



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/PEDPUE/>



ARTICLE ORIGINAL

Principales pathologies des enfants revenant de vacances dans leur pays d'origine

Pathologies in children coming back from holidays in their native countries

J.-Y. Siriez^{a,*}, C. Vitoux^a, L. Holvoet^a, E. Bourrat^b

^a Service d'accueil des urgences, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^b Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

MOTS CLÉS

Enfants migrants ;
Paludisme ;
Bilharziose ;
Nématodoses ;
Diarrhée de retour ;
Hépatites ;
Dermatoses tropicales

KEYWORDS

Migrant children;
Malaria;
Bilharziosis;
Intestinal nematodes;
Diarrhea;

Résumé De nombreux enfants, migrants ou issus de migrants, partent chaque année en vacances dans le pays d'origine de leurs parents ou grands-parents ; certains d'entre eux rentrent en France atteints de pathologies dont la présentation clinique peut être déroutante. La suspicion de paludisme chez un enfant revenant d'une zone d'endémie est de diagnostic clinique difficile et nécessite la réalisation rapide d'un frottis, d'une antigénémie et d'une goutte épaisse. Le traitement en cas de positivité de ces examens est urgent. La bilharziose urinaire est souvent révélée par une hématurie ; l'absence d'œufs dans les urines ne permet pas d'éliminer le diagnostic. Le traitement des diarrhées bactériennes de retour ne ressortit pas toujours à une antibiothérapie ; dans la fièvre typhoïde, le relais rapide de l'antibiothérapie parentérale par l'azithromycine per os peut être envisagé. Le traitement des nématodoses intestinales (en dehors de l'anguillulose) fait désormais plus appel à l'albendazole qu'au flubendazole. La vaccination contre l'hépatite A devrait être la règle chez les enfants partant en zone d'endémie ; le portage inapparent ou paucisymptomatique à cet âge peut, en effet, conduire à la contamination d'un adulte, aux conséquences parfois redoutables. Les conditions climatiques, épidémiologiques et environnementales favorisent, chez l'enfant, des dermatoses dont la présentation est inhabituelle et dont les différents diagnostics sont discutés.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Many children of African origin leave France each summer to spend one or two months in their grandparents' country. They sometimes come back with pathologies of unusual presentation. Suspicion of malaria quickly needs to be confirmed with thin and thick blood films; treatment is urgent. *Schistosoma haematobium*, often revealed by haematuria, may be under diagnosed; absence of eggs in urine sample needs more investigations.

In most cases, acute bacterial diarrhea does not need antibiotics. For some years, parenteral antibiotherapy in typhoid fever tends to be shorter and is sometimes taken over with azithromycin. Intestinal nematodes (except *Stongyloides intestinalis*) are treated with ivermectin better than flubendazole.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-yves.siriez@rdb.aphp.fr (J.-Y. Siriez).

Hepatitis; Tropical dermatosis

Vaccination against hepatitis A should be the rule in children going to endemic countries. Children infected with hepatitis A are often asymptomatic and may infect adults, with, sometimes, strong consequences.

Climatic, epidemiological and environmental conditions in tropics may cause further unusual dermatosis in children. Main diagnoses are discussed.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

En 1999, l'INSEE estimait le nombre d'enfants vivant en France, immigrés ou dont au moins un parent était un immigré, à environ 580 000 pour ceux originaires du Maghreb, 200 000 originaires d'Afrique subsaharienne et moins de 70 000 originaires d'Asie du Sud-est. Une proportion difficile à chiffrer de ces enfants, dont le nombre a probablement augmenté ces huit dernières années, rend visite chaque année aux membres de la famille restés dans leur pays d'origine. Après un séjour souvent long, la plupart du temps au cours des grandes vacances d'été, certains d'entre eux rentrent en France atteints de pathologies dont la présentation peut dérouter des cliniciens non avertis et retarder le diagnostic ainsi que le traitement.

Paludisme

Le paludisme n'est pas la plus fréquente de ces pathologies, mais son évolution est potentiellement grave en peu de temps, particulièrement chez l'enfant. En France, pays le plus touché de l'Union européenne, le nombre de cas annuels estimés de paludisme d'importation, adultes et enfants confondus, est resté stable en 2005 (5300) et en 2006 (5270) après avoir diminué entre 2001 et 2005. En 2005, 3298 cas avaient été déclarés, dont 15 % d'enfants. L'âge moyen de ces derniers était de huit ans, et la très grande majorité d'entre eux était originaire d'Afrique de l'Ouest, du Cameroun et des Comores. Ces enfants étaient presque tous contaminés par *Plasmodium falciparum*, l'espèce la plus dangereuse.

Le paludisme grave est, en effet, l'apanage de *P. falciparum*. Rare en France chez l'enfant, il se manifeste le plus souvent sous forme de troubles de la conscience (sommolence, prostration, coma), de convulsions souvent inaugurales, d'une anémie grave ou plus rarement d'une détresse respiratoire. L'hypoglycémie et l'acidose sont fréquentes. La prise en charge de ces formes graves relève des services de soins intensifs.

Le diagnostic du paludisme commun est cliniquement difficile chez l'enfant. Les signes apparaissent au moins une semaine après son arrivée en zone d'endémie. La fièvre, élevée, irrégulière ou en plateau, est un symptôme retrouvé dans plus de 90 % des cas. Il arrive que le patient n'ait pas de fièvre au moment de la consultation, et son absence ne permet pas de récuser le diagnostic. Cette fièvre est souvent accompagnée chez l'enfant d'asthénie, de nausées (plus rarement de vomissements ou de diarrhée), de céphalées et de douleurs abdominales, réalisant le tableau classique d'embaras gastrique fébrile. Dans cette forme de primo-invasion, l'hépatomégalie et la splénomégalie sont peu fréquentes. Parfois, la fièvre s'accompagne de signes pouvant égarer le diagnostic (angine, éruption cutanée), et seule la notion — essentielle à rechercher — de retour de pays

d'endémie peut mettre sur la voie. Il faut souligner que le retard diagnostique (quatre à neuf jours entre les premiers symptômes et le début du traitement) est particulièrement préoccupant en pédiatrie et qu'il paraît essentiellement lié à l'absence de prise en compte du risque de paludisme au retour de zone d'endémie.

La biologie classique est également peu contributive : anémie la plupart du temps modérée, thrombopénie moins fréquente que chez l'adulte, CRP variable.

Pour ces raisons, toute fièvre chez un enfant au retour d'un pays d'endémie doit faire évoquer un paludisme jusqu'à preuve du contraire et faire procéder immédiatement aux examens diagnostiques, sans tenir compte de la prophylaxie alléguée.

La preuve diagnostique est apportée par la constatation de la présence d'hématozoaires sur le frottis sanguin ou la goutte épaisse (prélèvement sur tube EDTA). Le frottis permet le diagnostic d'espèce et la quantification de la parasitémie, mais c'est une technique peu sensible ; la goutte épaisse utilise une technique de concentration permettant le diagnostic avec seulement dix à 20 hématies parasitées par microlitre de sang. Les tests de diagnostic rapide mettent en évidence des protéines spécifiques des hématozoaires. Ces tests sont d'utilisation simple, mais ils ne doivent pas se substituer au diagnostic parasitologique ; des faux positifs et négatifs ont été rapportés, et une étude prospective multicentrique est en cours pour évaluer leur sensibilité et leur spécificité.

Tout enfant atteint de paludisme doit être hospitalisé (surveillance de l'évolution potentielle vers un paludisme grave et des effets secondaires éventuels du traitement). Toutefois, chez le grand enfant dont le traitement dure plus de 24 heures, le retour à domicile peut être envisagé après la première prise médicamenteuse sous réserve de la compliance du milieu familial et de la possibilité de revoir l'enfant 72 heures après le traitement.

Le traitement de l'accès simple à *P. falciparum* fait appel à cinq molécules.

L'atovaquone-proguanil (Malarone[®]) dispose pour le moment d'une autorisation de mise sur le marché chez les enfants de plus de 12 ans ou 40 kg, à la dose de quatre comprimés (dosés à 250 mg d'atovaquone) par jour pendant trois jours, 30 minutes après un repas contenant au moins 20 g de graisses. Les principaux effets rapportés sont des vomissements, nécessitant parfois un changement de traitement.

La méfloquine (Lariam[®]) est utilisée chez l'enfant de plus de 5 kg (ou de trois mois) à la posologie de 24 mg/kg (dose totale), en deux à trois prises espacées de huit à 12 heures selon l'âge. Des effets secondaires à type de vomissements sont fréquents chez le petit enfant (30 % en dessous de cinq ans), parfois sources d'échec thérapeutique ; un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4170383>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4170383>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)