

Rickettsiose Auvergnate: Attention au syndrome d'activation macrophagique !

- Thibaut, LEVEQUE, interne, Médecine interne, CH Jacques Lacarin, Vichy, FRANCE
- Marie, BERTHOMIER, interne, maladies infectieuses, CHU Gabriel Montpied, Clermont Ferrand, France
- Florence, GOURDON, maladies infectieuses, CH Jacques Lacarin, Vichy, FRANCE
- Loic, DOPEUX, Réanimation, CH Jacques Lacarin, Vichy, FRANCE
- Marion, Hermet, Médecine interne, CH Jacques Lacarin, Vichy, FRANCE



Introduction

La rickettsiose est une infection répandue dans le monde. La fièvre boutonneuse méditerranéenne est une infection due à une bactérie intra-cellulaire : *Rickettsia Conorii* habituellement transmise par la tique du chien *Rhipicephalus sanguineus* surtout pendant le printemps et l'été.

Les récentes modifications climatiques provoquent un bouleversement dans la répartition des vecteurs zoonotiques. Du fait du réchauffement, ces derniers se déplacent plus au Nord qu'auparavant sur le pourtour méditerranéen, il en résulte une incidence géographique nouvelle des zoonoses comme c'est le cas concernant la Rickettsiose [rapport d'activité 2021 IHU Marseille CNR Rickettsiose].

Nous rapportons le cas d'un patient vivant en Auvergne ayant présenté une infection à *R. Conorii* dans une forme grave compliquée d'un SAM.

Matériels et Méthodes

Il s'agissait d'un patient de 84ans, vivant en Auvergne, avec un antécédent de myélome IgG Kappa en abstention thérapeutique consultant pour un tableau pseudo-grippal évoluant depuis 5 jours. Il présentait une profonde altération de son état général fébrile (jusqu'à 40°C), un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 270mg/L, une Hémoglobine à 13,5g/dL, des Leucocytes à 5,83G/L avec une Lymphopénie à 0,43G/L, une éosinopénie ainsi qu'une perturbation du bilan hépatique à type de cholestase anictérique et d'une cytolyse à trois fois la norme prédominant sur les ASAT sans perturbation du bilan de coagulation.

L'échographie abdominale en urgence éliminait un obstacle sur les voies biliaires.

L'examen clinique retrouvait outre une fièvre, une escarre d'inoculation au niveau dorsal (Fig 1), une éruption maculo-papuleuse diffuse et une désorientation temporo spatiale inhabituelle.

L'anamnèse permettait de retrouver un séjour récent dans le sud de la France sur le pourtour de la Méditerranée et le patient possédait de plus un chien.

Un traitement empirique par DOXYCYCLINE était débuté dans l'hypothèse d'une pathologie d'inoculation du spectre des Rickettsies. Devant la persistance de la fièvre et l'apparition d'une thrombopénie (57 G/L), d'une hypertriglycéridémie (5,03 g/L) et d'une hyperferritinémie (11000 µg/L) un syndrome d'activation macrophagique (SAM) était évoqué justifiant la mise en place d'un traitement par ETOPOSIDE en association à la DOXYCYCLINE et d'une surveillance en milieu réanimatoire.

La ponction lombaire réalisée devant des troubles de vigilance n'était pas en faveur d'une méningite.

Résultats

La sérologie *Rickettsia Conorii* initialement négative à l'admission était contrôlée à J17 et s'avérait positive en IgM et négative en IgG, sérologie confirmée au Centre National de Référence. L'évolution du patient était finalement favorable.

Discussion

Bien que la plupart des infections à Rickettsies restent bénignes, près de 10 % des cas présentent des signes de gravité [1].

Les étiologies infectieuses sont en cause dans plus de 50% des SAM au premier rang desquelles les étiologies virales prédominent et au sein des causes bactériennes, les rickettsioses ne sont que très rarement rapportées.

Moins de 20 cas de SAM associés à une Rickettsiose ont été décrit [2]. Le pronostic semble dépendre du délai diagnostique, de la mise en place précoce de l'antibiothérapie ainsi que du type de Rickettsies impliquées et reste bien meilleur que lorsque les SAM sont secondaires à une pathologies lymphoïde maligne [3].

Une immunodépression sous-jacente doit être systématiquement recherchée chez les patients développant un SAM dans un contexte infectieux. Toutefois, dans les cas rapportés de la littérature, cette immunodépression est le plus souvent absente [3].

Conclusion

Ce cas démontre l'intérêt d'un examen clinique soigneux, associé à une anamnèse rigoureuse afin d'évoquer une pathologie d'inoculation même quand le lieu de résidence du patient n'est pas un réservoir classiquement décrit pour cette pathologie.

Cette observation souligne également l'existence de formes graves de Rickettsioses susceptibles de grever le pronostic vital en l'absence de traitement adéquat.

Références bibliographiques :

- [1]. Ghezala HB, Feriani N. Late diagnosis of fatal invasive rickettsial disease in the Intensive Care Unit. Pan Afr Med J. 2016; 6:25.
- [2]. Bertrand A-S, Fondai M, Rullier P, Fontaine C, Guillot B. Haemophagocytic syndrome secondary to Mediterranean spotted fever. Ann Dermatol Venereol. 2018;145:516-520.
- [3]. Lecronier M, Prendki V, Guerin M, Schneerson M, Renvoisé A et al. Int J Infect Dis.2013;17:629-33.

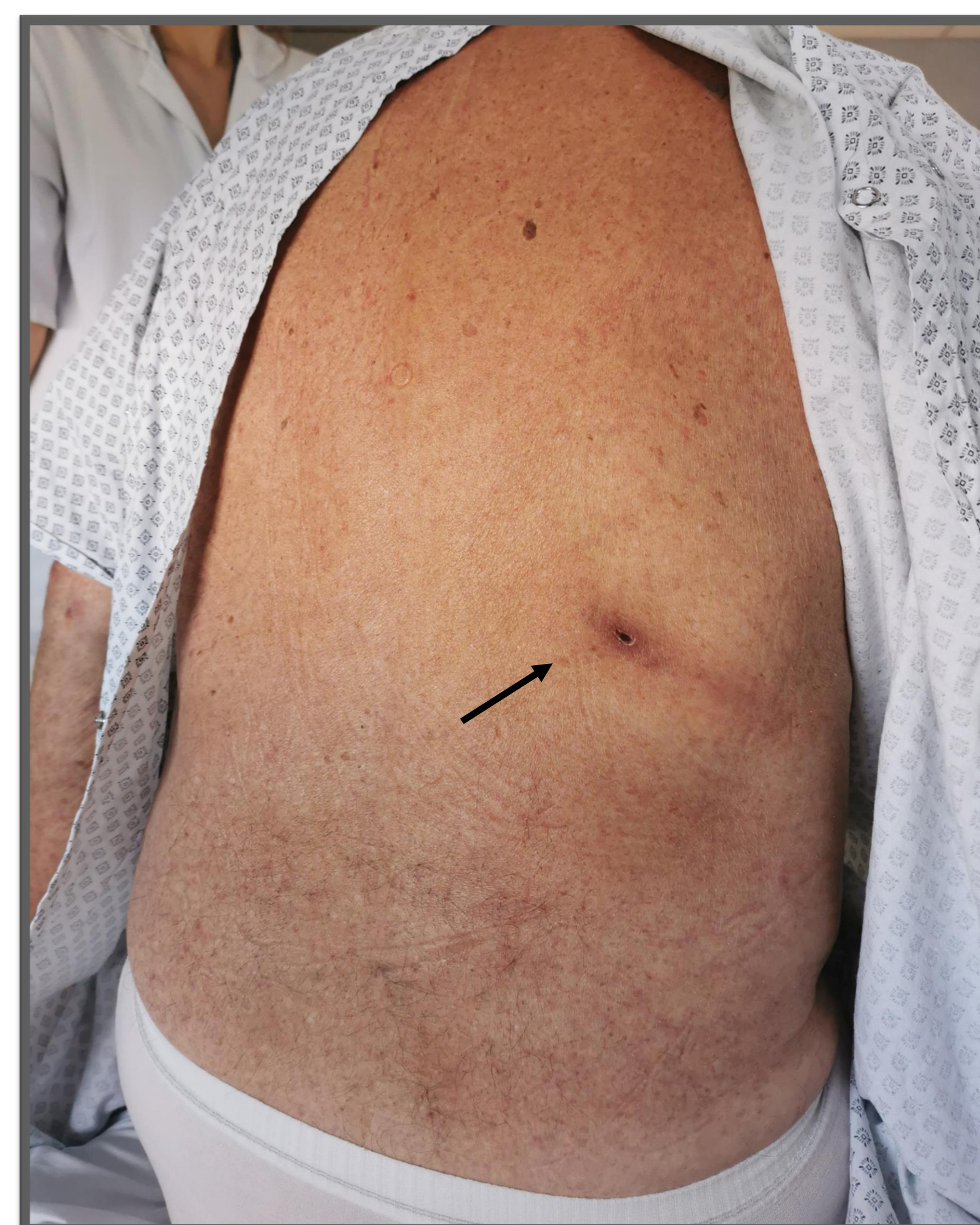


Figure 1 : Escarre d'inoculation

