

FIEVRE TYPHOÏDE

Dr. BERBADJ.M

I/ Introduction :

La fièvre typhoïde est une infection systémique potentiellement sévère, causée par **Salmonella enterica** sérotype Typhi et Paratyphi A, B, C.

Toxi-infection contagieuse, maladie du péril fécal, à transmission féco orale, fréquente sous nos climats ou elle s'évit à l'état endémo épidémique réalisant un problème de santé publique.

Elle réalise une bactériémie à point de départ lymphatique à porte d'entrée digestive.

De diagnostic facile, son traitement est bien codifié, cependant négligée, elle expose à des complications graves pouvant être mortelles.

II /Epidémiologie :

- **Agent Causal** : Les salmonelles appartiennent à la famille des entérobactéries
-**Salmonella Typhi**(bacille d'Eberth)
-**Salmonella paraTyphi A, B, C.**

Bacille à Gram négatif mobile, de petite taille aéroanaérobie facultatif, capables de survivre des jours voir des semaines dans le sol et dans l'eau.

Comporte 3 antigènes : lipopolysaccharidique somatique (O), flagellaire (H), et capsulaire (Vi)

- **Réservoir** :
L'homme est le seul responsable de la dissémination de la maladie par l'intermédiaire des selles contaminées :
.Les malades : éliminent les salmonelles dans les selles tout au long de la maladie.
.Les convalescents : l'antibiothérapie limite la durée d'élimination, le portage chronique est favorisé par un obstacle lithiasique vésiculaire.
.Les porteurs sains : ont un rôle important dans la dissémination de la maladie.
- **Transmission** :
-Contamination **indirecte** : c'est la plus fréquente ; l'eau joue un rôle important de même que les aliments contaminés.
-Contamination **directe** : est manu portée (rôle des mains sales)
- **Modalités Epidémiologiques** :

Dans les pays en développement, à faible niveau d'hygiène la fièvre typhoïde est endémique avec des pics épidémiques et pose un problème majeur de santé publique.

Dans les pays industrialisés, la plupart des fièvres typhoïdes sont contractées lors d'un voyage à l'étranger.

III / Physiopathologie :

Après ingestion, les salmonelles traversent la muqueuse intestinale sans la léser et sont phagocytés par les macrophages dans lesquels ils se multiplient et rejoignent les ganglions mésentériques et empreignent la circulation lymphatique pour se déverser dans le courant sanguin, réalisant l'exemple type de **bactériémie à point de départ lymphatique**.

L'acquisition d'une immunité principalement à médiation cellulaire va entraîner une lyse des bactéries avec libération de l'**endotoxine** qui va être responsable de la symptomatologie toxique : tufhos, dissociation du pools et de la température, myocardites, hémorragies digestives....Les localisations viscérales suppurées sont rares.

IV / Clinique :

✚ TDD : Forme « classique »

1/ Incubation: est variable, en moyenne 14 jours.

L'évolution clinique est classiquement divisée en septénaires (périodes de 7 jours)

➤ **1er septénaire** : c'est le début de la maladie, souvent **progressif**

○ **Les signes généraux** :

. **La fièvre** : d'ascension progressive; augmente chaque jour d'un degré le soir pour descendre de 0.5° pour atteindre 39 à 40° en une semaine environ.

. **Le pouls** ne s'accélère pas autant que ne le voudrait la T°: c'est déjà un début de dissociation pouls/T.

○ **Les signes fonctionnels** :

. **Céphalées** persistantes avec vertiges, des troubles du sommeil (insomnie nocturne et endormissement le jour).

. **Troubles digestifs** : anorexie, constipation, remplacée parfois par une diarrhée surtout chez l'enfant.

. **Epistaxis**, unique ou répétée, inconstante, très évocatrice.

○ **Les signes physiques** :

. Une langue est saburrale

. rarement une **angine de Duguet**: ulcération unilatérale, indolore, ovalaire à grand axe vertical au niveau des piliers antérieures du voile du palais.

. L'auscultation pulmonaire de petits râles fins bronchiques aux 2 bases pulmonaires.

. **Un météorisme abdominal**

. Une **FID** sensible et gargouillante

. Une **splénomégalie** (stade I)

➤ **2eme septénaire**: correspond à la phase d'état

Le tableau clinique se complète, classiquement il s'agit des 5 signes cardinaux : la fièvre en plateau, le tufhos, la diarrhée, les taches rosées lenticulaires (TRL), la SPM.

○ **Signes généraux** :

La fièvre est en plateau à 40° ; le pouls est dissocié (90 à 100).

○ **Signes Fonctionnels** :

-Le **Tufhos** malade est prostré, inerte, indifférent; répondant difficilement aux questions, délirant mais calme.

Cet état de prostration peut aller jusqu'au coma voir un véritable état confusionnel dans les formes graves.

Le malade peut présenter des **mouvements carphologiques** : mouvements ininterrompus des doigts et des mains parfois amples donnant l'impression d'un malade cueillant des fruits imaginaires.

-La **diarrhée** caractéristique : liquide, fétide, de couleur ocre (ou « jus de melon »), elle remplace la constipation.

○ **Signes physiques**:

-Les **taches rosées lenticulaires (TRL)** : pathognomoniques : de petites macules rosées rondes ou ovalaires de la taille d'une tête épingle s'effaçant à la pression digitale.

Elles siègent au niveau de l'abdomen, de la base du thorax et les flancs.

Peu nombreuses, elles évoluent par poussées (fugaces)

-Une **splénomégalie modérée**

Les autres signes : Abdomen météorisé

Une langue sèche et saburrale

Des râles bronchiques fins aux 2 bases pulmonaires

✚ **A coté de cette forme classique, il existe des variantes allant des formes ambulatoires aux formes graves avec intoxication sévère entraînant la survenue de complications.**

➤ **3eme septénaire :**

A ce stade, apparaissent les complications bien qu'elles peuvent s'observer précocement et même les premiers jours du traitement.

Ces complications relèvent le plus souvent de l'imprégnation toxinique, les complications septiques sont rares en raison de l'usage précoce des antibiotiques.

1° Les complications digestives :

a) Les hémorragies intestinales :

. Soit minimales : malade devient pale → FNS

. Soit abondantes : sous forme de melæna

b) Les perforations intestinales :

Demeurent une complication grave. Elles réalisent 2 formes cliniques :

- La forme **sthénique** facile à reconnaître devant un tableau d'abdomen chirurgical aigu.
- La forme **asthénique** survenant chez un malade en plein typhos, est de diagnostic plus difficile; 2 examens ont alors une grande valeur l'hémogramme qui montre hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile et l'ASP pratiqué montre un pneumopéritoine sous forme d'un croissant clair gazeux sous diaphragmatique.

2° Les complications cardio-vasculaires :

-La **myocardite** typhique : peut être cliniquement latente avec des troubles électriques cardiographiques ou patente avec insuffisance cardiaque, voire choc cardiogénique. L'ECG est systématique

- Phlébites, artérites

3° Les complications neurologiques : sont dominées par

- Les encéphalites

- Cérébélites

- Méningites à liquide clair lymphocytaire

4° Autres :

Plus rarement, une dissémination bactérienne peut être responsable de localisations viscérales : cholécystite (lithiasique++), ostéite, abcès splénique.

V/Le diagnostic :

Le diagnostic évoqué sur des arguments épidémiologiques et cliniques, confirmé par la biologie

▪ **Les éléments d'orientation :**

- L'hémogramme : leucopénie, thrombopénie, anémie modérée
- La VS est normale ou peu accélérée

• **Les examens de certitude :**

✚ **Diagnostic direct :** mise en évidence de la bactérie

- . L'hémoculture : positive dans : **90%** des cas au premier septénaire
55% au 2eme septénaire

.La coproculture : souvent positive lors de la diarrhée

✚ Diagnostic indirect : la sérologie : sérodiagnostic de Widal et Félix

Ac somatiques O apparaissent au 8^{ème} jour →+ à partir de 1/200

Ac flagellaires H apparaissent au 12^{ème} jour →+ à partir de 1/400

Les agglutinines anti-O + témoignent d'une infection récente

VI/ Traitement :

A/ Traitement curatif :

-Hospitalisation

-**Traitement symptomatique** : régime alimentaire lisse riche en calories avec apport hydrique important.

-**Traitement étiologique** :

L'antibiothérapie fait appel à des molécules actives sur les salmonelles ayant une bonne diffusion lymphatique, intracellulaire et une bonne élimination biliaire sous forme active.

La voie orale est utilisée chaque fois que possible.

➤ Les moyens :

.Cotrimoxazole : 40 à 50 mg/kg/j per os

.Amoxicilline : 50 mg/kg/j per os

. Phénicolés : le Thiamphénicol : 60 à 70 mg/kg/j per os

.C3G : Ceftriaxone : 60 à 75 mg/kg/j en une perfusion intraveineuse par jour, sans dépasser 4g /j.

. Fluoroquinolones : ciprofloxacin , ofloxacin

.Azithromycine 10mg/kg/j.

➤ Indications :

- **Les TRT classiques: les Phénicolés et le Cotrimoxazole restent utiles dans les pays en développement quand la bactérie est sensible car moins onéreux.**

Durée : 02 semaines

- Amoxicilline → femme enceinte
- Fluoroquinolones, Ceftriaxone (IV)

Durée : 5 à 7 jours → formes non compliquées

10 à 14 jours → formes compliquées

- **Azithromycine** pendant 7 jours (FT non compliquée avec une souche de sensibilité diminuée à la ciprofloxacin).

- La surveillance sous traitement :

- Examen clinique, ECG, FNS

- 02 coprocultures négatives à 48 H d'intervalle sont exigées à la fin du

traitement.

-**Traitement adjuvant** :

- Les corticoïdes : utilisés dans les complications toxiques : typhos, myocardite, thrombopénie, hémorragies digestives minimes.....

- Transfusions sanguines en cas d'hémorragie

- Les perforations relèvent de la chirurgie, le traitement antibiotique doit être élargi pour être actif sur des bactéries d'origine fécale (entérocoques et anaérobies).

B/Traitement prophylactique :

-Déclaration obligatoire

-Mesures d'hygiène individuelles et générales :

. Traitement de l'eau potable par l'eau de javel

. Lavage des fruits et légumes

. Lavage des mains

. Hygiène fécale : amélioration de la qualité de l'eau potable, assainissement

. La vaccination (vaccin constitué par l'Ag capsulaire (Vi), ne trouve pas sa place en zone d'endémie.