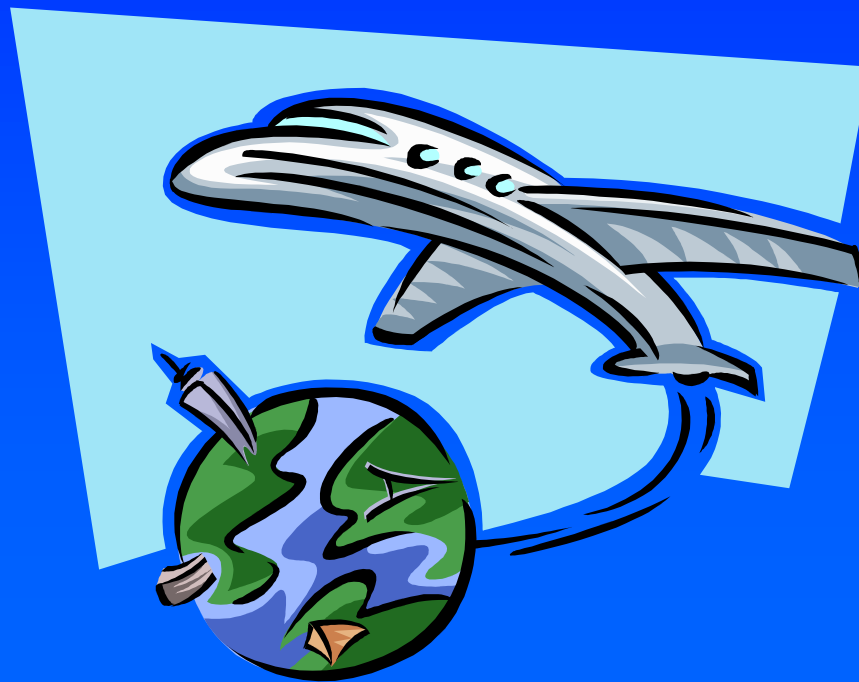


# PATHOLOGIES DU VOYAGEUR



**M.GALZIN**

**Médecine Interne**

**HIA LEGUEST**

# INTRODUCTION

Mobilité croissante des populations

Absence de prophylaxie parfaite

50 million de voyageurs/an : 50% présentent des Pb de santé.  
8% nécessitent des soins médicaux.  
Fievre, Diarrhée, Pb. dermatologiques

Vaste éventail étiologique



Interrogatoire et examen clinique minutieux  
Examens paracliniques simples  
Arguments de fréquence

FIEVRE=PALU

**FIEVRE**

**DIARRHEE**

**PRURIT**

**HYPEREOSINOPHILIE**

**Recommandations sur les vaccins**

# **CONDUITE A TENIR DEVANT UNE FIEVRE**

**CHERCHER LES CRITERES DE GRAVITE**

Introduction

Interrogatoire

Examen clinique

Examens paracliniques

Etiologies

**Paludisme**

**Ictère**

**Diarrhée**

**Splénomégalie**

**Adénopathie**

**Hépatomégalie**

**Méningo encéphalite**

**Eruption cutanée**

Conclusion

# INTERROGATOIRE

**Antécédents personnels**

**Mode de vie durant le séjour**

**Mesures prophylactiques**

**Signes fonctionnels et leurs évolutions**

**Intensité et le type de fièvre**

**Provenance géographique**

**Délai : retour et apparition de la fièvre**

# TEMPS ECOULE DEPUIS LE RETOUR

Toutes  
maladies  
tropicales

Toutes sauf :

- Arboviroses
- Borrelioses
- Leptospiroses
- Rickettsioses
- Salmonelloses
- Shigelloses

Que peut on encore observer

- Amibiase hépatique
- Hépatite B
- Paludisme non falciparum
- Leishmaniose
- Lymphangite filarienne
- Tuberculose
- VIH

0

15 jours

3 mois



# TEMPS D'INCUBATION

## Moins de 15 jours

Shigellose : 1j

Choléra : 2j

Arboviroses : 3j

Borrélioses : 4j

Typhoïde : 8j

Leptospiroses : 8j

Rickettsioses : 10j

Paludisme : 7j

## Au delà

Paludisme

Trypanosomiase

Amibiase

Hépatite

Bilharziose

Leishmaniose



# FREQUENCE DES ETIOLOGIES

|                    |     |
|--------------------|-----|
| Paludisme          | 50% |
| Salmonellose       | 10% |
| Amibiase hépatique | 7%  |
| Hépatites virales  | 5%  |
| Bilharziose        | 4%  |
| Shigellose         | 4%  |

# EXAMEN CLINIQUE

- Ictère
- Eruption cutanée
- Splénomégalie
- Hépatomégalie
- Adénopathies
- Syndrome méningé
- Signes neurologiques

# EXAMENS PARACLINIQUES

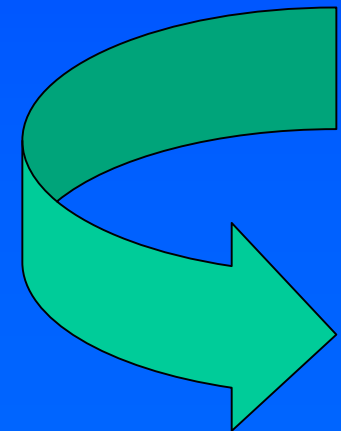
- NFS
- Syndrome inflammatoire
- Frottis, QBC, Parasight
- Bilan rénal et hépatique
- ECBU
- RX pulmonaire
- Echographie abdominale

# LE PALUDISME

REF : 12<sup>e</sup> conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse ( HIA BEGIN, 14/04/99)

- 100 Pays concernés, incidence annuelle : 500 millions de cas
- 1 million de mort par an
- Maladie fébrile d'importation la plus fréquente (7127 cas)
- PF : 4000 cas, 3% de formes graves. 20 décès an.
- Aucune prophylaxie n'est efficace à 100%
  
- Le diagnostic doit être évoqué systématiquement
- Grande diversité de la présentation clinique :
  - Signes généraux, fonctionnels, examen
- Savoir reconnaître les signes de gravité
- Arguments biologiques indirects
- Le diagnostic de certitude
- Les traitements

.....Le paludisme étant écarté,  
les autres diagnostics seront évoqués  
sur des signes cliniques indicateurs...



# UN ICTERE

## Hépatite virale A,B,E

Incubation, phase prodromique, ictère  
Diagnostic sérologique

## Distomatose hépatobiliaire

Incubation, période d'invasion ( hépatite toxi-infectieuse )  
Diagnostic sérologique, Période d'état : KOP

## Leptospirose

Incubation de 6 à 12 J, ictère fébrile à rechute, Sd. Méningé  
et hémorragique, Ins. rénale  
Diagnostic sérologique

## Fièvre jaune

Incubation de 3 à 6 J. Début brutal, phase rouge puis jaune  
Contexte sporadique ou épidémique  
Diagnostic sérologique

# UNE DIARRHÉE

## Salmonellose

Maladie des mains sales, incubation : 14 j.

Fièvre progressive en 7j puis plateau avec tufos et stade des complications

Orientation : dissociation pouls/T°, leucopénie, SPN

Diagnostic : hémoculture, coproculture

## Shigellose

Sd. Dysentérique fébrile, incubation brève.

Possibilité de shigelloses malignes

Orientation : hyperleucocytose

## Causes virales

Diarrhées invasives, de type entérotoxinique

Rotavirus

# UNE SPLENOMEGALIE

Typhoïde, Paludisme, Hépatite virale ...

## Leishmaniose viscérale

Incubation silencieuse de 1 à 2 mois, fièvre anarchique

Sd. Hépato-spléno-adénomégalique

Diagnostic orienté par la leuconeutropénie,  
certitude par la mise en évidence des parasites.

## Borreliose

Incubation de 10 jours, Sd. Infectieux franc et brutal,  
Polyalgie. Apyrexie, rate accordéon puis récurrences



# DES ADENOPATHIES

## Filariose lymphatique

Incubation de 3 mois, manifestations aiguës :  
adénites superficielles ou profondes  
lymphangite centrifuge ou Sd. Dououreux.

## Trypanosomiase

Incubation de 21 jours puis Sd. Fébrile lors de la  
phase de généralisation avec ADP, HSM et signes cutanés  
Bio : anémie, hypergammaglobulinémie, plasmocytose

## Primo infection à VIH

## Denque

# UNE HEPATOMEGALIE

Amibiase hépatique : triade de Fontan  
Diagnostic sérologique

Abcès bactériens

Hydatidose hépatique surinfectée

Leishmaniose viscérale

Bilharziose en phase d'invasion

# SYNDROME MENINGO-ENCEPHALITIQUE

Méningite et/ou encéphalite

Bactérienne ou virale cosmopolite

Trypanosomiase

Tuphos

Arboviroses

# UN EXANTHEME

Arbovirose

Rickettsiose : fièvre, obnubilation, exanthème  
Maculopétéchial.

VIH

Trypanosomiase

# HEMORRAGIES

## Fièvres virales hémorragiques

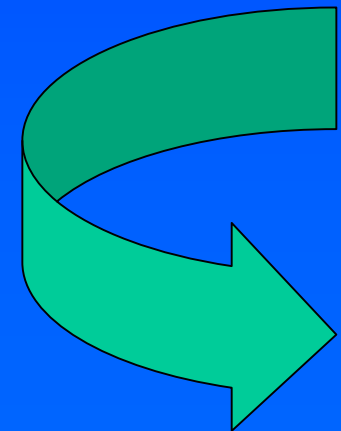
Incubation de 3J à 3 semaines, phase d'invasion puis Sd. Hémorragique. (Lassa, Marburg, Machupo)

## Arboviroses

dengue avec contexte épidémique, Sd.  
Pseudo grippal

## Leptospirose, rickettsioses

....Le paludisme étant écarté,  
les autres diagnostics seront évoqués  
sur des signes cliniques et  
paracliniques indicateurs...



# HEMOGRAMME

**Leuconeutropénie** : Leishmaniose, Typhoïde, Brucellose.

**Anémie** : Paludisme, Leishmaniose, Babésiose.

**Polynucléose** : Amibiase, Leptospirose.

**Thrombopénie** : Arbovirose, Paludisme, Leishmaniose.

**Lymphomonocytose** : VIH, MNI, CMV, Toxoplasmose.

**Hyperéosinophilie** : Bilharziose, trichinose, impasses parasitaires.

NE PAS OUBLIER ...

... LA TUBERCULOSE



# CONCLUSION I

**Rôle primordial des conseils pratiques personnalisés adaptés aux lieux et aux conditions de séjour avant le voyage.**

**Vérification des vaccinations.**

**...mais le risque infectieux ne sera jamais annulé sous les tropiques...**

# CONCLUSION II

**Examen clinique mené comme une enquête :  
un interrogatoire, des indices, des signes cliniques,  
des probabilités, une preuve.**

**En absence de preuve : place du traitement d'épreuve.**

**Le paludisme doit toujours être évoqué**

# CAT DEVANT UN PRURIT

Affections cosmopolites : dermatoses prurigineuses, parasitoses, hémopathies, étiologies endocriniennes et métaboliques.

Etiologies tropicales :

Non infectieuses : photodermatoses, dermite de contact, piqures d'insecte

Infectieuses : parasites larva migrans, bilharziose, myases, filarioses

Virus : VIH, Hépatites, Arboviroses

# ELEMENTS D'ORIENTATION

Le patient

Le séjour

Caractères du prurit

# PRURIT ET SIGNES GENERAUX

FIEVRE : BILHARZIOSE, FILARIOSES, VIROSES

SIGNES PULMONAIRES : LÖFFLER

SIGNES DIGESTIFS : ANGUILLULOSE, DISTOMATOSE,  
TOXOCAROSE, ANKYLOSTOME

SIGNES NEUROLOGIQUES

POLYADENOPATHIES

# PRURIT ET LESIONS CUTANEEES

PHOTODERMATOSE

PRURIGO

LARVA MIGRANS

OEDEME

URTICAIRE

# PHOTODERMATOSE

## TOPOGRAPHIE

ASPECT : erytheme,  
eczema, bulles

## ETIOLOGIES

Aggravation d'une  
dermatose, phototoxicité  
(TTT à risque)

## TRAITEMENT

Dermocorticoïdes

Emollients

# PRURIGO

TOPOGRAPHIE : Zones  
découvertes

Papules, Vésicules,  
Excoriations

## ETIOLOGIES

Classiques : cholestase,  
insuffisance rénale, diabète,  
hémopathie

Arthropodes : risques de  
surinfection, eczématisation

Gale



# LARVA MIGRANS CUTANEE

DEFINITION / IMPASSE PARASITAIRE

ANKYLOSTOMES D'ANIMAUX

ANGUILLULE

TRAITEMENTS

CRYOTHERAPIE

ALBENDAZOLE

IVERMECTINE

# OEDEME PRURIGINEUX

## OEDEME UNILATERAL D'UN MEMBRE

Gros bras camerounais

Primo invasion chez le voyageur

Diagnostic de présomption

Diagnostic de certitude

## OEDEME LOCALISE FUGACE

Loase ?

# URTICAIRE AIGUE

ETIOLOGIES  
COSMOPOLITES

HELMINTHIASES EN PHASE  
D'INVASION

Bilharziose, Ascariidiose, Trichinellose,  
ankylostomiose, anguillulose

# DIVERS

BOURBOUILLE

MYASES

TUNGOSE

DERMITE DE CONTACT

# DIARRHÉE DU VOYAGEUR

DEFINITION

ETIOLOGIES VARIÉES

GRAVITÉ POTENTIELLE

Age, Durée et conditions du voyage, Co-morbidité :  
diminution de l'acidité gastrique,  
immunodépression, traitements à risque.

# ETIOLOGIES DES DV

infections

Bactéries :  
80%

Virus : 10-20%

Parasites : 5-  
10%

Péril fécal

F. Psychogène

Alimentation

Voyage

Climat

Traitement

Acces palustre

# BENIGNITE RELATIVE

40% : Emploi du temps modifié

20-30% : Alitement

<1% : Hospitalisation

10% : Durée > 7 jours

2% : Evolution chronique

# Qui, quand et comment explorer ?

Sd.  
Dysentérique

NFS-CRP

Iono-Urée-Créat

KOPX3

+/- :  
endoscopie/biopsies

Absence de  
dysenterie

Durée < 72h

Fièvre 0

Deshydratation 0

Terrain fragile 0

Pas de bilan  
étiologique initial



# TRAITEMENT

Symptomatique

Compensation hydroélectrolytique

Antiémétique

Antidiarrhéique : antisécrétoire

ETHIPATHOG2NIQUE

Antiseptiques intestinaux

Antibiotiques

Antiparasitaires

# En pratique

Diarrhée aiguë bénigne

Dysenterie ou facteurs de  
risque : AB/Imidazolés

Diarrhée persistante :  
enquête étiologique

TTT spécifique si possible

Sinon AB puis imidazolés

# MESURES PROPHYLACTIQUES

Hygiène alimentaire

Prophylaxie médicamenteuse

Peser le rapport bénéfice/risque/efficacité

## QUINOLONES

Deficit immunitaire

Pathologie sous jacente à risque de décompensation

Conditions d'hypoacidité ou achlorhydrie

# HYPEREOSINOPHILIE

Une cellule ambiguë : ange ou démon ?

Parasites pluricellulaires avec passage tissulaire.  
Courbe de Lavie

Chercher la cause et les conséquences.

# HYPEREOSINOPHILIE

Chercher un contexte systémique, allergique, carcinologique.

HES isolée : NFS, KOP, Sérologie : Toxocarose, Distomatose, Hydatidose, Bilharziose, Filariose.

Place du traitement d'épreuve.

# VACCINATIONS

1° Obligation administrative

2° Etude des risques réels encourus par le voyageur : Situation sanitaire du pays visité, Conditions, durée du séjour, saison.

Caractéristiques propres du voyageur.

## VACCINATIONS II

Mise à jours des vaccinations classiques

Pour les enfants : rougeole à partir de 9 mois avec revaccination 6 mois plus tard.

BCG et VHB dès la naissance si risque élevé.

## VACCINATIONS III

En fonction de la situation épidémiologique

Fièvre jaune : possible dès 6 mois. Déconseillé pdt la grossesse.

Encéphalite japonaise : à partir de 1 an.

Encéphalite à tiques : Possible à partir de 3 ans.

Méningite à méningocoques.

VHA, VHB, Typhoïde, Rage, Cholera.



# CONCLUSIONS

« GARDER LE VOYAGEUR VIVANT ET EN BONNE SANTE »

Ref : BEH n°24-252005 du 140605    NEJM : 12/01/06. 354;2 : 119-130.

Médecine préventive et curative

Connaissances médicales,  
géographiques et culturelles