Urgences infectieuses

Fiche
57

Fièvre au retour d'un pays tropical

Points importants

- **Toute fièvre au retour d'un pays tropical doit être considérée comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire.**
- **Il n'y a pas de facteur prédictif de paludisme devant une fièvre au retour de pays tropicaux.**
- **La morbidité au retour d'un pays tropical est dominée par la « diarrhée du voyageur ».**
- **La plupart des hépatites contractées (A et E) en zones tropicales sont dues au péril fécal.**
- **Une hyperéosinophilie évoque en premier lieu une parasitose à helminthes ; en période d'invasion, lorsqu'il n'y a pas de parasites dans les selles, il faut demander une sérologie.**

Diagnostic

Démarche diagnostique

Anamnèse

Séjour en zone tropicale

- Localisation.
- Durée du séjour.
- Date de retour.
- Lieu de résidence : urbaine ou rurale.
- Saison : sèche ou pluies.

Pratiques à risque

- Baignades en eau douce.
- Alimentation.
- Exposition sexuelle.

Prophylaxie

- Antipalustre : observance, type.
- Vaccinations : hépatites, fièvre jaune.

Fièvre

- Date d'apparition.
- Mode de début : brutal, progressif.
- Évolution : continue, récurrente.
- Signes associés : céphalées, convulsions, vomissements, diarrhées, ictère, éruption.

© 2019, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Délais d'incubation

- < 7 jours : arboviroses, diarrhée du voyageur.
- 7 à 14 jours : paludisme, typhoïde, rickettsiose, borréliose, leptospirose.
- > 14 jours : paludisme, hépatites virales ABE, trypanosomiase, leishmaniose, amibiase, VIH, tuberculose.

Examen clinique

- Signes généraux : ictère, pâleur, arthralgies, myalgies, hémorragies.
- Neurologique : syndrome méningé, troubles de conscience, confusion.
- Abdominal : hépatomégalie, splénomégalie.
- Cutané : éruption, œdème.
- Pulmonaire : dyspnée, foyer auscultatoire.
- Adénopathies.

Examens biologiques

Examens d'orientation

- Frottis-goutte épaisse, test de diagnostic rapide : recherche de paludisme en priorité.
- NFS.
- CRP.
- Ionogramme sanguin.
- Bilirubinémie, transaminases
- Hémoculture.
- ECBU.

Examens ciblés par l'anamnèse et la clinique

- Ponction lombaire.
- Coproculture et examen parasitologique des selles.
- Sérologies parasitaires :
  - utiles en phase de migration larvaire ou de localisation viscérale des parasites ;
  - amibiase, leishmaniose, anguillulose, filariose, trypanosomiase, schistosomes, cysticercose.
- Sérologies bactériennes :
  - utiles lorsque les germes sont difficilement cultivables (germes intracellulaires) ;
  - salmonellose (sérodiagnostic de Widal et Felix), rickettsiose, tréponématose, leptospirose, *Brucella* (sérodiagnostic de Wright), *Chlamydiae*.
- Sérologies virales :
  - arboviroses : dengue, chikungunya, fièvre jaune ;
  - fièvres hémorragiques : Lassa, Ebola, Marburg ;
  - hépatites virales ;
  - VIH.

Imagerie

- ECG : analyse du QT.
- La radiographie de thorax : élimine une pneumopathie, une tuberculose.
- Échographie hépatique : amibe, diagnostics différentiels des perturbations du bilan hépatique.

Orientation diagnostique [1]

Diagnostic	Clinique	Biologie
Paludisme	Fièvre récurrente Céphalées, myalgies Splénomégalie Grave : signes neurologiques	Thrombopénie, leucopénie CRP élevée Frottis goutte épaisse
Dengue Chikungunya Zika	Arthralgies myalgies Éruption cutanée Céphalée	Thrombopénie, leucopénie CRP basse Sérologies
Typhoïdes	Diarrhée Splénomégalie Signes neurologiques Pouls dissocié	Hémocultures, sérologie Thrombopénie, leucopénie CRP élevée
Hépatites	Ictère Hépatomégalie Asthénie	Sérologies Leucopénie CRP basse
Fièvres hémorragiques	Hémorragies Ictère	Sérologie
Filariose	Lymphangite	Hyperéosinophilie Sérologie
Leptospirose	Tableau pseudopalustre	Sérologie
Amibiase hépatique	Hépatomégalie	Hyperleucocytose CRP élevée Sérologie

Éléments de gravité

Paludisme grave

- Neuropaludisme : Glasgow < 9.
- Troubles de conscience : $9 <$ Glasgow < 15.
- Convulsions.
- Détresse respiratoire.
- Ictère.

- Bicarbonates < 15 mmol/L.
- Hémoglobine < 5 g/dL.
- Parasitémie > 4 % (sujet non immun) ou > 20 % (sujet immun).
- Hypoglycémie.
- Hémoglobinurie macroscopique.
- Créatinine > 265 µmol/L ou diurèse < 400 mL/24 h.
- PAS < 80 mmHg.
- Hémorragie.
- OAP.

Accès palustre à *P. falciparum* ; risque de neuropaludisme.
La présence d'un seul signe de gravité doit conduire à l'hospitalisation

Fièvres hémorragiques virales

Taux de létalité variable selon le virus, allant de 1 % pour la fièvre de Lassa à 70 à 80 % pour celle d'Ebola.

Formes fulminantes des hépatites

Rares mais gravissimes ; évoquer un paludisme grave en diagnostic différentiel.

Prise en charge thérapeutique

Traitement symptomatique

- Antipyrétique.
- Antalgiques.
- Voie veineuse périphérique avec Nacl 0,9 %.
- Traitement du choc (voir : « Choc, insuffisance circulatoire aiguë »).

Traitements spécifiques des principales causes

Accès palustre simple à *P. falciparum* [2]
- Arténimol-pipéraquine (Eurartésim®) cp 20 mg/120 mg : 3 cp (4 cp si poids > 75 kg) en une prise à jeun 3 jours de suite (CI : QT long).
- Ou : atovaquone-chlorhydrate de proguanil (Malarone®) cp 250 mg/100 mg : 4 cp/jour, 3 jours (y compris chez la femme enceinte).

Accès palustre grave
- En 1re intention : artésunate (Malacef®) poudre 60 mg : 2,4 mg/kg H0, H12, H24, H48, H72 (fait l'objet d'une ATU nominative).
- En cas d'indisponibilité, d'allergie ou de suspicion de résistance : quinine V (Quinimax®) amp. 125 mg/mL : quinine dose de charge 17 mg/kg en 4 h, puis 8 mg/kg en 4 h toutes les 8 h + doxycycline cp à 100 mg : 200 mg/j (si quininorésistant) ; surveillance glycémique.

Accès palustre à *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariæ*
Chloroquine (Nivaquine®) cp 100 mg : 10 mg/kg (J1 et J2) puis 5 mg/kg (J3).

Typhoïde
- Ofloxacine cp 200 mg 7,5 mg/kg 2 fois/jour pendant 5 à 7 jours.
- Prednisone : 1 mg/kg en cas de signes toxiques importants.

Arboviroses
Traitement symptomatique (douleur et fièvre).

Hépatites
Traitement symptomatique; éviter tout sédatif y compris les anti-émétiques

Amibiase hépatique
Métronidazole : (cp 250 mg) 500 mg 3 fois/j 10 à 14 jours.

Consignes et surveillance
- Un accès palustre sans signe de gravité chez un patient sans comorbidité sera autorisé à rentrer à domicile avec des consignes de surveillance.
- Une information sur les effets secondaires (fréquents) des traitements, notamment antipaludéens doit être donnée.
- Quel que soit le diagnostic, il est conseillé au patient de consulter son médecin traitant dans les 48 h.

RÉFÉRENCES

[1] CMIT. Voyage en pays tropical. In : Pilly E, editor. Maladies infectieuses et tropicales. Paris : Vivactis plus; 2010. p. 458–63.
[2] SPILF. Prise en charge et prévention du paludisme d'importation. In : Mise à jour 2017 des RCP; 2017, www.infectiologie.com/fr/actualites/paludisme-rcp-2017_-n.html

Compléments en ligne disponibles pour ce chapitre à l'adresse :
www.em-consulte.com/e-complement/4760932
Ou en flashant le QR-code ci-dessous