

9ème congrès

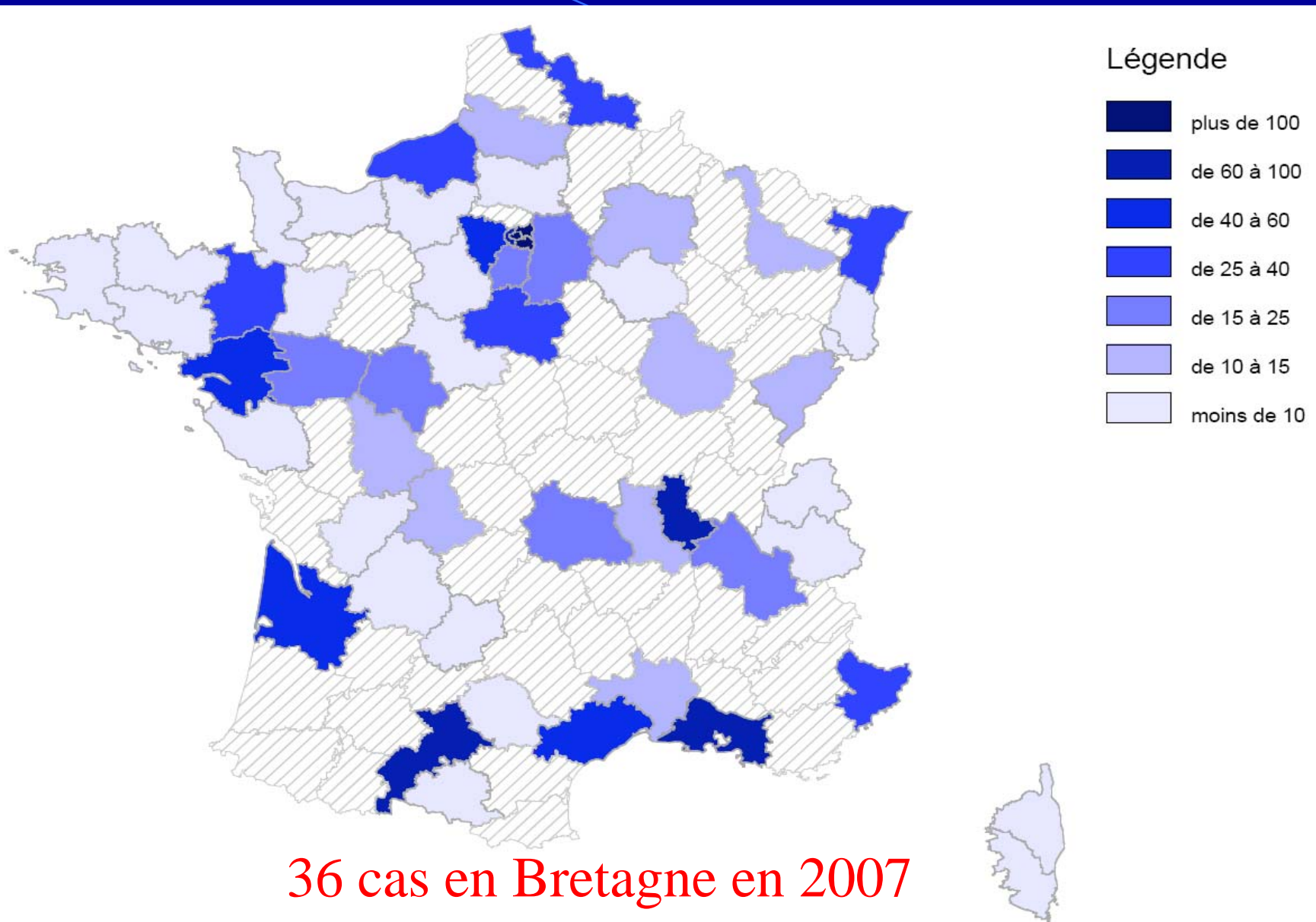
du Collège de Médecine d'Urgence de Bretagne

**Conformité de la prise en
charge des accès palustres
aux recommandations
nationales dans un service
d'urgence**

Gabriel Berne - Rennes

19 mars 2009

Répartition par département en 2007



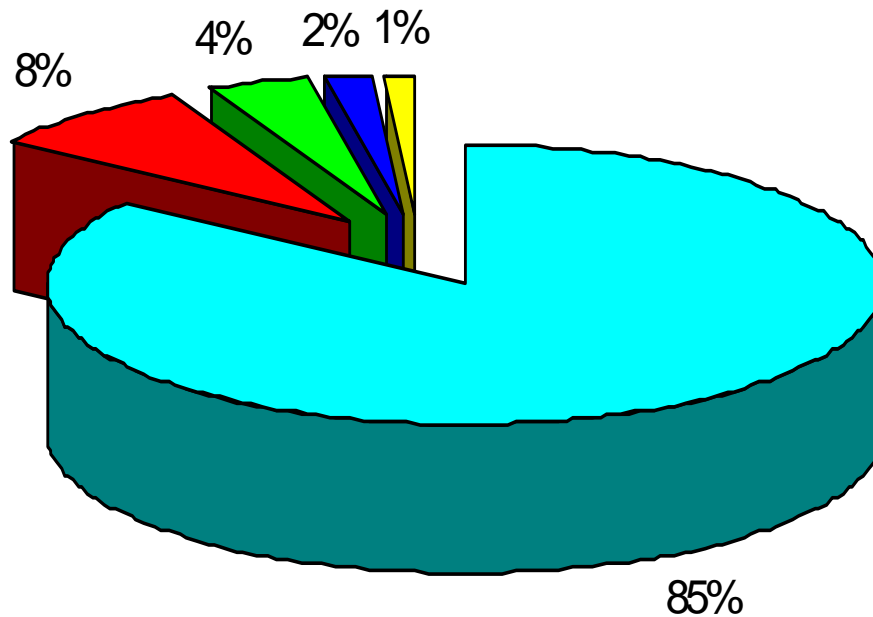
Matériels et méthodes

- **Etude rétrospective entre 2005 et 2007**
- **Dossiers codés au PMSI, fiches de déclaration CNR, codage Resurgences**

Population étudiée

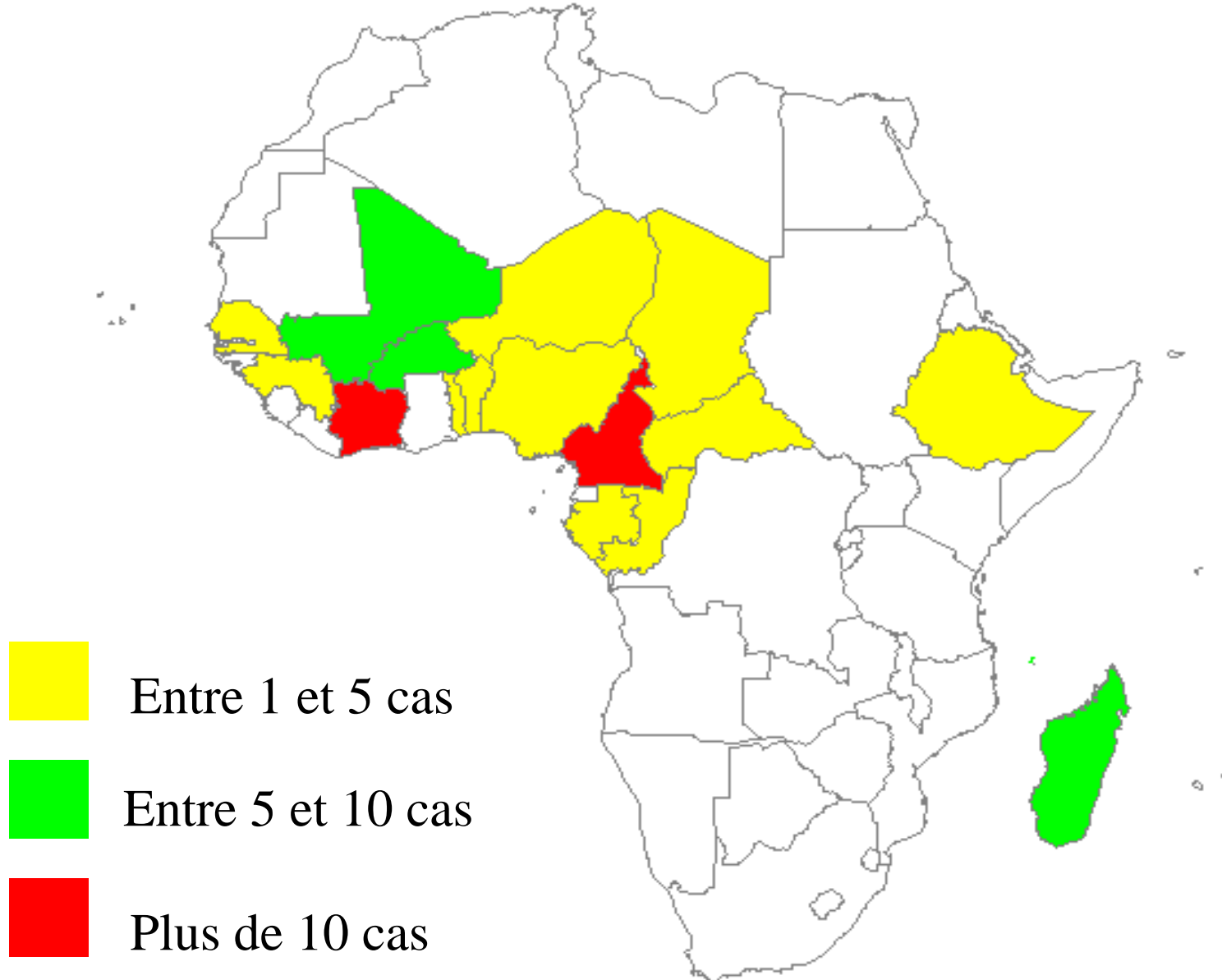
- **96 cas sur 3 ans**
- **53,1 % des patients originaires d'un pays d'endémie (Afrique et îles de l'Océan Indien)**
- **10,3 % enfants de moins de 15 ans**
- **Age médian 26 ans, sexe ratio 1,52**

Espèces en cause



- Falciparum
- Vivax
- Ovale
- Malariae
- Vivax ou ovale

Pays de contamination



Avant l'hôpital:

- **Recours au médecin généraliste en première intention dans 60 % des cas**
- **Chimiprophylaxie bien conduite dans 9 % des cas**
- **89 % des patients adressés aux urgences (adulte ou pédiatrique) même quand diagnostic établi en ambulatoire**

Application des recommandations

Question 1 : comment réduire les délais de diagnostic du paludisme à P.f. ?

CC 1999:

Le jury propose la technique du **frottis sanguin** pour le diagnostic biologique du paludisme. Les résultats doivent être rendus dans un délai maximum de 2 heures.

Délai médian résultat biologique 00:52

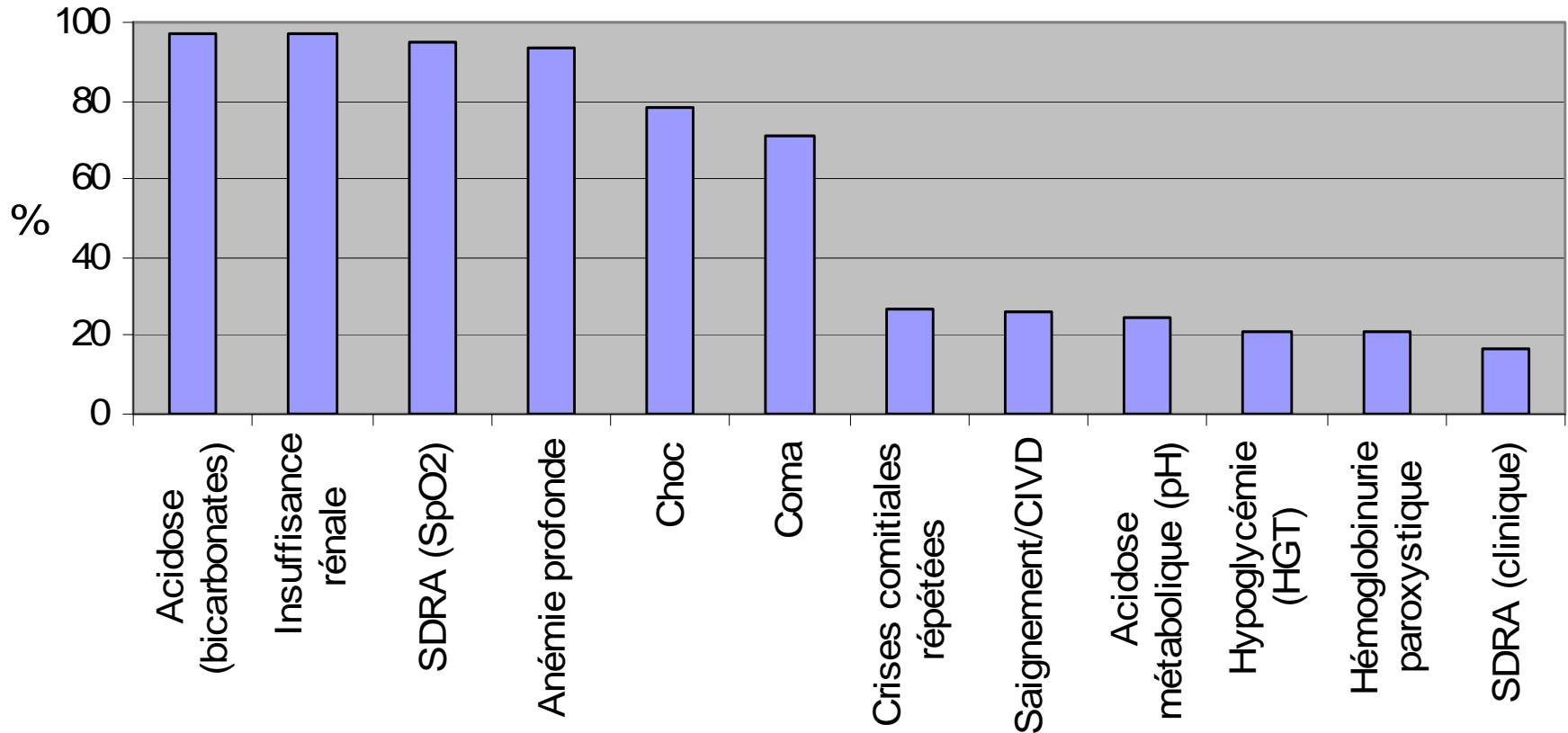
Frottis sanguin dans 100 % des cas

TDR dans 36 % des cas (4 fois pour frottis négatif)

RPC 2007:

La démarche diagnostique idéale devrait associer la réalisation des examens microscopiques (**frottis sanguin et goutte épaisse**), suivie si nécessaire par un test rapide (HRP-2 + pLDH), afin de compenser l'absence de technique de référence.

Question 2 : Comment évaluer l'urgence et organiser la prise en charge d'un paludisme à *Plasmodium falciparum* ?



Formes graves

- **9 accès à *P. falciparum***
- **5 accès graves selon les critères de 1999**
- **Tous graves selon les critères de 2007**

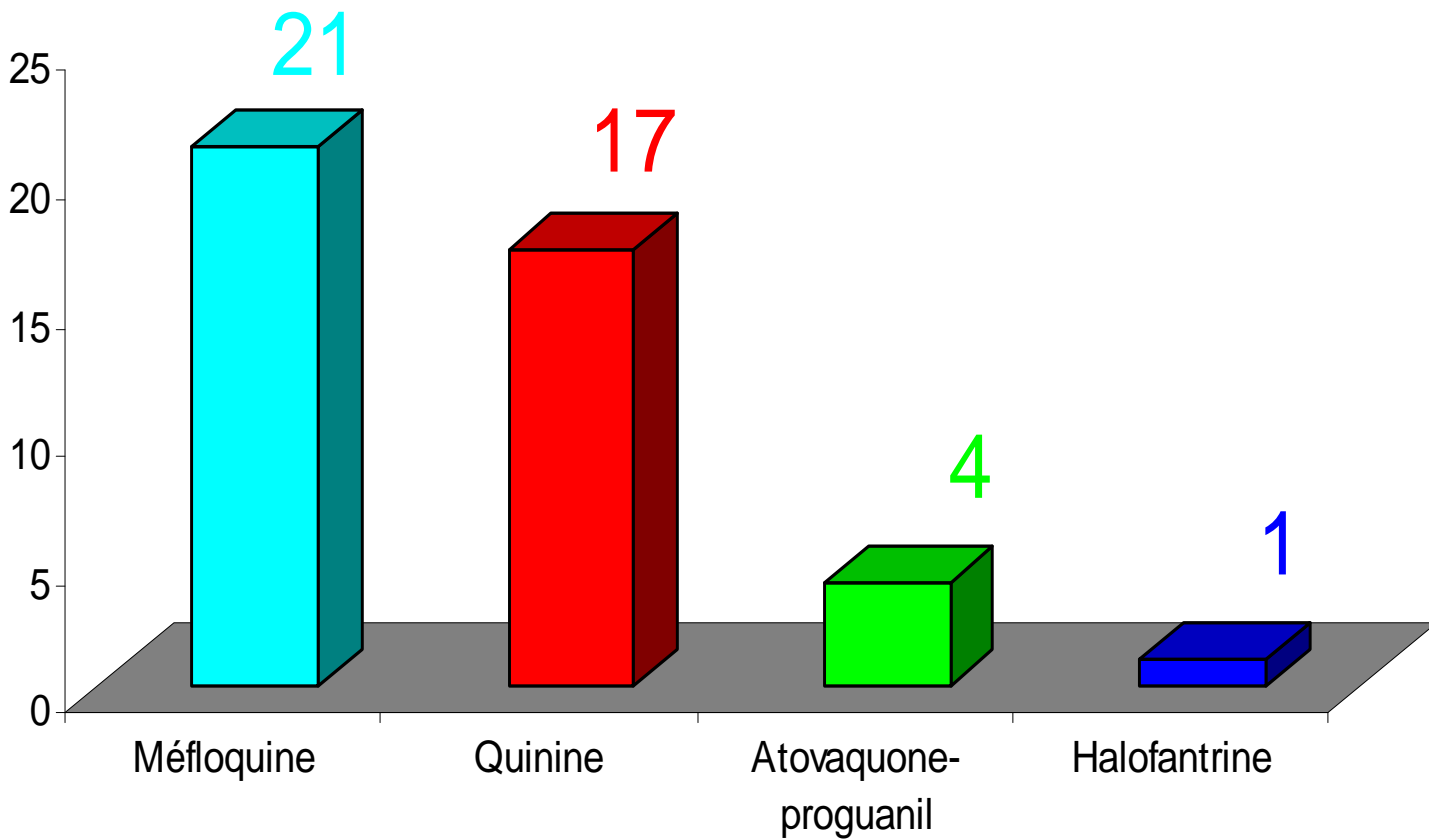
- **Evaluation incomplète des critères de gravité**
- **7 paludismes graves sur 17 hospitalisations en réanimation médicale**

Question 3 : modalités du traitement d'une forme non compliquée à *P. falciparum*

CC 1999:

L'analyse bénéfice-risque conduit le jury à recommander chez l'adulte de privilégier la **méfloquine** et la **quinine** dans le traitement de première intention. L'association atovaquone-proguanil est une alternative aux traitements actuels, sa place reste à préciser.

A Rennes



Posologie respectée dans 84 % des cas

Question 3 : modalités du traitement d'une forme non compliquée à *P. falciparum*

CC 1999:

L'analyse bénéfice-risque conduit le jury à recommander chez l'adulte de privilégier la **méfloquine** et la **quinine** dans le traitement de première intention. L'association atovaquone-proguanil est une alternative aux traitements actuels, sa place reste à préciser.

RPC 2007:

L'analyse bénéfice-risque conduit à proposer l'association **atovaquone-proguanil** ou **artéméther-luméfantrine** comme 1^{re} ligne de traitement. La quinine et la méfloquine sont proposées en 2^e ligne.

Question 4 : modalités du traitement d'une forme grave de paludisme à *Plasmodium falciparum*

CC 1999:

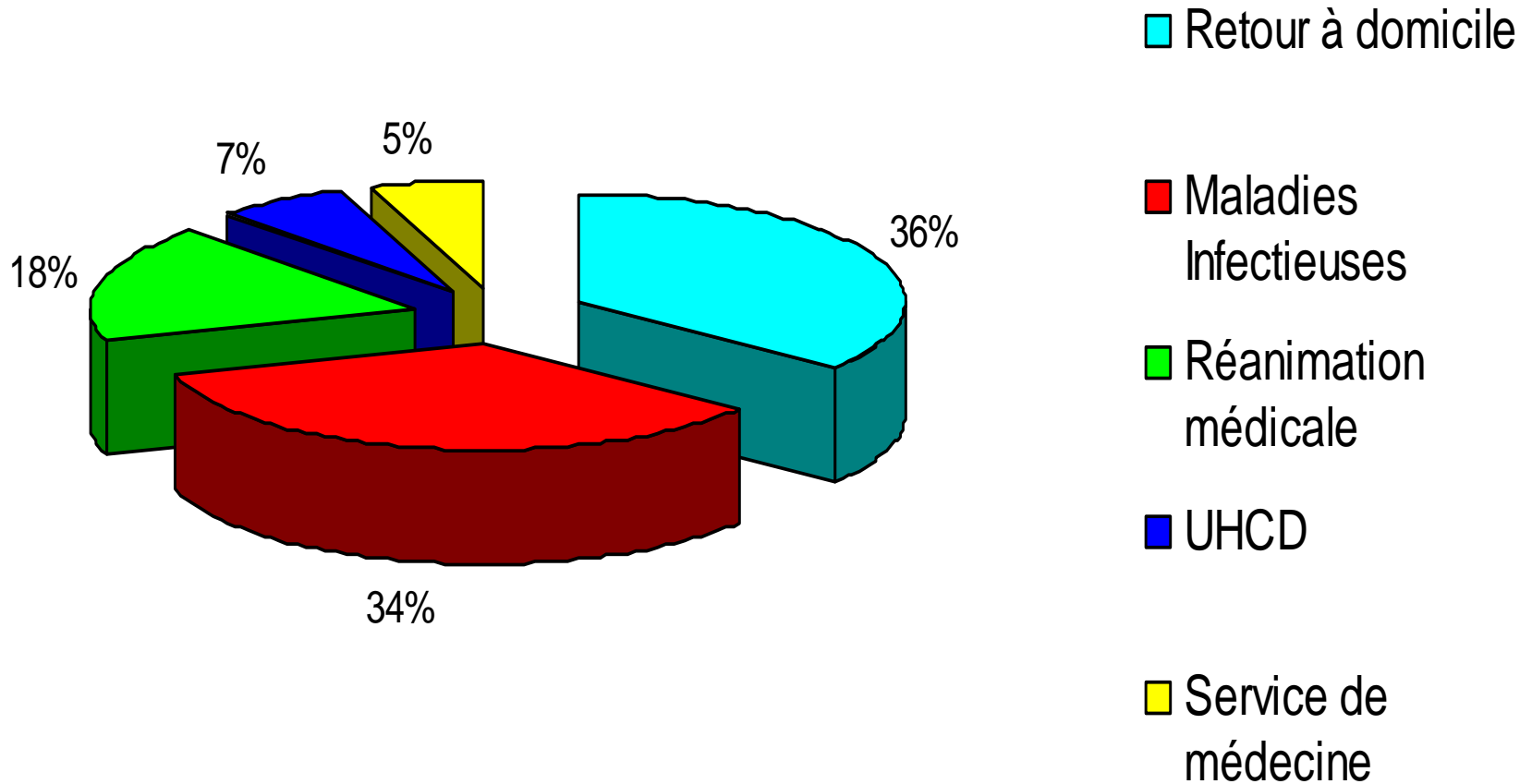
Chaque centre hospitalier doit disposer de quinine injectable. Le schéma d'administration est le suivant: **dose de charge** de 17 mg/kg de quinine en 4 heures, suivie d'une dose d'entretien de 8 mg/kg toutes les 8 heures.

RPC 2007:

L'utilisation de la dose de charge au cours du paludisme grave d'importation reste indiquée. Quand certains critères de gravité sont **isolés (hyperparasitémie < 15 %, ictère)** l'analyse bénéfice-risque doit en faire discuter l'intérêt.

<i>Espèce</i>	<i>Gravité</i>	<i>Traitement</i>			
		Per os	Quinine IV charge -	Quinine IV charge +	NSP
<i>P. falciparum</i>	<i>Simples</i> <i>73 cas</i>	43	23	5	2
	<i>Graves</i> <i>9 cas</i>	0	2	7	0
<i>Autres espèces</i>	<i>Simples</i> <i>14 cas</i>	12	2	0	0

Orientation après passage aux urgences



Prise en charge ambulatoire

- **28 % de retour à domicile pour accès simples à *P. falciparum* (39 % des accès simples sans troubles digestifs)**
- **50 % pour les autres espèces**

Optimisation de la prise en charge:

- **Recherche des signes de gravité**
- **Diminution du recours à la voie veineuse**
- **Augmentation du nombre de retour à domicile**
- **Formation des professionnels**

Merci pour



votre attention