Le tourisme équitable est-il toujours sans risque ?

Claude Guiguen, Hélène Guegan, Sorya Belaz, Florence Robert-Gangneux, Jean-Pierre Gangneux

▶ **To cite this version:**

Claude Guiguen, Hélène Guegan, Sorya Belaz, Florence Robert-Gangneux, Jean-Pierre Gangneux. Le tourisme équitable est-il toujours sans risque ?. Revue Francophone des Laboratoires, 2021, 2021 (528), pp.67-68. 10.1016/S1773-035X(20)30397-X . hal-03269564

HAL Id: hal-03269564

https://univ-rennes.hal.science/hal-03269564

Submitted on 28 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le tourisme équitable est-il toujours sans risque ?

Claude Guiguen[1]*, Hélène Guegan[2], Sorya Belaz[3], Florence Robert-Gangneux[2], Jean Pierre Gangneux[2]

1- Service de parasitologie et zoologie appliquée, UFR des sciences médicales, 2 Avenue du Professeur Léon Bernard, 35043 Rennes cedex, France
2 –Université de Rennes 1, Centre Hospitalo Universitaire de Rennes, Inserm, EHESP, Irset (Institut de Recherche en Santé Environnement Travail), UMR_S 1085, 35000, Rennes, France
3 -Service de parasitologie - mycologie, CHU Pontchaillou, 2 Rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

* auteur correspondant : guiguenclaude@orange.fr (C.Guiguen)

Madame Kristell G., âgée de 28 ans, habitant dans un village proche de Rennes en Ille et Vilaine, a fait un séjour touristique d'une semaine en Casamance au Sénégal (12 au 20 décembre 2018). Elle consulte le 3 février 2019 pour faire un bilan d'une fièvre au retour de son voyage malgré une chimioprophylaxie antipalustre (Malarone®) correctement suivie et l'utilisation systématique d'une moustiquaire imprégnée. La fièvre, apparue mi-janvier, s'accompagne de céphalées et de myalgies avec selles liquides, signes biologiques d'inflammation (CRP : 61,67 mg/L) et hyperéosinophilie sanguine (1.8 GL). L'examen clinique est normal en dehors d'un météorisme abdominal. Le bilan biologique réalisé lors de la consultation confirme le syndrome inflammatoire (GB : 15.8 GL, CRP : 92,2 mg/L) associé à une hyperéosinophilie (1.7GL) et une cytolyse hépatique (TGP : 199 Ul/L, TGO : 96 Ul/L).
L'interrogatoire fait préciser les conditions du séjour touristique : écotourisme avec randonnées en brousse et étapes dans les villages, repas pris localement sans précautions particulières sauf pour l'eau de boisson (eau minérale ou eau traitée à l'aide de pastilles désinfectantes), bains à plusieurs reprises dans des cascades pour se laver. Elle signale qu'elle a eu, une heure après un bain, des démangeaisons minimes avec de petites lésions cutanées qu'elle a attribuées à des piqûres d'insectes et qu'elle a photographiées elle même *(figure 1)*.

1. **Quelles sont les principales causes parasitaires de fièvres au retour après un séjour en Afrique de l'Ouest?**
2. **Quel diagnostic envisagez-vous chez cette patiente ? Quels sont vos arguments?**
3. **Quels sont les examens pertinents à réaliser dans ce contexte?**
4. **Quelle est le médicament de choix, la posologie et la durée du traitement pour traiter cette parasitose?**
5. **Quel suivi proposer à cette patiente?**

1- En priorité il faut évoquer le paludisme car toute fièvre chez un patient de retour d'une zone d'endémie palustre est un paludisme jusqu'à preuve du contraire. D'autres étiologies doivent être envisagées comme la bilharziose en période invasive mais également la trypanosomose, la leishmaniose viscérale voire l'amibiase hépatique.

2 - La bilharziose en phase d'invasion toxémique doit être envisagée. En effet la présence d'une hyperéosinophilie marquée, d'un syndrome inflammatoire biologique, dans un contexte de bains en eau douce dans un pays d'endémie bilharzienne et de lésions cutanées prurigineuses apparues après un bain sont en faveur de ce diagnostic. Toutefois, il est impératif d'éliminer un paludisme, *Plasmodium falciparum* responsable des formes mortelles étant majoritaire dans cette région et ce même si la prophylaxie semble avoir été

Accepted manuscript

bien conduite. L'amibiase hépatique, la leishmaniose viscérale et la trypanosomose peuvent être à priori écartées dans ce contexte clinico-épidémique.

3 - Le diagnostic du paludisme est une urgence médicale. Le diagnostic de certitude repose sur la recherche de *Plasmodium* sur un prélèvement de sang périphérique par les techniques de frottis mince et de goutte épaisse avec vérification de l'absence d'antigène spécifique HRP2. A noter l'utilisation croissante de la technique rapide LAMP (Loop-mediated isothermal Amplification) qui permet la détection moléculaire rapide de *Plasmodium* avec une excellente valeur prédictive négative.
Un examen parasitologique des selles et des urines doit être systématique. Cependant, dans le cas présent, celui-ci sera négatif pour la schistosomose. En effet, à ce stade la migration larvaire du parasite est en cours. Ces examens devront donc être répétés, la maturation du parasite nécessitant 2 à 3 mois. Les œufs présentent une morphologie caractéristique : œufs éperonnés de grande taille (50-60µm x 140-150µm). Ils seront alors éliminés par les selles (*Schistosoma mansoni)* ou les urines (*Schistosoma haematobium*). En cas d'examen d'urines et de selles négatifs lors d'une forte suspicion de bilharziose, il faut avoir recours aux biopsies rectales (préférentiellement) et vésicales (moins souvent car plus invasives) car ces techniques augmentent la sensibilité de détection des œufs.
Le sérodiagnostic parasitaire à la recherche d'anticorps anti *Schistosoma* sp est la méthode de choix au cours de la période de maturation du parasite, les anticorps sériques spécifiques apparaissant progressivement 4 à 6 semaines après le bain contaminant [1, 2]. Le Western-Blot est la technique de référence. A noter que de nouveaux outils moléculaires apparaissent dont la PCR qui présente une sensibilité très intéressante dans les selles et les urines [3]. La PCR peut également se positiver précocement dans le sérum avant même que l'excrétion d'œufs n'ait débuté [4].

4 - Toute bilharziose évolutive doit être traitée pour éviter les complications. Le traitement antibilharzien ne doit pas être entrepris en phase d'invasion ; si le patient est symptomatique une corticothérapie peut être prescrite. En phase d'état le praziquantel (Biltricide®) est efficace sur tous les schistosomes adultes. Il est prescrit à la dose de 40 mg/kg per os en 1 à 2 prises mais en un seul jour [5].

5 - La surveillance post-thérapeutique associe le suivi de la numération formule sanguine avec retour à la normale des éosinophiles en quelques semaines ainsi que l'évolution du titre des anticorps (ELISA, HAI), ceux-ci devant baisser et le plus souvent se négativer dans les 6 à 12 mois. Leurs tendances à la normalisation sont des critères de guérison. Parallèlement un suivi parasitologique des selles et des urines peut être réalisé mais des œufs peuvent être éliminés pendant plusieurs mois après le traitement. L'observation d'œufs calcifiés (morts) n'est pas rare et n'est pas synonyme d'échec thérapeutique. Ces contrôles seront réalisés tous les mois pendant les trois premiers mois, puis après 6 mois et 1 an [6].

Références

[1] Anofel. Schistosomoses (ou Bilharzioses). In Parasitologie et mycologie médicales - Guide des analyses et pratiques diagnostiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2017. p 305-9.
[2] BiermanWF, Wetsteyn JC, van Gool T. Presentation and diagnosis of imported schistosomiasis: relevance of eosinophilia, microscopy for ova, and serology. J Travel Med 2005; 12: 9-13.

Accepted manuscript

[3] Guegan H, Fillaux J, Charpentier E et al Real-time PCR for diagnosis of imported schistosomiasis. PLoS Negl Trop Dis 2019; 13 (9):e0007711.
[4] Wichmann D, Poppert S, Von Thien H et al. Prospective European-wide multicentre study on a blood based real-time PCR for the diagnosis of acute schistosomiasis. BMC Infect Dis, 2013; 13,55.doi10.1186/1471-2334-13-55.
[5] Guiguen C, Belaz S, Robert-Gangneux F, Gangneux JP. Les bilharzioses : aspects épidémio-cliniques et diagnostiques. Revue Francophone des laboratoires. 2013 ; 457 : 75-85.
[6] Anofel. Schistosomoses ou bilharzioses. In Parasitoses et Mycoses des régions tempérées et tropicales. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2016. p 188-203.

Légende figure 1 : Eruption prurigineuse et maculopapuleuse survenue quelques heures après un bain en eau douce ou « dermatite des nageurs » (e.anofel – Parasitologie, CHU Angers).

Accepted manuscript