

Méningo-encéphalite à *Rickettsia conorii* aux urgences

S. JIDANE, M. NOUSSAIR, C. NAOUFAL, T. NEBHANI, A. BELKOUCH, S. ZIDOUH, L. BELYAMANI

Département des Urgences Médicochirurgicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V,
Faculté de Médecine et de Pharmacie Mohamed V de Rabat

Introduction :

Les rickettsioses sont des maladies infectieuses réémergentes, cliniquement polymorphes et potentiellement graves [1]. Le tableau clinique typique est une fièvre éruptive. L'atteinte neurologique constitue 28% des formes graves avec un pronostic réservé [2]. Nous rapportons une observation de rickettsiose neuro-méningée diagnostiquée au service des Urgences Médico-chirurgicales de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat.

Observation :

Patient de sexe masculin âgé de 68 ans, ayant comme antécédents pathologiques un diabète insulino-nécessitant, une hypertension artérielle sous antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), et une cardiopathie ischémique avec mise en place d'un stent actif. Il se présente aux urgences avec un tableau clinique fait de frissons et de vomissements dans un contexte fébrile chiffré à 39°C depuis une semaine et non amélioré par les traitements symptomatiques.

L'examen clinique trouve un patient polypnéique, confus avec un Glasgow à 12, les pupilles sont égales et réactives. La nuque est souple avec une dissociation pouls/température à 90 battements par minute et une hyperglycémie capillaire à 4,2 g/l, associée à une glycosurie et une cétonurie.

L'auscultation cardio-pulmonaire est normale et l'abdomen est sans particularités.

L'examen cutanéomuqueux met en évidence une éruption maculo-papuleuse faite de petites lésions arrondies de 1 à 3 mm de diamètre (Figure 1A) diffuses, n'épargnant ni les paumes des mains ni les plantes des pieds et respectant la face avec présence d'un chancre d'inoculation à base infiltrée et indolore, sur la face dorsale du flanc gauche (Figure 1B).

Le bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à 14 600 G/l à prédominance neutrophile, une thrombopénie à 95 000 G/l et une CRP à 286 mg/l on trouvait une cytolysse associée à une cholestase hépatique modérées et une insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine à 43 ml/min.

Le diagnostic d'une fièvre éruptive compliquée d'une

acidocétose diabétique avec atteinte neurologique probable est retenu. Un scanner cérébral a été demandé et était sans anomalie. La ponction lombaire trouve une discrète réaction méningée à liquide clair avec des leucocytes à 12 éléments/ml à prédominance lymphocytaire, une glycorachie normale et une protéinorachie à 0,57 g/l. Un prélèvement pour sérologie Rickettsiose est réalisé.

Devant la confusion fébrile associée à l'éruption cutanée généralisée, le chancre d'inoculation et le pouls dissocié, dans un contexte endémique méditerranéen, le diagnostic le plus probable était une rickettsiose compliquée d'une méningo-encéphalite, et le patient a été mis sous Doxycycline 200mg/jour pendant 8 jours.

Le résultat de la sérologie a été obtenu une semaine après le prélèvement, qui est revenu positif à la rickettsiose type *Rickettsia Conorii*, avec un index d'anticorps anti *Rickettsia Conorii* type IgG à 64 et un index d'anticorps anti *Rickettsia Conorii* type IgM à 12 selon la technique Elisa VircellTM (Interprétation des résultats, Index < 9 négatif ; Index entre 9 et 11 douteux et Index > 11 positif).

Le patient est hospitalisé ensuite en unité de soins intensifs continu et l'évolution a été marquée par une apyrexie obtenue dès le deuxième jour, avec une récupération neurologique à partir du troisième jour et un affaïssissement des lésions cutanées au cinquième jour, suivi d'une amélioration des paramètres biologiques, notamment une régression du syndrome inflammatoire, et une amélioration des paramètres de la fonction rénale.

Discussion :

Décrite pour la première fois en Tunisie par Conor et Bruch en 1911 [3], la rickettsia conorii sévit dans le pourtour méditerranéen sur le mode endémique avec poussées épidémiques estivales [4, 5]. Il s'agit d'une anthroponose due au *Rickettsia conorii* [6], transmise par la tique brune du chien appelée *Rhipicephalus sanguineus* [7]. 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.

Méningo-encéphalite à *Rickettsia conorii* aux urgences

S. JIDANE, M. NOUSSAIR, C. NAOUFAL, T. NEBHANI, A. BELKOUCH, S. ZIDOUH, L. BELYAMANI

Département des Urgences Médicochirurgicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie Mohamed V de Rabat

Discussion :

Le début est brutal associant une fièvre élevée à 39 °C, des céphalées violentes et des algies diffuses [8]. 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, 8]. L'éruption est retrouvée dans 97 à 99 % des cas, apparaît au 3-4^e jour faite d'un exanthème maculo-papuleux qui débute aux membres puis se généralise atteignant également les paumes et les plantes respectant en général la face [6, 8].

Le diagnostic est porté sur les arguments de présomption, le site géographique, la saison, la fièvre et l'exanthème. L'existence d'une porte d'entrée à type d'escarre noirâtre revêt une importance capitale [6], et qui a constitué le signe d'orientation diagnostic majeur dans notre cas. 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 [9], le test d'hémagglutination, le test d'agglutination au latex ou le test Elisa sont utilisés [10] pour l'orientation diagnostic [11], 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, 8]. Elles comportent un syndrome méningé avec une méningite à liquide clair avec une hyperalbuminorachie modérée [6], comme ça été le cas pour notre patient.

La formule leucocytaire est souvent à prédominance lymphocytaire mais parfois panachée, ce qui peut conduire au diagnostic erroné de méningite virale ou bactérienne décapitée [12].

Cette méningite peut être isolée ou intégrée dans un tableau de méningoradiculite ou de méningo-myéloradiculite ou encore de méningo-encéphalite [6, 13]. Ces atteintes neurologiques régressent en général totalement. Cependant, des séquelles à type de manifestations épileptiques ont été décrites dans la littérature [14]. Le retard au diagnostic et une antibiothérapie inadaptée conditionnent, en effet, une évolution potentiellement grave malgré la réputation de bénignité habituelle de l'affection.

La mortalité liée à la rickettsia conorii est estimée entre 2 et 2,5 % pour les patients hospitalisés [8].

Les traitements recommandés actuellement sont la Doxycycline ou la Minocycline à dose de 200 mg/j pendant huit jours. Les macrolides pourraient être utilisés pendant dix jours chez l'enfant et la femme enceinte [8, 15]. Dans notre cas, l'évolution sous cyclines 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].

En conclusion :

Les rickettsioses, réputées d'être bénignes, peuvent se compliquer d'atteintes neurologiques, qui sont graves et méritent une attention particulière pour leur prise en charge surtout aux services des urgences. Un diagnostic précoce et un traitement approprié sont alors obligatoires afin d'améliorer le pronostic.

Conflits d'intérêt :

Aucun conflit d'intérêt n'a été rapporté entre les différents auteurs.

Références

- 1- Frikha F, Elleuch E, Marrakchi C, Tlijeni A, Znazen A, Koubaa M, Lahiani D, Ben jemaa 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):S19-21.
- 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(10):993-7.

Méningo-encéphalite à *Rickettsia conorii* aux urgences

S. JIDANE, M. NOUSSAIR, C. NAOUFAL, T. NEBHANI, A. BELKOUCH, S. ZIDOUH, L. BELYAMANI

Département des Urgences Médicochirurgicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V,
Faculté de Médecine et de Pharmacie Mohamed V de Rabat

Références

- 8- Raoult D, Weiller PJ, Chagnon A, Chaudet H, Gallais H, Casanova P. Mediterranean spotted fever: clinical, laboratory and epidemiological features of 199 cases. *Am J Trop Med Hyg* 1986;845:50.
- 9- Toumi A, Loussaief C, Ben Yahia S, Ben Romdhane F, Khairallah M, Chakroun M, Bouzouaia N. Méningite révélant une infection à *Rickettsia typhi*. *Revue de médecine interne* 2007;28:131-133.
- 10- La Scola B, Raoult D. Laboratory diagnosis of rickettsioses: current approaches to diagnosis of old and new rickettsial diseases. *J Clin Microbiol* 1997;11:2715-27.
11. Daniel H. Paris, J. Stephen Dumler. State of the art of diagnosis of rickettsial diseases: the use of blood specimens for diagnosis of scrub typhus, spotted fever group rickettsiosis, and murine typhus. *Curr Opin Infect Dis* 2016, 29:433–439.
- 12- Parkensky J, Enault C, Matillo A, Balducchi JP, Fourcade J. Méningo-encéphalite et éruption cutanée. *Rev Med Interne* 2001;22(Suppl. 4):S556-7.
- 13- De Kippel N, De Keyser J, Merck H, Ebinger G. Meningoencephalitis caused by *Rickettsia conorii*. *Clin Neural Neurosurg* 1991; 93:345-7.
- 14- Brun M, Reygrobelle C, Laaberk MF. Rickettsiose post-natale à *Rickettsia conorii* avec complications neurologiques. *Med Mal Infect* 1995;25(Suppl. 8):804-6.
15. Cascio A, Colomba C, Antinori S, Paterson D-L, Titone L. Clarithromycin vs Azithromycin in the treatment of Mediterranean spotted fever in children: A Randomized Controlled Trial. *Clin Infect Dis* 2002; 34:154-8.



Fig. 1A : Eruption cutanée maculo-papuleuse arrondies de 1 à 3 mm de diamètre.



Fig.1B : Chancre d'inoculation, à base infiltrée indolore.