

Fièvre Boutonneuse méditerranéenne

A/ INTRODUCTION :

C'est une rickettsiose, sont des zoonoses causées par les bactéries intracellulaires strictes

La FBM est due à rickettsia conorii

La maladie est endémique dans le pourtour méditerranéen

B/EPIDEMIOLOGIE :

- **AGENT CAUSAL** : rickettsia conorii, elle doit restée attacher au moins 20 heures chez l'homme pour transmettre la maladie
- **RESERVOIR** : le chien
- **TRANSMISSION** : pique d'une tique brune du chien (Rhipicephalus sanguineus, qui pourrait également être un réservoir
Cette tique vit dans l'entourage immédiat des humains et de leurs chiens, ce qui explique que la maladie soit autant urbaine que rurale
- **MODALITA EPIDEMIOLOGIQUE** : fréquente et particulièrement agressive quant les températures sont élevées entre mois de mai et octobre

C/ CLINIQUE :

- **Incubation** : asymptomatique, environ 6 jours
- **Début** : brutal, fièvre élevée à 39 – 40°C, des algies diffuses
Escarre d'inoculation (tache noire de pyrie) au site de pique ; l'escarre est indolore ; peut manquer dans 25%
2 à 3 jours après apparition d'une éruption cutanée, au début maculeux puis maculo-papulo-nodulaire généralisée, non prurigineuse, épargne habituellement le visage, et qui touche la paume des mains et

la plante des pieds ; elle peut être purpurique (en particulier au membre inférieure), et représente un signe de gravité

HPMG et SPMG peuvent être présentes

Une conjonctivite (porte d'entrée après manipulation de tique) et des rétinites

Les formes sévères représentent 5 à 6% des cas :

- atteintes neurologique
- digestive
- cardio vasculaire
- rénale
- pulmonaire
- hématologique
- thrombophlébite

Font la gravité de la maladie et peuvent être fatales

D/ EVOLUTION : l'amélioration clinique survient après 48h du traitement adapté

Le pronostic dépend du terrain et du délai d'instauration du traitement.

Les formes rares avec défaillance multi viscérales associent souvent des facteurs de risques : alcoolisme, diabète, âge avancé ...

E/ DIAGNOSTIQUE :

- *Non spécifique* : leucopénie, parfois hyperleucocytose dans d' 2eme temps, thrombopénie, anémie, parfois cytolysé hépatique
- *Spécifique* :
 - sérologie : IFI
 - PCR
 - prélèvement d'escarre

F/ DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIEL : est celui d'une fièvre éruptive

G / TRAITEMENT :

- Adulte : Doxycycline Cp 200mg/j Pd 5 à 7j
En cas d'allergie : clarytromycine
- Femme enceinte : Josamycine 3g/j Pd 8j
- Enfant moins de 8 ans : Josamycine en sp

H / PREVENTION :

La meilleure prévention consiste à éviter la pique de tique

Fièvre Q

A/ INTRODUCTION : zoonose ubiquitaire

La fièvre Q est due à *Coxiella burnetii*, bactérie intra cellulaire qui se multiplie dans le phagolysosome de la cellule

B/ EPIDEMIOLOGIE :

- **Répartition géographique** : décrite dans le monde entier
- **Réservoir** : la contamination humaine se fait surtout depuis les animaux domestiques (ovins, bovins, caprins)
- **Transmission** : le mode le plus fréquent est l'inhalation d'aérosols à partir d'éléments contaminés par les déjections et sécrétions d'animaux réservoir

La contamination par ingestion de produit laitier et par les tiques est possible

C/ CLINIQUE :

La forme aiguë est représentée par des pneumopathies, des hépatites, ou de fièvre prolongée

La forme chronique réalise le plus souvent une endocardite à hémoculture négative

- Fièvre Q aiguë :

Incubation et début : la durée moyenne est de 3 semaines

Le début est caractérisé par un syndrome fébrile d'allure grippal

Période d'état :

- hépatite granulomateuse
- pneumopathie fébrile avec ou sans atteinte hépatique, notion de toux sèche qui peut aller jusqu'à un syndrome de détresse respiratoire

- fièvre isolée est rare (17%)
- autres manifestations : péricardite (1%) ; myocardite (1%) ;
encéphalite (1%) ; méningite (0,7%)

D/ BIOLOGIE :

Thrombopénie modérée

Leuco neutropénie

VS accélérée

Forme hépatique : augmentation modérée des transaminases et des

Gamma GT

- **Fièvre Q chronique** : évoluant depuis + de 6 mois
La principale manifestation (80% des cas) est l'endocardite à
hémoculture négative

E/ DIAGNOSTIC :

- Fièvre Q aigue doit être évoquée devant un syndrome pseudo
grippal ; une pneumopathie, une hépatite modérée ou une fièvre
isolée prolongée inexpliquée, l'exposition aux animaux domestiques 2
à 3 semaines avant le début des symptômes, une sérologie pourra
confirmer le diagnostic d'infection à coxiella
- Une fièvre chronique doit être évoquée devant une endocardite à
hémoculture négative

La sérologie : - IFI (méthode de référence)

- PCR

F/ TRAITEMENT :

- **Fièvre Q aigue** : Doxycycline 200mg/j Pd 2 semaines
Femme enceinte : cotrimoxazole Pd toute la durée de
grossesse complété par Doxycycline après l'accouchement

Si allergie : rifampicine ou fluoroquinolone

- **Fièvre Q chronique** : Doxycycline 200 mg/j + hydroxychloroquine 600 mg/j PD au moins 18 mois

G/ PREVENTION : respect des règles d'hygiènes