



et la région Ile de France

Palais des Congrès



Journées Nationales d'Infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Lésions cutanées en post-partum : guérir la mère, prévenir chez l'enfant

Alassane SARR



Contexte

- Femme, 19 ans
- Originaire de Mayotte, en métropole depuis 1 an
- Grossesse récente : accouchement 3 mois avant l'hospitalisation
- Aucun antécédent notable
- Motif d'admission : lésions cutanées douloureuses + fièvre

HISTOIRE DE LA MALADIE

- Début au cours de la grossesse
- Lésions cutanées
- Extension progressive :
- Membres inférieurs → visage → membres supérieurs
- Aggravation en post-partum
- Douleurs neuropathiques responsables d'une difficulté à la marche



HISTOIRE DE LA MALADIE



- Syndrome inflammatoire biologique
- Anémie, lymphopénie
- Sérologies VIH, VHB, VHC négatives
- Hémocultures négatives
- Biopsie cutanée en attente

Question 1

Chez cette patiente, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- Poxvirus
- Syphilis secondaire
- Kaposi
- Lèpre
- Tuberculose cutanée

Réponse 1

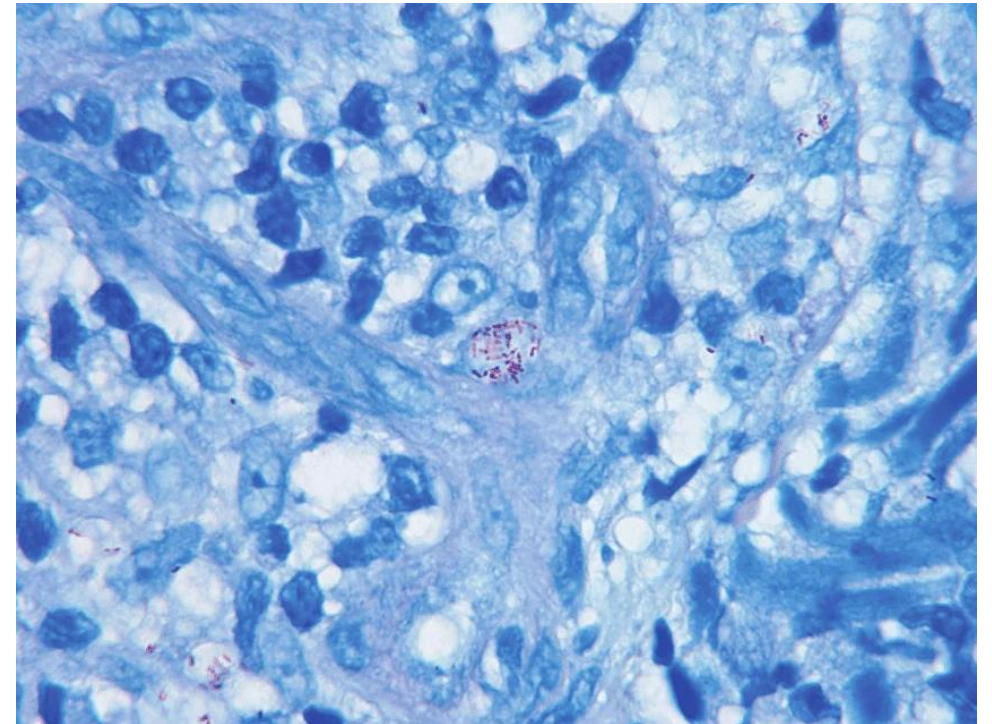
Chez cette patiente, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- Poxvirus
- Syphilis secondaire
- Kaposi
- Lèpre
- Tuberculose cutanée

REPONSE 1

👉 Lèpre

- Origine géographique (Mayotte)
- Lésions papulo-nodulaires diffuses
- Atteinte nerveuse (douleurs, brûlures)
- Épargne du tronc et des muqueuses
- Évolution chronique
- Anapath : infiltrat d'histiocytes spumeux
+ innombrables BAAR → lèpre
multibacillaire.



Source : CDC – Public Health Image Library (PHIL), coloration Fite

Diagnostic retenu

Lèpre lépromateuse avec réaction de type 1

❖ Arguments pour la forme lépromateuse

- Lésions papulo-nodulaires diffuses
- Atteinte nerveuse périphérique
- Évolution chronique et progressive
- Origine Mayotte (zone endémique)

❖ Arguments pour une réaction de type 1

- Survenue en post-partum
- **Névrite aiguë douloureuse**
- **Fièvre modérée**
- **Pas de nodules inflammatoires** typiques de l'ENL
- Inflammation des **lésions préexistantes**

Question 2

Pourquoi la grossesse est-elle un moment clé dans la lèpre ?

- Immunodépression gravidique
- Déséquilibre Th1/Th2
- Risque de révélation clinique
- Risque de réactions lépreuses
- Aucun impact connu

Réponse 2

Pourquoi la grossesse est-elle un moment clé dans la lèpre ?

- Immunodépression gravidique
- Déséquilibre Th1/Th2
- Risque de révélation clinique
- Risque de réactions lépreuses
- Aucun impact connu

Réponse 2

- Grossesse = bascule immunologique
- Favorise :
 - révélation
 - aggravation
 - réactions de type 1 ou 2
- **Post-partum = période à haut risque**

QUESTION 3

Quels traitements sont compatibles avec la grossesse et l'allaitement ?

- Rifampicine
- Dapsone
- Clofazimine
- Thalidomide
- Corticoïdes

REPONSE 3

Quels traitements sont compatibles avec la grossesse et l'allaitement ?

- Rifampicine
- Dapsone
- Clofazimine
- Thalidomide
- Corticoïdes



QUESTION 4

Quelle prise en charge pour le nourrisson ?

- Aucun suivi
- Isolement mère-enfant
- Prophylaxie par rifampicine
- Vaccination BCG
- Chimio prophylaxie prolongée

REPONSE 4

Quelle prise en charge pour le nourrisson ?

- Aucun suivi
- Isolement mère-enfant
- Prophylaxie par rifampicine ?
- Vaccination BCG
- Chimio prophylaxie prolongée

REPONSE 4

BCG + dose unique de rifampicine

- Transmission interhumaine prolongée
- Pas de transmission transplacentaire démontrée
- Mesures OMS chez les contacts étroits

Épidémiologie de la lèpre en France – Données 2023

❖ Surveillance nationale :

Centre National de Référence des
Mycobactéries et de la Résistance aux
Antituberculeux (CNR-MyRMA)

❖ Activité 2023

- 118 patients suspects
- 30 cas confirmés (25 %)
 - 15 nouveaux cas
 - 15 suivis / suspicion de rechute

❖ Répartition géographique

- 43 % dans les DROM
 - Guyane (8), Nouvelle-Calédonie (3),
Mayotte (1), Réunion (1)
- 17 cas en métropole
 - Répartition dans 6 régions sanitaires

❖ Résistance

- Étude génotypique (pas de culture in vitro)
- 1 résistance primaire à la dapsonsone
- Autres souches sensibles

GROSSESSE ET LEPRE

❖ Impact immunologique

Modifications de l'immunité cellulaire et humorale pendant la grossesse et le post-partum :

- ↑ risque d'ENL (réaction type 2) pendant la grossesse
- ↑ risque de réaction type 1 en post-partum
- ↑ risque de névrite
- ↑ risque de progression vers forme lépromateuse
- ↑ risque de rechute

Présentation initiale possible pendant grossesse/post-partum

❖ Fréquence des réactions

- Réactions immunologiques chez jusqu'à 38 % des patientes (petites séries)
- T2R plus fréquentes pendant grossesse
- T1R plus fréquentes en post-partum

TRAITEMENT

PCT standard maintenue pendant

grossesse et allaitement

Corticostéroïdes possibles si réaction

✗ Thalidomide contre-indiquée

Médicaments contre-indiqués :

Quinolones, Minocycline, Clarithromycine,

Thalidomide

❖ **Effets médicamenteux :**

Dapsone → risque hémolyse /

hyperbilirubinémie néonatale

Rifampicine → risque hémorragique

néonatal → Vitamine K

Clofazimine → coloration cutanée foétale
transitoire

Nouveau-né

- BCG recommandée si parent atteint (selon politiques locales)

Prevention

Prévention de la lèpre

❖ BCG

Recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé en zone d'endémie

Protection partielle ($\approx 30\text{--}60\%$)

Plus efficace contre formes multibacillaires

Indiquée chez nouveau-nés exposés / contexte familial

❖ Rifampicine (SDR)

Chimioprophylaxie des contacts

Dose unique après exclusion

lèpre active

↓ risque de lèpre $\approx 50\text{--}60\%$

Indiquée chez contacts

intradomiciliaire

Normalement enfant >2 ans

CONCLUSION ET MESSAGES CLES

- Lèpre = lésions chroniques + hypoesthésie
- Grossesse / post-partum = haut risque (révélation, réactions)
- Biopsie cutanée = indispensable
- PCT immédiate, corticoïdes si réaction
- Surveillance neurologique
- Nouveau-né : BCG + rifampicine dose unique
- Contacts intradomiciliaires : dépistage systématique
- Maladie encore présente en France (Mayotte, Guyane)

REMERCIEMENTS

- Toute l'équipe du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du
GHSIF/MELUN



Carpe diem ?



Sébastien Gaultier, André Paugam, Etienne Canoui

Equipe mobile d'infectiologie & Laboratoire de myco-parasitologie

Hôpital Cochin – APHP



Hôpital Cochin
Port-Royal
AP-HP



équipe mobile
d'infectiologie



SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE
de MÉDECINE
TROPICALE et SANTÉ
INTERNATIONALE



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : Sébastien Gaultier
- **Titre** : Carpe diem ? Atelier "Cas cliniques Médecine Tropicale"

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement
ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON



Madame T.P, 30 ans



Douleurs abdominales intermittentes chroniques (> 6 mois) +
hyperéosinophilie 3 G/L en ville

Origine Philippine

- En France depuis 3 ans (2021)
- Plusieurs voyages Laos/Cambodge dans l'enfance (< 2021), jamais Afrique
- Cadre, pas d'animaux, pas de restrictions alimentaires

Antécédents médicaux

- Bilan primo-arrivant 2021:
 - **Eosinophiles 2 G/L, non exploré**
 - Séroconversion HBs spontanée, VIH-, VHC-
- G0P0, Ø allergie, Ø antécédents familiaux notables

Aucun traitement

Biologie en ville

- NFS: **Eosinophiles 3 G/L**, frottis normal
- CRP < 5 mg/L
- ASAT/ALAT/PAL/GGT normal
- Créatinine, bilan sanguin ionique normal

Sérologies en ville

- **IgE totales 937 UI/L (> N)**
- **Sérologie Toxocarose +**
- **Sérologie Schistosomose douteuse (ELISA/WB)**
- **Sérologie Filariose +**
- 3 EPS négatifs

QCM N°1. Chez cette patiente,

1. L'intensité de cette hyperéosinophilie est le principal argument pouvant faire craindre un retentissement d'organe.
2. Le taux élevé d'IgE vous fait prioriser un diagnostic de parasitose.
3. Vous pouvez d'emblée poser le diagnostic de syndrome hyper-éosinophilique (SHE) avec retentissement digestif.
4. Les SHE clonaux par réarrangement FIP1L1-PDGFR α sont extrêmement rares et concernent quasi-exclusivement des patients de sexe masculin.
5. La corticothérapie est le traitement symptomatique de référence d'un SHE d'étiologie parasitaire présumé avec défaillance viscérale (hors strongyloïdose maligne).

QCM N°1. Chez cette patiente,

1. L'intensité de cette hyperéosinophilie est le principal argument pouvant faire craindre un retentissement d'organe.
2. Le taux élevé d'IgE vous fait prioriser un diagnostic de parasitose.
3. Vous pouvez d'emblée poser le diagnostic de syndrome hyper-éosinophilique (SHE) avec retentissement digestif.
4. Les SHE clonaux par réarrangement FIP1L1-PDGFR α sont extrêmement rares et concernent quasi-exclusivement des patients de sexe masculin.
5. La corticothérapie est le traitement symptomatique de référence d'un SHE d'étiologie parasitaire présumé avec défaillance viscérale (hors strongyloïdose maligne).

1^{ère} consultation d'infectiologie – 10/2023

Examen clinique et anamnèse

- Bon état général, poids stable, Ø ictère, Ø prurit, Ø émission fécale d'anneaux, Ø myalgies
- Ø lésions cutanées, Ø dyschromie, Ø arthrites
- Abdomen souple et indolore, Ø organomégalie, Ø adénopathies
- Examen/interrogatoire neurologique, ophtalmologique, pulmonaire, cardiologique sans particularité



Explorations bio-morphologiques

- **Eosinophiles 2.97 G/L**. Frottis sanguin et reste de la NFS normaux
- CPK, bilan hépato-cellulaire, bilan rénal/ionique normal.
- ETT sans cardiopathie restrictive/valvulopathies, troponine/BNP normales
- **Hypergammaglobulinémie polyclonale 21 G/L**



Sérologies infectieuses

- **IgG Strongyloides + (2.66 > 1)**
- **IgG Ascaris + (13.79 > 11)**
- **IgG pan-Filariose + (15 > 13)**
- **IgG Trichinella + (26) mais WB discordant P37/P41 sans P50**
- **IgG Toxocara + limite mais WB positif à 6 bandes (P24-P35)**
- IgG *Fasciola hepatica* négative HAI et WB.
- Sérologie VIH, HTLV-1, VHC négatives



QCM N°2. Vous aimeriez proposer un traitement antiparasitaire d'épreuve, compte tenu de la présentation clinico-biologique et du contexte:

1. La crainte d'une encéphalite post-Ivermectine vous fait d'abord prescrire une microfilarémie diurne.
2. Un traitement d'épreuve par Albendazole pourrait compliquer une neuro-cysticercose asymptomatique.
3. *S.stercoralis* est le seul nématode infectant l'homme capable d'auto-infestation.
4. La présentation clinico-biologique est compatible avec une toxocarose.
5. Vous craignez des réactions croisées sérologiques, vous sensibilisez votre parasitologiste pour qu'il recherche des œufs de *Toxocara sp.* dans l'EPS.

QCM N°2. Vous aimeriez proposer un traitement antiparasitaire d'épreuve, compte tenu de la présentation clinico-biologique et du contexte:

1. La crainte d'une encéphalite post-Ivermectine vous fait d'abord prescrire une microfilarémie diurne.
2. Un traitement d'épreuve par Albendazole pourrait compliquer une neuro-cysticercose asymptomatique.
3. *S.stercoralis* est le seul nématode infectant l'homme capable d'auto-infestation.
4. La présentation clinico-biologique est compatible avec une toxocarose.
5. Vous craignez des réactions croisées sérologiques, vous sensibilisez votre parasitologiste pour qu'il recherche des œufs de *Toxocara sp.* dans l'EPS.

Traitement et suivi

Traitement N°1

- **Albendazole** 15mg/kg/bid **72h**
- **Ivermectine** 2ug/kg J1+J14
- **Praziquantel** 40mg/kg/J DU



Réévaluation M2

- Bon état général, examen clinique sans particularité
- **Eosinophiles 2.12 G/L**



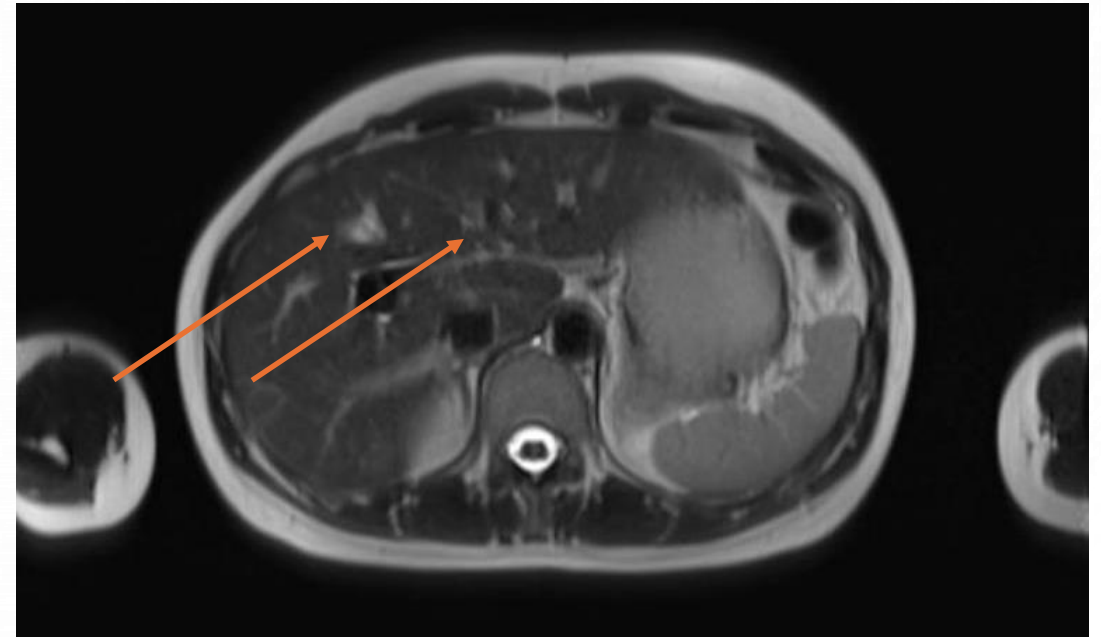
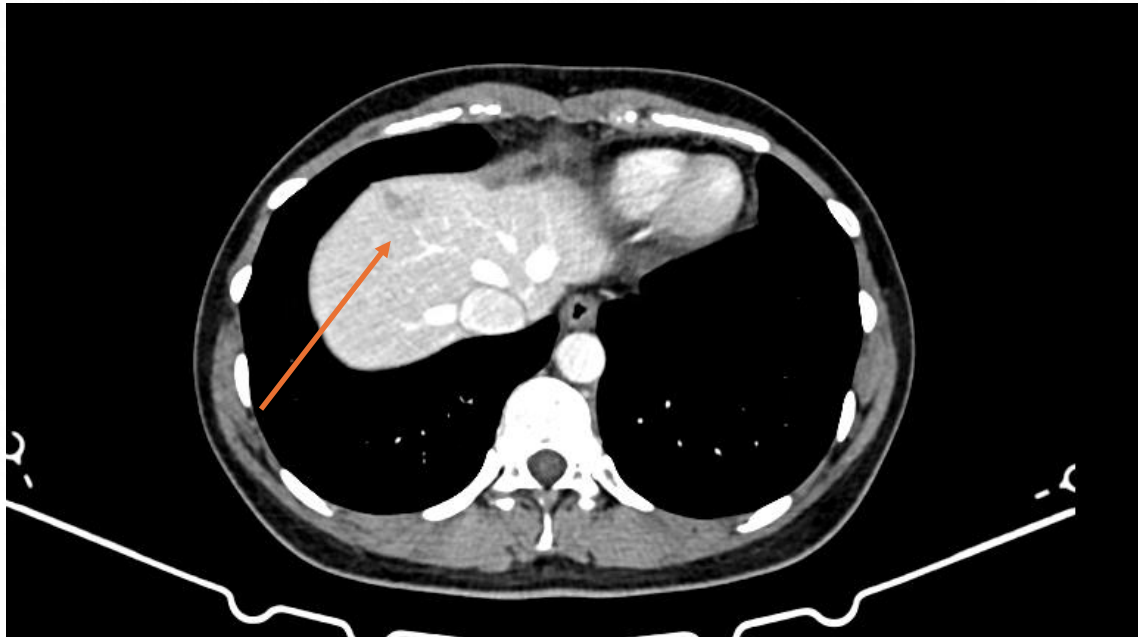
Traitement N°2

- **Albendazole** 15mg/kg/bid **14J** avec repas gras.



Réévaluation M4

- Bon état général, examen clinique sans particularité
- **Eosinophiles 2.5 G/L**



QCU N°3. Au vu de l'histoire clinico-bio-radiologique et thérapeutique, quel est le diagnostic le plus probable ?

1. Toxocarose
2. Schistosomose à *S. japonicum*
3. Schistosomose à *S. mansoni*
4. Opisthorchiase/Clonorchiose
5. Amœbose hépatique à *E. histolytica*

QCU N°3. Au vu de l'histoire clinico-bio-radiologique et thérapeutique, quel est le diagnostic le plus probable ?

1. Toxocarose
2. Schistosomose à *S. japonicum*
3. Schistosomose à *S. mansoni*
4. Opisthorchiase/Clonorchiose
5. Amébose hépatique à *E. histolytica*

Nouvelle consultation d'infectiologie



Interrogatoire

- Alimentation locale, riche en légumes/plantes/riz
- Consommation fréquente de Ceviche, poisson d'eau douces et d'élevage (Milkfish)
- Baignade fréquente dans le lac Apo (Bukidnon province)

Bilan

- Sérologie Paragonimose WB négative (Bale)
- **Sérologie *Opisthorchis* sp. ELISA +++ (Rome)**

Traitement

- Praziquantel 40mg/kg/J 72h



QCM N°4. A propos des distomatoses biliaires (**non-*Fasciola sp.***),

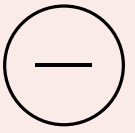
1. 3 espèces regroupent l'essentiel des infections chez l'homme : *Opisthorchis viverrini*, *Fasciolopsis buski* et *Clonorchis sinensis*.
2. Certaines distomatoses biliaires non-*Fasciola* sont endémiques en Europe.
3. Le mode de contamination principale est la consommation de plantes semi-aquatiques (cressons, mâche...).
4. La phase d'invasion est fréquemment symptomatique.
5. Les complications des distomatoses biliaires sont essentiellement liées aux atteintes biliaires aiguës (angiocholite, abcès) et aux complications de l'hyperéosinophilie chronique.

QCM N°4. A propos des distomatoses biliaires (*non-Fasciola sp.*),

1. 3 espèces regroupent l'essentiel des infections chez l'homme : *Opisthorchis viverrini*, *Fasciolopsis buski* et *Clonorchis sinensis*.
2. Certaines distomatoses biliaires *non-Fasciola* sont endémiques en Europe.
3. Le mode de contamination principale est la consommation de plantes semi-aquatiques (cressons, mâche...).
4. La phase d'invasion est fréquemment symptomatique.
5. Les complications des distomatoses biliaires sont essentiellement liées aux atteintes biliaires aiguës (angiocholite, abcès) et aux complications de l'hyperéosinophilie chronique.

Carpe diem ?

- ❖ A 3 mois, 6 mois et 1 an, éosinophiles < 500/mm³ et lente résolution de l'imagerie.
- ❖ Asymptomatique.
- ❖ Suivi clinico-radiologique

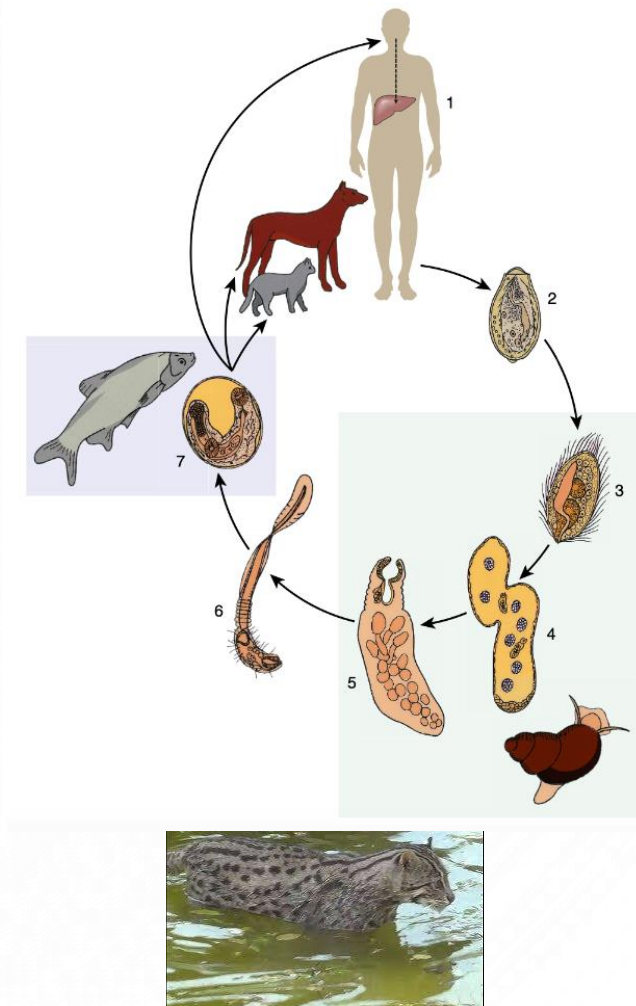
	Opisthorchiase	Fasciolose	Schistosomose	Toxocarose commune
	- Anamnèse, clinique-bio-radio - Sérologie ELISA +++ (Se 98-100%, Sp 85-93%) - Guérit avec schéma PZQ adapté	Anamnèse, clinique-bio-radio	- Hyper-endémique - Doses PZQ insuffisantes/absorption ??	- Hyper-endémique - Clinique-bio-radio - Absorption/observance ABZ ??
	- Peu endémique aux Philippines (mais voyages régionaux ++) - Sensibilité murine ABZ, mais moindre chez l'homme - EPS négatif (ville, Se imparfaite)	- Sérologie – à > 2-3 ans - Guérit sans TBDZ	- Eosinophilie trop intense ? - Aucun effet PZQ DU - Aspect radiologique - EPS négatif (ville) - WB ??	- Guérit avec PZQ - Aucune efficacité de 14J ABZ

Hyperéosinophilie et voyageurs/migrants

- ❖ Multiples étiologies, mais Helminthoses +++
 - Prévalence migrants: 9-19% Strongyloïdose, 18-20% Schistosomose
 - Rétro-bizh (Fr): 35% d'éosinophilie (130–670/mm³)
- ❖ Challenge diagnostique ~ 50% d'identification
- ❖ Trop négligées (< 78 % des patients sans investigation), alors que:
 - SHE cardiaques, neurologiques, thromboses...
 - Complications parasitaires chroniques:
 - Sur-mortalité brut (loaose, schistosomose, distomatose...)
 - Cancers (schistosomose/opistorchiasés/clonorchiasés)
 - Atteinte neurologiques/oculaires et toxocarose/schistosomoses
 - Syndrome d'hyper-infestation et immunodépression (strongyloïdose)...

Distomatoses biliaires

	<i>Clonorchis sinensis</i>	<i>Opisthorchis viverrini</i>	<i>Opisthorchis felineus</i>
Appellation	Douve de Chine	Douve des félidés / Thaïlande	Douve du chat / Sibérie
Prévalence mondiale	~ 35 millions	~ 10 millions	~ 1,2 millions
Localisation	Chine du Sud Taiwan Corée Nord Vietnam	Thaïlande Laos Cambodge Centre Vietnam Philippines	Russie/Europe
Adultes	2,5cm à l'âge adulte, 20-30 ans dans les voies biliaires		
Œufs	Brun-jaunâtres, 30 µm, ovalaires avec protubérance postérieure, operculés (≠ Autres Fascioloses, distomatoses digestives, Botriocéphalose)		
Clinique	Invasion: Souvent asymptomatique (sauf <i>O.felineus</i>) ≠ <i>Fasciola sp.</i> Etat: Cholangiocarcinome +++, Cholangites, angiocholite, lithiases.		
Traitement	PZQ 25mg/kg/J 72H (OMS), 75mg/kg 48h (CDC)		



Opisthorchiases/ Clonorchiasis et cholangiocarcinomes

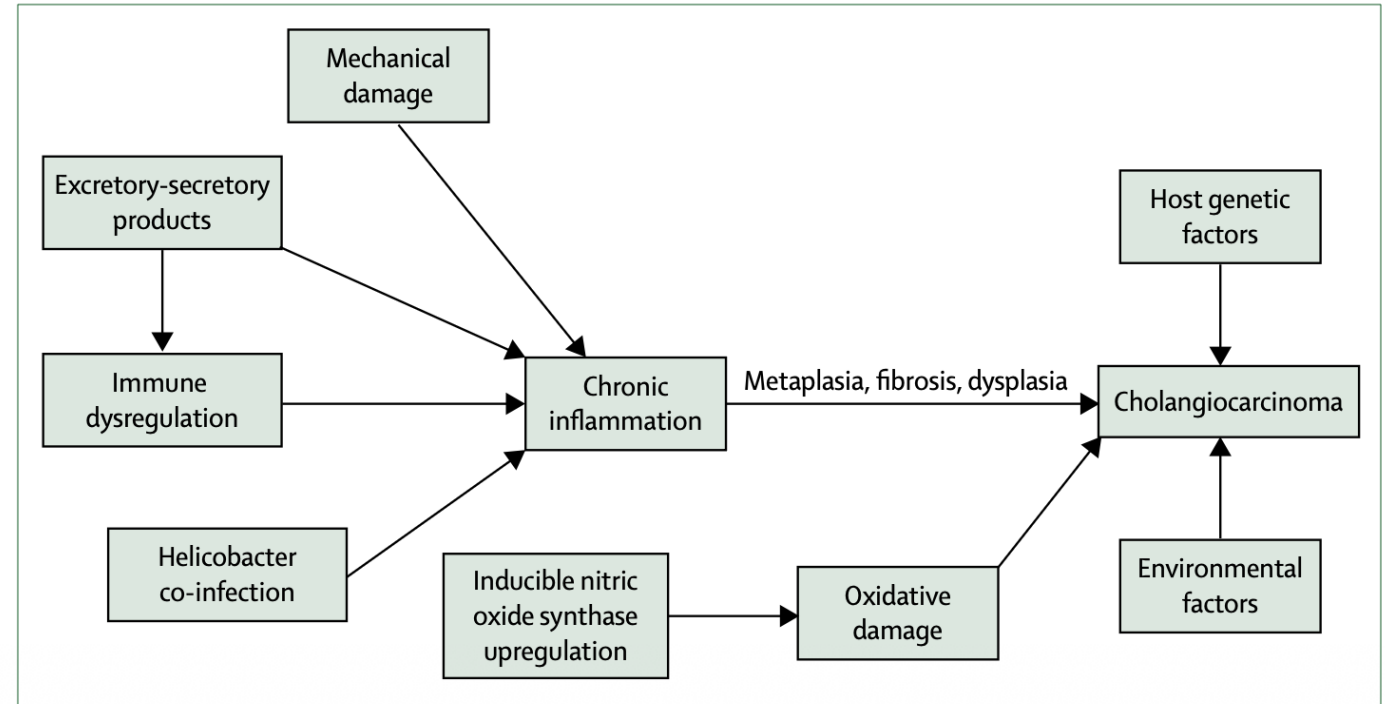
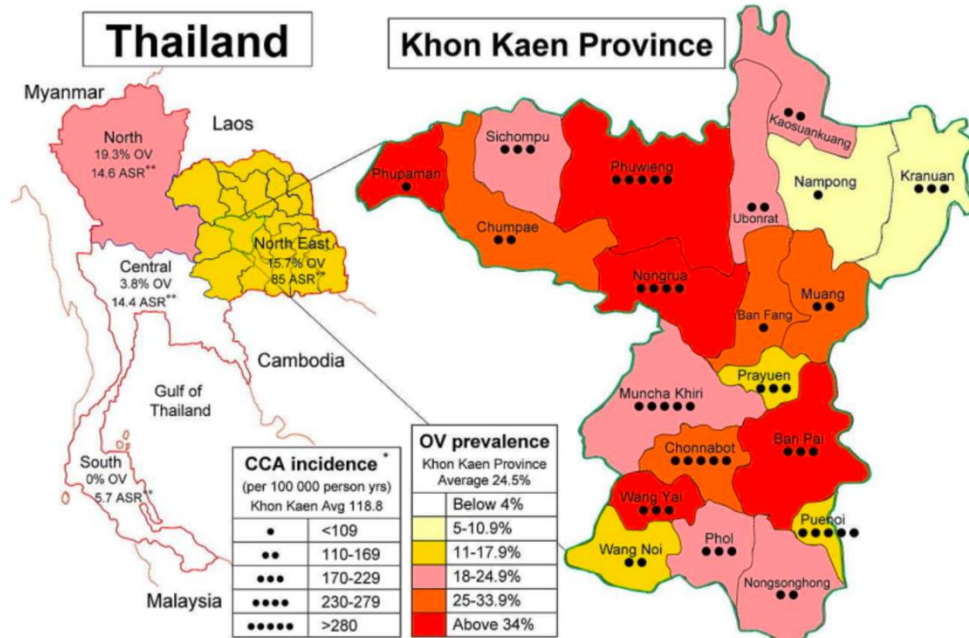


Figure: Suggested mechanisms of pathogenesis of cholangiocarcinoma in clonorchis and opisthorchis infection

- ❖ RR 50-100 vs zones non endémiques
- ❖ Preuves animales
- ❖ Plausibilité biologique
- ❖ Dose-effet (charge parasitaire)

Carcinogène de classe 1 > risque = 5% vie entière

Take-home messages

- ❖ Démarche diagnostique d'une éosinophilie en retour de voyage:
 - Méthodique, différentielle
 - Discussion avec l'équipe de parasitologie +++ (cycles, spectres, foyers)
 - Parfois / souvent frustrant (bénéfice-risque des biopsies invasives, EPS ...)
- ❖ Attention aux déparasitages « d'épreuves » sans penser à envisager schistosomose aiguë, loaose, cysticercose, toxocarose oculaire...
- ❖ Devant **éosinophilie + lésions hépatiques radiologiques**, éliminer cancer/hémopathie et:
 - *Toxocara sp.*, *Ascaris sp.*, *Strongyloides sp.*
 - *Fasciola sp.*, *Clonorchis sp.*, *Opisthorchis sp.*
 - *Schistosoma sp.*
 - Echinococcose compliquées (rupture)



et la région Ile de France

Palais des Congrès



Journées Nationales d'Infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Cas clinique

Et de 1, et de 2 et de 3

Présentation du Patient

Histoire de la maladie

Profil

- Homme, 50 ans
- Originaire du Surinam
- Travaillait dans les mines (port de masque)
- Pas d'antécédent Familiaux

Motif de consultation

- Septembre 2024 : sérologie HTLV-1 positive
- Bilan de fatigue
- Pas de contact animal / voyage récent
- Pas de contagé intra familiale



Examen clinique initial :

Poids stable, pas d'altération de l'état général. Pas d'adénopathie,

Examen neurologique sans anomalies

Pas de trouble du transit, pas de douleur abdominal

Q1

Quel bilan initial réalisez-vous chez ce patient HTLV-1 positif ?

1 Parasitologie des selles

2 Sérologie anguillulose (*Strongyloides stercoralis*)

3 Charge Virale HTLV-1

4 Bilan IST

5 Scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP)

Q1

Quel bilan initial réalisez-vous chez ce patient HTLV-1 positif ?

1 Parasitologie des selles

2 Sérologie anguillulose (*Strongyloides stercoralis*)

3 Charge Virale HTLV-1

4 Bilan IST

5 Scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP)

Pathologies Associées à HTLV-1

Maladies classantes et manifestations inflammatoires

Pathologies majeures

Leucémie/lymphome T de l'adulte (ATLL)

Paraparésie spastique tropicale (HAM/TSP)

Infection invasive à *Strongyloides stercoralis*

Manifestations inflammatoires

Uvéite

Thyroïdite auto-immune

Myopathie inflammatoire

Pneumopathie fibrosante

Résultats du Bilan Initial

Suite de l'histoire — résultats à J0

 Parasitologie des selles	Entamoeba hartmannii + Strongyloides stercoralis
---	--

 Traitement antiparasitaire	Ivermectine (traitement anguillulose)
---	---------------------------------------

 Bilan IST	Négatif
--	---------

 Hémogramme	Pas d'anomalie
---	----------------

 Charge Virale HTLV-1	Positive
---	----------

Q2

Quel mécanisme explique le risque accru d'anguillulose sévère chez les patients HTLV-1 positifs ?

1

Déficit en lymphocytes T CD8 cytotoxiques

2

Dysfonction des lymphocytes T CD4 avec déficit Th2 (↓ IgE, ↓ éosinophiles)

3

Neutropénie sévère induite par HTLV-1

4

Hyper-activation des lymphocytes B avec autoanticorps

5

Activation de la voie NF- κ B induisant une immunosuppression

Q2

Quel mécanisme explique le risque accru d'anguillulose sévère chez les patients HTLV-1 positifs ?

1

Déficit en lymphocytes T CD8 cytotoxiques

2

Dysfonction des lymphocytes T CD4 avec déficit Th2 (↓ IgE, ↓ éosinophiles)

3

Neutropénie sévère induite par HTLV-1

4

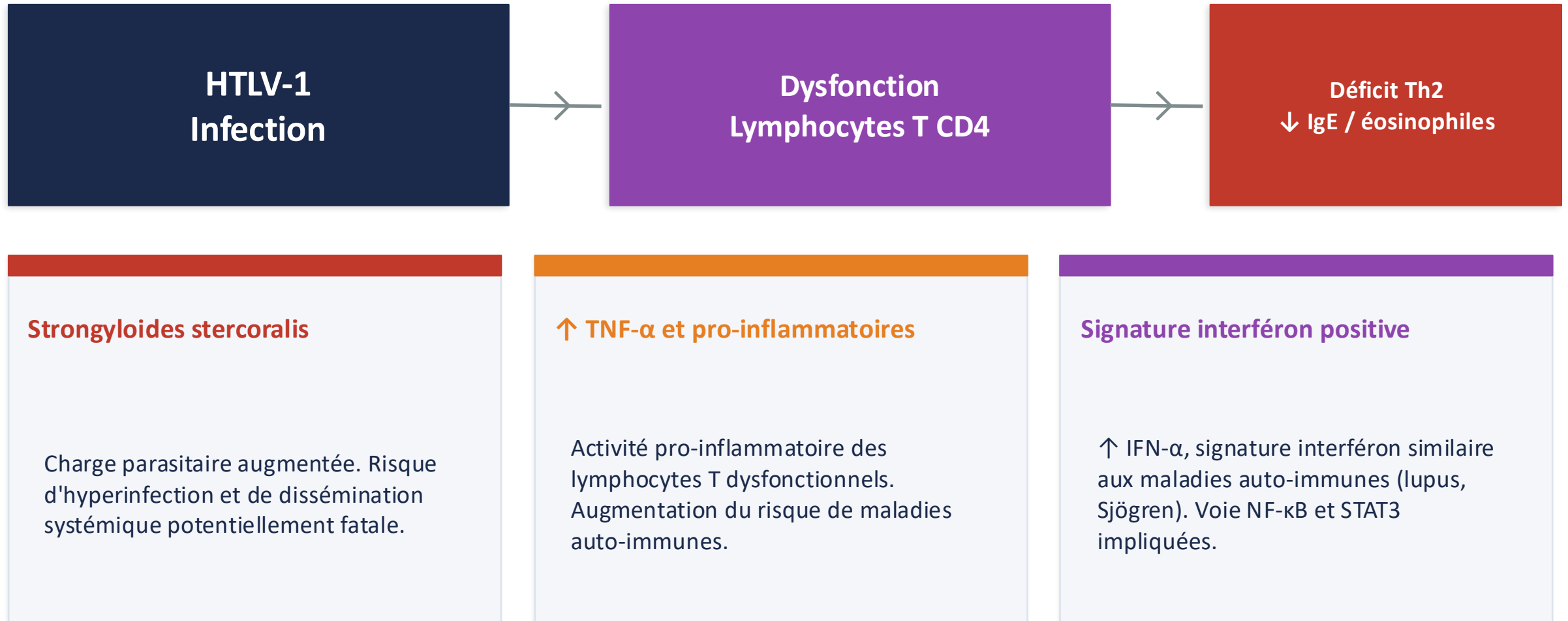
Hyper-activation des lymphocytes B avec autoanticorps

5

Activation de la voie NF- κ B induisant une immunosuppression

Co-infection et Immunodépression dans HTLV-1

Dysfonction lymphocytaire T CD4 et risque infectieux



Évolution Clinique — 2ème Consultation

Août — Aggravation clinique + Scanner TAP

Général

- Altération de l'état général, perte de poids -10 kg
- Douleurs abdominales

Clinique

- Expectorations, douleur pelvienne
- Diarrhées, adénopathies multiples

Biologie

- Syndrome inflammatoire
- Anémie microcytaire

Évolution Clinique — 2ème Consultation

Août — Aggravation clinique + Scanner TAP



Scanner Thoraco-Abdomino-Pelvien (TAP)



Résultats

- Multiples lésions nodulaires et micronodules éparses des deux champs pulmonaires, dont certains branchés en arbre à bourgeon → aspect de miliaire
- Épaississement circonférentiel du côlon transverse sur 65 mm
- Pas d'adénomégalie de taille significative thoraco-abdomino-pelvienne

Conclusion radiologique

- Probable épaississement tumoral du côlon transverse
- Lésions secondaires pulmonaires dont une miliaire carcinomateuse
- *On ne peut éliminer une atteinte infectieuse*

Q3

Quels sont les principaux diagnostics évoqués devant ce tableau clinique ?

- 1** Lymphome T de l'adulte (ATL/ATLL) lié à HTLV-1
- 2** Tuberculose miliaire
- 3** Parasitose digestive sévère / anguillulose disséminée
- 4** Histoplasmosse disséminée
- 5** Cancer du côlon avec carcinose péritonéale

Q3

Quels sont les principaux diagnostics évoqués devant ce tableau clinique ?

1

Lymphome T de l'adulte (ATL/ATLL) lié à HTLV-1

2

Tuberculose miliaire

3

Parasitose digestive sévère / anguillulose disséminée

4

Histoplasmosse disséminée

5

Cancer du côlon avec carcinose péritonéale

Tuberculose en Guyane

Contexte épidémique — co-infection et formes graves

 Incidence en Guyane : ~40–60/100 000 hab — 10× la métropole | Forte prévalence en communautés amérindiennes et Marron | VIH, HTLV-1 = co-facteurs majeurs

Formes cliniques

- Pulmonaire (60–70%) : toux > 3 sem, AEG, sueurs nocturnes
- Miliaire : micronodules < 2mm diffus, bilatéraux, uniformes
- Ganglionnaire : adénopathies nécrosées, cervicales ++
- Extra-pulmonaire : pleurale, ostéo-articulaire, méningée, digestive

Diagnostic

- BK crachats (direct + culture) : sensibilité 45–80%
- PCR Xpert MTB/RIF : résultat rapide + résistance rifampicine/Isoniazide
- IDR / IGRA (Quantiféron) : primo-infection / latente
- Biopsie ganglionnaire : granulome caséux, culture BK
- Scanner : miliaire, adénopathies nécrosées, épanchements

Traitement & Particularités

- Rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, éthambutol
- Résistances : MDR-TB documentée en Guyane : antibiogramme obligatoire
- Patient HTLV-1 : forme plus sévère, dissémination ++
- Interactions médicamenteuses : rifampicine inducteur enzymatique
- Déclaration obligatoire — traçabilité et enquête entourage

Histoplasmose en Guyane

Histoplasma capsulatum var. *capsulatum* — mycose endémique



1^{ère} cause de mycose systémique en Guyane | Incidence : ~5–10/100 000 hab | Terrain : immunodéprimé (VIH CD4 < 150, HTLV-1, corticoïdes) | Réservoir : chauves-souris, sols forestiers

Formes cliniques

- Pulmonaire aiguë : syndrome pseudo-grippal après exposition
- Disséminée subaiguë : AEG + fièvre prolongée + adénopathies
- Micronodules pulmonaires bilatéraux diffus (≠ miliaire TB)
- Hépto-splénomégalie, cytopénies
- Peau : papules ombiliquées (forme disséminée avancée)

Diagnostic

- Ag urinaire Histoplasma : Se 90%, Sp 99% — examen clé en urgence
- Sérologie (Ac) : utile en forme subaiguë peut être négatif si immunodéprimé
- Antigénémie sérique : complément de l'antigénurie
- Examen direct
- PCR
- Culture : standard mais délai 2–6 semaines
- Biopsie : granulomes avec levures intramacrophagiques (MGG)

Traitement

- Forme sévère : Amphotéricine B liposomale IV 3 mg/kg/j × 2 sem
- Relais + formes modérées : Itraconazole 200 mg × 2/j × 12 mois
- Patient HTLV-1 : risque de forme grave et disséminée ++
- Suivi : Ag urinaire (réponse thérapeutique et rechute)
- Prophylaxie secondaire si immunodépression persistante



Piège diagnostique : miliaire histoplasmose vs miliaire TB — même présentation radiologique. Ag urinaire Histoplasma en 1^{er}, BK simultanément.

Évolution Clinique — Diagnostique

Août — Hospitalisation

Co Infection Tuberculose et histoplasmosis

- Atteinte pulmonaire disséminée avec des lésions tuberculose et histoplasmosis
- Atteinte digestive de l'histoplasmosis

Biologie

- PCR BK crachat : positive
- PCR Histoplasmosis
SANG/LBA/Biospsie Colique : Positive
- Examen Direct LBA/Biospsie:
Histoplasmosis

Traitement

Tuberculose

- Profil de résistance : négatif
- RIFAMPICINE 10mg/kg ; ISONIAZIDE 5mg/kg ;
PYRAZINAMIDE 25mg/kg
- Pas d'indication à la quadrithérapie

Histoplasmosis

- Ambisome 3mg/kg pendant 14jours
- Puis relai Itraconazole possible



INTERACTION Rifampicine, 2 options :

- Relai Rifampicine par RIFABUTINE
- Relai ITRACONAZOLE par ISAVUCONAZOLE

Q4

Quel élément de suivi est le plus prédictif du risque de développer une pathologie grave liée à HTLV-1 ?

1 La sérologie Western blot HTLV-1 (titre d'anticorps)

2 La charge virale HTLV-1 dans le sang périphérique

3 Le taux de lymphocytes T CD8+ cytotoxiques

4 Le taux de CRP et de VS (marqueurs inflammatoires)

5 Aucun

Q4

Quel élément de suivi est le plus prédictif du risque de développer une pathologie grave liée à HTLV-1 ?

1 La sérologie Western blot HTLV-1 (titre d'anticorps)

2 La charge virale HTLV-1 dans le sang périphérique

3 Le taux de lymphocytes T CD8+ cytotoxiques

4 Le taux de CRP et de VS (marqueurs inflammatoires)

5 Aucun

Modes de Transmission du HTLV-1

Prévention et dépistage

Mère → Enfant

20%

Via l'allaitement maternel.
Substitution par lait artificiel
recommandée en zone endémique.

Sexuelle



Principalement de l'homme vers la
femme.
Port de préservatif et dépistage du
partenaire.

Parentérale

IV

Toxicomanie IV (partage seringues),
transfusion sanguine. Dépistage des
dons du sang en zone endémique.

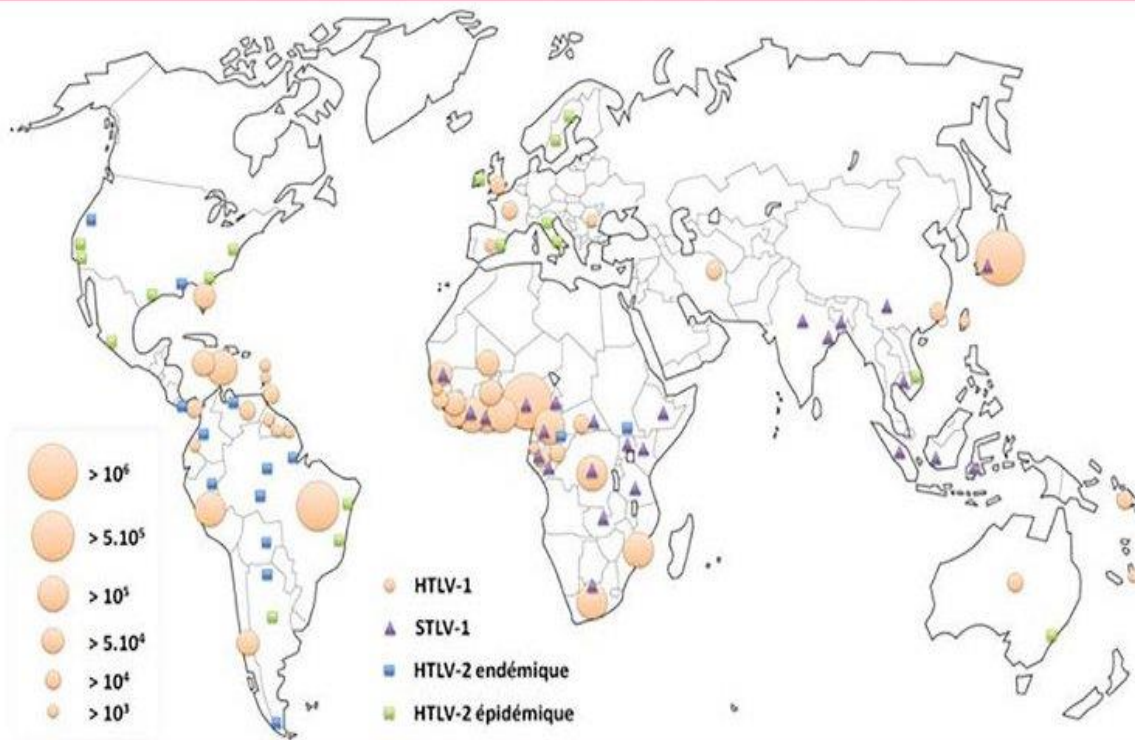
✓ Prévention : préservatifs • dépistage partenaire • lait artificiel • pas de partage de seringues • dépistage des dons du sang

Épidémiologie du HTLV-1

10 à 20 millions de personnes infectées dans le monde

Figure 1. Prévalence mondiale des HTLV et du STLV (A. Gessain et al. HAL Open Science)

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03208253> Mai 2021



 **10–20M**

personnes infectées

 **Endémique**

Afrique sub-sah., Caraïbes, Japon, Amérique du Sud

 **HTLV-1/2**

deux sous-types principaux

 **2–5%**

risque de pathologie grave

Source : A. Gessain et al., HAL Open Science, Mai 2021

Épidémiologie du HTLV-1

En France : migration africaine prédominante

6 flux migratoires majeurs identifiés : Amérique latine > Afrique > Caraïbes > Japon > Roumanie > Iran
Personnes issues de régions endémiques (Table 1)

Pays (population)	Migration (HTLV-1 endémique)	Caraïbes ^o	Amérique latine*	Afrique ¹	Roumanie	Japon	Iran	Global
France (67,7 M)	925 192	689–1 617	759–1 247	2 624–6 174	17–93	155–187	0	4 251–9 381
Italie (59,2 M)	1 729 663	237–549	1 027–2 401	1 650–4 146	140–753	67–80	1–7	3 142–8 135
Espagne (47,4 M)	1 690 769	538–1 262	7 348–12 586	782–2 153	84–451	53–63	1–4	8 818–16 656
Royaume-Uni (67 M)	1 665 000	4 414–6 311	1 141–2 117	3 827–9 590	43–230	366–439	8–40	9 833–18 940

^o Caraïbes : Haïti, Rép. Dominicaine, Jamaïque, Guadeloupe, Martinique, Trinité-et-Tobago
^{*} Amérique latine : Colombie, Venezuela, Suriname, Guyane française, Brésil, Pérou, Chili
¹ Afrique : Sénégal, Gambie, Guinée-Bissau, Sierra Leone, Libéria, Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin, Mali, Nigeria, Cameroun, Guinée éq., Gabon, RCA, RDC, Rép. du Congo, Mozambique, Afrique du Sud

Conclusion

- Population migrante HTLV-1+ plus importante qu'estimé précédemment
- Risque de 2e vague de transmission locale (sexuelle, parentérale, verticale)
- Nécessité d'étendre le dépistage universel HTLV-1 : IST, anténatal, banques de sang, centres de transplantation

Suivi du Patient HTLV-1 Positif

Recommandations — pas de consensus formel



Examen neurologique

Surveillance régulière à la recherche d'une parapésie spastique tropicale (HAM/TSP). Examen clinique tous les 6–12 mois.



Charge Virale HTLV-1

Une charge virale élevée est corrélée au risque de développer des manifestations cliniques spécifiques. Surveillance annuelle minimale.



Parasitologie des selles

Augmentation de la charge parasitaire (notamment Strongyloides) chez les patients HTLV-1+. Dépistage systématique et répété.



Autres manifestations HTLV-1

Ne pas méconnaître uvéite, thyroïdite, myopathie. Orientation selon symptomatologie.

Points Clés à Retenir

Messages take-home

01 HTLV-1 : dépister systématiquement *Strongyloides stercoralis* — risque d'hyperinfection fatale par déficit Th2.

02 Diagnostic sérologique avec confirmation par PCR, possibilité d'un suivi de la PCR.

03 Signature interféron positive et auto-immunité : penser à HTLV-1 devant uvéite, thyroïdite, myopathie dans une zone endémique.

04 Devant AEG + adénopathies en Guyane : Tuberculose et histoplasmoses + Fréquent → bilan exhaustif incluant TAP, BK, Ag Histoplasma, biopsies systématique



et la région Ile de France

Palais des Congrès



Journées Nationales d'Infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Merci pour votre attention



et la région Ile de France

Palais des Congrès



Journées Nationales d'Infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Hydrophobie d'apparition brutale

Firouzé BANI-SADR

CHU REIMS



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : BANI-SADR Firouzé
- **Titre** : Intitulé de l'intervention

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique ☐ OUI ☒ NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents ☐ OUI ☒ NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations ☐ OUI ☒ NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique ☐ OUI ☒ NON

Hydrophobie d'apparition brutale

- ❖ Femme de 83 ans - ATCD – DNID
- ❖ Amenée par son fils aux urgences CHU Reims le 07/10/2023
- ❖ Fièvre depuis la veille (06/10) / Cas familiaux de Covid
- ❖ Paresthésies douloureuses au niveau du membre inférieur
- ❖ Hydrophobie d'apparition brutale l'empêchant de déglutir
- ❖ Hallucinations

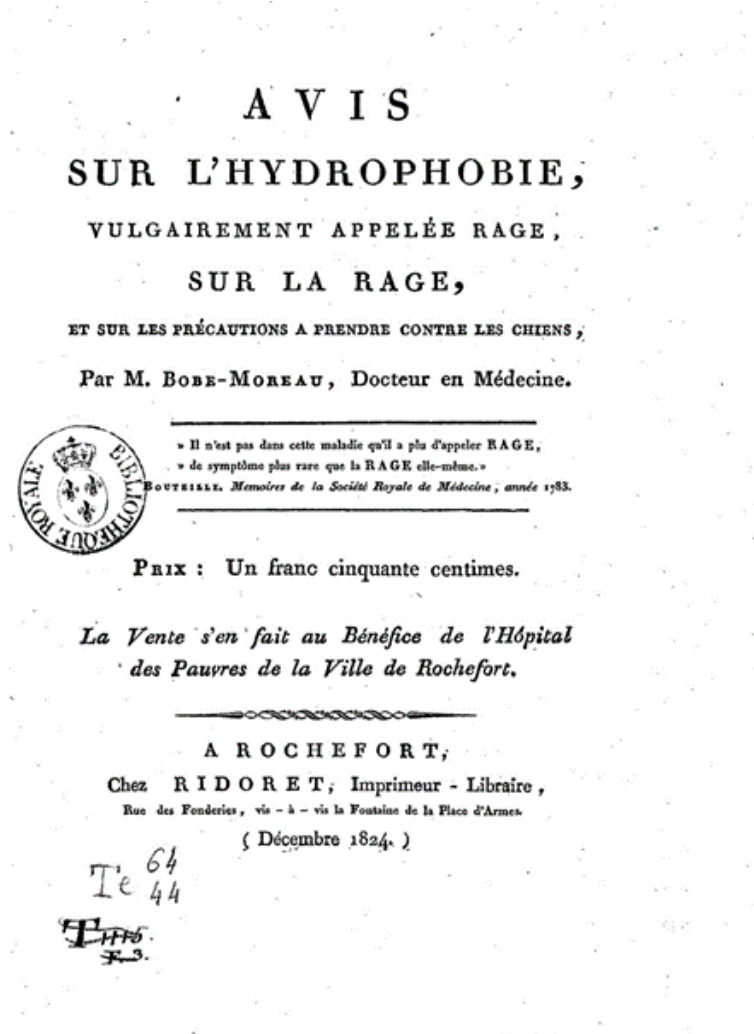
Quel(s) est (sont) les éléments cliniques compatibles avec le diagnostic de rage ?

- ❖ Fièvre
- ❖ Paresthésies au niveau de la plaie/morsure
- ❖ Hydrophobie
- ❖ Hallucinations
- ❖ Hypersalivation

Quel(s) est (sont) les éléments cliniques compatibles avec le diagnostic de rage ?

- ❖ Fièvre
- ❖ Paresthésies au niveau de la plaie/morsure
- ❖ Hydrophobie
- ❖ Hallucinations
- ❖ Hypersalivation

Hydrophobie



Hydrophobie, phase finale de la maladie qui provient de douleurs très importantes au larynx et au pharynx

Il est impossible de confondre les signes de l'hydrophobie avec ceux d'une autre maladie, tant ils sont spécifiques une fois la « peur de l'eau » déclarée, manifestation la plus évidente – sans être la première chronologiquement.

Les malades ont tant de douleur à la gorge, de difficulté à déglutir, qu'ils en viennent à développer une peur à la vue de tout liquide qui leur rappellerait l'action de boire, devenue impossible parce que trop douloureuse, ce qui empêche le malade agonisant de s'hydrater

Rabies Symptoms



Headache



Fever



Nausea



Pain, itching
around the bite area



Aggression



Hallucinations



Insomnia



Partial paralysis



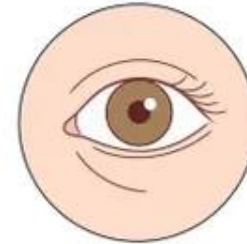
Excessive salivation



Hydrophobia



Difficulty swallowing



Light sensitivity

Rabies Transmission



Scratch



Bite



Saliva

Histoire de la maladie

- ❖ Séjour au Maroc - Retour en France le 29/08/23
- ❖ Morsure grade 3 au talon par chat errant à Meknès entre le 01- 05/08/2023
- ❖ Morsure d'une petite fille de 5 ans la veille par le même chat
- ❖ Consulte 2 médecins généralistes au Maroc
- ❖ Absence de prophylaxie post-exposition conseillée car morsure de chat

Quelle(s) est(sont) la (les) période(s) d'incubation de la rage ?

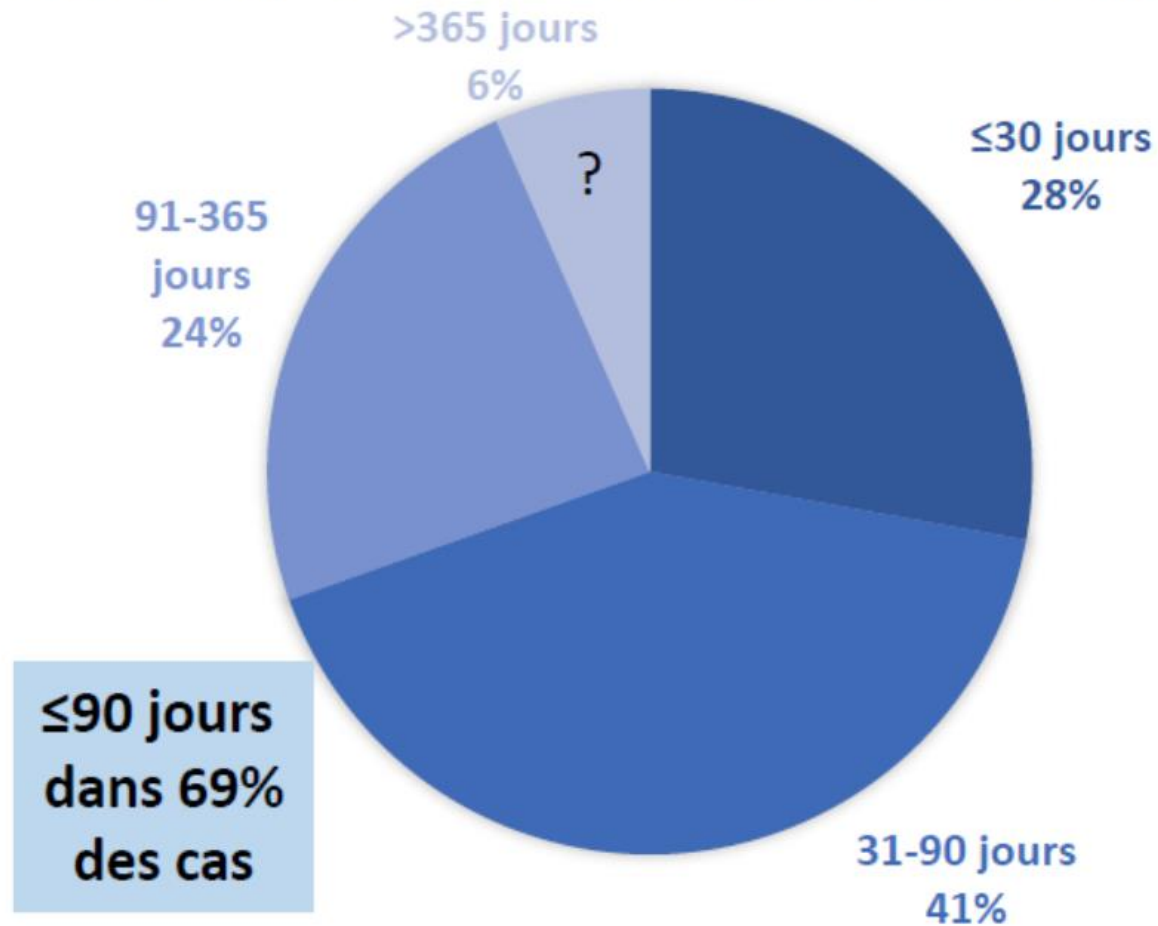
- ❖ ≤ 1 mois dans 1/3 des cas
- ❖ ≤ 1 mois dans 50% des cas
- ❖ < 3 mois dans plus de 50% des cas
- ❖ 3 mois à 1 an dans 25% des cas
- ❖ > 1 an dans 5% des cas

Quelle(s) est(sont) la (les) période(s) d'incubation de la rage ?

- ❖ ≤ 1 mois dans 1/3 des cas
- ❖ ≤ 1 mois dans 50% des cas
- ❖ < 3 mois dans plus de 50% des cas
- ❖ 3 mois à 1 an dans 25% des cas
- ❖ > 1 an dans 5% des cas

Durées d'incubation de la rage

Incubation en jours après morsure dans 19 séries publiées totalisant 6064 patients



Quel bilan biologique pour confirmer le diagnostic de rage ? (une ou plusieurs réponses)

- ❖ Sérologie LCS rage
- ❖ PCR salive
- ❖ PCR dans le LCS
- ❖ Biopsie cutanée au niveau de la morsure
- ❖ Biopsie cutanée au niveau des follicules pileux de la nuque

Quel bilan biologique pour confirmer le diagnostic de rage ? (une ou plusieurs réponses)

- ❖ Sérologie LCS rage
- ❖ PCR salive
- ❖ PCR dans le LCS
- ❖ Biopsie cutanée au niveau de la morsure
- ❖ Biopsie cutanée au niveau des follicules pileux de la nuque

Outils diagnostiques

Phase	symptômes	durée	statut viral	statut immunologique
Incubation	asymptomatique	60 - 365 jours	multiplication du virus dans le tissu musculaire peu de virions	0 (1)
Prodromes	fièvre, nausées, anorexie, douleur au niveau de la morsure	2 - 10 jours	peu de virions dans le SNC et dans le cerveau	0 (1)
Neurologique 1	spasmes pharyngés, hydrophobie , hyperactivité, anxiété, dépression	2 - 7 jours	titre en virions élevé	Anticorps dans le sérum et le SNC (LCR)
Neurologique 2	Paralyse			
Coma	coma, arrêt cardiaque, hypotension, hypoventilation	0 - 14 jours	titre en virions élevé	

(1) – bien que les protéines virales soient hautement immunogènes.

Histoire de la maladie

- ❖ Décès le 09/10/2023 soit 2 jours après l'hospitalisation
- ❖ Diag confirmé le 11/10/2023
- ❖ Détection d'ARN viraux par PCR sur les 5 échantillons de salive et sur la biopsie cutanée au niveau des follicules pileux de la nuque
- ❖ LCS négatif en PCR
- ❖ Isolat de virus rabique (espèce *Lyssavirus rabies*) appartenant à la lignée Africa 1 et appartenant à un cluster de virus canins originaires du Maroc

Fils 45 ans, quelle prise en charge ?

- ❖ Morsure du fils le même jour que sa mère en voulant la défendre (entre 01-05/08/2025)
- ❖ Consulte le samedi 08/10/2025

Fils 45 ans, quelle prise en charge ? (une ou plusieurs réponses)

- ❖ Protocole Zagreb (2-1-1; J0, J7 et J21) + IgG anti-rabiques
- ❖ Protocole Essen réduit (1-1-1-1; J0, J3, J7 et entre J14 et J28)+ IgG anti-rabiques
- ❖ Dosage Ac anti-rabique à J7
- ❖ Dosage Ac anti-rabique à J21
- ❖ Pas de suivi sérologique

Fils 45 ans, quelle prise en charge ? (une ou plusieurs réponses)

- ❖ Protocole Zagreb (2-1-1; J0, J7 et J21) + IgG anti-rabiques
- ❖ Protocole Essen réduit (1-1-1-1; J0, J3, J7 et entre J14 et J28)+ IgG anti-rabiques
- ❖ Dosage Ac anti-rabique à J7
- ❖ Dosage Ac anti-rabique à J21
- ❖ Pas de suivi sérologique

Fils 45 ans, quelle prise en charge ?

- ❖ Protocole Zagreb : Vaccination antirabique x 2 le 08/10/23 puis à J7 et J21
- ❖ Immunoglobulines anti-rabiques humaines (Berirab) de 10 ml 5 injections intra musculaires le 08/10/2023
- ❖ Dosage Ac anti-rabique le 08/11/2023 (deux semaines après la fin de la vaccination) : 26,5 UI/ml

Recommandations suivi sérologique

- ❖ Si titre d'anticorps à J21 $< 0,5$ UI/ml, une nouvelle dose de vaccin autour de J28
- ❖ Ensuite, contrôles sérologiques et doses de vaccin supplémentaires jusqu'à un titre d'anticorps $\geq 0,5$ UI/ml

15 cas de rage diagnostiqués en Europe 2014-2025

Exposition au Maroc dans 6 cas

Year	EU/EEA total reported cases	Reporting country (diagnosis/notification)	Status or exposure location when known
2025	3	Spain	Exposure in Ethiopia
		United Kingdom	Exposure in Morocco
		France	Under investigation
2023	1	France	Exposure in Morocco
2022	1 ^a	Romania	Locally acquired (Romania)
2019	5	Italy	Exposure in Tanzania
		Latvia	Exposure in India
		Spain	Exposure in Morocco
		Norway	Exposure in Philippines
		France	Locally acquired EBLV-1 (bat) (France)
2018	1	United Kingdom	Morocco
2017	1	France	Exposure in Sri Lanka
2014	3	Spain	Exposure in Morocco
		France	Exposure in Mali
		the Netherlands	Exposure in India

Epidémiologie de la rage au Maroc

- ❖ Endémique
- ❖ 400 cas par an de rage animale
- ❖ PPE : 65.000 personnes en 2018
- ❖ 20 à 30 cas/an de rage humaine confirmé par CAR du Maroc
- ❖ 33 cas en 2024

BEH 2025- Vaccination préventive contre la rage

- ❖ Recommandée pour les voyageurs devant effectuer dans les zones à haut risque (Asie, Afrique y compris l'Afrique du Nord, Amérique du Sud), un séjour :
 - prolongé ou aventureux avec un risque élevé de contact avec des animaux domestiques ou sauvages, camping ou exploration de grottes (spéléologie) par exemple
 - en situation d'isolement géographique ne permettant pas une prise en charge rapide
- ❖ Pour les zones à risque, la vaccination préventive est recommandée chez les jeunes enfants dès qu'ils marchent

Messages pour la maison ...

- ❖ Rage endémique au Maghreb en milieu rural et urbain
- ❖ Hydrophobie pathognomonique
- ❖ Exposition à haut risque (grade 3) dans un pays enzootique
 - TTT PE vaccin plus IgG anti-rabiques et suivi sérologique +++

Institut Pasteur d'Iran inauguré en 1921



Iran's historic Pasteur Institute after US-Israeli attacks - 2 avril 2026

Merci pour votre attention

Centre anti-rabique dès 1922

- ❖ Intérêt de la sérothérapie anti-rabique
- ❖ Bull World Health Organ. 1956;14(4):593–611.
- ❖ **Rabies neutralizing antibody response to different schedules of serum and vaccine inoculations in non-exposed persons**
- ❖ P Atanasiu, M Bahmanyar, M Baltazard, J P Fox, K Habel, M M Kaplan, R E Kissling, A Komarov, H Koprowski, P Lépine, F Pérez Gallardo, M Schaeffer

Guérison de la rage ?

- ❖ Environ 34 cas correctement documentés recensés dans le monde
- ❖ Séquelles neurologiques importantes dans la majorité des cas
- ❖ 2 cas sans séquelles neurologiques et 7 avec séquelles partielles (dysarthrie, ataxie, paraparesie distale)

Guérison de la rage ?

- ❖ Efficacité du « protocole de Milwaukee » (NEJM 2007) non démontrée lors d'études ultérieures – antiviraux et induction coma jusqu'à apparition de la réponse immunitaire native
- ❖ Survie principalement due à la qualité des soins intensifs prodigués ?
- ❖ Taux élevé d'anticorps dans le LCS lors du diagnostic ?

Traitements de la rage ?

Favipiravir
Ribavirine,
Pyrimethamine
Amantadine

Ac monoclonaux
IT et IV

*Travel Medicine and Infectious
Disease Volume 64, March–
April 2025*

