



Editorial

VERS UN MEILLEUR USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Fièvre au retour du soleil tropical ?

Si ce début d'automne ressemble plutôt à un été indien, peu propice aux infections saisonnières, il marque la rentrée des vacanciers de tous horizons et notamment ceux des pays tropicaux. Nous avons tous appris durant nos études médicales que « toute fièvre chez un malade de retour d'un voyage de zone tropicale est un paludisme jusqu'à preuve du contraire », étant donnée l'urgence diagnostique et thérapeutique : en effet le paludisme peut tuer (cf article du Pr May). C'est dire l'importance des

mesures prophylactiques qui rappellent, ne sont pas efficaces à 100%, si bien que le diagnostic de paludisme ne saurait être écarté sur la seule notion que le voyageur a bien pris son traitement préventif.

Cependant, il existe d'autres infections associées ou non au paludisme responsables de fièvre au retour d'un voyage en zone tropical et il faut savoir y penser au même titre que le paludisme, surtout lorsque la fièvre persiste malgré le trai-

tement du paludisme, avec ou non une diarrhée, des douleurs musculaires, des céphalées... autant de symptômes qui ne sont pas spécifiques : fièvre typhoïde, diarrhée bactérienne, arbovirose (dont la dengue et le Chikungunya), hépatite virale, bilharziose, primo-infection à VIH... la liste n'est pas exhaustive.

Comme dans les lettres précédentes, des cas cliniques ci-dessous vous sont soumis. Vous trouverez les réponses sur le site antibiolor.

Docteur T. Doco-Lecompte.

AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro d'astreinte téléphonique destiné aux professionnels de santé de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne 5 jours par semaine de 8h30 à 19h30 hors jours fériés depuis le 3 mai.

Un seul numéro d'appel
03 83 76 44 89

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin d'astreinte, bénévole pour cette fonction.

Le Réseau

T. Doco-Lecompte, d'après E Caumes BEH 24-25/2005

Souvenirs de voyages

Si le paludisme doit rester le diagnostic que chacun d'entre nous doit évoquer prioritairement devant toute fièvre au retour des tropiques, ce n'est pas la seule pathologie ramenée dans les bagages, même si c'est potentiellement la plus grave. On est étonné d'apprendre que si plus de 8 millions de français voyagent chaque année vers les tropiques, c'est environ la moitié d'entre eux qui présente un problème de santé au cours ou décours du voyage.

Les chiffres sont basés sur des enquêtes par questionnaires auprès des voyageurs qui ont un taux de réponse élevé variant autour de 75%. Des diverses études (peu nombreuses il est vrai) publiées à ce sujet, le professeur E. Caumes en a tiré un tableau (cf ci-dessous), rapportant le nombre de voyageurs dans différents pays, les destinations et les différentes pathologies rapportées de ces voyages. Les enquêtes sont différentes les unes des autres du fait du mode de sélection des voyageurs (aéroports, centres de

vaccination), des pays d'origine et du champ des pathologies étudiées si bien que l'interprétation des données est difficile à faire pour évaluer la morbidité liée aux voyages.

Si les études les plus anciennes rapportent que 15 à 45% de voyageurs ont présenté un problème de santé au cours de leur voyage, les études plus récentes publiées en 2000 et 2002 montrent un taux en augmentation de 64 et 70% respectivement.

La diarrhée du voyageur est en tête des pathologies (près de 50% des maladies en cours de voyage, suivie des infections de l'appareil respiratoire (sphère ORL en particulier), des problèmes cutanés infectieux ou non, et de la fièvre. Liée au nouvelles destinations sont décrites dans les études plus récentes le mal des transports et surtout le mal d'altitude.

Les facteurs de risque des maladies liées au voyage sont le jeune âge, le sexe féminin, le non respect

des précautions vaccinales, le non respect des règles d'hygiène, certaines destinations (dont le sous continent indien), la durée prolongée du voyage et le voyage individuel.

Les mêmes maladies semblent être le motif de consultation au retour d'un voyage, d'après une étude publiée par l'équipe du Pr E. Caumes sur 622 patientes revenant des tropiques, avec une inversion des pathologies rencontrées (plus de dermatoses, 23% des pathologies, que de diarrhée, 19%).

En ce qui concerne la mortalité, le risque de décès au cours d'un voyage est estimé à 1/100000 voyageurs et par mois de séjour lorsque le but est non humanitaire et de 1/10000 lors des voyages humanitaires.

Les causes de décès en 1975 et 1984 sont d'origine cardiovasculaire (49%), liées à un accident de la voie publique (7%), à d'autres accident (12%), ou à

une noyade (4%) dans une étude américaine. Dans des cas le décès était d'origine inconnue et les infections ne représentaient que 1% de causes des décès. Une étude plus récente de 1995 corrobore ces données, mais montre aussi que la part des homicides a tendance à augmenter (8%).

Ainsi voyager n'est pas sans risque même si la plupart des pathologies liées au voyage sont bénignes. La consultation du voyageur dans le cadre d'une vaccination, ou lors de la délivrance des antipaludéens doit donc comprendre non seulement les messages de prévention de l'infection mais également l'information des voyageurs sur les autres risques liés au voyage. Cette consultation fait partie de la préparation au voyage et a tendance à être un peu occultée d'autant que la possibilité par internet d'obtenir des voyages à prix bas, (voyages de « dernière » minute) laisse peu de temps aux voyageurs de bien se préparer.

MORBIDITÉ EN VOYAGE, EN POURCENTAGE DE L'ENSEMBLE DES VOYAGEURS 1971/2002

Année	1971	1980	1983	1987	1994	2000	2002
Lieu d'enquête	Etats-Unis Aéroports	Ecosse Aéroports	Finlande Aéroport	Suisse Aéroports	Suède Travel Clinic	Etats-Unis Travel Clinic	Israël Travel Clinic
Nbre de voyageurs	26 119	2 211	2 665	7 886	442	784	200
Lieu de séjour	International	International	International	Pays en développement	International	Pays en développement	International
Pblèmes de santé	5 644 (21 %)	874 (39 %)	868 (33 %)	1 209 (15 %)	218 (49 %)	501 (64 %)	140 (70 %)
Diarrhée	3 813 (14 %)	766* (34 %)	480 (18%)	674 (8 %)	158 (36 %)	358 (46 %)	86 (43 %)
Pblèmes respiratoires	1 749 ^a (7 %)	141** (6 %)	267 ^a (10 %)	171 ^b (2 %)	93 ^a (21 %)	204 ^a (26 %)	50 (25 %)
Pblèmes dermatologiques	--	--	--	97 (1 %)	7 (2 %)**	63 (8 %)	16 (8%)
Fièvre	--	--	--	152 (2 %)	--	21 (3 %)	--
Dermatoses solaires	--	--	267 (10 %)	--	--	--	--
Piqûres d'insectes	--	--	80 (3 %)	--	55 (12 %)	--	--
MST	--	--	187 (7 %)	58 (1 %)	--	--	--

* maladies à transmission alimentaire

** maladies à transmission respiratoire

*** infections cutanées

^a infections ORL

^b rhume

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiotologie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2006

A glisser dans une enveloppe accompagné de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiotologie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2006

Montant : (cocher)

- 600 € pour les CHU/CHR
 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques
 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
 300 € pour les Associations professionnelles
 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

ANTIBIOLOR

Mlle C. Barthélemy

Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses

Tour Drouet 9 - Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan

54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY



ANTIBIOLOR
LE RÉSEAU LORRAIN D'ANTIBIOLOGIE



Le paludisme d'importation en France

(Th. May d'après le BEH, 2006, n° 32)

Le paludisme demeure une priorité sanitaire mondiale. Plus de deux milliards de personnes sont exposées à cette maladie et plus de deux millions en meurent chaque année, surtout des enfants.

L'accroissement considérable de la circulation des personnes en fait une menace importante non seulement pour les populations dans les pays d'endémie mais aussi pour tous les voyageurs, touristes, travailleurs et autres migrants. La France demeure le pays européen qui recense le plus de cas de paludisme d'importation (environ 6500 à 7000 cas/an) par rapport aux autres pays de démographie comparable.

Les personnes présentant ces accès constituent une population jeune (30 ans en moyenne), majoritairement de sexe masculin. Ces patients sont pour une part importante (70 %) originaires d'un pays endémique, en majorité africains, le plus souvent déjà installés en France et contractant la maladie à

l'occasion d'un retour temporaire au pays.

Les pays à l'origine des contaminations sont par ordre de fréquence décroissante : Côte d'Ivoire (18 %), Cameroun (15 %), Sénégal (11 %), Comores et Mayotte (10 %), Congo, Guinée, Madagascar, Togo et Guyane Française. La Guyane comporte un risque 280 fois plus élevé que le Brésil, les Comores trois fois plus que Madagascar. Les espèces incriminées sont Plasmodium falciparum (80 %), Plasmodium ovale (6 %), Plasmodium vivax (5 %). Le délai d'apparition des symptômes (fièvre, frissons, sueurs, troubles digestifs, céphalées...) et de diagnostic par rapport au retour en France sont respectivement de 5 à 10 jours. Les accès graves représentent près de 5 % des cas. La létalité est de l'ordre d'une vingtaine de décès par an en France. Quarante pour cent des patients alléguaient d'une prise de chimioprophylaxie mais 11 % seulement d'entre eux la suivaient régulièrement.

Il convient donc de rappeler que **toute fièvre au retour des tropiques doit être considérée comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire** et de sensibiliser les voyageurs en ce sens. L'arrêt prématuré des chimioprophylaxies au retour représente la principale cause de survenue des accès palustres et seuls 20 % d'entre eux avaient utilisé des répulsifs cutanés.

Par ailleurs, il n'est plus mis actuellement de différence de fréquence de chloroquinorésistance selon les zones et les pays d'Afrique. L'augmentation constatée depuis 2003 de la proposition de souches résistantes à la Chloroquine et au Proguanil (SAVARINE®) a conduit au classement en zone 3 de sept pays côtiers de l'Afrique de l'Ouest (DOXYPALU®). Cette augmentation inquiétante va conduire à un abandon progressif de cette association au profit de la Méfloquine (LARIAM®), de l'Atovaquone-proguanil (MALARONE®) ou de la Doxycycline.

MESURES PREVENTIVES CONTRE LE PALUDISME

1 – Protection contre le paludisme

- Moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Insecticides d'utilisation domestiques (bombes, tortillons, tablettes)
- Répulsifs cutanés (lotion, aérosol, crème)

2 – Protection médicamenteuse : chimioprophylaxie

ZONE 1

Chloroquine (NIVAQUINE®) 100 mg/j

ZONE 2

Chloroquine + proguanil (SAVARINE®) 1 cp/j pendant le séjour puis 4 semaines après le retour.

ZONE 3

Atovaquone-proguanil (MALARONE®) 1 cp/j pendant le séjour puis 1 semaine après le retour
Méfloquine (LARIAM®) 1 cp/semaine 10 jours avant le séjour, pendant le séjour, 3 semaines après le retour
Doxycycline (DOXYPALU®) 1 cp/j pendant le séjour puis 4 semaines après le retour.

Pays pour lesquels une chimioprophylaxie antipaludéenne est indiquée et répartition des zones de chimiorésistance de Plasmodium falciparum (d'après BEH, 2006, 23-24)

Pays de groupe 1

Argentine (Nord) – Belize – Bolivie (hors Amazonie) – Chine (Nord Est) – Costa Rica – Equateur (hors Amazonie) – Guatemala – Haïti – Honduras – Iran (hors Sud Est) – Iraq – Mexique – Nicaragua – Panama (Ouest) – Paraguay (Est) – Pérou (hors Amazonie) – République Dominicaine – El Salvador – Venezuela (hors Amazonie)

Pays de groupe 2

Burkina Faso – Colombie (hors Amazonie) – Inde (hors Etat d'Assam) – Madagascar – Mali – Mauritanie – Népal (Teraï) – Niger – Salomon (Iles) – Sri Lanka – Tadjikistan – Tchad – Vanuatu

Pays de groupe 3

Afghanistan – Afrique du Sud – Angola – Arabie Saoudite – Bangladesh – Bénin – Bhoutan – Bolivie (Amazonie) – Botswana – Brésil (Amazonie) – Burundi – Cambodge – Cameroun – Chine (Yunnan et Hainan) – Colombie (Amazonie) – Comores – Congo – Côte d'Ivoire – Djibouti – Equateur (Amazonie) – Erythrée – Ethiopie – Gabon – Gambie – Ghana – Guinée – Guinée Bissau – Guinée Equatoriale – Guyana – Guyane Française (fleuves) – Inde (Etat d'Assam) – Indonésie (en dehors de Bali) – Iran (Sud Est) – Kenya – Laos – Libéria – Malaisie – Malawi – Mayotte (collectivité départementale) – Mozambique – Myanmar (ex-Birmanie) – Namibie – Nigéria – Ouganda – Pakistan – Panama Est – Papouasie Nouvelle Guinée – Pérou (Amazonie) – Philippines – République centrafricaine – République démocratique du Congo (ex-Zaïre) – Rwanda – Sao Tomé et Principe – Sénégal – Sierra Leone – Somalie – Soudan – Surinam – Swaziland – Tanzanie – Thaïlande (régions frontalières avec le Cambodge, Laos, Myanmar et Malaisie) – Timor Oriental – Togo – Venezuela (Amazonie) – Vietnam (hors bande côtière et deltas) – Yémen – Zambie – Zimbabwe

Cas clinique

Cas n°1

Une jeune fille de 22 ans vous consulte pour diarrhée fébrile. Elle revient d'un voyage touristique au Sénégal de 3 semaines où elle séjournait dans une villa louée avec des amis. La prophylaxie antipalustre a été régulièrement suivie par la MALARONE en dehors d'un oubli de 2 jours durant le séjour. Depuis le retour, elle se plaint d'une diarrhée d'aggravation progressive, avec fièvre, et céphalées. Elle signale en même temps une toux sans expectoration. A l'examen, la température est à 40°C, le pouls est à 90/mn, la TA est à 100/50. La conscience est normale, l'abdomen est souple et non douloureux, il n'y a pas de splénomégalie, le reste de l'examen clinique ne trouve rien de particulier, notamment l'auscultation pulmonaire.

Question 1 :

Quels examens demandez-vous ?

Question 2 :

Le frottis sanguin et la goutte épaisse sont négatifs.

La NFS montre :

- Hb = 11 g/dL (VGM : 85 µ3)

- GB : 3000/mm3; PNN : 1000/mm3; lymphocytes :

1500 /mm3

- Plaquettes = 172 000/mm3

Coproculture : absence de germe pathogène

Examen parasitologique des selles : « quelques kystes de Giardia intestinalis »

Protéine C réactive : 157,9 mg/L

Eliminez-vous le paludisme sur ces résultats ?

Question 3 :

Vous revoyez la patiente 24 heures plus tard, la diarrhée persiste et la température reste élevée à 39° et 40°C. Vous instituez un traitement par métronidazole per os pour la giardiase, mais 24 heures plus tard, l'examen clinique reste inchangé en dehors d'une éruption au niveau de l'abdomen faite de quelques éléments maculeux pâles, non prurigineux ni douloureux.

Vous prescrivez un nouveau bilan qui montre :

Hb = 10,3 g/dL (VGM = 81 µ3

GB = 2160/mm3; PNN : 900/mm3;

lympho = 1000 /mm3)

Plaquettes = 81 000/mm3

Protéine C réactive : 2523 mg/L

Bilan hépatique:

ALAT: 2N

ASAT: 2N

GGT: 3N

Bilirubine totale: 5 mg/L

Ce tableau vous suggère-t-il un diagnostic ?

Lequel ?

Question 4 :

Comment en faites-vous le diagnostic ?

Question 5 :

Conduite à tenir ?

Cas n°2

Un homme de 35 ans vous consulte pour une fièvre avec douleurs musculaires et articulaires survenues 5 jours après un séjour de 15 jours en Centrafrique. Il est originaire de Centrafrique, en France depuis l'âge de 17 ans.

Dans ses antécédents on note une HTA traitée et une hépatite B chronique non active

A l'examen la température est à 38°5C, le pouls à 90/mn, la TA à 100/65 mmHg. Le patient vous apparaît en bon état général, bien que fatigué. L'examen de l'appareil locomoteur ne trouve rien de particulier, l'abdomen est souple, il n'y a pas de splénomégalie, ni d'hépatomégalie.

Question 1 :

Quels examens complémentaires demandez vous et dans quel délai ?

Le laboratoire vous répond que le frottis sanguin et la goutte épaisse sont positifs. La NFS montre : GB : 5500 /mm3, (Polynucléaires neutrophiles : 2200/ mm3, Lymphocytes : 1990/ mm3), hémoglobine : 13,2 g/dl, plaquettes : 78 G/l.

Les transaminases sont à 2 fois la normale, les phosphatases alcalines et la bilirubine sont normales. La Protéine C réactive est à 148 mg/l, les CPK sont normales, ainsi que la créatinine (102 mmol/l)

Question 2 :

Quels sont les éléments manquants dans ces résultats ?

Question 3 :

Faut-il faire obligatoirement le frottis et la goutte épaisse ?

Question 4 :

quels sont les critères de gravité du paludisme selon l'OMS (2000) ?

Question 5 :

Quels sont les critères d'hospitalisation d'un paludisme ?

Le patient est hospitalisé et un traitement par Quinine IV est mis en route. L'état général s'améliore mais la fièvre et les douleurs musculaires persistent après 48 heures de traitement.

Question 6 :

Quelles hypothèses diagnostiques ?

Et quels autres examens ?

Validez vos réponses sur le site internet

www.antibiolor.org



Adhères à AntibioLor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.



Directeur de la publication : Thierry May
Conception graphique et maquette : Agence MédiaCom
Impression : Lorraine graphic
Ce numéro a été tiré à 5 200 exemplaires



Je soussigné(e)
M - Mme - Mlle
(rayer la mention inutile)

NOM..... Prénom.....

Fonction..... Spécialité.....

Adresse prof.

N° de téléphone E-mail

NOM de l'Etablissement ou de l'Association

ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association

.....

par Chèque bancaire par Chèque postal Virement bancaire

RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28

Banque Ville ou centre.....

N° du chèque Libellé au nom de «Association AntibioLor»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation

oui non

Date Signature

Le cas échéant
représentant :

Je règle ma
cotisation :