

Méningo-encéphalite à tiques: étude rétrospective sur 12 cas aux HCC Colmar

FZ.BOUSSEKINE (1) ; L. Villeval Federici (1) ; S. Gravier (2) ; M. Martinot (2) ; G. Gregorowicz (3) ; O. Augereau (3) ; F. Sellal (4) ; Y. Hansmann (5) ; A. Velay (6) ; O. Hirschberger (1)

(1) Médecine interne, Hôpital Louis Pasteur, Colmar; (2) Maladies infectieuses, Hôpital Louis Pasteur, Colmar; (3) Microbiologie, Hôpital Louis Pasteur, Colmar; (4) Neurologie, C.H. de Colmar, Colmar; (5) Maladies infectieuses, CHU de Strasbourg, Strasbourg; (6) Virologie, Hôpital Civil - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

INTRODUCTION

Le virus « Tick Born Encephalitis » (TBE) est un arbovirus transmis à l'homme essentiellement par piqûre de tiques [1]. L'infection est asymptomatique dans 30 % des cas mais peut être responsable de tableaux neurologiques sévères avec des séquelles à long terme [2]. La TBE est un problème de santé publique dans de nombreux pays d'Europe centrale et de l'est. Elle le devient en France dans les zones d'endémie en particulier en Alsace où le nombre de cas annuels est croissant. Elle est probablement sous diagnostiquée dans le reste du territoire où elle est moins connue. Après une durée d'incubation de 8 jours (4 à 28 jours), l'infection évolue classiquement de façon biphasique avec un tableau pseudo grippal durant environ 5 jours (2 à 10 jours), qui peut être suivie par la méningo-encéphalite dans 20 à 30% des cas. L'objectif de notre étude est de décrire le phénotype clinique et biologique observé chez les patients hospitalisés pour une méningo-encéphalite à tiques (MET) aux Hôpitaux Civils de Colmar entre juin 2022 et août 2023.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons inclus tous les patients hospitalisés aux HCC entre juin 2022 et août 2023 avec un tableau de méningite ou méningo-encéphalite associé à une sérologie TBE positive dans le sang en IgM et en IgG, selon les critères européens de définition de cas confirmés de TBE [3]. Au total 12 patients ont été inclus dans l'étude.

RÉSULTATS

Caractéristiques générales des patients:

Sex-ratio H/F : 0.75, Hommes : 75%

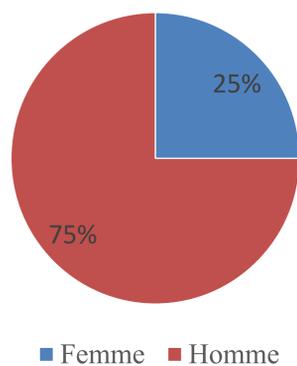
Age médian: 58 ans (38-82).

Profession à risque (forestiers, bûcherons): 0

Piqûre de tiques retrouvée dans 33% (n=4) des cas

L'évolution biphasique était observée dans 66% des cas (n=8)

Le délai moyen entre la piqûre et l'hospitalisation était de 16 jours.



Manifestations cliniques:

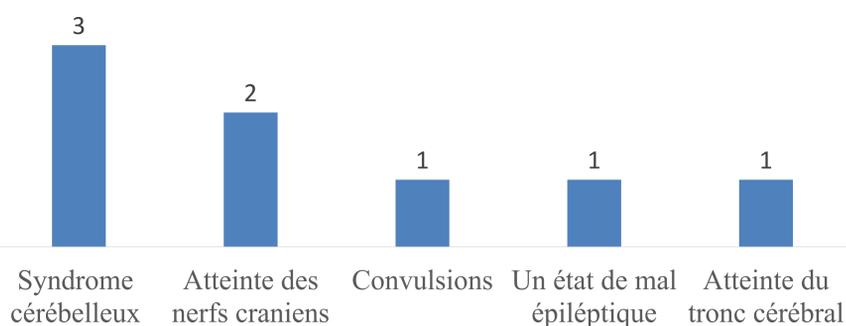
Tous les patients présentaient de la fièvre (la température moyenne était 38,9°).

Un syndrome méningé était présent dans 58% (n=7) des cas.

Des signes d'atteinte du système nerveux central étaient présents dans tous les cas, 4 cas de méningite, 1 cas de méningo-radculite et 7 cas de méningo-encéphalite.

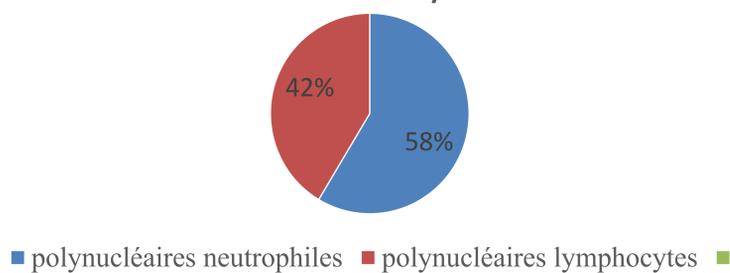
Les signes neurologiques étaient variés (un syndrome cérébelleux dans 3 cas, une atteinte des nerfs crâniens dans 2 cas, une convulsion dans 1 cas, un état de mal épileptique dans 1 cas, une atteinte du tronc cérébral dans 1 cas).

Signes neurologiques



L'examen du LCR met en évidence une pléiocytose le plus souvent modérée (la numération leucocytaire moyenne était 139/mm³), une prédominance de polynucléaires neutrophiles dans 58% des cas (n=7) et de polynucléaires lymphocytes dans 41% des cas (n=5). La protéinorachie est modérément augmentée dans tous les cas (0.70g/l en moyenne). La glycorachie est normale dans tous les cas (3.5 mmol/l en moyenne).

Numération leucocytaire



La sérologie TBE IgM, IgG dans le LCR était positive dans 3 cas, La sérologie TBE dans le sang est positive dans tous les cas (IgM+ IgG). Un cas de coinfection avec une neuroborréliose. L'évolution est rapidement favorable dans 83% des cas (n=10). La durée d'hospitalisation moyenne en service conventionnel était de 8.5 jours. 2 cas ont été hospitalisés en réanimation avec une durée d'hospitalisation moyenne de 104 jours, un cas pour une atteinte sévère du tronc cérébral avec troubles déglutitions et dysautonomie, et l'autre cas pour un tableau de coma hypercapnique sur neutropénie fébrile à J8 de chimiothérapie (dont le diagnostic de méningoencéphalite à TBE a été porté en réanimation devant des signes encéphalitiques au réveil). Le taux de mortalité est 0%. un cas ayant gardé des séquelles à type de tétraparésie avec dysfonction diaphragmatique sévère nécessitant un soutien ventilatoire par trachéotomie et ventilation artificielle, et un cas a été trachéotomisé devant des difficultés de sevrage ventilatoire.

CONCLUSION

L'augmentation de l'incidence de la MET observée ces dernières années ainsi que le développement du tourisme doivent conduire à envisager le diagnostic devant tout patient consultant pour un tableau de méningite ou de méningo-encéphalite, avec une pléiocytose même à prédominance de polynucléaires neutrophiles. Il faut penser à la possibilité de ce diagnostic en cas de voyage en zone d'endémie et rechercher un antécédent de piqûre de tique. Un diagnostic précoce permet d'éviter une utilisation prolongée de thérapeutiques néphrotoxiques. Dans les maladies à tiques, les coinfections restent possibles, faut savoir les évoquer, dans notre petite série on a noté un seul cas de coinfection avec une neuroborréliose.

[1] Lindquist L., Vapalahti O. Tick-borne encephalitis Lancet 2008 ; 371 : 1861-1871 [cross- HYPERLINK"http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60800-4"ref HYPERLINK "http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)608004"]

[2] RFL - Revue francophone des laboratoires Volume 2019, numéro 513 pages 34-43 (juin 2019) Doi :10.1016/S1773-035X(19)30287-4

[3] European Commission. Commission implementing decision of 8 August 2012 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Union. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 27.9.2012:L262. LexUriServ.do HYPERLINK"http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:262:0001:0057:EN:PDF"?uri=OJ:L:2012:262:0001:0057:EN:PDF"=OJ :L:2012:262:0001:0057:EN:PDF

