

# Une grippe au retour des tropiques...

par le Dr Audrey BONNELANCE\*



\* Médecin généraliste  
1000 Bruxelles  
[audrey.bonnelance@ssmg.be](mailto:audrey.bonnelance@ssmg.be)

**Sophie a 30 ans et me consulte très rarement. Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Elle me décrit ce jour des symptômes grippaux présents depuis 72 heures. En ce mois de janvier, ce sont des plaintes que j'entends régulièrement ! Et pourtant...**

Une fièvre élevée est présente depuis 3 jours, des courbatures et céphalées depuis 5 jours. Son état général est fort altéré et son appétit très diminué en raison de nausées et de douleurs abdominales diffuses présentes depuis hier. Elle me décrit également une éruption cutanée au niveau de son décolleté, présente depuis la veille, motif principal de sa venue à ma consultation de ce jour.

## Anamnèse fouillée

En l'interrogeant plus longuement, je ne retrouve pas de notion de contagiosité même si le contexte épidémique actuel me fait penser assez vite à une grippe en première hypothèse. Elle revient depuis 3 jours d'un séjour de 4 semaines en Birmanie et a pris une prophylaxie antimalarique (Malarone®) quotidienne depuis la veille de son départ et ne semble pas avoir oublié un seul comprimé. Elle doit terminer sa boîte dans 4 jours.

L'examen clinique ne révèle rien de particulier hormis une éruption diffuse non prurigineuse au niveau du décolleté. Devant ce contexte de retour des tropiques, je pense tout de même à exclure une pathologie tropicale et réalise un prélèvement sanguin en consultation. Je prends soin d'exclure une malaria me disant que des résistances sont toujours possibles.

## Maladies tropicales : y penser

### RÉSUMÉ

Ce cas clinique décrit l'histoire d'une jeune patiente présentant un syndrome grippal au retour des tropiques. L'anamnèse, l'examen clinique et une biologie sanguine ont permis de faire assez rapidement le diagnostic de dengue qui est brièvement décrite dans cette rubrique.

Mots-clés : syndrome grippal, éruption cutanée, Dengue.

La biologie me revient quelques heures plus tard. On retrouve les résultats pathologiques suivants : hypoplaquettose à 132 000 ( $150\ 000-400\ 000 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), neutropénie à 1,03 ( $2,2-7,46 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), lymphopénie à 0,87 ( $1,01-3,38 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) et des GOT à 36. La CRP est normale à 2,7 ( $<5 \text{ mg/dl}$ ). La fonction rénale et l'ionogramme sont strictement normaux. La recherche de malaria par frottis sanguin revient négative.

Et si c'était la dengue ?

Devant le tableau clinique et ces premiers résultats, je demande une analyse complémentaire de recherche des anticorps contre la dengue. L'institut tropical d'Anvers répond quelques jours plus tard : les IgMs et le test antigène sont positifs. La PCR trouve un virus dengue de type 3.



## Une maladie endémique...

La dengue est une virose dont quatre sérotypes existent. Elle se transmet par un moustique Aedes à activité diurne retrouvé plus particulièrement dans les villes

et eaux stagnantes. Elle est en pleine expansion mondiale et actuellement endémique avec flambées et épidémiques dans les régions suivantes : Asie tropicale, îles du Pacifique, Océan Indien, Caraïbes, Amériques Centrale et du Sud et, à un bien moindre degré, Afrique.

Initialement cantonnée en Asie, son foyer principal, elle a envahi le monde tropical et subtropical à partir des années soixante avec une forte accélération à la fin du siècle dernier. Elle concerne maintenant 2,5 milliards de personnes avec un nombre de cas estimés de 50 à 100 millions/an. Le tableau classique est un syndrome grippal arthromyalgique accompagné d'une éruption cutanée et d'une thrombopénie survenant sur place ou quelques jours après le retour (incubation courte), très évocateur. L'un des 4 virus en cause (DEN 1,2,3,4) peut déclencher une épidémie sur un fond endémique le plus souvent lors de la saison des pluies. Il n'y a pas d'immunité croisée. Après une incubation courte de 2 à 8 jours, il y a apparition brutale d'une fièvre élevée avec céphalées, douleurs rétro-orbitaires, arthromyalgies marquées, suivie d'une rémission puis reprise fébrile avec exanthème (50% des cas ; parfois discrètement hémorragique). La régression est spontanée en quelques jours mais un syndrome asthénique «post-dengue» peut persister plusieurs semaines ou mois. Des formes asymptomatiques ou non spécifiques sont courantes. Le diagnostic essentiellement clinique est conforté par une thrombopénie et confirmé par le test antigénique NS1 très précocement positif puis par la positivité de la sérologie IGM à partir du 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour du début des symptômes (en laboratoire spécialisé).

Il n'existe aucun traitement spécifique : seule une prise en charge symptomatique est possible. La prévention du voyageur repose sur l'utilisation de répulsifs et de vêtements imprégnés. Un vaccin tétravalent est en cours d'évaluation.

## Visite de contrôle

Marine revient me voir 10 jours plus tard. Elle se sent beaucoup mieux, n'a plus de fièvre ni de courbatures. Seules quelques céphalées persistent. Une prise de sang de contrôle 10 jours après la première montre une normalisation de tous les paramètres initialement pathologiques.

## Conclusion

Devant tout syndrome grippal chez un patient revenant des tropiques, il faut d'abord penser à exclure une malaria et ensuite une dengue.

## Bibliographie

1. O. Bouchaud et al, «Médecine des voyages et tropicale : médecine des migrants», 3<sup>e</sup> édition, Elsevier Masson.
2. Site internet de l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers : [www.itg.be](http://www.itg.be)