La fièvre boutonneuse méditerranéenne

Dr. BENSOUICI

I-Introduction:
La fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM) est une rickettsiose éruptive due à Rickettsia conorii, elle est endémique dans le pourtour méditerranéen.
L'association d'une fièvre+escarre d'inoculation+éruption cutanée, en été, en zone d'endémie doit systématiquement faire évoquer le diagnostic.
Elle a une fausse réputation de bénignité, sa léthalité est de 50% dans les formes sévères avec atteinte multi-viscérale.
C'est une urgence thérapeutique : un traitement par Doxycycline doit être débuté devant toute suspicion de la maladie.

II-Epidémiologie :
1. Agent causal : La fièvre boutonneuse méditerranéenne est due à une bactérie Rickettsia conorii, micro-organisme gram négatif du genre rickettsia du groupe boutonneux qui se multiplie par scissiparité uniquement au niveau de la cellule.

2. Réservoir : La tique brune du chien, Rhipicephalus sanguineus, constitue le principal réservoir et vecteur de la fièvre boutonneuse méditerranéenne.

3. Transmission : maladie vectorielle transmise par la tique brune du chien Rhipicephalus sanguineus, sa piqûre est indolore et il faut que la tique soit infectée par R. Conorii et reste attachée un temps suffisant à l'homme (au moins 20 heures) pour permettre la transmission de la rickettsie.

4. Modalités épidémiologiques :
La FBM est endémique dans les pays du pourtour méditerranéen, son incidence moyenne au sud de la France a été estimée à 50/100000 habitants/ ans . En Algérie, la fièvre boutonneuse est présente dans tout le littoral Algérien avec une faible fréquence dans les régions intérieures ou les hauts plateaux. Elle est une maladie saisonnière, estivale, pouvant survenir de Mai à Octobre, principalement de Juillet à Septembre, ce qui correspond à la période d'activité des larves et des nymphes des tiques.

III/Physiopathologie :
Dans l'escarre, la progression des rickettsies dans les cellules endothéliales entraîne une ischémie, liée en partie à la réaction lymphoplasmocyttaire péri vasculaire, et responsable de nécrose. A partir de ce foyer, une bactériémie va se produire et les bactéries vont atteindre et se multiplier dans leurs cellules cibles, les cellules endothéliales des vaisseaux de petits et de moyen calibre, créant ainsi une vascularite responsable des anomalies cliniques et biologiques. L'atteinte cutanée se traduit alors par une éruption maculo-papuleuse, ou dans certains cas plus sévères, purpurique. Dans les formes graves, cette vascularite atteint de multiples organes : cerveau, poumon, cérébrales, cœur, rein... donnant lieu à une défaillance multiviscérale parfois mortelle.
IV-Étude clinique :

- TDD : Forme typique de la FBM (forme Eruptive)

1. Incubation : silencieuse en moyenne de 6 jours.

2. Début : est brutal marqué par :
Une fièvre atteignant souvent 39 à 40°C, des frissons, des algies diffuses (céphalées violentes, arthralgies, myalgies et rhachialgies)

3. Période d'état :

   - Signes généraux :
     La fièvre 39 à 40°C, s’accompagne d’une asthénie extrême, d’une anorexie, d’une myalgie, des céphalées intenses hypotension relative est notée et d’une oligurie.

   - Signes cutanéo-muqueux :
     Une escarre d’inoculation (tache noire) au site de piqure : lésion crouteuse noirâtre, indolente, de 0.5 à 2 cm de diamètre, il faut la rechercher attentivement dans les plis (aine, aisselle, pli fessier), le cuir chevelu.
     L’escarre d’inoculation peut être remplacée par une conjonctivite unilatérale traduisant une contamination après manipulation de tiques infectées.

   - L’éruption : est retrouvée dans 97 à 99% des cas, celle-ci débute en tous points du corps 2 à 3 jours après la fièvre. Elle est maculeuse puis maculopapuleuse généralisée. Elle peut prendre un relief net et est alors typique (boutonneuse).
     L’exanthème s’étend en règle aux paumes des mains et à la plante des pieds mais épargne en général la face. Il peut être purpurique en particulier aux membres inférieurs et représente alors un signe de gravité

   - Manifestations extra-cutanées :
     Une hépatomégalie une splénomégalie peuvent être présente.
     Atteintes ophtalmiques : conjonctivites, rétinites.
     Atteintes viscérales (neurologiques, digestives, cardiovasculaires rénales et pulmonaires : ont une intensité variable et conditionnent le pronostic de la maladie.

Evolution : l’amélioration clinique survient après un traitement adapté de 48 heures.
Le pronostic dépend du terrain et le délai d’instauration du traitement.

- Formes cliniques :


2. Forme compliquée :
   La fièvre boutonneuse méditerranéenne peut se présenter sous des formes cliniques graves dans 5% à 16% des cas. L’évolution peut être fatale par une défaillance poly viscérale :
   Les complications neurologiques, digestives, cardiovasculaires, pulmonaires, et rénales.
   Ces formes compliquées associent souvent des facteurs de risque : diabète, âge avancé, alcoolisme chronique, déficit en G6PD, retard au traitement utilisation d’antibiotiques inefficaces.
V/Diagnostic :

1. Diagnostic + :
   - Les arguments épidémiocliniques :
     Le diagnostic de la fièvre boutonneuse méditerranéenne est essentiellement clinique et repose sur un faisceau d'arguments épidémiocliniques.
     **Toute fièvre éruptive estivale avec escarre en zone d'endémie doit être considérée et traitée comme une fièvre boutonneuse méditerranéenne jusqu'à preuve du contraire.**
   - Les arguments par ac cliniques :

1-Les éléments d'orientation :
   .FNS : thrombopénie, leucopénie parfois hyperleucocytose dans un deuxième temps, une anémie.
   .Cytolyse hépatique : ALAT et ASAT élevés.
   .Dans les formes sévères : hyponatrémie, hypocalcémie, hypo protidémie
     Insuffisance rénale, troubles de la coagulation.

2-Les éléments de certitude :
   .La sérologie par immunofluorescence indirecte.
   .La détection moléculaire et identification des rickettsies par PCR à partir du Sang, la biopsie cutanée
     notamment de l'escarre reste le prélèvement de choix+++

VI/traitement :

1. Curatif :
   - La doxycycline à raison de 200 mg/jour pendant 5 à 7 jours, ou 2 jours après l'apyrexie.
   - Si allergie ou contre indication : l'azithromycine ou la clarithromycine
   - Chez la femme enceinte : la josamycine 3g/j pendant 8j.
   - Chez l'enfant : les macrolides (josamycine, l'azithromycine, clarithromycine)
     ou les cyclines en traitement court.

Le traitement curatif de la fièvre boutonneuse méditerranéenne est une urgence. Il doit être institué
précocement si le contexte épidémiologique et les signes cliniques sont fortement évocateurs.

Traitement symptomatique : dans les formes compliquées
   - Réanimation intensive pour lutter contre le collapsus circulatoire, le syndrome hémorragique et
     l'insuffisance rénale.
   - Apport protéino-calorique adéquat.

2. Préventif :
   - Eviter les piqûres de tiques :
     . Port de vêtements couvrants.
     . Utilisation de répulsifs cutanés sur la peau exposée.
     . Imprégnation des vêtements par des acaricides de contact.
   - En période d’activité des tiques en zones d’endémie, et puisque la durée d’attachement nécessaire à la
     transmission est de 20 heures, il faut une recherche soignee de la tique sur la peau en particulier chez
     l’enfant.
   - En cas de piqûre, il faut retirer rapidement la tique en utilisant des pinces spéciales pour tiques puis
     désinfection locale.
   Pas d’antibioprophylaxie systématique après piqûre de tiques, le traitement antibiotique est envisagé en
   cas d’apparition de symptômes évocateurs d’ou la nécessité de la surveillance clinique après piqûre de
tique.