

# LA FIEVRE TYPHOIDE

Pr. M. DALICHAOUCHÉ (08/03/2017)

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES C.H.U.C.

## **I. DEFINITION :**

La fièvre typhoïde est une infection avec bactériémie à point de départ lymphatique intestinal.

Les germes responsables sont des entérobactéries ou salmonelles majeures.

- Salmonella typhi ou bacille d'Eberth
- Salmonella para typhi A
- Salmonella para typhi B
- Plus rarement salmonella para typhi C

## **II. EPIDEMIOLOGIE :**

1. La fièvre typhoïde est une maladie contagieuse à déclaration obligatoire
2. Elle est endemoépidémique en Algérie.
3. La réserve est strictement humain : les malades et les porteurs sains qui excrètent les germes dans leurs selles.
4. La transmission : contamination digestive
  - Transmission directe : au contact des malades ou par des aliments manipulés par un porteur de germes.
  - Transmission indirecte :
    - o par ingestion d'eau polluée par des matières fécales (eau de robinet si «cross-connection» eau de puits non surveillée et non traitée).
    - o Par ingestion de fruits et légumes contaminés par des eaux usées d'égouts et non lavés.

La fièvre typhoïde et para typhoïde est ainsi une maladie à transmission hydrique (M.T.H).

5. Les germes : sont des entérobactéries (Bacilles Gram Négatif) constitués de 2 ou 3 parties antigéniques
  - Ag O somatique (endotoxine)
  - Ag H flagellaire
  - Ag Vi capsulaire pour certaines souches de S. typhi et S. para typhi C

## **III. PHYSIOPATHOLOGIE :**

Contamination orale, prolifération des germes dans les ganglions mésentériques puis dissémination par voie lymphatique intestinale, sans lésion intestinale, par le canal thoracique et passage dans la circulation sanguine déterminant des bactériémies.

Les complications septiques (suppurées) dues aux germes sont rares.

La lyse des germes au niveau des ganglions mésentériques libère une endotoxine diffusible responsable des manifestations cliniques et des complications en particulier digestives, cardiaques et cérébrales.

## **IV. ETUDE CLINIQUE :**

1. Incubation : elle est de 7 à 15 jours.
2. Le 1<sup>er</sup> septénaire (phase de début) : début classiquement insidieux marqué par des céphalées, une insomnie, des vertiges, une épistaxis, une constipation, des douleurs abdominales, une fièvre d'ascension progressive atteignant 40°C vers le 7<sup>ème</sup> jour. Il n'y a pas de tachycardie. A l'examen : la langue est saburrale, la fosse iliaque droite est gargouillante. La splénomégalie existe dans 50 % des cas.

Le début peut être atypique : il peut être brutal avec tableau pseudo grippal ou évoquant une gastro-entérite fébrile ou par une complication.

3. Le 2<sup>ème</sup> septénaire (ou phase d'état) : la fièvre est en plateau à 39°-40° avec un pouls dissocié (pas de tachycardie), une diarrhée fétide avec des selles de couleur jaunâtre « jus de melon », des douleurs abdominales.

Le typhus s'observe dans 30 % des cas : somnolence, prostration voire une obnubilation avec parfois délire « doux et tranquille ».

L'examen clinique retrouve une FID sensible et gargouillante, une splénomégalie modérée et plus rarement des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, les flancs et la base du thorax. Plus rarement on peut ausculter des râles bronchiques et retrouver à l'examen de la gorge des ulcérations des piliers antérieurs du voile du palais (angine de Duguet).

Des formes incomplètes ou frustes peuvent s'observer.

## V. LE DIAGNOSTIC POSITIF :

1. Les signes d'orientation :

- La clinique
- La biologie

Leuco neutropénie parfois thrombopénie, VS normale.

2. La certitude :

- Les hémocultures faites précocément (1<sup>er</sup> sept) et avant toute antibiothérapie.
- La coproculture : est moins souvent positive
- Le sérodiagnostic de Widal et Felix (SDW). Technique d'agglutination recherche d'Agglutinines (Ac anti O et Ac anti H).  
Les Ac anti O (à partir du 8<sup>ème</sup> jour) positifs si taux > 1/100.  
Les Ac anti H (à partir du 12<sup>ème</sup> jour) positifs si Taux > 1/200  
Faire 2 prélèvements à 10 jours d'intervalle.

## VI. EVOLUTION :

1. Sous traitement : défervescence en 3 à 6 jours. Les signes cliniques s'estompent. Les rechutes sont possibles mais rares, liées à un gîte biliaire (lithiase vésiculaire décelée par échographie abdominale).

2. Les complications : sont à rechercher avant et pendant le traitement.

Elles sont en grande partie d'origine endotoxinique.

- Les complications digestives : hémorragies intestinales rarement massives, perforations intestinales soit franche (péritonite aigue avec contracture diffuse) soit asthénique, syndrome pseudo-perforatif (dilatation globale des anses intestinales sans perforation)  
Les complications hépatobiliaires : hépatite, cholécystite le plus souvent sur une lithiase vésiculaire portant être source de rechute ou de portage chronique ultérieur.
- Les complications cardiaques : collapsus imprévisible, la myocardite qui impose une surveillance électrique (trouble de la conduction)
- Les complications neuroméningées : encéphalite avec coma, troubles psychiques, cerebellite...
- Autres complications : sont plus rares.  
Glomérulonéphrite, atteintes suppurées ostéo-articulaires (spondylodiscite, arthrite des os longs et des grosses articulations..).

## VII. TRAITEMENT :

### 1. Les moyens : l'antibiothérapie et les mesures hygiéno-diététiques.

- L'antibiothérapie : voie orale  
Antibiotiques à concentration lymphatique élevée
- Les antibiotiques classiques restent efficaces :
  - Les Phénicolés
  - Les Pénicillines de groupe A (Amoxicilline surtout)
  - Le Triméthoprimé – Sulfaméthoxazole (TMP - SMZ)

Actuellement Fluoroquinolones et C3G.

- Les mesures hygiéno-diététique (repos au lit, régime lisse..)
- Corticoïde : Hemisuccinate hydrocortisone 200 – 400 mg/24 h  
Ou Prédnisone 1 mg/kg/j durée : 10 J.

Indications : complications neurologiques et cardiaques surtout.

- Réhydratation, transfusions si hémorragies
- Chirurgie si perforation intestinale.

### 2. Schémas thérapeutiques : dans les pays en développement :

Cotrimoxazole 2 cp à 480 mg toutes les 12 h soit 2 cp x 2 par 24 h durée 15 jours.

Amoxicilline 50 – 75 mg/kg/j en 3 prises durée 15 jours.

Dans les pays développés : en 1<sup>ère</sup> intention :

Ciprofloxacine 500 mg (1 cp) x 2/J 5-7 J → 10-14 J dans les formes compliquées

Ofloxacine 200 mg x 2/J

Ceftriaxone 3 g/J en 1 fois durée 5 à 7 J

Surveillance :

clinique : T° Pous, PA, selles, auscultation cardiaque, examen abdominal.

Biologique : 1 NFS/semaine, 2 coprocultures à 48 h d'intervalle à la fin du traitement.

## PROPHYLAXIE :

Hygiène individuelle : boire de l'eau potable, lavage des légumes, lavage fréquent des mains.

Hygiène collective : eau potable, bon état des canalisations des eaux usées.

Vaccination : vaccin Ty 21 voie orale, réservé aux voyageurs et personnels de santé exposés (USA - Europe).