

**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 /mm<sup>3</sup>
- Thrombopénie à 64 000 /mm<sup>3</sup>
- CRP : 65 mg/L, cytolysse 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**

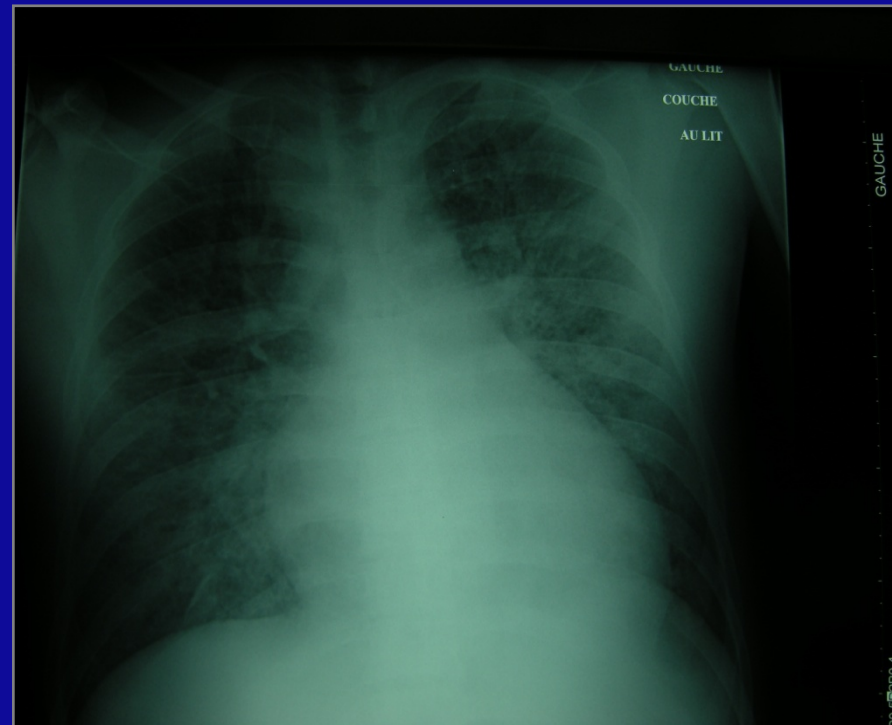
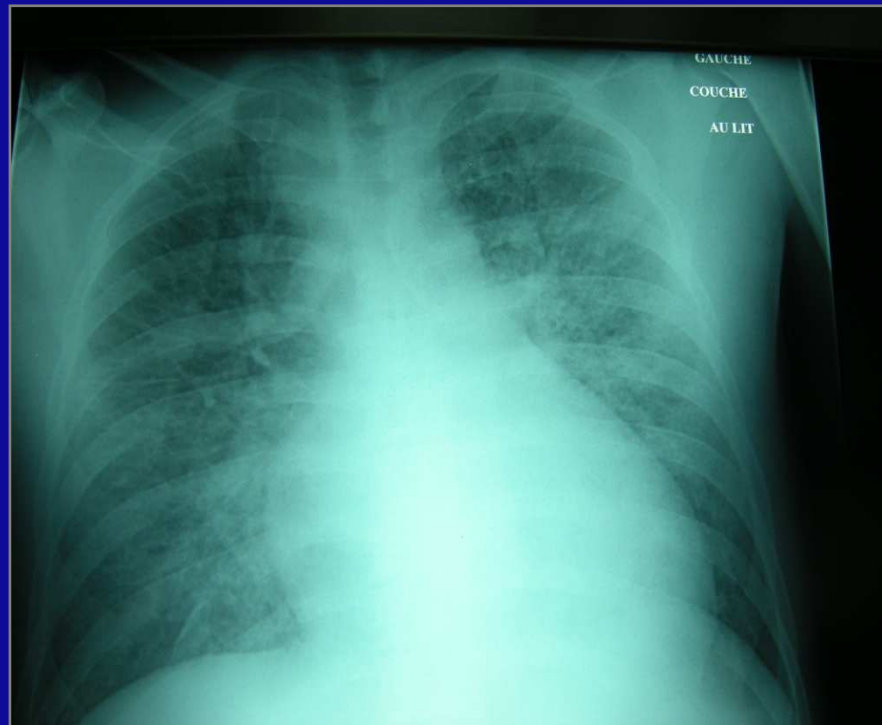
**4. Paludisme**

**5. Infection à EBV**

# Evolution initiale

- Initiation d'une antibiothérapie probabiliste par ciprofloxacinine 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



## FGE J7



**Parasitémie : 0.2 %**

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

- 1. Chloroquine**
- 2. Mefloquine**
- 3. Quinine parentérale**
- 4. Primaquine**
- 5. Atovaquone-proguanil**

**1. Chloroquine**

**2. Méfloquine**

**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 Iles 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.