

Retard de diagnostic d'une dengue sévère : à propos d'un cas en réanimation polyvalente (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Delayed diagnosis of severe dengue: a case in a general intensive care (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Bekoin-Abhé Ch M¹, Bouh Judith¹, Gnazebo A D¹, Kadio H², Ouattara A¹

1. Service de réanimation polyvalente - CHU de Cocody - Cote d'Ivoire

2. Service de réanimation polyvalente - CHU de Yopugon - Cote d'Ivoire

Correspondance: Bekoin-Abhé Chake Maria Josiane, maria.bekoin@yahoo.fr, cel: +225 0749020025

Résumé

Introduction : La dengue sévère a des présentations cliniques atypiques. **Patient et observation :** Retard de diagnostic d'une dengue sévère d'un adolescent de 13 ans, présentant en réanimation, un sepsis avec des hémorragies cutanéomuqueuses et digestives, une atteinte hépatorenale et pulmonaire. Les prélèvements sérologiques montraient des IgM dirigés contre le virus de la dengue. L'évolution fatale, était liée à une insuffisance rénale sévère avec échec thérapeutique. **Conclusion :** la dengue sévère est une pathologie mortelle dont le diagnostic doit être précoce pour une prise en charge thérapeutique optimale.

Mots clés : dengue sévère - diagnostic – réanimation

Abstract

Introduction: Severe dengue fever has atypical clinical presentations. **Patient and observation:** Delayed diagnosis of severe dengue fever in a 13-year-old adolescent, presenting in intensive care, sepsis with mucocutaneous and digestive hemorrhages, hepatorenal and pulmonary involvement. Serological samples showed IgM antibodies against the dengue virus. The fatal evolution was linked to a severe renal failure with therapeutic failure. **Conclusion:** Severe dengue fever is a fatal disease whose diagnosis must be made early for optimal therapeutic management.

Keywords: severe dengue - diagnosis - resuscitation

Introduction : La dengue aussi appelée « grippe tropicale », devenue une préoccupation majeure de santé publique internationale. La dengue est l'arbovirose la plus répandue dans le monde avec environ 390 millions de cas par an, dont 96 millions présentent des manifestations cliniques, avec plus de 25 000 décès annuels répertoriés [1]. Le diagnostic clinique de la dengue en Afrique de l'Ouest est rendu difficile par l'existence d'autres maladies présentant des tableaux cliniques similaires. Sa symptomatologie parfois frustrante, représente un piège dans la démarche diagnostique, freinant la prise en charge globale du patient. Bien que, dans la majorité des cas, la dengue soit asymptomatique ou bénigne, certains patients présentent des manifestations cliniques allant d'une simple fièvre à des formes graves, voire mortelles [2]. Nous rapportons l'observation médicale d'un retard de diagnostic d'une dengue sévère en réanimation. **Observation :** Il s'agissait d'un adolescent de 13 ans, résidant en zone urbaine, ayant présenté une gastro-entérite fébrile traitée comme un accès palustre par

l'administration par voie injectable d'artésunate dans un centre de santé périphérique. L'évolution immédiate, qui semblait s'améliorer, a été marquée par une reprise de la fièvre au 3^e jour de traitement anti-palustre. Cette symptomatologie s'était compliquée par l'apparition d'une hémorragie digestive haute et l'installation progressive d'un tableau d'œdème généralisé. Vu les difficultés diagnostiques et de l'aggravation de l'état clinique, l'enfant a été évacué en réanimation, 7 jours après le début de sa symptomatologie. L'examen physique à l'admission en réanimation, retrouvait un patient conscient, léthargique et fébrile à 38,9 °C. L'adolescent présentait un état de choc associé à un syndrome hémorragique (hématémèse et méléna, pétéchies cutanéomuqueuses, saignement aux sites de ponction veineuse) et une détresse respiratoire hypoxémiante (SaO₂ à 88%). Ce dysfonctionnement multiviscéral était compliqué d'un tableau d'anarsaque et une oligoanurie. Le bilan paraclinique initial réalisé montrait d'importantes perturbations

présentées dans le **tableau I**.

Tableau I : Résultats des bilans biologiques et imageries initiaux

<i>Bilans réalisés</i>	<i>Résultats retrouvés</i>
Bilan biologique	Hématologie et coagulation : Globules blancs : 26 000 éléments/mm ³ Hémoglobine : 5,4 g/dl, Hématocrite : 15,3% Plaquettes : 38 000 éléments/mm ³ TP : 39%, TCA : malade/témoin = 52/33' secondes Biochimie : CRP : 51mg/l, ALAT / ASAT : 2684 / 12311 UI/l créatinine : 50,1 mg/dl, urée : 3,9 g/l kaliémie : 7,2 mEq/l, natrémie : 129 mmol/l albuminémie : 24 g/l Gazométrie artérielle : pH : 7,36, PaCO ₂ : 33 mmHg, HCO ₃ : 18 mmol/l
Imagerie	Radiographie pulmonaire de face : syndrome alvéolo-interstitiel Echocardiographie cardiaque : ventricule gauche de taille et cinétique normale avec une fraction d'éjection à 60 % Echographie abdominale : hépatosplénomégalie importante et insuffisance rénale terminale

Le patient a été traité comme ayant un choc septique, avec un traitement symptomatique, une transfusion sanguine (culots globulaires, plaquettes, albumine humaine), une antibiothérapie probabiliste (imipenem et amikacine en attente des résultats des prélèvements bactériologiques) et la mise sous amines vasoactives. Le

patient a bénéficié de séances d'hémodialyse. La reconstitution de l'histoire de la maladie, 2 jours après son admission en réanimation a évoqué une fièvre hémorragique. Les résultats du bilan sérologique à la recherche d'arbovirus ont noté la présence d'une infection récente au virus de la dengue (Tableau II).

Tableau II : Bilan sérologique

<i>Bilan sérologique</i>	Absence du virus de l'EBOLA Absence du virus de la fièvre jaune à la PCR Arbovirus Présence d'IgM dirigés contre le virus de la dengue
--------------------------	--

En cours d'hospitalisation, le tableau clinique semblait s'améliorer par une défervescence thermique et une stabilisation des paramètres hémodynamiques. Au quatrième jour d'admission, la symptomatologie clinique s'était compliquée d'une aggravation de l'insuffisance rénale avec une forte recrudescence thermique. Au septième jour de son admission, soit 14 jours après le début sa symptomatologie, l'enfant décédait dans un tableau de défaillance polyviscérale, rebelle au traitement symptomatique institué. Discussion : Maladie ré-émergente à partir des années 1970, l'évolution de la dengue à l'échelle mondiale est liée à d'importants changements sociétaux [1]. La dengue est endémique dans la plupart des régions tropicales et subtropicales, dans lesquelles, elle constitue l'une des principales causes de maladie [2]. En 2019, la Côte d'Ivoire faisait face à une autre épidémie de dengue dans la capitale Abidjan avec 93 cas confirmés sur un total de 569 cas suspects (soit un taux de positivité de 16,34%) et 02 décès chez les cas confirmés [3, 4]. Notre observation décrivait le long retard diagnostic d'une symptomatologie parlante de la dengue sévère chez un adolescent de 13 ans. La dengue peut se présenter sous une forme classique simulant un syndrome grippal ou palustre de bonne évolution ou une forme sévère associant un syndrome hémorragique et/ou un

syndrome de choc hypovolémique avec fuite capillaire plasmatique, susceptible d'entraîner la mort dans un pourcentage important de cas, surtout chez l'enfant de moins de 15 ans [4]. La sévérité de la dengue hémorragique est définie par la présence d'une cytolysé hépatique importante et/ou des signes de choc hémodynamique. Notre patient a présenté les deux formes sévères, mettant en jeu le pronostic vital [5]. Le suivi de l'évolution est d'autant plus important qu'il n'existe aucun traitement spécifique. Seule la précocité du diagnostic et des traitements symptomatiques des cas graves peut faire la différence, en ramenant le taux de mortalité de plus de 20 % à moins de 1 % [6,7]. Malgré la complexité des manifestations de cette maladie, le traitement médical précoce est relativement simple et peu onéreux. Cette prise en charge permet avec une grande efficacité de sauver des vies, à condition que des mesures appropriées aient été prises en temps utile. Conclusion : Le tableau clinique n'étant pas spécifique, l'évolution de la dengue peut se faire en quelques dizaines d'heures en une forme grave nécessitant alors, une prise en charge en réanimation sans délai. Les médecins surtout en zones d'endémie, doivent être sensibilisés à cette pathologie en phase d'expansion dans une société en pleine urbanisation. La lutte antivectorielle reste le moyen le plus efficace dans les zones concernées.

Références :

1. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Dengue et dengue sévère. Aide-mémoire Avril

- 2017 : 117.
2. **Daudé E, Vaguet A, Paul R.** La dengue, maladie complexe. Natures Sciences Sociétés 2015 ; 23(4) :331-42.
 3. **OMS.** Organisation Mondiale de la Santé. La

dengue en Afrique : émergence de DEN-3, CI 2008. REH 2009, 84 :85-8

4. **Aubry P.** Dengue. Actualités 2022. Médecine tropicale 2022. 10p

Bekoin-Abhé Ch M Retard de diagnostic d'une dengue sévère : à propos d'un cas en réanimation polyvalente (Abidjan Côte d'Ivoire) Cas Clinique

5. **Muller DA, Depelsenaire ACI, Young PR.** Clinical and laboratory diagnosis of dengue virus infection. J Infect Dis 2017 ; 215 : S89-S95.
6. **Guzman MG, Gubler DJ, Izquierdo A, et al.** Dengue infection. Nat Rev Dis Primers 2016 ;

2 : 1-25.

7. **Deparis X, Marechal V, Matheus S.** mécanismes physiopathologiques de la dengue : revue critique des hypothèses [Google Scholar]. Médecine tropicale 2009 ; 69 :351-7

