

## La fièvre typhoïde

### I. Définition

La fièvre typhoïde est un problème de santé publique en Algérie c'est une maladie infectieuse transmissible à déclaration obligatoire, toxi-infectieuse, contagieuse, endémo-épidémique due à Salmonella entérica sérotypes Typhi (bacille d'Eberth) et Paratyphi A,B ou C .

### II. Epidémiologie :

Aujourd'hui : endémo-épidémique'année ;toutes les wilayates ,des foyers traditionnels (Batna,Tlemcen, Tiaret, Annaba...) 4834 cas en 1997

#### 1 Agent causale :

germes responsables : salmonella enterica sérotypes Typhi,Paratyphi A,B et C

Bâtonnets ciliés, mobiles Comporte 3 antigènes : Ag O somatique, glucido-lipidique, c'est l'endotoxine , Ag flagellaire ,protéique, Ag Vi de surface :S.Typhi et C

#### **2 le réservoir de germes: strictement humain:**

**malades/convalescents/porteurs chroniques**

#### **3 \_la transmission peut être :**

**Directe** : une maladie des mains sales, transmission manu-portée:contact avec les selles infectées, du linge souillé ou absorption d'aliments manipulés par un porteur de germes

**Indirecte : le plus souvent:** ingestion d'eau souillée, d'aliments, de coquillages crus contaminés.

### III. Physiopathologie:

#### **1 - La fièvre typhoïde est une septicémie bien particulière**

a) sa porte d'entrée est intestinale et après ingestion d'aliments ou de boissons souillés, les germes, issus de l'intestin sont véhiculés par les chylifères jusqu' 'aux ganglions mésentériques où ils se multiplient .

b) son point de départ est adéno-lymphatique : tout commence donc par

L'adénite mésentérique 'est dans les ganglions que les germes se multiplient avant d 'être déversés dans le courant sanguin⟷les localisations métastatiques

**2 - La fièvre typhoïde est surtout une toxi-infection** et les signes de la maladie sont le fait de l'action de l'endotoxine typhoïdique sur le système nerveux neuro-végétatif.

### **Anatomie pathologique :**

Les lésions des ganglions mésentériques et des formations lymphoïdes de l'intestin sont caractéristiques. Schématiquement, elles évoluent en 3 stades: infiltration inflammatoire, mortification avec nécrose, répartition fibreuse. Les zones nécrosées des ganglions mésentériques, où les ATB arrivent mal, constituent des gîtes microbiens qui peuvent être le point de départ d'une rechute si le traitement est insuffisamment prolongé prédominant à la partie terminale de l'iléon au niveau des plaques de Peyer

Vers la nécrose et l'ulcération d'où risque d'hémorragies et de perforations. Elles s'accompagnent d'artériolaire proliférante et thrombosante.

- IV. **Clinique**: TDD La fièvre typhoïde dans forme commune chez le sujet non vacciné, maladie cyclique qui réalise un syndrome général toxi-infectieux progressif avec signes digestifs

**L'incubation**: silencieuse de 15 jours.

Elle évolue en 3 septénaires (périodes de 7 jours)

A. **I-L'invasion ou 1er septénaire** début insidieux marqué par

**1- des signes fonctionnels :**

- troubles digestifs : anorexie, constipation
- troubles neurologique : **céphalées** persistantes, insomnie, asthénie physique et psychique
- Épitaxis, unique très évocatrice.

▪ **2 - des signes généraux :**

la **fièvre** d'ascension progressive; elle atteint 39 à 40° en 4 à 7 jours

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

▪ **3- les signes physiques** sont pauvres à ce stade et sont constitués par :

**météorisme abdominal** avec souvent constipation

une **FID** sensible et gargouillant

Une **splénomégalie** discrète apparaît vers le 5ième jour

Une langue est saburrale, rarement une **angine de Duguet**: ulcération unilatérale

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

## **II -Phase d 'état (2e septénaire):**

Le tableau clinique se complète

### **1 -Signes Fonctionnels**

le *Tuphos* malade est prostré, inerte, indifférent; il répond difficilement aux questions Ce tuphos s'accompagne d'un délire onirique (de rêve), doux et tranquille avec des mouvements (mouvements stéréotypés), d'une inversion du sommeil

La *diarrhée* caractéristique : liquide, fétide, de couleur ocre (ou « jus de melon ») émise sans douleurs, sans colique.

### **2 -Signes Généraux :**

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

### **3- Signes Physiques:**

- une **FID sensible et gargouillante**
- une **splénomégalie** est de type septicémique.
- les **TRL** : inconstants mais pathognomonique :de petites macules rosées rondes ou ovalaires de 2 à 3 mm de diamètre Le reste de l 'examen clinique montre
- une langue sèche et saburrale
- des râles bronchiques fins aux 2 bases

## **V. Evolution**

**1-sans traitement** ,dans l 'évolution spontanée, survenait la défervescence qui se faisait progressivement avec le plus souvent de grandes oscillations thermiques. Avec une convalescence était longue et les complications fréquentes (décès 15%)

**2- avec traitement**, l'évolution est le plus souvent rapidement favorable. La T° décroche vers les 3 e-4 e jours et l'apyrexie, après une chute en lysis de la T° est obtenue vers le 7-8 Cependant des rechutes sont encore possibles

## **VI. Formes cliniques:**

### **I- Formes symptomatiques**

1 \_ **les formes à début brutal** .

2\_ **les formes atténuées** : la classique diarrhée le tuphos peuvent manquer

3\_ **les formes graves avec** Un collapsus cardio-vasculaire, des signes abdominaux avec syndrome pseudo-occlusif ou pseudo-perforatif, des manifestations encéphalitiques et parfois un syndrome hémorragique

### **II-Formes selon le terrain**

1-La forme du nourrisson est rare et s'exprime généralement par une GEI avec déshydratation

2-chez l'enfant le début peut être brusque ou brutal, avec expression méningée La NFS peut noter une hyperleucocytose.

3-Chez le vieillard, la FT est rare. Les manifestations cardio-vasculaires et pulmonaires sont au premier plan

4-Chez la femme enceinte, la FT non traitée entraîne fréquemment l'avortement

## VII. **Les complications de la FT**

les complications de la FT peuvent atteindre tous les organes

### 1° **les complications digestives**

a) **les hémorragies intestinales**, survient vers le 3e septennaire. Soit minime ou cataclysmique l'hémorragie intestinale est annoncée par une chute thermique brutale et se traduit par une émission plus ou moins abondante de sang (rouge ou brunâtre).

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 ASP, pratiqué /un pneumopéritoine sous forme d'un croissant clair gazeux sous diaphragmatique

**c) Le syndrome abdominal pseudo-perforatif** observé dans certaines formes graves traitées tardivement par des doses fortes de CAM et du à une libération importante d'endotoxine, pose un problème difficile de diagnostic différentiel avec la perforation intestinale asthénique; mais dans ce cas, la NFS ne montre pas de croissant gazeux.

C) **les complications hépato-biliaires** abcès hépatiques, ictère typhoïdique, cholécystites.

### 2° **les complications cardio-vasculaires**

a) **la myocardite typhique**

b) le collapsus cardio-vasculaire qui s'observe dans les formes graves

### 3° **les complications nerveuses sont dominées par**

a) l'encéphalite **SURTOUT CEREBELITE**

b) les méningites typhoïdiques sont exceptionnelles mais il est fréquent d'observer dans les FT graves un **méningisme**

### **Le diagnostic positif:**

cliniquement évoqué plus ou moins facilement ,doit toujours être confirmé par les examens complémentaires

Le diagnostic, à ce stade, évoqué devant une T° régulièrement ascendante avec anorexie, FID gargouillante, constipation sur la notion d'épidémie ou de contagion 15 auparavant, repose essentiellement sur l'hémoculture

#### **1° certains examens complémentaires ont une valeur d'orientation**

- a) l'hémogramme :leucopénie
- b) la VS est normale ou peu accélérée

#### **2° les examens de certitude sont:**

- a) **l'hémoculture** elle est + surtout au cours des 10e jours de la maladie
- b) **la coproculture** est moins souvent positive que l'hémoculture en début de maladie..
- c) **le sérodiagnostic de Widal et Félix**

classiquement, les agglutinines apparaissent entre le 8 et 12 j les Ac H apparaissent vers le 10-15 j , s'élèvent ensuite rapidement pour persister des années

les taux d'Ac exigés sont d'au moins 1/100 pour les anti O

Le diagnostic différentiel peut se poser avec les fièvres en plateau

paludisme de primo-invasion tuberculose rickettsioses PFLA

## VIII. **Traitement :**

### **I-Armes thérapeutiques**

#### **A-les antibiotiques**

##### **1-4 ATB classiques**

a) le CAM a été pendant longtemps l'ATB ,le seul ATB efficace de la FT. Il faut savoir que: ne passe donc pas dans la vésicule biliaire n'est plus utilisé vu l'atteinte hématologique qu'il peut provoquer

durée prolongée (21 j soit 15j après l'apyrexie)

b) le Thiamphénicol (TAP) présente 2 avantages par rapport au CAP

s'élimine sous forme active au niveau de la vésicule biliaire il n'a jamais été observé d'aplasie médullaire avec le TAP cependant érythroblastopénie réversible possible

C) les Pénicillines A

l'Amoxicilline qui passe bien la barrière intestinale résistance possible

d) Co-trimoxazole très efficace

## **2° 2 groupes de nouveaux ATB**

a) les céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération et particulièrement la Ceftriaxone

b) les fluoroquinolones : leur intérêt réside dans leur utilisation en traitement court dans leur efficacité contre les Eberth R.

**B-Les Corticoïdes** ne doivent être utilisés que dans des cas précis:

encéphalite, complications cardio-vasculaires, syndrome pseudo-perforatif

## **C- Autres médicaments :**

Perfusion de macromolécules molécules. Transfusions sanguine, équilibre hydro-électrolytique et énergétique

### ▪ **3-Traitement des complications**

- hémorragies digestives: transfusion
- perforations: chirurgie
- syndrome pseudo-perforatif : arrêt de l'ATB corticoïdes sonde rectale complications cardio-vasculaires grosses molécules corticoïdes apport énergétique
- Encéphalite : corticoïdes, nursing

### ▪ **Prophylaxie :**

isolement du malade, déclaration de la maladie désinfection des excréta en cours de maladie, recherche porteurs sains, trt difficile assainissement du milieu (contrôle sources d'eau, aliments), éviction porteurs chroniques des personnels cuisine

### ▪ **Vaccination**

- vaccin polysidique capsulaire Typhim qui a remplacé le TAB contre S. Typhi
- bien toléré 1 inj + rappel tous les 3 ans à partir de 2 ans