

Cas Clinique n ° 1

Histoire de la maladie

- Un homme âgé de 32 ans, ingénieur, célibataire, aux antécédents d'asthme traité par théophylline au long cours est adressé au SAU d'un CHU pour une crise convulsive généralisée survenue dans un contexte de fièvre aigue associée à des céphalées évoluant depuis 48 heures.
- Trois semaines auparavant, il est rentré de Madagascar après un séjour d'un mois, itinérant, dans un cadre professionnel.
- L'interrogatoire de l'entourage vous permet de recueillir les données suivantes
 - Il est à jour des vaccinations suivantes : *Hépatite A, Typhoïde, Hépatite B, Méningo A et C*
 - Il n'a suivi aucune chimioprophylaxie antipaludique
 - Il a présenté un épisode de diarrhée au milieu du séjour
 - Il s'est baigné dans une chute d'eau
 - Il a consommé du gibier lors d'une excursion
 - il n'y a pas de notion de traumatisme crânien

Question 1 : Quelles sont les hypothèses initiales ?

- A. Paludisme grave à *P. falciparum*
- B. Tuberculose neuroméningée
- C. Encéphalite herpétique
- D. Neurocysticercose
- E. Neuroschistosomose aigue
- F. Trypanosomose Africaine

Examen :

Température : 38,2 °C, toux sèche

Poids 82 kilos, taille 178 cm

Glasgow à 14, PA 110/70 mmHg

Absence de syndrome méningé ou de signes focaux

Abdomen météorisé, sans anomalie à la palpation.

Absence de splénomégalie, ni hépatomégalie, ni adénopathie périphérique.

Le reste de l'examen est normal

Examens complémentaires :

Hémogramme : GB 9 Giga/L (Polynucléaires neutrophiles 50 %, Polynucléaires éosinophiles 17 %, Lymphocytes 33%), GR 4 Giga/L, Hémoglobininémie 135 g/l, Ht 35 %, Plaquettes 140 000/mm³,

Biochimie : Na 135 mM/l, K 4 mM/l, Cl 100 mM/l, (ASAT) 65 mM/l, (ALAT) 70 mM/l, créatininémie 90 µmol/l, PAL 100 UI/l, GGT 50 UI/l, bilirubine 7 µmol/l, lactates 1,2 mmol/L, CRP : 89 mg/L, CPK : 600 (no < 350).

TP 100 %
Glycémie 5 mM/l.
Bandelette urinaire négative
Frottis et GE : absence d'hématozoaires du paludisme
RP : normale
ECG : normal

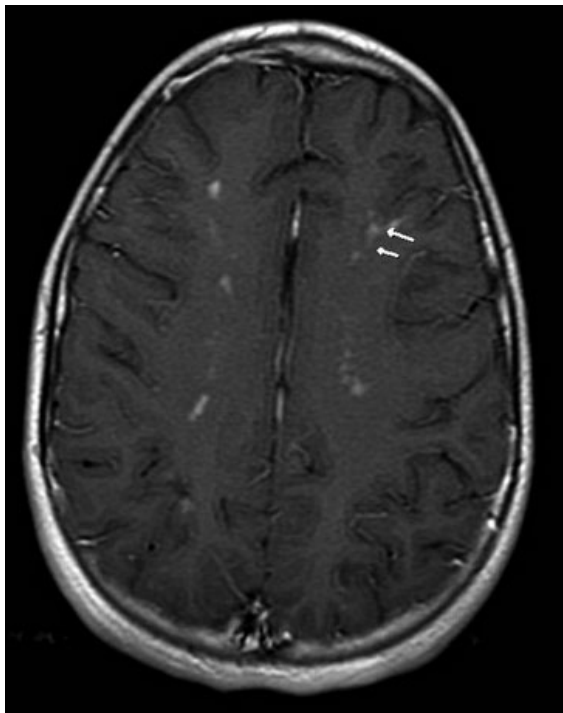
Question 2 : Parmi les examens suivants, lesquels sont indispensables ?

- A. EEG
- B. Ponction lombaire
- C. Sérologie VIH
- D. IRM cérébrale
- E. Sérologie HSV
- F. Examen parasitologique des selles

Voici les résultats de la PL et de l'IRM cérébrale

- LCR clair
Absence de cellularité
Protéinorachie : 0,38 g/l
Glycorachie normale
PCR (HSV, VZV, CMV, entérovirus) négative
Examen direct et cultures bactériennes stériles

IRM cérébrale, Séquence T2



Question 3 : Quel diagnostic étiologique retenir ?

- A. Neurotrichinose
- B. Neurobilharziose invasive
- C. Encéphalite aigue demyélinisante diffuse (ADEM)
- D. Vascularite tuberculeuse
- E. Anguillulose maligne
- F. Test Western Blot schistosoma dans le sang

Question 4 : Parmi ces examens, lesquels devez-vous prescrire pour confirmer le diagnostic étiologique ?

- A. Sérologie schistosomose IF dans le sang
- B. Recherche de parasites dans les selles et les urines
- C. Sérologie schistosomose IF et HA (sang et LCR)
- D. PCR schistosoma sérique
- E. Biopsie rectale
- F. Test Western Blot schistosoma dans le sang

Voici les résultats des sérologies du patient :

Sérologie schistosomose IF : 1/200 (sang)
Sérologie schistosomose HA 1/1280 (sang)
Sérologie schistosomose IF négative dans le LCR
Sérologie toxocarose, anguillulose, distomatose, trichinose, cysticercose :
négatives
Sérologie toxoplasmose négative

Question 5 : Le diagnostic de neuroschistosomose est confirmé, quel traitement doit être immédiatement proposé ?

- A. Praziquantel 40 mg/ kilos en une prise unique
- B. Oxamniquine 50 mg/kg en prise unique
- C. PZQ et arthemeter
- D. Corticoïdes
- E. Arthemeter

Question 6. Quels sont les modalités de suivi du patient. Citez les paramètres utiles à surveiller en hiérarchisant leur intérêt.

Question 7. Parmi les mesures suivantes, lesquelles vous semblent pertinentes pour les collègues du patient qui ont été exposés lors de la même baignade ?
