

FIEVRE THYPHOÏDE

I-INTRODUCTION :

- Unetoxi-infection généralisée spécifique à déclaration obligatoire.
- Réalise un Sepsis à point de départ lymphatique.
- Due au 'Salmonella typhi', bacille gram négatif
- Elle est rare dans les pays développés où elle existe de façon sporadique.
- En Algérie, elle reste épidémique, Tlemcen a connue des épidémies ces dernières années
- La source de contamination est essentiellement de nature fécale provenant soit de malades soit de porteurs chroniques.
- Le réservoir est strictement humain.
- La transmission est soit directe par les selles contaminées ou les aliments manipulés par des porteurs, soit indirecte par l'eau, le laitage...etc.

II-PHYSIO-PATHOLOGIE :

Ce Sepsis à point de départ lymphatique peut donner :

- Des métastases septiques dues aux germes.
- Certaines manifestations dues à la réaction de l'organisme à l'endotoxine (manifestations neurologiques, cardiaques...)
- Après ingestion orale d'un nombre suffisant ($>10^5$ germes), les germes qui résistent à la destruction gastrique gagnent les ganglions mésentériques par pénétration de la muqueuse du grêle; ils se multiplient puis arrivent dans la circulation sanguine. Les bactéries libèrent une endotoxine par lyse bactérienne responsables des manifestations cliniques. Un certain nombre vont venir dans les intestins à travers la bile et seront éliminés dans les selles qui sont source de la dissémination de la maladie.

III-CLINIQUE :

L'incubation : est silencieuse et dure de 7 à 15 jours.

Le 1^{er} septénaire (phase d'invasion) : est à début progressif.

- La température augmente progressivement pour atteindre 40°C en 1 semaine.
- On note une dissociation de la température et du pouls (fièvre/bradycardie.)
- Le malade signale une *asthénie*, une *insomnie*, une *anorexie* et des *céphalées*.
- Des *douleurs abdominales* et très souvent une *constipation*.
- Des *épistaxis* généralement unilatérales.

-A l'examen clinique :

- La langue est saburrale;
- L'abdomen est météorisé
- La fosse iliaque droite est gargouillante
- Avec une splénomégalie récente au stade 1 dans 30% des cas.

Cependant, On peut aussi avoir un autre tableau clinique dont le début est brutal, soit un tableau 'pseudo-grippal', soit un tableau de 'gastro-entérite fébrile' soit enfin des complications digestives et cardiaques inaugurantes. insomniacque.

-Le 2^e septénaire (phase d'état) :

- La fièvre à 40°C est en plateau.
- La dissociation entre le pouls et la température est très nette.
- Le malade est somnolent, *prostré* voire *obnubilé* ; c'est le « tупhos »

A l'examen clinique,

- Des diarrhées en jus de melon.
- Une langue saburrale.
- Des douleurs abdominales
- Une fosse iliaque droite gargouillante.

- Une splénomégalie.
- Des tâches rosées lenticulaires (petites macules rosées à peine surélevées de la taille d'une lentille à la base du thorax et à la partie supérieure de l'abdomen.) –
- Des râles bronchiques au niveau de la base des poumons.
- Avec une 'angine de *Duguet*' (petites ulcérations superficielles des piliers antérieurs du voile du palais.)
- * Les 3^e et 4^e septénaires engendrent les complications.

IV-EVOLUTION :

Sous traitement, la température diminue en 2 à 6 jours avec disparition des signes cliniques.

Sans traitement, surviennent :

Des complications septiques : Telle l'hépatite, la cholécystite, l'ostéite et l'ostéo-arthrite.

Des complications toxiques :

Intestinales : Hémorragie et perforation dont le diagnostic est difficile à faire avec l'iléus, l'ASP montre un croissant gazeux.

Cardiaques: Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, choccardiogénique uniquement perçues à l'ECG.

Neurologiques : Encéphalopathies, coma...

Ainsi que des complications psychiques et psychiatriques.

V. PRONOSTIC :

Actuellement, le pronostic est généralement favorable, mais la fièvre typhoïde peut être mortelle. Le pronostic est défavorable chez les personnes âgées ou immunodéprimées.

La guérison peut ne laisser aucune séquelle, mais on peut avoir un portage chronique.

VI. BIOLOGIE :

Leuconéutropénie ou du moins, absence d'hyperleucocytose.

VS basse ou normale.

Les hémocultures dans la 1^e semaine sont positives.

La coproculture peut être positive dans le 1^{er} septénaire et dans la 2^e semaine.

Le sérodiagnostic de *Widal et Félix* : Révèle l'apparition des Anticorps Anti-O au 8^e jour et Anti-H au 12^e jour. Puis on a l'augmentation des Anticorps Anti-O jusqu'à leur acmé où ils vont diminuer. Par contre, les Anticorps Anti-H vont augmenter et persister pendant plusieurs mois voire des années c'est la "cicatrice sérologique". Si on n'est pas sûr, on fait un 2nd prélèvement au bout de 3 ou 5 jours.

→ Si les 2 prélèvements sont égaux, on parle de cicatrice et non pas de maladie. Il peut exister des faux positifs car il peut y avoir d'autres communautés antigéniques dans la fièvre typhoïde comme il peut s'agir d'une autre maladie (Ex : la candidose.) On fait une confrontation clinico-biologique.

VII- TRAITEMENT :

-Antibiothérapie : pour éradiquer les salmonelles majeures

Phénicolés : Thionphénicol.

Pénicillines : Ampicilline, Amoxicilline, ou céphalosporines : Céftriaxone (β Lactamines.)

Cotrimoxazole (Bactrim*.)

Quinolones : Péfloxacin, Ofloxacin, Ciprofloxacine (Fluoroquinolones)

Traitement symptomatique : Corticothérapie.

Traitement chirurgical : des complications digestives.

Prévention :

-Isolement des malades.

-Désinfection des selles, du linge et des chambres.

-Surveillance sur le plan clinique (Température, TA, pouls...) et biologique (coproculture, FNS...)

-Traitement préventif: Hygiène alimentaire, individuelle et vaccinothérapie parentérale en une seule injection du Typhim Vi puis un rappel tous les 3 ans.