

A PROPOS DE CAS DE TYPHOÏDE OBSERVÉS EN « MÉDECINE GÉNÉRALE »

par

S. RAHARISON, CH. H. RAKOTOMALALA
et P. RAZAFINDRAKOTO

Notre étude porte sur 40 cas de fièvre typhoïde observés dans le Service de « Médecine générale » pendant une période de deux ans (juin 1966 — juin 1968) dont 26 (65 %) mal aiguillonnés par le Service de Triage se présentent sous la forme commune classique, tandis que 14 (35 %) offrent une symptomatologie franchement atypique, posant avant tout un problème diagnostique.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La fièvre typhoïde sévit à Madagascar à l'état endémique, frappant à des taux variés des sujets de tous âges et des deux sexes, tout au long de l'année, tant en saison chaude et humide qu'en saison froide et sèche.

Il serait hasardeux d'établir une statistique valable basée sur un chiffre restreint, toutefois, il semble que la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 10 et 30 ans tel que le montre la répartition ci-dessous :

avant 30 ans	23
de 30 à 50	11
au-delà de 50	6

Parmi ces 40 cas comportant 25 hommes et 15 femmes, 16 ont été observés en été, 24 en hiver, avec deux pointes en janvier-février et juin-juillet. Si l'on se reporte à d'autres travaux relatifs à la fièvre typhoïde, (FRANCO : 1.267 cas en 5 ans), on trouve la même fréquence de l'affection chez les jeunes des deux sexes. Par contre, la légère prédominance hivernale, paradoxale de prime abord, s'expliquerait, d'une part, par l'appoint des cas atypiques, de l'autre, par le nombre peu important des cas rencontrés dans un Service de « Médecine générale ».

Le germe en cause, reconnu soit directement par l'isolement, soit indirectement par la sérologie, se trouve être dans une proportion élevée *Salmonella typhi*, rencontrée 36 fois, contre 3 fois pour *S. para-B* et une fois pour *S. para-A*. Il n'est pas sans intérêt de souligner ce seul cas d'infection à *S. para-A* ; ce germe semblerait extrêmement rare pour ne pas dire inexistant comme le relatent d'autres travaux tant africains que malgaches. Citons entre autres SANKALE et BAYLET (à Dakar) qui mentionnent qu'« aucun cas n'était dû à *S. para-A* » sur 360 observations de 1965. L'hémoculture, irrégulièrement ou tardivement demandée, identifie 8 fois *Salmonella typhi*, alors que la coproculture s'avère très souvent négative. Quoi qu'il en soit, le sérodiagnostic de FÉLIX, donne des taux d'anticorps O et H variant entre 1/200 et 1/800^e.

CLINIQUE

A — Formes Classiques

26 observations se rapportent à la forme commune de dothiënenterie et n'offrent aucune originalité :

- ascension thermique progressive et dissociation du pouls déjà nette au début ;
- troubles gastro-intestinaux : langue saburrale, constipation ou diarrhée ocre, météorisme, sensibilité et gargouillement des fosses iliaques ;
- troubles neurologiques, céphalées, vertiges, insomnie, obnubilation ou tупhos avec délire et carphologie.

Signes hématologiques et biologiques : leucopénie — lymphocytose avec ou non un certain degré d'anémie ; accélération de la sédimentation globulaire.

Il importe de remarquer la rareté relative de la splénomégalie, du moins au début de la maladie, et l'inexistence chez les Malgaches des signes cutanés, taches lenticulaires ou taches rosées. L'angine n'est notée qu'une fois.

Par contre, les signes nerveux et notamment la céphalée occipito-frontale, l'obnubilation s'avèrent fréquents, sinon constants.

B — Formes Atypiques

Ces formes, au nombre de 14, présentent une symptomatologie aberrante. Le fait le plus frappant réside en l'absence de fièvre : au maximum la courbe thermique oscille entre 37°5 - 38° pendant 4, 7, voire 10 jours, sans nullement l'allure montante en escalier. Les autres signes évoquent peu l'infection à Salmonelles et tendent à faire errer le diagnostic. Il en est ainsi des troubles digestifs banals, épigastralgie, endolorissement du cadre colique, vomissement, hématurie, moelena. L'examen clinique ne montre pratiquement rien, sinon un léger gargouillement des fosses iliaques avec ou sans météorisme abdominal.

Ailleurs, le diagnostic se discute quand viennent s'ajouter d'autres symptômes tels qu'une céphalée plus ou moins tenace ; un léger typhus, une épistaxis récidivante. Chez deux malades, on ne trouve comme signes qu'une asthénie allant de pair avec une pâleur importante.

Devant un tel tableau, on peut penser à toute autre chose qu'à la fièvre typhoïde. Il n'est pas rare qu'après un flottement de plusieurs jours, les investigations para-cliniques diverses ; transit gastro-duodénal, lavement baryté, examens hématologiques, ne donnent aucune orientation valable. 8 fois sur 14, la formule leucocytaire montre une leucopénie — lymphocytose imposant en dernier ressort le séro-diagnostic. Pour le reste, celui-ci est demandé, disons-le, systématiquement.

Nous signalerons, fait paradoxal, que c'est parmi ces quelques cas que fut notée une association typho-malarique, chez un sujet subfébrile (37°5) admis dans le Service pour « Anémie ».

La discussion s'ouvre à propos des cas extrêmes pour savoir si l'on peut et si l'on doit faire foi aux seules données du séro-diagnostic pour retenir la fièvre typhoïde. Le taux élevé des anticorps semble plaider en faveur, d'autant que la pratique de la vaccination anti-typho-paratyphoïdique n'est pas largement diffusée dans les milieux malgaches.

ÉVOLUTION

Qu'il s'agisse de formes classiques ou de formes trompeuses, l'évolution de la fièvre typhoïde demeure dans l'ensemble bénigne. Le malade transféré au Service spécialisé et y recevant le traitement approprié, tout rentre dans l'ordre en 1 à 2 semaines. Il n'a été relevé que deux cas de complications cardio-vasculaires (5 %) ayant entraîné le décès.

EN CONCLUSION

Si l'infection typho-paratyphoïde revêt souvent la « forme commune » de diagnostic aisé, il faut néanmoins attirer l'attention sur la fréquence relative des aspects atypiques, dirons-nous « ambulatoires », que la seule clinique ne peut prétendre étiqueter. C'est dire l'importance des examens sérologiques et bactériologiques devant une fièvre bâtarde, une céphalalgie, une épistaxis, une anémie subfébrile qui ne font pas leurs preuves.

La fréquence non négligeable de ces cas de typhoïde, la possibilité d'une évolution grave, quoique rare, posent le problème de la prévention de la fièvre typhoïde. L'hygiène des mains, de l'eau, des crudités doit être renforcée grâce à une éducation sanitaire du reste en plein essor.

Moyennant une hygiène aussi largement diffusée que possible, un dépistage et un traitement précoces des cas typiques et atypiques de typhoïde, on pourra se permettre de ne pas préconiser une vaccination antitypho-paratyphoïdique systématique.

Travail du Service de Médecine Générale
Prof. Agr. RAHARISON
Hôpital de Befelatanana
Tananarive.

BIBLIOGRAPHIE

- FRANCO (R.) — *Les fièvres typhoïdes*, Annales de l'Université de Madagascar, 3 — 1964 (p. 158-159).
- RATOVO (F.), ANDRIANJATOVO (J.), ANDRIANARIVO (P.). — *Fièvre typhoïde, formes typiques et formes atypiques*. Congrès des Sciences Médicales, Tananarive. — Avril 1968.
- SANKALE (M.) et BAYLET (R. J.) — *Les infections intestinales à Dakar*. Afrique Médicale n° 56 — Janvier 1968 — (p. 17-19).