

## Cas clinique 2 - Thém. n° 24 – Mercredi 16 Septembre 2020

De garde aux urgences, vous recevez à 21 heures Alexandra (A.), 16 ans, qui a séjourné un mois au Cameroun avec ses parents. Mauvaise observance de la chimioprophylaxie antipaludique par atovaquone-proguanil. Sur place, nombreuses piqûres de moustiques, condition de vie « locale », une baignade dans un lac. Vaccinations à jour contre la fièvre jaune. Pas de vaccination contre la fièvre typhoïde ni l'hépatite A.

Deux jours après son retour, elle présente une fièvre ainsi que des vomissements.

Trois jours après le début de la fièvre, elle consulte aux Urgences avec une fièvre à 38°C, et des vomissements. Cliniquement, il n'existe pas de défaillance hémodynamique ou de gêne respiratoire ; céphalées sans syndrome méningé, pas de déficit neurologique, pas de diarrhées, pas de douleurs abdominales.

Alexandra est apyrétique aux urgences et le dernier vomissement remonte à 16h. Pas de nausées actuellement et elle peut s'hydrater per os.

La biologie met en évidence une hémoglobine à 12,5 g/dL, une thrombopénie à 80 Giga/L, une bilirubinémie à 30 µmol/L, CRP à 65 mg/L, et fonction rénale normale. Pas de rapports sexuels, BHCG négatives. La suspicion de paludisme est évidente.

- 1) Concernant les propositions suivantes, quelles sont celles applicables au diagnostic de paludisme chez A. qui est apyrétique ?
  - a. La quantification de la parasitémie est plus rapide avec le test rapide qu'avec le frottis
  - b. L'estimation de la parasitémie par le frottis est réalisée en urgence
  - c. La sensibilité des tests de diagnostic rapide est dépendante de la parasitémie
  - d. L'antigène HRP2 est spécifique de *Plasmodium falciparum*
  - e. En cas de paludisme à *P. falciparum*, le TDR HRP2 est positif en période d'apyrexie
  
- 2) Concernant l'histoire naturelle des paludismes à *Plasmodium falciparum* et les mécanismes physiopathologiques qui les sous-tendent, quels sont les propositions exactes ?
  - a. La séquestration des schizontes prédomine dans les veinules post-capillaires
  - b. La séquestration des schizontes existe déjà lorsque les premiers signes cliniques apparaissent
  - c. Une séquestration intra-hépatique d'hypnozoïtes (cryptozoïtes) est associée au paludisme grave
  - d. La fièvre bilieuse hémoglobinurique est généralement associée à une hyperparasitémie
  - e. Le paludisme viscéral évolutif ou splénomégalie palustre hyperréactive est associé à une production excessive d'IgM polyclonale

- 3) Le diagnostic de paludisme simple est retenu. Quelle(s) prise(s) en charge pourront être proposées à cette patiente?
- Retour à domicile pour un traitement per os
  - Quinine IV sans dose de charge
  - Hospitalisation et traitement par atovaquone-proguanil
  - Hospitalisation et traitement par artémether-luméfantrine
  - Hospitalisation et traitement par dihydroartémisinine-pipéraquine puis primaquine

La semaine suivante, vous diagnostiquez un paludisme à *Plasmodium falciparum* (parasitémie= 5%) ; la biologie s'énonce comme suit : Hémoglobine= 10 g/dL, Plaquettes = 20 G/L, Lactatémie = 4,5 mmol/l, Natrémie=130 mmol/L. Vous décidez de traiter par l'artésunate.

- 4) Quels sont, parmi les propositions suivantes, les signes de gravité d'un paludisme à *Plasmodium falciparum* ?
- Plaquettes < 100 G/L
  - Score de Glasgow = 10
  - Ictère clinique
  - Lactatémie = 4,5 mmol/l
  - Natrémie < 120 mmol/L
- 5) Quelles sont les propositions exactes pour l'artésunate IV ?
- En l'absence d'artésunate immédiatement disponible dans l'établissement, un traitement par quinine IV avec dose de charge doit être immédiatement débuté
  - Il est strictement contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse
  - La posologie par kg de poids est identique dans toutes les tranches d'âge
  - Il n'est indiqué que si le paludisme grave est dû à *Plasmodium falciparum*
  - Le suivi parasitologique recommandé est J3, J7, J28

Le suivi biologique d'A. met en évidence une hyperéosinophilie, qui n'existait pas 3 mois avant son voyage.

- 6) Quelles méthodes parmi les suivantes permettent, en général, le diagnostic de strongyloïdose ?
- Mise en évidence des adultes dans les selles
  - Mise en évidence de larves dans les selles
  - Mise en évidence de larve dans le lavage bronchiolo-alvéolaire
  - Sérologie
  - Technique de Baerman

- 7) Quelles sont les propositions suivantes concernant les anti-helminthiques ?
- a. L'albendazole est le traitement de première intention de la strongyloïdose
  - b. L'ivermectine peut déclencher des accidents thérapeutiques en cas de loase
  - c. L'ivermectine est le traitement de première intention du *Taenia saginata*
  - d. L'albendazole peut être utilisé pendant la grossesse, quel que soit le terme
  - e. L'ivermectine ne peut être utilisé chez l'enfant de moins de 5 ans

Trois mois plus tard, A. consulte pour une fièvre, rapportée à un accès palustre à *Plasmodium ovale*.

- 8) Quel(s) traitement(s) étiologique(s) sont adaptés aux recommandations dans la limite des contre-indications ?
- a. Artémether-luméfantrine puis primaquine
  - b. Dihydroartémisinine-pipéraquline puis primaquine
  - c. Atovaquone-proguanil puis primaquine
  - d. Chloroquine puis primaquine
  - e. Chloroquine sans primaquine