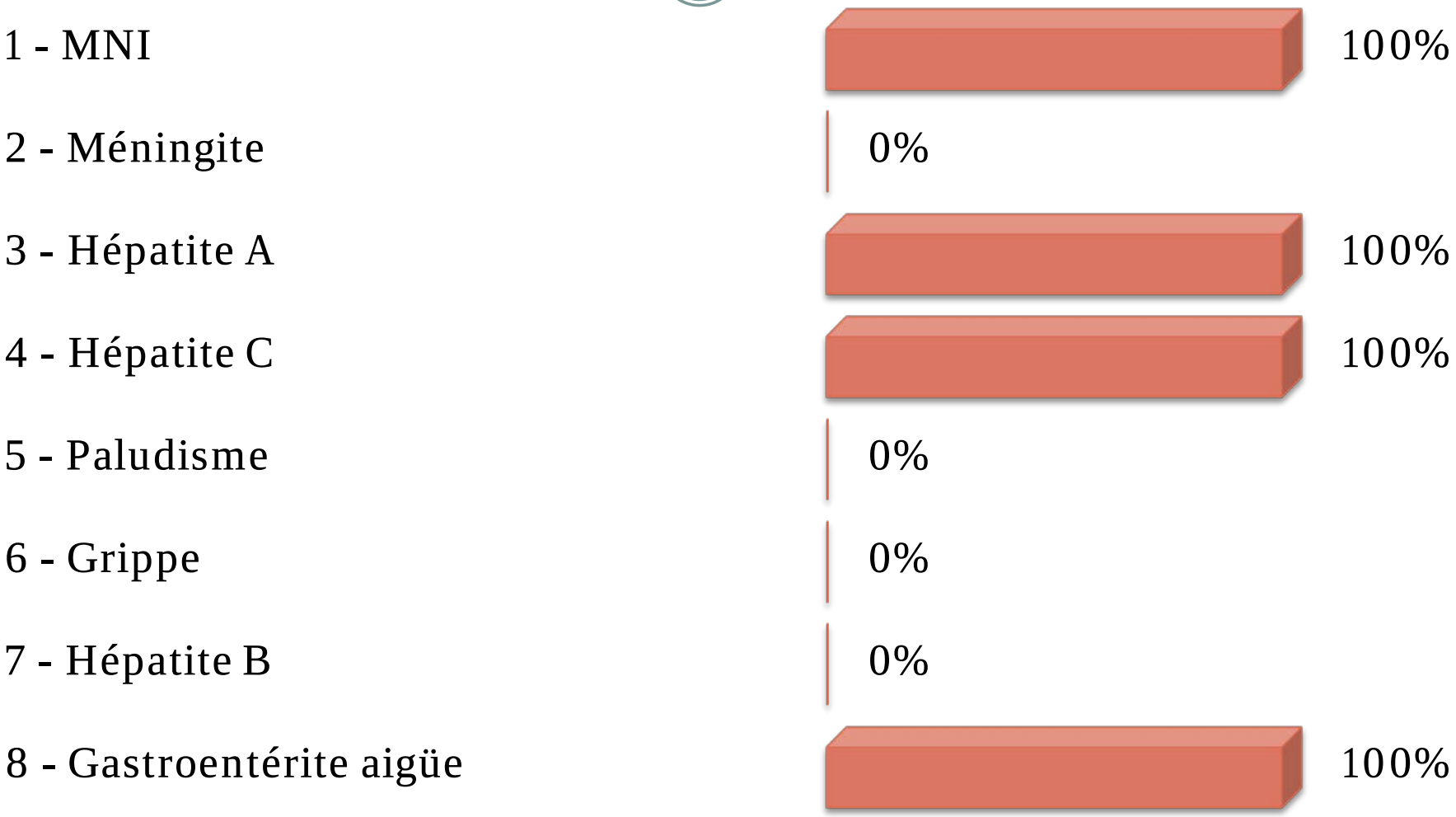
5 - Paludisme

6 - Grippe

7 - Hépatite B

8 - Gastroentérite aigüe

Quels diagnostics évoquez vous?



Quel bilan prescrivez vous?

1 - NFS

2 - Hémocultures

3 - Sérologie Hépatite A

4 - Sérologie Hépatite C

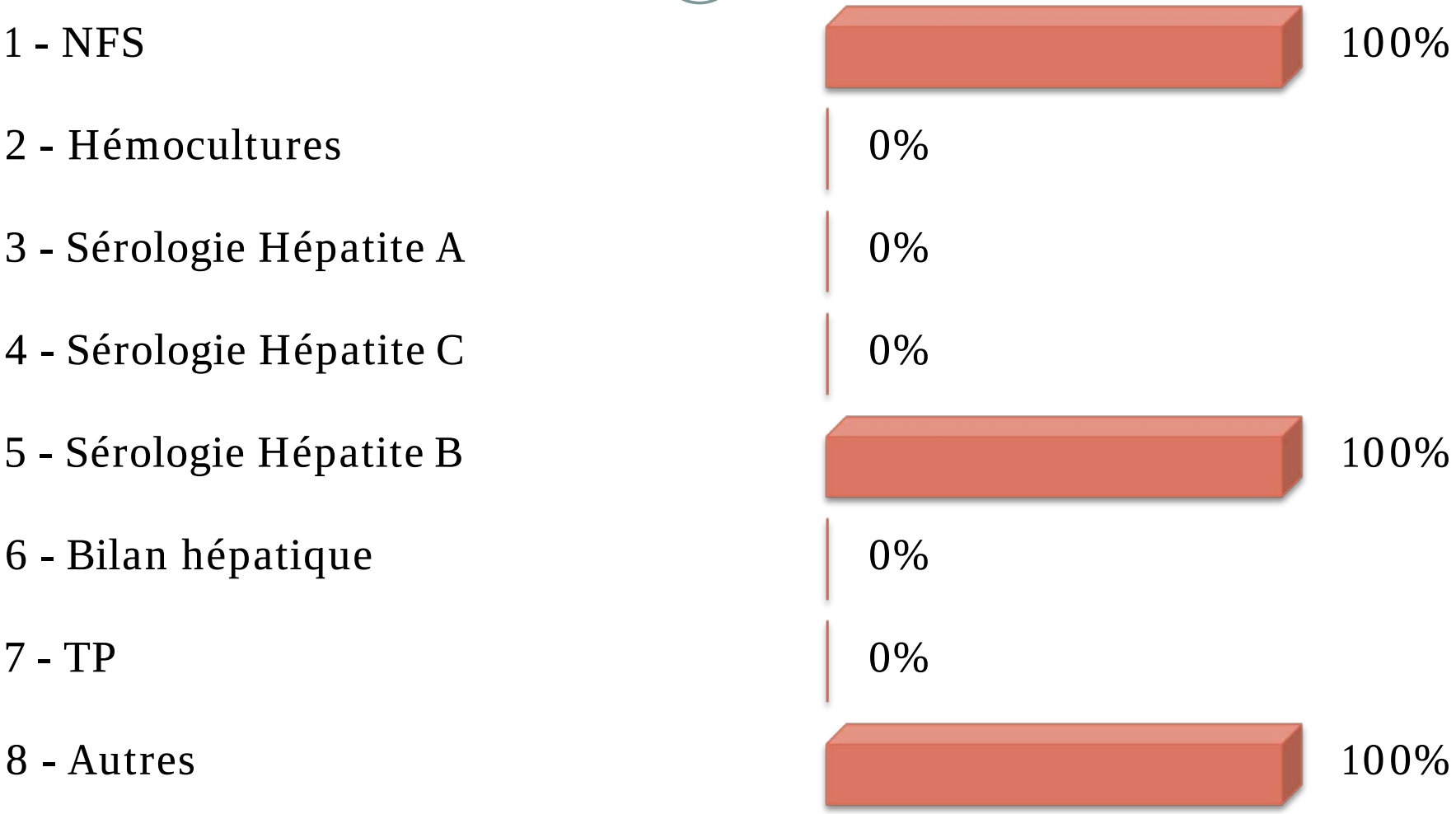
5 - Sérologie Hépatite B

6 - Bilan hépatique

7 - TP

8 - Autres

Quel bilan prescrivez vous?



- Les résultats biologiques montrent:
  - Hépatite A IgG + , IgM -
  - Hépatite B: Ag HBs - , Ac anti HBs + , Ac ant HBc -
  - Transaminases: 2N, pas de cholestase
  - NFS: Hb=12.7, Leucocytes=4.900, Plaquettes=160.000, CRP=2

- Lorsqu'il revient, 5 jours plus tard vous montrer ses résultats, il présente toujours 38° -38.5°

  L'examen est pauvre: polyadénopathies cervicales et axillaires (<1cm) et doute sur une petite splénomégalie.

- Quels diagnostics évoquez vous? Quel bilan?

- Au final:
  - Primoinfection VIH
  - Tourisme « sexuel »

- Symptomatologie au retour de voyage

  NE PAS PERDRE VOS REFLEXES HABITUELS

  Penser aux pathologies non liées au voyage: EP, VIH, Infections bactériennes urinaires / pulmonaires…

Hépatite aigue au retour de voyage

- Peu fréquente
- Nombreuses étiologies possibles, mais très rares chez le voyageur pour certaines
  - HÉPATITE VIRALE A, E, B (C et D dans une moindre mesure) : les plus fréquentes
  - DENGUE
  - PALUDISME
  - FIÈVRE JAUNE, TYPHOIDE
  - ANECDOTIQUES: Fièvre d'Omsk, de Kyasanur, de Lassa, Ebola, Marburg…

- Penser aux autres causes d'hépatites++

  MNI, CMV, HSV, VZV, VIH

  Hépatite auto-immune, toxiques, OH, paracétamol…

Hépatite A

- Epidémiologie
  - Enfants <15 ans surtout dans les pays où hygiène précaire
  - Adultes lors d'épidémie dans les pays développés, ou au retour de voyage (Maghreb++)
  - Transmission orofécale, interhumaine / alimentaire par épidémie
  - Incubation ≈ 30 jours en moyenne. Pas de chronicisation

- Diagnostic
  - **Forme ictérique**: sd pseudo grippal brutal, nausées, arthralgies, ictère, +/- hépatomégalie
  - **Forme anictérique asymptomatique** possible: surtout chez l'enfant, parfois manifestations extra-hépatiques isolées
  - Cytolyse constante avec ALAT>ASAT, +/- cholestase
  - Sérologie VHA: **IgM** précoces et constantes
  - IgG précoces et prolongées (>10ans): permettent une immunité

Hépatite A

- Evolution:
  - Guérison spontanée en qq semaines
  - Rares formes prolongées cholestatiques / rechutes dans le mois suivant la guérison apparente
  - Hépatites fulminantes exceptionnelles (hépatopathie chronique, immunodéprimé, âge >50 ans)

- Eviction 10j si travailleur dans les denrées alimentaires

- Maladie à déclaration obligatoire depuis 2005

  >> détection de cas groupés (établissement scolaire, centre handicapés, gens du voyage)

  >> mesures de contrôle

Vaccin hépatite A

- 2 doses Mo + M6-12 , adulte/ pédiatrique

  seul ou combiné (typhoide / hépatite B)
- Très immunogène
  - Conversion 98-100% à 1 mois de la 1ère injection
  - Taux d'Ac meilleures si 2e injection à M12
  - Protection vaccinale au moins 10 ans, peut-être plus (mémoire immunitaire)
- Indications:
  - Enfants handicapés
  - Voyageurs en zone d'endémie
  - HSH
  - Pathologie à risque d'évolution vers une hépatopathie chronique
  - Professions à risque: petite enfance, liées au handicap, eaux usées, restauration collective

Autres hépatites virales communes

- **Hépatite E**
  - Transmission: ingestion d'eau contaminée
  - Zones endémiques: sous-continent Indien, Afrique sub-Saharienne, Asie du Sud-Est
  - Clinique: hépatite aigue ictérique
  - Morbidité importante si hépatopathie chronique / grossesse
  - Diagnostic: IgM anti VHE
  - Pas de vaccin, Prévention: lutte contre péril fécal
- **Hépatite B**
  - Transmission sanguine / sexuelle (30-80% de taux de transmission) / mère – enfant
  - Asymptomatique le plus souvent 70%, hépatite aigue ictérique 30%
  - Forme fulminante possible (0,1 - 1% des cas)
  - Incubation : 45-180 jours
  - Chronicisation 2-10% des cas

Fièvre jaune

- Epidémiologie
  - Virus transmis par piqure de moustique type Aedes
  - 200.000 cas / an, 30.000 décès /an dans le monde
  - Afrique et Amérique centrale et du Sud + cas d'importation (tourisme)
- Clinique
  - Incubation: 1 semaine
  - Organe cible: le foie, 5-15% de formes symptomatiques
  - Sd grippal sévère -> phase de rémission -> sd hémorragique avec vomissement de sang noirâtre, ictère flamboyant, IRA -> coma, convulsion, 50-80% de décès
  - Diagnostic: sérologie ou PCR
  - Pas de traitement spécifique
  - Immunité à vie après une forme curable
  - Vaccination obligatoire si séjourne zone d'endémie, 1 dose / 10 ans

MERCI DE VOTRE ATTENTION !