

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 8 avril 2014

Deuxième heure:

La Suisse pays tropical? Quand penser à des maladies infectieuses tropicales?

Oratrice: Dr N Wagner, Dr K Posfay-Barbe (HUG Genève)

Maladies tropicales en Suisse: le phénomène est lié au réchauffement climatique et au phénomène de migration.

Une maladie exotique peut être acquise longtemps avant l'arrivée en Suisse: par exemple maladie de Chagas

Cette maladie a été décrite par Chagas il y a plus de 100 ans. Elle est liée à un protozoaire flagellé, *Trypanosoma cruzii*. Le vecteur est une punaise sud américaine, le triatome hématophage. En zone endémique, la transmission se fait par voie muco cutanée, le parasite étant transmis par les déjections de la punaise lors de son repas. Il y a un risque de transmission placentaire ou transfusionnelle.

Après passage mucocutané, le germe passe dans le sang et colonise les tissus.

Dans le monde, il y a 8 millions de personnes atteintes, 12500 décès; en dehors de l'Amérique du Sud (Bolivie en particulier), les pays de Nord Amérique, d'Europe et Australie sont aussi concernés, liés à l'émigration de personnes atteintes.

Il y a deux phases de maladie:

- une phase aiguë, rare, avec fièvre, encéphalite, myocardite, œdème palpébral (signe de Romanas) lors de l'entrée par la muqueuse oculaire.

Phase chronique: phase souvent asymptomatique (70 à 80%)

Lorsqu'elle est symptomatique (30%), il y a risque de décès lors d'atteinte viscérale. C'est une cause de cardiomyopathie, première cause de décès d'origine cardiaque entre 30 et 50 ans en zone d'endémie (cardiomyopathie fibrosante).

Les atteintes digestives se traduisent par dysautonomie, méga œsophage ou mégacôlon.

La phase aiguë dure quelques semaines, la parasitémie est élevée; puis en phase chronique, la parasitémie est quasi indétectable. Les sérologies sont disponibles, ainsi que des tests rapides en phase chronique.

Le traitement est le benznadazole ou le nifurtimox: l'efficacité est bonne, la tolérance au traitement est bonne chez l'enfant et nécessite quelques précautions chez l'adulte.

Lors de grossesse il y a un risque de transmission congénitale d'environ 5%; 60 à 90% des nouveaux nés sont asymptomatiques, il peut y avoir dyspnée, retard de croissance intra utérin.

A la maternité de Genève, les femmes latino américaines sont dépistées par sérologie pendant la grossesse, et un traitement instauré après la naissance si le nouveau né est contaminé. Un contrôle de l'entourage proposé. Autrement, il faudrait proposer le dépistage à toutes les mères, surtout si originaire de Bolivie.

Sur 1116 femmes dépistées, 36 étaient positives. Sur 38 nouveaux nés (grossesse gémellaires), 6 nouveaux nés étaient infectés.

Autre situation: Jean, 8 ans, consulte pour une éosinophilie à 3500 découverte fortuitement lors d'une prise de sang. C'est une enfant qui a voyagé plusieurs fois en Afrique.

Normalement, l'éosinophilie devrait être inférieure à 7%; elle légère entre 500 et 1500 éos., moyenne entre 1500 et 5000, extrême si >5000. L'éosinophilie peut varier dans le temps, mais n'est pas pathognomonique d'une maladie parasitaire. Elle peut se voir chez 14 à 40% des enfants qui voyagent, 4 à 19% des enfants adoptés, plus souvent chez les enfants voyageurs fréquents.

Les causes peuvent être un parasite (par ex syndrome de Loeffler, ou lors de convalescence d'une maladie infectieuse, ou d'autre situation (allergie, après chimiothérapie, ...)

Helminthes:

Il faut distinguer les vers ronds (nématodes - par exemples ascaris, filaires) les vers plats non segmentés (par exemple schistosome) ou segmenté (par exemple ténia). La transmission se fait par voie orale (aliment souillé) ou transcutanée.

L'anamnèse est importante: il faut préciser les voyages faits les dernières années, le type d'alimentation, s'il y a eu un contact avec l'eau.

Les causes parasitaires essentielles d'éosinophilies sont:

L'ascaris, un nématode d'environ 30 cm de long, cosmopolite, aimant surtout les climats chauds. Les œufs sont avalés puis il y a un passage digestif, puis dans les poumons, et ils sont ravalés. Le diagnostic peut se faire sur l'analyse des selles. Le traitement est l'albendazole, ou le mébendazole

La bilharziose est un ver de 1 à 2 cm. Il existe 3 espèces, le vecteur est aquatique. Le parasite peut vivre 30 ans. La répartition est surtout autour de l'Equateur.

Il y a d'abord une phase aiguë souvent asymptomatique.

Puis une période subaiguë (fièvre de Katayama)

Puis chronique. Avec inflammation chronique (notamment hépatique)

Le diagnostic se fait par sérologie, il est parfois nécessaire de faire une échographie abdominale.

Le traitement est le praziquantel.

L'anguillule est un ver de 2 à 3 cm (*strongyloides stercoralis*), La transmission se fait par voie transcutanée, souvent par de la terre contaminée. Après un passage cutané, le parasite migre dans l'intestin.

En phase aiguë, il peut y avoir une lésion cutanée urticarienne fugace (larva currens); le ver adulte est souvent asymptomatique; des formes disséminées sont possibles lors d'immunosuppression.

Le diagnostic se fait par sérologie, ou sur analyse de selle enrichie.

Lors d'éosinophilie les examens à demander sont une analyse de selle (avec concentration Baermann si suspicion d'anguillulose), une sérologie des maladies tropicales à Bâle et éventuellement une sérologie ascaris à Berne.

Les limites des sérologies sont une certaine cross réactivité et un certain délai pour se positiver.

Parmi les choses rares, il faut encore mentionner les cryptocoques lors d'infection à HIV.

Nouvelle maladie en Europe: fièvre du Nil (West Nile virus); la maladie est transmise par les moustiques, avec un pic en fin d'été.

Aux USA, la maladie est endémique, l'épidémie a débuté en 1999. En 2013, il y a eu 40.000 cas rapportés, 1700 décès aux USA. En Europe, il y a déjà des cas endémiques en Grèce, Roumanie, nord de l'Italie.

En Suisse il n'y a pas de cas autochtone, que des cas importés pour l'instant.

L'infection concerne moustique et oiseaux, les mammifères sont une voie sans issue. 10% des chevaux atteints ont des signes neurologiques. Des décès accrus de chevaux et oiseaux sont employés comme alerte sentinelle.

La maladie est asymptomatique dans 70 à 80% des cas, ou peut se présenter sous forme d'état grippal dans 20 à 30% des cas, et est sévère rarement.

L'incubation dure de 2 à 14 jours, avec syndrome grippal, et guérison en 1 semaine; il peut y avoir fatigue signes neurologiques (méningite, encéphalite, myélite, atteinte des nerfs crâniens)

Aux USA, la maladie a atteint un pic entre 2002 et 2003, puis une stabilisation (probablement liée à l'immunité de masse), avec un nouveau pic en 2013.

Il y a atteinte des cellules dendritiques Les sérologies sont sensibles (90-100%) et spécifiques (92%), si pas faites trop tôt. Il y a une rapide ascension des IgM, puis des IgG après 7 jours.

Il n'y a pas de traitement, pas de vaccin, le traitement est seulement un support.

La prévention est d'éviter les piqûres de moustiques.

Les messages essentiels sont:

- la maladie de Chagas existe en Suisse, un dépistage est utile
- une éosinophilie élevée justifie analyse de selles et sérologie.
- le West Nile virus existe en Europe et probablement bientôt en Suisse

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch