

Récit d'une situation complexe en ambulatoire

Cas de Fièvre Q
Présenté le 15 Janvier 2009
Giovanni Audrey

1) Introduction

- Patient de 50 ans
- Vu en consultation avec son épouse
- Motif : Fièvre persistante

Asthénie

- La prise en charge de ce patient a nécessité plusieurs consultations et un recours à différents intervenants

Présentation du cas clinique

2.1) Antécédents

- Traumatisme de la rate post accident de la voie publique sans splénectomie
- Pas de traitement au long cours
- Pas d'allergie
- Tabagisme sevré
- Profession : chauffeur routier

2.2) Consultation

- Plainte d'une asthénie invalidante, associée à une fièvre depuis 10 à 15 jours
- Fièvre persistante malgré 4g de Paracétamol
- Mauvaise tolérance, gêne professionnelle
- Toux occasionnelle
- Pas de signe digestif, ORL ou urinaire
- A l'examen : Patient en sueurs, tachycarde
- Pas de réel foyer auscultatoire, pas de souffle cardiaque
- Pas d'éruption cutanée

- L'Abdomen est souple
- La gorge est propre, pas de réelles adénopathies
- Dans ce contexte de fièvre sans point d'appel :
 - Radiographie du thorax
 - Bilan sanguin (22/12/08)
 - Examen bactériologique urinaire
- Une couverture antibiotique sera débutée par Amoxicilline

Résultats

- Radio : Image évoquant un léger foyer de pneumopathie basale gauche, à recontrôler
- ECBU stérile avec urines ictériques
- Appel du biologiste :
 - Thrombopénie 88 000
 - Petite cytolyse, SGOT à 151, SGPT à 224
 - Inflammation :
VS:8/23, CRP : 130 mais GB :5300
- Le reste du bilan est normal
- Electrophorèse : hypoalbuminémie modérée, augmentation des α 1 globulines

- Devant ce tableau le biologiste propose de réaliser les sérologies Rickettsie et Coxiella
- Les sérologies seront négatives ce qui peut se voir au début d'une infection
- Dans le cadre du profil clinique, biologique et de la localisation dans une zone d'endémie (Martigues), le diagnostic de Fièvre Q sera posé
- Un traitement par cyclines sera débuté
- Des sérologies de contrôles seront prévues

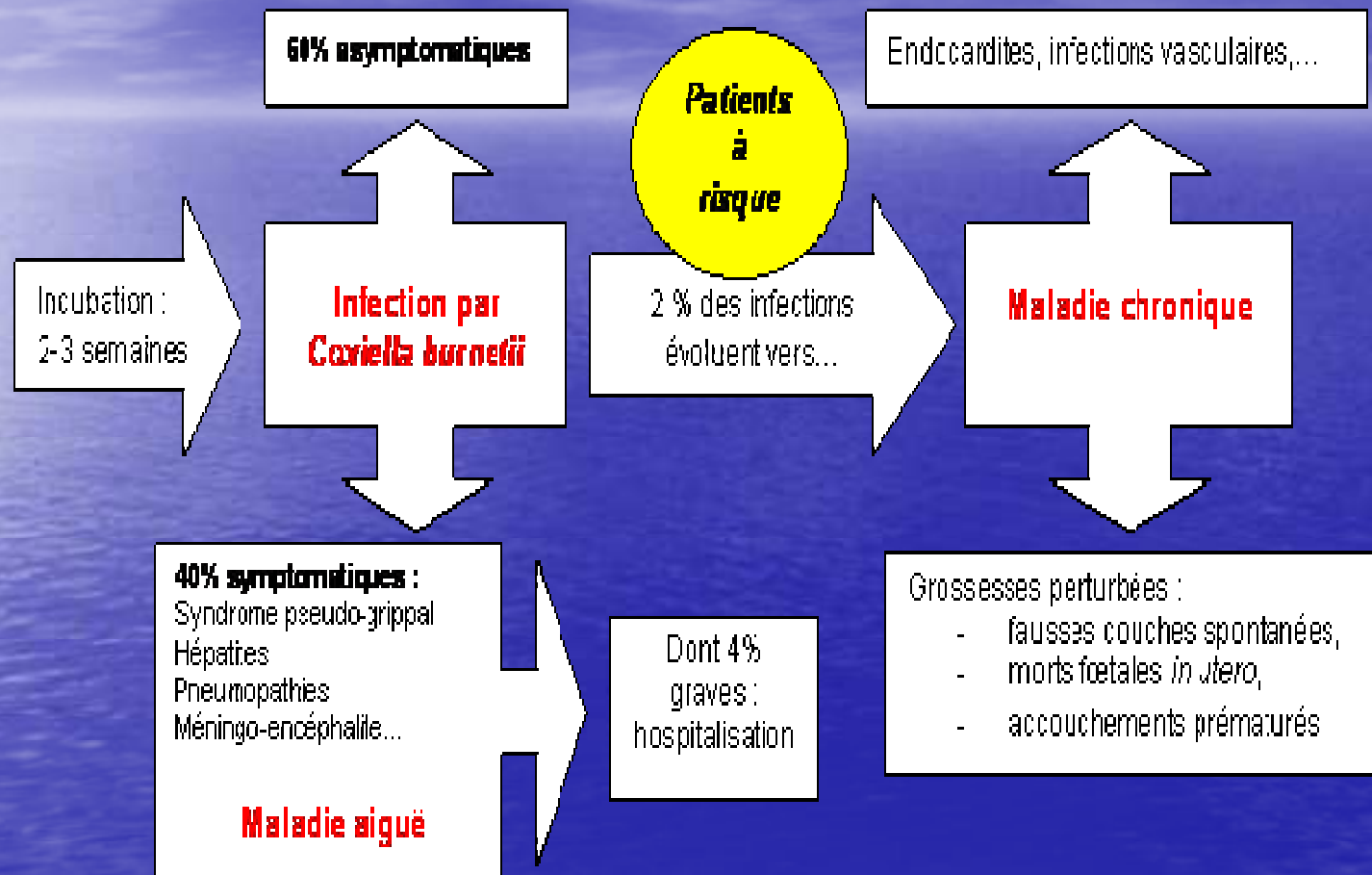
3) Prise en charge, recommandations et consensus

A) Rappel

- La fièvre Q est une zoonose (maladie transmissible d'un animal vertébré à l'homme) ubiquitaire
- Elle est causée par une bactérie intra cellulaire appelée par *Coxiella burnetii*
- La fièvre Q aigüe est la primo infection, généralement bénigne.

- Il y a tout de même un risque chez certains sujets sensibles de développer une forme chronique : femme enceinte, valvulopathies, immunodéprimés...
- La fièvre Q chronique, dont la forme la plus fréquente est une endocardite, fait la gravité de l'infection
- Mortalité de 25 à 60% en l'absence de traitement.

- Schéma récapitulatif



B) Fièvre Q aiguë

1) La Clinique

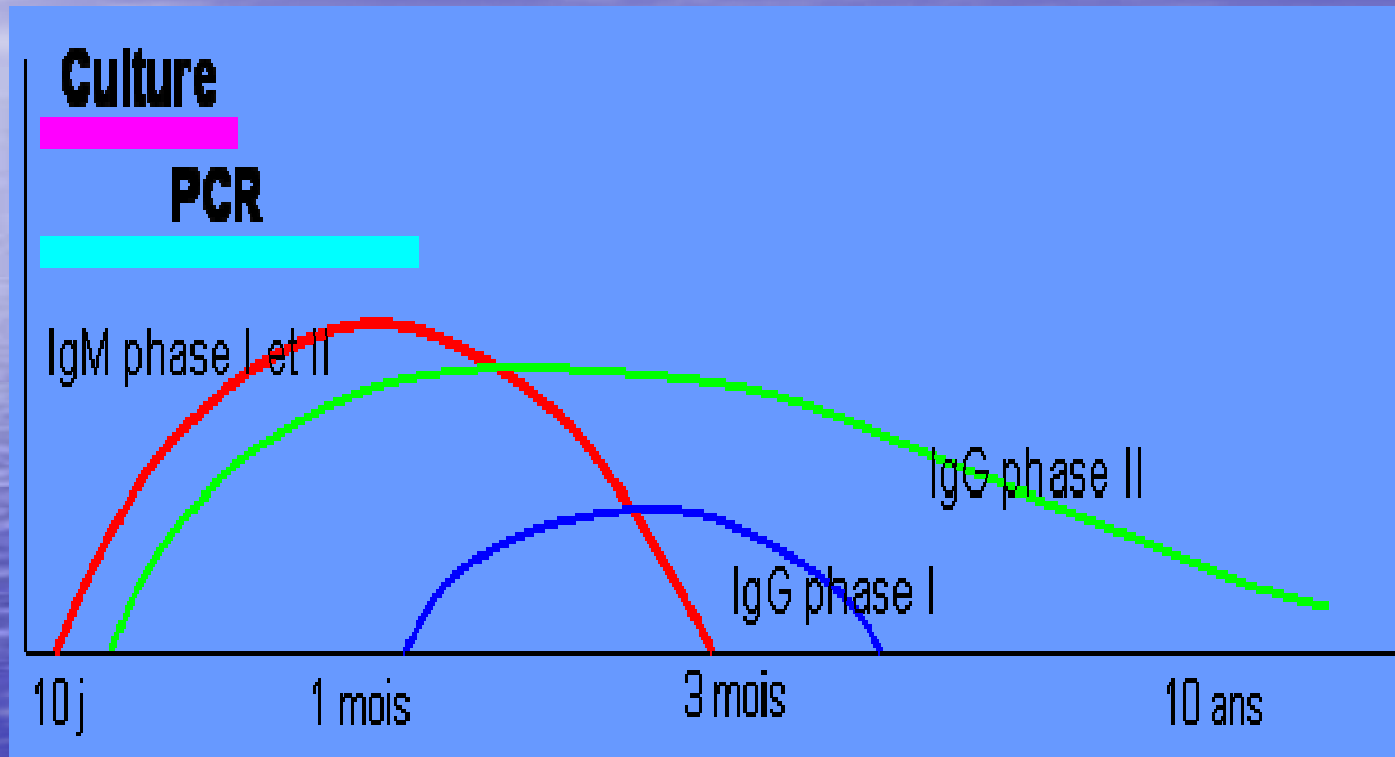
- Période d'incubation de 20j (2 à 3 semaines)
- Seul 4% des patients symptomatiques présente un tableau grave avec hospitalisation
- La primo-infection peut être asymptomatique dans 60% des cas
- Le début est généralement brutal avec fièvre élevée(91%), céphalées(51%), myalgies(37%), arthralgies(27%), toux(34%)

- La présentation clinique varie selon le pays
- La forme fébrile isolée peut s'accompagner de céphalées
- La pneumopathie se rencontre fréquemment en Nouvelle Ecosse, au Pays Basque Espagnol, au Royaume Uni
- L'hépatite est souvent bénigne mais on peut voir un ictère ou une hépatomégalie
- Plus rare : -atteintes neurologique (1%) :
méningite, méningoencéphalite
-atteintes cardiaques (2%), la myocardite représente la 1^{ère} cause de décès

2) La biologie

- Élévation de la VS
- Thrombopénie dans 25% des cas
- Numération le plus souvent normale
- Possible perturbation du bilan hépatique
- C'est la sérologie qui fera le diagnostic
- L'immunofluorescence indirecte est la méthode de référence
- Le diagnostic de fièvre Q aiguë est retenu si le titre d'IgM > 50 et IgG > 200 pour les anticorps de phase 2

- Tableau de cinétique des Anticorps de la Fièvre Q aigue



3) Le traitement

- Traitement antibiotique
- Les cyclines sont le traitement de référence : Doxycycline (Vibramycine)
- Elle est prescrite à la dose de 200mg/jour pendant 2 semaines
- En cas d'allergie la Rifampicine et les Fluoroquinolones peuvent être utilisées

C) La Fièvre Q chronique

1) La clinique

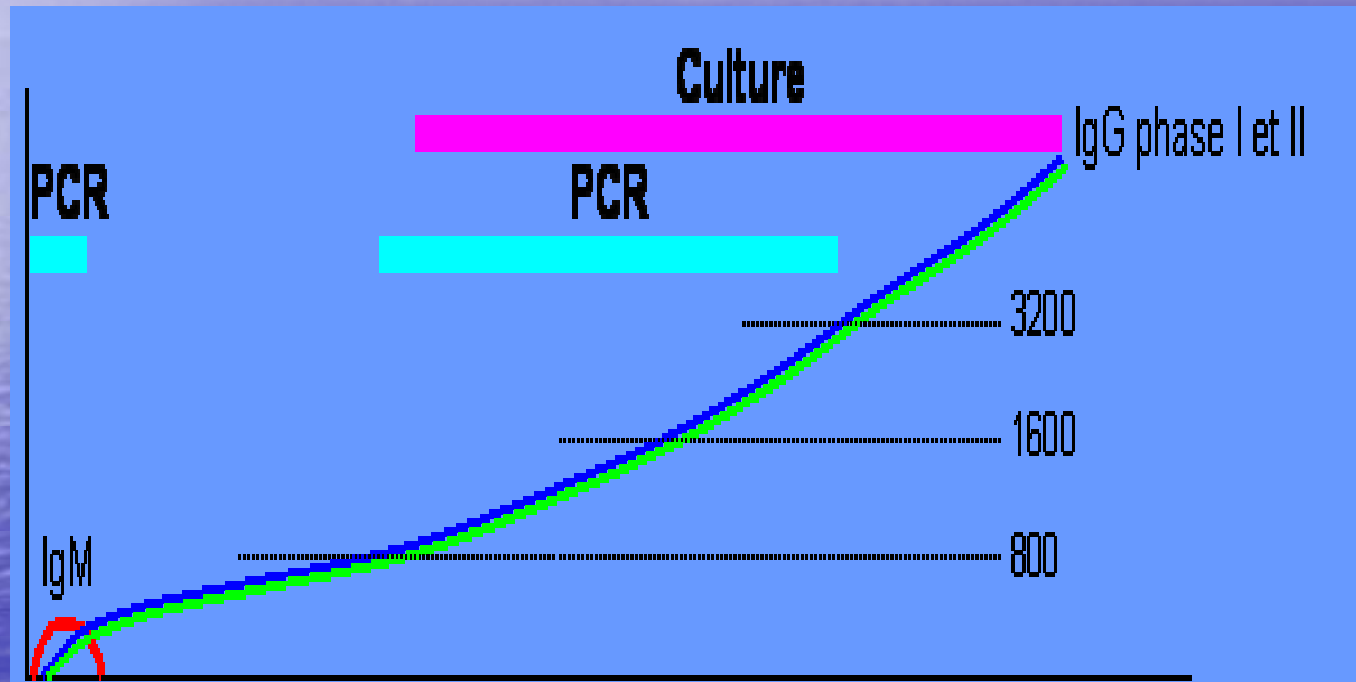
- Chez certains sujets, *Coxiella burnetii* est capable de se multiplier malgré la réponse déclenchée par la primo-infection, qu'elle soit symptomatique ou non
- Sujets à risque, immunodéprimés (VIH, diabète, splénectomie, cancer,...)
- L'hypothèse de variation de virulence en fonction des souches a déjà été évoqué
- Donc lorsque le système immunitaire est incapable de contrôler l'infection, une Fièvre Q chronique peut se développer (2 à 5%)

- La principale manifestation est l'endocardite à hémocultures négatives (dans 90% sur valvulopathies préexistantes)
- L'ETT ne montre des végétations (petites le plus souvent) que dans 15% des cas
- Les autres manifestations sont plus rares : ostéomyélites, hépatites, infections d'anévrisme, fibrose pulmonaire

2) La Biologie

- Comparable à celle de la phase aiguë
- On peut retrouver une VS élevée et une hyperleucocytose
- C'est la cinétique des anticorps qui va confirmer le diagnostic
- élévation du taux IgG

- Tableau de cinétique des Anticorps de la fièvre Q chronique



3) Le Traitement

- Ajout d'un agent alcalinisant comme la chloroquine (Plaquénil), qui restitue le pouvoir bactéricide de la doxycycline en modifiant le pH
- Association chloroquine et doxyxycline pour une durée de 1an et demi à 3 ans
- Examen à la lampe à fente et consultation ophtalmologue réguliers
- Echographie cardiaque et consultation avec le cardiologue de manière semestrielle puis dans les 2 ans après l'arrêt du traitement

4) Prise en charge et spécificité de la médecine générale

4.1) Le Premier recours

- Patient avec une fièvre mal tolérée
- Pas de critère d'hospitalisation
- Prise en charge ambulatoire
- Nous serons donc son interlocuteur principal pour gérer la suite de la prise en charge

4.2) La prise en charge globale

- Dans ce cas de présomption de fièvre Q
- Prescription de Doxycycline pour 15 jours
- Arrêt de travail et repos
- Bilan de contrôle
- Suivi des sérologies

4.3) La coordination des soins

- Les symptômes vont diminuer sous antibiotiques
- Le contrôle biologique du 16/01 montre une nette amélioration, normalisation du taux de plaquette(326 000), électrophorèse normale, CRP à 2,5mg/L
- La sérologie fièvre Q va se positiver avec :
IgG: 1,45 et IgM :8,95
- Sérum envoyé au laboratoire des Rickettsie à Marseille, qui confirmera une fièvre Q aiguë
(IgG1: 100; IgG2:200; IgM1:400; IgM2 :800

4.4) La continuité des soins

- Un contrôle de sérum sera programmé à un mois ou 2
- L'ETT réaliser sera normale
- Le second contrôle de sérum du 10/02 sera similaire cadrant dans le tableau aigu
- Un nouveau sérum de contrôle sera réaliser au mois de Mars
- Appel du labo : le sérum du 02/03 montre une élévation des Anticorps : IgG1 : 800; IgG2 : 1600
- Suspicion de passage en fièvre Q chronique, donc examens complémentaires

- Prescription d'un TDM injecté thoraco abdominal et d'une ETO
- TDM : Pas de foyer infectieux, quelques ganglions infra centimétriques bénins
- ETO : Pas d'endocardite mais présence d'une fuite mitrale minime, qui équivaut dans ce contexte à une valvulopathie.
- Consultation avec le Pr Raoult le 08/04
- Début du traitement par Doxycycline 200mg/J et Plaquénil 200, 3/J
- Traitement pour 12 à 18 mois

4.5) Le rôle d'acteur de santé publique

- Rôle d'explication et information sur une pathologie peu connue
- Modalité de transmission
- Traitement de longue durée
- Difficultés de proposer des examens alors que celui-ci est asymptomatique
- Patient très compliant

5) Conclusion

- Cas d'une infection fréquente pour la région
- Nécessité d'une bonne gestion des soins
- Communication entre le généraliste, le cardiologue et l'infectiologue
- Ainsi le diagnostic, le traitement et la surveillance ont pu être fait de manière efficace par prise en charge multidisciplinaire

6) Bibliographie

1. Raoult D. Q fever : still a mysterious disease. QJM 2002;95:491-492 Marrie TJ, Raoult D. Update on Q fever, including Q fever endocarditis. Curr Clin Top Infect Dis 2002;22:97-124.
- 2 .Raoult D, Tissot-Dupont H, Foucault C, Gouvernet J, Fournier PE, Bernit E, Stein A, Nesri M, Harle JR, Weiller PJ. Q fever 1985-1998. Clinical and epidemiologic features of 1,383 infections. Medicine (Baltimore). 2000 Mar;79(2):109-23.
- 3 .Site Marseille, maladies infectieuses, IFR 48
4. Maladies infectieuses et tropicales, E.Pilly, 19ème Edition