

La Leptospirose

Dr M. BOUHABEL

I. INTRODUCTION :

Les leptospiroses sont des maladies générales causées par des agents bactériens du genre **leptospira**, à tropisme **hépatique, rénale** et **méningé**. Ce sont des anthroponoses de répartition mondiale, caractérisées par l'étendue du réservoir animal, une forte incidence en zone tropicale et un **grand polymorphisme** clinique.

Le tableau complet associe : sepsis, hépatonéphrite, atteinte méningée et un syndrome hémorragique. C'est une maladie professionnelle et à déclaration obligatoire.

II. EPIDEMIOLOGIE :

1) Agent causal :

Les leptospires sont des bactéries spiralées, hélicoïdales, mobiles.

Leptospira interrogans, sont les espèces pathogènes pour l'homme et les animaux comprenant 230 sérovars rassemblés en 23 sérogroupes parmi lesquels **L . ictero-haemirragiae**, **L . grippothyphosa**, **L . australis**, **L . canicola** sont les plus représentés.

Les leptospires vivent longtemps dans l'eau, d'autant plus que le PH est alcalin, dans les marais, les vases, les boues, les eaux tièdes et stagnantes, les égouts, lacs, rivières à faible courant.

2) Réservoir Animal

- Les animaux sauvages (rats, mulots, campagnols...)
- Les animaux domestiques (chiens, chevaux, bovins, ovins, porcs).
- Les animaux contaminés, souvent porteurs sains, éliminent les leptospires de façon prolongée dans leurs **urines** et contaminent le sol et l'eau.

3) Transmission

L'homme est un récepteur accidentel

- La transmission directe (contact animal, morsure de rat) est peu fréquente.
- La transmission indirecte (contact avec le sol ou l'eau contaminée) est majoritaire.

Les leptospires pénètrent dans l'organisme par les plaies et les érosions de la peau et des muqueuses, par la conjonctive, par inhalation de gouttelettes ou aérosols de liquides contaminés par les urines des porteurs de germe.

4) Modalités Epidémiologiques :

Par cas sporadique ou petites épidémies en touchant 09 hommes pour une femme, l'âge moyen = 40 ans. Et touche les pays chauds et humides.

III. PHYSIOPATHOLOGIE

- A la suite de la pénétration cutanée ou muqueuse des leptospires, survient une bactériémie (dure 05 – 07 jour) avec dissémination à de nombreux organes (foie, reins), liquide céphalorachidien (LCR).
- La taille de l'inoculum détermine la durée de l'incubation et la gravité de l'infection.
- L'élimination urinaire du leptospire débute au 12^{ème} jour.
- La rechute fébrile du 15^{ème} jour est d'ordre immunologique
- La lésion tissulaire primaire est représentée par une endothélite des petits vaisseaux compliquée de phénomènes hémorragiques : nécrose tissulaire rénale, hépatite cholestatique, alvéolite hémorragique.
- Le potentiel enzymatique et l'activité endotoxinique de la bactérie sont responsables d'altérations cellulaires et d'une libération de cytokines.

IV. ETUDE CLINIQUE

Il existe plusieurs tableaux cliniques, classiquement on distingue :

1) Les formes ictériques (plus de 60% des cas) en règle générale due à leptospira ictéro-hémorragiae et les formes non ictériques.

1. Incubation de 2 à 21 j,

2. Début : phase pré-ictérique. Début brutal associe :

- Un sepsis : * fièvre (40°C), frissons
 - * tachycardie, hypotension artérielle.
 - * splénomégalie : inconstante.
- Un syndrome algique :
 - * myalgies diffuses et mal supportées, spontanées ou provoquées dominants essentiellement au niveau des mollets, des cuisses et des lombes.
 - * Des arthralgies = inconstantes.
 - * Des céphalées.
- Des signes cutanéomuqueuses :
 - * Suffusion conjonctivale bilatérale.
 - * Vasodilatation cutanée, rush cutané scarlatiniforme.
 - * Epistaxis, herpes naso labial.
- Le syndrome méningé : inconstant, mais les modifications du LCR sont généralement constantes.

3. Phase d'état (ictérique) :

a. L'atteinte hépatique : se voit dans 70 % des cas, apparait 3 à 7 j après le début de la maladie : l'ictère "flamboyant" en est le témoin clinique.

L'ictère d'abord conjonctival se généralise en 2 à 3 jours et devient intense, flamboyant, rouge orangé en raison de la vasodilatation associée, il s'accompagne d'urines foncées et de selles inconstamment décolorées, il peut s'associer à une hépatomégalie douloureuse.

b. L'atteinte rénale : se voit dans 50 à 70 % des cas, se manifeste par : une protéinurie, leucocyturie, hématurie. Une insuffisance rénale aigue oligo-anurique pouvant nécessiter la dialyse.

c. Atteinte neurologique :

- Le syndrome méningé est inconstant (50% des cas).
- L'encéphalite est rare avec expression polymorphe : troubles de la conscience, confusion, délire, hallucinations,
- Les atteintes neurologiques périphériques sont rares.

d. Manifestations Hémorragiques :

- Peuvent être mineures : épistaxis, gingivorragies.....
- ou viscérales : hémoptysie, hématurie....
- La CIVD est rare.

e. Atteinte pulmonaire : se voit dans 30 % des cas.

Se manifeste par : toux, hémoptysie.

Le syndrome de détresse respiratoire aigue est une cause de mortalité.

f. Atteinte Cardiaque : 5% des cas

- myocardite électrique : troubles de la conduction et de la repolarisation, peut être de mauvais pronostic.

g. Atteinte oculaire : 5% (des cas) sous forme d'une uvéite ou d'une chorioretinite.

4. Evolution :

La température chute en lysis à partir du 2– 3^{ème} jour de la phase ictérique pour se normaliser vers le 12^{ème} jour.

Les myalgies s'atténuent avec la chute de la température.

Les signes méningés régressent.

La convalescence peut être longue.

La guérison est sans séquelles.

Les signes de mauvais pronostic :

Dyspnée, troubles de la conscience, myocardite, pneumopathie,

TP <50 %, GB > 30.000 /mm³ plq < 50.000/mm³.

2) Formes cliniques :

- **Formes graves** : syndrome infectieux marqué, avec syndrome hémorragique et atteinte rénale sévère, insuffisance hépatique.
- **Formes atténuées** : ictère catarrhale bénin.
- **Formes anictériques** : Formes méningés pures sont plus fréquentes.

V. DIAGNOSTIC :

1) **Diagnostic positif** : repose sur :

a. **Arguments épidémiologiques** : notion d'épidémie, profession exposée.

b. **Arguments cliniques** :

- Hépatonéphrite fébrile.
- Syndrome hémorragique.
- Atteinte méningée.

c. **Arguments paracliniques** :

- Eléments de présomption :

FNS = hyperleucocytose, thrombopénie,

Créatininémie élevée, hyper bilirubinémie mixte, cytolysé modérée.

Ponction lombaire : liquide clair, hypercytose à prédominance lymphocytaire ou panachée.

Légère hyperalbuminorachie avec normoglucochorachie.

- Eléments de certitude :

Mise en évidence des leptospires au microscope à fond noirs dans le sang (hémocultures) et le LCR : les 05 premiers jours, et dans les urines à partir du 12^{ème} jour.

La culture nécessite des milieux spéciaux.

PCR.

Sérologie :

Les anticorps apparaissent vers le 10^{ème} 12^{ème} j, Leur taux augmente progressivement jusqu'au 50^{ème} jour puis diminue lentement.

Plusieurs techniques :(Macro agglutination – Elisa....).

MAT (Microscopic Agglutination Test) Réaction de Martin et Petit Méthode de référence + si > 1/400 pour les régions de fortes endémies.

2) Diagnostic différentiel :

- Formes ictériques : Hépatites virales
- Hépatonéphrite : Angiocholite.
- Syndrome hémorragique : Fièvres hémorragiques.
- Formes méningées pures : méningites lymphocytaires.

VI. TRAITEMENT :

1) Curatif :

- Traitement étiologique ; ATB
Pénicilline G = 150.000 UI/Kg/24 h IVL ou Aminopénicilline 4 à 6g/24h IVD.
cyclines = Doxycycline 3mg/Kg/j (IV) Ou 200mg/j (per os).
Ceftriaxone 1 g par jour
Durée du traitement = 7 à 10j
- Traitement symptomatique :
 - Rééquilibration hydro-électrolytique
 - Transfusion.
 - Hémodialyse.

2) Prévention :

- Déclaration.
- Prévention professionnelle : port de gants, bottes, lunettes.....
- Dératisation.
- En cas d'épidémie : cyclines à l'entourage jusqu'à la fin de l'épidémie (1cp de doxycycline par semaine).
- Vaccin inactivé ne protège que contre le serogroupe ictéro-hémorragiae destiné aux professions exposées.