

EXISTE-T-IL DES URGENCES MÉDICALES TROPICALES ? LE POINT DE VUE DU MÉDECIN

P. HOVETTE, K. BÂ, P. KRAEMER, B. CHAUDIER, L. BAHROUCH, L. FOURCADE

Med Trop 2002; 62 : 244-246

RESUME • Cette question est récurrente et rejoint celle-ci : qu'est ce que la médecine tropicale ? Est-ce une médecine faite dans des régions chaudes, une médecine avec de faibles moyens diagnostiques et thérapeutiques, une médecine se résumant à des pathologies exclusivement intertropicales ? Pour répondre à cette question, quelques observations valent mieux qu'un long discours. La première observation est celle d'un accès palustre à *Plasmodium falciparum* compliqué d'un coma et d'un syndrome de détresse respiratoire sévère chez un homme de 57 ans. La deuxième, d'une tuberculose multifocale (milliaire, abcès rénaux et bactériémie) chez une sidéenne enceinte. La troisième celle d'un militaire de 34 ans hospitalisé pour pneumopathie hilare droite dont l'exploration mettra en évidence une co-infection à VIH 1 et 2, la goutte épaisse un accès palustre simple à *Plasmodium falciparum* et les examens cyto bactériologiques des crachats isoleront une *Salmonella enteritidis* et des bacilles acido-alcoolo résistants. La quatrième observation est celle d'un patient âgé de 60 ans hospitalisé pour un collapsus fébrile qui se révélera être une péricardite amibienne. Ces quatre observations montrent les caractéristiques des urgences médicales tropicales : adultes souvent jeune ; terrain carencé ou immunodéprimé (infection VIH/sida) ; pathologie exotique sévère ou compliquée ; tableau sévère souvent dû au retard de traitement lié à la difficulté de recours aux soins payants ; affections multiples ; moyens diagnostiques et thérapeutiques faibles ; mortalité élevée.

MOTS-CLES • Urgence médicale - Paludisme - Amibiase viscérale - Infection à VIH/sida - Tuberculose multifocale.

ARE THERE TROPICAL MEDICAL EMERGENCIES? A DOCTOR'S OPINION

ABSTRACT • The existence of tropical medical emergencies is a recurrent issue that joins the debate over the definition of tropical medicine. Is it medicine practiced in warmer climates, medicine practiced with poor diagnostic and therapeutic facilities or medicine involving only tropical diseases? Presentation of a few case reports provides a better response to this question than a long speech. The first case involves a 57-year-old man presenting a complicated attack of *Plasmodium falciparum* malaria and severe respiratory distress. The second case involves a pregnant AIDS patient presenting multifocal miliary tuberculosis associated with renal abscess and bacteremia. The third case involves a 34-year-old soldier hospitalized for right hilar pneumonia in whom work-up demonstrated co-infection by HIV 1 and 2, thick drop tests revealed uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria, and cytobacterial examination of sputum samples identified *Salmonella enteritidis* and acid-alcohol resistant germs. The fourth case involves a 60-year man hospitalized for febrile collapse in whom work-up revealed amebic pericarditis. These four case reports illustrate the main features of tropical medical emergencies: adult patients (frequently young), associated deficiencies or immunocompromise (HIV infection/AIDS), severe or complicated tropical disease, severe advanced stage disease because of inability to pay for care, multiple pathology, poor diagnostic/therapeutic facilities, and high mortality.

KEY WORDS • Medical emergency - Malaria - Visceral amebiasis - HIV infection/AIDS - Multifocal tuberculosis.

Cette question est récurrente et rejoint celle-ci : qu'est ce que la médecine tropicale ? Est-ce une médecine faite dans des régions chaudes, une médecine avec de faibles moyens diagnostiques et thérapeutiques, une médecine se résumant à des pathologies exclusivement intertropicales ?

Pour répondre à cette question, quelques observations valent mieux qu'un long discours.

PREMIERE OBSERVATION

Un homme de 50 ans consulte pour un syndrome gripal évoluant depuis 6 jours.

À l'entrée, il se plaint de fièvre avec frissons, de céphalées, de myalgies et de vomissements. L'examen clinique est normal. Les examens biologiques révèlent une thrombopénie ($18\,000/\text{mm}^3$), une insuffisance rénale modérée (créatininémie = 19 mg/l), une protidémie égale à 60 g/l et une cytololyse hépatique discrète sans cholestase. La goutte

• Travail du Service de Médecine Interne (P.H., Spécialiste du SSA ; K.B., P.K., B.C., L.B., Docteurs en médecine) et du Service Cardiologie (L.F., Spécialiste du SSA), Hôpital d'Instruction des Armées A. Laveran, 13998 Marseille-Armées.

• Correspondance : P. HOVETTE, HIA Laveran, 13998 Marseille Armées, 13998, Marseille Armées, France.



Figure 1 - SDRA sur paludisme sévère.

épaisse et le frottis sanguin identifient de nombreux trophozoïtes de *Plasmodium falciparum* avec une parasitémie estimée à 4 % (174 000 hématies parasitées/mm³). La radiographie pulmonaire (RP) et l'ECG sont normaux.

Il est traité par 8 mg/kg de quinine base toutes les 8 heures précédée d'une dose de charge de 16 mg/kg.

Le 3^e jour, alors que la parasitémie est à 17000 hpm (0,4%), il s'aggrave brutalement avec troubles du comportement, tachypnée, cyanose, hypoxémie sévère (PaCO₂=34,9 mmHg; PaO₂=38,5 mmHg; SaO₂=74,3%).

La RP visualise de multiples opacités alvéolaires des 2 champs pulmonaires.

Le patient est transféré en réanimation pour une assistance respiratoire en pression expiratoire positive puis rapidement intubé. Il doit être ventilé à FiO₂= 1 avec une pression expiratoire positive à 10 cm de H₂O pour obtenir une SaO₂ à 90 %.

Son épouse qui avait pris, le 1^{er} jour, 600 mg de chloroquine, est vue également au 6^e jour d'évolution. Elle présentait un tableau similaire avec une parasitémie à *Plasmodium falciparum* égale à 2 % (90 000 hpm). Elle bénéficia d'un traitement identique par quinine IV pendant 48 heures suivi d'un relais par quinine orale (1,5 g/24heures) de 5 jours sans complication.

DEUXIEME OBSERVATION

Une femme de 27 ans, sans antécédent, primipare et primigeste, était transatée de la maternité où elle avait été admise pour un accouchement prématuré, pour une détresse respiratoire, un choc hémodynamique, un ictère et une défense de l'hypochondre droit.

La RP visualisait une miliaire pulmonaire et l'échographie abdominale montrait des abcès péricavitaire et rénaux.

Les hémocultures, l'ECBU et le LCR étaient stériles.

Les frottis sanguins du culot de centrifugation de sang total, colorés par la technique de Ziehl Nielsen, visualisait 5 BAAR sur la lame.

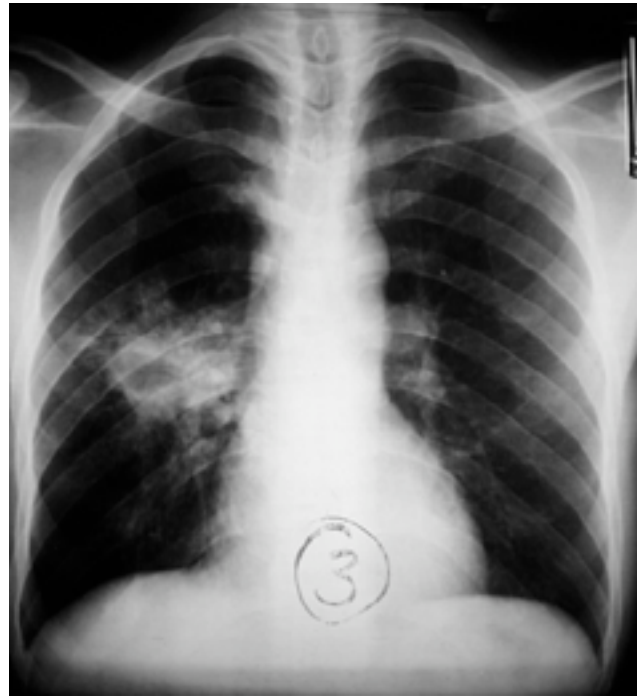


Figure 2 - Pneumopathie hilairale droite.

Malgré un traitement symptomatique et spécifique, la malade décédait 6 heures après son entrée. La culture identifiait *M. tuberculosis*.

Pathologie cosmopolite

mais tableau historique

Nécessité d'adaptation des techniques

TROISIEME OBSERVATION

Un homme de 34 ans, militaire de carrière, ayant séjourné au Congo et en Guinée Bisau dans le cadre de forces multinationales, est hospitalisé pour une pneumopathie fébrile hilairale droite.



Figure 3 - Radiographie pulmonaire de face montrant une cardiomegalie.

La goutte épaisse est positive pour un *Plasmodium falciparum* avec une parasitémie estimée 1 %.

Les examens cyto bactériologiques des crachats permettent d'isoler *Salmonella enteritidis*, la recherche de BAAR dans les tubages gastriques est positive et les sérologies pour le VIH 1 et le VIH2 sont positives.

Dans cette observation apparaît certaines des caractéristiques des urgences de médecine tropicale.

Retard thérapeutique

Pathologie exotique

Infections multiples

Terrain débilité

QUATRIEME OBSERVATION

Un homme âgé de 60 ans était hospitalisé dans un tableau de collapsus fébrile. L'anamnèse retrouvait la notion de précordialgies rétrosternales à type de brûlure évoluant depuis 3 jours, partiellement soulagées par la position penchée en avant, et évoluant dans un contexte de fièvre.

A l'admission, le patient était dyspnéique et ne tolérait pas le décubitus. La température était à 39°C, la pression artérielle systolique à 70 mm Hg, le pouls à 100/mn et très mal perçu en inspiration, mieux frappé en expiration forcée. L'auscultation cardiaque objectivait un bruit surajouté de frottement râpeux systolo-diastolique, sans souffle associé. Il existait une turgescence jugulaire spontanée, une hépatomégalie et un reflux hépatojugulaire. La radiographie thoracique montrait un élargissement de l'in-

dex cardiaque (Fig. 3). A l'électrocardiogramme, il existait une tachycardie sinusale associée à des ondes T négatives de manière diffuse dans toutes les dérivations. Les paramètres biologiques obtenus en urgence montraient la présence d'une polynucléose (15 000 leucocytes/mm³, avec 82 % de polynucléaires neutrophiles) et syndrome inflammatoire avec fibrinogène à 7,5 g/l et C réactive protéine à 155 mg/ml.

Chez ce malade en adiestolie par tamponade due à une péricardite amibienne, comme l'évoquer le pus chocolat, recueilli par la ponction-drainage du péricarde, réalisée à l'aiguille par voie sous-xyphoïdienne sous contrôle échographique et confirmée par la sérologie ainsi que le test thérapeutique au métronidazole.

Complication sévère d'une pathologie de la ceinture de la pauvreté nécessitant un geste urgent.

CONCLUSION

Pour conclure, les urgences médicales en milieu tropical ont les caractéristiques suivantes :

- adulte souvent jeune ;
- terrain carencé ou immunodéprimé (infection VIH/sida) ;
- pathologie exotique sévère ou compliquée ;
- affections multiples ;
- tableau sévère souvent dû au retard de traitement lié à la difficulté de recours aux soins payants ;
- moyens diagnostiques et thérapeutiques faibles ;
- mortalité élevée ■