

FIEVRE Q, COXIELLOSE

• Aspects cliniques et commentaires

- Zoonose.
 - Réservoir: animaux domestiqués (bétail, moutons, chèvres, chats, chiens, lapins, ...) et sauvages (lapins, oiseaux, reptiles), arthropodes (tiques).
 - Transmission: inhalation de particules infectés provenant de selles animales, placentas (*Coxiella burnetii* se multiplie extensivement dans le placenta), ingestion de lait contaminé, transmission verticale de mère à bébé, transfusion de produits sanguins contaminés, infection à travers de brèches cutanées, morsures de tiques,
- Caractérisé par une grande variété de signes cliniques et symptômes.
 - Infection asymptomatique chez la moitié des patients adultes (et même plus chez l'enfant).
 - Le plus souvent la fièvre Q se manifeste comme une pathologie aspécifique, légère ou modérée et autolimitée (fièvre, fatigue, frissons, maux de tête, myalgie) qui disparaît spontanément endéans les 14 jours après son début.
 - Pneumonie atypique (toux non productive) et hépatite anictérique sont très courants. Autres présentations sont rares: manifestations neurologiques (encéphalite, méningite aseptique, ...), dermatologiques, péri- et myocardite.
 - Pathologie chronique chez < 5% des patients, se présente des mois ou des années après l'infection aiguë (symptomatique ou asymptomatique), surtout chez des patients souffrant de maladies sous-jacentes ou immunodéprimés et chez les personnes enceintes.
 - Présentation la plus fréquente: endocardite infectieuse. Patients âgés et patients avec cardiopathie valvulaire courent le plus grand risque. Diagnostic difficile (végétations visibles sur échocardiographie transœsophagienne chez seulement 12% des patients).
 - Autres manifestations: maladie vasculaire (patients avec greffe vasculaire ou anévrisme artériel), ostéomyélite (manifestation la plus fréquente chez l'enfant),
 - Fièvre Q chez la femme, contractée juste avant la conception ou pendant la grossesse: risque accru de fausse couche, mors in utero, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérine ou poids de naissance bas.
- Diagnostic de fièvre Q chronique: surtout basé sur les signes cliniques.
- Facteurs de risque: immunodépression, cardiopathie valvulaire, maladie depuis > 14 jours, ...).
- Maladie à déclaration obligatoire.
- Centre national de référence belge: ITG, Anvers (laboratoires associés: Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, et CERVA, Bruxelles).

• Pathogènes impliqués

- *Coxiella burnetii*.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Aucun (traitement documenté).

• Traitement anti-infectieux documenté

- Régimes.
 - Infection asymptomatique (trouvaille accidentelle): aucun.
 - Pathologie aiguë, minime ou modérée: aucun (traitement symptomatique).
 - Pathologie aiguë, sévère: doxycycline.
 - Pathologie chronique: doxycycline + hydroxychloroquine. La plupart des patients traités avec un régime de doxycycline + hydroxychloroquine souffrent de photosensibilité. Examens cardiaques et oculaires réguliers obligatoires.
- Posologies standard.
 - Doxycycline: 200 mg po q24h ou 100 mg po q12h.
 - Hydroxychloroquine: 200 mg po q8h.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
 - Pathologie aiguë, sévère: 14 jours.
 - Pathologie chronique.
 - 18 mois (24 mois chez les patients avec endocardite à *Coxiella burnetii* sur valve prothétique).
 - Traitement plus long uniquement en absence de réponse sérologique favorable (suivi sérologique obligatoire pendant 5 ans à cause du risque de rechute important).