

La Leptospirose chez l'enfant

K.Alami, M.Erradi, S. Chaouki, M, Hida

Service de pédiatrie

Hôpital Mère -enfant – CHU HASSAN II de Fès

• Introduction :

La leptospirose est une zoonose importante de répartition mondiale causée par des spirochètes pathogènes du genre *Leptospira*. La leptospirose présente un large spectre de manifestations cliniques depuis le syndrome pseudo-grippal de bon pronostic jusqu'à l'atteinte multiviscérale dont la forme clinique typique est le syndrome de Weil associant fièvre, ictère, insuffisance rénale et signes hémorragiques diffus, engageant le pronostic vital.

• Objectif :

Le but de notre travail était d'identifier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des formes pédiatriques de la leptospirose

• Observation clinique :

• Discussion :

Il s'agit d'une enfant de sexe féminin, âgée de 6 ans, vivant en milieu rural, ayant comme antécédent une notion de baignade dans un marécage. Elle a été admise pour un état de mal épileptique fébrile associé à des arthralgies. L'examen clinique a révélé un léger ictère cutanéomuqueux, une douleur au genou droit à la palpation avec une limitation de l'extension (flessum), sans signe inflammatoire localisé. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Les résultats biologiques ont montré une anémie hypochrome microcytaire avec une hémoglobine à 9,6 g/dl, des leucocytes à 12580/mm³, une thrombopénie à 74000/mm³, et un syndrome infectieux avec une CRP à 126 mg/l et une procalcitonine à 13,49 mg/l. Il y avait aussi des signes d'insuffisance rénale (urée à 0,50 g/l, créatinine à 12 mg/l), de cytolysé hépatique (GOT à 3267 U/l, GPT à 2212 U/l, phosphatases alcalines à 265 U/l, bilirubine totale à 20 mg/l et bilirubine directe à 12 mg/l), ainsi qu'une légère hypoprothrombinémie avec un TP à 88%.

L'étude du liquide céphalorachidien et les examens d'imagerie (tomodensitométrie cérébrale, radiographie thoracique, échographie du genou droit) étaient tous normaux. Les sérologies virales étaient également sans anomalie.

Devant la notion de la baignade dans le marécage, l'ictère fébrile et l'état de mal épileptique, associé aux anomalies biologiques, un test sérologique de la leptospirose (test de micro agglutination, MAT) a été réalisé, et les résultats sont revenus positifs en faveur d'une leptospirose.

La patiente a été mise sous céphalosporine de 3e génération en raison de l'indisponibilité de la pénicilline. L'évolution a été favorable, avec une nette amélioration clinique et biologique.

1. Epidémiologie

La leptospirose est causée par des spirochètes du genre *Leptospira*. Les leptospires colonisent les tubules rénaux proximaux des mammifères hôtes et sont excrétés dans l'urine. Elles peuvent survivre plusieurs mois dans l'environnement dans des conditions humides. Ces conditions sont présentes toute l'année sous les tropiques, mais seulement pendant les mois d'été et d'automne dans les climats tempérés.

Les humains contractent généralement l'infection par contact avec de l'eau ou du sol contaminés par l'urine de réservoirs mammifères tels que les rongeurs, les chiens, les bovins et les porcs.

2. Clinique

La leptospirose est généralement bénigne, bien qu'elle puisse parfois évoluer de manière grave et potentiellement fatale.

Durant la période d'incubation, qui varie de 2 à 26 jours (avec une moyenne de 10 jours), les bactéries *Leptospira* se fixent à l'endothélium des capillaires, provoquant une vascularite, responsable de l'atteinte multiviscérale.

Chez les enfants, les symptômes débutent souvent de manière soudaine avec de la fièvre, des myalgies, des céphalées, une conjonctivite et des symptômes gastro-intestinaux. Des manifestations graves telles que la maladie de Weil, des dysfonctionnements hépatiques et rénaux, l'oligurie, l'hépatomégalie, la lymphoadénopathie et la méningite peuvent être observées dans 2,9 à 64 % des cas. Des signes moins fréquents incluent l'hypotension, la splénomégalie, l'éruption cutanée, la myocardite et le choc.

NB : Les principaux diagnostics différentiels du syndrome de Weil incluent l'accès palustre grave, le syndrome hémolytique et urémique, la dengue et l'hépatite virale.

3. Paraclinique

À ce jour, il n'existe aucune littérature spécifique décrivant les résultats de laboratoire chez les enfants atteints de leptospirose. Les tests de référence pour le diagnostic sérologique sont le test de microagglutination (MAT), anciennement connu sous le nom de réaction d'agglutination-lyse de Martin et Petit, ainsi que l'ELISA.

4. Thérapeutique

Le traitement antibiotique (pénicilline G à 100 000 U/kg par jour ou ampicilline à 100 mg/kg par jour pendant 7 jours) réduit la durée et l'intensité de l'insuffisance rénale, la durée de la fièvre, l'excrétion urinaire des leptospires, ainsi que l'intensité et la durée de la thrombopénie. Toutefois, il n'a aucun impact direct sur la mortalité.

• Conclusion :

La leptospirose est une infection qui peut entraîner une défaillance multiviscérale. Malgré un meilleur pronostic chez les enfants, il reste important de diagnostiquer rapidement cette infection afin de mettre en place une antibiothérapie adaptée et de réaliser un suivi.

• Reference

Leptospiroses de l'enfant à l'île-de-la-Réunion : à propos de 16 cas. Archives de Pédiatrie, 12(9), 1344–1348. doi:10.1016/j.arcped.2005.04.084

Pediatric Leptospirosis: A Case Report and Review of Literature doi:10.5152/eurasianjmed.2023.23380

Atteinte rénale chez les enfants infectés par la leptospirose en France <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.11.006>

Association between Age and Severity to Leptospirosis in Children doi: 10.1371/journal.pntd.0002436