

Quiz FMH 57

Une adolescente de 12 ans vous consulte parce que depuis un bon mois elle présente des épisodes fébriles jusqu'à 40°, des adénopathies cervicales, elle ne se sent pas bien et souffre de céphalées et douleurs lombaires. Elle vit avec ses parents et deux sœurs qui sont tous en bonne santé. Elle a un chat de cinq ans et deux oiseaux. Six mois auparavant elle a été en vacances chez des connaissances dans un ranch au Mexique, où elle a traité des vaches, nourri des cochons et des poules et fait du cheval. Elle a aussi découvert la cuisine locale! La jeune fille se plaint de crampes musculaires, l'examen clinique montre un état fébrile et un état de fatigue, des ganglions cervicaux diffus d'environ 1 cm, indolores, une splénomégalie, la palpation de la région lombaire est douloureuse. Formule sanguine: Leucocytes 4.9 G/l, dont 15% non-segmentés et 31% segmentés, 48% lymphocytes et 6% monocytes. La vitesse de sédimentation est de 70mm/h et la CRP 68 mg/l.

Question

Quel est le diagnostic le plus probable?

- A. Brucellose
- B. Maladie de griffe de chat
- C. Mononucléose EBV
- D. Leptospirose
- E. Toxocarose

Réponse

- A. Brucellose

Commentaire

Nicole Ritz, Bâle

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Le cas décrit dans ce quiz illustre la problématique d'un état fébrile prolongé d'origine inconnue, en anglais «fever of unknown origin» (FUO). Le diagnostic différentiel d'une FUO est très large, établir le bon diagnostic représente donc souvent un défi. Dans environ la moitié des cas de FUO on trouve une cause infectieuse; les maladies inflammatoires et malignes représentent 5% à 10% et dans ¼ des cas aucun diagnostic n'est posé malgré des recherches extensives¹. Une anamnèse minutieuse est importante pour l'établissement du diagnostic. La fillette a fait un voyage au Mexique, une maladie infec-

teuse acquise dans ce pays doit donc être envisagée, et tout particulièrement une maladie suite au contact avec des animaux ou par l'ingestion de nourriture contaminée. Dans ces circonstances il faut donc évoquer une brucellose, leptospirose ou toxocarose. En plus de l'anamnèse, la clinique et les examens biologiques contribuent au diagnostic. La patiente présente des adénopathies cervicales, une splénomégalie et une leucopénie.

La **leptospirose** est une maladie mondialement répandue qui peut occasionner de la fièvre, des céphalées, des myalgies et une hépato-splénomégalie. Les animaux domestiques et sauvages, surtout les souris et les rats, constituent le réservoir principal de leptospires. La transmission à l'homme se fait soit directement par le contact avec l'urine ou le sang d'animaux infectés ou, plus fréquemment, par contact avec de l'eau ou de la terre contaminées. L'anamnèse de patients atteints d'une leptospirose révèle souvent une activité ou un sport liés à l'eau, ce qui n'est pas le cas de notre adolescente.

La forme sévère de la leptospirose (syndrome de Weil), occasionne une fièvre élevée persistante pendant plusieurs semaines et débouche, 2-3 semaines après le début de la maladie, sur une pathologie hépatique avec ictère (bilirubine fortement élevée, transaminases modérément élevées), élément qui fait défaut chez la patiente décrite. Cette forme de leptospirose peut également s'accompagner d'une néphropathie avec hématurie et protéinurie et un taux de créatinine et d'urée plasmatique élevé, allant jusqu'à une insuffisance rénale aiguë. Il existe aussi une forme anictérique de la leptospirose, dont les céphalées rétrobulbaires et la raideur de la nuque sont le maître symptôme. Mais, dans cette forme, la fièvre diminue typiquement après une semaine et ne persistent que des températures subfébriles. Notre patiente par contre a des pics quotidiens jusqu'à 40°.

La **toxocarose** est également une zoonose répandue mondialement, due à une helminthiase du chien (*Toxocara canis*) ou du chat (*Toxocara cati*). Elle peut occasionner fièvre, hépato-splénomégalie et céphalées. L'homme peut s'infecter au contact direct avec des

chiens (plus fréquemment) ou des chats (plus rarement). Mais le plus souvent la transmission se fait par de la terre contaminée par des crottes de chien ou de chat (p.ex. bacs à sable), raison pour laquelle les petits enfants sont typiquement touchés. La formule sanguine présente fréquemment une éosinophilie, ce qui n'est pas le cas chez la patiente décrite ici.

La **brucellose** est une zoonose devenue rare dans de nombreux pays d'Europe centrale et septentrionale. Dans certaines régions du Mexique, en Amérique centrale et du sud, dans la région méditerranéenne, au Moyen Orient et dans le subcontinent indien, cette maladie est toujours fréquente, avec un nombre estimé à un million de cas par année. De nombreux animaux peuvent servir de réservoir: chèvres, moutons, bovins, cochons, lapins, chiens et animaux sauvages, p.ex. les sangliers. L'homme s'infecte par contact direct avec un animal infecté (surtout paysans, vétérinaires, trayeurs, bouchers aux abattoirs) ou par ingestion d'aliments contaminés, surtout lait ou produits laitiers pasteurisés de vache ou de chèvre.

La brucellose débute souvent par de la fièvre, des sueurs nocturnes, des myalgies et céphalées. De nombreux autres symptômes sont décrits: splénomégalie, hépatomégalie, lymphadénite, méningite/encéphalite, uvéite et endocardite. L'arthrite ou l'ostéomyélite sont les formes localisées les plus fréquentes de la maladie. Chez le petit enfant la hanche et le genou sont plutôt atteints, chez l'adulte on rencontre plutôt la sacro-iliite ou la spondylite². Ici la description clinique correspond bien à une brucellose: voyage au Mexique, ingestion d'aliments potentiellement contaminés, fièvre quotidienne, splénomégalie et adénopathies et des douleurs lombaires évoquant une infection avec atteinte ostéo-articulaire.

En présence d'une FUO il est judicieux d'évoquer aussi dans le diagnostic différentiel, malgré la notion anamnétique d'un voyage à l'étranger, des maladies acquises en Suisse. La bartonellose (maladie de la griffe du chat) est une maladie transmise surtout par les chats (rarement les chiens). Typiquement l'anamnèse révèle une griffure ou morsure par un jeune chat. Notre patiente a un chat de 5 ans, ce qui rend une bartonellose improbable sans pourtant l'exclure entièrement. L'infection avec *Bartonella henselae* occasionne

généralement une lymphadénite du ganglion drainant la région de la lésion cutanée. En examinant soigneusement on constate souvent, à l'endroit de l'infection primaire, une petite papule. Les symptômes systémiques, comme une fièvre élevée prolongée et l'hépatosplénomégalie sont rares et reflètent une bartonellose disséminée; cette forme apparaît surtout chez les patients immunodéficients.

L'infection par le virus Epstein-Barr peut également occasionner une fièvre prolongée. C'est la seule maladie à transmission interhumaine de la liste de diagnostics différentiels évoqués dans la question. Chez l'adolescent immunocompétent on constate initialement typiquement une mononucléose infectieuse aiguë avec fièvre élevée, amygdalite et adénopathies cervicales, ce qui n'est pas le cas chez notre patiente. La formule sanguine montrerait plutôt une leucocytose avec, au stade aigu, une lymphocytose et un taux élevé (> 10%) de lymphocytes atypiques (cellules de Pfeiffer).

Attitude pratique

La brucellose est une maladie qui en Suisse doit obligatoirement être signalée aux autorités compétentes; le signalement doit parvenir à L'OFSP dans la semaine après que le diagnostic ait été posé. Cette maladie est devenue très rare dans nos contrées; pendant les 10 dernières années n'ont été signalés que 63 cas (1 à 11 par année), dont seulement 3 (5%) étaient des enfants en dessous de 15 ans. En Suisse on considère les cheptels (chèvres, moutons, vaches et cochons) depuis longtemps comme étant exempts de brucellose. Le diagnostic de brucellose est confirmé par la culture de brucelles (*B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis* ou *B. canis*) à partir de sang, moelle osseuse ou d'un autre tissu. La sensibilité de la culture varie selon les publications de 15% à 70%³⁾. Depuis peu certains centres proposent un diagnostic moléculaire par PCR. Lors d'infection par brucelles on peut mettre en évidence après une semaine des IgM et plus tard des IgG spécifiques.

Le traitement de la brucellose devrait se faire impérativement en collaboration avec un centre d'infectiologie pédiatrique. Les rechutes après une monothérapie sont fréquentes, raison pour laquelle on conseille actuellement un traitement combiné³⁾. Les tétracyclines sont l'agent le plus efficace

contre les brucelles; pour les enfants au dessus de 9 ans on conseille donc le traitement suivant: doxycycline 2-4 mg/kg/jour en 2 doses plus rifampicine 20 mg/kg/jour en une dose unique. La doxycycline est déconseillée pour les enfants en dessous de 9 ans, on a donc recours à triméthoprim (TMP)-sulfaméthoxazole (SMX), TMP 10 mg/kg/jour et SMX 50 mg/kg/jour en 2 doses, plus rifampicine 20 mg/kg/jour en une dose unique²⁾. La durée du traitement est d'au moins 6 semaines, il sera prolongé de plusieurs mois selon l'organe atteint.

Références

- 1) Ritz N. Fever without focus and fever of unknown origin in childhood. Praxis (Bern 1994), 2013. 102 (3): 157-64.
- 2) Young E. Brucellosis, in Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases 2014, Saunders: 1611-1615.e3.
- 3) H-I Huppertz, R Bialek. Brucellose, in DGPI Handbuch: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen 2013, Thieme: 178-180.

Correspondance

Dr. med. Nicole Ritz
 Fachärztin für Pädiatrie und Infektiologie
 Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB)
 Spitalstrasse 33
 CH-4031 Basel
nicole.ritz@ukbb.ch

