

FIEVRE AU RETOUR D'UN VOYAGE TROPICAL

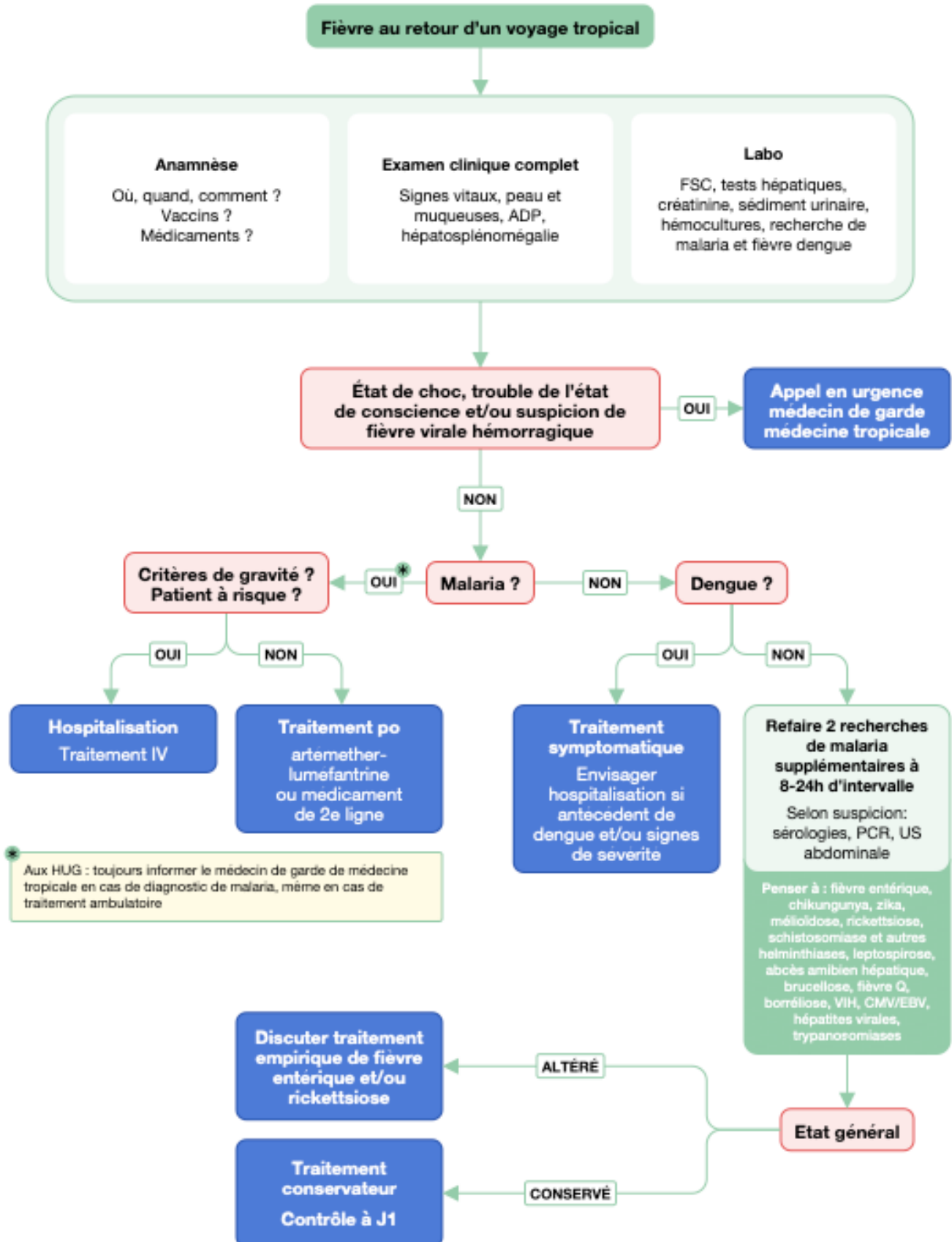
Auteurs	Dre Lana Kapanci, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dre Carolina Shore, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Experts Médecine tropicale	Prof. François Chappuis, Service de médecine tropicale et humanitaire, HUG
Médecine de famille	Dr Nicolas Perone, Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, UNIGE
Superviseur	Prof. Yves-Laurent Jackson, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Comité éditorial	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGE Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGE

2026

LES POINTS À RETENIR

- L'expansion géographique des maladies tropicales et l'émergence de zoonoses sont des conséquences des changements climatiques et environnementaux. Cela constitue désormais des enjeux de santé globale.
- Les maladies cosmopolites sont les plus fréquentes, mais il faut toujours exclure une malaria. Par maladies cosmopolites, il faut comprendre les maladies présentes dans toutes les régions du monde, notion qui s'oppose à celle de maladies dites endémiques.
- En cas de retour d'un pays à forte transmission, une première recherche négative n'exclut pas le diagnostic de malaria et 2 recherches supplémentaires sont nécessaires à moins de 24 heures d'intervalle.
- En cas de recherche de malaria négative et en présence d'une altération marquée de l'état général, discuter d'un traitement présomptif efficace contre la fièvre entérique et les rickettsioses.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE LORS DE FIÈVRE AU RETOUR DE VOYAGE



FIEVRE AU RETOUR D'UN VOYAGE TROPICAL

1. INTRODUCTION

La fièvre est le symptôme cardinal de nombreuses infections au retour d'un voyage. C'est le deuxième motif de consultation (23%) en médecine des voyages après les troubles digestifs (42%) et avant les affections dermatologiques (17%)¹. Une évaluation urgente doit toujours être proposée : bien que pouvant être la manifestation d'une maladie bénigne, la fièvre de retour de voyage peut aussi présager d'une pathologie rapidement progressive et létale. Des pathologies tropicales sont à évoquer également chez des patients ayant voyagé plusieurs années auparavant.

Par ailleurs, l'épidémiologie des maladies vectorielles évolue au gré des changements climatiques et environnementaux. A titre d'exemple, mentionnons l'expansion du moustique tigre en Europe ces dernières années responsable de cas autochtones de fièvre dengue. Les maladies traditionnellement dites tropicales doivent donc ce jour être considérées comme pouvant représenter des risques de santé globale.

2. APPROCHE CLINIQUE

L'approche clinique inclut les étapes suivantes :

- Exclure les infections cosmopolites (c'est-à-dire présentes partout) telles qu'infections ORL, broncho-pulmonaires ou urinaires.

NB : Étant donné que 10-30% des patients souffrant de malaria ont de la toux, des nausées et vomissements, des diarrhées et/ou des douleurs abdominales^{2,3}, il est essentiel de systématiquement exclure une malaria chez tout patient fébrile de retour de zone endémique, quelle que soit la symptomatologie associée.

- Exclure les pathologies potentiellement graves qui doivent être traitées en urgence⁴, soit :
 - malaria (= paludisme)
 - fièvre entérique (typhoïde, paratyphoïde)
 - rickettsiose
 - abcès amibien du foie
 - méningite / méningo-encéphalite
 - trypanosomiase africaine
 - mélioïdose
 - fièvres virales hémorragiques
 - primo-infection VIH
- Exclure les pathologies rarement graves mais nécessitant un traitement spécifique, soit :
 - dysenterie (*Campylobacter jejuni*, *Shigella spp*, etc.)
 - leptospirose
 - brucellose
 - schistosomiase (bilharziose) aiguë (syndrome de Katayama)
 - leishmaniose viscérale
 - maladie de Chagas
- Exclure les pathologies potentiellement graves mais ne nécessitant pas de traitement spécifique, soit :
 - Hépatites virales A et E
 - Fièvre dengue
 - Chikungunya, Zika

3. ELEMENTS ANAMNESTIQUES ET MANIFESTATIONS CLINIQUES

3.1. ELEMENTS ANAMNESTIQUES

Certaines expositions sont associées à des infections spécifiques et nombre de pathologies ne sont endémiques que dans certaines régions tropicales⁵. Dès lors, l'anamnèse doit comporter les questions suivantes.

Questions	Exposition	Exemples de maladie
Où	Pays visités / ville ou campagne	
Quand	Durée du séjour, date de retour, saison	
Qui	Antécédents médicaux, immunosuppression	CMV, infections fongiques
Comment	Baignade-rafting	Schistosomiase, leptospirose
	Marche à pieds nus	Strongyloïdose, mélioïdose
	Aliments :	
	lait non pasteurisé	Brucellose, listériose
	viande crue	Trichinellose, brucellose
	Eau non minérale ou aliments crus	Fièvre entérique, hépatite A ou E, amibiase, giardiase, diarrhée du voyageur
	Piqûres :	
	Puces	Trypanosomiase africaine
	Moustiques	Malaria, dengue, chikungunya, Zika
	Tiques	Rickettsia africae, Borréliose
	Mouche tsé-tsé	Rickettsia typhi
	Contacts sexuels à risque	HIV, hépatite B, Mpox
	Contact sanguin, dentiste, tatouage	HIV, hépatite B, Mpox, hépatite C
	Contact rapproché avec animaux	Toxoplasmose, anthrax, fièvre Q
Vaccins	Hépatite A, B Fièvre typhoïde, Fièvre jaune Dengue, Chikungunya	
Médicaments	Prophylaxie antimalarique Antibiotiques durant le séjour	

Tableau 1 : Eléments d'anamnèse chez un patient fébrile au retour de voyage.

- L'ingestion d'eau et d'aliments contaminés est un mode de transmission très commun mais peu spécifique de plusieurs germes. Des informations ciblées telles qu'ingestion de viande crue ou produits laitiers non pasteurisés peuvent orienter respectivement vers la trichinellose, la listériose ou la brucellose.
- Plusieurs infections sont acquises par les piqûres infectantes d'arthropodes. Cependant la plupart des patients ne se souviennent pas de la piqûre d'une tique en cas de fièvre récurrente à borréliose ou de rickettsiose à *R. africae*, ni de la piqûre infectante d'un moustique lors de malaria ou fièvre dengue.
- L'estimation du temps d'incubation constitue un indice précieux. Par exemple, la dengue ne peut être responsable d'un état fébrile débutant 20 jours après un retour de voyage puisque le temps d'incubation est de 3 à 14 jours. De la même manière, un état fébrile débutant au lendemain d'un retour d'un voyage de 4 jours en Afrique de l'Ouest n'a pas comme origine une malaria, le temps d'incubation minimal étant de 7 jours.

<7 jours	7-14 jours	15-21 jours	22-28 jours	> 4 semaines
Dysenterie bactérienne Peste Diphtérie	Malaria VIH Leishmaniose viscérale			
	Rougeole			
Arbovirus (Dengue, fièvre jaune, Chikungunya, Zika, West Nile) Méningite à méningocoque Borréliose Rickettsiose	Hépatite A Hépatite E Schistosomiase Hépatite C			
Fièvres hémorragiques (Lassa, Marburg, Ebola) Toxoplasmose				Hépatite B Tuberculose
Leptospirose				
Fièvre entérique Amibiase hépatique Trypanosomiase africaine Rage Brucellose Trichinellose				

Tableau 2 : Temps d'incubation de certaines maladies tropicales.

En présence d'état fébrile, l'estimation pré-test des différentes étiologies varie selon les régions visitées. La malaria à *Plasmodium falciparum* est la plus fréquemment mise en évidence après un séjour en Afrique subsaharienne, alors que la dengue est l'étiologie principale de retour d'Asie et d'Amérique latine⁶. Le site www.healthytravel.ch présente la distribution des principales maladies listées ci-dessous, et permet également d'avoir un aperçu des maladies présentes dans le pays visité.

	Afrique sub- saharienne	Asie du Sud-Est	Amérique latine	Afrique du Nord, Moyen-Orient
Malaria à <i>P.falciparum</i>	20-30%	2%	<1%*	<1%
Malaria non- <i>P.falciparum</i>	3-8%	5-10%	2-5%	1-3%
Rickettsiose	1-8%	1-3%	-	1-3%
Arboviroses (Dengue surtout)	2-10%	15-25%	8-20%	-
Schistosomiase aigue	3-6%	-	-	-
Fièvre entérique	<1%	3-17%	-	-
Autres / Causes cosmopolites	30-50%	40-60%	40-60%	40-60%
Inconnu	20-40%	20-30%	30-50%	30-40%

Tableau 3 : Principales étiologies de fièvre selon la région visitée.

3.2 MANIFESTATIONS CLINIQUES

Certains signes cliniques présentés dans le tableau 4 évoquent des étiologies spécifiques.

Signes cliniques	Pathologies associées
Rash cutané	Rougeole, arboviroses (ex : dengue, Zika, Chikungunya), rickettsioses, fièvre entérique, borréliose, VIH
Tâche noire cutanée (escarre)	Rickettsiose (<i>R. africae</i> , <i>R. conorii</i> , etc.)
Conjonctivite	Leptospirose, rickettsioses, rougeole, arboviroses (ex : Zika)
Adénopathies	Rubéole, toxoplasmose, CMV, HIV, arboviroses, TBC, leishmaniose, trypanosomiase
Hépatomégalie	Hépatite virale, abcès amibien, leishmaniose, malaria
Splénomégalie	Malaria, leishmaniose, fièvre entérique
Signes neurologiques	Méningite, encéphalite, trypanosomiase, malaria

Tableau 4 : Signes cliniques à rechercher lors de l'examen clinique.

4. DIAGNOSTIC

Des examens paracliniques permettent la confirmation étiologique de l'état fébrile de retour de voyage. Le tableau 5 résume le bilan de base à réaliser pour chaque patient, ainsi que les examens complémentaires à proposer selon les résultats des examens et/ou selon la suspicion clinique

Bilan de base - FSC - CRP, bilirubine, ASAT, ALAT, créatinine - Recherche de malaria : goutte épaisse et frottis sanguin <u>et</u> test rapide (détection antigénique) - Sédiment urinaire Examens complémentaires (selon la suspicion clinique) - Recherche de dengue : Ag NS1 (test rapide sanguin) et/ou sérologie si malaria négative - Examen de selles (leucocytes, parasites, culture) - Hémocultures - Sérologies virales et/ou bactériennes : arboviroses (Chikungunya, Zika), rickettsioses, leptospirose, amibiase, VIH - Sérologies parasitaires (dépistage helminthiases après séjour tropical ou sérologies individuelles) - PCR (ex : Zika, leptospirose, fièvres virales hémorragiques) - Culture d'urines - Ponction lombaire si atteinte neurologique - Radiographie du thorax, ultrason abdominal

Tableau 5 : Examens paracliniques lors d'état fébrile au retour de voyage.

NB : En cas de fièvre avec éosinophilie sanguine, la cause la plus fréquente chez le voyageur est la schistosomiase aiguë. A évoquer aussi la trichinellose, la fasciolase (douve), la toxocarose, ainsi que l'anguillulose, l'ascaridiase et l'ankylostomiase en phase de migration.

5. PRISE EN CHARGE

La prise en charge et le traitement de l'état fébrile au retour de voyage varient selon le diagnostic retenu. Dans tous les cas, les patients dont le diagnostic n'est pas certain doivent être réévalués quotidiennement. Ci-dessous, nous citons quelques maladies d'importance et certaines de leurs spécificités.

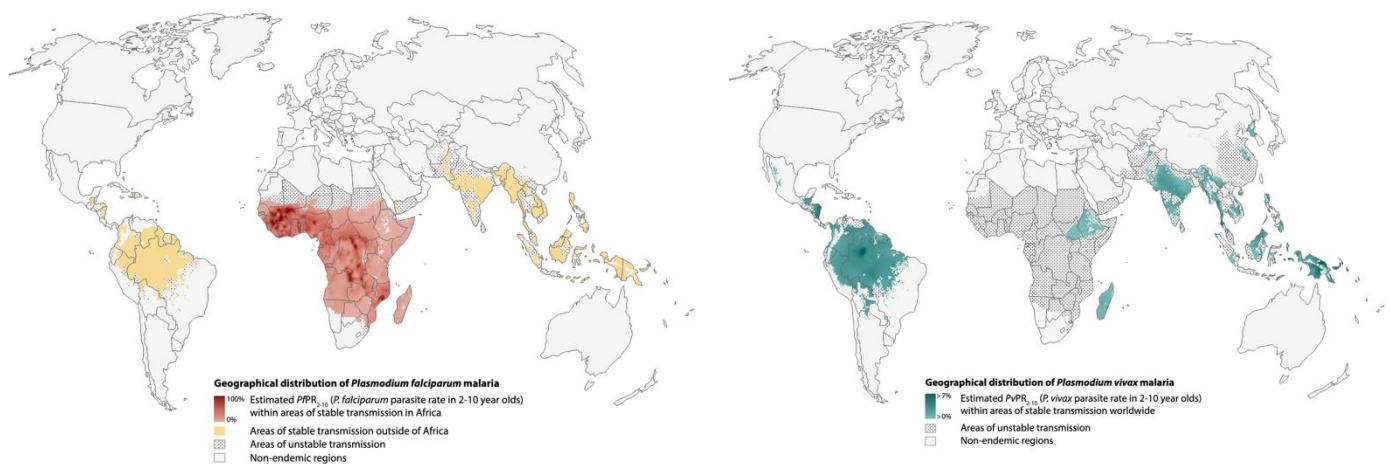
A. MALARIA (PALUDISME)

1) Introduction

Rechercher systématiquement une malaria, quelle que soit la symptomatologie accompagnant la fièvre chez toute personne ayant séjourné en zone d'endémie, même en l'absence d'état fébrile lors de la consultation et même plusieurs mois après le retour⁷. L'incubation est habituellement de 7 à 30 jours, mais peut être plus longue. Une prophylaxie antimalarique prise correctement diminue fortement le risque mais ne l'exclut pas.

Les éléments anamnestiques doivent être recueillis avec précision :

- **Pays visités** : C'est en Afrique que sont contractés les trois-quarts des cas de malaria diagnostiqués en Suisse. La malaria est essentiellement imputable au *Plasmodium falciparum*⁸, avec 85% des cas acquis en Afrique et 17-22% en Asie et Amérique latine.
- **Date de séjour** : temps d'incubation d'au moins 1 semaine ; 95% des accès de malaria surviennent dans les 2 mois suivant le retour.
- NB : 2% des cas de malaria surviennent plus d'un an après le retour de voyage !
- **Prophylaxie** antimalarique adéquate ou non ? Traitement antibiotique en cours ? (cotrimoxazole, tétracyclines, macrolides, fluoroquinolones ont une activité antimalarique partielle).



Distribution géographique du *Plasmodium falciparum* et du *Plasmodium vivax* en 2018⁹

2) Manifestations cliniques

La clinique est peu spécifique. Elle mime un état grippal avec fièvre, céphalées, frissons, sudations profuses, myalgies, nausées/vomissements, diarrhées, douleurs abdominales. Une prophylaxie anti-malarique inadéquate ou absente, une splénomégalie, une anémie (<12 g/dl), une thrombopénie (<150 G/l) rendent le diagnostic de malaria plus probable.

40% des patients souffrant de malaria sont afebriles au moment de la 1^{ère} consultation.

Service de médecine communautaire et de premier recours

3) Diagnostic

Lorsqu'une malaria est suspectée, les examens paracliniques suivants sont indiqués :

- Frottis, goutte épaisse et test rapide (disponibles 24h/24). Sensibilité du test rapide : >95% pour *P. falciparum*, 60-70% pour les autres *Plasmodium*
- FSC, glycémie, Na, bilirubine, ASAT/ALAT, créatinine, lactates, TP

NB : *P. falciparum* est responsable de 90% des malaria sévères. Cependant, les cas de malaria à *P. vivax*, *P. ovale*, *P. knowlesi* et *P. malariae* ont aussi des manifestations cliniques parfois sévères et nécessitent une prise en charge et un traitement sans retard.

4) Prise en charge

Attitude selon le résultat de la recherche de malaria:

- Résultat négatif : en cas de suspicion clinique de malaria et/ou retour d'une zone de forte endémie (Afrique sub-saharienne), répéter 2 recherches supplémentaires à moins de 24 heures d'intervalle.
- Résultat positif et aucun signe de gravité ni autre critère d'hospitalisation : traitement ambulatoire, contrôle clinique et parasitémie à 24 heures.

NB: Aux HUG, toujours informer le consultant de médecine tropicale lors d'un diagnostic de malaria afin de valider la prise en charge. En cas de retour à domicile, la première dose de traitement doit être donnée aux urgences, suivie d'une heure de surveillance et un rendez-vous en médecine tropicale doit être prévu le lendemain.

Cave : en cas d'évolution de 2-3 jours chez l'adulte ou >24 heures chez l'enfant, l'état clinique peut rapidement s'aggraver.

Manifestations cliniques de sévérité

- Prostration (incapacité à marcher/se lever sans assistance)
- Troubles de la conscience GCS<11
- Détresse respiratoire (respiration acidotique)
- Convulsions (>2/24h)
- Choc compensé (TRC $\geq$ 3 sec) ou décompensé (TAs <80 mmHg)
- Œdème pulmonaire (radiologique ou SaO₂<92% ET FR>30/min)
- Saignement spontané
- Ictère (bilirubine totale >50 μ mol/l)
- Hémoglobininurie

Manifestations biologiques

- Anémie sévère (Hb <7 g/dl ou hématocrite <20%)
- Hypoglycémie (<2.2 mmol/l)
- Acidose métabolique (bicarbonate plasmatique <15 mmol/l, déficit de base > 8mEq/L)
- Insuffisance rénale aigüe (sans amélioration après réhydratation) : diurèse <400 ml/24h, créatinine >265 μ mol/l.
- Hyperlactatémie (>5 mmol/l)
- Hyperparasitémie*¹ (>10%, $\geq$ 5 % si voyageurs non-immuns)

*¹Parasitémie faussement basse en cas de traitement antimalarique récent insuffisant ou de prise d'antibiotique (co-trimoxazole, tétracyclines, macrolides, fluoroquinolones, atovaquone).

Tableau 6 : Définition d'une malaria sévère ($\geq$ 1 critère).¹⁰

a) Présence d'au moins un critère de gravité (Tableau 6)

ou

b) Présence d'au moins un des éléments suivants

- Vomissements
- Parasitémie >2% chez une personne non-immune
- Altération marquée de l'état général
- Grossesse
- Immunosuppression
- Asplénie
- >60 ans
- Seul à domicile

Tableau 7 : Critères d'hospitalisation pour la malaria.

Traitement de la malaria

Malaria non compliquée :

- 1er choix : Artéméther + luméfantrine (Riamet®) : 4 cps (en 1 prise) 2 fois par jour pendant 3 jours (voire 5 jours si >90kg). Contre-indications : Q-T long (congénital, troubles électrolytiques, médicamenteux).
- Alternative : Atovaquone + proguanil (Malarone ou Atovaquone Plus Sprig): 4 cpr (en 1 prise) / jour pdt 3 jours
- Après administration de la 1ère dose de médicament, garder 1 heure minimum en observation (risque de vomissements !)
- L'artéméther + luméfantrine ou l'atovaquone + proguanil doivent se prendre de préférence avec un repas ou un verre de lait (augmentation de l'absorption).
- En cas de grossesse, il est préférable d'hospitaliser la patiente.
- En cas de signe de gravité ou de vomissements non facilement contrôlables, une hospitalisation d'urgence est indiquée pour un traitement intraveineux par artésunate. NB : les critères de gravité n'ont pas été validés chez les voyageurs non-immuns qui sont plus à risque de développer une malaria sévère ; en cas d'altération marquée de l'état général en l'absence de critère de gravité, ne pas hésiter à initier un traitement parentéral.
- En cas d'infection à P.vivax ou P.ovale, discuter l'adjonction de primaquine pour prévenir les rechutes en tenant compte d'éventuelles contre-indications (déficit en G6PDH, grossesse).

B. FIEVRE DENGUE

1) Introduction

La fièvre dengue est une maladie virale (4 sérotypes distincts) transmise par le moustique *Aedes* (moustique tigre) et qui est essentiellement présente dans les pays tropicaux et subtropicaux. Elle est diagnostiquée chez une proportion croissante de voyageurs fébriles. L'incidence mondiale de la dengue et la dengue hémorragique (consécutive à une seconde infection) augmente ces dernières décennies en raison d'une distribution géographique en expansion, ainsi que de cas isolés de transmission hors zones tropicales. L'émergence de la dengue doit être considéré comme un enjeu de santé globale majeur lié à des facteurs humains (croissance démographique, mauvaise planification urbaine entraînant une surpopulation et un mauvais assainissement, moyens de transport, etc.) et non humains (adaptation des moustiques, etc.).

Service de médecine communautaire et de premier recours

Un vaccin tétravalent vivant atténué est disponible en Suisse depuis 2025 (Qdenga™), réservé aux voyageurs se rendant dans des régions à risque de transmission élevée et ayant été infecté par le virus de la dengue par le passé ^{11,12}. L'efficacité varie selon le sérotype du virus et selon le statut sérologique du patient. Selon une étude publiée en 2024, l'efficacité du vaccin pour réduire les hospitalisations dans les 5 ans était de 86% chez les patients séropositifs et 79% chez les patients séronégatifs, avec des différences marquées entre les sérotypes ; l'efficacité la plus haute (>95%) était contre le sérotype DENV-2, indépendamment du statut sérologique initial.

2) Manifestations cliniques

La dengue se manifeste habituellement par un état grippal intense : fièvre élevée 1 à 6 jours, céphalées, myalgies, arthralgies et rash cutané (50% - souvent au décours de l'état fébrile).

Les complications, principalement hémorragiques, sont très rares chez le voyageur. Elles se manifestent au dernier jour de l'état fébrile (J4-6) ou le lendemain. Les symptômes sont notamment : intenses maux de ventre, signes d'hypovolémie (tachycardie, hématokrite) et manifestations hémorragiques. Les sujets les plus à risque sont les personnes ayant déjà eu une fièvre dengue auparavant, mais les complications restent rares (<5% de cas sévères chez les patients réinfectés).

3) Diagnostic

- Sérologie IgM spécifiques dès le 5-7^{ème} jour après le début de l'état fébrile.
- Test rapide sanguin : détection d'antigène circulant (NS1). Il confirme la dengue dès les premiers jours d'état fébrile avec une sensibilité d'environ 80%.
- Une thrombopénie et leucopénie sont évocatrices et surviennent le plus souvent à J3-4 de l'état fébrile parfois accompagnées d'une élévation des transaminases.

4) Prise en charge

Il n'existe pas de traitement spécifique. Une hydratation adéquate est primordiale. Le paracétamol peut être prescrit comme fébrifuge et antalgique. Les AINS et surtout l'aspirine devraient être évités.

C. FIEVRE ENTERIQUE (TYPHOÏDE OU PARATYPHOÏDE)

1) Introduction

La fièvre entérique est le terme générique désignant la fièvre transmise par les bactéries *Salmonella Typhi* (représentant 75% des cas) et *Salmonella Paratyphi A, B, C*. La transmission est oro-fécale, de sorte que la source principale de transmission provient des aliments ou de l'eau contaminée. Le risque, présent pour le voyageur dans tous les pays en développement, varie selon la région géographique : cette pathologie est plus fréquente en Asie du Sud (ex : Inde, Népal). L'efficacité de la vaccination (Vivotif™ ou TyphimVi™) est de l'ordre de 60 à 70% et protège uniquement contre *Salmonella Typhi*.

2) Manifestations cliniques

Fièvre, dissociation pouls-température (bradycardie relative), constipation ou diarrhée, toux sèche, douleurs abdominales.

3) Diagnostic

- Hémocultures = test diagnostique cardinal. Sensibilité d'environ 80% pendant la 1^{ère} semaine de fièvre puis plus basse par la suite.
- Culture de selles : positive dans 1/3 à 2/3 des cas entre la 2^{ème} et 4^{ème} semaine.
- FSC : anémie fréquente, leucocytes normaux ou abaissés ; CRP élevée
- Sérologie inutile.

4) Prise en charge

La résistance aux antibiotiques (notamment fluoroquinolones) de certaines souches du sous-continent indien constitue un défi grandissant ; la ceftriaxone et l'azithromycine sont dans ce contexte les agents de choix.

Si état général conservé :

- Azithromycine 1g dose de charge puis 500 mg 1x/j pendant 6 jours : fièvre typhoïde ou paratyphoïde acquise en Asie du Sud (résistances !)
- Alternative si acquisition en Afrique sub-Saharienne (sauf Kenya et Nigeria) : Ciprofloxacine 500 mg 2x/jour pendant 14 jours

Si atteinte marquée de l'état général ou autre complication :

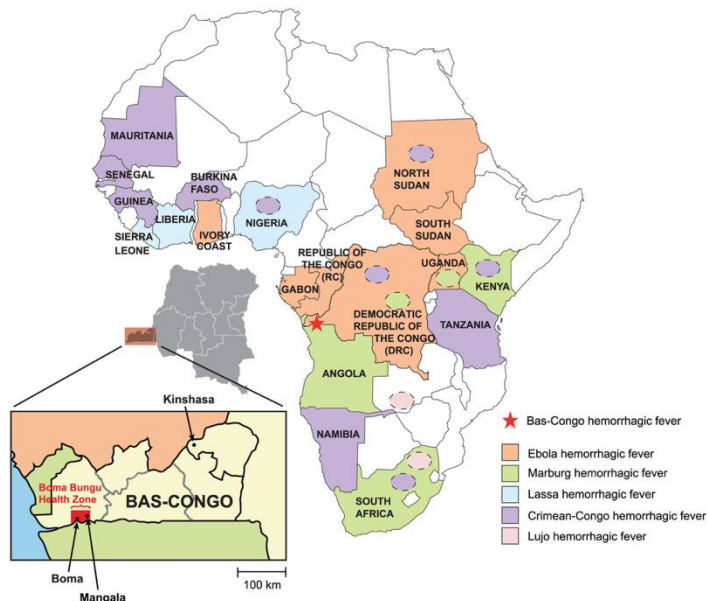
- Ceftriaxone 2 g/j IV pendant 10-14 jours.
- Une corticothérapie par dexaméthasone peut être ajoutée en cas d'infection sévère

D. AUTRES CAUSES MOINS FREQUENTES

I. Fièvres virales hémorragiques : Ebola, Marburg, Congo-Crimée, Lassa

1) Introduction

Les fièvres hémorragiques sont des diagnostics extrêmement rares au retour de voyage. Néanmoins en raison du risque sanitaire provoqué par le potentiel de transmission de personne à personne, des mesures spécifiques doivent être rapidement mises en place en cas de suspicion).



Zones à risque de quelques fièvres hémorragiques [13,14](#)

2) Manifestations cliniques

Une fièvre virale hémorragique doit être évoquée seulement en cas de :

- Fièvre + hémorragies (épistaxis, rectorragies, hématomes).
- Fièvre avec anamnèse de contact avec cas suspect ou prouvé.
- Fièvre de retour de zone épidémique ou hautement endémique [15](#).

3) Diagnostic

En cas de suspicion clinique, les échantillons à analyser (examens sanguins de routine et analyses sérologiques / biologie moléculaire) doivent être réalisées selon des standards rigoureux.

4) Prise en charge

Si suspicion : hospitalisation, isolement et prise en charge spécifique selon avis des consultants de médecine tropicale et de maladies infectieuses.

II. Mélioïdose

1) Introduction

La mélioïdose est une maladie causée par la bactérie *Burkholderia pseudomallei*, transmise par inoculation percutanée, inhalation ou ingestion, principalement en période de fortes pluies¹⁶. Les phénomènes météorologiques extrêmes liés aux changements climatiques (typhons, cyclones ou inondations) sont responsables d'une augmentation des cas. On la trouve dans les sols et à la surface des eaux stagnantes.

Elle est une cause rare de fièvre de retour de voyage, mais potentiellement létale et dans ce sens doit être recherchée chez tout voyageur revenant des zones endémiques en Asie-Pacifique. La mélioïdose nécessite un traitement antibiotique spécifique prolongé. Sans celui-ci la mortalité peut atteindre 40-70%. Sont plus à risque les patients immunosupprimés, ayant une consommation d'alcool à risque, diabétique ou souffrant d'IRC.

2) Manifestions cliniques

Elles sont variables

- Pneumonie est la présentation clinique la plus fréquente, dont 20% évoluent vers un sepsis.
- Infections cutanées des tissus mous (surtout chez les enfants)
- Atteinte des organes internes (foie, rate, prostate, reins, cerveau, plus rarement encéphalomyélite)

3) Diagnostic

- Hémocultures, cultures d'urines et d'expectorations
- Imagerie : radiographie thoracique et CT thoraco-abdominaux pour recherche d'abcès

4) Prise en charge

- Phase initiale intensive par thérapie IV (10-28 jours) : Ceftazidime ou Carbapénem
- Phase d'éradication par thérapie PO (minimum 3 mois) : ex : Triméthoprime-sulfaméthoxazole

III. Rickettsioses

1) Introduction

Les rickettsioses sont des infections bactériennes intracellulaires transmises par vecteurs (tiques, puces ou acariens) causant une vasculite systémique pouvant mener à un œdème pulmonaire et cérébral. L'exposition survient lors d'activités de plein air (safaris, randonnées, camping, chasse, pêche) dans des zones endémiques. Le risque est accru lors de proximité avec animaux sauvages ou domestiques (chiens notamment). L'incubation est de **5-10 jours**, permettant une apparition des symptômes pendant ou après le voyage. Les principales rickettsioses vues en clinique sont :

- Fièvre africaine à tiques (*R. africae*) : fréquente chez les voyageurs revenant d'Afrique subsaharienne (safaris, parcs nationaux), elle se présente par une forme généralement bénigne.
- Fièvre boutonneuse méditerranéenne (*R. conorii*) : bassin méditerranéen, Afrique du Nord, Moyen-Orient. Elle peut être sévère (mortalité de 21% chez les patients hospitalisés au Portugal).
- Fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses (*R. rickettsii*) : dans les Amériques, forme la plus sévère (mortalité 20-40% si traitement retardé).

Service de médecine communautaire et de premier recours

- Typhus murin (*R. typhi*): zones urbaines portuaires, lors d'exposition aux puces de rongeurs/chats/chiens. Il se présente par un état fébrile non spécifique.

2) Manifestations cliniques :

- Triade classique fièvre-céphalées-éruption (inconstante, apparaît souvent après J2-4 de fièvre)
- Escarre d'inoculation (lésion nécrotique noire avec halo érythémateux, pathognomonique mais absente dans 50% des cas initialement)
- Éruption maculopapuleuse, pétéchiale ou vésiculaire débutant aux extrémités (poignets, chevilles) puis s'étendant aux paumes/plantes et au tronc
- Adénopathie régionale (fréquente dans fièvre africaine)
- Myalgies, nausées, douleurs abdominales.

3) Diagnostic :

Le diagnostic est le plus souvent clinique et peut être confirmé par PCR sur frottis d'escarre/biopsie cutanée ou dans le sang, ou par sérologie (séroconversion généralement après la première semaine).

4) Prise en charge :

A initier empiriquement sans attendre confirmation (le retard augmente la mortalité), par doxycycline 100 mg 2x/j PO pendant 5-7 jours

IV. Abcès amibien hépatique

1) Introduction

Le plus souvent sans atteinte colique associée et avec une nette prédominance masculine

2) Manifestations cliniques

- Douleur de l'hypochondre droit.
- Hépatomégalie

Cave : syndrome pleuro-pulmonaire d'accompagnement de la base droite présent dans 30% des cas.

3) Diagnostic

- Elévation des tests hépatiques : ASAT, ALAT, PA.
- Sérologie positive dans >85 % des cas.
- US abdominal (et éventuellement CT scan) : examens sensibles mais non spécifiques.
- Ponction à l'aiguille fin sous guidage échographique : diagnostic et thérapeutique envisageable sous certaines conditions, mais rarement nécessaire

4) Prise en charge

- Métronidazole 750 mg IV ou PO 3x/j pendant 10 jours, puis paromomycine 3x 500mg/j 5j.

V. Schistosomiase

1) Introduction

Les helminthiases désignent les infections par des vers parasites. Elles regroupent plusieurs maladies comme la schistosomiase, mais également la strongyloïdose, filariose et l'ascaridiose pour en citer quelques-unes. Nous n'aborderons pas ces dernières dans cette stratégie car elles sont rarement associées à de la fièvre.

La schistosomiase est une helminthiase transmise par contact cutané avec de l'eau douce contenant des cercaires (escargots hôtes). L'exposition survient principalement lors de baignade ou natation dans des lacs ou des rivières. Les régions à risque sont l'Afrique subsaharienne (250 millions infectés), et dans une très moindre mesure l'Asie et l'Amérique latine. L'incubation est de 2 à 12 semaines.

2) Manifestations cliniques

- Dermatite cercarienne ("swimmer's itch") quelques heures à 1 semaine post-exposition en eau douce
- Syndrome de Katayama = fièvre brutale, fatigue, myalgies, toux, diarrhée, douleurs abdominales, lymphadénopathie, hépato-splénomégalie douloureuse
- Eosinophilie marquée (signe clé), élévation des transaminases

3) Diagnostic:

- Sérologie
- Recherche microscopique d'œufs dans les selles/urines (souvent négative en phase aiguë)

4) Prise en charge du Syndrome de Katayama:

- Corticothérapie puis Praziquantel 40-60 mg/kg à J0 ou J0-J1 +/- artémether/lumefantrine

VI. Leptospirose

1) Introduction

La leptospirose est une zoonose bactérienne transmise par contact avec urine d'animaux infectés (rongeurs, chiens, bétail) contaminant l'eau ou le sol. L'exposition survient lors activités aquatiques en eau douce, marche dans la boue, inondations. Les régions à risque sont l'Asie du Sud-Est, l'Amérique centrale et l'Afrique subsaharienne. L'incubation est de 1 à 3 semaines.

2) Manifestations cliniques

- Fièvre aiguë, céphalées intenses, myalgies (surtout des mollets), suffusion conjonctivale (28-44% des cas)
- Formes sévères (5-10%) = maladie de Weil avec ictère, insuffisance rénale aiguë, hémorragie pulmonaire. La présentation peut être biphasique, avec une rémission transitoire de quelques jours entre la phase initiale et la phase immune.

3) Diagnostic :

- Culture sang/LCR (1ère semaine)
- PCR sanguine ou urinaire
- Sérologie MAT (micro-agglutination test) dès J21

4) Prise en charge :

- Doxycycline 100 mg 2x/j PO (formes modérées) ou pénicilline G ou ceftriaxone IV (formes sévères) pendant 5 à 7 jours. Le traitement précoce réduit la mortalité.

VII. Autres arboviroses

Zika

1) Introduction

Le virus Zika est un flavivirus (comme les virus de la dengue ou la fièvre jaune), transmis principalement par les moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, mais se transmet également par contact sexuel, transfusions sanguines et transmission verticale materno-foetale pendant la grossesse, pouvant dans ce dernier cas entraîner de lourdes séquelles congénitales telles que la microcéphalie. Les régions à risque sont le continent africain, l'Asie du Sud-Est, ainsi que les îles du Pacifique, les Amériques et les Caraïbes qu'une épidémie a touché en 2015 et 2016. L'incubation est de 2 à 14 jours. Les hospitalisations et décès sont rares dans la population générale. Il n'existe pas de vaccin actuellement sur le marché.

2) Manifestations cliniques

Elles surviennent chez seulement 20% des patients. Lorsque des symptômes sont présents, on retrouve :

- Fièvre
- Rash maculo-papulaire prurigineux
- Arthralgies des petites articulations (mains et pieds), myalgies
- Conjonctivite non purulente
- Douleurs rétro-orbitaires

3) Diagnostic

Il est recommandé de tester les voyageurs symptomatiques avec exposition possible, en particulier les femmes enceintes.

- PCR sérique et urinaire si exposition ≤ 7 jours
- Sérologie IgM et test de réduction des plaques de neutralisation (PRNT) si PCR négative ou exposition > 7 jours

4) Prise en charge

Il n'existe pas de traitement spécifique. Le traitement est symptomatique avec surtout une hydratation adéquate. Le paracétamol peut être prescrit comme fébrifuge et antalgique ; un antihistaminique pour diminuer le prurit. Les AINS et surtout l'aspirine devraient être évités.

Chikungunya

1) Introduction

Le Chikungunya est un virus transmis par les arthropodes que sont les moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*. Initialement endémique sur les continents africain et asiatique, ce virus a connu une expansion mondiale. Le terme "Chikungunya" provient d'une langue africaine et signifie "qui se recourbe", en référence à la position adoptée par les patients en raison de leurs fortes douleurs articulaires. Le temps d'incubation est de 1-12 jours. Un vaccin inactivé contre le chikungunya (Vimkunya®) est autorisé en Suisse depuis mai 2026. Il est indiqué chez les voyageurs de 12 ans et plus se rendant dans une zone d'épidémie, et peut être envisagé pour les voyageurs à risque élevé selon les données épidémiologiques disponibles sur le site www.healthytravel.ch.

2) Manifestations cliniques

- Apparition brutale d'une fièvre élevée (85-90% des cas), de polyarthralgies sévères (94-95% des cas) et souvent, d'un rash maculopapulaire.

3) Diagnostic

- PCR durant les premiers 5-7 jours
- Sérologie dès J8

4) Prise en charge

Il n'existe pas de traitement spécifique. Le traitement est symptomatique avec surtout une hydratation adéquate.

Fièvre jaune

Le vaccin contre la fièvre jaune étant extrêmement efficace, cette pathologie ne se manifeste quasiment jamais dans la pratique clinique dans nos régions, raison pour laquelle nous ne l'aborderons pas dans cette stratégie.

VIII. Autres infections à mentionner

Trypanosomiasés :

Les trypanosomiasés sont des maladies parasitaires causées par un protozoaire du genre *Trypanosoma*.

La trypanosomiasé africaine = maladie du sommeil, dont le vecteur est la mouche tsé-tsé, se distingue par :

- Trypanosomiasé africaine à *Trypanosoma brucei gambiense*: chronique, plus fréquente (>90%)
- Trypanosomiasé africaine à *Trypanosoma brucei rhodesiense*: aiguë

La trypanosomiasé américaine = maladie de Chagas, dont le vecteur est la punaise "triatome", présente une phase aiguë souvent peu symptomatique, puis une phase chronique avec atteinte cardiaque et digestive.

Hépatites virales

L'hépatite A est une infection virale aiguë, endémique dans les zones à faible niveau d'hygiène (Afrique, Asie, Amérique latine) et qui se transmet par voie féco-orale, principalement via l'eau ou les aliments contaminés.

- Après une incubation de 2 à 6 semaines, elle se manifeste par une phase pseudo-grippale associant fièvre, asthénie, nausées et douleurs abdominales, suivie dans certains cas d'un ictère. Elle peut se compliquer d'une hépatite fulminante dans quelques rares cas, surtout chez les sujets âgés ou avec hépatopathie sous-jacente.
- Le diagnostic repose sur la mise en évidence des IgM anti-HAV.
- La prise en charge est symptomatique, et la prévention repose sur l'hygiène et la vaccination qui est très efficace. C'est une maladie aiguë sans forme de chronicité, et qui donne une immunité à vie.

L'hépatite E est fréquente dans les pays en développement (transmission hydrique oro-fécale), mais également présente dans les pays industrialisés où elle peut se transmettre par consommation de viande mal cuite).

- Après une incubation de 2 à 8 semaines, elle se manifeste par un tableau proche de l'hépatite A. L'évolution est généralement favorable, mais des formes graves peuvent survenir chez la femme enceinte (risque d'hépatite fulminante), et une chronicité est possible chez les sujets immunodéprimés.
- Le diagnostic repose sur la détection des IgM anti-HEV et/ou de l'ARN viral (PCR).
- La prise en charge est le plus souvent symptomatique, mais un traitement par ribavirine peut être discuté chez les patients immunodéprimés. Il n'existe pas de vaccin.

6. LES POINTS À RETENIR

- Les maladies cosmopolites sont les plus fréquentes, mais il faut toujours exclure une malaria.
- En cas de retour d'un pays à forte transmission, une première recherche négative n'exclut pas le diagnostic de malaria et 2 recherches supplémentaires sont nécessaires à moins de 24 heures d'intervalle.
- La fièvre dengue est une cause croissante de fièvre au retour de voyage et doit être recherchée, même si les complications hémorragiques restent rares et concernent les patients ayant déjà été infectés par le passé.
- En cas de recherche de malaria et dengue négatives et en présence d'une altération marquée de l'état général, discuter d'un traitement présomptif contre la fièvre entérique et éventuellement les rickettsioses.

REFERENCES

1. Buss I, Genton B, D'Acremont V. Aetiology of fever in returning travellers and migrants: a systematic review and meta-analysis. *J Travel Med.* 2020;27(8)
2. Thwaites GE, Day NPJ. Approach to Fever in the Returning Traveler. *New England Journal of Medicine.* 2017;376(6):548–60. doi:10.1056/NEJMra1508435
3. Meumann EM, Currie BJ. Approach to melioidosis. *CMI Communications.* 2024 ;1(1). doi:10.1016/j.cmicom.2024.100008
4. Camprubí-Ferrer D, Cobuccio L, Van Den Broucke S, Genton B, Bottieau E, d'Acremont V, et al. Causes of fever in returning travelers: a European multicenter prospective cohort study. *J Travel Med.* 2022;29(2):taac002. doi:10.1093/jtm/taac002 PubMed PMID: 35040473.
5. Paquet D, Jung L, Trawinski H, Wendt S, Lübbert C. Fever in the Returning Traveler. *Dtsch Arztebl Int.* 2022;119(22–23):400–7. doi:10.3238/arztebl.m2022.0182
6. Fink D, Wani RS, Johnston V. Fever in the returning traveller. *BMJ.* 2018;360:j5773. doi:10.1136/bmj.j5773
7. Malaria (paludisme): prise en charge aux urgences [Internet]. [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/malaria_tt_urgences_rev-2021.pdf
8. Malaria Atlas Project | Data [Internet]. [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://data.malariaatlas.org/printables?metricId=pf_incidence_rate&version=202508&year=2024&colorRamp=Malaria_Global_Pf_Incidence_Rate_Lipari&geoLevel=global&adminCode=global
9. CDC. Yellow Book [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 4]. Post-Travel Evaluation of the Ill Traveler. Available from: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/post-travel-evaluation/post-travel-evaluation-of-the-ill-traveler.html>
10. Recommandations spécialisées | Société Suisse de Médecine Tropicale et Médecine des Voyages [Internet]. [cited 2026 Apr 5]. Available from: <https://www.ssttm.ch/fr/recommandations-et-informations-specialisees/recommandations-specialisees>
11. Eperon G, Veit O, Antonini P, Fehr J, Haller S, Hatz C, et al. Vaccination against dengue fever for travellers: Statement of the Swiss Expert Committee for Travel Medicine, an organ of the Swiss Society for Tropical and Travel Medicine, August 2024. *Swiss Medical Weekly.* 2024;154(9):3858–3858. doi:10.57187/s.3858
12. HealthyTravel [Internet]. [cited 2026 Apr 4]. Vaccinations. Available from: <https://www.healthytravel.ch/fr/vaccinations>
13. Grard G, Fair JN, Lee D, Slikas E, Steffen I, Muyembe JJ, et al. A novel rhabdovirus associated with acute hemorrhagic fever in central Africa. *PLoS Pathog.* 2012;8(9):e1002924. doi:10.1371/journal.ppat.1002924
14. CDC. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 5]. About Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Available from: <https://www.cdc.gov/crimean-congo-hemorrhagic/about/index.html>
15. Uptodate [Internet]. Uptodate. Evaluation of fever in the returning traveler. Available from: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-fever-in-the-returning-traveler?search=tropical%20fever&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1686093044
16. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [cited 2026 Apr 5]. Spatial epidemiology of Viral Hemorrhagic Fevers. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/ebola>