

## PALUDISME D'IMPORTATION TARDIF À *PLASMODIUM FALCIPARUM* DE L'ADULTE

En France, 98 % des cas de paludisme d'importation à *P. falciparum* surviennent dans les deux mois suivant le retour de la zone d'endémie (1). Nous rapportons 2 cas de paludisme à *P. falciparum* diagnostiqués respectivement 18 et 19 mois après le retour.

Cette éventualité rare, mérite d'être rappelée, pour souligner la nécessité de ne pas récuser *a priori* ce diagnostic, devant une fièvre de survenue lointaine par rapport à la date de retour.

Un homme de 20 ans était admis le 1<sup>er</sup> juillet 1995 pour une fièvre à 40°C évoluant depuis 2 jours. Il avait séjourné en Côte d'Ivoire en 1992, puis en Indonésie en décembre 1993, sous prophylaxie antimalarique adaptée. L'hémogramme montrait une thrombopénie isolée (94 000 plaquettes/mm<sup>3</sup>). Le frottis sanguin mettait en évidence des trophozoïtes de *P. falciparum* (parasitémie à 0,04%), dont l'identification était confirmée par le Centre National de Référence de la chimiosensibilité du paludisme (Hôpital Bichat). La guérison était obtenue après 7 jours de quinine *per os*. En l'absence d'autre mode de contamination (toxicomanie, actes médicaux, proximité d'un aéroport), l'hypothèse d'un paludisme tardif à *P. falciparum* survenu 18 mois après le retour était retenue.

Une femme de 23 ans, ivoirienne, enceinte de 20 semaines, résidant en France depuis 5 ans, était hospitalisée pour des céphalées fébriles évoluant depuis 10 jours. Elle ne rapportait pas d'antécédent de toxicomanie ni de transfusion. Depuis son retour d'un séjour à Abidjan sans chimioprophylaxie 19 mois plus tôt, elle n'avait pas quitté le territoire. L'hémogramme était normal, mais le frottis sanguin affirmait le diagnostic de paludisme à *P. falciparum* (parasitémie < 0,01%), espèce confirmée par polymérase-chain-réaction (PCR) en temps réel. La guérison était obtenue après administration de quinine pendant 7 jours. La recherche d'une immunodépression (sérologie VIH, dosage des immunoglobulines (GAM) et des sous fractions IgG) était négative. L'enquête épidémiologique éliminait la possibilité d'un paludisme autochtone (absence de visiteurs ou de bagages provenant d'une zone endémique en particulier) et concluait au diagnostic de paludisme d'importation tardif à *P. falciparum* 19 mois après le retour de Côte d'Ivoire.

Selon les données de surveillance épidémiologique du paludisme d'importation à *P. falciparum* (de l'adulte) en France, la survenue d'un paludisme à *P. falciparum* plus de 6 mois après le retour est une éventualité exceptionnelle (1). Nos deux observations illustrent le fait que cette notion de délai de survenue du paludisme à *P. falciparum* n'est pas absolue. En effet, depuis leurs descriptions initiales lors de la campagne d'éradication du paludisme menée à l'île Maurice dans les années 60, seuls quelques cas de formes cliniques d'incubation prolongée ont été rapportés dans la littérature, avec un délai d'incubation extrême de 4 ans observé chez une femme enceinte (2-4). Au plan physiopathologique, la durée de vie des stades pré-érythrocytaires de *P. falciparum*, inférieure à 2-3 mois, et l'absence de réinfection d'origine hépatique, bien connue pour *P. vivax* et *P. ovale*, expliquent que l'infection se déclare classiquement dans les 8 à 12 semaines après le retour de la zone d'endé-

mie (1). Cependant, la durée de vie de certaines souches de *P. falciparum* peut être longue, liée à une dysgonie intra-érythrocytaire, en équilibre avec les réactions immunitaires de l'hôte (5). Cet équilibre peut se rompre à l'occasion d'événements intercurrents, grossesse en particulier comme dans notre seconde observation, infection ou intervention chirurgicale.

Ces observations soulignent la nécessité d'évoquer un paludisme à *P. falciparum* devant une fièvre qui ne fait pas rapidement sa preuve, même longtemps après un séjour en zone d'endémie. Enfin, à la lumière du dernier cas de paludisme post-transfusionnel notifié en France en septembre 2002 (donneur originaire d'une zone d'endémie revenu depuis plus de 3 ans) elles soulèvent le problème de la pertinence des outils de prévention du paludisme transfusionnel qui font actuellement l'objet d'une réflexion en France (4, 6-7).

C. RAPP, P. IMBERT, R. FABRE, R. BARRUET, T. DEBORD

• *Travail du Service des maladies infectieuses et tropicales (C.R., médecin en chef, spécialiste des Hôpitaux des Armées ; P.I., Médecin en chef, Spécialiste des hôpitaux des armées ; R.B., Médecin principal, Spécialiste des hôpitaux des armées ; T.D., Médecin chef des services, Professeur agrégé du Val de Grâce) et du Laboratoire de biologie médicale (R.F., Médecin en chef, Spécialiste des hôpitaux des armées), Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France.*

• *Correspondance : RAPP C, Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, 69 avenue de Paris, 94163, Saint-Mandé, Cedex*  
• *Fax : +33 (0)1 43 98 52 79.*

• *Courriel : Rappchristophe@aol.com*

- 1 - LEGROS F, DANIS M - Paludisme d'importation en France métropolitaine (Données épidémiologiques 1999-2000). CNRMI, Bull 16-17-Décembre 2002.
- 2 - KRAJEN S, PANISKO DM, TOBE B, YANG J *et Coll* - Prolonged infection with *Plasmodium falciparum* in a semi-immune patient. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1991 ; **85** : 731-2.
- 3 - GIOBBIA M, TONON E, ZANATTA A *et Coll* - Late recrudescence of *Plasmodium falciparum* malaria in a pregnant woman : a case report. *Int J Infect Dis* 2005 ; **9** : 234-35.
- 4 - ELOY O, ZUILY E, GREDER-BELAN A *et Coll* - Paludisme à *Plasmodium falciparum* quatre ans après le retour de zone d'endémie. *Presse Med* 1998 ; **27** : 1898.
- 5 - MAZIER D - Cycle et biologie des plasmodium - In « DANIS M, MOUCHET J - Paludisme ». Ellipses ed, 1991, pp 25-33.
- 6 - BRUNEEL F, THELLIER M, ELOY O - Transfusion transmitted malaria. *Intensive Care Med* 2004 ; **30** : 1851-2.
- 7 - GARRAUD O, ELGHOUSSEI MH - Le risque parasitaire transfusionnel : quels contrôles au regard de la directive européenne. *Transfus Clin Biol* 2005 ; **12** : 275-85.

## AMIBIASE HÉPATIQUE COMPLIQUÉE CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS

L'amibiase hépatique est la principale localisation extra-intestinale de l'infection à *Entamoeba histolytica*. Chez l'enfant, il s'agit d'une pathologie rare et de pronostic plus sévère que chez l'adulte (1-6), particulièrement chez le nourrisson (1, 2, 4, 5). Nous rapportons un cas survenu chez un enfant de 3 ans dont l'évolutivité malgré un traitement par

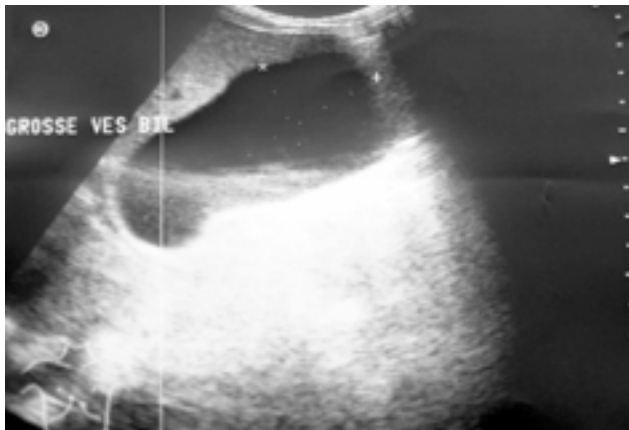


Figure 1 - Echographie (J1) : hydrocholécyste.

métronidazole et deux ponctions hépatiques a nécessité le recours à un drainage chirurgical.

Un garçon de 3 ans résidant à Saint-Louis, Sénégal, est admis à l'Hôpital Principal de Dakar pour des douleurs abdominales intenses, une diarrhée liquidienne et une fièvre évoluant depuis 7 jours malgré un traitement par quinine. L'examen clinique à l'admission (J1) note un poids à 20 kg, une fièvre à 38,5°C, un état général altéré et une hépatomégalie douloureuse mesurée à 10 cm sous l'aube costal et visible sous forme d'une voussure épigastrique. A la biologie, leucocytose à 41300/mm<sup>3</sup>, VS à 128 mm, ASAT et ALAT élevées respectivement à 5 et 2 fois les valeurs normales, bilirubinémie normale, glycémie à 0,27 g/L, taux de prothrombine (TP) à 24%. La goutte épaisse est négative et les hémocultures sont stériles. L'échographie révèle une collection hétérogène du lobe gauche du foie de 86 mm de grand axe et un hydrocholécyste (Fig. 1) sans dilatation des voies biliaires. La sérologie de l'amibiase (technique en hémagglutination) est à 1/20 (seuil de positivité : 1/5). Le traitement comporte du métronidazole 35 mg/kg/j en intraveineux, associé initialement à la céfazoline et à la gentamicine et poursuivi pendant 10 jours, et l'administration de vitamine K. Une ponction hépatique percutanée guidée par l'échographie (TP à 47%) ramène 180 mL de pus «chocolat» stérile,

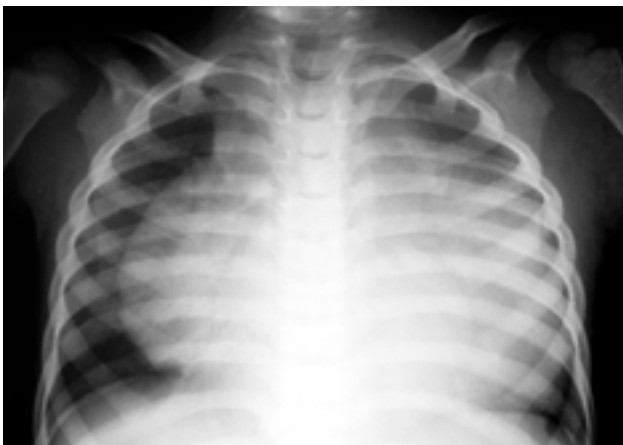


Figure 2 : Radiographie du thorax de face (J13) : cardiomégalie majeure.

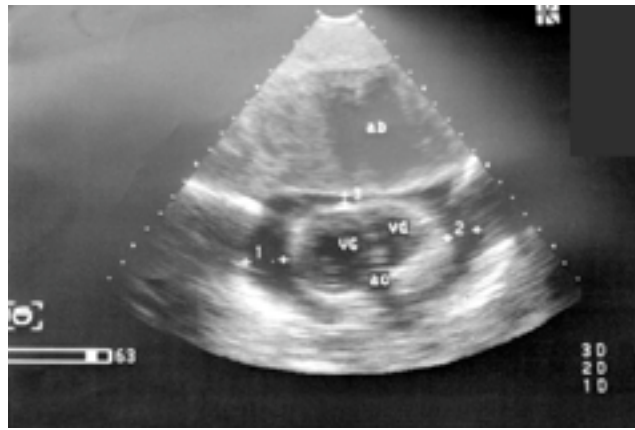


Figure 3 - Echographie (J13) : abcès hépatique persistant du lobe gauche (ab), épanchement péricardique circonconférentiel (1, 2).

permettant une amélioration partielle des douleurs. Cependant à J6, la fièvre persiste et apparaît une dyspnée. La radiographie thoracique montre l'apparition d'une cardiomégalie et d'une pleurésie droite. L'échographie montre l'abcès hépatique de volume inchangé, et des épanchements périhépatique, péricardique et pleuraux bilatéraux, de faible abondance. La ponction pleurale droite exploratrice confirme la nature séro-fibrineuse de la pleurésie. La ponction hépatique ramène 200 mL d'un liquide citrin stérile, apportant une amélioration transitoire. A J13, l'enfant a maigri de 6 kg depuis l'admission et présente toujours des accès fébriles et une dyspnée. La radiographie (Fig. 2) et l'échographie (Fig. 3) montrent une cardiomégalie majeure rapportée à une majoration de l'épanchement péricardique, devenu cloisonné et compliqué de signes de pré-tamponnade, tandis que les dimensions de l'abcès hépatique demeurent inchangées. Un double drainage chirurgical est alors réalisé, évacuant un liquide séro-fibrineux stérile de l'abcès du foie et du péricarde. L'évolution est alors spectaculaire, avec disparition de la dyspnée en 48 h, de la fièvre, des douleurs et de l'hépatomégalie en 5 jours, et reprise de l'appétit. Les drains sont enlevés au 6<sup>e</sup> jour. La biologie est normalisée à la sortie (J30). L'enfant est revu 1 mois plus tard. L'état clinique est normal et l'échographie montre une image hépatique hypoéchogène de 30 mm de grand axe, sans anomalie associée.

L'amibiase hépatique est rare chez l'enfant, particulièrement chez le nourrisson (1-6). Elle a été exceptionnellement rapportée chez le nouveau-né (7). Dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar, elle concerne moins d'un enfant parmi 2500 admissions annuelles en moyenne, le cas rapporté étant le plus jeune que nous ayons observé. Les abcès du foie à pyogènes sont beaucoup plus fréquents (3, 8). La prédominance masculine, notée chez l'adulte, est moins marquée chez l'enfant (1, 6) et absente chez le nourrisson (4). Cette différence pourrait, selon certains, être due à la carence martiale, fréquente chez l'enfant et de prévalence égale dans les deux sexes, qui aurait un effet protecteur vis-à-vis de l'amibiase hépatique (4). Le diagnostic est plus difficile chez l'enfant en raison d'un tableau volontiers aspécifique (fièvre, toux, dyspnée, anémie, cytolysse hépatique) et de la positivité parfois retardée de la sérologie (2-4). Il en résulte un retard thérapeutique, facteur contribuant au pronostic globalement plus sévère que chez l'adulte (1, 4, 9). Chez l'enfant, les

ruptures sont plus fréquentes (5), ainsi que les formes fulminantes avec choc septique décrites surtout chez les nourrissons (4,7) et la létalité est plus élevée, pouvant approcher 50 % chez le nourrisson (1,2,4). C'est pourquoi, si le métronidazole est comme chez l'adulte la base du traitement à la posologie de 35 à 50 mg/kg/j pendant 10 jours (10), la ponction percutanée échoguidée, indiquée surtout dans les abcès de plus de 70 mm de grand axe ou localisés au lobe gauche, ou bien en l'absence de réponse après 48 h de traitement médical (3, 5, 6, 8), est réalisée plus largement chez l'enfant par certains auteurs (6, 8). Le recours au drainage chirurgical reste exceptionnel et doit être réservé aux échecs de la ponction (3, 5, 8), comme dans le cas rapporté, ou aux complications telles que la rupture (1, 3, 5).

A.S. KA, P. IMBERT, M.N. SEYE, I. DIAKHATÉ, P. GÉRARDIN, V. BROUSSE

• *Travail du Service de pédiatrie (A.S.K., Spécialiste du Service de Santé des Armées, Chef de service; M.N.D.S., Assistant du Service de Santé des Armées), Hôpital Principal de Dakar, Sénégal, du Service des maladies infectieuses et tropicales (P.I., Spécialiste du Service de Santé des Armées, Adjoint au chef de service, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé, du Département d'imagerie médicale (I.D., Spécialiste du Service de Santé des Armées, Adjoint au chef de service), Hôpital Principal de Dakar, Service de réanimation néonatale et pédiatrique, (P.G., Praticien hospitalier), Hôpital de Terre-Sainte, Saint-Pierre et du Service de pédiatrie générale (V.B., Praticien hospitalier), Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris.*

• *Correspondance : A.S. KA. Service de pédiatrie, Hôpital Principal de Dakar, BP 3006, Dakar, Sénégal • Fax +221 839 50 88.*

• *Courriel : kasidy@refer.sn*

- 1 - OMANGA U, MASHAKO M - Abcès amibien du foie chez l'enfant. Etude de 47 cas observés de 1964 à 1979 à la clinique pédiatrique de l'université de Kinshasa. *Med Trop* 1981 ; **41** : 425-30.
- 2 - HAFFAR A, BOLAND FJ, EDWARDS MS - Amebic abscess in children. *Pediatr Infect Dis* 1982 ; **1** : 322-7.
- 3 - MOORE SW, MILLAR AJ, CYWES S - Conservative initial treatment for liver abscesses in children. *Br J Surg* 1994 ; **81** : 872-4.
- 4 - JOHNSON JL, BAIRD JS, HULBERT TV, OPAS LM - Amebic liver abscess in infancy: case report and review. *Clin Infect Dis* 1994 ; **19** : 765-7.
- 5 - PORRAS-RAMIREZ G, HERNANDEZ-HERRERA MH, PORRAS-HERNANDEZ JD - Amebic hepatic abscess in children. *J Pediatr Surg* 1995 ; **30** : 662-4.
- 6 - MOZAM F, NAZIR Z - Amebic liver abscess: spare the knife but save the child. *J Pediatr Surg* 1998 ; **33** : 119-22.
- 7 - NAZIR Z, QAZI SH - Amebic liver abscesses among neonates can mimic bacterial sepsis. *Pediatr Infect Dis J* 2005 ; **24** : 464-6.
- 8 - GUITTET V, MÉNAGER C, MISSOTTE I et Coll - Les abcès hépatiques de l'enfant : étude rétrospective de 33 cas observés en Nouvelle-Calédonie de 1985 à 2003. *Arch Pediatr* 2004 ; **11** : 1046-53.
- 9 - ANGEL C, CHAND N, SANKAR A et Coll - Gastric wall erosion by an amebic liver abscess in a 3-year-old girl. *Pediatr Surg Int* 2000 ; **16** : 429-430.
- 10 - HAQUE R, HUSTON CD, HUGHES M et Coll - Amebiasis. *N Engl J Med* 2003 ; **348** : 1565-73.



## Bon de Commande

Nom et Prénom .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville .....

Tel..... Fax .....

Courriel .....

Tarif : 39 € (franco de port)

### Bon de commande à renvoyer à :

IMTSSA, Centenaire du Pharo, BP 46, 13998 Marseille Armées, France •  
Tel 04 91 15 01 44 • Courriel : imtssa.asmt@wanadoo.fr •

Chèque à l'ordre des Actualités du Pharo