

K .Rekik¹, M.Koubaa¹, K. Sellami¹, A. Znazen², C. Marrakchi¹, A. Hammami¹, M.Ben Jemaa¹

1. Service des Maladies infectieuses. CHU Hédi chaker de Sfax

2. Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

INTRODUCTION

- La fièvre Q est une zoonose ubiquitaire causée par *Coxiella burnetii* et responsable de manifestations cliniques aiguës et chroniques.
- Les signes cliniques ainsi que biologiques ne sont non spécifiques.
- Le but de notre travail était de préciser les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de la fièvre Q.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

- Etude rétrospective: Janvier 1996 - décembre 2014.
- Service des maladies infectieuses de l'hôpital universitaire Hédi Chaker de Sfax - Tunisie.
- Inclusion: les patients hospitalisés pour une fièvre Q aigue confirmée par la sérologie (IFI) durant la période d'étude.

RÉSULTATS

- N = 72 cas
- Age moyen = 36,5 ± 14,2 ans
- Sexe ratio H/F = 4,14 (58 hommes et 14 femmes)
- Facteurs de risque: 32% des cas avaient au moins un facteur d'exposition, essentiellement un contact avec les moutons dans 10 cas (13,9%)
- Origine géographique: (Figure 1)



Figure 1: Répartition géographique des cas de fièvre Q aigue

- Délai moyen d'hospitalisation: 15 ± 3 jours.
- Signes cliniques: (Tableau I)

Tableau I: Les signes cliniques de la fièvre Q aigue

	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Fièvre	68	94,4
Toux	36	50
Frissons	35	48,6
Céphalées	34	47,2
Asthénie	27	37,5
Râles crépitants	23	31,9
Arthromyalgies	18	25
Sueurs	15	20,8
Symptômes gastro-intestinaux	15	20,8
Raideur de la nuque	5	6,9

- Manifestations biologiques: (Tableau II)

Tableau II: Signes biologiques de la fièvre Q aigue

	Nombre (n)	Pourcentage (%)
GB (El/mm ³)		
> 10 000	20	27,7
< 4000	3	4,1
Plq <150 000 (El/mm ³)	19	26,3
Hb < 12 (g/dL)	15	20,8
VS à H, > 30 (mm)	41	56,9
CRP > 5 (mg/L)	37	51,3
ASAT > 40 (UI/L)	35	48,6
ALAT > 40 (UI/L)	32	44,4

- Entités cliniques: (Figure 2)

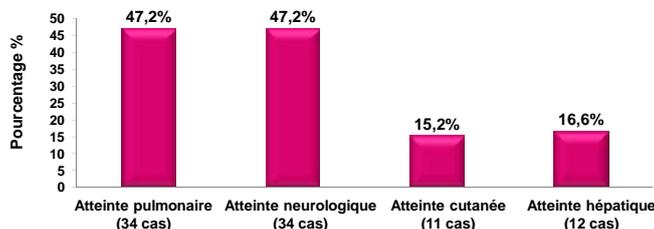


Figure 2: Les principaux tableaux cliniques au cours de fièvre Q aigue

Traitement:

- Une antibiothérapie active sur *Coxiella burnetii* était prescrite de première intention dans 47 cas (65%).
- Evolution: favorable dans tous les cas.
- Séquelles: Quatre patients avaient gardé une asthénie résiduelle.

DISCUSSION

- La fièvre Q est une anthroponose dont la transmission se fait principalement par inhalation d'aérosol provenant de sécrétions d'animaux contaminés ou par les produits de parturition (placentas) et par la laine contaminée.
- Les principaux facteurs de risque de cette pathologie sont:
 - le contact avec des animaux infectés lors de leur gestation
 - la vie en milieu rural
 - l'ingestion de lait cru ou de fromage à base de lait cru
 - l'exposition professionnelle (abattoirs, laboratoires, vétérinaires).
- Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont [1]:
 - un syndrome pseudo grippal
 - une pneumopathie aiguë communautaire
 - une atteinte hépatique
- La pneumonie aiguë communautaire associe une fièvre, une toux sèche et des anomalies auscultatoires minimes. Des épanchements pleuraux ainsi que des tableaux plus graves avec une détresse respiratoire aigue sont également possibles [2].
- L'atteinte hépatique associe une fièvre, une hépatomégalie douloureuse et rarement un ictère.
- A ce tableau clinique s'ajoutent une élévation modérée des transaminase et un aspect anatomopathologique caractéristique [3].
- D'autres manifestations plus rares, neurologiques, cardiaques et/ou cutanées ont été décrites lors de la fièvre Q aiguë.
- L'atteinte neurologique revêt plusieurs aspects [3]:
 - des formes centrales avec une méningite lymphocytaire normoglycorachique associée ou non à une encéphalite.
 - les convulsions, (voire même un état de mal épileptique)
 - les troubles cognitifs
 - les manifestations neuro-oculaires peuvent être rapportées [4].
- Le diagnostic de la fièvre Q se base sur la sérologie dont l'examen de référence est l'immunofluorescence (IFA) avec la titration des anticorps IgG, IgM et IgA dirigés contre les antigènes de phase I et les antigènes de phase II.
- L'association d'IgG de phase II 200 et d'IgM de phase II 50 est en faveur du diagnostic de fièvre Q aiguë.
- Le traitement se base sur les cyclines ± l'hydroxychloroquine.

CONCLUSION

Coxiella burnetii est responsable d'une grande variété de manifestations pulmonaires et extra-pulmonaires. Nous soulignons l'utilité de l'enquête sérologique face à un contexte clinique et épidémiologique évocateur.

[1] Botelho-Nevers E, Fournier PE, Richet H, et al. *Coxiella burnetii* infection of aortic aneurysms or vascular grafts : report of 30 new cases and evaluation of outcome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2007; 26(9):635-40.
 [2] Mahamat A, Edouard S, Demar M, et al. Unique clone of *Coxiella burnetii* causing severe Q fever, French Guiana. Emerg Infect Dis 2013; 19(7):1102-4.
 [3] Million M, Lepidi H, Raoult D. Q fever: current diagnosis and treatment options. Med Mal Infect 2009 ;39(2):82-94.
 [4] Shaked Y, Samra Y. Q fever meningoencephalitis associated with bilateral abducens nerve paralysis, bilateral optic neuritis and abnormal cerebrospinal fluid findings. Infection 1989 ;17(6):394-5.