

D. Andriamanantena

C. Rapp

SMIT, HIA Bégin, Saint-Mandé



Homme, 23 ans, militaire

- **Admis aux urgences en mars 2010 pour fièvre et toux sèche**
- **Retour de mission du Kosovo en novembre 2009**
- **Séjour en Côte d'Ivoire de mai à septembre 2008**
- **Température à 38,5 °C, examen clinique pauvre**

Examens paracliniques

Biologie

- Hémoglobine : 13 g/dL, GB 2300 /mm³
- Thrombopénie à 64 000 /mm³
- CRP : 65 mg/L, cytolyse à 3N
- Hypo albuminémie à 24 g/L

Radiographie pulmonaire normale

Quels diagnostics évoquez-vous?

1. Tuberculose
2. Bronchite aiguë
3. Grippe
4. Paludisme
5. Infection à EBV

1. Tuberculose

2. Bronchite aiguë

3. Grippe

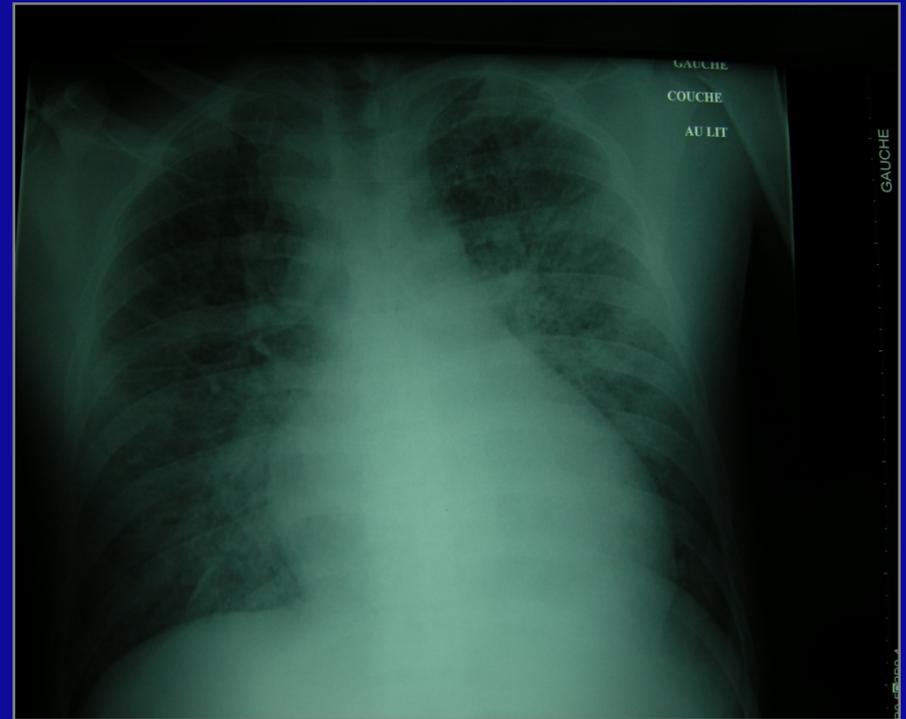
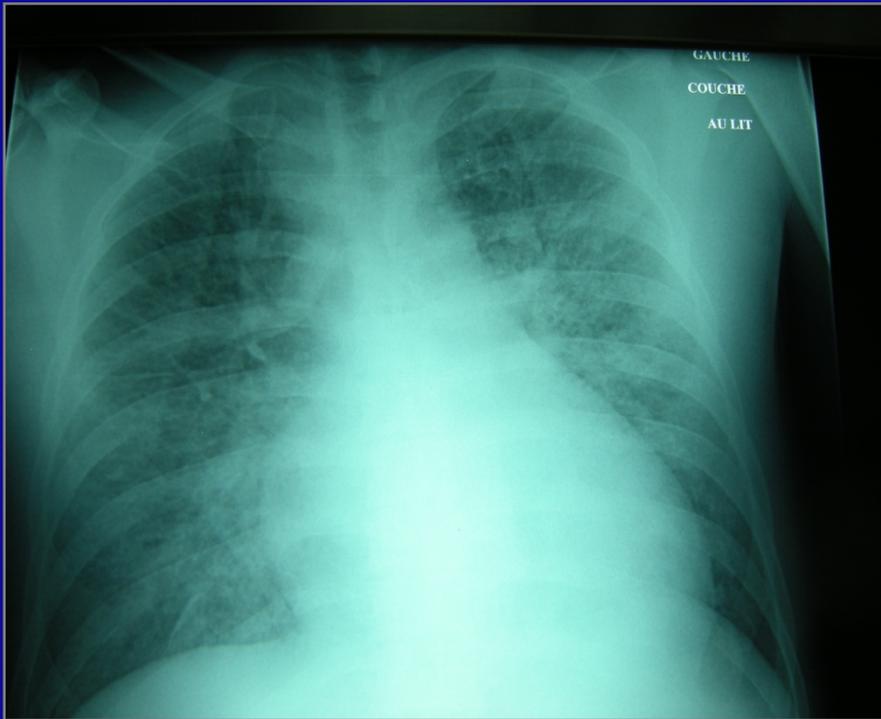
4. Paludisme

5. Infection à EBV

Evolution initiale

- Initiation d'une antibiothérapie probabiliste par ciprofloxacine et réhydratation parentérale
- Persistance de **fièvre**
- Apparition d'une **dyspnée** crescendo à J7 (saturation en O_2 à 91 % en air ambiant)

Radiographies pulmonaires J7-J8



Quel examen vous paraît le plus contributif pour le diagnostic ?

1. Recherche virus grippal A/H1N1 (PCR)
2. Frottis sanguin-goutte épaisse
3. Hémocultures
4. Antigénurie *Legionella*
5. TDR paludisme

1. Recherche virus grippal A/H1N1 (PCR)
2. Frottis sanguin-goutte épaisse
3. Hémocultures
4. Antigénurie *Legionella*
5. TDR paludisme

Quel(s) traitement(s) proposez-vous ?

1. Chloroquine

2. Mefloquine

3. Quinine parentérale

4. Primaquine

5. Atovaquone-proguanil

1. Chloroquine

2. Mefloquine

3. Quinine parentérale

4. Primaquine

5. Atovaquone-proguanil

Evolution

- **Quinine IV (24 mg/kg/j) durant 48 heures puis chloroquine PO (25 mg/kg sur 3 jours)**
- **Ventilation non invasive**
- **Apyrexie en 48 heures et sortie à J16**
- **Cure de primaquine 30 mg/ j pendant 14 jours (absence de déficit en G6PD)**

Paludisme à *Plasmodium ovale*

Répartition : Afrique et îles ouest de l'océan indien

En France : 6 à 7 % des cas importés

Formes **bénignes** et **accès de reviviscence** (10 %)

Rares complications spléniques ...

Absence de chloroquinorésistance

Diagnostic difficile

(latence prolongée, manque de sensibilité des outils diagnostiques)



***Plasmodium ovale* et SDRA**

SDRA ou Acute Lung Injury (ALI)

2 cas rapportés dans la littérature :

- F 31 ans, H36 sous CQ
- H 43 ans, H48 sous CQ

Mécanisme pathogénique mal connu :

- Facteurs favorisants

(remplissage, retard diagnostique, hypo albuminémie, co-infection)

- Susceptibilité individuelle : polymorphisme génétique

Traitement :

Quinine IV

Lee EY, Maguire JH. Acute pulmonary edema complicating *P. ovale* malaria. Clin Infect Dis 1999;29:697-8.

Rojo-Marcos G, Cuadro-Gonzales J, Mesa-Latorre JM et al. Acute respiratory distress syndrome in a case of plasmodium ovale malaria. Am J Trop Med Hyg 2008;79:391-93

Plasmodium ovale et prévention des rechutes



Avis du HCSP d'octobre 2008*

cure radicale de PQ à 30 mg/j X 14 j **d'emblée** pour un premier accès à *P. ovale*, à la suite immédiate du traitement schizonticide

ATU nominative après élimination d'un **déficit en G6PD**

Comprimés à 15 mg

*HCSP : avis relatif à l'élargissement des prescriptions de la primaquine dans le cadre du traitement du paludisme à *P. vivax* et *P. ovale* - 17 octobre 2008.

