

Observation n° 1 - Obs 1

Une femme de 24 ans, vivant à Madagascar et séjournant en métropole depuis 10 jours, consulte dans un Service des Urgences pour des douleurs lombaires droites avec une fièvre à 39°C et des frissons. La symptomatologie actuelle évolue depuis 8 jours et la patiente prend depuis 3 jours une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique pour une toux au début isolée. Un épisode diarrhéique est survenu dans les jours précédents.

Elle n'a aucun antécédent particulier.

A l'examen clinique, la température est à 40,2°C, la palpation lombaire droite entraîne une douleur intense.

Il n'y a ni hépato, ni splénomégalie.

Examens paracliniques

- Vitesse de sédimentation à 90 mm à la première heure
- Numération Formule Sanguine : polynucléose neutrophile à 12 700/mm³
- Protéine C réactive à 315 mg/l
- Examen cyto bactériologique urinaire normal
- Bilan hépatique: phosphatases alcalines à 181 UI/l, aspartate aminotransférases à 59 UI/l
- Recherche d'hématozoaire négative
- Radiographie thoracique : nette ascension isolée de la coupole diaphragmatique droite
- Echographie abdominale : présence au niveau du dôme hépatique d'une formation hypodense de 5 cm de diamètre (figure ci-dessous)



Echographie hépatique

Questions

sur 20 Points

- 1- Quel diagnostic faut-il évoquer ? 6 pts
- 2- Quels examens complémentaires sont utiles pour confirmer le diagnostic retenu ? 4 pts
- 3- Comment expliquer la symptomatologie présentée par cette malade ? 2 pts
- 4- Quelle est votre prise en charge thérapeutique ? 6 pts
- 5- Quelle évolution clinique est à prévoir sous traitement médical dans les 72 heures ? 2 pts

Discussion

1. Une pyélonéphrite aiguë non compliquée est évoquée, mais la normalité de l'examen cytbactériologique des urines est contre ce diagnostic.

L'échographie abdominale montre une formation hypodense du dôme hépatique de 5 cm posant le problème d'un abcès du foie dont l'étiologie est à discuter : abcès amibien ou abcès à pyogènes du foie ? L'abcès amibien est le plus probable compte-tenu que cette femme vit à Madagascar, pays d'endémie amibienne.

2. Seule la sérologie amibienne est indispensable pour confirmer le diagnostic : il faut demander deux techniques complémentaires, l'une utilisant les antigènes solubles (ELISA), l'autre les antigènes figurés (immunofluorescence indirecte). En métropole, un scanner abdominal complétera l'échographie. Un examen parasitologique de selles sera demandé à la recherche d'amibes hématophages pathogènes.

3. Il s'agit d'une amibiase hépatique à présentation clinique inhabituelle. La triade symptomatique classique : fièvre, douleur abdominale, hépatomégalie est la plus fréquemment présente en cas d'amibiase hépatique (dans environ 80% des cas). Dans cette observation, il n'existe pas d'hépatomégalie à l'examen clinique. La localisation haut située sous-diaphragmatique de l'abcès hépatique explique cette particularité sémiologique et rend probablement compte des douleurs de la malade dont la topographie lombaire est très atypique, faisant évoquer en premier lieu une pyélonéphrite aiguë. La situation anatomique de cet abcès amibien explique également la toux signalée par la malade dans la semaine précédant l'hospitalisation.

4. La prise en charge thérapeutique comporte un traitement médical par amoebicide tissulaire un imidazolé, en pratique le métronidazole (FLAGYL®), 40 mg/kg/j pendant 7 à 10 jours, Ce traitement doit être complété par un amoebicide de contact (INTETRIX®) (2 gélules matin et soir pendant 10 jours), qui a pour but de tuer les amibes présentes dans la lumière colique.

La localisation sous-diaphragmatique de l'abcès (dôme hépatique) doit faire craindre une rupture vers le thorax et peut faire décider d'un drainage. La taille de l'abcès, de 5 cm ne doit pas conduire à un drainage systématique, mais à une surveillance attentive.

5. L'évolution clinique de l'abcès amibien du foie non compliqué, sous traitement médical, est classiquement favorable en 72 heures. Une évolution non favorable conduit à une ponction exploratrice réalisée sous contrôle échographique (ou scanographique). Cette ponction ramènerait un pus de couleur chocolat, dont l'examen parasitologique et bactériologique est en général stérile.

Grille de corrections - Obs1

sur 20 Points

Question 1	Trois diagnostics à évoquer : pyélonéphrite aiguë, amibiase hépatique, abcès à pyogènes du foie. Retenir <i>amibiase hépatique</i>	6 pts
Question 2	Sérologie amibienne (deux techniques complémentaires) Examen parasitologique des selles	3 pts 1 pt
Question 3	Localisation haute sous-diaphragmatique de l'abcès amibien	2 pts
Question 4	Traitement par amoebicide tissulaire Traitement par amoebicide de contact Drainage à discuter	3 pts 2 pts 1 pt
Question 5	Evolution favorable Ponction si évolution trainante	1 pt 1 pt

Observation n° 2 - Obs 2

Un homme de 30 ans, sénégalais, militaire de carrière, célibataire, consulte dans un hôpital de Dakar pour des ulcérations génitales douloureuses et extensives de la verge évoluant depuis 2 semaines.

L'interrogatoire note un rapport sexuel non protégé avec une femme de rencontre une semaine avant l'apparition des ulcérations génitales de la verge.

A l'examen, on note deux ulcérations siégeant sur la peau du fourreau de la verge, de grande taille, douloureuses spontanément et à la palpation, non infiltrées, de consistance molle. Les bords sont décollés et inflammatoires, le fond est sanieux, recouvert d'un enduit purulent (figure ci-dessous)

Il existe une adénopathie inguinale gauche douloureuse, inflammatoire, volumineuse.

Examens paracliniques

- Prélèvement de l'enduit puriforme prélevé sur le bord d'une lésion : l'examen direct avec coloration de Gram met en évidence des bacilles Gram négatif à coloration bipolaire. Ces bacilles siègent au nombre de 10 à 20 à l'intérieur des polynucléaires. Certains bacilles extracellulaires se regroupent en chaînettes
- Sérologie des tréponématoses : VDRL négatif, TPHA positif à 1/80^{ème}



Ulcérations de la verge

Questions

sur 20 Points

- 1- Quels sont les critères diagnostiques des ulcérations génitales vous permettant de poser le diagnostic ? Quel diagnostic retenir-vous? 10 pts
- 2- Quels sont les examens complémentaires indispensables pour compléter cette observation ? 3 pts
- 3- Quel en est le traitement ? 3 pts
- 4- Quelle en est la prévention ? 4 pts

Discussion

1. La notion d'un rapport sexuel à risque oriente vers une infection sexuellement transmissible (IST).

La première IST à évoquer est la syphilis primaire. C'est une maladie d'incubation longue (3 semaines en moyenne). L'ulcération est unique, propre (si elle n'est pas surinfectée), indurée et indolore, avec des adénopathies multiples (dont une grosse adénopathie «le préfet de l'aine»), indolores, fermes, non inflammatoires. La sérologie syphilitique (VDRL négatif, TPHA à 1/80^{ème}) témoigne ici d'une séquelle sérologique d'une tréponématose non vénérienne (Béjel chez un malade originaire du Sahel)

La donovanose ou granulome inguinal a une durée d'incubation généralement longue (plusieurs semaines); il y a plusieurs lésions ulcéro-végétantes, indurées, indolores, bourgeonnantes en périphérie, extensives ; il n'y a pas de ganglion satellite (le pseudobubon est une cellulite infiltrante due à la diffusion sous-cutanée à partir des ulcérations).

La lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas-Favre à une incubation variable (de 3 jours à 4 semaines), l'ulcération génitale est souvent inapparente ou très fugace, superficielle, avec des adénopathies inflammatoires de part et d'autre de l'arcade crurale, évoluant vers la fistulisation « en pomme d'arrosoir ». Ce sont les adénopathies qui font porter le diagnostic.

L'herpès génital est d'incubation courte (2 à 7 jours), il est caractérisé par des érosions post-vésiculeuses groupées en bouquet, hyperalgiques, souvent surinfectées.

Il s'agit ici d'un *chancre mou*. Le chancre mou, maladie vénérienne due à *Haemophilus ducreyi* ou bacille de Ducrey, est très fréquent en zone tropicale. Son incubation est brève, en moyenne de 2 à 5 jours. Les lésions réalisent chez l'homme une couronne de chancres mous du bord libre du prépuce, du sillon balanopréputial, voir du fourreau de la verge et du scrotum. Les lésions d'auto-inoculation sont caractéristiques de l'infection et siègent en général au niveau des cuisses en regard de la verge. Le chancre mou, spontanément indolore, est douloureux à la pression et à la palpation. L'aspect est le plus souvent évocateur avec des ulcérations unique ou multiples, ovalaires, de 5 mm à 1,5 cm, à bords décollés, avec présence d'un double liseré jaune et rouge. Le fond est recouvert d'un enduit puriforme, la base est empâtée, non indurée. Les adénopathies satellites sont toujours présentes, de siège inguinal, et ont un caractère inflammatoire. En l'absence de traitement et chez les malades n'observant pas de repos, l'adénopathie va évoluer vers la suppuration et la fistulisation. C'est le bubon chancrelleux.

2. Le diagnostic est ici confirmé par le laboratoire : le prélèvement de la sérosité au niveau des bords de la lésion montre la présence de bacilles à Gram négatif à coloration bipolaire de 1,5 à 2 μ de long sur 0,5 μ de large. Les bacilles sont à l'intérieur des polynucléaires, parfois extracellulaires, ils se regroupent en chaînettes donnant l'aspect en chaîne de bicyclette de Morax.

Il faut toujours penser à une autre étiologie associée : la syphilis, réalisant le chancre mixte de Riollet (10 % des cas), d'où la réalisation systématique d'une sérologie syphilitique; et surtout l'infection à VIH/SIDA car les IST (syphilis, chancre mou, infections dues au gonocoque et à *Chlamydiae* notamment) sont des co-facteurs de l'infection à VIH. La recherche des anticorps anti-VIH est ici négative, mais devra être contrôlée au bout de 4 à 6 semaines.

3. Le traitement fait appel aux antibiotiques :

- doxycycline 200 mg/j pendant 2 semaines
- ou cotrimoxazole (160 mg de triméthoprime + 800 mg de sulfaméthoxazole) 2 fois par jour pendant 15 jours
- ou ceftriaxone 250 mg en dose unique ou ciprofloxacine 500 mg à 1 g en dose unique
- ou azithromycine 1g en dose unique

Dans le cas présenté, le traitement prescrit a été la doxycycline, une désinfection locale par permanganate à 1/20.000 a été associée. La guérison a été totale au prix d'une cicatrice.

4. Sur le plan individuel, des conseils d'hygiène sexuelle doivent être donnés au malade, en particulier la prévention par préservation des IST.

Sur le plan collectif, les modalités de lutte contre les IST en milieu tropical consistent en :

- une prévention primaire : comportements sexuels à moindre risque, en particulier par l'usage du préservatif,
- une prévention secondaire par la prise en charge curative des IST.
- une prise en charge du ou des partenaires sexuels, essentielle mais difficile,
- le dépistage des autres IST associées : infection à VIH, syphilis, hépatites virales B et C,
- la prise en charge des groupes à risque particuliers : professionnelles du sexe et leurs clients.

Grille de corrections – Obs2

sur 20 Points

Question 1	Diagnostic des IST (description de l'IST) :	
	Chancre syphilitique	2 pts
	Donovanose	2 pts
	Maladie de Nicolas-Favre	1 pt
	Herpès	1 pt
	Chancre mou (diagnostic à retenir)	4 pts
Question 2	Examens à demander	
	Prélèvement pour diagnostic du chancre mou	1 pt
	Sérologie de la syphilis	1 pt
	Sérologie de l'infection à VIH	1 pt
Question 3	Traitement par doxycycline, posologie, durée	3 pts
Question 4	Prévention :	
	individuelle : préservatif	1 pt
	collective : dépistage partenaires, dépistage autres IST, groupes à risque	3 pts

S u j e t 3 **s u r 1 0 P o i n t s**
C o m p l é m e n t d e l a C a p a c i t é d e M é d e c i n e T r o p i c a l e

Questions

sur 10 Points

- 1- Dans quelles circonstances demander une sérologie parasitaire ? 3 pts
- 2- Précisez les intérêts et les limites de la sérologie parasitaire dans les sept parasitoses suivantes : paludisme, amoebose, schistosomoses, filarioses lymphatiques, cysticercose, leishmanioses, anguillulose 7 pts
-

Discussion

1. Il est indispensable de demander une sérologie parasitaire lorsqu'on ne peut pas trouver le parasite lui-même. Cette situation se rencontre essentiellement dans trois circonstances :

- en phase de migration larvaire,
- devant une localisation uniquement viscérale des parasites,
- dans les impasses parasitaires.

2. Sérologie parasitaire dans sept parasitoses

Paludisme : la sérologie n'a pas de place pour le diagnostic des accès palustres qui repose sur le frottis sanguin et/ou la goutte épaisse ou les tests de diagnostic rapide réalisés en urgence.

Amoebose : la sérologie permet le diagnostic de l'amoebose viscérale (hépatique, pleuropulmonaire, etc.). Il est recommandé de toujours utiliser deux techniques complémentaires, l'une utilisant les antigènes solubles (HAI, ELISA), l'autre utilisant les antigènes figurés (IFI).

Schistosomoses : la sérologie est indispensable en phase d'invasion dans les bilharzioses, mais elle se positive tardivement (en moyenne 46 jours après le bain contaminant). Il y a des réactions croisées avec la cysticercose, la larva migrans viscérale et les filarioses.

Filarioses lymphatiques : l'absence de microfaires chez de nombreux filariens a conduit à la mise au point de tests sérologiques. Il faut coupler deux techniques : ELISA + IFI. Les réactions sérologiques sont à interpréter avec prudence : si elles sont positives, le diagnostic est retenu; si elles sont négatives, on ne peut pas conclure. Le Western blot doit permettre de redresser les diagnostics d'interprétation difficile.

Cysticercose : la sérologie est indispensable au diagnostic dans cette impasse parasitaire, elle est basée sur un test de dépistage dans le sérum ou le LCR (ELISA) et par un test de confirmation (Western blot modifié ou EITB).

Leishmanioses : le sérodiagnostic est toujours positif dans la leishmaniose viscérale (IFI, ELISA, Western blot). Les tests sont sensibles et très spécifiques, mais il y a des difficultés d'interprétation chez les sujets VIH positifs nécessitant un Western blot qui montre des bandes spécifiques. La sérologie est négative, non contributive dans les leishmanioses tégumentaires.

Anguillulose : le diagnostic de l'anguillulose repose sur la mise en évidence des larves d'anguillules (technique de Baermann). Les sérologies apportent un complément au diagnostic, mais ne sont pas très spécifiques.

Grille de corrections – Sujet3

sur 10 Points

Question 1 Les 3 circonstances	3 pts
Question 2 Les sept parasitoses : un point par réponse juste	7 pts

S u j e t 4 **s u r 1 0 P o i n t s**
C o m p l é m e n t d e l a C a p a c i t é d e M é d e c i n e T r o p i c a l e

- Questions** **sur 10 Points**
- 1- Quelles sont les principaux motifs de non recours aux soins hospitaliers dans les pays en développement ? 5 pts
 - 2- Comment assurer la viabilité d'un système de pré-paiement pour garantir l'accessibilité financière à l'hôpital des populations à faible revenu ? 5 pts
-

Grille de corrections – Sujet4 **sur 10 Points**

Question 1	accessibilité financière	2
	qualité des services	2
	accessibilité géographique	1
Question 2	cotisation adaptée respectant la sécurité du budget du ménage	2
	pré détermination des prestations indemnisables	2
	disponibilité et qualité des prestations	1