



[Fièvres typhoïde et paratyphoïdes]

[cours destiné aux étudiants de 4 ème année médecine]

[Pr Amel Ouyahia]

[Fièvres typhoïde et paratyphoïdes]

Fièvres typhoïde et paratyphoïdes

• Objectifs

Connaître l'agent causal et ses modes de transmission
Connaître la physiopathologie de la maladie
Connaître les différentes phases cliniques
Savoir diagnostiquer la maladie
Savoir gérer un traitement curatif et préventif

• Pré requis

Salmonelles majeures module de microbiologie 3^{ème} année

Plan du cours

1. Introduction
2. Historique
3. Epidémiologie
4. Physiopathologie
5. Clinique
Forme typique
Formes cliniques
6. Evolution
Complications
Complications toxiques
Complications infectieuses (septiques)
7. Diagnostic positif
8. Diagnostic différentiel
9. Traitement
Curatif
Mesures préventives

1. Introduction

Bactériémies à point de départ lymphatique dues à des bacilles gram négatifs : Salmonella enterica serovar Typhi (S. Typhi) et Salmonella enterica sérovar Paratyphi (S. Paratyphi). S. Paratyphi A et B (et, rarement, S. Paratyphi C).

Il s'agit d'une maladie contagieuse; de déclaration obligatoire, à transmission en règle alimentaire, rentrant dans le cadre des maladies à transmission hydrique (MTH). La gravité de cette affection est liée aux complications qui surviennent au cours de l'évolution. En Algérie elles sévissent à l'état endémique avec des poussées épidémiques.

2. Historique

- 1880 : découverte de l'agent de la fièvre typhoïde par Eberth
- 1884 : culture de la bactérie par Gaffky
- 1896 : mise en évidence de la diversité antigénique des souches de salmonelles par Widal.

3. Epidémiologie

- a. **Agent causal** : pré requis cours microbiologie 3 ème année
- b. **Réservoir** : pré requis cours microbiologie 3 ème année
- c. **Contagiosité** : maladie du péril fécal :

La transmission peut être :

- **Directe** : Contamination oro-fécale ; manuportée : à partir d'un malade ou d'un porteur chronique par contact avec les déjections qui souillent les objets, le linge, absorption d'aliments manipulés par un porteur sain.
- **Indirecte** : eau souillée par des matières fécales, notamment les eaux de puit et des sources non contrôlées et contaminées par des infiltrations des eaux d'aisances

4. Physiopathologie

4.1. Période d'incubation : ou stade d'adéno-lymphite mésentérique (7-15j)

Arrivés au niveau de l'intestin grêle après ingestion avec un aliment contaminé, les bacilles gagnent de proche en proche les ganglions mésentériques où elles se multiplient sans occasionner de lésions.

4.2. Période d'invasion :

A partir du système lymphatique, les bacilles passent dans la circulation sanguine. Les bacilles au niveau des ganglions mésentériques sont détruits et libèrent leur endotoxine.

4.3. Phase d'état :

Les bacilles passent par intermittence dans la circulation sanguine, leur élimination se poursuit dans les selles.

La libération maximale de l'endotoxine à cette phase détermine la symptomatologie.

5. Clinique :

5.1. La forme typique :

L'incubation est habituellement de 7-15 jours mais peut être plus longue .

a. 1^{er} septénaire : début insidieux marqué par

❖ Signes fonctionnels :

- asthénie, anorexie, céphalées, insomnie, vertige
- épistaxis unilatérale inconstante
- constipation.

❖ Signes généraux :

- La température augmente : par oscillations ascendante : 1 degré du matin au soir et rémission de ½ degré du soir au matin. Atteint 39 /40 fin 1^{er} septénaire.

❖ **Examen physique :**

Abdomen : fosse iliaque droite sensible et gargouillante, météorisme abdominal

Bucco pharyngé :

- ✓ Langue saburrale
- ✓ **Angine de DUGUET :** signe pathognomonique : exulcération indolore, ovale, longitudinale, à grand axe vertical siégeant sur le pilier antérieur du voile du palais.

b. 2° septénaire :

❖ **Signes fonctionnels :**

- **Le tufhos:** associe obnubilation et stupeur, prostration , indifférence, insomnie nocturne et somnolence diurne ,délire surtout vespérale .
- **Signes digestifs :**
Diarrhées liquidiennes : 6 / 7 selles / J , en jus de melon, fétides et contagieuses émises sans douleurs.

❖ **Signes généraux :**

Dissociation pouls-température.
Température en plateau (39°-40°C).

❖ **Examen physique :**

- Météorisme abdominal
- Sensibilité de la FID
- SPM stade I
- **Taches rosées lenticulaires (pathognomoniques) :** macules rosées de quelques mm de diamètre, non prurigineuses, s'effaçant à la vitro-pression, siégeant à la base du thorax, la partie haute de l'abdomen, la région lombaire et la face interne des cuisses.

5.2. Formes cliniques :

Formes à début atypique :

- * début par une complication : digestive, cardio vasculaire,....
- * embarras gastrique fébrile avec vomissement, diarrhées , douleurs abdominales.

6. Evolution :

a. Sous traitement PRECOCE et adapté :

elle est favorable ;

- la chute de la température débute à partir de j2 du TRT.
- Les troubles digestifs disparaissent au bout d' une semaine.

b. Sans traitement ou TRT tardif

risque accru de complications , de rechute , de récidence .

b.1. Complications

b.1.1. complications toxiques

b.1.1.1. complications digestives

❖ Hémorragies digestives

Surviennent au 2^e/ 3^e septénaire.

l'hémorragie peut être minime ou de grande abondance , se manifestant alors par une Pâleur C/M; tachycardie ; froideur des extrémités ; hypotension; rectorragies abondantes

❖ **Perforation intestinale :**

Survient au cours des 2^e/3^e septénaires ; Elle peut revêtir 2 aspects :

Sthénique et asthénique

- ASP objective un pneumopéritoine (croissant gazeux)

❖ **Syndrome abdominal pseudo perforatif**

Tableau clinique proche de la perforation asthénique

❖ **Autres complications digestives :**

Cholécystite; hépatite; appendicite ...

b.1.1.2. Complications cardio vasculaires

- ❖ **Collapsus cardio vasculaire :** souvent suite à une ATB thérapie massive ,se manifeste par une chute brutale de la PA; tachycardie; hypothermie; AEG.

- ❖ **myocardite:** Tachycardie; hypotension; assourdissement des bruits du cœur; mais le plus souvent elle reste infraclinique de diagnostic électrique.

ECG : troubles de la repolarisation ; du rythme ;

- ❖ **Autre complication cardio vasculaires :** phlébite; péricardite ; endocardite rare

b.1.1.3. Complications neurologiques

- ❖ Encéphalite: grave; état ataxo adynamique, délire, syndromes pyramidale, cérébelleux; EEG altéré
- ❖ Cérébellite
- ❖ Méningite ; myélite; névrite

b.1.2. Complications infectieuses (septiques):

Cholécystite; ostéite, myosite; ...

7. Diagnostic positif

7.1. Arguments épidémiologiques :

7.2. Arguments cliniques

7.3. Arguments para cliniques

7.3.1. Orientation:

NFS:

- Leucopénie/ normocyose
- Hyper leucocytose possible chez l'enfant.

VS normale

7.3.2. Certitude : Mise en évidence du germe

a. Hémoculture : positives

- 100% 1^{er} septénaire
- 70% 2^{eme} septénaire

b. Myéloculture trouve son intérêt dans les formes décapitées par une antibiothérapie préalable

c. Coprocultures : l'élimination du germe dans les selles est intermittente ; les coprocultures positives ont une double valeur : épidémiologique et diagnostique

7.3.3. Sérodiagnostic de WIDAL:

Agglutination O apparaît vers le 6eme / 12eme j persiste 2 à 3 mois .

Agglutination H apparaît vers le 8eme / 15eme j ; peut persister plusieurs années

Taux de positivité exigé :

- TO > 1/100
- TH > 1/200 .

En Algérie(endémie) : Le taux des O 1/200
Le taux des H 1/400

8. Diagnostic différentiel

- Typhobacillose de landouzy
- La brucellose
- Paludisme 1ère invasion
- kala azar

9. TRAITEMENT

Double visée : curative / préventive

9.1. Traitement curatif :

But : éradication du germe
Obtenir la guérison
Éviter les complications

Moyens:

- **Trimethoprime/sulfamethoxazole : Bactrim , 1ère intention** selon le consensus maghrébin

Cp 480mg:

400mg sulfamethoxazole /80mgTrimethoprime

Dose: 40mg/kg sulfamethoxazole/10mg/kg Trimethoprime

Adulte 2cpX 2/j ; Durée: 15j

CI : grossesse

Effets Secondaires : leucopénie , thrombopénie; allergies (toxidermies graves)

- **Amoxicilline** : gel 500mg/1g

Dose 75 à 100 mg/kg/j

Dose progressives: ¼ dose j1;1/2 dose j2, ¾ dose j3; doses totale à partir de j4

Durée 15 j après apyrexie

Effets Secondaires : allergies

- **Phenicolés: thiamphenicol**

Cp 250mg / inj 750mg

Dose: 50 mg/kg/j

A débuter progressivement

Durée :15j après apyrexie

ES :aplasie médullaire réversible

CI grossesse

Traitements courts :

- **Fluoroquinolones**

Ciprofloxacine : cp 500 mg

Dose : 1cpX2/j

Durée : 5/7j

CI enfant inf 15 ans ; grossesse

- **C3G**

Rocephine : amp inj 1g
Dose 80mg/kg/j en 1inj
Durée : 5j

TRT des complications

a. Perforation:

Mise en place d'une Sonde gastrique d'aspiration
ATB par voie intra veineuse.
Chirurgie dernier recours difficultés ++

b. **Syndrome pseudo perforatif:** arrêt de toute alimentation orale
Mise en place d'une Sonde rectale
Kaliémie sans garrot

c. **Hémorragie digestive:**
Transfusion iso G iso Rh
Corticothérapie

d. **Collapsus:** remplissage /arrêt des ATB

e. **Myocardite:** corticothérapie 48h + ATB

f. **Encephalite/cerebellite:** corticothérapie +ATB

9.2. prévention

- Déclaration obligatoire
- Enquête épidémiologique
- Dépistage des porteurs chroniques
- Isolement entérique du malade , désinfection entérique

Mesures d'hygiène :

- contrôle des personnels des cuisines
- contrôle de l'eau d'alimentation

Période de la pandémie du CoVID 19, puisse dieu préserver tous nos étudiants
Page 12 Pr A. OUYAHIA maladies infectieuses et tropicales ouyahiaam@gmail.com

- respect de la chaîne du froid
- contrôle des aliments et des élevages...

vaccination

le TyphimVi® ou le Typherix®, il protège contre Salmonella enterica typhi en cause dans 80-90 %.

Une injection S/C ou IM L'efficacité de ce vaccin est constatée 15 à 20 jours après l'injection et reste valable 3 ans. Ce vaccin est utilisable chez l'adulte, l'enfant de plus de 2 ans.

Questions ? envoyez les par mail SVP