

Observation n° 1

Un enfant de 13 mois est hospitalisé à l'Hôpital de Mahajanga, chef lieu de province situé sur la côte Ouest de Madagascar, pour une diarrhée liquidienne et des vomissements évoluant depuis 36 heures. Sa famille habite en ville.

Dans ses antécédents, on note des infections rhino-pharyngées et des épisodes de diarrhée jusqu'ici sans gravité. Les vaccinations du Programme Elargi de Vaccinations sont à jour. Il a été nourri exclusivement au sein pendant 10 mois et est actuellement nourri au sein avec des bouillies de riz.

A l'examen, le poids est de 7 800 g (poids antérieur : 9 000 g), la taille de 77 cm. La température est à 38,2°C, le pouls à 120/mn, la TA à 60/35 mm de Hg, Les yeux sont enfoncés, la langue très sèche, le pli cutané abdominal persistant, les extrémités froides.

L'enfant est assoiffé. Il est très agité.

La recherche d'un foyer infectieux (voies aériennes supérieures, oreilles, poumons, méninges) est négative.

Au cours de l'examen, l'enfant émet une selle liquide, très abondante, aqueuse, ne contenant ni sang, ni glaire.

Il n'y a pas d'épidémie de choléra en cours.



Photographie du petit malade

Examens complémentaires :

Taux d'Hb : 10 g/dl, leucocytes : 9 000/mm³

Créatininémie : 20 mg/l ; pH : 7.25

HCO₃ : 15 mmol/l

Frottis sanguin : absence d'hématozoaires

Examen parasitologique des selles : présence d'œufs d'ascaris

Coproculture : en cours, reviendra négative

Examen cytbactériologique des urines : en cours, reviendra stérile

Télé thorax de face : ITN

Questions

Points

- 1- Quelle est votre démarche diagnostique devant cette diarrhée avec déshydratation ? 8
- 2- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) utiles au diagnostic prescrivez-vous ? 1
- 3- Quelle complication faut-il redouter dans les suites de cette diarrhée ? 1
- 4- Quels traitements allez-vous prescrire ? Précisez les solutés et les quantités de liquide à administrer. 7
- 5- Quel est le suivi du traitement et quelle est l'évolution attendue sous traitement ? 3

R é p o n s e s

s u r 2 0 P o i n t s

1. Le diagnostic est évident : il s'agit d'une diarrhée aiguë, aqueuse, récente chez un nourrisson de 13 mois, entraînant en moins de 48 heures une déshydratation.

La démarche diagnostique comporte 3 étapes:

- évaluer la gravité de la déshydratation
- rechercher l'étiologie,
- apprécier l'état nutritionnel.

1.1. Suivant les critères de gravité de la déshydratation du nourrisson (OMS), il s'agit d'une déshydratation sévère dont témoignent la perte de poids supérieur à 10%, le pli cutané franc, la langue très sèche, les yeux enfoncés, la fréquence cardiaque rapide, la tension artérielle basse, les extrémités froides. Le pronostic vital est engagé et la réhydratation doit être immédiatement débutée

1.2. L'examen clinique ne permet pas la mise en évidence d'une infection extra intestinale, ORL, pulmonaire ou méningée. La recherche d'hématozoaires est négative. L'examen cytotobactériologique des urines reviendra négatif, éliminant une infection urinaire.

La coproculture reviendra négative. L'examen parasitologique des selles ne montre que des œufs d'*Ascaris* : il ne faut pas rattacher une diarrhée aux ascaris sans avoir éliminé une autre cause.

1.3. L'état nutritionnel est apprécié par les critères anthropométriques. L'étude du poids/taille et du poids en fonction de l'âge note ici une malnutrition débutante.

2. Il n'est pas utile de demander d'autres examens complémentaires, ni pour juger de la gravité de la déshydratation, ni pour suivre la réhydratation, les critères cliniques doivent suffire.

3. La complication à redouter est la malnutrition protéino-énergétique qu'il faut éviter par une renutrition précoce.

4. La déshydratation est responsable de la mortalité élevée au cours des diarrhées de l'enfant dans les PED. La réhydratation est donc impérative.

En cas de déshydratation sévère et de vomissements répétés, la réhydratation se fait au départ par voie intraveineuse par une solution type Ringer lactate enrichi de 80 ml de sérum glucosé à 30% par litre, de 1g/l de gluconate de calcium, de 2 g/l de KCl ou par des solutés reconstitués : SG isotonique à 5% : 1 litre, NaCl : 3 g, KCl : 1,5 g, gluconate de Ca : 1 g, sans bicarbonates, qui ne sont indiqués que si le pH est < 7.10. .

Le relais est pris par voie orale grâce aux solutés de réhydratation orale (SRO), soit SRO standard, soit SRO à osmolarité réduite, recommandé dans les diarrhées aiguës non cholériques.

Dans l'observation présentée, la réhydratation par voie intraveineuse doit apporter 100 ml/kg en 4 à 6 heures, puis 100 ml/kg/j, puis dès que possible le relais sera pris par voie orale, au minimum 100 ml/kg/j, par petites doses rapprochées données à la cuillère, à poursuivre jusqu'à l'arrêt de la diarrhée. La réhydratation par voie orale doit toujours être privilégiée chez l'enfant vivant en zone tropicale, sous réserve que le pronostic vital ne soit pas engagé dans l'immédiat.

Le traitement antibiotique est inutile dans les diarrhées aqueuses non invasives.
Un traitement symptomatique par ralentisseurs du transit ou antisécrétoires est inutile.
La vitamine A doit toujours être prescrite à la dose de 200 000 UI.

5. Sous réhydratation bien conduite, l'évolution immédiate doit être favorable. Il faut surveiller régulièrement le nourrisson pour s'assurer d'une bonne réhydratation (pli cutané, poids, diurèse) et pour éviter une hyperhydratation. Un œdème palpébral, une dyspnée imposent la réduction du débit de réhydratation.

La renutrition doit être précoce, si possible dès le 2^{ème} jour d'hospitalisation. Elle repose sur l'allaitement maternel chez l'enfant nourri au sein et sur des préparations lactées ou des produits de substitution chez l'enfant sevré

Le retour à un régime varié est obtenu dès que le poids s'est normalisé (9 kg dans le cas présenté).

A la sortie, un déparasitage par mébendazole (VERMOX®) est prescrit à la dose de 100 mg matin et soir pendant 3 jours (ou de 500 mg en dose unique).

Pendant l'hospitalisation, l'éducation de la mère est axée sur les mesures d'hygiène et sur la nécessité d'une réhydratation par SRO dès la première selle diarrhéique.

Grille de correction sur 20.

Question 1 :

Démarche diagnostique

- déshydratation sévère, perte de poids > 10%, pronostic vital en jeu 3
- étiologie : recherche négative, ascaris non en cause 2
- état nutritionnel : malnutrition débutante, 2 critères : P/T, poids en fonction de l'âge 3

Question 2 :

Aucun examen complémentaire utile 1

Question 3

Malnutrition protéino-énergétique 1

Question 4 :

Réhydratation :

- débuter par réhydratation IV par Ringer ou soluté reconstitué 2
- poursuivre par SRO 2
- quantité à administrer : 100 ml/kg en 6 heures, puis 100 /kh par jour 2
- Vitamine A : 200 000 UI 1

Question 5 /

Surveillance de la réhydratation et de l'hyper hydratation 1
 Renutrition précoce 1
 Prise de mébendazole 1/2
 Education de la mère 1/2

Total des points

20 points

Observation n° 2

Un homme de 62 ans, tahitien, ancien marin de commerce vivant à Marseille, ayant navigué dans l'Océan pacifique (Polynésie, Nouvelle-Calédonie) jusqu'à sa retraite il y a 2 ans, est hospitalisé pour une poussée d'éléments nodulaires cutanés et des douleurs au niveau des membres.

*Photographie des membres supérieurs :
présence de nouures*



L'examen clinique met en évidence :

- des nouures disséminées sur le revêtement cutané dont certaines sont nécrotiques,
- une multinévrite hyperalgique avec des troubles moteurs et sensitifs au niveau des membres : anesthésie en chaussette, déficit des releveurs des pieds, steppage, hypertrophie du nerf cubital droit, amyotrophie du premier interosseux droit et de la partie interne de l'avant-bras droit,
- de petites polyadénopathies axillaires, cervicales et inguinales.

La température est à 37,8°C, la TA à 145/ 85 mm/Hg.

L'interrogatoire orienté apprend que le malade a présenté il y a 2 ans, à son départ du Pacifique, des lésions cutanées à type de placards érythémateux sur l'abdomen et les flancs, et qu'il a consulté à plusieurs reprises en ORL pour une rhinite et une laryngite chroniques.

Examens paracliniques

VSH : 66 mm à la 1ère heure

NFS : 11 600 globules blancs, dont 76% de polynucléaires neutrophiles

CRP : 84 mg/l

Créatinémie : 18 mg/l, protéinurie : ++

Le frottis de muqueuse nasale montre à la coloration de Ziehl-Nelsen des bacilles alcool-acido-résistants

Questions

Points

- 1- Quel est le diagnostic ? Quels sont les éléments cliniques et biologiques qui permettent ce diagnostic ? 8
- 2- Quelle est la pathogénie de l'épisode actuel ? 1
- 3- Quelles sont ses modes de survenue ? 2
- 4- Quel est le traitement médical de la maladie causale? Précisez les noms des médicaments, leur posologie et la durée du traitement. 4
- 5- Quel est le traitement médical de l'épisode actuel ? Précisez les noms des médicaments, les doses initiales et, s'il y a lieu, les contre-indications. 4
- 6- Quel est le traitement chirurgical de l'épisode actuel ? 1

Observation n° 2

Réponses

1- On retrouve dans le tableau clinique nouures et multinévrite hyperalgique. Ce malade a séjourné de nombreuses années dans des pays d'endémie lépreuse. Il a présenté il y a deux ans des lésions cutanées compatibles avec une lèpre. Le diagnostic de lèpre est porté sur la mise en évidence dans le frottis de muqueuse nasale coloré par la méthode de Ziehl-Nelsen de bacilles alcool-acido-résistants : il s'agit de bacilles de Hansen ou *Mycobacterium leprae*. Il s'agit donc d'un érythème noueux lépreux (ENL) ou réaction lépreuse de type 2 chez un lépreux lépromateux méconnu.

2- L'ENL est une réaction immunologique correspondant à une vascularite à complexes immuns circulants survenant dans le cadre d'une lèpre lépromateuse.

3- L'ENL survient spontanément ou au cours d'un traitement antilépreux. Il est souvent déclenché par une infection intercurrente, une intervention chirurgicale, chez la femme par un accouchement ou un avortement.

4- Le traitement médical de la lèpre lépromateuse recommandé par l'OMS dans les pays d'endémie comporte :

- la rifampicine (RIFADINE®), posologie : 10 mg/kg/mois, supervisée
- la diamino-diphényl-sulfone (DISULONE®), posologie : 1,5 mg/kg/jour, résistance
- la clofazimine (LAMPRENE®), posologie : 1 mg/kg par jour et 3 mg/kg/mois, supervisée

La durée du traitement est de 12 mois

5- Le traitement médical de l'érythème noueux lépreux associe la thalidomide (CONTERGAN®) et la clofazimine (LAMPRENE®). La thalidomide est prescrite à la dose initiale de 400 mg/j. Elle a un risque tératogène et est absolument contre-indiquée chez la femme en âge de procréer. Elle n'est disponible qu'à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux et est toujours difficile à se procurer en zone tropicale. La clofazimine est prescrite à la dose de 300 mg/j, compte tenu de son action anti-inflammatoire.

En l'absence de thalidomide, on a recours à l'acide acétyl-salicylique : 2 à 3 g/j, ou aux corticoïdes : prednisone (CORTANCYL®) à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/j. Cependant, la corticothérapie doit être évitée en raison d'une fréquence cortico-dépendance des poussées d'érythème noueux lépreux. Récemment, l'efficacité de la pentoxifylline (TORENTAL®) a été rapportée à la dose de 1 200 à 2 400 mg/j.

6- Le traitement chirurgical consiste en une décompression chirurgicale en cas de névrite symptomatique persistante malgré le traitement médical.

Grille de corrections (sur 20)

Points

- Diagnostic retenu : Erythème noueux lépreux chez un lépreux lépromateux	
- clinique: nouures, multinévrite, pays d'endémie, antécédents:	
- biologie : présence de bacilles alcool-acido-résistants	8
- Pathogénie: vascularite à complexes immuns	1
- Modes de survenue : spontané, sous traitement, infection intercurrente, accouchement ou avortement	2
- Traitement médical de la lèpre lépromateuse	
- rifampicine : posologie	1
- disulone : posologie	1
- lampréne : posologie	1
- durée du traitement	1
- Traitement médical de l'ENL	
- thalidomide : posologie, contre-indication	2
- lampréne : posologie	1
- corticoïdes : corticodépendance	1
- Traitement chirurgical de l'ENL	1

Observation n° 3

Mr C, 52 ans, vivant à Bordeaux, France, est transplanté rénal depuis 3 ans. Il reçoit un traitement immunosuppresseur par ciclosporine.

Il se rend à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso du 15 janvier au 08 février 2007.

Questions

Points

- 1- Vous êtes consulté avant le voyage. Donnez les grandes lignes du conseil avant le départ. 10
- 2- Le séjour s'est déroulé sans particularité. Le 27 février 2007, Mr C développe une fièvre à 39°C installée depuis la veille. Quels diagnostics évoquez-vous ? Sur quels arguments ? 4
- 3- L'examen clinique du patient objective une hépatomégalie douloureuse. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelle prise en charge proposez-vous (examens complémentaires et traitement) ? Quelle surveillance mettez-vous en place ? 6

Réponses

sur 20 Points

- 1- Conseil établi en fonction du critère du délai avant le départ

Evaluation du statut vis-à-vis de l'immunité anti-marielle : anamnèse concernant une vaccination antérieure, évaluation chronologique de cette dernière : avant le délai de 10 ans ? avant greffe ? Evaluation du titre en anticorps protecteur

Certificat de contre indication provisoire à la vaccination anti-marielle accompagnée et d'une majoration de la protection antivectorielle. Condition : absence d'épidémie repérée de fièvre jaune (données épidémiologiques)

Mise à jour du calendrier vaccinal universel

Vaccination contre la méningite cérébrospinale (vaccin tétravalent)

Protection antivectorielle : protection contre les piqûres d'anophèles (dont usage rationnel de répulsif) + contre les piqûres de moustiques diurnes (Aedes/ fièvre jaune)

Chimio prophylaxie antimalarienne (zone II) : Chloroquine-Proguanil, Atovaquone-Proguanil possible, Doxycycline préférable compte tenu de l'absence de métabolisation rénale malgré le profil de la zone

Conseil prévention risque d'origine hydro-alimentaire

Conseil vis-à-vis de certains risques de la zone (contact eau douce)

Éviction du contact avec les animaux

2-

Accès palustre à *P-falciparum* (zone infectante, période compatible même si éloignée de l'hivernage, statut non-immun)

Amibiase tissulaire (délai raccourci possible à cause du statut immunitaire)

Salmonellose (diagnostic possible même sans présence de troubles digestifs)

Autres maladies vectorielles (arboviroses)

Shistosomose d'invasion larvaire

Infection du greffé (mycoses profondes)

Autres diagnostics possibles : fièvre Q, Rickettsiose, Borréliose

3-

1- Amibiase tissulaire (hépatique)

2- NFS-VS-CRP (syndrome inflammatoire)
Sérologie spécifique (affirmation du diagnostic étiologique)
Imagerie

3- Hospitalisation + prise en charge dans le cadre de l'urgence
Traitement médical : Association d'un amoebicide de contact (tibroquinol, 14 jours) et d'un amoebicide tissulaire (métronidazole 1,5 g par jour, 7-10 jours)

4- H48 : Disparition de la symptomatologie clinique
J7 : Amendement du syndrome inflammatoire
M3 : Amendement de la contribution de l'imagerie
Plusieurs mois (M6-M12) : Décrément du titre des anticorps spécifiques