

Tutorat 2009/2010. Maladies parasitaires (1)

Les deux premiers sujets posés lors des contrôles de connaissances concernent la Médecine tropicale et sont des **cas cliniques**. Ils sont communs au Diplôme Universitaire et à la Capacité de médecine tropicale. Il convient pour vous préparer à ces questions de travailler les cas cliniques, qui figurent sur le site à la rubrique « Cas cliniques » <http://medecinetropicale.free.fr/cas.html> et ceux qui ont été posés aux différents contrôles de connaissances depuis 1998 qui figurent dans la rubrique « Annales » <http://medecinetropicale.free.fr/annales.html>, après avoir lu attentivement les cours correspondants. Je vous propose de travailler le programme de novembre - décembre 2009 pendant les mois de janvier et de février 2010, donc avant la deuxième semaine de cours qui se déroulera du 8 au 13 mars 2010.

Paludisme

Les cas cliniques sur le paludisme sont en pratique limités au paludisme à *Plasmodium falciparum* :

- **paludisme grave : neuropaludisme chez un enfant autochtone ou expatrié, neuropaludisme chez un adulte expatrié non immun,**
- **paludisme simple ou grave chez une femme enceinte autochtone ou expatriée.**

Un des deux cas cliniques de mai 2008 a été posé chez une femme enceinte expatriée ayant arrêté la chimioprophylaxie antipalustre en cours de séjour à cause des effets secondaires de la SAVARINE®.

Il y avait déjà sur le site un cas clinique chez un enfant malgache de 30 mois vivant habituellement en altitude et en ville, donc non immun, qui est allé passer des vacances dans une zone impaludée, sans prendre de chimioprophylaxie.

Quelques actualités concernant le paludisme :

- tous les pays d'Afrique intertropicale sont depuis 2008 du groupe 3, y compris les pays du Sahel;
- des formes graves de paludisme à *Plasmodium vivax*, espèce considérée comme anodine, sont rapportées en Inde et en Amazonie,
- un nouveau plasmodium, *Plasmodium knowlesi*, parasite simien de l'Asie du sud-est, est de plus en plus fréquemment rencontré chez l'homme en Malaisie, aux Philippines et à Singapour (un cas vient d'être identifié à Singapour, pays qui avait éliminé le paludisme depuis de nombreuses années),
- la nouvelle association fixe d'antipaludiques à visée synergique schizonticide artésunate-amodiaquine (COARSUCAM®) a pour intérêt une seule prise par jour pendant 3 jours dans les accès palustres simples
- la primaquine est le seul médicament disponible efficace contre les formes hépatiques de *P. vivax*. Il est possible de l'utiliser en prophylaxie pendant tout le séjour en zone d'endémie à *P. vivax*, à poursuivre 7 jours après le retour (dose adulte : 30 mg/j, dose enfant 0,5mg/kg/j), et en prophylaxie dite terminale chez les personnes ayant été exposées à un fort risque d'infection par *P. vivax*: (30 mg/j chez l'adulte, 0, 5 mg/kg/j chez l'enfant] pendant 15 jours). La primaquine est contre-indiquée chez les sujets porteurs d'un déficit en G6PD. Elle est soumise en France à une ATU.
- une nouvelle formulation pédiatrique de COARTEM® destinée aux nourrissons et aux enfants (à partir de 5 kgs) souffrant de paludisme non compliqué à *P. falciparum* a été développée en 2009 : le COARTEM® Dispersible

Il faut bien connaître **les critères OMS 2000 du paludisme grave**, commun à l'adulte et à l'enfant (sauf en ce qui concerne l'insuffisance rénale et l'hyperparasitémie qui, si elle est entre 4 et 10% chez l'enfant sans autre signe de gravité peut être traitée par un antipaludique oral, alors que si elle est supérieure à 4% chez l'adulte non immun doit être traitée par la quinine intraveineuse).

Si le diagnostic de référence du paludisme est parasitologique (frottis mince, goutte épaisse), **les tests de diagnostic rapide (TDR) en première intention** favorisent une prise en charge plus précoce dans les zones peu médicalisées où le paludisme est un problème de santé publique. Si les TDR ont leurs limites (faux négatifs, faux positifs), ils permettent d'éviter la prescription d'un traitement présomptif et de différencier *P. falciparum* et *P. vivax*, ce qui est important sur le plan thérapeutique dans les zones où *P. vivax* est fréquent.

Il faut bien connaître le **traitement par la quinine intraveineuse** (protocole standard, dose de charge, durée du traitement, complications liées au traitement). L'artésunate parentérale peut remplacer la quinine dans les formes graves de paludisme, mais elle n'est toujours pas disponible en France.

Il faut bien connaître la **prévention** (chimioprophylaxie, lutte anti vectorielle en tenant compte de l'âge). La lutte anti vectorielle doit être appliquée en tenant compte des recommandations de l'AFSSAPS. La chimioprophylaxie s'est enrichie de la prescription, encore hors AMM, de l'association atovaquine-proguanil (MALARONE®) chez le petit enfant pesant de 5 à 7 kg (½ cp enfant/jour) et de 7 à 11 kg (3/4 cp. enfant/jour). Ceci comble un "vide" pour la chimioprophylaxie de l'enfant dans les pays du groupe 3. Je rappelle que la durée de la chimioprophylaxie au retour dans une zone non endémique est limitée à 7 jours avec la MALARONE®) compte tenu de l'action de ce médicament sur les souches hépatocytaires de *P.*

falciparum.

Il faut connaître les complications du **paludisme de la femme enceinte**, le traitement suivant le trimestre de la grossesse et ses complications (hypoglycémie due à la quinine), la chimioprophylaxie par le traitement préventif intermittent chez une femme enceinte autochtone ou par un antipaludique en continu chez une femme enceinte expatriée, la lutte anti vectorielle en tenant compte de la grossesse. La quinine est le traitement de référence du paludisme chez la femme enceinte. Seule la quinine a fait la preuve d'une parfaite innocuité dans le traitement du paludisme chez la femme enceinte ou allaitante.

Amibiase

Les cas cliniques sur l'amibiase sont en pratique limité à l'amibiase viscérale : amibiase hépatique ou amibiase pleuro-pulmonaire.

Il y a sur le site un cas clinique d'amibiase colique et hépatique à rechutes. Un cas clinique d'**amibiase hépatique** a été posé lors des contrôles de connaissances d'octobre 2003 et d'octobre 2008. Il peut s'agir d'un cas clinique classique (hépatomégalie douloureuse et fébrile, c'est le cas posé en 2003) ou plus vraisemblablement d'une présentation clinique inhabituelle (par exemple : douleurs lombaires droites fébriles et suspicion de pyélonéphrite, l'échographie abdominale rectifiant le diagnostic : c'est le cas posé en octobre 2008). Il s'agissait d'une femme vivant à Madagascar, mais vue en France métropolitaine où elle séjournait. Un certain nombre de candidats ont fait un diagnostic de kyste hydatique du foie, affection tout à fait exceptionnelle à Madagascar. Ceci montre, une fois de plus, l'importance de la géographie en Médecine tropicale : nous ne posons pas de cas clinique sur une maladie exceptionnelle dans une région donnée.

Ce qu'il faut savoir : les examens paracliniques qui confirment le diagnostic (échographie hépatique, sérologie de l'amibiase), les traitements (amoebicide diffusible suivi d'une cure d'amoebicide de contact), les problèmes de diagnostic et de traitement si, à la 72^{ème} heure d'un traitement amoebicide diffusible, il n'y a pas d'amélioration.

Le retard diagnostique lié au long délai de consultation est à l'origine de la taille souvent très importante des abcès du foie observés en Afrique subsaharienne. Il est admis que les abcès du foie, amibiens ou à pyogènes, de plus de 5 cm de diamètre doivent être évacués, quelque soit la technique utilisée.

Il y a un cas clinique sur le site d'**amibiase pleuro-pulmonaire** apparemment isolée. Il n'y a rien à ajouter à cette observation, sauf qu'actuellement le malade aurait bénéficié dans un CHU africain (Libreville) d'un scanner thoracique avant l'intervention chirurgicale.

Schistosomoses ou bilharzioses

Les cas cliniques concernant les bilharzioses sont en pratique limités aux **bilharzioses africaines** : bilharziose uro-génitale à *S. haematobium*, rectale à *S. intercalatum* et hépatique à *S. mansoni*.

Il y a sur le site un cas clinique concernant une **schistosomose rectale à *Schistosoma intercalatum***, le diagnostic étant apporté par la biopsie de muqueuse rectale (BMR) et un cas clinique concernant une neurobilharziose invasive chez 2 frères contaminés à la même source et dont le diagnostic a été porté avec retard sur l'examen parasitologique des selles.

Il a été posé une **bilharziose en phase d'invasion** au contrôle de connaissances de juin 2001. On retient de cette observation, le contact avec les eaux de surface dans une plaine irriguée, l'hyperéosinophilie sanguine à 3 213 el/mm³. Le diagnostic de bilharziose en phase d'invasion est porté sur la recherche des anticorps antibilharziens par les réactions quantitatives (ELISA, immunofluorescence, hémagglutination). Mais, on sait que l'immunologie ne se positive que tardivement, plus de 6 semaines après la contamination (voir dans la rubrique « Actualités », <http://medecinetropicale.free.fr/actualites.html> la lettre d'information n°10).

Il a été posé une **Bilharziose hépatique à *S mansoni*** au contrôle de connaissances d'octobre 2005. Il s'agissait d'une hépatopathie avec hypertension portale chez un sujet vivant en zone d'endémie bilharzienne à *S. mansoni*. Le diagnostic a été porté sur l'examen de la BMR. Il était demandé si d'autres examens complémentaires étaient utiles au diagnostic : réponse négative, car il était donné dans l'observation les résultats de l'échographie et de la BMR.

Il n'y a pas sur le site de cas clinique de **Bilharziose uro-génitale**, mais le diagnostic est facile : hématurie, résultats de l'échographie abdominale et de la cystoscopie, recherche des œufs dans les urines et dans la BMR. Il faut insister sur la fréquence de l'atteinte génitale et sur les conséquences de l'atteinte uro-génitale.

Parasitoses intestinales

Elles font l'objet de cas cliniques dont il faut retenir : **syndrome de Loeffler ascaridien, ankylostomose, anguillulose commune, anguillulose maligne, larva currens, trichocéphalose, trichinellose**.

Il y a sur le site un cours sur les **parasitoses digestives** (mis à jour le 14/10/2008) qu'il faut lire avant

d'étudier les cas cliniques cités ci-dessus. Le **syndrome de Loeffler** a été posé en octobre 2002.
 En ce qui concerne ces parasitoses, il faut bien connaître les cycles évolutifs, en particulier celui de l'anguillulose.

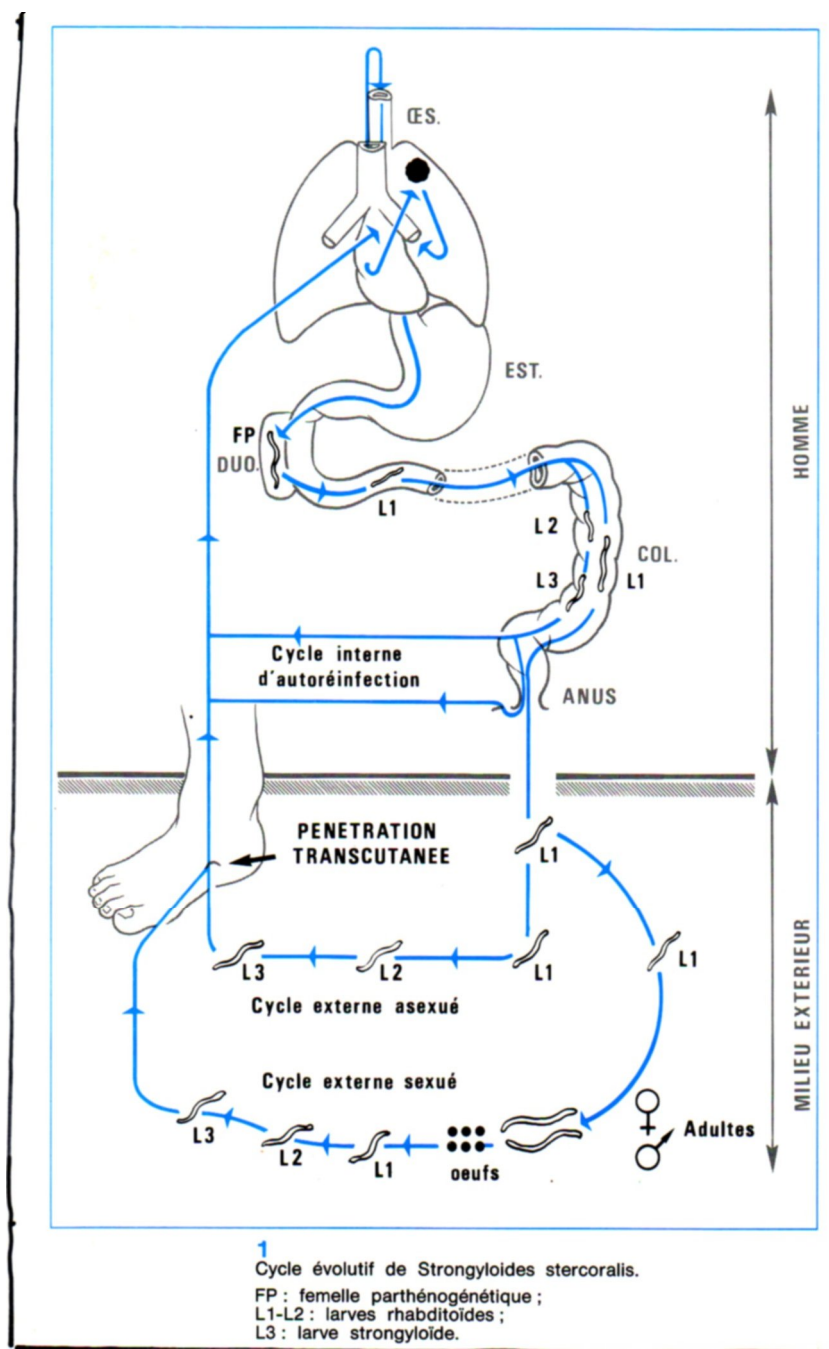


Figure 1. Cycle de l'anguillulose. In Aubry P., Klotz F et Nguemby-Mbina C. Anguillulose. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Maladies infectieuses, 8118-A10, 7-1987, 7 p.

Dites-moi, sans hésiter, les problèmes que soulève pour vous, l'étude de ces parasitoses.

Texte rédigé le 05/01/2010

AUBRY.Pierre@wanadoo.fr