



Fièvre boutonneuse méditerranéenne

Dr Z BOUDIAF

OBJECTIFS PEDAGOGIQUE

- **Diagnostiquer une fièvre boutonneuse méditerranéenne dans sa forme commune :**
 - **Reconnaitre l'éruption boutonneuse.**
 - **Recherché l'escare d'inoculation**
- **Reconnaitre les formes graves**
- **Traiter une fièvre boutonneuse méditerranéenne**

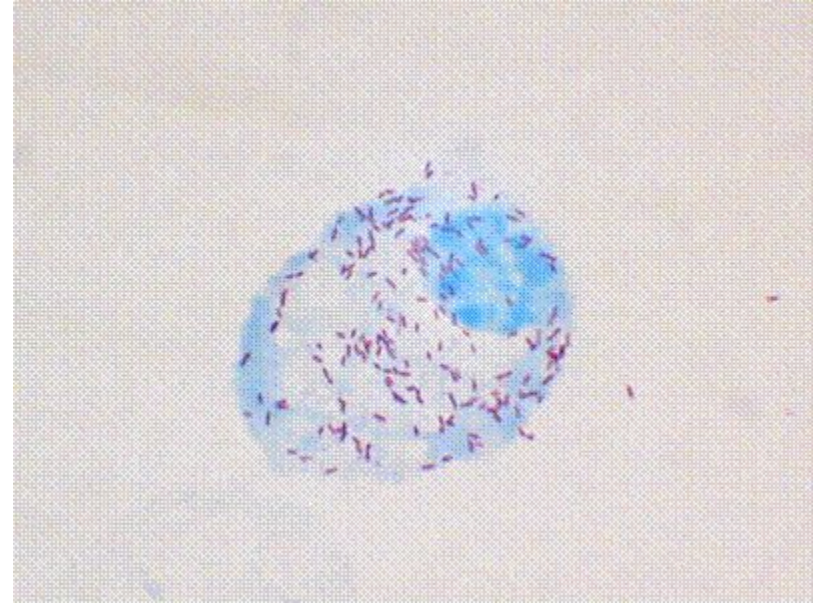
I. INTRODUCTION

- Anthropozoonose
- Transmission par la tique brune du chien *Rhipicephalus sanguineus*
- **Agent causal : Rickettsia conorii**
- Fièvre - éruption cutanée - tâche noire
- Maladie le plus souvent bénigne
- Traitement simple
- Prévention : éviction de la piqûre de tiques.

II. Épidémiologie

1. Agent causal

- **Rickettsia conorii,**
- **Bactérie intracellulaire stricte**
- **du groupe des rickettsies.**
- **Possède une paroi de type gram négatif.**
- **Mobile dans la cellule endothéliale**



R. conorii subsp. conorii
à l'intérieur d'une cellule
endothéliale humaine.
Coloration de Gimenez.

II. Epidémiologie

2. Réservoir du *R. conorii* :

- Tique brune du chien (*Rhipicephalus sanguineus*)
- Vecteur et réservoir
- Transmission de *Rickettsia conorii* à la descendance par voie trans-ovarienne
- Réservoir de la tique : le chien



Rhipicephalus sanguineus,
la tique brune du chien, vecteur et réservoir
de *R. conorii*

II. EPIDEMIOLOGIE

3. Mode transmission :

- Directe par piqûre de la tique lors d'un repas sanguin (20h).
- piqûre indolore
- La porte d'entrée peut être muqueuse (conjonctivale).

II. Epidémiologie

4. Répartition géographique et saisonnière :

- FBM : maladie **urbaine** et **péri-urbaine** endémique dans le **pourtour méditerranéen**.
- **Saisonnière**, estivale
- Survient de **Mai à Octobre**, avec un pic de Juillet à Septembre → période d'activité des **formes immatures des tiques** (petites et dont la **piqûre indolore** passe souvent inaperçue).

III. Pathogénie

- **Dans l'escarre** : Progression des rickettsies dans les cellules endothéliales entraînant une ischémie, responsable de nécrose cutanée
- À partir de ce foyer, **rickettsiémie** :
 - Pénétration du germe dans les cellules endothéliales des vaisseaux
 - **Multiplication dans ces cellules**
 - Développement rapide d'une endothélite vasculaire
 - **Certains cas association à des dépôts d'immuns complexes circulants** = Au niveau cutané responsable d'une vascularite

IV. Clinique

Type de description : **Forme classique habituelle non grave de l'adulte jeune**

1. incubation:

Durée variable entre 3 et 6 jours.

2. Invasion : généralement brusque

-Fievre 39 à 40°C

- Céphalées - Myalgies - Frissons

IV. Clinique

Signes de début de la FBM. (D'après Raoul)

Signes cliniques	Pourcentage
Fièvre isolée	44%
Fièvre+céphalée	12%
Fièvre+céphalée+myalgie	17%
Fièvre+myalgie	8%
Fièvre+autres symptômes	19%

IV. Clinique

- Escarre d'inoculation : **Tache noire** (50 a 75%),

□ Siège:

- Cuir chevelu,
- Aine,
- Pli interfessier,

Porte d'entrée	Pourcentage
Tronc	35%
Membre supérieur	17%
Membre inférieur	14%
Face et cou	14%
Cuir chevelu	6%
Les organes génitaux	2%

IV. Clinique

Tache noire

- ❑ Non douloureuse
- ❑ Adénopathie satellites indolores
- ❑ Parfois, aspect atypique
 - Aspect de furoncle
 - Aspect de croûte grisâtre

Anatomopathologie : Nécrose cutanée faisant suite a une ischémie locale

Escarre d'inoculation peut être remplacée par une conjonctivite

IV. Clinique

- **Tache noire** (50 a 75%),



Tache noire : multiple



PE :conjonctival

IV. Clinique

3. Période d'état: Fièvre, Escarre, Eruption

- **Fièvre**: En plateau a 39° 40°

associée à :

- **Asthénie extrême**
- **Anorexie**
- **Céphalée**
- **Myalgie**

- **Escarre** noire: 97 à 99%

- Tache noire : 90%

- **Conjonctivite** : 10%

IV. Clinique

- **Eruption:** Survient vers 3^{ème} ou 4^{ème} jours
 - Débute en tout point du corps,
 - Généralisation en 1 a 3 jours,
 - Type maculeux □ maculo-papuleux,
 - Couleur rosée ou cuivrée,
 - Touche la paume et la plante des pieds,
 - Respecte le visage
 - Laissant une pigmentation provisoire de 10 jours

Eruption

▪



IV CLINIQUE

ÉVOLUTION :

– **Sous traitement : favorable**

- **la température se normalise en 2-3 jours .**
- **la convalescence est écourté.**

– **Sans traitement :**

La guérison est obtenue au dépend d'une longue convalescence.

IV CLINIQUE

FORMES CLINIQUES :

1. Formes graves :

- **Terrains particuliers:** éthyliste, diabète, sujet âgé, immunodépression, déficit en G6PD.
- **Atteintes multiviscérales :**
 1. **Insuffisance rénale** avec oligurie.
 2. **Atteinte neurologique:** encéphalite(syndrome confusionnel, convulsions, coma) ; la méningite isolée peut se voir; atteinte du nerf acoustique.
 3. **Atteinte cardiaque:** myocardite, bradycardie, maladie thromboembolique.
 4. **Atteinte hépatique:** ictère généralisé.
 5. **Atteinte hématologique:** syndrome hémorragique viscérale ou cutanée(purpura).
 6. **Atteinte pulmonaire:** dyspnée et SDRA.
- **Mortalité élevée (30-50%).**

IV CLINIQUE

2. Formes bénignes :

- Fréquentes chez l'enfant.
- Signes généraux moins marqués, éruption discrète, convalescence rapide.

3. Formes selon le terrain:

- Forme du sujet âgé :
Formes graves surtout hémorragiques et ataxo dynamique.

V DIAGNOSTIC

1-DIAGNOSTIC POSITIF:

– Argument épidémiologiques:

- Professions exposantes: garde forestier, taxonomistes, chasseurs.
- Age et sexe
- Région et saison.
- Notion de piquêre de tique.
- Notion de balade dans les buissons ou élevage d'un chien.

– Arguments cliniques:

fièvre, éruption et escarre sont très évocateurs en zone d'endémie

– Arguments para cliniques:

- non spécifiques
- spécifiques

V DIAGNOSTIC

Arguments para cliniques non spécifiques :

Hémogramme

- Leucopénie ou hyperleucocytose
- Thrombopénie

Bilan hépatique

- Augmentation
- + Des transaminases
- + Des gamma GT

Bilan électrolytique

- Hyponatrémie
- Hypocalcémie

Bilan inflammatoire

- Accélération de la VS
- Hyper alpha 2
- Hyper gammaglobulinémie

V DIAGNOSTIC

Arguments para cliniques non spécifiques :

– Spécifiques :

- Sérologie : IFI, 02 sérums à 10 jours d'intervalles.
taux positif si $> 1/128$.

- Diagnostic directe est réservé aux centres spécialisés (biopsie cutanée de l'escarre, IF)



score

Critères	Points
Critères épidémiologiques	--
Vie ou séjour en zone d'endémie	2
Survenue entre mai et septembre	2
Contact certain ou probable avec des tiques de chiens	2
Critères cliniques	--
Fièvre supérieure à 39°C	5
Escarre	5
Eruption maculopapuleuse ou purpurique	5
Deux des critères précédents	3
Les trois critères précédents	5
Critères biologiques non spécifiques	--
Plaquettes < 150.000	1
SGOT ou SGPT > 50 UI/L	1
Critères bactériologiques	--
Isolement de Rickettsia coronii dans le sang	25
Détection de Rickettsia coronii dans la peau ou en immunofluorescence	25
Critères sérologiques	--
Sérum unique et IgG 1/128	5
Sérum unique et IgG 1/128 et IgM 1/64	10
Variation de 4 dilutions du titre entre 2 sérums à 2 semaines d'intervalle	20

**Un score > 25
est évocateur
d'une FBM**

V DIAGNOSTIC

2-DIAGNOSTIC DIFFERENTIELLE:

1. Autres rickettsioses:
2. Fièvre typhoïde.
3. Leptospirose.
4. Maladies éruptives fébriles.
5. Toxidermies médicamenteuse.

VI. Traitement

- **Doxycycline**
 - 200 mg/j chez l'adulte (5J).
- **Chez la femme enceinte: la josamycine à la dose de 3 g/j**
- **l'apyrexie en 48 heures.**
- **La persistance de la fièvre --□ autre étiologie/ complication.**
- **Inutile de poursuivre le traitement > de 48 h d'apyrexie**
- **pas de vaccin.**
- **Formes malignes : réanimation + doxycycline INJ IV.**

Prophylaxie

- Aucun vaccin n'est disponible pour prévenir la FBM.
- Lutte anti-vectorielle +++.
- **Eviter les piqûres de tiques**
- **Les rechercher soigneusement pour les enlever avant le délai des 20 Heures**
- Pas d'indication une antibiothérapie préventive

CONCLUSION

Maladie infectieuse fréquente au pourtour méditerranéen, de diagnostic clinique facile, sa prophylaxie est basée sur la lutte contre les tiques surtout au niveau de leur réservoir : CHIENS

-