

S u j e t 1 - O b s e r v a t i o n n ° 1

Un jeune gabonais, âgé de 17 ans, est hospitalisé dans le service de médecine interne du CHU de Libreville pour des rectorragies.

L'histoire de la maladie débute, il y a un an, par des douleurs abdominales diffuses avec émission intermittente de sang rouge dans les selles. L'état général s'est altéré récemment, retentissant sur sa scolarité. Il n'y a pas d'antécédent notable. Le malade habite un quartier périphérique de Libreville à proximité d'un marigot.

A l'examen, le poids est de 56 kg pour 1m70. Ses conjonctives sont pâles. L'examen cardiovasculaire ne trouve pas de souffle. L'examen pulmonaire est sans anomalie. L'abdomen est souple. On trouve une hépatomégalie à bord inférieur ferme, non douloureuse, avec une flèche hépatique à 15 cm. Le toucher rectal est douloureux et le doigtier revient taché de sang. Il n'y a pas de splénomégalie. Les aires ganglionnaires sont libres. L'examen neurologique est normal.

Examens paracliniques



Figure 1. Présence d'œufs à la biopsie de muqueuse rectale

VSH : 32 mm à la première heure.

NFS : globules rouges : 2 100 000/mm³, Hb : 6,5 g/dl, VGM : 72 μ³ ; globules blancs : 8 300/mm³, polynucléaires neutrophiles : 68%, éosinophiles : 9%, lymphocytes : 24%.

Bilirubinémie totale : 30 μmol/l, conjuguée : 11 μmol/l.

ASAT : 12 UI/l, ALAT : 20 UI/l.

Phosphatases alcalines : 56 UI/l.

Taux de prothrombine : 85%.

Protides totaux : 72 g/l. Gamma globulines à 28,8 g/l.

AgHBs négatif. Alpha fœtoprotéine : négative.

Examen parasitologique des selles : négatif.

Rectosigmoïdoscopie : muqueuse rectale granitée, hyperhémie, saignant au moindre contact, présence de petits placards blanchâtres en pastilles disséminés.

La biopsie de la muqueuse rectale (BMR) apporte le diagnostic (figure 1).

Q u e s t i o n s

N° Question

- 1 Quel est votre diagnostic ?
- 2 Quelle est la zone géographique où sévit cette maladie?
- 3 Y a-t-il d'autres examens complémentaires à demander pour confirmer le diagnostic ? Précisez.
- 4 Quelle est la localisation extradigestive à rechercher dans cette maladie, compte-tenu de l'examen clinique ?
- 5 Quel est l'examen complémentaire à demander pour étudier cette localisation ?
- 6 Quel est le traitement que vous prescrivez ? Préciser la présentation et la dose
- 7 Quelle est la prévention de cette maladie ?

O b s e r v a t i o n n ° 1

R E P O N S E S

1. La présence d'une rectite d'aspect granité chez un jeune malade ayant des rectorragies avec une anémie microcytaire fait rechercher en zone tropicale une parasitose intestinale à localisation rectocolique : amibiase, schistosomose, trichocéphalose. L'examen parasitologique des selles est négatif. Par contre, la BMR examinée immédiatement au microscope apporte le diagnostic : elle montre des œufs de *Schistosoma intercalatum* en amas facilement reconnus avec leur éperon terminal caractéristique. Il s'agit donc d'un **schistosomose rectale à *Schistosoma intercalatum*** en période d'état.
2. La schistosomose à *S. intercalatum* est une maladie de l'Afrique équatoriale. Le Gabon est un des principaux foyers de schistosomose à *S. intercalatum*.
3. *S. intercalatum* a un tropisme électif pour le sigmoïde et le rectum. Les œufs à éperon terminal sont pondus en petit nombre et ont tendance à rester dans la muqueuse rectale. Le diagnostic est donc apporté par l'examen de la BMR, examinée à l'état frais montrant des œufs vivants. La schistosomose à *S. intercalatum* se manifeste par des douleurs abdominales, des rectorragies, des troubles du transit. Les lésions endoscopiques sont caractérisées par un aspect granité de la muqueuse (lésions folliculaires), une hyperémie, des suffusions hémorragiques, des plaques blanchâtres en pastilles. L'éosinophilie sanguine est élevée en période d'invasion. La sérologie (IFI, ELISA) serait utile, en cas d'absence de parasite à la BMR. Elle ne permet pas de préciser l'espèce parasitaire. Elle n'a d'intérêt en pratique qu'avant la ponte. C'est donc la BMR examinée à l'état frais qui apporte le diagnostic en mettant en évidence les œufs.
4. La localisation extradigestive à rechercher est la localisation hépatique. Des embols ovulaires au niveau des terminaisons portales hépatiques peuvent induire une fibrose hépatique.
5. Le bilan fonctionnel hépatique est normal. Il faut demander une échographie hépatique à la recherche de signes échographiques de fibrose et éventuellement d'hypertension portale.
6. Le traitement fait appel au praziquantel (BILTRICIDE[®]), il se présente en comprimés tétrasécables de 600 mg et est prescrit à la dose de 40 mg/kg en prise unique. Un contrôle endoscopique avec BMR doit être effectué un mois plus tard.
7. La prévention consiste à ne pas avoir de contact avec les eaux. Le jeune malade habite près d'un marigot où les enfants se baignent.

G r i l l e d e c o r r e c t i o n

- Q Grille de correction
- 1 Schistosomose à *Schistosoma intercalatum* en période d'état
 - 2 Afrique équatoriale
 - 3 Immunologie inutile en période d'état. Diagnostic par BMR
 - 4 Localisation hépatique
 - 5 Echographie du foie
 - 6 Praziquantel (BILTRICIDE[®]), comprimés à 600 mg, 40 mg/kg en prise unique
 - 7 Baignades interdites

S u j e t 2 - O b s e r v a t i o n n ° 2

Un jeune garçon, Sénégalais de race noire, âgé de 12 ans, est hospitalisé pour des arthralgies des grosses articulations (coude droit, genou et cheville gauches). Les douleurs articulaires sont apparues 3 jours avant l'hospitalisation, une seule articulation étant atteinte à la fois, accompagnée d'un pic thermique à 38,2°C et d'une impotence fonctionnelle du membre atteint.

Trois semaines auparavant, il a présenté une angine rouge dysphagique, avec fièvre à 40°C, pour laquelle il n'a reçu aucune thérapeutique.

A l'admission, l'enfant est fébrile, fatigué, les conjonctives sont légèrement décolorées, il n'y a pas de subictère. L'enfant est polypnéique au repos, il se plaint de douleurs thoraciques inspiratoires.

A l'examen, le pharynx est rouge avec présence d'une amygdalite. Au niveau cutané, il n'y a ni nodule, ni érythème.

La TA est à 80/60 mm Hg, le pouls à 110/mn régulier. L'enfant pèse 31 kg.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, il existe un troisième bruit associé à un souffle apexo-axillaire holosystolique d'intensité 3/6. Le foie est discrètement augmenté de volume et douloureux. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. Le reste de l'examen est normal.

Examens paracliniques :

VSH : 85 mm à la première heure

NFS : taux d'Hb à 10 g/100 ml, globules blancs : 11 500 polynucléaires neutrophiles / mm³

Fibrinémie : 7,4 g/l

Protéine C réactive : 300 mg/l

Protides totaux : 71 g/l, □ 2 globulines à 15 g/l,

Radiographie thoracique : cardiomégalie (RCT à 0,60), cœur peu battant en radioscopie.

ECG : tachycardie sinusale, espace PR à 0,26, bas voltage et aplatissement des ondes T dans toutes les dérivations.

ASLO : 800 unités Todd

Les hémocultures reviendront négatives.

Q u e s t i o n s

N° Question

- 1 Quel est votre diagnostic ? Quels sont les éléments cliniques qui orientent ce diagnostic ?
 - 2 Quels examens complémentaires demandez-vous pour étayer ce diagnostic ?
 - 3 Quelle est l'atteinte anatomique présentée par ce malade. Sur quels éléments cliniques, radiologiques et ECG pouvez-vous l'affirmer ?
 - 4 Quelle est l'évolution à prévoir ?
 - 5 Quelle est la prise en charge dans l'immédiat et à distance? Préciser présentations et doses des médicaments prescrits.
-

O b s e r v a t i o n n ° 2

R E P O N S E S

1. Cet enfant présente une polyarthrite aiguë, fébrile, migratrice. Une atteinte cardiaque est affirmée par la présence d'un souffle. L'enfant a présenté récemment une angine : l'atteinte polyarticulaire fébrile associée à une angine fait évoquer le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu ou syndrome post-streptococcique...

2. Cependant, le premier diagnostic à évoquer devant une cardiopathie fébrile est une endocardite infectieuse, une échographie cardiaque doit donc être demandée pour éliminer la présence de végétations. Un prélèvement de gorge et un dosage des antistreptolysines O vont affirmer l'origine streptococcique de l'angine (isolement d'un streptocoque \square hémolytique du groupe A, élévation des ASLO à 800 unités Todd).

3. L'atteinte cardiaque se caractérise par une atteinte des trois tuniques du cœur :

- une atteinte endocardique qui se traduit par un souffle apexo-axillaire holosystolique d'insuffisance mitrale,

- une atteinte myocardique qui se traduit par un assourdissement des bruits du cœur, une tachycardie, un allongement de l'espace PR à l'ECG,

- une atteinte péricardique, évoquée sur les douleurs thoraciques accrues par l'inspiration profonde, confirmée par le gros cœur peu battant, le bas voltage et l'aplatissement des ondes T à l'ECG.

Il s'agit donc d'une **pancardite rhumatismale**.

4. Le RAA se révèle habituellement en Afrique noire par un tableau de cardite qui ne guérira le plus souvent qu'au prix de séquelles valvulaires dont l'importance fixera le pronostic à long terme. L'évolution dépendra aussi des rechutes rhumatismales, de greffes bactériennes sur les valves cardiaques réalisant une endocardite infectieuse.

5. La prise en charge du RAA comporte :

- l'éradication du streptocoque : antibiothérapie par phénoxyméthylpénicilline per os (Oracilline®), 1 à 2 000 000 UI/j en 2 prises x 10 jours (en cas d'allergie : érythromycine : 40 mg/kg /j), et relais par benzathine pénicilline IM (Extencilline®) ;

- le traitement de la maladie inflammatoire : corticothérapie 2 mg/kg/j de prednisone en cas de cardite, sans dépasser 80 mg chez l'enfant (Cortancyl 5 ou 20 mg® à prendre au cours des repas) pendant 2 semaines, avec dégression progressive d'environ 5 mg tous les 3 jours, la durée totale de la corticothérapie étant de 8 à 14 semaines, puis relais par acide acétylsalicylique, 75 mg/kg/j pendant 6 semaines ;

- la prévention des rechutes : prophylaxie antibiotique par Extencilline®, 600 000 UI si poids < 30 kg ou 1 200 000 UI si poids > 30kg, tous les 15 jours pendant 5 ans en l'absence d'endocardite ou toute la vie en cas de cardite. L'Oracilline® per os est parfois mieux acceptée (500 000 à 1 000 000 UI, 2 fois par jour).

Surveillance de la valvulopathie, par la recherche tous les 6 mois d'une intolérance fonctionnelle notamment à l'effort, d'une dilatation des cavités gauches par la pratique régulière d'une échocardiographie.

Une prévention de l'endocardite infectieuse doit être réalisée par l'éradication des foyers infectieux amygdalien, dentaire et rhino-pharyngé.

G r i l l e d e c o r r e c t i o n

Q Grille de correction

- 1 Polyarthrite aiguë fébrile migratrice évoquant un RAA, souffle cardiaque à l'auscultation
- 2 Echocardiographie, prélèvement de gorge, ASLO
- 3 Atteintes endocardique, myocardique, péricardique : pancardite
- 4 Séquelles, rechutes, greffes bactériennes
- 5 - Traitement antibiotique
- Traitement par corticoïdes
- Traitement préventif des rechutes

S u j e t 3 - Microbiologie et Biologie tropicales

Q u e s t i o n

Quels diagnostics requièrent un frottis sanguin dans la recherche d'une parasitose tropicale?

Précisez votre réponse.

S u j e t 3

R E P O N S E S

Le frottis sanguin est demandé pour le diagnostic du paludisme, de la filariose lymphatique, de la loase, de la leishmaniose viscérale chez le sujet VIH positif, de la trypanosomiase humaine africaine et de la Maladie de Chagas.

- **Paludisme** : examen après coloration au Giemsa ou au May-Grumwald-Giemsa (MGG) d'un frottis mince permettant l'identification des espèces (et/ou d'une goutte épaisse) pour la recherche des hématozoaires du paludisme et de leur densité parasitaire.
- **Filarioses** : examen après fixation et coloration au MGG d'une goutte épaisse pour la mise en évidence des microfilaires sanguicoles des filarioses lymphatiques et de la loase et évaluation de leur charge parasitaire.
- **Leishmaniose viscérale** : examen après coloration au MGG et après leucocentrage du frottis sanguin chez le sujet coinfecté avec le VIH (présence des leishmanies dans le sang périphérique).
- **Trypanosomiase humaine africaine** : examen à l'état frais ou après coloration au Giemsa d'un frottis (ou d'une goutte épaisse) ou plus souvent après techniques d'enrichissement, qui font appel à des méthodes de centrifugation ou de filtration.
- **Maladie de Chagas ou trypanosomiase américaine** : examen direct à l'état frais et après concentration pour la mise en évidence des trypanosomes en phase aiguë.

Grille de correction

Paludisme	Identification, densité
Filarioses lymphatiques	Identification, densité
Loase	Identification, densité
Leishmaniose viscérale	Identification
Trypanosomiase humaine africaine	Identification
Maladie de Chagas	Identification

**S u j e t 4 – Santé communautaire et accès aux soins
en contexte tropical et migratoire**

Q u e s t i o n s

- 1- Quels sont les déterminants de l'accès aux soins des établissements de santé dans les environnements à ressources limitées ?

- 2- Quelles actions proposez-vous pour améliorer le parcours de prise en charge des patients dans ces environnements ?

S u j e t 4

R E P O N S E S

Grille de correction

Question 1	déterminant géographique déterminant financier déterminant socio culturel : égalité des chances et non discrimination réponse aux attentes des populations
Question 2	Question ouverte
