

## Un cas de décès par paludisme à *Plasmodium falciparum* en service de réanimation : autopsie d'une prise en charge.

B. Puech, L. Ursulet

Service de réanimation, CHU de La Réunion, Centre hospitalier Félix Guyon, 97405 Saint-Denis, Réunion. E-mail : [babouchp@hotmail.com](mailto:babouchp@hotmail.com)

**Introduction** : Le traitement de référence du paludisme grave reste la quinine IV qui occasionne des effets secondaires potentiellement graves, nécessitant une surveillance rapprochée en milieu de réanimation : hypoglycémie et cinchonisme en cas de surdosage, hypotension artérielle, trouble de conduction intracardiaque, allongement du QT et troubles du rythme mortels. Nous rapportons un cas clinique qui nous a permis de revoir la prise en charge et de discuter d'alternatives thérapeutiques.

**Observation** : M. H, 63 ans, aux antécédents d'épilepsie non traitée est hospitalisé aux urgences pour fièvre et confusion le 05/03/2012. Fièvre et AEG évoluent depuis 15 jours ; absence de prise de prophylaxie anti-paludéenne durant un séjour de 2 mois à Madagascar. L'épouse, traitée à Madagascar pour un paludisme, avait consulté un médecin le 18/02 qui prescrivit sans le voir à son mari du cotrimoxazole et une sérologie paludisme.

**Examen clinique** : état confusionnel, score de Glasgow 14, température 38,3°C, TA 98/70 mm Hg, FC=98/min, SpO2 94 %. Biologie : parasitémie 5 %, thrombopénie 16000 G/l, hyperlactacidémie = 4,1 mmol/l, score *Coma Acidosis Malaria* = 2). Patient transféré en réanimation après une dose de charge de quinine pendant 4 h. ECG initial : rythme sinusal régulier, QT norma. Echocardiographie : profil vasoplégique et hypovolémie sans trouble de la cinétique segmentaire. Poursuite du traitement par la quinine à la seringue électrique, sans respecter l'intervalle libre de 4 heures. Evolution : dégradation hémodynamique, respiratoire et neurologique. Bilan biologique d'entrée : créatininémie 137 micromoles/l, thrombopénie 8000 G/l, acidose métabolique hyperlactacidémique (pH =7,27, BE= -11 lactates =6,9). Traitement par ventilation mécanique, épuration extra-rénale, transfusion de plaquettes, Ceftriaxone à visée probabiliste, secondairement élargie avec pipéracilline/tazobactam et amikacine en raison de la provenance de Madagascar. L'état de choc non contrôlé et une tachycardie ventriculaire (TV) évoquent la toxicité de la quinine dont l'administration est arrêtée, avec dosage de la quinine plasmatique. L'artésunate par voie IV n'étant pas disponible, relais par tétracyclines. La quinine IV est réintroduite en l'absence d'autre alternative et de surdosage (quininémie à 9 mg/l). Nouvel épisode de TV à quininémie normale (8,4 mg/l). Evolution rapide vers un syndrome de défaillance multi viscérale avec décès le 06/03. Prélèvements bactériologiques (ECBU, hémocultures, PDP) négatifs.

**Discussion** : Retard de prise en charge : résultats positifs de sérologie non communiqués au patient. La toxicité de la quinine a été évoquée devant un état de choc réfractaire et une TV, alors que l'interruption de 4h après la dose de charge n'avait pas été respectée. Bien que les troubles du rythme aient cédé à l'arrêt de la quinine, la quininémie était dans l'index thérapeutique, limitant son imputabilité. Cependant, un nouvel épisode de TV est survenu à la réintroduction de la quinine malgré un nouveau dosage normal ouvrant la discussion sur une intolérance à dose thérapeutique.

**Conclusion** : Malgré un arsenal thérapeutique large, il est encore possible de décéder d'un paludisme grave dans les hôpitaux français. Ce triste constat nécessite d'améliorer encore la prise en charge des patients atteints avec la mise à disposition de médicaments efficaces et dénués d'effets indésirables graves.