

Présentation immune pseudo-systémique d'une fièvre Q

- **Imen, Chabchoub, Assistante HU, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie**
- Mayssa, Timoumi, Résidente, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Chifa Dammak, Prof agrégée, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mayeda Ben Hamad, Assistante HU, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Nesrine Regaieg, Assistante HU, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Raida Ben Salah, Prof agrégée, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Zouhir Bahloul, Professeur, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Sameh Marzouk, cheffe de service, Service Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La fièvre Q est une zoonose causée par la *Coxiella burnetii* dont la présentation clinique est extrêmement polymorphe. La primo infection est asymptomatique dans 60% des cas. Nous rapportons un cas insolite de fièvre Q révélée par un purpura vasculaire et de présentation clinique systémique mimant une maladie auto-immune.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 66 ans aux antécédents de remplacement de la valve aortique admis pour purpura vasculaire des 2 membres inférieurs évoluant depuis 3 mois dans un contexte d'altération de l'état général sans fièvre. Le patient ne rapportait pas la notion de prise médicamenteuse ou de toxiques ni de plaintes somatiques.

L'examen clinique montrait un souffle valvulaire aortique, des lésions purpuriques pétéchiales aux membres inférieurs, des adénopathies axillaires bilatérales centimétriques et une hépatosplénomégalie.

La biologie montrait une anémie hémolytique auto-immune à 7.5 g/l, une leuco-lymphopénie à 2950/mm³ de globules blancs et insuffisance rénale avec clairance de la créatinine à 32ml/min. La protéinurie et l'hématurie étaient positives à 1.66g/24h et à 24000/mm³ respectivement.

L'enquête infectieuse révélait une infection aiguë à *Coxiella Burnetti* avec un profil sérologique en faveur de la phase aiguë: IgG >3200 phase 2 et IgM positives. Le reste de l'enquête infectieuse comportant les sérologies syphilis, hépatite B, C, VIH, Wright, Vidal et Rickettsiose ainsi que les hémocultures étaient négatives. L'échographie Trans-thoracique(ETT) et trans-oesophagienne(ETO) a infirmé la présence de signes d'endocardite infectieuse.

Le bilan immunologique comportant la recherche d'anticorps anti-nucléaires (AAN) et les (ANCA) étaient positifs sans manifestations cliniques en faveur d'une connectivite ou d'une vascularite primitive. La cryoglobulinémie revenait négative et le dosage du complément normal.

Les marqueurs tumoraux étaient négatifs et le scanner corps entier ne montrait pas de processus tumoral. Ainsi, une infection multi systémique à *Coxiella Burnetti* avec une atteinte cutanée, hématologique, hépatosplénique, gloméruloganglionnaire rénale glomérulaire et des désordres immunologiques était retenue.

Sur le plan thérapeutique, le patient a reçu l'hydroxychloroquine à 200mg /j associée à la doxycycline à 200mg /j avec une bonne évolution clinico-biologique : régression des lésions purpuriques et amélioration des anomalies hématologiques.

Conclusion

Nous rapportons ce cas insolite de fièvre Q aiguë mimant, par la présence de signes systémiques et d'autoanticorps associés une maladie systémique auto-immune.

Le passage à la forme chronique correspond à une endocardite infectieuse à hémocultures négatives, dans un contexte de valvulopathie préexistante, le cas chez notre patient. Une antibiothérapie efficace pour une durée prolongée prévient le passage à la phase chronique de pronostic plus réservé.

