



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8633

« La Fièvre Q en Belgique »

ANNEXE 03

Note d'information à l'attention des médecins

Fièvre Q ou coxiellose

La fièvre Q est une zoonose causée par une bactérie à développement intracellulaire obligatoire, *Coxiella burnetii*, coccobacille Gram négatif. La maladie est rarement rapportée en Belgique mais de nombreux cas ont été diagnostiqués aux Pays-Bas près de grands élevages de chèvres depuis 2007.

1. Epidémiologie

La fièvre Q est une maladie transmise à l'homme au départ d'animaux infectés, essentiellement les ruminants. Elle ne se transmet pas d'homme à homme.

Les animaux infectés comme les bovins, les ovins et les caprins sont généralement porteurs asymptomatiques et présentent comme unique signe clinique un accroissement du nombre d'avortements dans le troupeau.

Lors d'un avortement ou d'une naissance chez des animaux infectés, l'environnement est contaminé par les bactéries présentes en abondance dans le placenta et les lochies. L'excrétion dans les selles dans le décours de l'infection animale peut durer quelques semaines, expliquant également la contamination des fumiers. Ces bactéries peuvent persister très longtemps dans l'environnement et, après aérosolisation, peuvent contaminer l'environnement sur de longues distances (plus d'un kilomètre).

D'autres produits peuvent aussi être contaminés, comme la peau, la fourrure, la laine, la paille des litières, etc. La bactérie est très résistante aux désinfectants et aux températures extrêmes. Chats et chiens peuvent être (dans de très rares cas) des sources d'infections, essentiellement lors du contact avec les produits de mise bas.

L'homme s'infecte principalement par l'inhalation de particules fines contaminées (et éventuellement par la consommation de produits laitiers crus, mais cette voie de transmission semble peu « efficace »). La dose infectante par inhalation est très faible (une bactérie suffit).

La fièvre Q est habituellement décrite comme une maladie occupationnelle, affectant prioritairement les personnes ayant un contact direct avec les animaux ou des tissus animaux infectés (les éleveurs, les fermiers, les vétérinaires, le personnel d'abattoir, les tanneurs, etc.). Elle est également décrite dans les populations à exposition rurale, directe ou indirecte (voisins d'exploitation, tourisme vert, etc.).

Les conséquences de l'infection dépendent de la gravité éventuelle des formes aiguës ou au développement d'une infection chronique, principalement liées à la présence de facteurs de risque.

2. Tableaux cliniques chez l'homme

a) Formes aiguës

La période d'incubation est habituellement de 2 à 3 semaines (maximum de 6 semaines). Les symptômes aigus de la fièvre Q sont très variables. La majorité des personnes infectées ne présenteront pas ou peu de symptômes (60 %). 40 % des primo-infections sont symptomatiques, se présentant comme un syndrome pseudo-grippal (fièvre, céphalées, myalgies). Elle peut se compliquer d'une pneumopathie (d'aspect plutôt atypique) et/ou d'une hépatite (le plus souvent sans ictère), La fièvre persiste habituellement pendant 1 à 2 semaines L'infection conduit à une immunisation à vie. Lors du passage obligatoire de la bactérie dans le sang, tous les organes peuvent être infectés, ce qui explique qu'il peut y avoir d'autres manifestations cliniques comme des manifestations cardiaques (péricardite/myocardite, 1 %) ou neurologiques (méningo-encéphalite <1%) et des complications en cas de grossesse (mort fœtale, avortement). 5 % des patients symptomatiques doivent être hospitalisés. L'infection est fatale dans 1-2 % des cas.

b) Formes chroniques (infection depuis > de 6 mois)

Lorsque le système immunitaire est incapable de contrôler l'infection, une forme chronique se développe. La plupart du temps, il s'agit d'une endocardite (> 60 % des cas, végétations rarement présentes, surtout présence de symptômes d'infection chronique et insuffisance valvulaire évolutive) ou d'une infection de prothèse vasculaire.

Les formes chroniques surviennent chez certains sujets présentant des facteurs de risque. Ces patients sont :

- **les patients atteints de valvulopathies cardiaques** : 40 % des patients atteints de valvulopathie, infectés par *Coxiella burnetii*, développent une endocardite dans les 2 ans.
- **les patients atteints d'un problème vasculaire qui a nécessité le placement d'une prothèse vasculaire**
- **les immunodéprimés par un traitement ou par une pathologie chronique** (patients atteints d'un cancer, patients infectés par le VIH). Les sujets infectés par le VIH et les patients atteints de lymphomes sont les seuls capables de développer une endocardite en l'absence de lésion valvulaire préexistante.
- **les femmes enceintes** : une infection acquise tôt pendant la grossesse ou même avant la conception peut récidiver et provoquer des lésions fœtales (fausses couches, accouchements prématurés, hypotrophie fœtale, etc.).

D'autres manifestations de la fièvre Q chronique ont été beaucoup plus rarement décrites (case report): ostéomyélites, hépatites chroniques chez des alcooliques, pseudo-tumeurs spléniques ou pulmonaires, infection de drain ventriculo-péritonéal.

3. Diagnostic biologique

- Perturbations biologiques : le nombre de leucocytes est généralement normal, les plaquettes sont abaissées, une légère augmentation des enzymes hépatiques est la règle. Dans les formes chroniques, l'hypergammaglobulinémie est habituelle et des auto-anticorps peuvent être retrouvés.

- Le diagnostic de laboratoire de la fièvre Q est réalisé par examen sérologique, par des méthodes moléculaires sur des échantillons sanguins ou des tissus contaminés, par des méthodes immunohistochimiques ou par isolement de *C.burnetti*. En pratique, on a souvent recours à la sérologie : l'immunofluorescence est la méthode de référence, l'ELISA est une alternative. La réaction de fixation au complément manque de spécificité et de sensibilité et doit être abandonnée. Les anticorps apparaissent 2-3 semaines après le début des symptômes.

Le centre de référence pour la fièvre Q en Belgique est l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers.

4. Traitement de la forme aiguë

Le traitement antibiotique peut diminuer la durée de la période symptomatique et le nombre de complications.

Le traitement de choix des pneumopathies et des hépatites est la doxycycline 200 mg une fois par jour durant 15 à 21 jours. En cas d'intolérance à ou de contre-indication de la doxycycline la moxifloxacine est prescrite à raison de 400 mg une fois par jour durant 2 semaines.

Les cas graves et les cas chroniques doivent être pris en charge en milieu hospitalier.

5. Prévention

Vu le risque de formes chroniques ou de complications graves chez les **femmes enceintes, les patients souffrant d'une valvulopathie ou porteur d'une prothèse valvulaire, les patients porteurs d'une prothèse vasculaire, les patients immunodéprimés**, il est recommandé :

- de limiter le risque d'exposition de ces personnes en évitant d'assister à des mises bas, en évitant le contact avec tout mammifère nouveau-né, la manipulation du gibier, la fréquentation des élevages et des fermes pédagogiques, la consommation de lait cru ou de produits frais à base de lait cru ;
- à ces personnes de consulter rapidement leur médecin traitant en cas de fièvre ou autre symptôme, notamment s'ils ont eu des contacts rapprochés avec les ruminants ;
- de les informer sur les risques de fièvre Q.

De plus, pour les personnes impliquées dans la gestion d'un élevage, il est recommandé de consulter également plus rapidement que d'habitude leur médecin traitant en cas d'apparition de symptômes grippaux afin d'exclure le diagnostic de fièvre Q.

6. Aspects de Santé publique

Tous les cas de fièvre Q humaine doivent être déclarés au médecin inspecteur d'hygiène afin de rechercher la source de contamination.

Les personnes contaminées ne sont elles-mêmes pas infectieuses et ne doivent pas être isolées.