

NEURORICKETTSIOSE DE L'ENFANT : à propos d'un cas
A.Kandoussi, Y.Benechchehab, R.Arrab, I. Ammari, N.Dini
Hôpital Universitaire International Mohamed VI
Université Mohamed VI des sciences de la santé Casablanca

Introduction:

Les rickettsioses sont des zoonoses transmises à l'homme par des arthropodes. Les formes sévères de la rickettsiose représentent 6 à 10 % avec une mortalité de 32 %. L'atteinte neurologique constitue 28 % des formes graves avec un pronostic réservé.

Matériels et méthodes:

Nous rapportons une observation de rickettsiose neuro méningée diagnostiquée au service de pédiatrie de l'hôpital universitaire international Mohammed VI de bousKoura.

Observation:

Nous rapportons le cas d'un garçon de 12 ans, sans antécédents particuliers qui se présente aux urgences avec frissons, céphalées intenses et hyperesthésie cutanée du cou dans un contexte de fièvre chiffrée à 40 °C. Le patient était mis sous amoxicilline pendant une semaine sans amélioration notable, d'où son hospitalisation au service de pédiatrie.

L'examen clinique trouve un enfant conscient mais très agité, fébrile à 38,5°, avec céphalées intenses, photophobie et vertiges. La nuque était souple avec des signes de Kernig et Brudzinski négatifs et une hyperesthésie cutanée lors de la recherche de la raideur. L'auscultation cardio pulmonaire est normale, et l'examen de l'abdomen est sans particularités.

L'examen cutané muqueux était normal à l'admission. Le bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, une CRP à 66,3 mg/l, une VS à 54 mm, un fibrinogène à 4,6 g/l, un LDH à 348 UI/l, une ferritine à 234 ng/ml et une fonction hépatique normale. Le scanner cérébral était normal, et la ponction lombaire était difficile à réaliser vu l'agitation du patient et la prise antérieure d'antibiothérapie. L'évolution a été marquée par la survenue d'une éruption maculo-papuleuse généralisée, palmoplantaire, faisant évoquer une rickettsiose. La reprise de l'interrogatoire a retrouvé la notion de contact avec des chiens, une sérologie rickettsiose a été demandée revenue positive. Un traitement à base d'azithromycine a été instauré pour une durée de 05 jours.

L'évolution a été marquée par la suite par une apyrexie et diminution progressive des céphalées dès le deuxième jour du traitement, une diminution des lésions cutanées dès le 4^{ème} jour avec amélioration des paramètres biologiques et du syndrome inflammatoire

Discussion:

Décrite pour la première fois en Tunisie par Conr et Bruch en 1911 [1], la rickettsia conorii sévit dans le pourtour méditerranéen sur le mode endémique avec poussées épidémiques estivales [2,3]. Il s'agit d'une anthro-pozoonose due au Rickettsia conorii [4], transmise par la tique brune du chien appelée Rhipicephalus sanguineus[5]. La notion d'exposition au vecteur est rarement rapportée par les patients, car la piqûre de la tique est indolore[6]. L'incubation est en moyenne de 7 jours.

Le début est brutal associant une fièvre élevée à 39°C, des céphalées violentes et des algies diffuses [7]. L'examen clinique minutieux retrouve la tache noire de Pierri dans 72% des cas ou une conjonctivite unilatérale dans plus des deux tiers des cas [5,7]. L'éruption est retrouvée dans 97 à 99 % des cas, apparaît au 3-4 jour faite d'un exanthème maculopapuleux qui se généralise atteignant également les paumes et les plantes respectant en général la face [6,7]. Le diagnostic est porté sur les arguments de présomption, le site géographique, la fièvre et l'exanthème. Le diagnostic de certitude repose essentiellement l'isolement de la bactérie. Les sérologie par immunofluorescence indirecte avec mise en évidence simultanée d'anticorps IgM et IgG [4], le test d'hémagglutination, le test d'agglutination au latex ou le test Elisa sont utilisés [6] pour l'orientation diagnostic, cette dernière a été utilisée dans notre cas. Les formes sévères de la rickettsiose représentent 6 à 10 % avec une mortalité de 32%. L'atteinte neurologique constitue 28 % des formes graves avec un pronostic réservé [2,7]. Elles comportent un syndrome méningé avec une méningite à liquide clair avec une hyperalbuminorachie modérée [6], la ponction lombaire était difficile à réaliser vu l'agitation du patient dans notre cas. La formule leucocytaire est souvent à prédominance lymphocytaire mais parfois panachée, ce qui peut conduire au diagnostic erroné de méningite virale ou bactérienne décapitée.

Cette méningite peut être isolée ou intégrée dans un tableau de méningoradiculite ou de méningo-myéloradiculite ou encore de méningo-encéphalite [5,6]. Ces atteintes neurologiques régressent en général totalement comme le cas de notre patient. Cependant, des séquelles à type de manifestations épileptiques ont été décrites dans la littérature [7]. Chez l'enfant, la présentation clinique peut être trompeuse. Le retard au diagnostic et une antibiothérapie inadaptée conditionnent une évolution potentiellement grave. La mortalité liée à la rickettsia conorii est estimée entre 2 et 2,5 % pour les patients hospitalisés [5]. Les traitements recommandés actuellement sont les macrolides chez l'enfant et la doxycycline chez les enfants de plus de huit ans [5]. Dans notre cas, l'évolution sous macrolides a été jugée satisfaisante. La prévention passe par la lutte contre le vecteur et les chiens errants vu qu'il n'existe pas de vaccination [6].

Conclusion:

Ce cas illustre une forme inhabituelle de rickettsiose, d'où l'intérêt d'y penser devant l'association de symptômes neurologiques et cutanés.

Références:

- 1- Frikha F, Elleuch E, Marrakchi C, Tlijeni A, Znazen A, Koubaa M, Lahiani D, Ben jema M. Manifestations extra cutanées des rickettsioses : étude prospective de 60 cas. Bact07, Médecine et maladies infectieuses 2016; 46:17-23.
- 2- Smaoui F, Koubaa M, Hachicha T, Znazen A, Lahiani D, Hammami A, Ben Jemaa M. Les formes neurologiques de la rickettsiose. H07, Médecine et maladies infectieuses 2014; 44:48-50.
- 3- Mouffok N, Parola P, Lipidi H, Raoult D. Mediterranean spotted fever in Algeria-new trends. Int J Infect Dis 2009; 13:227-35.
- 4- Renvoisé A, Raoult D. Quoi de neuf sur les rickettsioses. Rev Med Interne 2009; 30(Suppl. 2):519-21.
- 5- Amenzouy S et al. Manifestations neurologiques de la fièvre boutonneuse méditerranéenne: à propos de deux observations pédiatriques. Journal de pédiatrie et de puériculture 2010; 23:345-348.
- 6- Alioua Z et al. Manifestations neurologiques de la fièvre boutonneuse méditerranéenne: à propos de quatre observations. Revue de médecine interne 2003;24:824-829.
- 7- Christmann D, Hansmann Y, Remy V, Lesens O. Manifestations neurologiques au cours des infections liées à des micro organismes transmis par les tiques. Rev Neurol (Paris) 2002; 158(70):993-1.