

FBM fièvre boutonneuse méditerranéenne

Présenté par le
Dr BOUHABEL Maamar

Maître assistant en Maladies infectieuses / HMRU Constantine

I- INTRODUCTION

a. Définition :

Entropozoonose due à **Rickettsia Conorii**, la maladie est endémique pourtour méditerranéen. Transmise par la tique brune du chien (*Rhipicephalus sanguineus*), vecteur et réservoir.

Elle est saisonnière, du fait qu'il existe des périodes de multiplication des Rickettsies durant les périodes chaudes de l'année : 90% entre avril et novembre.

b. Epidémiologie :

c. Physiopathologie :

après incubation, *Rickettsia Conorii* pénètre dans les cellules endothéliales des vaisseaux où elle se multiplie (au niveau de la porte d'entrée endothéliale : ischémie locale qui évolue vers une tache nécrotique en donnant une tache noire. A partir de ce foyer initial : une bactériémie se produit et rapidement une endothélite et vasculaire qui réalise le substratum anatomique de la maladie.

II- Clinique

a. Forme typique

i. Incubation : asymptomatique d'environ 06 jours.

ii. Invasion : Début brutal :

- Fièvre élevée à 39- 40°C.

- Des algies diffuses (Céphalées violentes, arthralgies, myalgies, rachialgies).

- de façon quasi constante : une éruption et une escarre d'incubation (tache noire) au site de piqûre. L'escarre est indolore et est retrouvée sur le tronc. et les membres la morsure de la tique est indolore et celle-ci doit rester attachée pendant 20 heures pour transmettre la maladie, 7 jours après la morsure les premiers signes apparaissent : Fièvre élevée à 39- 40°C, céphalées violentes (56% des cas), Algies diffuse (Crane, arthralgies, myalgies, rachialgies) avec frissons malgré l'absence de spécificité de ses symptômes, le diagnostic doit être évoqué en zone endémique et peut être confirmé par la présence « d'escarre de Pieri », présente dans 50 à 75% des cas, et recherché minutieusement au niveau de l'aîne, les plis, les aisselles, cuir chevelu : lésion crouteuse noirâtre d'1/2 à 2 Cm de diamètre, cerné par un halo érythémateux avec adénopathie satellite indolore. Elle peut être atypique, aspect de furoncle, parfois multiple. L'escarre peut être remplacée par une conjonctivite uni ou bilatérale traduit le passage muqueuse des rickettsies.

iii. Phase d'état : association typiquement : 03 à 05 jours après le début : fièvre, éruption et tache noire. La fièvre en règle en plateau 39 à 40°C avec asthénie intense, anorexie, céphalées et myalgie.

à l'escarre noire va s'ajouter l'éruption au 3^{ème} et 4^{ème} jours de la maladie, débute en tout point du corps classiquement au niveau des membres se généralise en un à 3 jours : maculeuse puis maculopapuleuse de couleur rose ou cuivré, touche la paume des mains et des pieds mais respecte le visage, le plus souvent. il s'y associe un relief marqué donc l'aspect boutonneuse nodulaire peut être purpurique et peut laisser entre le 10^{ème} et 15^{ème} jour, une pigmentation brunâtre en peau de léopard.

b. Autres manifestations

- i. Atteinte pulmonaire : Toux, dyspnée, image réticulo nodulaire.
- ii. Atteinte cardiaque : modification électrique (11% des cas) allongement de l'espace PR, trouble de la repolarisation et de la conduction. Des formes graves peuvent être fréquentes : bradycardie, phlébite des membres inférieurs compliquée parfois d'embolie.
- iii. Atteinte neurologique : signes méningés fréquente avec LCR normal. Avec parfois méningite lymphocytaire. L'atteinte encéphalitique est fréquente dans les formes graves avec coma et convulsion. L'atteinte du VIII ou polyradiculonévrite est plus rare.
- iv. Atteinte hématologique : trouble de la coagulation dans les formes graves (thrombopénie CIVD).
- v. Atteinte rénale : peut être majeure : insuffisance rénale ou mineure : protéinurie.
- vi. Atteinte digestive : Pancréatite, ictère, diarrhée, hémorragie digestive.
- vii. Manifestations biologiques : dans le premier jour : thrombopénie avec leucopénie, suivi d'hyperleucocytose à PN, les transaminases sont augmentées.

c. Evolution :

Les complications sont peut être fréquentes sur terrain particulier. La mortalité peut atteindre 50% des cas du fait du retard de diagnostic.

Sous traitement antibiotique l'évolution est rapidement favorable en 2 à 3 jours.

III- Diagnostic

L'isolement des rickettsies à l'hémoculture ou culture cellulaire, IFD de biopsie cutanée, sérologie spécifique : réaction de référence IFI prélèvement après 15 jours : le seuil de positivité : 1/128.

La présence d'IgM : caractère récent de l'infection.

Réaction de Weil et Felix et hémagglutination sur lame de Giroud

IV- Traitement

Le traitement antibiotique : antibiotique à action intracellulaire :

Traitement curatif:

Chez l'adulte :

doxycycline 200 mg/j pendant 5 à 7 jours ou jusqu'à 2 jours après l'apyrexie. En cas d'allergie ou de contre-indication : fluoroquinolones (ciprofloxacine) pendant 5 jours.

Chez l'enfant :

Le traitement par la josamycine 50 mg/kg/j (8 jours) est une alternative, notamment chez la femme enceinte (3 g/j]

Traitement préventif:

éviter la piqûre de tique.

enlever la tique le plus vite possible (il faut au moins 20h d'attachement pour la transmission).