

## Manifestations dysimmunitaires révélant une endocardite infectieuse à *Coxiella Burnetti*

1<sup>er</sup> Auteur : Abir, DERBEL, AHU, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

- Rayda, BEN SALAH, Pr Agrégé, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Hiba, SOUAI, Résidente, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mayeda, BEN HMAD, AHU, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Nesrine, REGAIEG, AHU, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mouna, SNOUSSI, Pr Agrégé, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Chifa, DAMMAK, Pr Agrégé, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Faten, FRIKHA, Professeur, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Zouhir, BAHLOUL, Professeur, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Sameh, MARZOUK, Professeur, Médecine Interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

### Introduction

La **fièvre Q** est une zoonose ubiquitaire liée à l'infection par *Coxiella burnetii*.

Elle se caractérise par son **polymorphisme clinique** et des **perturbations immunologiques** possibles mimant les maladies de système. On distingue :

- ✓ **la forme aiguë** se présentant comme une pneumopathie atypique, une hépatite granulomateuse ou une fièvre nue
- ✓ **la forme chronique** correspondant à une endocardite infectieuse à hémocultures négatives particulièrement dans un contexte de valvulopathie préexistante.

Nous rapportons le cas d'une fièvre Q chronique révélée par fièvre prolongée avec anémie hémolytique auto-immune.

### Observation

Femme de 27 ans aux antécédents d'endocardite infectieuse à l'âge de 13 ans, antécédents de bicuspidie aortique opérée à l'âge de 15 ans avec mise en place de tube HONCKOCK VDAC, admise pour pancytopenie avec AAN positifs.

Son histoire remonte depuis une année marquée par la survenue de fièvre nocturne avec amaigrissement non chiffré et asthénie. Devant la découverte d'une pancytopenie à la numération avec des AAN positifs à 1/160, elle a été adressée en médecine interne.

Elle était fébrile à 39°, tachycarde à 98bpm. L'auscultation trouvait un souffle systolique au foyer aortique.

A la biologie il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique (VS =12, CRP=5mg/L). On objectivait une pancytopenie. (GB=3410 Ets/mm<sup>3</sup>/ Hb =11 g/dl / VGM78fl/ plaquettes=76000). L'anémie était de type hémolytique auto-immune (haptoglobine effondrée, LDH élevés, test de Coombs direct positif).

La biopsie ostéoméduillaire a permis d'éliminer une hémopathie maligne.

Une endocardite infectieuse était suspectée. Une série d'hémocultures était pratiquée revenant négative. L'échocardiographie transthoracique n'a pas trouvé de végétations ou de signes d'endocardite.

L'enquête tuberculeuse y compris l'IDR à la tuberculine et la recherche de BK était négative. Les sérologies virales à savoir VHB, VHC, VIH. Les AAN ont été refaits revenant négatifs.

La TDM TAP avait montré des adénomégalies sus et sous diaphragmatiques avec hépato splénomégalie homogène. Devant ce tableau, l'hypothèse d'endocardite infectieuse était fortement suspectée devant les antécédents d'endocardite infectieuse et d'homogreffes malgré l'absence de syndrome inflammatoire biologique, la négativité de l'ETT et des hémocultures.

L'échographie transoesophagienne a découvert une image hautement mobile de 8\*7mm sur la valve du tube VDAC.

La sérologie de la fièvre Q est revenue positive avec IgG au cours de la phase I 1/12800.

Ainsi le diagnostic d'endocardite infectieuse à *Coxiella burnetii* était retenu et la patiente était mise sous Plaquénil (600mg/j) et doxycycline (200mg/J) avec bonne évolution clinique et échographique (ETT de contrôle : image de 4mm).

La durée totale prévue de l'antibiothérapie était de 2ans.

### Discussion

Nous illustrons l'**association rare** entre l'**infection à *Coxiella Burnetti*** et le **dérèglement immunitaire**.

Cette hypothèse était supportée depuis plusieurs années devant la positivité des anti-cardiolipides (47–81 %) des anti-muscles lisses (20 à 30 %), la positivité du FR et des AAN.

L'association fièvre Q chronique et anémie hémolytique auto-immune était décrite dans quelques cas rapportés.

### Conclusion

La fièvre Q devrait être suspectée devant toute fièvre prolongée de cause indéterminée même en présence de manifestations dysimmunitaires, particulièrement chez les porteurs de cardiopathies congénitales ou de valvulopathie.

Il convient alors de compléter par l'échographie trans-oesophagienne et la sérologie de la fièvre Q en cas de négativité de l'enquête initiale.