

Madame X, consulte aux urgences pour une fièvre à 38°C évoluant depuis environ 3 semaines, associée à une toux et une expectoration jaunâtre striée de sang. Madame X a reçu deux traitements antibiotiques successifs sans résultats. L'interrogatoire révèle un voyage au Sénégal, réalisé deux mois auparavant, d'une durée de 3 semaines, dans un village de vacances. La patiente rapporte deux épisodes de diarrhée sanglante spontanément résolutifs pendant son séjour et affirme avoir suivi correctement la chimioprophylaxie antipalustre prescrite par son médecin, à savoir, une prise par semaine pendant le séjour, continuée pendant 3 semaines après le retour.

L'examen d'entrée confirme la fièvre à 39°C, la patiente est amaigrie, asthénique et présente une douleur basithoracique droite avec diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation.

NFS :

Erythrocytes : 4,15 T/L

Hb : 135g/L

VGM: 88 fL

Leucocytes : 22.6 G/L

Formule en valeur relative :

PN neutrophiles : 0.72

PN éosinophiles : 0.15

PN basophiles : 0.01

Lymphocytes : 0.12

Sg Plaquettes : 350 G /L

CRP : 280 µg /ml

La radiographie thoracique montre une opacité ovalaire gauche caractéristique d'un foyer de pneumopathie en cours d'abcédation. L'évolution est marquée, deux jours après l'admission, par l'apparition brutale d'une hyperthermie à 40°C avec toux incessante. L'échographie montre une opacité homogène de toute la plage pulmonaire droite. Une ponction exploratrice ramène un liquide purulent de couleur chocolat.

Q1. Interprétez le bilan biologique

Hyperleucocytose à PN neutrophiles (**2pts**), CRP élevée (**2pts**), donc syndrome infectieux et inflammatoire (**2pts**), éosinophilie (**2pts**).

Q2. Quel est le premier diagnostic à évoquer chez un patient revenant d'Afrique Sub-saharienne et présentant une fièvre ?

Paludisme (**5 pts**)

Q3. Que pensez-vous de la chimioprophylaxie antipalustre prise par le patient ?

Correctement observée compte tenu de la posologie de la méfloquine (2pts) : 1 prise / semaine (1 pt), soit 3 prises pour un voyage de 3 semaines et 3 prises après pour continuer 3 semaines après le retour (1 pt).

Q4. Quel diagnostic envisagez-vous ? Justifiez votre réponse en regroupant les éléments épidémiologiques, cliniques et biologiques vous permettant de poser le diagnostic.

Contexte : voyage au Sénégal (1 pt), épisodes de diarrhée sanglante non traités (1 pt), traitements antibiotiques inefficaces (1 pt)

Clinique : symptomatologie pulmonaire (toux, douleur basithoracique) (2 pts), aspect purulent et chocolat du liquide de ponction (1 pt), altération de l'état général (1 pt), fièvre (1 pt)

Biologie : syndrome infectieux marqué (CRP (1 pt), hyperleucocytose (2 pts))

Ces différents arguments conduisent à l'hypothèse d'une amœbose pulmonaire (5 pts).

L'éosinophilie n'est pas liée à l'amœbose pulmonaire, elle reste à explorer (1 pt bonus).

Q5. Quel est l'agent pathogène (genre, espèce) ?

Entamoeba histolytica (2pts)

Q6. Quels examens proposez-vous pour confirmer ce diagnostic ? Détaillez la stratégie diagnostique.

Sérologie amibienne (4 pts) : 2 techniques complémentaires doivent être réalisées (1 pt).
Hémocultures au pic de fièvre pour éliminer abcès à pyogènes (1 pt bonus). Examen parasitologique pour explorer l'éosinophilie (1 pt) et voir si pas d'autres parasitoses intestinales associées, par contre inutile pour diagnostic des formes viscérales (1 pt bonus).

Q7. Citez les modes de contamination possibles

Contamination par ingestion d'aliments ou eau contaminés par les kystes infestants (3 pts).
Contamination féco-orale. Maladie liée au péril fécal. Transport par mouches possible (3 pts).
Contamination par pratiques sexuelles orale et anale (3 pts).

Q8. Quel(s) traitement(s) proposez-vous ?

Amoebicides diffusibles (2pts) : Nitro-imidazolés, métronidazole par exemple (2pts), puis amoebicide de contact (2pts) : paromomycine (2pts). 7 à 10 j de métronidazole, en IV si vomissements (1 pt). Puis amoebicide de contact 7 à 10 j (1 pt).