

Fièvre au retour d'un voyage tropical

F. Chappuis, T. Farinelli,
L. Loutan, H. Stalder

Introduction

La fièvre est le symptôme cardinal de nombreuses infections au retour d'un voyage. C'est le deuxième motif de consultation (20%), après les diarrhées (69%) et avant les affections dermatologiques (11%). Des pathologies tropicales sont à évoquer également chez des patients ayant voyagé plusieurs années auparavant ou n'ayant pas voyagé (ex: malaria d'aéroport).

Approche clinique

Elle se fait en quatre étapes:

1. Ecarter les infections cosmopolites telles que grippe, infections O.R.L., pulmonaires, urinaires.
2. Exclure les pathologies aiguës et dangereuses qui doivent être traitées en urgence, soit:
 - paludisme
 - fièvre typhoïde
 - rickettsiose
 - abcès amibien du foie
 - méningite / méningo-encéphalite
 - trypanosomiase africaine (rare)
 - fièvre virale hémorragique (rare)
3. Diagnostiquer les pathologies rarement aiguës et dangereuses mais nécessitant un traitement spécifique, soit:
 - leishmaniose
 - maladie de Chagas
 - borreliose

- leptospirose
- brucellose
- schistosomiase (fièvre de Katayama)

4. Penser aux pathologies ne nécessitant pas de traitement spécifique, soit les viroses (hépatites, dengue et autres arboviroses).

Anamnèse

L'anamnèse doit comporter les questions suivantes:

- où? pays visité, escale(s), voyages(s) antérieur(s), ville ou campagne
- quand? durée du séjour, date de retour, saison
- qui? antécédents médicaux, voyage en groupe
- comment? alimentation, eau, logement, activités, baignade, animaux, insectes, contacts sexuels à risque, contacts avec des malades
- vaccins?
- médicaments? (prophylaxie antipalustre, antibiotiques)

Il faut tenir compte du *temps d'incubation* (voir tableau 1).

Clinique

A l'examen clinique, il faut particulièrement rechercher les signes suivants, contributifs au diagnostic différentiel:

- *rash cutané*: rougeole, arboviroses (dengue), rickettsioses, fièvre typhoïde, borreliose
- *conjonctivite*: leptospirose, rickettsioses, rougeole, arboviroses
- *adénopathies*: rubéole, toxoplasmose, CMV, SIDA, arboviroses, TBC, leishmaniose, trypanosomiase

Tableau 1. Temps d'incubation pour quelques maladies tropicales.

≤ de 7 jours	1-3 semaines	≥ de 3 semaines
arboviroses	paludisme	paludisme
dengue, fièvre jaune	typhoïde	schistosomiase
fièvres hémorragiques	amibiase hépatique	amibiase hépatique
méningite	fièvres hémorragiques	hépatites B, C
borreliose	rickettsioses	infection à HIV
shigellose	leptospirose	trypanosomiasis
trichinose	trypanosomiase africaine	rage
peste	toxoplasmose	tuberculose
diphthérie	infection à HIV	leishmaniose
dysenterie bactérienne	hépatite A	brucellose

Cette stratégie est également disponible sur le web:
<http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Pour tous renseignements, commentaires ou questions:
Hans.Stalder@hcuge.ch

- *hépatomégalie*: hépatite, amibiase, échinococcose, douves, leishmaniose, paludisme
- *splénomégalie*: paludisme, leishmaniose, fièvre typhoïde
- *signes neurologiques*: méningite, encéphalite, trypanosomiase, paludisme

Examens de laboratoire

Au niveau du *laboratoire*, le *bilan de base* pour chaque patient comporte:

- FSC
- CRP, bilirubine, phosphatase alcaline, ASAT, ALAT, créatinine
- recherche de paludisme: frottis sanguin, goutte épaisse
- sédiment urinaire

On y ajoutera les examens suivants selon résultats des examens et/ou selon suspicion clinique:

- examen de selles (leucocytes, parasites, culture)
- hémocultures
- sérologies virales et/ou bactériennes, dépistage HIV, VDRL
- sérologies parasitaires (dépistage helminthiases après séjour tropical ou sérologies individuelles)
- culture d'urines
- ponction lombaire si atteinte neurologique
- radiographie du thorax, ultrason abdominal

NB: en cas d'éosinophilie, il faut penser à la schistosomiase, aux douves, à la trichinose, aux filarioses, à la toxocarose, à l'anguillulose et au syndrome de Löffler.

Attitudes et traitement

Exclure fièvre virale hémorragique: Ebola, Marburg, Congo-Crimée, Lassa

A évoquer seulement en cas de:

- fièvre et hémorragies (épistaxis, rectorragies, hématomes)
- fièvre avec anamnèse de contact avec cas suspect ou prouvé
- fièvre de retour zone épidémique ou hautement endémique

Si suspicion: hospitalisation, isolement et prise en charge spécifique.

Recherche d'un paludisme

Rechercher systématiquement un paludisme, quelle que soit la symptomatologie accompagnant la fièvre.

Anamnèse

- Pays visité (80% des cas de paludisme diagnostiqués en Suisse viennent d'Afrique et parmi ceux-ci, environ 75% sont dus à des *P. falciparum*).
- Date de séjour: temps d'incubation d'au moins 1 semaine; 95% des accès palustres surviennent dans les 2 mois suivant le retour.
- Intensité de l'exposition aux moustiques (protection?, saison?).
- Prophylaxie antipalustre adéquate ou non?
- Traitement antibiotique en cours? (co-trimoxazole, tétracyclines, macrolides, fluoroquinolones, atovaquone ont une activité anti-paludéenne partielle).

Clinique

- Peu contributive, mime un état grippal avec fièvre, céphalées, frissons, sudations profuses, myalgies. Une prophylaxie antimalarique inadéquate, une splénomégalie, une anémie (<12 g/dl), une thrombopénie (<150 G/l) rendent le diagnostic de malaria plus probable.

Facteurs de risque

- âge (enfant, vieillard)
- grossesse
- splénectomie
- fièvre évoluant depuis plusieurs jours

Examens paracliniques

- Frottis, goutte épaisse, FSC, glycémie, Na, bilirubine, ALAT, créatinine, lactates (si autres signes de gravité), TP, sédiment urinaire

Signes de gravité: voir tableau 2.

Attitude

- Frottis négatif: à répéter 6 à 8 heures plus tard, en maintenant une surveillance clinique.
- Frottis positif et aucun signe de gravité (voir tableau 2): Traitement ambulatoire, et contrôle clinique et parasitémie à 24 heures.

Cave: si évolution de plusieurs jours, l'état clinique peut rapidement s'aggraver.

Traitement

- Paludisme à *P. vivax, ovale, malariae*: chloroquine (base): 600 mg po, puis 300 mg à 6, 24, 48 et 72 h.
 - Paludisme à *P. falciparum* non compliqué
 1. Artemether + lumefantrine (Riamet®): 4cp (en 1 prise) 2 fois par jour pendant 3 jours
Contre-indications: Q-T long (congénital, troubles électrolytiques, médicamenteux)
 - ou
 2. Atovaquone + proguanil (Malarone®): 4 cp (en 1 prise) par jour pendant 3 jours ou (2^e choix)
 3. Mefloquine (Lariam®) 500mg (2 cp) per os à 0, 8 et 16 h. (si poids <60 kg, 1 cp seulement à 16 h.)
Contre-indications: antécédent d'épilepsie, maladie psychiatrique, dépression.
- NB: Le Riamet et la Malarone doivent se prendre de préférence avec un repas ou 1 verre de lait (augmentation de l'absorption).

En cas de grossesse, il est préférable d'hospitaliser la patiente pour un traitement de quinine per os ou i.v.

En cas de signe de gravité (voir tableau 2): une hospitalisation d'urgence est indiquée pour un traitement par quinine i.v. (cf références).

Tableau 2. Signes de gravité du paludisme.

Atteinte cérébrale: somnolence, confusion, convulsions, déficits neurologiques, coma
Anémie hémolytique grave: Ht <20%, Hb <7 g/dl
Insuffisance rénale aiguë (sans amélioration après réhydratation): diurèse <400 ml/24 h, créatinine >265 µmol/l
Parasitémie >5%. Cave: parasitémie faussement basse en cas de traitement antipaludéen récent insuffisant ou de prise d'antibiotique (co-trimoxazole, tétracyclines, macrolides, fluoroquinolones, atovaquone)
Ictère: bilirubine totale >50 µmol/l
Œdème pulmonaire: (ARDS)
Hypoglycémie: <2,2 mmol/l
Hypotension, collapsus et choc
Hémorragies: gingivales, rétinienes, gastro-intestinales, nasales
Infections: consécutives ou associées: pneumonie, sepsis à Gram-négatif
Désordres électrolytiques ou acidobasiques (hyperlactatémie)
Hémoglobinurie
NB: La présence de vomissements n'est pas en soi un signe de gravité mais peut imposer le traitement par voie intraveineuse.

Pathologies à exclure

Fièvre typhoïde

Epidémiologie: Dans tous les pays, mais plus fréquente en Inde, Pérou, Égypte, Népal, Afrique du Nord (sauf Tunisie). L'efficacité de la vaccination par Vivotif est de l'ordre de 60 à 70%.

Clinique: Température en plateau, dissociation pouls-température, constipation ou diarrhée; toux; douleurs abdominales.

Examens paracliniques:

- FSC: leucocytes normaux ou abaissés
- Hémoculture (diagnostic): positive dans 75 à 95% des cas la 1^{ère} semaine puis dans 20 à 30% des cas jusqu'à la 3^e semaine d'évolution
- Culture de selles: positive dans 1/3 à 2/3 des cas entre la 2^e et 4^e semaine
- Sérologie inutile

Traitement: Ciprofloxacine 500 mg 2 × 1 cp/j pendant 10 jours, en attendant le résultat de l'hémoculture.

Abcès amibien

Epidémiologie: localisation hépatique dans 60% des cas, peut rarement compliquer une amibiase intestinale aiguë ou ancienne.

Clinique: douleur de l'hypochondre droit. Hépatomégalie. Cave: syndrome pleuro-pulmonaire d'accompagnement de la base droite existant dans 30% des cas.

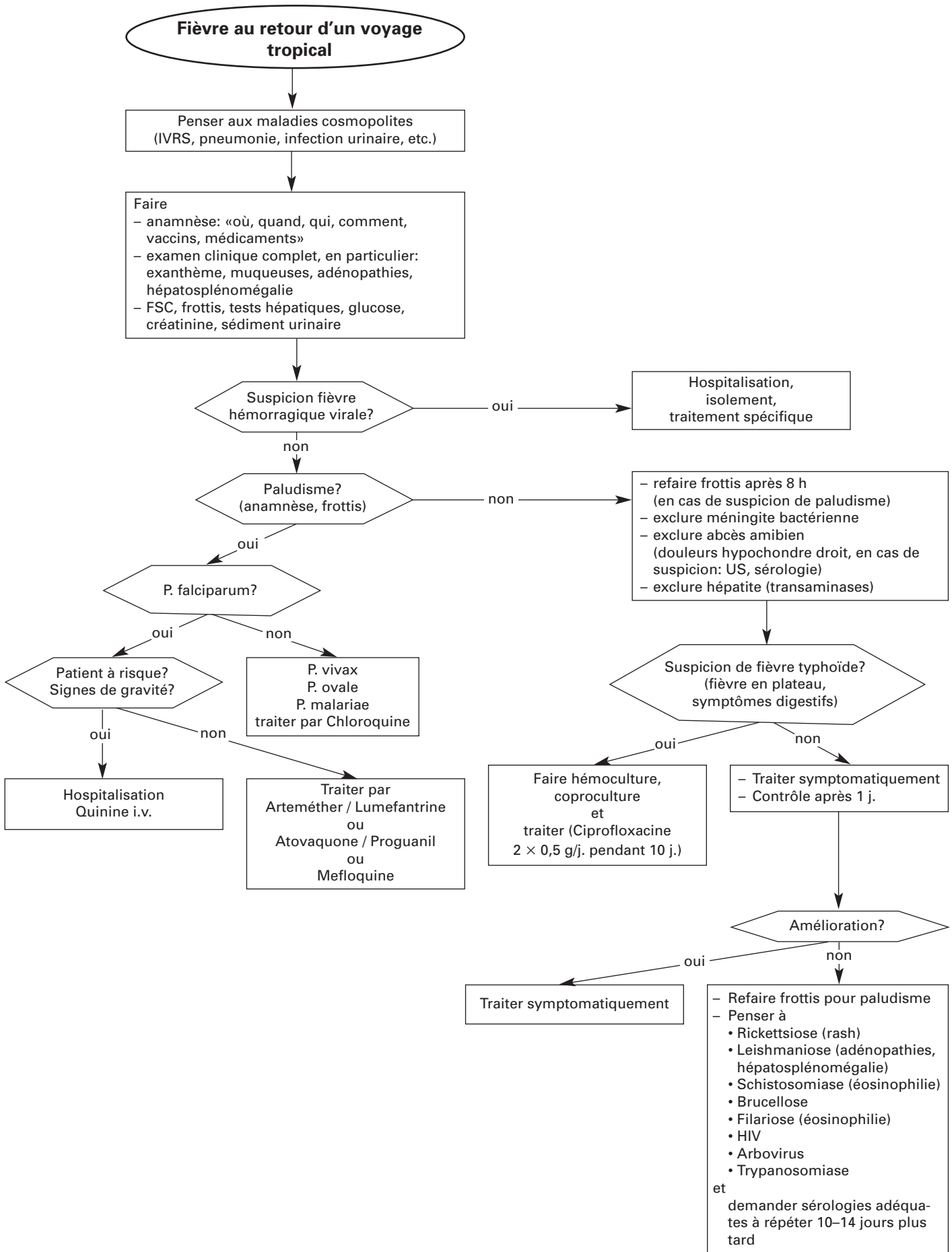
Examens paracliniques:

- Sérologie positive dans > 85 % des cas.
- US abdominal (et éventuellement CT scan): sensibles mais non spécifiques.

Traitement: Metronidazole 750 mg i.v. ou per os 3 × /j pendant 10 jours, suivi de paromomycine 3 × 500 mg/jour pendant 5 jours.

Poursuite des investigations

- Si *diarrhées*: examen de selles: recherche de parasites et/ou leucocytes et/ou sang.
- *Selon clinique*: sérologies après séjour tropical (Institut Tropical Bâle): trichinose, toxocarose, échinococcose, fasciolose, schistosomiase, filariose, anguillulose.



- Sérologies virales et bactériennes selon suspicion clinique.
- *Prélever et garder un sérum en vue de sérologies supplémentaires si nécessaire.*
- *Répéter sérologie 10-15 j plus tard, à but diagnostic (rickettsiose, leptospirose, brucellose, schistosomiase, dengue, arboviroses).*

Suivi clinique

Rendez-vous le lendemain dans tous les cas.

Les trois points les plus importants à retenir

Les maladies cosmopolites sont les plus fréquentes, mais il faut toujours exclure une malaria.

80% des malarias se trouvent chez des voyageurs revenant d'Afrique et parmi eux 75% ont une infection à *P. falciparum*.

En cas de premier résultat négatif, il faut répéter le frottis à la recherche de *Plasmodium* après 8 heures.

Références

- 1 Loutan L. Fièvre au retour d'un voyage tropical. Méd et Hyg 1999;57:1144-50.
- 2 Steffen R, Rickenbach M, Wilhelm U, et al. Health problems after travel to developing countries. J Infect Dis 1987;156: 84-91.
- 3 Strickland TG. Fever in travelers. In: Hunter's Tropical Medicine. Saunders Publ., Philadelphia, 2000;1049-57.
- 4 Loutan L, Raeber PA, Salomon D. Dermatoses au retour d'un voyage. Méd et Hyg 1995;53:1174-81.
- 5 Humar A, Keystone J. Evaluating fever in travellers returning from tropical countries. BMJ 1996;312: 953-56.
- 6 Restellini A, Malé PJ, Unger PF. Urgences Médicales. Editions Médecine & Hygiène, Genève 1997.
- 7 World Health Organisation. Severe falciparum malaria. Trans Roy Soc Trop Hyg 2000;94 (suppl 1).

Date de la première édition: 25 avril 1997 par T. Farinelli et L. Loutan

Date des mises à jour: 19 janvier 2001 par F. Chappuis, T. Farinelli, L. Loutan et H. Stalder; 6 septembre 2002 par F. Chappuis, L. Loutan et Stalder