



La maladie des fièvres récurrentes

Les borrélioses sont des anthroponoses dues à des bactéries du genre *Borrelia* de la famille des Spirochaetacea.

En France, comme en Europe la borréliose la plus fréquente est la maladie de Lyme provoquée par différentes bactéries appartenant au complexe *Borrelia burgdorferi* transmises par les tiques du genre *Ixodes*.

La bactérie responsable de la maladie de Lyme fut nommée en 1984 *Borrelia burgdorferi*, en hommage à Willy Burgdorfer.

Mais, en fait, il existe de nombreuses variétés de borrélios. Certaines sont responsables des diverses formes de maladie de Lyme (*B. garinni*, *B. afzelii*, *B. valaisiana*, *B. bissettii*...). D'autres sont responsables de la maladie des fièvres récurrentes.

Borrelia miyamotoi appartenant au groupe des borrélioses des fièvres récurrentes a été isolée au Japon en 1995.

Récemment, elle a été identifiée chez l'homme en Europe et retrouvée dans les tiques en France (Alsace, Ardennes, région Parisienne) de façon significative et parfois associée à d'autres bactéries (maladie de Lyme...).

Elle est également transmise par des tiques du genre *Ixodes*.

Borrelia hispanica, également présente en Europe, est, elle, transmise par *Ornithodoros* (tique molle).

Le cas clinique suivant confirme que la maladie est bien présente en France et incite donc à la rechercher.

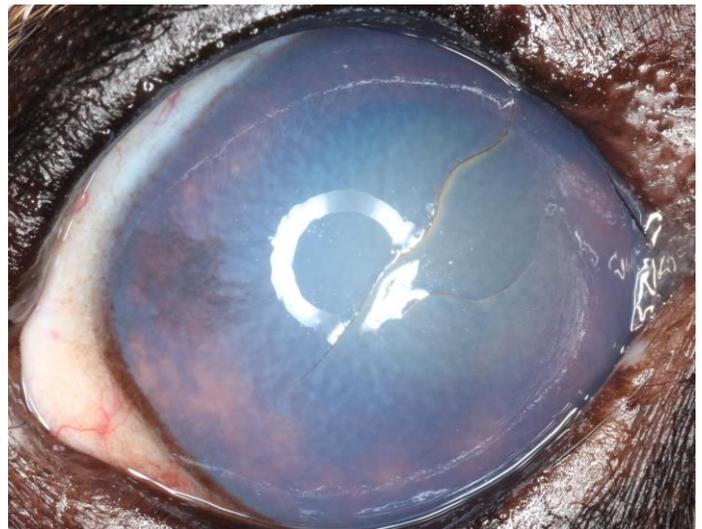


CAS CLINIQUE

Un chien mâle croisé de 8 ans est présenté à la consultation pour un aspect bleuté des yeux.

Le bilan de l'examen est le suivant :

- antécédents de douleurs,
- changement de comportement non expliqué,
- état général satisfaisant,
- oedème cornéen bilatéral,
- pressions intraoculaires normales égales à 20,
- absence de lésions des épithéliums cornéens,
- l'ophtalmoscopie indirecte ne révèle aucune anomalie,
- réflexes photomoteurs normaux,
- augmentation de la vitesse de sédimentation,
- hypercholestérolémie.



Un diagnostic d'endothélite bilatérale est posé.

L'association uvéite antérieure, changement de comportement et antécédents de douleurs lombaires font envisager une borréliose.

Les propriétaires ne souhaitant pas, dans un premier temps, d'autres examens le traitement suivant est effectué : injection sous conjonctivale bilatérale de methylprednisolone, doxycycline PO 1 mois et maxidrol collyre 3 fois par jour.

Une nette amélioration est aussitôt remarquée.

A l'arrêt du traitement, l'oedème réapparaît. Un traitement à base d'azythromycine PO et de maxidrol collyre est prescrit et un test PCR est effectué qui révèle une positivité charge faible aux borrelias agent des fièvres récurrentes.

L'amélioration est aussitôt significative mais une rechute apparaît quinze jours après l'arrêt de ce traitement.

Dans le cas présent il n'est pas possible d'affirmer que la borréliose est à l'origine des symptômes oculaires. Une recherche PCR dans l'humeur aqueuse et dans le vitré aurait été souhaitable pour le prouver. Mais étant donné la réponse aux traitements, les rechutes consécutives à l'arrêt des traitements antibiotiques, cela est fortement probable.

Ce cas clinique confirme que la maladie des fièvres récurrentes est présente en France.



Discussion

SYMPTOMATOLOGIE

Il n'existe que peu de cas décrits de maladie des fièvres récurrentes.

Les manifestations cliniques semblent très variables et assez proches de celles de la maladie de Lyme.

La clinique est en générale peu spécifique et les symptômes varient en fonction de la, ou des bactéries en cause.

Les symptômes et anomalies hématologiques ou biochimiques décrits sont les suivants :

- hyperthermie,
- perte de poids,
- douleurs articulaires,
- léthargie,
- douleurs diverses,
- hépato-splénomégalie, ictère, douleurs abdominales,
- nausée, vomissements, diarrhée parfois hémorragique,
- anémie, thrombopénie,
- hémorragies (cerveau, méninges, rétine...), pétéchies,
- conjonctivite, uvéite, névrite optique,
- méningite, encéphalite, myélite, paralysie faciale, paralysies oculomotrices,
- changement de comportement, hallucinations, état dépressif, agitation,
- néphrite,
- troubles cardiaques (BAV), myocardite,
- toux, oedème pulmonaire.

La mortalité est de 5 % environ. Mais certaines études décrivent une mortalité de 20%. Les décès surviennent le plus souvent un jour après le début du traitement antibiotique.

Si aucun symptôme n'est vraiment spécifique, l'association de symptômes différents, ou la persistance de symptômes après un traitement adapté doit toujours faire suspecter une borréliose.

Des études récentes ont montré que plusieurs maladies pouvaient être transmises en même temps par la morsure de tique. Les co-infections sont même la règle puisque une fois sur deux une tique transmet plusieurs maladies en même temps (jusqu'à huit maladies simultanément).

Les réactions de l'organisme à ces cocktails infectieux est très mal connue. Ceci complique encore la démarche diagnostique.

L'intensité des symptômes est très variable. Il a été démontré, in vivo, que les borrélioses peuvent persister longtemps dans le cerveau de l'hôte sans provoquer de dégâts et sans pouvoir être détectées dans le sang.



DIAGNOSTIC

Le sérodiagnostic n'est pas possible actuellement.

Seul un test PCR est disponible. Sa spécificité est élevée mais comme pour la maladie de Lyme, sa sensibilité est certainement assez faible. Il est souvent nécessaire de le renouveler plusieurs fois en cas de forte suspicion avant et pendant le traitement antibiotique. Le traitement antibiotique permet parfois de faire apparaître une positivité suite à la destruction des bactéries.

Comme les co-infections sont courantes il est recommandé, en cas de suspicion, de rechercher l'ensemble des maladies transmises par les tiques par test PCR.

Lorsqu'une de ces maladies est découverte, une borréliose doit toujours être envisagée surtout si des symptômes persistent après un traitement adapté.

TRAITEMENT

Les antibiotiques efficaces sont nombreux.

Ils ont des actions différentes et donc l'évolution des symptômes est variable en fonction de l'antibiotique utilisé. Les antibiotiques actifs sur les borrélioses sont les suivants : amoxicilline 50 à 100 mg/kg/j, cefuroxyme, ceftibuten, céfidinir, céfixime, ceftriaxone, azithromycine, clarithromycine, doxycycline, chlorhydrate de tétracycline, métronidazole et tinidazole.

Certains auteurs recommandent des associations comme doxycycline et tinidazole.

Il n'y a pas de consensus sur la durée des traitements. Il est certain qu'un test PCR peut rester positif après plusieurs mois de traitement antibiotique adapté.

Lors du traitement, il est possible de voir apparaître des réactions de Jarish-Herxheimer qui sont des aggravations temporaires des symptômes secondaires à la destruction des bactéries. Ces réactions sont particulièrement fréquentes avec le métronidazole et le tinidazole.

Il est indispensable de savoir reconnaître ces réactions pour pouvoir adapter les traitements.

CONCLUSION

Comparé à la maladie de Lyme, la maladie des fièvres récurrentes est une maladie négligée et peu connue. Elle existe pourtant en France et certainement de façon significative mais les descriptions cliniques sont rarissimes. Elle mérite donc d'être recherchée et étudiée.



Dr Yves BODERIOU
Docteur Vétérinaire diplômé de
l'Ecole Vétérinaire d'Alfort
CES Ophtalmologie
93, rue de Bayeux
14000 CAEN