

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: - www.journalijar.com</p> <p>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</p> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/18528 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/18528</p>	
---	--	---

RESEARCH ARTICLE

ACCES PERNICIEUX PALUSTRE POSTOPERATOIRE CHEZ UN SUJET PROVENANT D'UNE ZONE D'ENDEMIIE

Hamza Najout, S. Khallikan, A. Jaafari and M. Bensghir

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 February 2024

Final Accepted: 14 March 2024

Published: April 2024

Abstract

Copy Right, IJAR, 2024,. All rights reserved.

Introduction:-

L'accès pernicieux palustre est une cause rare de fièvre ou d'insuffisance rénale aigue postopératoire. Cependant ce diagnostic doit être évoqué devant un ensemble d'arguments Epidémiologiques, cliniques et biologiques afin d'instaurer une thérapeutique spécifique.

Les auteurs rapportent un cas d'accès pernicieux au vingtième jour postopératoire chez un sujet originaire ou provenant d'une zone d'endémie et soumis à une chimioprophylaxie rigoureuse.

Le cas présenté se singularise par la découverte d'un accès pernicieux palustre, 14 jours après l'arrivée au Maroc, d'un jeune patient Marocain, en fièvre et anurie au décours d'une chirurgie pour fissure anale sous rachianesthésie.

Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 30 ans, Marocain, suivant depuis plus de 4 mois une chimioprophylaxie rigoureuse par chloroquine, qui fut opéré une semaine après son retour au Maroc pour fissure anale sous rachianesthésie. A la sixième heure postopératoire survient une fièvre avec oligo-anurie.

Le patient était fébrile avec facies septique et abdomen ballonné. Sur le plan biologique le tableau est dominé par une insuffisance rénale sévère avec une anémie sans signes d'hémolyse ni de rhabdomyolyse .le bilan de coagulation était normal. Le patient a été mis sous triple antibiothérapie à base de céftriaxone, gentamicine et métronidazole.

L'enquête immunologique était négative (absence d'agglutinines irrégulières, Coombs direct négatif, recherche de complexes immuns circulants négative, absence de cryoglobuline). Un contexte septicémique n'a pas été éliminé (hémocultures en cours). Une reprise chirurgicale de la fissure anale et une mini laparotomie de principe, n'a montré aucune collection péri-fissuraire ou intra-abdominale. Enfin, des frottis et des gouttes épaisses sont pratiqués à l'arrivée, permettant d'affirmer l'absence de parasites sanguins.

L'évolution était marquée au dixième jour par un tableau clinique de septicémie, avec atteinte encéphalitique (obnubilation, puis coma) et des stigmates biologiques de coagulation intra vasculaire disséminée (plaquettes : 60 000 éléments/mm³ et baisse du taux de prothrombine à 48 %), rapportant rapidement un accès pernicieux palustre sévère (30 % des hématies parasitées). L'immunofluorescence indirecte, négative à J7, devient positive j10, avec apparition d'IgM spécifiques.

Un traitement intraveineux par quinine (Quinimax ®) a été démarré et l'évolution était rapidement fatale dans un tableau de défaillance multi-viscérale.

Cette observation permet de préciser les aspects multiples de l'impaludation en période postopératoire, leur traitement et leur prévention. En tout premier lieu, la chimioprophylaxie par chloroquine doit être impérativement poursuivie en période postopératoire. Son arrêt intempestif expose à un accès pernicieux palustre postopératoire.

La chimio prophylaxie doit être poursuivie six à huit semaines. En cas d'impossibilité d'utilisation de la voie orale, la quinine intraveineuse est alors indiquée.

COULAUt J.P., MOREL-MAROGER L., SAIMOT G. Néphropathies glomérulaires et paludisme. Rev. Prat., 27 : 2381- 2385,

BRUCE-CHWATT L.J. Blood transfusion and tropical disease. Trop. Dis. Bull., 69 : 825-862.