

Les rickettsioses

Un siècle après la description de la Fièvre Boutonneuse Méditerranéenne (FBM) en Tunisie

C'est en 1910 que Alfred Conon a décrit pour la première fois la FBM en Tunisie, en concluant, après une description clinique détaillée de 7 cas, « ...Ces observations qui n'offrent point les caractères des fièvres éruptives ordinaires ... cette maladie se rapproche ...des maladies éruptives du bassin méditerranéen ... ainsi que de la fièvre tachetée des montagnes rocheuses. Nous proposons Le nom de fièvre boutonneuse de Tunis... » [1].

A la même époque, Charles Nicolle, toujours en Tunisie, reconnut le rôle du pou dans la transmission du typhus exanthématique (ou épidémique) en le définissant comme : « un parasite qui accompagne l'homme dans ses déplacements, campe aux relais où il couche, ne s'arrête qu'au seuil de l'hôpital, là où le malade rencontre du savon, de l'eau et du linge propre » [2].

Dans le Monde, les rickettsioses figurent parmi les pathologies les plus anciennement reconnues chez l'homme. En effet, le typhus serait responsable de l'épidémie de la « peste d'Athènes » survenue au 5ème siècle avant JC [3]. Depuis, l'Homme a toujours été confronté à l'infection par les rickettsies, celles anciennement décrites mais aussi des nouvelles « émergentes » et d'autres qu'on croyait disparues et qui ré-émergent.

Ces rickettsioses sont cosmopolites. Cependant, leurs répartitions géographiques, leurs incidences et les variations saisonnières, sont déterminées essentiellement par la bioécologie des vecteurs et des réservoirs de ces bactéries. La spécificité des associations entre les rickettsies et les tiques, ainsi que la pathogénicité spécifique des rickettsies restent mal élucidées. En Tunisie, on reconnaît actuellement 3 rickettsioses : la FBM, due à *R. conorii* transmise par la tique brune du chien, le typhus murin dû à *R. typhi* transmise par la puce du rat et récemment la rickettsiose due à *R. felis* transmise par la puce du chat, dont le tableau clinique est proche de celui du typhus murin avec parfois une escarre d'inoculation.

Ces infections se manifestent par les classiques fièvres éruptives (ou boutonneuses), le typhus mais aussi, et de plus en plus, par un large spectre de tableaux cliniques incluant les encéphalites, endocardites, pneumonies, hépatites et choc septique.

Etant des bactéries intra-cellulaires, les rickettsies ne sont pas isolées ni identifiées par les méthodes microbiologiques usuelles. Les progrès actuels dans les méthodes diagnostiques, telles que la culture cellulaire et la biologie moléculaire, sont à l'origine d'avancées importantes dans : (1) Le diagnostic spécifique, en utilisant surtout la PCR sur biopsie cutanée, mais aussi sur le sang et les arthropodes ; (2) La classification phylogénétique, qui a bouleversé les anciennes connaissances sur la famille des Rickettsiaceae. Ainsi, actuellement, les Rickettsiaceae ne comprennent plus que les genres *Rickettsia* (groupe boutonneux et groupe typhus) et *Orientia* (*O. tsutsugamushi*). *Coxiella burnetii*, agent de la fièvre Q, ne fait plus partie des rickettsioses [4] ; (3) La

découverte de nouvelles espèces ; on en compte une vingtaine identifiée chez l'Homme, ces 2 dernières décennies.

Le diagnostic clinique de la FBM est facile lorsque le médecin est habitué à cette pathologie et surtout devant une triade typique (fièvre + éruption + tâche noire) en saison chaude. Cependant, pour le plus averti des cliniciens, les situations cliniques atypiques nécessitent d'être vigilent à la recherche du moindre signe ou critère épidémiologique et biologique, afin de démarrer un traitement précoce adéquat et d'éviter des complications pouvant être graves. La confirmation du diagnostic sera tardive puisque qu'elle n'est faite que par la sérologie dans la pratique courante.

Si le typhus exanthématique n'est plus diagnostiqué dans notre pays, le typhus murin y est une pathologie ré-émergente, et souvent sous-diagnostiqué. Le message est de considérer les rickettsioses devant toute fièvre aiguë isolée ou avec rash cutané maculeux généralisé, souvent non constaté par le patient, ni le médecin, surtout en saison chaude. Malgré les communautés antigéniques avec *R. conorii*, les méthodes sérologiques spécifiques sont utiles pour le diagnostic des autres rickettsioses. Mais pour un diagnostic de certitude, et surtout dans un but de surveillance épidémiologique, l'espèce en cause est à identifier ou à découvrir par PCR sur biopsie cutanée, en attendant des méthodes plus simples, tel qu'un écouvillonnage spécifique...

Enfin, la recherche dans le domaine des rickettsioses est en progrès rapide représentant un bon exemple de complémentarité entre la clinique et le laboratoire.

En Tunisie, un réseau pour l'étude des maladies vectorielles (REMV) vient d'être créé, ses membres proviennent des différentes régions du pays et de toutes les spécialités impliquées, dans le but de faire avancer nos connaissances sur ces pathologies décrites un siècle auparavant dans notre pays. A nous d'en profiter et de continuer le travail ...

Pr. Amel Omezzine - Letaief
Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses
CHU Farhat Hached, 4000 Sousse, Tunisie.
Email : amel.letaief@famso.rnu.tn

- 1- Conor A, Bruch A. Une fièvre éruptive observée en Tunisie. Bull Soc Pathol Exot 1910 ; 8 : 492-6.
- 2- Tissot-Dupont H. Histoire du typhus. Méd Mal Infect 1995 ; 25 : 823-9.
- 3- Weiss K. The role of rickettsioses in history. In : D.H. Walker, "Biology of rickettsial diseases", 1986 ; 1-14.
- 4- Renvoise A, Raoult D, An update on rickettsiosis. Méd Mal Infect 2009 ; 39 : 71-81.

