

3

LES LEPTOSPIROSES
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES
COURS 4^{ème} ANNEE MEDECINE
Pr. M. DALICHAOUCHE
13/11/2014

Chez Yacine
INESSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

Chez Yacine
INESSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

DEFINITION :

Anthropozoonoses dues à des bactéries du genre leptospira. Affections cosmopolites.

EPIDEMIOLOGIE :

1. Les leptospires : bactéries spiralées, mobiles.
Leptospira Interrogans : espèce pathogène pour l'homme.
23 sérogroupes :
 - Leptospira ictéro-haemorrhagiae (50 % des cas)
 - Leptospira grippotyphosa
 - Leptospira canicola, L. Australis, L. Pomona, L. Ballum...
2. La maladie survient par cas sporadique ou petites épidémies – recrudescence estivo-automnale.
3. Le réservoir des germes : animal
Principal réservoir : les rongeurs (Rats+++)
Autre : chien pour L. canicola
Élimination : urinaire (souillure du milieu externe).
4. La transmission à l'homme : accidentelle
 - Mode indirect : le plus souvent par des milieux hydriques (boue, marécages, rivière).
Les leptospires pénètrent la peau lésée ou ramollie ou plus rarement les muqueuses oculaire, buccale.
 - Mode direct : par morsure ou accidentelle au laboratoire (contact animal).
5. Circonstances de survenue :
 - Certains métiers : agriculteurs, éleveurs, vétérinaires, employés de voieries, employés d'abattoirs, égoutiers, mineurs... (maladie professionnelle).
 - Au cours des loisirs : baignades en eaux douces, stagnantes, pêche.
 - Mauvaises conditions environnementales (eaux stagnantes, boue, ordures non protégées).

PATHOGENIE :

Pénétration cutanée ou muqueuse → Bactériémie pendant 5 à 6 jours avec dissémination à tous les organes, surtout les méninges (hémocultures et LCR positifs). A partir du 8^{ème} jour le sérodiagnostic devient positif. Élimination urinaire vers le 12^o - 15^o jour.

Rechute fébrile vers le 15^{ème} jour (origine immunologique probable).

CLINIQUE : polymorphisme extrême

1. MANIFESTATION CLINIQUES HABITUELLES :

Incubation : 6 - 21 jours

Début brutal : fièvre 39° - 40°, frissons, myalgies, arthralgies, céphalées, injection conjonctivale, Exanthème morbiliforme, herpes labial.

Examen clinique : syndrome méningé ±

Hépatomégalie +

Splénomégalie ±

2. LES ATTEINTES VISCERALES : sont variables

2.1- L'ictère : fréquent (50 %) intense, généralisé, « flamboyant », urines foncées, selles décolorées, hépatomégalie.

Biologie : Bilirubinémie élevée type mixte, transaminases modérément élevées.

Durée évolution : variable, (quelques jours).

2.2 - L'atteinte rénale : 50 – 80 % des cas : oligurie, hématurie, protéinurie.

Insuffisance rénale aiguë anurique possible.

Evolution : habituellement favorable sans séquelles. Parfois hémodialyse nécessaire.

2.3 - Atteinte neuro-méningée : fréquente, clinique et/ou biologique.

Méningite lymphocytaire avec protéinorachie modérée et glycorachie normale.

Atteinte encéphalitique possible : troubles de la conscience, coma, convulsions.

2.4 - Manifestations hémorragiques : moins fréquentes : purpura pétéchial, hémorragies digestives...

Biologie : thrombopénie fréquente, souvent modérée.

2.5 - Autres atteintes : respiratoire (toux sèche, fréquente), digestive (douleurs abdominales, diarrhées), cardiaque (myocardite avec trouble du rythme ou de la conduction apanage des formes graves).

En résumé : la forme typique associe

- Un syndrome infectieux et algique
- Une atteinte rénale
- Un ictère
- Une recrudescence fébrile vers le 15^{ème} jour en l'absence de traitement.

L. ictéro-haémorragiae est le sérotype le plus souvent en cause.

3. LES AUTRES FORMES CLINIQUES :

3.1 – Les formes anictériques : diagnostic difficile. formes méningées pures, fébriles pures, rénales, forme pseudo gripale.

3.2 – Les formes graves : 5 – 10 % de mortalité : insuffisance rénale majeure, hémorragies viscérales, myocardite, détresse respiratoire aiguë.

AGNOSTIC : positif

1. Arguments d'orientation :

- Profession ou circonstances de survenue
- Tableau clinique typique
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.
- Thrombopénie.
- Méningite lymphocytaire aiguë avec normoglycorachie.

2. Arguments de certitude :

- 2.1 - Mise en évidence du leptospire : sang et LCR puis urines > 12^e jour.
Difficile : milieu spécial, microscope à fond noir ou inoculation au cobaye.
N'est pas de pratique courante.
- 2.2 - La sérologie : les anticorps apparaissent vers le 8^e - 10^e jour, répéter le sérodiagnostic à 10 j d'intervalle.

Méthodes :

- Réactions de dépistage rapide (réactions de macro-agglutination sur lame avec un antigène commun tel l'antigène T.R. (thérmorésistant).
- Réaction de confirmation : test de microagglutination ou MAT = réaction d'agglutination - lyse de Martin et Petit avec lecture au microscope à fond noir, seuil positivité : 1/100.
Permet de préciser le sérogroupe en cause.
- Sérologie ELISA avec antigènes spécifiques (IgM) .

TRAITEMENT :

1. L'antibiothérapie :

- Peni G 100.000 unités /kg/j en 4 perfusions.

OU

- Ampicilline ou Amoxicilline 100 mg/kg/j en IVD. 10 jours.

OU

Ceftriaxone 1 g/j en IVL. 7 jours.

Si allergie : Doxycycline 200 mg/j - 07j.

2. Traitement symptomatique :

Rééquilibration hydro-électrolytique, transfusions, Hémodialyse, Assistance respiratoire...

PROPHYLAXIE :

1. Prévention des contaminations professionnelles : port de gants, lunettes, bottes de protection, dératisation.
2. Ne pas se baigner dans les eaux douces, stagnantes non contrôlées.
3. Vaccination humaine (vaccin "Spirolept") : efficace professions exposées.