

FIEVRE AU RETOUR DE VOYAGE

Colloque SMPR
Mercredi 9 janvier 2013

Laurent Gétaz
Service de Médecine de Premier recours
laurent.getaz@hcuge.ch

OBJECTIFS

Fièvre au retour de voyage





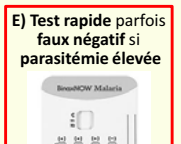



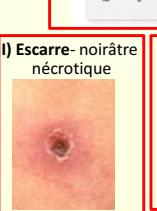
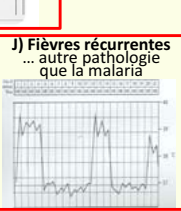
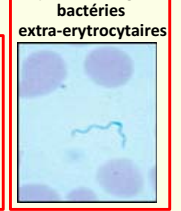

- Acquérir les principes d'une approche clinique séquentielle face à un état fébrile au retour de voyage
- Se familiariser avec les principales causes d'état fébrile au retour de voyage

Plan

- QUIZ
- Cas cliniques
- Introduction
- Approche clinique

QUIZ ... Afin de vous familiariser avec quelques maladies responsables de FIEVRE AU RETOUR DE VOYAGE
A chaque maladie, faire correspondre 2 caractéristiques (2 lettres) s'y réfèrent le mieux... (1 seule lettre par maladie)

1) Fièvre typhoïde = fièvre entérique Lettres : _ _	2) Rickettsioses Lettres : _ _	3) Amibiase Lettres : _ _	4) Leptospirose Lettres : _ _	5) Borrélioses à poux et à tique Lettres : _ _	6) Malaria Lettres : _ _
---	-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--	-----------------------------

A) Rafting 	B) Parfois rash maculaire rosé discret (spots) 	C) Selon l'espèce, transmis par poux, puces ou tiques 
D) Lorsque le foie est affecté... il n'y a généralement pas dans l'intestin... 	E) Test rapide parfois faux négatif si parasitémie élevée 	F) Abscès du foie 
G) Maladie associée à la présence de rats 	H) Frottis sanguins parasites intraérythrocytaires 	I) Escarre - noirâtre nécrotique 
J) Fièvres récurrentes ... autre pathologie que la malaria 	K) Frottis sanguin bactéries extra-érythrocytaires 	L) Comme son nom ne l'indique pas... Induit rarement de la diarrhée 

CAS CLINIQUE 1

- Femme, 35 ans
- Retour d'**Inde** le 5 décembre, après 1 mois de voyage
- 10 jours après le retour: état fébrile, frissons; pas de diarrhées
- Médecin traitant réalise 2 recherches malaria: nég => paracétamol
- 17j après le retour: VO.
Motif « EF persistant »
- Clinique: T° 39°, normocarde-normotendue
Très discret rash cutané rosé du tronc,
maculaire



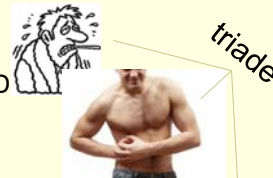
CAS CLINIQUE 2

- Homme, 54 ans
- Retour d'Afrique du Sud, safari 2 semaines
- Veille du retour, céphalées, frissons
- Consulte le jour de son retour
- Clinique:
Constantes sp, nuque souple
Cutané: **escarre mollet D**
- **Ttt: doxycycline** 100mg 2x/j 7j
- Evolution rapidement favorable



CAS CLINIQUE 3

- Homme, 39 ans
- Ex-légionnaire, travaille en forêt, Guyanne
- Depuis 2 semaines, frissons, sudations, douleurs abdominales
=> Rentre à Genève "pour se soigner"
- Clinique: T°38.5
douleur palpation hypochondre D
- Bilan complémentaire:
CT abdominal => HM, collection liqu. hépatique



CAS CLINIQUE 4

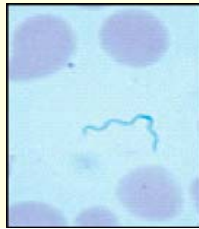
- Homme, 29 ans
- Retour du Pérou, 3 semaines marche + rafting en Amazonie
- 8 jours après son retour: **FIÈVRE brutale, Myalgies, Céphalées**
- Recherche malaria négative, bilan sanguin sp
- EG altéré => **doxycycline** 100mg 2x/j 7j
- Evolution rapidement favorable



CAS CLINIQUE 5

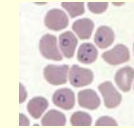
- Femme sénégalaise, 48 ans
- depuis 3 mois à Dakar
- Depuis 3 semaines, 2 épisodes de frissons et sudations durant 4 à 5 jours, avec céphalées, asthénie et myalgies
- S'est "auto-médiquée" avec du co-artem durant 3 jours lors des 2 premiers épisodes
- 5 jours après son retour, 3ème récive...
- Frottis sanguin => **spirochètes**

Ttt: doxycycline 100mg 2x/j 10j
Ne récidivera plus...



CAS CLINIQUE 6

- Femme, 52 ans
- Retour d'un séjour de 3 semaines au Cameroun
- 3 jours après retour: vives céphalées, myalgies, asthénie
- Consulte aux HUG
frottis sanguin: *P.faciiparum* 1.5%
(et test rapide +)



- **Clinique:**
Øtr.conscience, Ødétresse resp, Øictère, Freq♥ et TA sp
- **Biologie:**
HB 122g/l, glycémie 5.6mmo/l, creat 83µmol/l, **lactates 6.5mmo/l** (<5mmo/l),
parasitémie 1.5%

CAS CLINIQUE 7 ♀ 40 ans

- 22 au 30 nov: voyage à Porto Rico
3 déc : **céphalées, douleurs rétro-orbitaires, frissons, arthralgies**
- AP: 6 semaines /an à Porto Rico depuis 10 ans
ATCD épisode grippal il a 6 ans à Porto Rico
- Status: T° 39°, ØADP, TA 115/70, puls 80/min, abdo/pulm neuro: sp
rash maculaire confluent du tronc



INTRODUCTION

Fièvre au retour de voyage

- EF => symptôme cardinal de nombreuses infections au retour d'un voyage.
- Motifs consultations au retour de voyage
 - Troubles digestifs (42%)
 - EF (23%)
 - Affections dermatologiques (17%)
- Evaluation urgente doit toujours être proposée
 - maladie auto-limitée banale?
 - pathologie rapidement progressive et létale?

APPROCHE CLINIQUE

Fièvre au retour de voyage

- 1) Rechercher les pathologies aiguës et dangereuses (à traiter en urgence)
- 2) Ecarter les infections cosmopolites
- 3) Diagnostiquer les pathologies rarement dangereuses (mais nécessitant un traitement spécifique)
- 4) Penser aux pathologies ne nécessitant pas de traitement spécifique

APPROCHE CLINIQUE

Fièvre au retour de voyage

- 1) Rechercher les **pathologies aiguës et dangereuses** (à traiter en urgence)

2) Ecarter les infections cosmopolites

3) Diagnostiquer les pathologies rarement dangereuses (mais nécessitant un traitement spécifique)

4) Penser aux pathologies ne nécessitant pas de traitement spécifique

- **malaria (paludisme)**
- **fièvre typhoïde**
- **rickettsiose**
- **abcès amibien du foie**
- **méningite / méningo-encéphalite**
- **trypanosomiase africaine (rare)**
- **fièvre virale hémorragique (rare)**

CAS CLINIQUE 1

- Femme, 35 ans
- Retour d'Inde le 5 décembre, après 1 mois de voyage
- 10 jours après le retour: état fébrile, frissons; pas de diarrhées
- Médecin traitant réalise 2 recherches malaria: nég => paracétamol
- 17j après le retour: VO.
Motif « EF persistant »
- Clinique: T° 39°, normocarde-normotendue
Très discret rash cutané rosé du tronc, maculaire



Fièvre typhoïde

pathologies aiguës et dangereuses



Epidémiologie Surtout fréquente en Asie du Sud (Inde et Népal).
Efficacité vaccination : ~60 à 70%.

Clinique **EF, céphalées**
parfois douleurs abdo /constipation ou diarrhée

Examens paracliniques

- **Hémocultures = test diagnostic cardinal.**
1ère semaine => sensibilité 75 à 95%, puis ↓: 20-30%
- Culture de selles: sensibilité 33-66% (2^{ème} -4^{ème} semaine)
- FSC: leucocytes normaux ou abaissés.

Traitement • Ciprofloxacine 500mg 2x/j 14 jours
• Acquisée en Asie du Sud (résistances !)
- Ceftriaxone 2g/j iv14 jours ou Azithro 1g J1, puis 500mg 1x/j 6j

Fièvre typhoïde

pathologies aiguës et dangereuses

Øttt
=> mortalité 10-15%

- Complications
 - Hémorragies intestinales
 - Convulsions, démence, coma
 - Insuffisance rénale
 - Ostéomyélite, formation d'abcès
 - Bronchopneumonies radiologique

CAS CLINIQUE 2

- Homme, 54 ans
- Retour d'Afrique du Sud, safari 2 semaines
- Veille du retour, céphalées, frissons
- Consulte le jour de son retour
- Clinique: Constantes sp, nuque souple
Cutané: **escarre mollet D**
- **Ttt: doxycycline 100mg 2x/j 7j**
- Evolution rapidement favorable



Rickettsioses

pathologies aiguës et dangereuses

Clinique classique :

Incubation **2-14 jours**

=> **TRIADE : Fièvre brutale**

Céphalées

Myalgies



Poux	Typhus épidémique (exanthématique)
Puces	Typhus endémique (murin)
Tiques	Fièvre pourpre des montagnes rocheuses Fièvre boutonneuse méditerranéenne Fièvre africaine à tiques

Puis après 3-4 jours

=> **Vascularite multi-organes**



Caractéristiques cutanées :

- Certaines espèces : **Chancre nécrotique = Tache noire**
- **Eruption maculeuse / maculo-papuleuse / hémorragique**

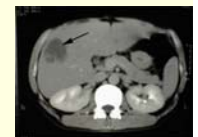


CAS CLINIQUE 3

- Homme, 39 ans
- Ex-légionnaire, travaille en forêt, Guyane
- Depuis 2 semaines, frissons, sudations, douleurs abdominales
=> Rentre à Genève "pour se soigner"
- Clinique: T°38.5
douleur palpation hypochondre D
- Bilan complémentaire:
CT abdominal => HM, collection liqu. hépatique



triade



Abcès amibien du foie

pathologies aiguës et dangereuses

- 100'000 décès/an Stauffer Curr Op in Infect Disease 2003



Présentations classiques

Dysenterie amibienne OU abcès hépatique amibien



- Localisation **hépatique** dans **60%** des cas
- Habituellement **sans antécédent d'infection intestinale amibienne** anamnestique
- 30%** des cas : présence d'un **syndrome pleuro-pulmonaire base D**

Quiz



Que proposez-vous comme prise en charge, afin de confirmer le diagnostic?

1) Examen de selles



2) Ponction hépatique



3) Examen sérologique



Que proposez-vous comme prise en charge, afin de confirmer le diagnostic?

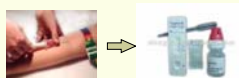
1) Examen de selles ? Manque de sensibilité ~18%



2) Ponction hépatique ? Manque de sensibilité ~20%



3) Examen sérologique ? Sensibilité 92-97%



APPROCHE CLINIQUE

Fièvre au retour de voyage

1) Rechercher les pathologies aiguës et dangereuses (à traiter en urgence)

grippe, infections ORL, pulmonaires, urinaires...

2) Ecarter les infections cosmopolites

3) Diagnostiquer les pathologies rarement dangereuses (mais nécessitant un traitement spécifique)

NB: en cas de malaria

- Toux (20%)
- N&V (27%)
- Diarrhée (18%)
- Douleurs abdominales (13%)

=> important de toujours rechercher la malaria dans le sang.

4) Penser aux pathologies ne nécessitant pas de traitement spécifique

APPROCHE CLINIQUE

Fièvre au retour de voyage

1) Rechercher les pathologies aiguës et dangereuses (à traiter en urgence)

- leptospirose
- borreliose
- brucellose
- schistosomiase (fièvre de Katayama)
- leishmaniose

2) Ecarter les infections cosmopolites

3) Diagnostiquer les **pathologies rarement aiguës et dangereuses** (mais nécessitant un traitement spécifique)

4) Penser aux pathologies ne nécessitant pas de traitement spécifique

CAS CLINIQUE 4

- Homme, 29 ans
- Retour du Pérou, 3 semaines marche + rafting en Amazonie
- 8 jours après son retour: **FIEVRE brutale, Myalgies, Céphalées**
- Recherche malaria négative, bilan sanguin sp
- EG altéré => **doxycycline** 100mg 2x/j 7j
- Evolution rapidement favorable



Leptospirose

pathologies rarement aiguës et dangereuses

Transmission :

contact cutané avec eau souillée d'urine de rats / rafting

Clinique classique

Incubation 2-20 jours => PHASE SEPTICEMIQUE (4-7j)

FIEVRE brutale, Myalgies, Céphalées, Injection conjonctivale

Après ~1 semaine d'accalmie => PHASE IMMUNE

2ème phase Fébrile

10% avec évolution sévère : Maladie de Weil

atteinte hépatique / insuffisance rénale

syndrome hémorragique / méningite lymphocytaire

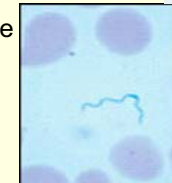
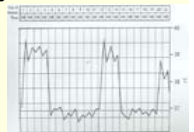


CAS CLINIQUE 5

- **Femme sénégalaise, 48 ans**
- Aide infirmière, en vacances dans sa famille depuis 3 mois à **Dakar**
- Depuis 3 semaines, se plaint d'épisodes de frissons et sudations durant 4 à 5 jours, avec céphalées, asthénie et myalgies
- S'est déjà "auto-médiquée" avec du co-artem durant 3 jours lors des 2 premiers épisodes
- 5 jours après son retour, **3ème récurrence...**
- Frottis sanguin => laboratoire contact médecin traitant pour l'informer de la mise en évidence de **spirochètes**

Ttt: doxycycline 100mg 2x/j 10j

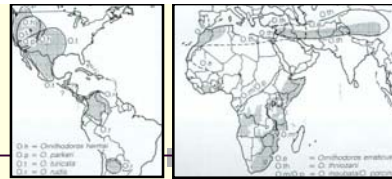
Ne récidivera plus...



Borréliose / fièvre récurrente à tique

pathologies rarement aiguës
et dangereuses

Ex: *Borrelia crociduræ*



Vecteur : **Tiques molles =>infection durant sommeil**

villages **Sénégal, Mauritanie, Mali**

Incidence habitants : 11/100 pers-année

=> **1) maladie bactérienne** la plus fréquente en Afrique

=> **2) alentours de Dakar, 2ème cause de consult** (après malaria)



Vial L Lancet 2006

Clinique : EF récurrent, céphalées, arthralgies, myalgies

Complications : **CIVD / méningoencéphalite / Myocardite**

Ttt: **doxycycline** 100 2x/j 10j

Mortalité	sans ttt	4-10%
	avec ttt	<2%

APPROCHE CLINIQUE

Fièvre au retour de voyage

1) Rechercher les pathologies
aiguës et dangereuses (à traiter en
urgence)

2) Ecarter les infections
cosmopolites

3) Diagnostiquer les pathologies
rarement dangereuses (mais
nécessitant un traitement spécifique)

Viroses

•Hépatites virales

•Dengue

•Chickungunya

•Autres arboviroses

**4) Penser aux pathologies ne nécessitant pas de
traitement spécifique**

CAS CLINIQUE 7 ♀ 40 ans

22 au 30 nov: voyage à Porto Rico

3 déc : **céphalées, douleurs rétro-orbitaires, frissons, arthralgies**

AP: 6 semaines /an à Porto Rico depuis 10 ans

ATCD épisode grippal il a 6 ans à Porto Rico

Status: T° 39°, ØADP, TA 115/70, puls 80/min, abdo/pulm neuro: sp
rash maculaire confluent du tronc



Dengue

pathologies rarement aiguës et dangereuses

Epidémiologie

- maladie virale (4 sérotypes distincts) / transmise par des moustiques
- Incidence chez voyageurs : 1990: ~2% des EF / plus récemment 16%

Clinique

Etat grippal intense : fièvre élevée 1 à 6 jours, céphalées, myalgies,
arthralgies et rash cutané (50% - souvent au décours de l'état fébrile).

Complications

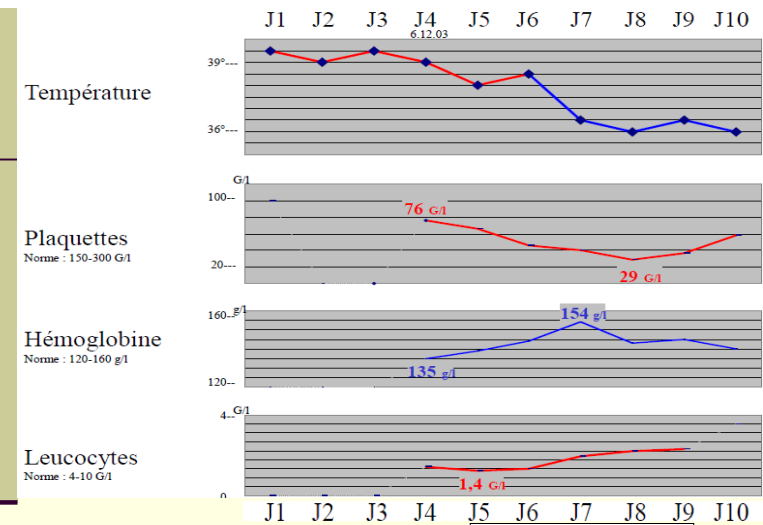
- **Principalement hémorragiques**
- FR: atcd de dengue => rare chez le voyageur
- Intenses maux de ventre, hypotension et hémorragies.
- **Se manifestent au dernier jour de l'état fébrile ou le lendemain.**

Dengue

pathologies rarement aiguës et dangereuses

Examens paracliniques

- Sérologie : test rapide antigène
IgM spécifiques dès le 7-10^{ème} j
- Thrombopénie et leucopénie
(maximales à J3-4 du début EF)
- Elévation légère à modérée des transaminases



Rash
tronculaire
confluent

J6
Bref
épistaxis

J7-8
Pétéchies
mb inf

J7
↓ céphalées, ØEF
Fatigue, diffic hydrat

Dengue

pathologies rarement aiguës et dangereuses

Traitement

Hydratation suffisante est primordiale.

Paracétamol

AINS / aspirine à éviter

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où ?

Quand?

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médicaments?

Certains types d'exposition sont associés à des infections spécifiques
=> questions suivantes

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où ?

Pays visités ?

Quand?

Principales étiologies de fièvre selon la région visitée

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médic?

	Afrique sub-saharienne	Asie du Sud-Est	Amérique latine	Afrique du Nord, Moyen-Orient
Paludisme à <i>P.falciparum</i>	30%	2%	0 *	1%
Paludisme non- <i>P.falciparum</i>	5%	9%	4%	4%
Rickettsiose	5%	2%	0%	1%
Dengue	0.1%	13%	8%	0
Schistosomiase aigue	2%	0	0	0
Fièvre typhoïde	0.2%	3.4%	0	0
Autres / Causes cosmopolites	33.7%	49.6%	55%	55%
Inconnu	24%	21%	33%	39%

Source : Schwartz 09 et Wilson ME 07

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où?

QUAND ?

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médic?

Durée du séjour, date de retour

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

TEMPS D'INCUBATION POUR QUELQUES MALADIES TROPICALES

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

Exemples: EF débutant 20 jours après retour => Dengue? Malaria?
 EF lendemain retour 4j de Manaus => Dengue? Malaria?

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où?

Antécédents médicaux?

Quand?

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médic?

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où?

Quand?

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médec?

Aliments : lait non pasteurisé ? viande crue?	<i>Brucellose</i> <i>Trichinellose</i>
Piqûres d'insectes : moustiques ? tiques ? puces ?	<i>Paludisme, dengue, chickungunya</i> <i>Rickettsia africae, Borreliose</i> <i>Rickettsia typhi</i>
Baignade-rafting ?	<i>Schistosomiase, leptospirose</i>
Contacts sexuels à risque ?	<i>HIV, hépatite B</i>
Contact sanguin, dentiste ?	<i>idem</i>

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où?

Quand?

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médec?

Vaccinations

- Hépatite A?
- Hépatite B?
- Fièvre typhoïde?
- Fièvre jaune?
- Rougeole?

*3% des EF au retour
de voyage sont
évitables par la
vaccination*

ANAMNESE

Fièvre au retour de voyage

Où?

Quand?

Qui?

Comment?

Vaccins?

Médicaments?

Prophylaxie antipalustre ?

Antibiotiques durant séjour ?

CLINIQUE

Fièvre au retour de voyage

- rash cutané: rougeole, arboviroses (dengue), rickettsioses, fièvre typhoïde, borreliose
- conjonctivite: leptospirose, rickettsioses, rougeole, arboviroses
- adénopathies: rubéole, toxoplasmose, CMV, HIV, arboviroses, TBC, leishmaniose, trypanosomiase
- hépatomégalie: hépatite, amibiase, échinococcose, douves, leishmaniose, paludisme
- splénomégalie: paludisme, leishmaniose, fièvre typhoïde
- signes neurologiques: méningite, encéphalite, trypanosomiase, paludisme

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Fièvre au retour de voyage

Bilan de base :

- FSC
- CRP, bilirubine, phosphatase alcaline, ASAT, ALAT, créatinine
- recherche de paludisme : frottis sanguin, goutte épaisse
- sédiment urinaire

Selon clinique / bilan de base:

- examen de selles (leucocytes, parasites, culture)
- hémocultures
- sérologies virales et/ou bactériennes : arboviroses (dengue, chikungunya), rickettsioses, leptospirose, amibiase, HIV, syphilis
- sérologies parasitaires
- culture d'urines
- ponction lombaire si atteinte neurologique
- radiographie du thorax, ultrason abdominal

MALARIA



- Recherche « systématique ». A évoquer lors de chaque EF, même plusieurs mois après le retour.
- ¾ des cas diagnostiqués en CH sont contractés en Afrique
- incubation ≥ 1 semaine
 - 95% des cas <2 mois suivant le retour. Ryan E. N Engl J Med. 2002
 - 2% des cas > un an après le retour de voyage

Clinique

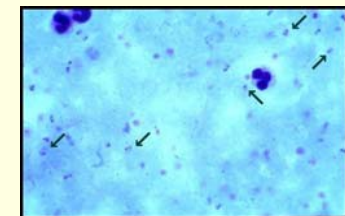
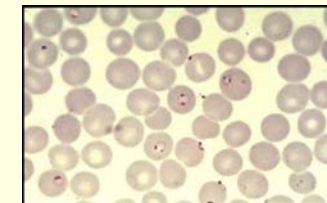
Malaria

- Peu spécifique, mime un état grippal
fièvre, céphalées, frissons, sudations profuses, myalgies.
- *P. vivax*, *P. ovale* et *P. malariae* : parfois aussi manifestations cliniques sévères => traitement sans retard.
Ryan E. N Engl J Med. 2002
- 40% des patients souffrant de paludisme sont afebriles au moment de la 1^{ère} consultation

Examens paracliniques

Malaria

- Frottis, goutte épaisse et éventuellement test rapide



Examens paracliniques

Malaria

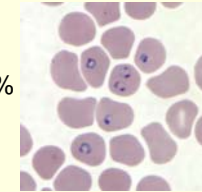
Attitude

- Frottis négatif: à répéter 8 à 12 heures plus tard
 - Frottis positif
 - aucun signe de gravité
 - pas de critère d'hospitalisation
- => Traitement ambulatoire, contrôle clinique et parasitémie à 24 heures.

CAS CLINIQUE 6

- Femme, 52 ans
- Retour d'un séjour de 3 semaines au **Cameroun**
- 3 jours après retour: vives céphalées, myalgies, asthénie

- Consulte aux HUG
frottis sanguin: *P.falciparum* 1.5%
(et test rapide +)



- **Clinique:**

Øtr.conscience, Ødétresse resp, Øictère, Freq♥ et TA sp

- **Biologie:**

HB 122g/l, glycémie 5.6mmol/l, creat 83µmol/l, **lactates 6.5mmol/l** (<5mmol/l), parasitémie 1.5%

CRITERES DE GRAVITE DU PALUDISME A *P.FALCIPARUM*

Manifestations cliniques

- Prostration
- Troubles de conscience
- Détresse respiratoire (respiration acidosique)
- Convulsions multiples
- Collapsus cardiovasculaire (TAs<70mmHg)
- Œdème pulmonaire (radiologique)
- Saignement anormal
- Ictère (bilirubine totale > 50 µmol/l)
- Hémoglobinurie

Manifestations biologiques

- Anémie sévère (Hb<8g/dl)
- Hypoglycémie (<2.2mmol/l)
- Acidose métabolique (bicarbonate plasmatique<15mmol/l)
- Insuffisance rénale aigüe : diurèse<400ml/24h, créat>265µmol/l
- Hyperlactatémie (>5mmol/l)
- Hyperparasitémie (>5%)

Adapté des «directives pour le traitement du paludisme », OMS 2010

CRITERES D'HOSPITALISATION (MALARIA)

a) Présence d'au moins un critère de gravité

OU

b) Présence d'au moins un des éléments suivants

Vomissements

Parasitémie>2% chez une personne non immune

Altération marquée de l'état général

Femme enceinte

Immunosuppression

>60 ans

Seul à domicile

Traitement *P.falciparum* non compliqué

Malaria

1^{er} choix

Artemether + lumefantrine (Riamet®) : 4cp 2x/j 3 jours

CI: Q-T long (congénital, troubles électrolytiques, médicamenteux)

alternative

Atovaquone + proguanil (Malarone®) : 4 cp 1x/j, 3 jours

- **Après administration** de la 1^{ère} dose de médicament, **garder 1 heure minimum en observation** (vomissements !)
- Le Riamet et la Malarone doivent se prendre de préférence avec un repas ou 1 **verre de lait** (augmentation de l'absorption).

En pratique

- 1) **Exclure malaria (3 recherches à 8-12h d'intervalle)**
- 2) **Malaria confirmée => facteur(s) de gravité?**
- 3) **Malaria négative**
 - Si EG altéré, discuter ttt empirique pour
±fièvre typhoïde (cipro vs rocéphine vs azithro)
±leptospirose / rickettsiose (doxycycline 100mg 2x/j)
 - Hépatalgie? => US abdo (abcès amibien?)
- 4) **Suivi à 24h**
- 5) **Demander un avis auprès de l'Unité de Médecine des Voyages et Migrations y compris le week-end**



Merci pour votre attention