

Un safari avec des animaux indésirables

De retour de voyage avec une escarre

Dr méd. Sven Frick^a, Dr méd. Alexander Schweiger^a, Prof. Dr méd. Michael Bodmer^{a,b}

^aZuger Kantonsspital, Baar

^bPharmacoepidemiology Unit, Universitätsspital Basel

Présentation du cas

Une patiente âgée de 52 ans s'est présentée dans notre service des urgences. Elle se plaignait de températures subfébriles, d'une sensation générale de maladie ainsi que de légers frissons persistant depuis quelques jours. Elle était revenue la veille d'un safari dans l'est de l'Afrique du Sud (région du parc national Kruger, Blyde River Canyon). Sur place, elle s'était fait piquer par un insecte inconnu sur la face latérale de la cuisse droite il y a dix jours. Après trois jours, la patiente avait remarqué une rougeur et un gonflement au niveau du site de la piqûre, et les symptômes mentionnés ci-dessus ont débuté consécutivement. D'après elle, les autres membres du groupe de voyage n'ont pas remarqué de symptômes similaires. Il n'y a pas eu de vaccinations spécifiques pour ce voyage. La patiente était vaccinée contre l'hépatite A, mais pas contre l'hépatite B. A l'exception de selles pâteuses, le reste de l'anamnèse était normal depuis le début du voyage. La patiente ne présentait pas de comorbidités et elle a déclaré ne pas prendre de médicaments lorsqu'elle a été interrogée.

Sur le plan clinique, la patiente était afébrile et ses paramètres vitaux étaient normaux. Au niveau de la face

latérale du genou droit, il y avait une croûte marron foncée à noire entourée d'une rougeur s'estompant en direction centrifuge (fig. 1). Une lymphadénopathie inguinale indolore a également été notée. Le reste de l'examen physique était sans particularités.

Les analyses de laboratoire ont montré une légère leucopénie (3,4 G/l), ainsi que de légères augmentations de la protéine C réactive (CRP, 17 mg/l), de l'ALAT (53 U/l), de l'ASAT (45 U/l), des γ GT (161 U/l) et de la phosphatase alcaline (105 U/l), avec une valeur normale de bilirubine (6 μ mol/l).

Face à une suspicion clinique de fièvre boutonneuse africaine, un traitement antimicrobien par doxycycline orale a été administré pendant sept jours. La sérologie des rickettsies (immunofluorescence pour *Rickettsia [R.] mooseri* avec recherche concomitante non spécifique de *R. africae*) était initialement normale (titres des IgG et IgM <1:64), mais trois semaines après la piqûre, une nette augmentation du titre des IgM (1:256) ainsi qu'une légère augmentation du titre des IgG (1:64) ont été constatées. Cette constellation sérologique a confirmé le diagnostic de suspicion d'une rickettsiose de type fièvre boutonneuse, rendant ainsi très probable l'hypothèse d'une infection par *R. afri-*



Sven Frick



Figure 1: Escarre sur la face latérale du genou droit chez une patiente revenant d'un voyage en Afrique du Sud.

cae, qui est la cause la plus fréquente de fièvre boutonneuse africaine.

Lors de la deuxième consultation, la patiente a rapporté que les symptômes ainsi que la lésion cutanée au niveau de la jambe avaient complètement disparu quatre jours après le début du traitement par doxycycline. Elle n'a jamais remarqué d'autre éruption cutanée. Les valeurs hépatiques avaient complètement régressé par la suite.

Discussion

La fièvre boutonneuse africaine (ou fièvre à tique africaine) est une maladie causée par *Rickettsia africae*. Il s'agit de la rickettsiose la plus fréquente en médecine du voyage.

Les rickettsioses sont classées en trois groupes sur la base de leurs caractéristiques sérologiques et biomoléculaires. La fièvre boutonneuse africaine est une rickettsiose du groupe des fièvres à tique («spotted fever group»), auquel appartiennent notamment aussi la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses (*R. rickettsii*) et la fièvre boutonneuse méditerranéenne (*R. conorii*). Les autres groupes sont le groupe des typhus («typhus group») et le groupe des typhus des broussailles («scrub typhus group»). Sauf indication contraire, les informations suivantes se rapportent à la fièvre boutonneuse africaine, certains aspects pouvant néanmoins s'appliquer aux autres rickettsioses.

R. africae est une bactérie transmise par les tiques, qui est endémique dans le Sud de l'Afrique et dans l'Est des Caraïbes. Les facteurs de risque d'exposition sont notamment les safaris [1]. L'affection se manifeste par une légère sensation de maladie avec des céphalées, une fièvre et des douleurs musculaires. Dans la moitié des cas, un léger exanthème vésiculeux ou maculo-papuleux survient également. La présence d'une escarre, qui survient dans jusqu'à 95% des cas, est cependant indicative du diagnostic [2]. Il s'agit d'une lésion cutanée avec nécrose centrale au niveau du site de la piqûre.

Cette lésion cutanée survient en tant que manifestation de piqûres de tiques agressives, parfois à plusieurs endroits, ce qui est typique de la fièvre boutonneuse africaine. En revanche, seule une escarre survient généralement pour les autres rickettsioses. Les analyses de laboratoire montrent seulement des anomalies discrètes, telles qu'une faible anémie, leucocytopenie, thrombocytopenie ou hyponatrémie, ainsi qu'une augmentation des valeurs rénales et hépatiques. Les rickettsies peuvent être mises en évidence par réaction de polymérisation en chaîne (PCR) ou immunofluorescence. En règle générale, les anticorps spécifiques ne sont détectables qu'après trois semaines. Les examens sérologiques de routine ne permettent pas de faire la distinction entre les différentes espèces en raison d'une réactivité croisée due à la parenté antigénique étroite entre les espèces de rickettsies des différents groupes. Toutes les rickettsioses sont traitées par doxycycline orale à la dose de 2x100 mg pendant 7–10 jours. La fièvre boutonneuse africaine a généralement une évolution légère. Des évolutions sévères peuvent toutefois survenir, notamment chez les patients âgés [3]. La fièvre boutonneuse méditerranéenne, à prendre en compte lors du diagnostic différentiel, peut également avoir une évolution considérablement plus sévère et même parfois fatale [4]. Il convient en conséquence d'initier rapidement un traitement.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Ericsson CD, Jensenius M, Fournier P, Raoult D. Rickettsioses and the International Traveler. Clin Infect Dis. 2004;39(10):1493–9.
- 2 Raoult D, Fournier PE, Fenollar F, Jensenius M, Prioe T, de Pina JJ, et al. Rickettsia africae, a tick-borne pathogen in travelers to sub-Saharan Africa. N Engl J Med. 2001;344:1504–10.
- 3 Roch N, Epaulard O, Pelloux I, Pavese P, Brion J, Raoult D, et al. African Tick Bite Fever in Elderly Patients: 8 Cases in French Tourists Returning from South Africa. Clin Infect Dis. 2008;1;47(3):e28–35.
- 4 Rovey C, Brouqui P, Raoult D. Questions on Mediterranean spotted fever a century after its discovery. Emerg Infect Dis. 2008;14(9):1360–7.

Correspondance:
Prof. Dr méd.
Michael Bodmer
Zuger Kantonsspital
Landhausstrasse 11
CH-6340 Baar
michel.bodmer[at]zjgks.ch