

Cas clinique n°1

A., 16 ans a séjourné un mois au Cameroun avec ses parents.

Mauvaise observance d'atovaquone-proguanil.

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, fièvre et vomissements.

Consulte aux Urgences à J3.

Pas de défaillance hémodynamique ou de gêne respiratoire ; céphalées sans syndrome méningé, pas de déficit neurologique, pas de diarrhée, pas de douleurs abdominale.

- Apyrétique aux urgences ; dernier vomissement remonte à 16h. Pas de nausées actuellement et elle peut s'hydrater per os.
- Hémoglobine = 12,5 g/dL, plaquettes = 80 Giga/L, bilirubinémie = 30 $\mu\text{mol/L}$, CRP = 165 mg/L, et fonction rénale normale.
- Pas d'exposition à la grossesse, BHCG négatives. La suspicion de paludisme est évidente.

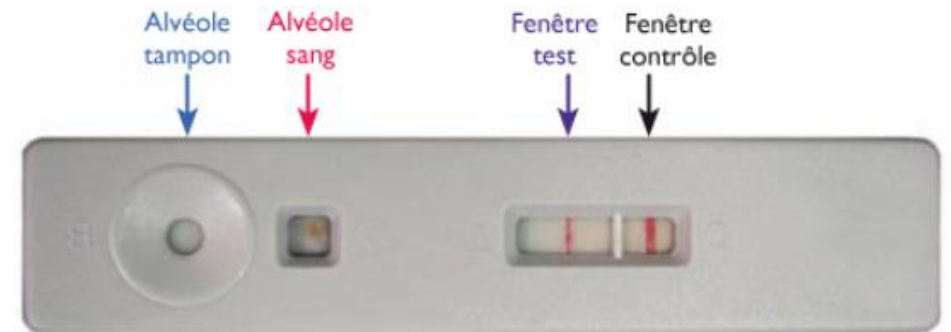
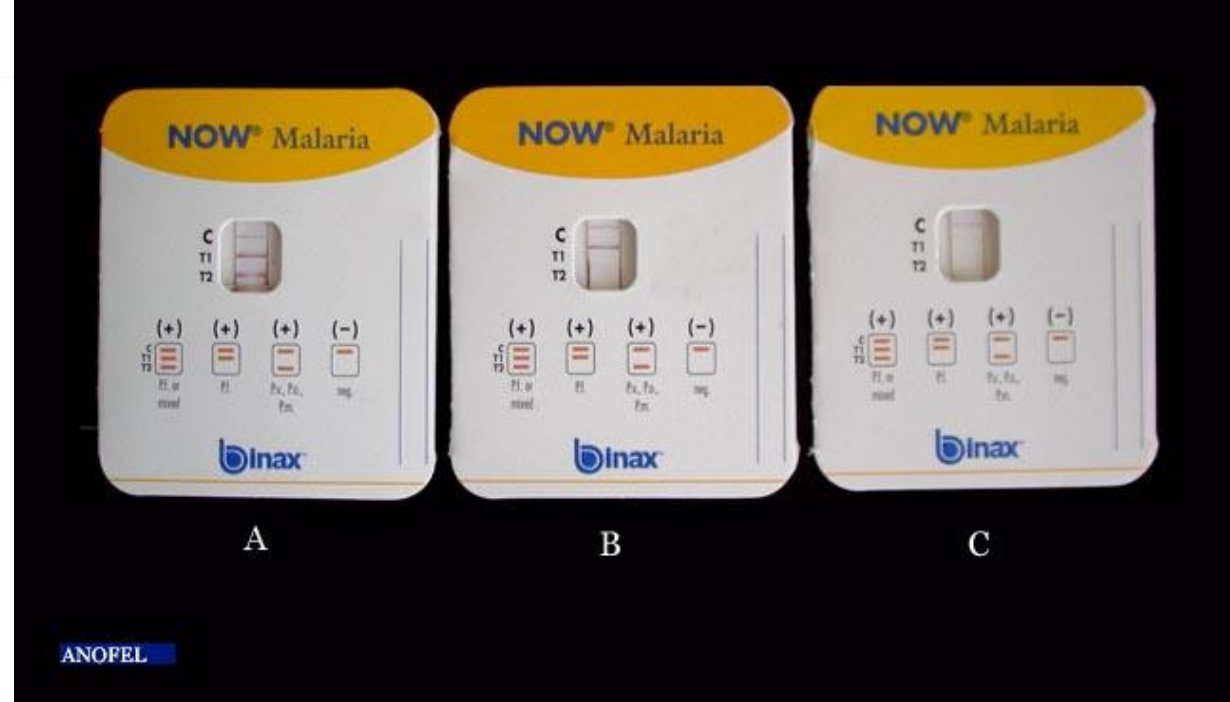
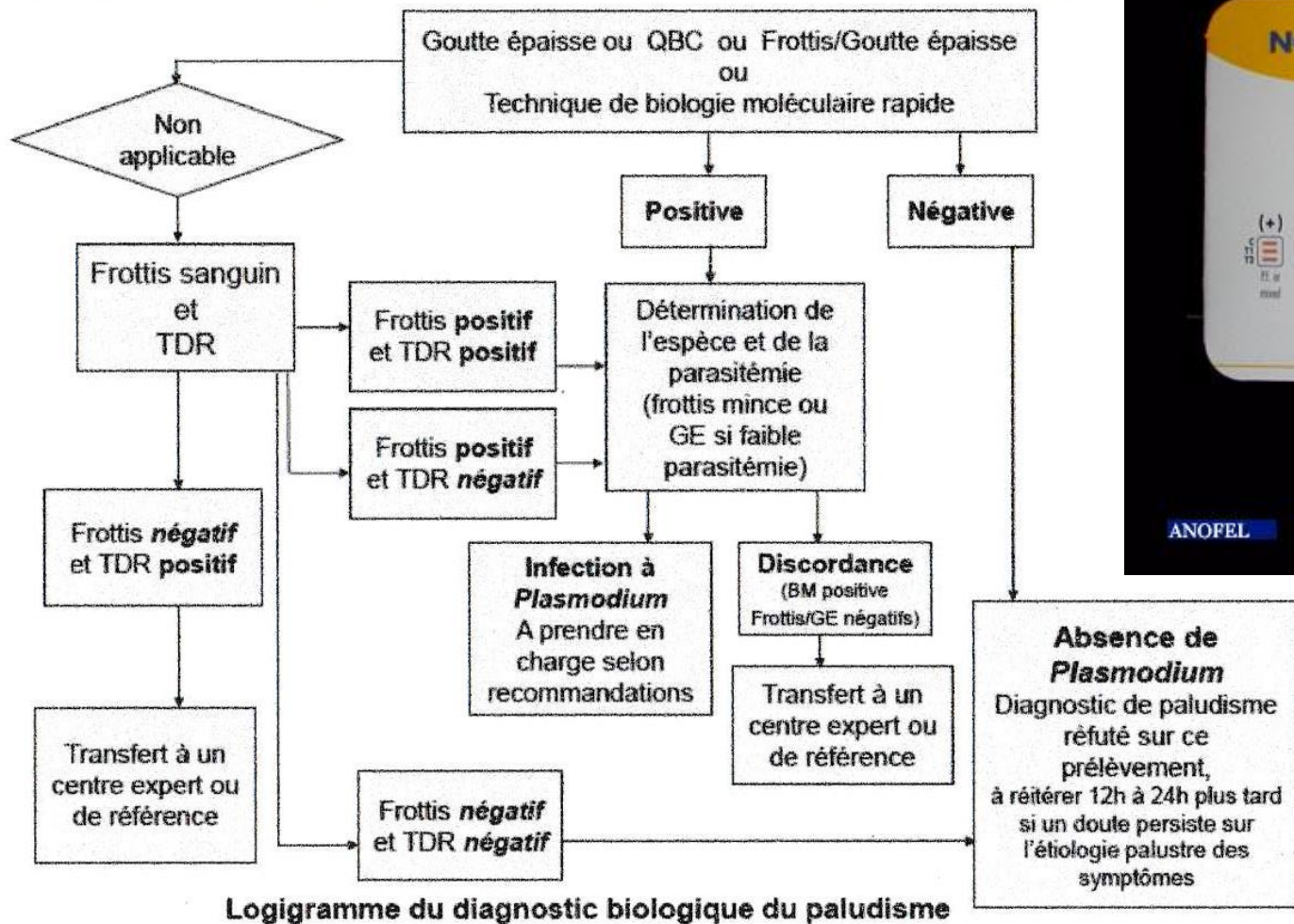
Question 1

- 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 dans l'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 *falciparum*, le TDR HRP2 est positif en période d'apyrexie

Question 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 dans l'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

Délais de rendu 2 heures



Question 2

- Concernant l'histoire naturelle des paludismes à *Plasmodium falciparum* et les mécanismes physiopathologiques qui les soutiennent, 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) Les fièvres bilieuses hémoglobinuriques sont généralement associées aux hyperparasitémies
 - e) Le paludisme viscéral évolutif ou splénomégalie palustre hyperréactive est associé à une production excessive d'IgM polyclonale

Question 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) Les fièvres bilieuses hémoglobinuriques sont généralement associées aux hyperparasitémies
 - e) Le paludisme viscéral évolutif ou splénomégalie palustre hyperréactive est associé à une production excessive d'IgM polyclonale

Question 3

- Le diagnostic de paludisme simple est retenu. Quelle(s) prise(s) en charge pourra(ont) être proposé(es) à cette patiente ?
 - a) Retour à domicile pour un traitement per os
 - b) Quinine IV sans dose de charge
 - c) Hospitalisation et traitement par atovaquone-proguanil
 - d) Hospitalisation et traitement par artémether-luméfantrine
 - e) Hospitalisation et traitement par dihydroartémisinine-pipéraquine puis primaquine

Question 3

- Le diagnostic de paludisme simple est retenu. Quelle(s) prise(s) en charge pourra(ont) être proposé(es) à cette patiente ?
 - a) Retour à domicile avec un traitement per os
 - b) Quinine IV sans dose de charge
 - c) Hospitalisation et traitement par atovaquone-proguanil
 - d) Hospitalisation et traitement par artémether-luméfantrine
 - e) 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 artésunate IV.

Question 4

- Quels sont, parmi les propositions suivantes, les signes de gravité d'un paludisme à *Plasmodium falciparum* ?
 - a) Plaquettes < 100 G/L
 - b) Score de Glasgow = 10
 - c) Ictère clinique
 - d) Lactatémie = 4,5 mmol/L
 - e) Natrémie < 120 mmol/L

Question 4

- Quels sont, parmi les propositions suivantes, les signes de gravité d'un paludisme à *Plasmodium falciparum* ?
 - a) Plaquettes < 100 G/L
 - b) Score de Glasgow = 10
 - c) Ictère clinique
 - d) Lactatémie = 4,5 mmol/L
 - e) Natrémie < 120 mmol/L

Question 5

- Quelles sont les propositions exactes pour l'artésunate IV et le paludisme grave ?
 - a) En l'absence d'artésunate immédiatement disponible dans l'établissement, un traitement par quinine IV avec dose de charge doit être immédiatement débuté
 - b) Il est strictement contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse
 - c) La posologie par kg de poids est identique dans toutes les tranches d'âge
 - d) Il n'est indiqué que si le paludisme grave est dû à *Plasmodium falciparum*
 - e) Le suivi parasitologique recommandé est J3, J7, J28

Question 5

- Quelles sont les propositions exactes pour l'artésunate IV ?
 - a) En l'absence d'artésunate immédiatement disponible dans l'établissement, un traitement par quinine IV avec dose de charge doit être immédiatement débuté
 - b) Il est strictement contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse
 - c) La posologie par kg de poids est identique dans toutes les tranches d'âge
 - d) Il n'est indiqué que si le paludisme grave est dû à *Plasmodium falciparum*
 - e) 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.

Question 6

- Quelles méthodes parmi les suivantes permettent le diagnostic de strongyloïdose ?
 - a) Mise en évidence des adultes dans les selles
 - b) Mise en évidence de larves dans les selles
 - c) Mise en évidence de larve dans le lavage bronchiolo-alvéolaire
 - d) Sérologie de la strongyloïdose
 - e) Technique de Baerman

Question 6

- Quelles méthodes parmi les suivantes permettent le diagnostic de strongyloïdose ?
 - a) Mise en évidence des adultes dans les selles
 - b) Mise en évidence de larves dans les selles
 - c) Mise en évidence de larve dans le lavage bronchiolo-alvéolaire
 - d) Sérologie de la strongyloïdose
 - e) Technique de Baermann

Question 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 loaose
 - 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 pas être utilisé chez l'enfant de moins de 5 ans

Question 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 loaose
 - 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 pas être utilisé chez l'enfant de moins de 5 ans

Trois mois plus tard, A. consulte pour une fièvre, rapportée au paludisme à *Plasmodium ovale*.

Question 8

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

Question 8

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