

## **Fièvre au retour des tropiques**

Prof. François Chappuis

### **Cas clinique d'un voyageur de retour de l'île Maurice** (est de Madagascar et Réunion)

Homme de 61 ans, en BSH, à l'île Maurice du 24.03 au 7.04...Symptômes sur place : fièvre, myalgies, arthralgies, céphalées. Consulte aux HUG le 11.04 (J0), soit 4 jours après le retour.

Expositions: Baignades marines, marche pieds nus, piqûres moustiques, crudités, eau robinet, poulet mal cuit, chats. Aucun bain en eau douce, ni rapport sexuel à risque.

Examen clinique initial:

- 40 °C, TA normale, FC = 66/min (dissociation sphygmo-thermique inattendue).
- FR normale, auscultation cardio-pulmonaire RAS. Abdomen souple, pas d'hépatosplénomégalie palpable. loges rénales souples et indolores
- Neurologique : vigilance OK, réflexes un peu ralentis. Pas de raideur méningée.

Biologie (J0): Hb normale, Leucopénie : 3.3 G/L, Thrombopénie : 78 G/L, CRP et ASAT/ALAT modérément ↑, BU : hématurie microscopique, Frottis palustres & test rapide dengue négatifs, Hémocultures prélevées.

### **Raisonnement initial**

**Mantra 1** : "il faut penser aux maladies qui mettent la vie en danger immédiat" → malaria et mélioïdose sont les 1ères cause de mortalité en retour de voyage. Cette dernière est improbable dans ce cas.

**Mantra 2** : "Toute fièvre de retour des tropiques est un paludisme jusqu'à preuve du contraire". → Paludisme exclu (pas endémique à Maurice, tests négatifs).

Diagnostiques différentiels : **Chikungunya** (épidémie à la Réunion, cas à Maurice) ou **fièvre entérique** (eau + aliment douteux, salmonellose systémique) >>> Dengue (malgré test négatif), Leptospirose, Endocardite, rickettsiose.

Chikungunya exclu (sérologie -) → traitement fièvre entérique : azithromycine 1g/j PO + suivi

**J3 – J7 : absence d'amélioration:** Fièvre persistante (→41 °C), asthénie majeure, CRP & transaminases ↑, plaquettes ↓, → Hospitalisation et switch ATB (ceftriaxone).

CT thoraco-abdo à J6: Hépatopathie chronique avec HT portale et varices oesophagiennes (sur OH probablement), Splénomégalie importante à 18cm.

Triade fièvre + splénomégalie + cytopénie → la Leishmaniose viscérale entre dans le diagnostic différentiel, en raison de: pancytopenie vraie (anémie après réhydratation) et splénomégalie.

Cependant, pas de leishmaniose à l'île Maurice...?

Le patient a passé 3 nuits en Mars dans une ferme à Livourne (Italie) → zone d'endémie à *L. infantum*.

Confirmation diagnostique: PCR sang (HUG) +, confirmée à Bâle (STPH) plus tard, PCR typage non concluante (faible sensibilité), probablement *L. infantum*. Sérologie IFAT fortement positive. L'échantillon de la ponction de moelle est trop abîmé pour l'analyse.

**Traitement:** Ambisome (amphotéricine B liposomale) 3 mg/kg/j pendant 7 jours.

Bonne tolérance. Insuffisance rénale mineure sans arrêt de traitement. Convalescence à l'Hôpital de La Tour. Suivi le 12.06: asymptomatique, biologie quasi normale, PCR sang neg.

**Mantra 3** : "La fièvre n'a parfois aucun rapport avec le voyage le plus récent".

### **Leishmaniose viscérale (Kala-azar)**

Fait partie de la liste des maladies tropicales négligées de l'OMS → force la génération d'objectifs de santé publique et le financement pour le contrôle épidémique et la recherche.

- Agent infectieux: Protozoaire intra-macrophagique, famille *Leishmania*, > 20 espèces.
- Vecteurs: Phlébotomes (sand flies) : *Phlebotomus* spp = *Lutzomyia* spp (amériques)

Formes cliniques: varient en fonction de l'espèce de *leishmania* et de l'immunité de l'hôte → Cutanée (ulcères), muqueuse, viscérale (kala-azar), PKDL: post kala-azar dermal leishmaniasis, fréquent en Afrique de l'est et dans le sous continent indien.

Kala-azar: "maladie noire" en hindi → fait foncer la peau dans 10-15% des cas

- *L. infantum*: zoonose, chien réservoir, pourtour méditerranéen, Amérique latine
- *L. donovani*: anthroponose, Afrique Est + sous-continent indien, virulence ++

Épidémiologie: 50–90'000 cas/an.

- >95% des cas : Brésil, Ethiopie, Kenya, Soudan nord et sud, Somalie, Inde
- Europe : foyers méditerranéens classiques, expansion nord attendue dans le futur.
- Ratio asympto/sympto: *L. infantum* : 100:1. *L. donovani* : 4–8:1.

Leishmaniose viscérale peut toucher un adulte sans comorbidités notables! problème fréquent lors de migration d'une zone non-endémique à une zone endémique, mortel à terme! Complications: surinfections bactériennes secondaires, troubles hémorragiques

Clinique

- **Triade : fièvre prolongée >2-3 sem + splénomégalie ± pancytopénie.**
- Autres : anorexie, asthénie, céphalées, douleurs abdo, épistaxis, cachexie, adénopathies, hépatomégalie

Diagnostic biologique

- Hémato-bio : pancytopénie (bi ou uni possible aussi), syndrome inflammatoire.
- Hypergammaglobulinémie polyclonale
- Parasitologie: amastigotes (ganglion, moelle, rate → du - sensible au + risqué)  
→ geste interdit chez nous, mais sûr si bien effectué: ponction de rate à l'aiguille fine
- Sérologie : DAT sang/sérum: complexe/long → test rapide: rK39, plus sensible en Asie du Sud (97%) qu'en Afrique de l'est (85%)
- PCR : sang ou tissus (haut rendement).

Traitement: Ambisome = 1<sup>er</sup> ligne Europe, Amérique Latine, Asie Sud.

Schéma Europe : 3–4 mg/kg/j jusqu'à 40 mg/kg.

- Alternatives : paromomycine ± miltéfosine ou Sb pentavalents, (testé par [DNDi](#))
- Suivi post-thérapeutique: Contrôle clinique et biologique, Moelle (si + init.) à 1 mois, Visites J90 & J180. Risque de rechute tardive.
- Traiter co-morbidités: surinfections, anémie, déshydratation, malnutrition, paludisme...

Suivi post-traitement:

- Clinique: clairance fièvre, amélioration état général, diminution de la splénomégalie
- Bio: correction des cytopénies et de la CRP
- Ponction de moelle à 1 mois si initialement positive
- Suivi à 3 et 6 mois, rechutes possibles > 6 mois

En cas d'immunodépression:

VIH : présentation parfois atypique, rechutes > 60 %, sérologie peu fiable, mais parasitologie est améliorée. Un traitement renforcé/multiple peut être nécessaire.

Les antirétroviraux peuvent servir de prévention à la Leishmaniose, mais si VIH+ et LV + sans aucun traitement, il devient très difficile de résoudre la LV. Un traitement au long court est alors mis en place pour éviter les rechutes, qui peuvent toutefois survenir.

### **Aparté : rougeole importée**

- Femme 21 ans, Thaïlande (avril-mai), 2 doses ROR.
- Symptômes : fièvre, asthénie, odynophagie, rash visage et tronc, adénopathies.
- Test rapide dengue IgM + (faux + probable).
- Sérologie et PCR rougeole : positives.
- Mesures : contact-tracing 210 personnes, pas de cas secondaire. → flambées Europe/Canada/USA

**Mantra 4** : penser maladie cosmopolite (rougeole) même chez vaccinés

### **Points clés à retenir**

- Diagnostic : PCR sang > moelle ; rK39 utile.
- Traitement : Ambisome 3–4 mg/kg/j → 40 mg/kg.
- VIH : rechutes ++, prophylaxie secondaire recommandée.
- Rougeole : contagieuse même vacciné, contact-tracing essentiel.
- Anamnèse chronologique des voyages = cruciale.
- Changement climatique : expansion vecteurs (phlébotomes, moustique tigre).
- Urgences humanitaires = foyers explosifs kala-azar.
- Éthique : déclaration, isolement, vaccination rattrapage (rougeole).
- Importance de l'anamnèse fine + outils moléculaires (PCR).



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)