Recommandations à l'issue de l'atelier de consensus organisé par la Société de pathologie exotique sur la maladie de Chagas en zone non endémique le 26 juin 2009

Société de pathologie exotique

20, rue Ernest Renan, 75015 Paris, France

Med Trop 2010; **70** : 131-132

CHAGAS DISEASE. AMERICAN TRYPANOSOMIASIS. RECOMMENDATION FOR NON-ENDEMIC ZONES

ABSTRACT • The following recommendations were made at the end of the consensus workshop organized by the Société de Pathologie Exotique (Exotic Pathology Society) (Paris, 26 June 2009). They apply to people of Latin American origin (immigrants, children born in France to a Latin-American mother, French people originating in Guyana) and expatriates and travellers who have stayed in areas where Chagas disease is endemic. These recommendations concern screening for people who are infected but asymptomatic, diagnosis of acute forms, diagnosis of chronic forms with clinical manifestations and therapeutic procedure.

KEY WORDS • Chagas Disease. American trypanosomiasis. Recommendation for non-endemic zones.

A l'issue de l'atelier de consensus organisé par la Société de pathologie exotique (Paris, 26 juin 2009), les recommandations suivantes ont été formulées.

Elles s'appliquent aux sujets originaires d'Amérique latine (immigrants, enfants nés en France d'une mère latino-américaine, français d'origine guyanaise) ainsi qu'aux expatriés et aux voyageurs ayant séjourné en zone d'endémie chagasique.

Ces recommandations concernent le dépistage des sujets infectés asymptomatiques, le diagnostic des formes aiguës et des infections chroniques avec manifestations cliniques, la conduite thérapeutique.

Dépistage

Pour les sujets originaires de zone d'endémie chagasique, ce dépistage est déjà réalisé en France chez tous les donneurs de sang ou d'organe.

Il doit aussi être :

- étendu aux femmes enceintes et à leurs nouveau-nés (avec, pour ces derniers, à la naissance, une recherche du parasite, soit directement, soit après concentration par la méthode de Stout, soit par PCR et, après le huitième mois, par deux test sérologiques) ;

- systématiquement proposé aux jeunes femmes en âge de procréer, à l'occasion d'une première consultation médicale ou obstétricale en France.

Dans tous les cas, doivent être utilisés deux techniques sérologiques différentes ou deux réactifs antigéniques différents si une seule technique est pratiquée (ELISA).

Pour confirmation diagnostique et traitement éventuel, tous les dépistés asymptomatiques doivent être adressés à un médecin spécialisé s'appuyant sur un réseau multidisciplinaire (pédiatrie, infectiologie, obstétrique, cardiologie, neurologie, gastro-entérologie).

Diagnostic

Maladie de Chagas aiguë ou réactivée

La difficulté diagnostique résulte de la rareté des cas observés en France et de la présence inconstante des principaux signes cliniques (fièvre, myocardite, œdème palpébral, etc.) :

- en dehors des données d'un dépistage systématique, ce diagnostic doit être évoqué, chez un sujet fébrile, sur des critères essentiellement épidémiologiques, en sachant que la durée d'incubation est très variable (7 à 28 jours et jusqu'à 4 mois dans les formes post-transfusionnelles) ;

- les formes aiguës, en zone non endémique, sont d'origine congénitale (nouveau-nés) ou accidentelle ou bien résultent d'une réactivation après immunodépression (VIH/sida ou tout autre maladie entraînant une immunodépression ou encore traitements immunosuppresseurs). Elles se manifestent par une fièvre élevée, une myocardite aiguë, une insuffisance cardiaque, une détresse respiratoire ou une méningo-encéphalite d'apparition brutale, diffuse ou focale (présence de chagomes intracérébraux, essentiellement chez les sidéens, évoquant une toxoplasmose cérébrale) ;

- la confirmation biologique repose sur la mise en évidence du parasite dans le sang. Ces examens peuvent être réalisés par des techniques conventionnelles (frottis, goutte épaisse ou fine) ou après concentration (micro hématocrite, QBC, double ou triple centrifugation). Malgré la lenteur des résultats et le manque de sensibilité des cultures ainsi que le manque de sensibilité de la PCR, ces examens peuvent avoir aussi un intérêt confirmatif.

Maladie de Chagas en phase chronique

Elle reste le plus souvent asymptomatique, mais peut également, dans des délais de quelques mois à plusieurs décennies, évoluer vers des complications cardiaques (20-30 % des cas), digestives (5-10 %), neurologiques (< 3 %).

- pour les formes indéterminées, sans manifestation cardiaque, digestive ou neurologique détectées par un dépistage systématique et confirmées par d'autres techniques biologiques, un bilan détaillé, cardiaque, digestif et neurologique s'impose ;

• *Correspondance : socpatex@pasteur.fr*
• *Article publié dans le Bull Soc Pathol Exot 2009 ; 5 : 347-50.*

- en cas d'anomalies, un bilan exhaustif de l'atteinte organique doit être pratiqué avant toute décision thérapeutique ;

- la confirmation biologique repose sur la sérologie qui doit être impérativement effectuée par deux techniques différentes, ELISA et IFI ou bien, si cette dernière n'est pas disponible, par ELISA face à deux réactifs antigéniques différents ;

- en cas de discordance, les examens doivent être systématiquement répétés et complétés par un 3e test différent des tests de première intention (autre méthode ou autres réactifs antigéniques). La PCR peut également avoir un intérêt confirmatif, comme les tests de diagnostic rapide si leur valeur diagnostique est confirmée dans l'avenir.

- ces examens biologiques doivent être aussi réalisés dans l'entourage familial ou professionnel du malade (personnes ayant partagé les mêmes risques de contamination).

Prise en charge thérapeutique

L'efficacité du traitement étiologique est très variable : 100 % dans les formes congénitales, > 90 % dans les phases aiguës, faible en phase chronique, sauf chez les enfants de moins de 12 ans, avec une efficacité qui diminue avec l'âge et de grandes différences en fonction de l'origine géographique des souches.

Les effets indésirables sont fréquents (digestifs, immuno-allergiques, neurologiques et neuropsychiques, psychiatriques, hématopoïétiques) et s'aggravent avec l'âge.

Enfin, il n'existe pas de critères de guérison à court terme permettant d'affirmer l'élimination totale du parasite. Un long suivi post-thérapeutique est donc indispensable.

Formes congénitales

- chez l'enfant, traitement de 1 à 2 mois par benznidazole ou nifurtimox (délivrance hospitalière exclusive), institué dans un centre spécialisé et poursuivi en ambulatoire sous surveillance biologique et clinique ;

- les mères infectées (formes chroniques) doivent être traitées après l'accouchement dans les mêmes conditions, pour tenter d'éliminer le parasite ou tout au moins de réduire la charge parasitaire pour leur protection et pour celle de leurs grossesses ultérieures ;

- aucune preuve formelle ne permet de déconseiller l'allaitement par des mères infectées.

Formes aiguës

- le traitement de deux mois (benznidazole ou nifurtimox) doit être institué en milieu hospitalier et sous surveillance, après obtention du consentement éclairé du malade ou de son tuteur sur les avantages attendus et le rapport bénéfices/risques ;

- un bilan biologique (parasitologie et sérologies), clinique et paraclinique (ECG, échographie cardiaque, radiographies thoraciques) doit être effectué à la fin du traitement et répété annuellement pendant 5 ans au moins.

Formes chroniques

Un traitement identique peut être proposé en ambulatoire mais sous surveillance stricte et après obtention du consentement éclairé du malade ou de son tuteur sur les avantages attendus et le rapport bénéfices/risques.

Varia

Sensibilisation, information et formation

- informer les professionnels de santé de l'importance croissante de la maladie de Chagas dans les pays non endémiques et des conduites à tenir (rôle des sociétés savantes et des organisations professionnelles, place plus importante dévolue à la maladie de Chagas dans les enseignements de parasitologie et d'infectiologie du cursus des études médicales) ;

- réaliser des campagnes d'information destinées aux associations de résidents, aux consulats, aux services et aux associations en relation avec des immigrants en situation administrative irrégulière, pour un dépistage systématique des sujets à risques en assurant une stricte confidentialité des résultats et un anonymat total.

Réactifs et médicaments

- poursuivre l'évaluation des tests de diagnostic rapide, l'amélioration des réactifs sérologiques existants et la recherche de nouveaux réactifs ;

- établir au niveau national une liste de laboratoires de référence pour le diagnostic de la maladie de Chagas, en précisant les techniques disponibles et les délais de réponse ;

- mettre à disposition des formulations pédiatriques (sirop et/ou comprimés) de benznidazole et de nifurtimox et poursuivre la recherche de nouveaux trypanocides efficaces et mieux tolérés.

Recommandations aux voyageurs à destination des pays d'endémie

- informer les voyageurs (rôle de la Société de médecine des voyages) des risques de contaminations (vectorielle ou orale, par des jus de fruits artisanaux ou par des aliments contaminés), selon les lieux de séjour et le mode de vie (écotourisme) ;

- au retour et en cas de survenue d'une symptomatologie quelle qu'elle soit, recommander aux voyageurs d'informer leur médecin d'un séjour en zone d'endémie chagasique.

Évaluation épidémiologique. Recherche clinique et thérapeutique

- organiser (Institut de veille sanitaire) un réseau de surveillance épidémiologique de la maladie de Chagas, en relation avec l'OMS et les pays européens voisins, avec la mise en place d'un réseau de laboratoires, d'un suivi de la dispensation des médicaments ainsi que de l'évaluation de leur efficacité et de leurs effets secondaires ;

- préciser :

* l'incidence en France de la maladie de Chagas congénitale ;

* le profil épidémiologique des sujets dépistés à l'occasion d'un don du sang ;

* l'intérêt et l'efficacité du traitement antiparasitaire sur les cardiopathies chagasiques en phase chronique ;

* les modalités de ce traitement et celles de la chimioprophylaxie primaire et secondaire ;

* l'existence d'éventuels signes d'alerte paraclinique, annonçant le passage d'une forme chronique vers une cardiopathie constituée (études multicentriques européennes) ;

* l'évolution, encore mal connue, de la maladie de Chagas chez la femme enceinte et chez le nourrisson ainsi que les facteurs favorisant la transmission mère-enfant ;

* l'intérêt et les limites d'un dépistage systématique des expatriés et des voyageurs au retour d'une zone d'endémie chagasique.

Ces recommandations sont nécessairement résumées. Elles sont complétées et détaillées dans les conclusions des groupes de travail de la réunion de consensus. ■