



La fièvre chez le nouvel arrivant

Yen-Giang Bui

Vous êtes au service de consultation sans rendez-vous un vendredi après-midi. Toutes les cliniques du coin sont fermées. M^{me} Sissoko vous amène son fils Ali, 7 ans, qui fait de la fièvre depuis hier. Tous les deux sont arrivés du Mali il y a trois semaines. L'enfant fait 38,5 °C de fièvre, mais son état général semble bon. Il souffre de coryza et a mal à la gorge. Il a vomi quelques fois et a aussi de la diarrhée.

Que faites-vous ? Devez-vous rassurer la maman en lui disant que c'est tout simplement une infection des voies respiratoires supérieures et retourner Ali à la maison avec de l'acétaminophène ? À quoi d'autre devez-vous penser ?

LA FIÈVRE CHEZ LES IMMIGRANTS et réfugiés comporte un diagnostic différentiel très vaste. L'évaluation initiale devrait viser tout d'abord l'élimination des infections qui peuvent s'avérer rapidement mortelles, comme le paludisme (la malaria), la fièvre typhoïde ou la méningite à méningocoques (*tableau I*). D'autres diagnostics à éliminer en priorité sont les maladies posant un risque potentiel pour la santé publique. On pense notamment aux hépatites virales, à la tuberculose ou à la rougeole¹. Il faut aussi se rappeler que les infections virales respiratoires, telles que le rhume ou la grippe, surviennent aussi chez ces patients et vont souvent les inquiéter bien plus qu'un accès palustre.

Est-ce le paludisme ?

Chez toutes les personnes provenant de régions où le paludisme est endémique^{1,2,3}, c'est le premier diagnostic à éliminer. Il s'agit d'une infection parasitaire du sang causée par un protozoaire (*Plasmodium*)

La D^{re} Yen-Giang Bui, omnipraticienne, exerce au CLSC Côte-des-Neiges, à Montréal, et comme médecin-conseil en santé des voyageurs à la Direction de santé publique de la Montérégie.

Tableau I

Bilan infectieux initial pour l'évaluation de la fièvre chez le nouvel arrivant^{1,2,3}

- Hémogramme et formule leucocytaire
- Frottis-goutte épaisse et frottis mince pour le paludisme
- Hémocultures
- Radiographie des poumons
- Enzymes hépatiques ; en cas d'augmentation, sérologies pour l'hépatite A (VHA IgM), l'hépatite B (AgHBs, antiHBc IgM, HBeAg) et l'hépatite C (antiHCV)
- Anticorps antiVIH
- Analyse et culture urine
- Cultures de selles en cas de diarrhée
- Ponction lombaire en cas de présomption clinique de méningite

transmis par un moustique nocturne, l'anophèle femelle (*figure 1*), qui pique pendant la soirée ou la nuit.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que le nombre de cas annuels dans le monde varie de 300 à 500 millions, et qu'au moins un million

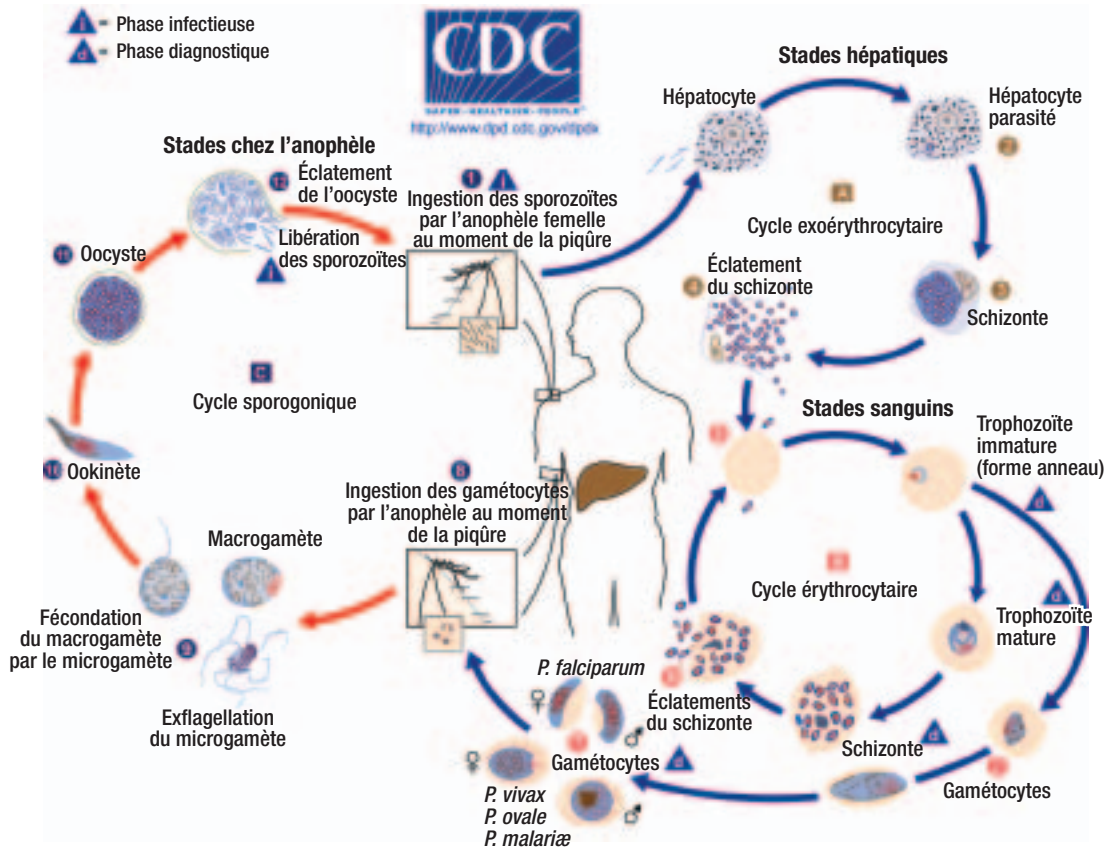
Les hépatites virales, la tuberculose ou la rougeole sont à rechercher en priorité chez les nouveaux arrivants, car elles représentent un risque potentiel pour la santé publique.

Chez toutes les personnes fébriles originaires de régions où le paludisme est endémique ou y ayant séjourné, le paludisme est le premier diagnostic à éliminer.

Repères

Figure 1

Cycle de vie de Plasmodium



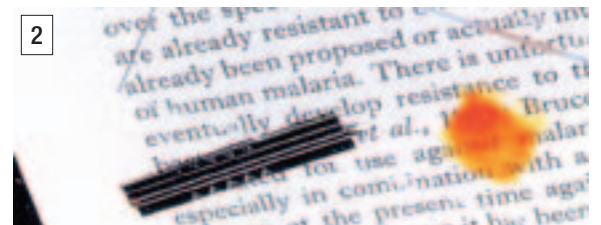
Source : Centers for Disease Control. Division of Parasitic Diseases. Site Internet : www.dpd.cdc.gov/dpdx/html/malaria.htm Date de consultation : 15 septembre 2006. Reproduction autorisée.

de décès, surtout chez les enfants d'Afrique subsaharienne, sont attribuables à cette maladie^{1,4}.

Quatre types de *Plasmodium* peuvent infecter l'humain : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* et *P. malariae*. *P. falciparum* peut causer des infections graves et est responsable de la plupart des décès dus au paludisme^{1,4}.

Les immigrants et les réfugiés peuvent consulter pour des symptômes de paludisme peu de temps après leur migration ou encore se réinfecter lors des voyages subséquents dans leur pays d'origine³.

Selon les statistiques, jusqu'à 15 % des immigrants auraient présenté des symptômes avant leur arrivée au pays. Pour les autres, les premiers signes



Photos 1 et 2. Préparation du frottis mince et du frottis-goutte épaisse.

Source : Peters W, Pasvol G. *Tropical Medicine and Parasitology*, 5^e éd., Londres : Mosby ; 2002. p. 35. Reproduction autorisée.

d'infection se sont déclarés dans le premier mois chez 77 % des cas pour *P. falciparum* et 33 % pour *P. vivax*. Seulement 1,5 % ont ressenti des symptômes après plus d'un an³.

Les symptômes ne sont pas spécifiques et peuvent être confondus avec ceux d'une grippe : fièvre, céphalées, myalgies, toux, nausées, etc.^{1,2,3}.

Comment faire le diagnostic du paludisme ?

Le diagnostic du paludisme fait par un frottis-goutte épaisse d'urgence (*photos 1 et 2*). Si le résultat est négatif en présence d'un doute clinique, il faut répéter le test de deux à trois fois, toutes les huit à douze heures^{1,3}.

Le retard dans le diagnostic entraîne des complications et augmente le risque de décès. Chez les immigrants ayant eu plusieurs infections dans le passé, les symptômes peuvent être atténués³.

Le risque de complications et de décès est particulièrement important chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées¹.

Le traitement du paludisme devrait faire l'objet d'une consultation auprès d'un microbiologiste. Selon la gravité des symptômes, le patient sera hospitalisé ou non. Le médecin décidera, en fonction

du tableau clinique et de la présence ou non de vomissements, s'il doit prescrire un traitement par voie orale ou par voie intraveineuse^{1,5}. Le *tableau II* énu-

mère les facteurs de gravité du paludisme selon l'Organisation mondiale de la Santé. Le traitement du paludisme compliqué est discuté au *tableau III*.

Tableau II

Facteurs de gravité du paludisme selon l'OMS⁶

- ☉ Anémie (Hb < 5 g/dl)
- ☉ Acidose métabolique
- ☉ Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
- ☉ Choc ou hypotension grave
- ☉ Syndrome de défaillance multiviscérale
- ☉ Saignement
- ☉ Hémoglobinurie
- ☉ Parasitémie > 5 %
- ☉ Hypoglycémie
- ☉ Atteinte de l'état de conscience
- ☉ Oligurie
- ☉ Ictère
- ☉ Convulsions
- ☉ Insuffisance rénale

Tableau III

Traitement du paludisme compliqué^{6*}

- ☉ Quinine par voie IV, selon le profil de résistance[†]
- ☉ Surveillance des électrolytes
 - ☉ liquides
 - ☉ glycémie
- ☉ Lorazépam par voie IV en cas de convulsions
- ☉ Transfusion en cas d'anémie
- ☉ Hémogramme tous les jours
- ☉ Répétition du frottis-goutte épaisse, 2 f.p.j. au début
- ☉ Possibilité d'exsanguinotransfusion en cas de parasitémie > 10 %, plus atteinte neurologique, SDRA[‡], insuffisance rénale, CIVD[§], etc.

* Devrait être fait par un microbiologiste ou conjointement avec celui-ci.

† Disponible sur le site Internet de Santé Canada : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/quinine/index.html

‡ Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte
§ Coagulation intravasculaire disséminée

Tableau IV

Diagnostic différentiel de la fièvre selon le temps d'incubation des agents infectieux⁷

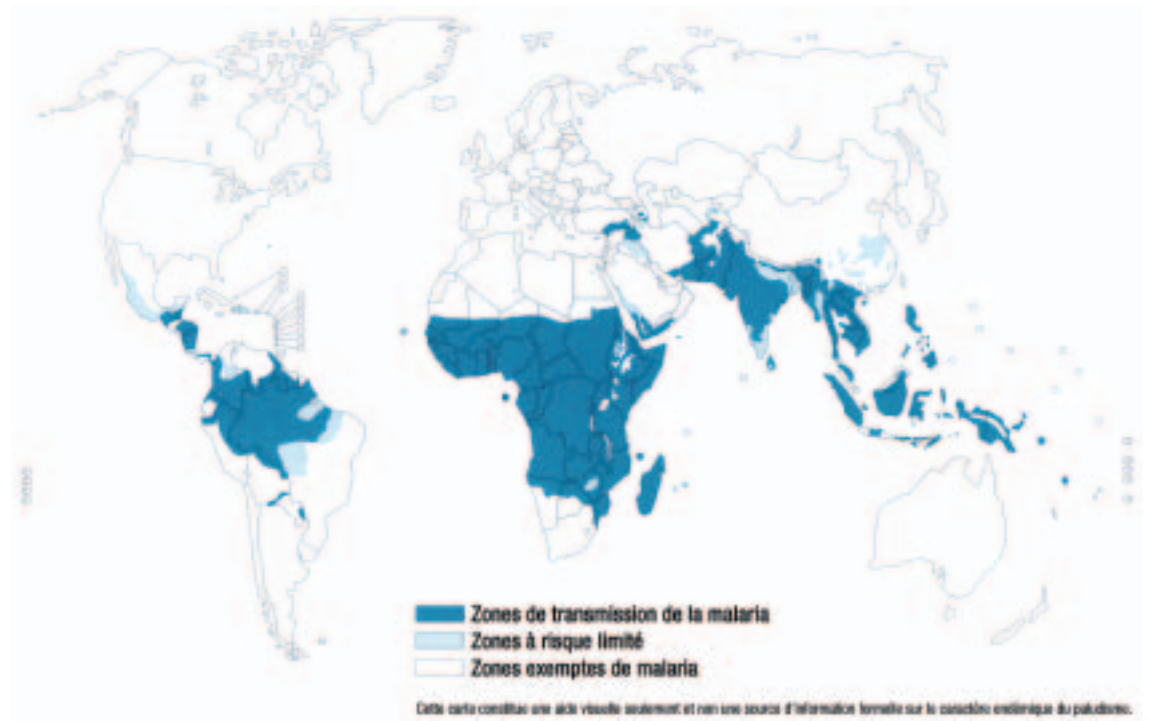
Court	< 10 jours	Moyen	De 10 à 21 jours	Long	> 21 jours
☉ Dengue		☉ Paludisme		☉ Abscès amibien du foie	
☉ Fièvre jaune		☉ Fièvre Ebola, de Lassa, de Marburg		☉ Brucellose	
☉ Grippe		☉ Fièvre Q		☉ Filariose	
☉ Paludisme (7 jours)		☉ Rickettsiose		☉ Hépatites virales	
☉ Paratyphoïde		☉ Typhoïde		☉ Leishmaniose	
☉ Rickettsiose		☉ Rougeole		☉ Paludisme	
☉ Fièvre Ebola, de Lassa, de Marburg				☉ Rage	
☉ Méningite à méningocoques				☉ VIH-sida	
☉ Leptospirose				☉ Schistosomiase	
				☉ Tuberculose	

Il est important de connaître la distribution géographique des agents infectieux, notamment celle de *Plasmodium* (figure 2), ainsi que leur temps d'incubation (tableau IV) afin de faciliter le diagnostic différentiel.

Repère

Figure 2

Pays où le paludisme est endémique



Source : Organisation mondiale de la Santé. *International travel and health*. Genève : L'Organisation ; 2005. p. 82.

Dans l'évaluation de la fièvre chez le nouvel arrivant, il est important de connaître la distribution géographique des agents infectieux, notamment celle du protozoaire responsable du paludisme (figure 2), ainsi que leur temps d'incubation (tableau IV) afin de faciliter le diagnostic différentiel¹. Le paludisme et la tuberculose (voir l'article de la D^{re} Bérénice

Mortézaï dans le numéro de février 2007) sont les deux infections les plus importantes à reconnaître et à traiter rapidement¹. Une consultation en microbiologie est essentielle.

Retour au cas clinique

Notre petit Ali a été envoyé à l'urgence d'un hôpital

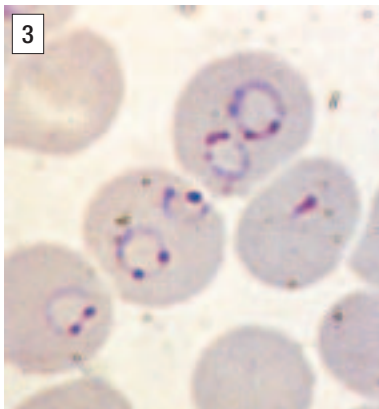


Photo 3. Trophozoïtes et schizontes de *P. falciparum*.

Photos 4 et 5. Gamétocytes de *P. falciparum*.

Source : Peters W, Pasvol G. *Tropical Medicine and Parasitology*. 5^e éd., Londres : Mosby ; 2002. p. 37. Reproduction autorisée.

Summary

New Immigrants and Fever. The differential diagnosis of fever is broad in new immigrants or refugees. Malaria should be the first diagnosis considered in any patient coming from a malaria-endemic zone. Some infections such as typhoid fever or meningococcal meningitis should be ruled out as they evolve rapidly and can be fatal; conditions that are a threat to public health such as measles, active tuberculosis or viral hepatitis should be ruled out as well. Awareness of infectious agents' incubation periods and geographical distributions is essential and consulting with a microbiologist is primordial.

Keywords: malaria, *P. falciparum*, thick smear, refugees and immigrants

pédiatrique, et un technologue doté de yeux de lynx a vu quelques trophozoïtes et des gamétocytes sur le frottis sanguin (photos 3, 4 et 5). Ali a reçu un traitement contre P. falciparum et va maintenant très bien. ☺

Date de réception : 30 octobre 2006

Date d'acceptation : 12 novembre 2006

Mots-clés : paludisme, *P. falciparum*, goutte épaisse, réfugiés et immigrants

La D^{re} Yen-Giang Bui n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Strickland TG, rédacteur. *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*, 8^e éd., Philadelphie : WB Saunders ; 2000.
2. *Gorgas Clinical Course in Tropical Medicine 2004. Selected cases seen by Gorgas course participants*. Décembre 2005. Site Internet : <http://info.dom.uab.edu/gorgas/cotw> (Date de consultation : septembre 2006)
3. Lussier N. *Bilan de santé des réfugiés et immigrants* (document non publié). Longueuil : Direction de santé publique de la Montérégie ; 2004.
4. Heymann DL, rédacteur. *Control of Communicable Diseases Manual*. American Public Health Association. 18^e éd., 2004 ; 700 p.
5. Rached S. *Cours de médecine tropicale MMD 1095*. Notes de cours. Université de Montréal ; 2000.
6. Organisation mondiale de la Santé. *Vade-mecum pour la prise en charge du paludisme grave*. Genève : L'Organisation ; 2001.
7. Ward B. *Fever in returning travelers*. (Présentation PowerPoint) 2006.
8. Peters W, Pasvol G. *Tropical Medicine and Parasitology*. 5^e éd. Londres : Mosby ; 2002.

L'auteure tient à remercier les D^{res} Annie-Claude Labbé et Nathalie Lussier, microbiologistes-infectiologues pour leurs commentaires.