

Cas clinique 2

Histoire de la maladie :

De garde aux urgences, vous recevez à 21 heures Alexandra (A.), 16 ans, qui a séjourné un mois au Cameroun avec ses parents. Mauvaise observance de la chimioprophylaxie antipaludique par atovaquone-proguanil. Sur place, nombreuses piqûres de moustiques, condition de vie « locale », une baignade dans un lac. Vaccinations à jour pour la fièvre jaune. Pas de vaccination contre la fièvre typhoïde ni l'hépatite A.

Deux jours après son retour, elle présente une fièvre ainsi que des vomissements.

Trois jours après le début de la fièvre, elle consulte aux Urgences avec une fièvre à 38,2 °C, et des vomissements. Cliniquement, il n'existe pas de défaillance hémodynamique neurologique ou respiratoire, céphalées sans syndrome méningé, pas de déficit neurologique, pas de diarrhées, pas de douleurs abdominales.

Alexandra est apyrétique aux urgences et le dernier vomissement remonte à 14h. Pas de nausées actuellement et elle peut s'hydrater per os.

La biologie met en évidence une hémoglobine à 12,5 g/dL, une thrombopénie à 80 Giga/L, une bilirubinémie à 30 µmol/L, CRP à 65 mg/L, et fonction rénale normale. Pas d'exposition à la grossesse, BHCG négatives. La suspicion de paludisme est évidente.

- 1) Concernant les propositions suivantes, quelles sont celles applicables au diagnostic de paludisme chez A. qui est apyrétique ?
 - a. La quantification de la parasitémie est plus rapide avec le test rapide qu'avec le frottis
 - b. L'estimation de la parasitémie par le frottis est réalisée dans l'urgence
 - c. La sensibilité des tests de diagnostic rapide est dépendante de la parasitémie
 - d. L'antigène HRP2 est spécifique de *Plasmodium falciparum*
 - e. Le test de diagnostic rapide (TDR) de type HRP2 est réalisable sur bandelette antigénique
 - f. Le TDR HRP2 est réalisable sur sang total
 - g. En cas de paludisme à *falciparum*, le TDR HRP2 est positif en période de fièvre
 - h. En cas de paludisme à *falciparum*, le TDR HRP2 est positif en période d'apyrexie
 - i. Le TDR HRP2 permet de vérifier la guérison 7 jours après le traitement
 - j. La réalisation en urgence d'un frottis-goutte épaisse est incontournable

- 2) Concernant l'histoire naturelle des paludismes à *Plasmodium falciparum* et les mécanismes physiopathologiques qui les sous-tendent, quelles sont les propositions exactes ?
 - a. La séquestration des schizontes prédomine dans les veinules pré-capillaires
 - b. La séquestration des schizontes existe déjà lorsque les premiers signes cliniques apparaissent
 - c. Une séquestration intra-hépatique d'hypnozoïtes (cryptozoïtes) est associée au paludisme grave
 - d. Les fièvres bilieuses hémoglobinuriques sont généralement associées aux hyperparasitémies
 - e. Le paludisme viscéral évolutif est associé à une production excessive d'Ig M polyclonale

- 3) Quelles propositions seront adaptées à sa prise en charge ?
- Retour à domicile pour un traitement per os
 - Quinine IV sans dose de charge
 - Artésunate IV
 - Hospitalisation en soins continus
 - Hospitalisation et traitement par méfloquine
 - Hospitalisation et traitement par atovaquone-proguanil
 - Hospitalisation et traitement par dihydroartémisinine-pipéraquline
 - Hospitalisation et traitement par artémether-luméfantrine
 - Hospitalisation et traitement par dihydroartémisinine-pipéraquline puis primaquine

La semaine suivante, vous diagnostiquez un paludisme à *Plasmodium falciparum* (parasitémie= 5%) ; la biologie s'énonce comme suit : Hémoglobine=10 g/dL, Plaquettes =20 G/L, Lactatémie =4,5 mmol/l, Natrémie=130 mmol/L. Vous décidez de traiter par l'artésunate.

- 4) Quels sont, parmi les propositions suivantes, les signes de gravité d'un paludisme à *Plasmodium falciparum* ?
- Hémoglobine < 100 g/L
 - Plaquettes < 100 G/L
 - Score de Glasgow = 10
 - Ictère clinique
 - Lactatémie = 4,5 mmol/l
 - Natrémie < 120 mmol/L
 - Diarrhée Vomissements
- 5) Quelles sont les propositions exactes pour l'artésunate IV ?
- En l'absence d'artésunate immédiatement disponible dans l'établissement, un traitement par quinine IV avec dose de charge doit être immédiatement débuté
 - Il est strictement contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse
 - La posologie par kg de poids est identique dans toutes les tranches d'âge
 - La voie intra-musculaire est possible si l'abord veineux est difficile
 - Il n'est indiqué que si le paludisme grave est dû à *Plasmodium falciparum*
 - Le suivi parasitologique recommandé est J3, J7, J28

Le suivi biologique d'A. met en évidence une hyperéosinophilie, qui n'existait pas 3 mois avant son voyage.

- 6) Quelles méthodes parmi les suivantes permettent le diagnostic de strongyloïdose ?
- Mise en évidence des adultes dans les selles
 - Mise en évidence d'œufs dans les selles
 - Mise en évidence de larves dans les selles
 - Mise en évidence de larve dans le lavage bronchiolo-alvéolaire
 - Sérologie spécifique
 - Technique de Baerman
- 7) Quelles sont les propositions suivantes concernant les anti-helminthiques ?
- L'albendazole est le traitement de première intention de la strongyloïdose
 - L'ivermectine peut déclencher des accidents thérapeutiques en cas de loase
 - L'ivermectine est le traitement de première intention du *Taenia saginata*
 - L'albendazole peut être utilisé pendant la grossesse, quel que soit le terme
 - L'ivermectine ne peut être utilisé chez l'enfant de moins de 5 ans

Trois mois plus tard, A. consulte pour une fièvre, rapportée au paludisme à *Plasmodium ovale*.

- 8) Quel(s) traitement(s) étiologique(s) est(sont) adapté(s) dans la limite des contre-indications ?
- Artémether-luméfantrine puis primaquine
 - Dihydroartémisinine-pipéraquline puis primaquine
 - Atovaquone-proguanil puis primaquine
 - Chloroquine puis primaquine
 - Chloroquine sans primaquine