

CAS CLINIQUE

COURS DU COLLEGE DE MALADIES INFECTIEUSES
TUNIS LE 27.05.2010

DONNEES CLINIQUES

- Femme âgée de 57 ans
- Origine rurale
- Sans antécédents pathologiques particuliers
- Hospitalisée pour fièvre, céphalées et myalgies évoluant depuis 5 jours.

DONNEES CLINIQUES

- L'interrogatoire :
 - Pas de notion de contact avec les animaux
 - Pas de voyages récent.
- Automédication par amoxicilline 2 g/jour pendant 48 heures par voie orale.

DONNEES CLINIQUES

- Fièvre à 39,5 °C, asthénie, état général altéré.
- L'état hémodynamique était stable.
- L'examen neurologique : état de conscience normal sans signes neurologiques de localisation.
- Raideur de la nuque.
- Les signes de Kernig et de Brudzinski étaient absents.
- L'examen cardiaque, pulmonaire et abdominal était sans anomalies.
- L'examen cutanéomuqueux n'avait pas montré d'éruption ni de tâches d'inoculation.

BILAN BIOLOGIQUE

- Globules blancs à 6,900/mm³
- CRP à 21 mg/l,
- Créatinémie à 60 μ mol/l
- Cytolyse hépatique à deux fois la normale sans cholestase.

PONCTION LOMBAIRE

- LCR clair, normotendu
- EB = 30/mm³ (78 % lymphocytes).
- L'albuminorachie = 0,48 g/l
- Glucorachie = 3,4 mmol/l (glycémie à 6,1 mmol/l)
- ED = négatif
- Culture = négative
- La recherche d'antigènes solubles dans le LCR pour le méningocoque et le pneumocoque était négative.

Votre diagnostic ?

EVOLUTION

- Diagnostic retenu : méningite virale
- Patiente gardée en observation sans traitement antibiotique.
- L'évolution : persistance de la fièvre à 72 heures d'hospitalisation.
- Devant la notion de prise d'amoxicilline avant la PL, une méningite bactérienne décapitée était discutée.
- Patiente mise sous ampicilline à la dose de 200 mg/kg/j.
- Au 6^{ème} jour d'hospitalisation : fièvre à 38 °C.

- Un examen complémentaire avait permis de poser le diagnostic
- Lequel ?

Examen ophtalmologique

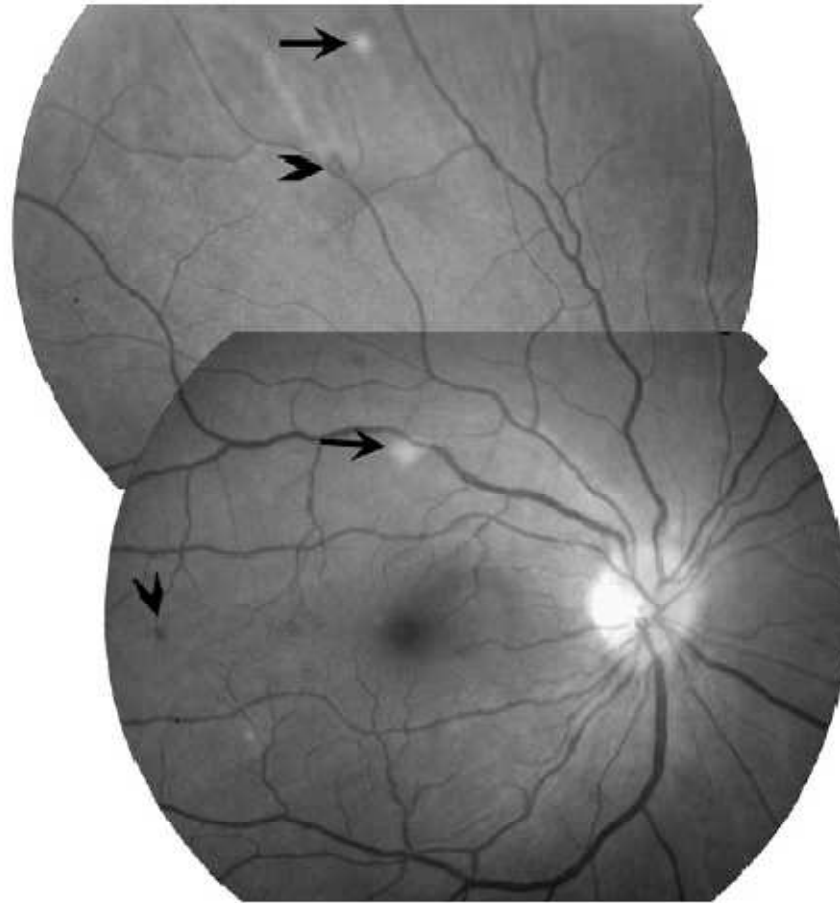


Fig. 1. Photographie du fond de l'œil montrant la présence d'infiltrats rétiniens (flèches) et d'hémorragies rétiniennes (têtes de flèches).

EVOLUTION

- Un examen ophtalmologique complet était demandé à la recherche de lésions rétiniennees spécifiques.
- Il avait permis de montrer la présence de quelques hémorragies rétiniennees associées à de multiples infiltrats rétinienens
- Lésions évocatrices de rickettsiose.

EVOLUTION

- Patiente mise sous ciprofloxacine 1,5 g/jour pendant sept jours.
- Obtention d'une apyrexie au bout de 48 heures.
- Sérologie des rickettsioses par IF positive pour *R. typhi* à un titre de 1/1280 en IgM et de 1/5120 en IgG, alors qu'elle était négative pour *R. conorii*, *R. prowazekii* et *R. felis*.
- 2^{ème} sérologie à J15 : taux d'IgM à 1/1280 et d'IgG à 1/2560.
- L'évolution était favorable avec un recul de six mois.

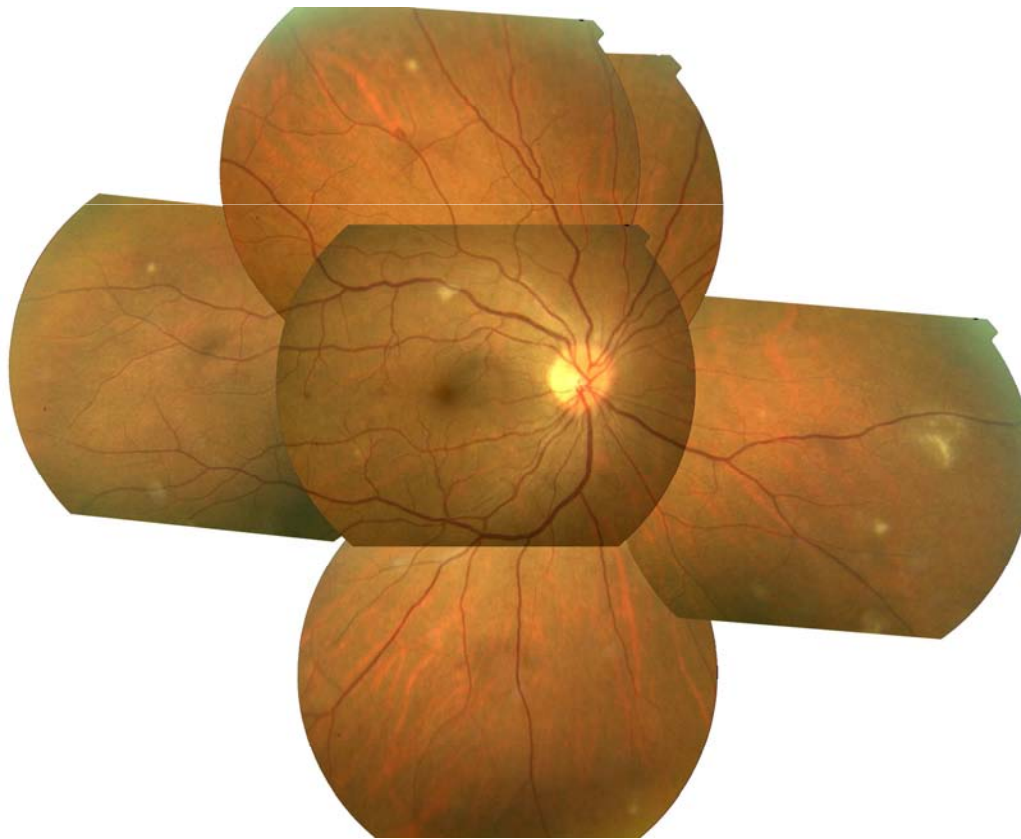
DIAGNOSTIC

TYPHUS MURIN

Ocular Manifestations Associated with Murine Typhus

Moncef Khairallah, Salim Ben Yahia, Adnene Toumi, Bechir Jelliti, Chawki Loussaief, Foued Ben Romdhane, Riadh Messaoud and Mohamed Chakroun

Br. J. Ophthalmol. published online 3 May 2009;
doi:10.1136/bjo.2008.156059



Br J Ophthalmol 2009;93:938942

TYPHUS MURIN

- Le typhus murin est une zoonose endémique due à l'infection par une bactérie intracellulaire : *Rickettsia typhi*.
- Elle est transmise à l'homme par la puce du rat : *Xenopsylla cheopis*, considérée comme le vecteur majeur.
- L'homme se contamine, essentiellement, par les déjections de la puce par voie cutanée ou respiratoire par inhalation

TYPHUS MURIN

- Touche toutes les régions du globe, notamment les zones tropicales.
- En Tunisie : sévit sur un mode endémique mais sa prévalence est sous-estimée.
- Manifestations cliniques : fièvre, frissons et céphalées.
- L'éruption cutanée, typiquement maculopapuleuse, est inconstante : 18 à 59% des cas selon les séries.

TYPHUS MURIN

- Les manifestations neurologiques sont rares : < 10 % des cas :
 - Confusion
 - Convulsions
 - Méningite
 - Méningoencéphalite
 - Paralysie faciale
- La méningite au cours d'un typhus murin demeure, toutefois, exceptionnelle

TYPHUS MURIN

- Tableau clinique : méningite aseptique avec un LCR clair, une prédominance lymphocytaire et une protéinorachie modérée faisant suspecter une origine virale.

TYPHUS MURIN

- L'apport de l'examen ophtalmologique dans le diagnostic des rickettsioses a été démontré.

FO + angiographie rétinienne

- Il s'agit de lésions à type :
 - de rétinite,
 - d'hémorragies rétinienne et
 - de vascularites,
- Lésions souvent asymptomatiques et d'évolution favorable.
- Des lésions plus graves : décollement de la rétine, oedème du nerf optique, occlusion d'une artère rétinienne.

TYPHUS MURIN

- Les techniques sérologiques sont les plus utilisées.
- Parmi elles l'immunofluorescence indirecte représente la méthode de choix.
- IFI : bonne sensibilité et détection simultanée des anticorps IgM et IgG, dirigés contre un grand nombre d'antigènes.

TYPHUS MURIN

- Au plan thérapeutique, les cyclines et les fluoroquinolones sont les antibiotiques de choix.
- Le chloramphénicol est aussi efficace mais de moins en moins utilisé à cause des effets indésirables hématologiques.
- Les macrolides représentent une alternative thérapeutique chez l'enfant et la femme enceinte.
- L'évolution, sous traitement, est souvent favorable sans séquelles et la mortalité est exceptionnelle

TYPHUS MURIN

Cas clinique

Méningite révélant une infection à *Rickettsia typhi*

Meningitis revealing *Rickettsia typhi* infection

A. Toumi^a, C. Loussaief^{a,*}, S. Ben Yahia^b, F. Ben Romdhane^a, M. Khairallah^b,
M. Chakroun^a, N. Bouzouaïa^a

La Revue de médecine interne 28 (2007) 131–133