

Paludisme

Cas cliniques



Pr C. Rapp^{1,2}

¹Ecole du Val de Grâce

²Service des maladies infectieuses et tropicales
Hôpital militaire Bégin



Observation n°1

Une femme de 30 ans, caucasienne est adressée aux urgences par son médecin traitant pour un ictère fébrile.

L'interrogatoire de son compagnon de voyage révèle qu'elle est revenue depuis 8 jours d'un voyage de 3 semaines au Sénégal, avec séjours sur la côte et à l'intérieur du pays, en logeant fréquemment chez l'habitant.

Vaccinations avant le départ : DTP et fièvre jaune.

Le carnet de vaccinations ne fait pas état d'autres vaccins depuis 15 ans.

Chimioprophylaxie anti-palustre par l'association chloroquine-proguanil, suivie pendant le séjour, mais arrêtée au retour.

Depuis 5 jours, s'est installée une fièvre entre 39°C et 40°C, avec céphalées. Elle s'accompagne de douleurs abdominales diffuses, modérées, et de 4 à 6 selles liquides par jour. L'ictère est apparu depuis 3 jours.

Examen :

Somnolence et confusion mentale, score de Glasgow à 13

Température à 39°C, fréquence respiratoire à 26, pouls à 140/mn

TA à 80/50 mm Hg

Ictère conjonctival, urines foncées

Nuque souple

Reste de l'examen sans anomalie

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Toute fièvre, isolée ou associée à des symptômes généraux, digestifs, respiratoires, ou neurologiques, après un séjour en zone d'endémie, nécessite un avis médical urgent et la réalisation d'un diagnostic parasitologique en urgence.

Quels examens complémentaires
Demandez vous en urgence pour confirmer
le diagnostic ?

Résultats des examens complémentaires :

NF : 4800 leucocytes dont 60% de polynucléaires neutrophiles,
15 % d'éosinophiles,
25% de lymphocytes

hémoglobine : 11g/100ml,
plaquettes : 65 000/mm³

TP : 80%, TCA témoin et malade 35 sec

Créatinine : 270 $\mu\text{mol/l}$

Bilirubine totale : 60 $\mu\text{mol/l}$ dont conjuguée : 40 $\mu\text{mol/l}$

ASAT et ALAT : 4xN

Glycémie : 4 mmol/l

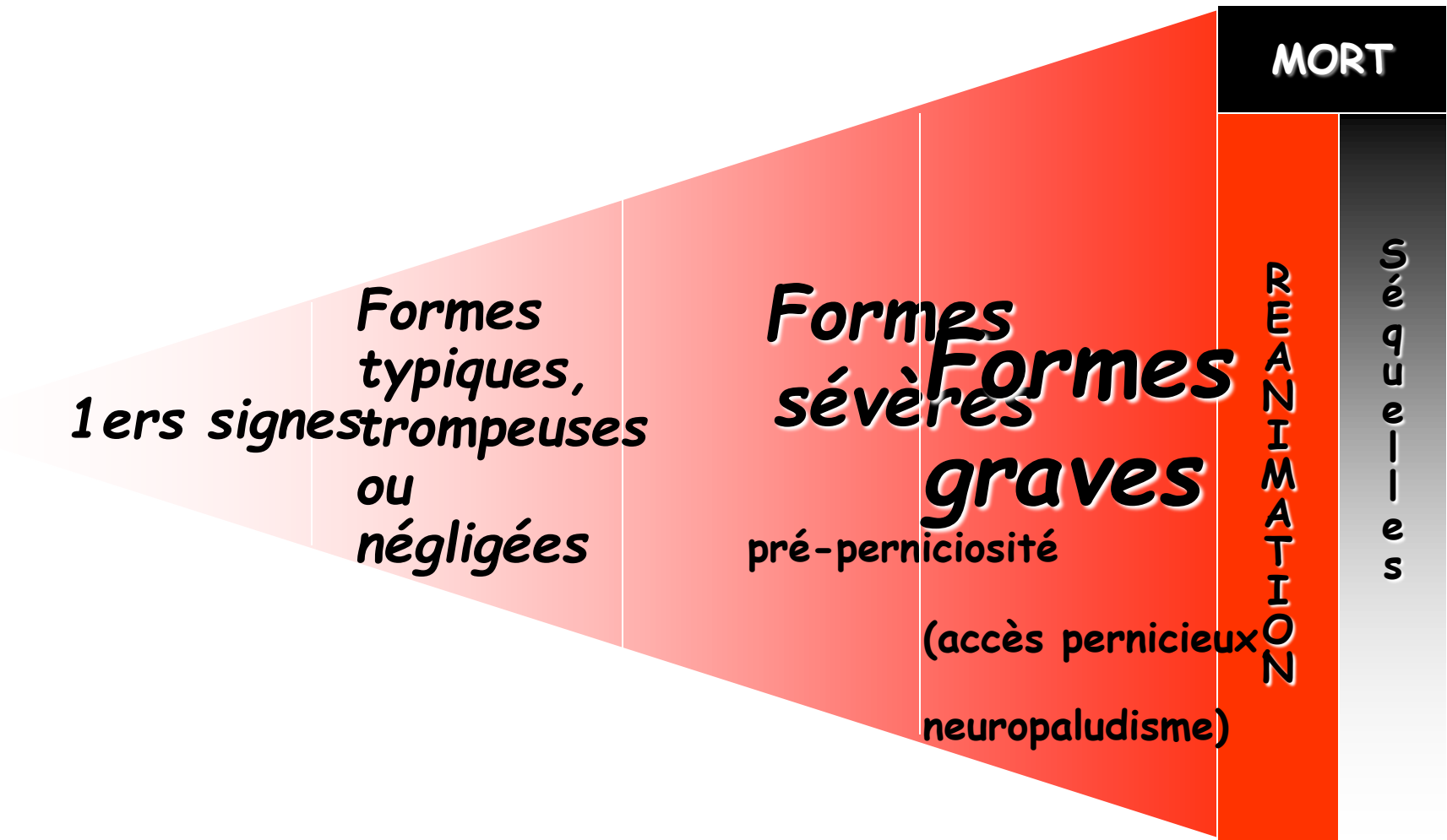
Bandelette urinaire : protéine, hématies, leucocytes = 0

Frottis sanguin : présence de trophozoïtes jeunes de
Plasmodium falciparum, parasitémie : 7% d'hématies parasitées.

ECG : espace QT allongé, connu depuis l'enfance.

Quels signes de gravité du paludisme
retenez-vous dans ce dossier ?

Évolution clinique naturelle



Critères de définition du paludisme grave d'importation de l'adulte (1)

pronostic	Critères cliniques ou biologiques	fréquence
+++	Toute défaillance neurologique incluant : <ul style="list-style-type: none"> - obnubilation, confusion, somnolence, prostration - coma avec score de Glasgow < 11 	+++
+++	Toute défaillance respiratoire incluant : <ul style="list-style-type: none"> - si VM ou VNI : PaO₂/FiO₂ < 300 mmHg - si non ventilé PaO₂ < 60 mmHg et/ou SpO₂ < 90% en air ambiant et/ou FR > 32/mn - signes radiologiques : images interstitielles et/ou alvéolaires 	+
+++	Toute défaillance cardio-circulatoire incluant : <ul style="list-style-type: none"> - pression artérielle systolique < 80 mmHg en présence de signes périphériques d'insuffisance circulatoire - patient recevant des drogues vasoactives quel que soit le chiffre de pression artérielle - signes périphériques d'insuffisance circulatoire sans hypotension 	++
++	Convulsions répétées : au moins 2 par 24h	+
++	Hémorragie : définition clinique	+
+	Ictère : clinique ou bilirubine totale > 50 µmol/L	+++
+	Hémoglobinurie macroscopique	+

Critères de définition du paludisme grave d'importation de l'adulte (2)

pronostic	Critères cliniques ou biologiques	fréquence
+	Anémie profonde : hémoglobine < 7 g/dL, hématocrite < 20%	+
+	Hypoglycémie : glycémie < 2,2 mmol/L	+
+++	Acidose : <ul style="list-style-type: none"> - bicarbonates plasmatiques < 15 mmol/L - ou acidémie avec pH < 7,35 (surveillance rapprochée dès que bicarbonates < 18 mmol/L)	++
+++	Toute hyperlactatémie : <ul style="list-style-type: none"> - dès que la limite supérieure de la normale est dépassée - <i>a fortiori</i> si lactate plasmatique > 5 mmol/L 	++
+	Hyperparasitémie : dès que parasitémie > 4%, notamment chez le non immun (selon les contextes les seuils de gravité varient de 4 à 20%)	+++
++	Insuffisance rénale : <ul style="list-style-type: none"> - créatininémie > 265 μmol/L ou urée sanguine > 17 mmol/L - diurèse < 400 ml/24h malgré réhydratation 	+++

Planifiez la prise en charge
thérapeutique dans les 48 premières
heures.

Admission en service de réanimation

Surveillance électroscopique

Remplissage vasculaire par macromolécules jusqu'à TA > 10 mm Hg

En urgence, quinine par voie intra-veineuse, avec une dose de charge

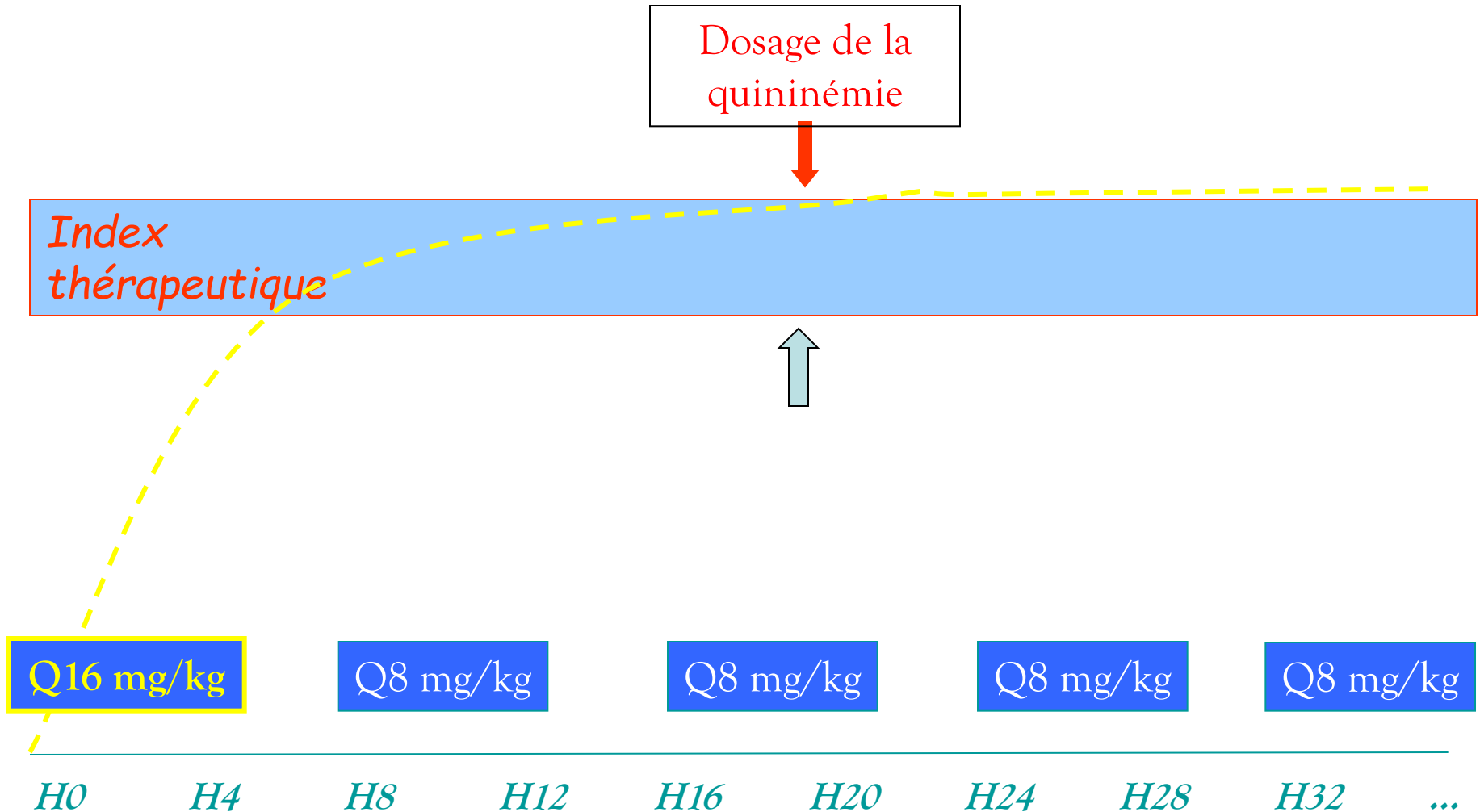
Première perfusion de 16 mg/kg de quinine base à passer en 4 à 6 h

Puis 8 mg/kg en perfusion d'une durée minimum de 4 h toutes les 8 heures

Dosage de la quininémie du fait de l'insuffisance rénale et du QT long

Surveillance de la glycémie horaire pdt 4 heures puis toutes les 4 heures.

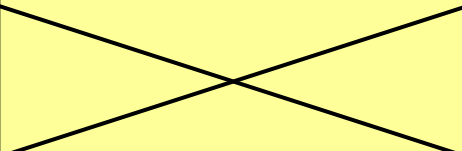
Protocole « paludisme grave à *P. falciparum* »



La chimioprophylaxie proposée à ce patient était-elle adaptée ?

Sinon, quelles molécules auriez-vous préconisé, avec les modalités de leur prise ?

Chimio prophylaxies antipaludiques (adultes)

pays de destination	adulte	femme enceinte	durée
groupe 1	chloroquine (Nivaquine®) 100mg/j		séjour + 4 sem. après
groupe 2	chloroquine + proguanil 100 mg/j 200 mg/j (Nivaquine®+ Paludrine®) ou Savarine®		séjour + 4 sem. après
	atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg Malarone ® : 1 cp/j	atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg Malarone ® : 1 cp/j	séjour + 1 sem. après durée limitée à 3 mois
groupe 3	méfloquine 250 mg Lariam® : 1 cp/semaine		10 j avant + séjour + 3 sem. après
	doxycycline 100mg/j		séjour + 4 sem. après

Observation n°2

• Soldat, 36 ans, RCI «Licorne » 12/05/06 – 20/08/06

Chimioprophylaxie mal observée

30/08 : fièvre, céphalées, nausées, diarrhée

01/09 : CS médecin traitant → GE/FS : P. falciparum

→ cure Malarone® 4/j x 3j

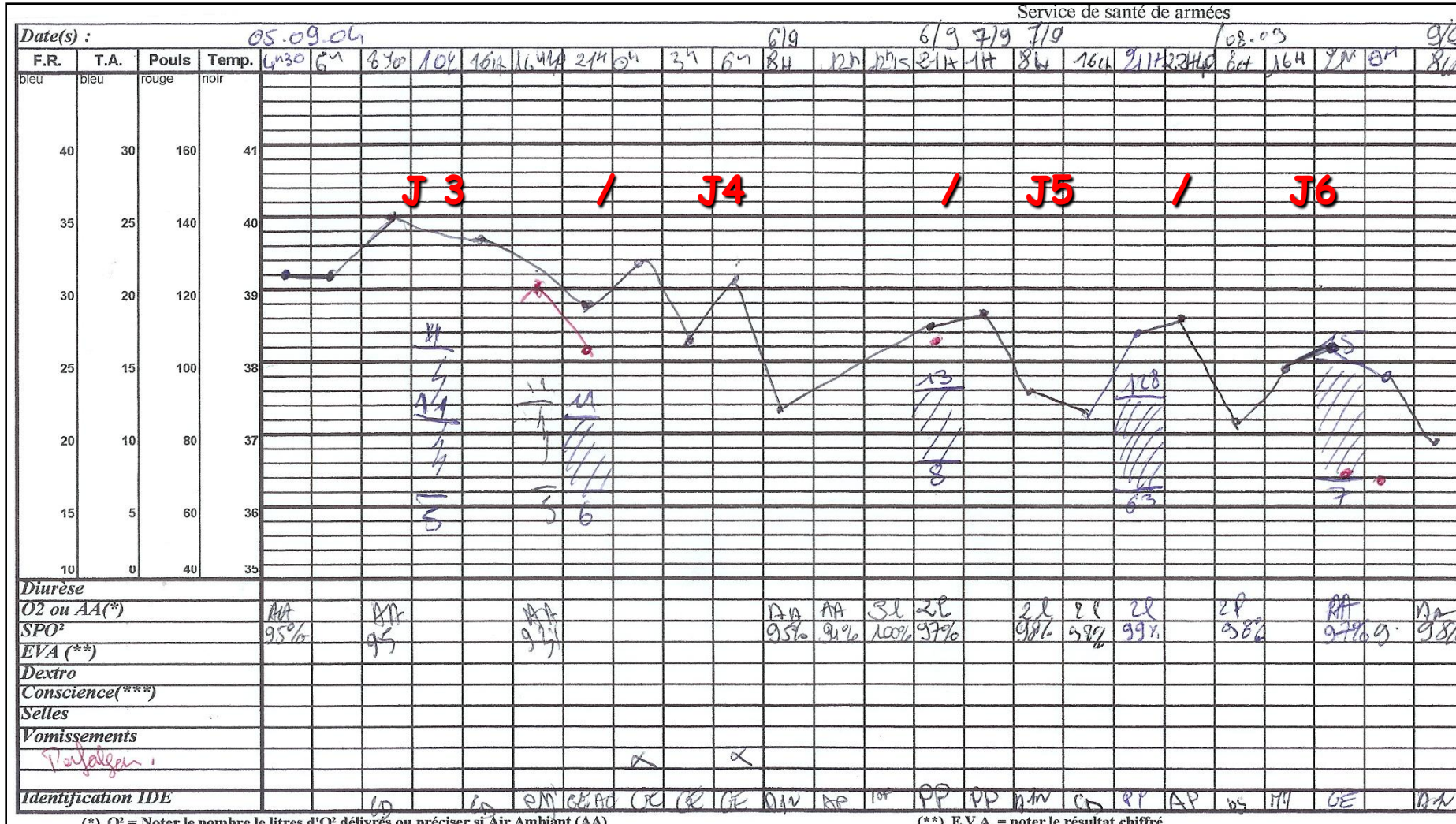
05/09 : fièvre à 39°C → HIA Bégin

PA : 110/50, FC : 100/min, ictère, HSM

GE/FS : 0,01%, Hb 7,6 g/dl, CRP 240 mg/l

cytolyse et cholestase (BC : 78 μmol/l)

Évolution thermique



CAT ?

Hypothèses ?

- . Echech thérapeutique précoce ?
 - malabsorption Malarone®
 - résistance
- . Complications ?
- . Co-infection ?

Fièvre au-delà de 72 heures

- Complication du traitement : fréquent ++
- Infection associée : non rare +
- Traitement inadapté
- Résistance plasmodiale : rare

FS
néga
tif

FS
posit
if

Épilogue

Hémocultures : *Salmonella typhi murium*

Évolution favorable sous ceftriaxone / 5j

Observation n°3

Adjudant chef 45 ans, RICM

RCI 2004 Bouaké (10 octobre 2004)

CP mal observée

18/01/05 2005 : fièvre, céphalées, (70kg)

19/01/05 : ICT +, admis PS, quinine IV 8mg/kg/8h

21/01/05: apyrexie, relais per os quinine Lafran

22/01/05 : troubles visuels ++

23/01/05 : transfert GMC Toumbokro

examen subnormal

→ → → CAT ?

Epilogue

25/01/05 EVASAN HIA Bégin

Bilan ophtalmologique :

CV : exclusion tache aveugle

ERG : ondes A et B

Diagnostic de **rétinopathie toxique à la quinine**

Surdosage quinine per os : 3g/j de J3 à J5

Séquelles à M 6, dossier pension...

Les leçons à tirer sur cet accident

Index thérapeutique étroit

Responsabilité du prescripteur

Attention au « relais » et à la posologie

Formation des IDE et auxiliaires ++

Observation n°4

Gendarme, 35 ans, 70 kgs

Mission en Guyane française 2006, Anaconda
consulte pour une fièvre ...

2006 deux accès fébriles stéréotypés, thrombopénie

2007 trois accès, dont un diagnostiqué comme
paludisme *spp.* et traité par quinine IV x 7 j

A l'examen :

70 kgs

température 38.5 °C, PA 110/70mmHg

paleur, splénomégalie grade 1

NFS : Hb 9.8 g/dL, plaquettes 111G/L, GB 3800/mm³

Frottis : *Plasmodium vivax*, 0.1 %

CAT ?

Traitement

1. Traitement schizonticide

Chloroquine 25 mg/kg sur 3 jours

2. Cure radicale de primaquine

Primaquine 7.5 mg 4/j pdt 14 jours

ATU nominative, en l'absence de déficit en G6PD

dispensation hospitalière

