

Tutorat 2009-2010- Troisième semaine. Maladies bactériennes

Je vous propose une révision des **maladies bactériennes** traitées en novembre-décembre 2009.

Diarrhées infectieuses

Un sujet sur les diarrhées infectieuses peut être posé sans que l'étiologie de la diarrhée soit précisée. Ce sujet a d'ailleurs été posé en octobre 2005. Les problèmes à résoudre sont la recherche d'une déshydratation, la recherche de l'étiologie, la recherche d'une malnutrition protéino-énergétique. Il y a sur le site un cours sur la déshydratation du nourrisson (09/05/2007) et un cas clinique (11/08/2005). Une déshydratation du nourrisson a été posée en octobre 2007.

Devant une diarrhée infectieuse aiguë de l'enfant, une déshydratation doit être recherchée, la réhydratation devant être mise en œuvre au plus tôt, la recherche étiologique est faite secondairement, elle est souvent d'ailleurs négative. Compte tenu de la fréquence des étiologies bactériennes en zones tropicales, une antibiothérapie est à discuter, elle est souvent nécessaire (enfant malnutri, fébrile, diarrhée invasive...). Quant à la recherche d'une malnutrition protéino-énergétique, elle est impérative. Elle impose une renutrition précoce, l'alimentation normale ne devant pas être interrompue pendant plus de 4 à 6 heures après le début de la réhydratation. L'allaitement doit également être poursuivi. Toute diarrhée infectieuse chez un enfant en pays tropical comporte, quelle qu'en soit la cause, le risque d'installation à distance d'une malnutrition protéino-énergétique.

La prévention repose sur d'indispensables mesures d'hygiène et, actuellement, dans de nombreux pays sur la vaccination contre les rotavirus.

Choléra

Un cas clinique de choléra a été posé en mai 2002 dans le cadre d'une mission humanitaire dans un camp de choléra aux Comores. Le cas clinique sur le site est un cas individuel, compliqué d'un syndrome de Lyell après prise de cotrimoxazole. Il ne sera à l'évidence pas posé sous cette forme. Le choléra peut être posé en cas clinique individuel ou collectif. Si c'est un cas clinique collectif, il traitera de la prise en charge de nombreux cholériques dans un Centre de traitement du choléra.

Le choléra pose un problème de traitement curatif et préventif. La prise unique de doxycycline en traitement (et non en prévention) est admise chez l'enfant et la femme enceinte. La prévention collective est basée sur la vaccination anticholérique en situation de crise en complément des mesures préventives classiques. Cependant, l'OMS ne pense pas qu'une généralisation de la vaccination soit réalisable, car elle lui trouve trop d'inconvénients : nécessité de deux doses (Dukoral®), péremption courte, prix élevé et obligation d'une chaîne de froid de qualité. Au cours de l'épidémie du choléra au Zimbabwe en 2008, l'OMS n'a recommandé ni la vaccination anticholérique après le départ d'une flambée, ni la restriction aux voyages ou au commerce à destination ou en provenance des zones affectées pour lutter contre la propagation du choléra. Quant à la chimioprophylaxie de masse, elle est fortement déconseillée, car elle n'a aucune action sur la propagation du choléra et peut avoir des effets indésirables en renforçant les résistances aux antibiotiques.

Shigelloses

Un cas clinique de shigellose a été posé en octobre 2008. Le diagnostic était donné dans l'observation par la coproculture. Le cours sur les shigelloses a été mis à jour le 21/09/2008 dans le but de mieux séparer la forme endémique due à *Shigella flexnerii* et la forme épidémique due à *S. dysenteriae*. De plus, la mise au point de tests de diagnostic rapides sur bandelettes pour *S. flexneri 2a* est une avancée pour un diagnostic rapide de la maladie dans sa forme endémique. Il faut discuter le traitement antibiotique, compte-tenu des résistances des shigelles aux antibiotiques. Aucun vaccin n'est actuellement disponible.

Peste

Un cas de peste bubonique a été posé en décembre 2001, cas classique chez un jeune malgache des Hauts Plateaux. C'est le problème du diagnostic clinique et biologique (test de diagnostic rapide sur bandelettes en l'absence d'autre test de confirmation) et du traitement, la streptomycine étant le médicament toujours recommandé. La prophylaxie repose sur l'isolement, la désinfection du logement, la chimioprophylaxie des sujets contacts, obligatoire en cas de peste pulmonaire, la lutte antiréservoir et antivectorielle combinée.

Des cas de peste sont rapportés tous les ans à Madagascar sur les Hautes Terres.

Leptospiroses

Un cas de leptospirose grave chez un Réunionnais a été posé en juin 2004. Un cas identique est sur le site. Le cours a été revu le 21/09/2008 afin de préciser les techniques du diagnostic biologique. Le test de microagglutination est le test de référence. La positivité est souvent tardive, les anticorps agglutinants n'étant détectables qu'à partir du 8^{ème} jour. D'où l'intérêt des techniques d'amplification génique (PCR et RT-PCR) qu'il faut demander si l'observation posée est "réunionnaise".

Ulcère de Buruli

Il y a un cas clinique sur le site, décrit chez un jeune homme ivoirien. Le tableau des principaux ulcères tropicaux est donné pour mémoire. Ce qu'il faut retenir : les éléments du diagnostic, l'OMS recommandant au moins 2 examens positifs sur les 4 proposés : Ziehl-Nelsen, culture, PCR, histologie. Le cas clinique posé en mai 2008, chez une fillette du Bénin, était au stade ulcératif (une photographie était jointe). Le traitement doit être précisé : médical ou médico-chirurgical; ainsi que la prévention, qui repose sur les modes de transmission (écosystème aquatique).

Le cours a été mis à jour le 14/10/2009. Il intègre la classification (OMS. Ulcère de Buruli : rapport de situation 2004-2008. *REH*, 2008, 83, 145-156). Je vous rappelle cette classification qui classe les lésions de l'UB en trois catégories et contribue à la conduite thérapeutique :

- catégorie I : une lésion unique de < 5 cm de diamètre pouvant guérir complètement avec le traitement antibiotique,
- catégorie II : lésion unique de 5 à 15 cm de diamètre, pouvant guérir complètement avec le traitement antibiotique,
- catégorie III : lésion unique de > 15 cm de diamètre, lésions multiples, une ou plusieurs lésions sur des localisations critiques (œil, sein, organes génitaux) et une ostéomyélite, nécessitant le recours à la chirurgie (excision, greffe cutanée ou amputation dans les cas graves).

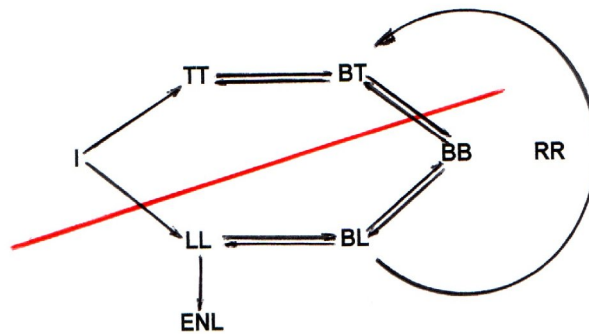
Le traitement médical de l'UB associe une biantibiothérapie à tous les stades de la maladie pendant 4 à 8 semaines. Il entraîne la guérison des lésions précoces, une stabilisation ou une régression des lésions anciennes permettant une exérèse chirurgicale moins délabrante.

Lèpre

Si le nombre de cas de lèpre dépistés dans le monde est en recul depuis 2000 et si la prévalence de la lèpre est actuellement inférieur à 1/10 000 dans de nombreux pays en développement (y compris à Madagascar depuis 2007), la lèpre reste cependant un problème de santé publique sous les tropiques. Il faut donc bien la connaître et pour cela bien comprendre la classification de la lèpre selon Ridley et Jopling. C'est pourquoi, je vous rappelle cette classification dans le schéma ci-dessous.

CLASSIFICATION de RIDLEY et JOPLING

1. FORMES PAUCIBACILLAIRES



2. FORMES MULTIBACILLAIRES

La barre en rouge sépare les formes paucibacillaires (indéterminée, tuberculoïde, borderline tuberculoïde) et les formes multibacillaires (lépromateuse, borderline lépromateuse, borderline). L'érythème noueux lépreux ou réaction de type 2 survient uniquement chez le lépreux lépromateux LL, la réaction Reverse ou réaction de type 1 est due à une modification de l'immunité cellulaire : c'est le passage d'une lèpre borderline BL ou BB vers une lèpre BT chez un malade qui "récupère" en partie son immunité.

Le tableau ci-dessous résume les différentes formes de lèpre à partir de la clinique, de la biologie (retenir la présence ou non de bacilles de Hansen), de l'histopathologie (examen d'une biopsie cutanée avec examen histologique et recherche de bacilles de Hansen). La réaction de Mitsuda ne se pratique plus.

FORME DE LÈPRE	TT	BT	BB	BL	LL
CLINIQUE					
signes généraux	-	-	-	±	+
— cutanés					
— muqueux	-	-	+	+++	+++
— nerveux	+++	+++	+	+	+
— viscéraux	-	-	+	+++	+++
BACILLE DE HANSEN					
• présence	-	±	+	+++	+++
• Globi	-	-	-	-	+
IMMUNOLOGIE					
IDR de Mitsuda	+	±	-	-	-
BIOPSIE (peau)					
- HISTOLOGIE	infiltrat tuberculoïde	infiltrat tuberculoïde ⊕ bande de UNNA	infiltrat mixte	infiltrat lépromateux	LLs : infiltrat lépromateux LLp : infiltrat lépromateux ⊕ cellules de VIRCHOW
- BACILLE DE HANSEN					
• présence	-	±	+	+++	+++
• Globi	-	-	-	-	+++

Tableau I : Différentes formes de lèpre.

Il y a sur le site trois cas cliniques sur la lèpre : **lèpre tuberculoïde TT**, **réaction reverse**, **érythème noueux lépreux**. La lèpre TT a été posée en juin 2005, l'ENL en mai 2007.

Si on vous demande le traitement de la lèpre, restez classique : rifampicine, sulfones, clofazimine pour les lèpres multibacillaires LL, BL, BB pendant 12 mois; rifampicine, sulfones pour les lèpres paucibacillaires I, TT, BT pendant 6 mois.

Tétanos néo-natal

Le cas clinique sur le site est un **tétanos ombilical**. C'est un cas clinique classique qui serait posé avec une photographie du petit malade. Il faut connaître la classification internationale de Dakar, les buts et les mesures thérapeutiques à prendre. La prévention est basée sur la vaccination des femmes, enceintes ou non, en âge de procréer.

Charbon (Anthrax)

Il y a un cas clinique sur le site. Ce cas clinique est un cas classique d'œdème malin charbonneux Il serait posé sous cette forme avec une photographie de la lésion.

Le 17/01/2010.

N'hésitez pas à me demander des explications.

Professeur Pierre Aubry
aubry.pierre@wanadoo.fr