

Fièvre au décours d'un voyage en zone tropicale

Olivier Bouchaud^{1,*}

125 rue de Stalingrad, 93000 Bobigny, France.

*Auteur correspondant : olivier.bouchaud@aphp.fr (O. Bouchaud)

RÉSUMÉ

La fièvre est un motif de consultation fréquent au retour de zone tropicale. Elle pose souvent des problèmes diagnostiques aux cliniciens et biologistes non spécialisés car outre les pathologies infectieuses cosmopolites, elle peut ouvrir des champs étiologiques inhabituels et potentiellement graves. Trois champs doivent être systématiquement explorés : les maladies fébriles « tropicales » (dont certaines peuvent s'exprimer plusieurs mois voire années après le retour), les maladies fébriles cosmopolites mais acquises pendant le séjour tropical (infections urinaires, pneumopathie...) et les maladies fébriles acquises après le retour qui ne peuvent être qu'un diagnostic d'élimination. L'interrogatoire est un élément clé de la démarche étiologique, les signes d'accompagnement et les délais de survenue apportant des éléments déterminants. Le paludisme, essentiellement après un séjour en Afrique subsaharienne, reste une préoccupation constante et impose de rechercher systématiquement et en urgence la présence d'hématozoaires. La biologie non spécifique, et en tout premier lieu l'hémoGramme, apporte des éléments d'orientation précieux. À côté des techniques biologiques classiques (examen direct, sérologies...), la biologie moléculaire commence à entrer dans les stratégies diagnostiques de routine. Une bonne communication entre biologistes et cliniciens est indispensable pour que la synergie diagnostique opère dans les meilleurs délais. Beaucoup de ces fièvres « du retour » sont évitables par vaccin, chimioprophylaxie, prévention vectorielle, ou le respect de l'hygiène du quotidien et des précautions conseillées lors des consultations de conseils avant le départ.

ABSTRACT

Fever in the returning traveller from tropical areas

Fever is a frequent reason for consultation when returning from tropical areas. It often poses diagnostic problems for clinicians and non-specialist biologists because, in addition to cosmopolitan infectious diseases, it can open up unusual and potentially serious etiological fields. Three fields must be systematically explored: "tropical" febrile illnesses (some of which may be expressed months or even years after return), cosmopolitan febrile illnesses acquired during the tropical stay (urinary tract infections, pneumopathy, etc.) and febrile diseases acquired after the return that can only be a diagnosis of elimination. Interrogation is a key element of the etiological approach, the accompanying signs and the delays of occurrence providing decisive elements. Malaria, mainly after a stay in sub-Saharan Africa, remains a constant concern and requires systematically and urgently looking for the presence of haematzoa. Nonspecific biology, and firstly the hemogram, provides valuable guidance. In addition to classical biological techniques (direct examination, serology, etc.), molecular biology is starting to enter into routine diagnostic strategies. Good communication between biologists and clinicians is essential for the diagnostic synergy to work as quickly as possible. Many of these "return" fevers are preventable by vaccine, chemoprophylaxis, vector prevention, or the respect of daily hygiene and the precautions recommended during travel medicine consultations before departure.

MOTS CLÉS

- diagnostic biologique
- fièvre
- frottis-goutte épaisse
- paludisme
- zone tropicale

KEY WORDS

- biologic diagnostic
- fever
- malaria,
- thin-thick smear
- tropical area

► Introduction

Parmi les étiologies des pathologies au retour de voyages en zone tropicale, la fièvre est l'un des motifs de consultation les plus fréquents. Elle pose souvent des problèmes diagnostiques aux cliniciens et biologistes non spécialisés car outre les pathologies infectieuses cosmopolites, elle peut ouvrir des champs étiologiques inhabituels et parfois rares [1-3].

Paradoxalement au nombre important d'articles sur le sujet disponibles dans la littérature, l'incidence précise des différentes causes de fièvre au retour est mal connue. En effet la majorité des études de référence et notamment les plus récentes, ont été réalisées d'une part dans des centres spécialisés de médecine tropicale avec pour effet de concentrer les étiologies « tropicales » au détriment des causes cosmopolites. À titre d'exemple, le paludisme arrive dans la plupart de ces études comme la première cause de fièvre au retour d'Afrique subsaharienne ou même parfois des zones tropicales en général : la réalité des choses, même s'il faut absolument garder en tête ce diagnostic, est probablement tout autre si on disposait d'études avec l'ensemble des pathologies de retour diagnostiquées « en ville » et dans les centres spécialisés où l'on observerait que les causes cosmopolites, comme par exemple la pyélonéphrite chez la femme voyageuse, sont vraisemblablement en tête de liste. L'autre raison qui ne permet pas de disposer d'évaluations solides d'incidence est liée au fait que les études recrutent les patients consultants ou hospitalisés au retour sans qu'on

ait la possibilité d'avoir le dénominateur. Bizarrement, et y compris dans les revues les plus prestigieuses, ces biais de recrutement ne sont que peu discutés. La seule façon de gommer ces biais serait de réaliser des études en recrutant les voyageurs avant le départ, sans privilégier les centres de conseils aux voyageurs, et en les suivant plusieurs mois après le retour (l'amoebose hépatique survient volontiers 6 à 9 mois voire plusieurs années après le retour). Compte tenu de la relative rareté de la plupart des infections tropicales, le nombre de sujets à recruter (au moins plusieurs dizaines de milliers) et la lourdeur du suivi sont tels que ces études ne sont plus possibles. Les études historiques faites dans les années 80, et dont la pertinence épidémiologique actuelle est discutable, restent donc souvent encore la référence [4]. Le **tableau 1** propose une estimation de la fréquence des différentes causes de fièvre « tropicales » basées sur ces études historiques et actualisées en fonction des données plus récentes mais dont la méthodologie n'est pas toujours optimum. Ces difficultés méthodologiques, ajoutées au fait que certaines infections peuvent être asymptomatiques (dengue par exemple) expliquent la largeur de la fourchette proposée [5-15].

Même si une fièvre au retour peut très bien n'avoir aucun rapport avec le séjour à l'étranger, le premier réflexe est d'envisager les maladies possiblement liées avec ce séjour, en premier lieu desquelles le paludisme du fait de son caractère potentiellement léthal [16].

Ainsi dans le raisonnement étiologique trois champs doivent être systématiquement explorés : maladies fébriles « tropicales », maladies fébriles cosmopolites mais

Tableau 1. Incidence estimée pour 1 mois d'exposition de certaines causes de maladies fébriles diagnostiquées au retour d'un séjour tropical.

Infection	Prévalence	Répartition
Entérite fébrile* (diarrhée du voyageur/turista avec fièvre) <i>*l'entérite non fébrile est beaucoup plus fréquente</i>	4%	Cosmopolite (monde tropical/en développement surtout)
Grippe	1 à 5 %	Cosmopolite
Dengue	0,01 à 1 %	Monde tropical (Asie, Océanie et Amérique tropicale surtout)
Paludisme	- Afrique subsaharienne : 0,5 (Afrique de l'Est) à 3 % (Afrique de l'Ouest) - Asie et Amérique tropicale : 0,001 %	
Hépatite A	0,2 à 0,003 %	Cosmopolite (monde tropical/en développement surtout)
Typhoïde	0,02 à 0,001 %	Monde tropical
Infection par le VIH	0,01 %	Cosmopolite (risque plus élevé dans les pays de fortes prévalences (Afrique subsaharienne, Asie,...))
Méningite (épidémique)	< 0,0001 %	Ceinture de la méningite (zone sahélienne sèche)
Encéphalite japonaise...	< 0,0001 %	Asie uniquement (Sud et Sud-Est)

D'après référence [25].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7645125>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7645125>

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