Bull. Soc. Path. Ex.,
87, 1994, 181-182

Mots-clés : Leptospirose, Gabon.

Key-words: Leptospirosis, Gabon.

PREMIÈRE DESCRIPTION CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE DE LA LEPTOSPIROSE AU GABON

Par J. L. PERRET (*), J. B. MOUSSAVOU-KOMBILA (*), T. H. DUONG (**), J. P. BERTHONNEAU (***) & C. NGUEMBY-MBINA (*) (****)

First case of leptospirosis in Gabon.

Summary: *We report the first case of leptospirosis described in Gabon. Several environmental factors could favour the transmission of the disease in that country.*

Résumé : *A propos d'un premier cas de leptospirose recensé au Gabon les auteurs remarquent que ce pays réunit de nombreux facteurs favorables à la transmission de la maladie.*

Les leptospiroses sont des anthropozoonoses dues à un spirochète du genre *Leptospira* qui est susceptible de parasiter de nombreux animaux, en particulier les rongeurs (1, 11). De présentation volontiers trompeuse, leur épidémiologie en Afrique est mal connue. Nous en rapportons ici une première observation gabonaise.

OBSERVATION

M. K..., 43 ans, Zairois vivant au Gabon depuis 20 ans, sans antécédents, vétérinaire en charge des abattoirs municipaux de Tchibanga et également propriétaire d'une exploitation agricole, était évacué à Libreville le 3 mai 1993 pour ictère fébrile.

La maladie avait débuté brutalement le 23 avril par une fièvre avec frissons accompagnée de myalgies, d'arthralgies et de céphalées. Un traitement par sels de quinine IV pendant cinq jours avait été inefficace avec persistance des symptômes inauguraux auxquels s'ajoutait une asthénie.

A l'admission, on était devant un sujet prostré se plaignant de myalgies, de céphalées, d'insomnie et qui présentait un ictère franc. La température était à 39°5 C.

Il n'y avait pas de syndrome méningé, d'hémorragie cutanéo-muqueuse ni d'astérixis. L'abdomen était souple, sans circulation collatérale. Il existait une hépatomégalie régulière avec une flèche à 12 cm, sensible à la palpation. Le reste de l'examen était normal.

— Leucocytes : 19 000/mm³ dont neutrophiles : 84 %, lymphocytes : 16 %, plaquettes : 267 000/mm³; Hb : 10 g/100 ml. Absence d'hématozoaires.

— Bilirubinémie : 750 µmol/l dont 350 de conjuguée. TP 94 %, ASAT : 130 UI/l, ALAT : 70 UI/l. Azotémie : 16 mmol/l, créatininémie : 320 µmol/l. Présence d'une protéinurie à + +.

— A l'échographie : voies biliaires non dilatées, vésicule normale et échostructure hépatique homogène.

Sous simple réhydratation parentérale, les céphalées et les myalgies disparaissaient, la température se normalisait en une semaine et on constatait une régression de l'ictère à partir du dixième jour.

Le 17 mai le bilan de contrôle montrait :

— Leucocytes : 6 000/mm³ dont neutrophiles : 70 %, lymphocytes : 30 %; plaquettes : 225 000/mm³; Hb : 9 g/100 ml.

— Bilirubinémie : 172 µmol/l dont 126 de conjuguée; TP : 100 %, ASAT : 62 UI/l, ALAT : 45 UI/l, créatininémie : 159 µmol/l. Absence de protéinurie.

Ce tableau d'hépato-néphrite spontanément régressif chez un vétérinaire exploitant agricole faisait suspecter une leptospirose que confirmait la sérologie (Centre National de Référence des leptospires, Institut Pasteur).

	13 mai	24 juin
Macroagglutination Ag TR	+	+
Ac de classe IgM	1/1 600	1/800
Microagglutination de Martin et Pettit :		
L. bataviae	1/3 200	1/1 600
L. patoc	1/50	—
L. sejroe	1/1 400	—
et négative pour les 16 autres sérogroupes testés.		

(*) Service de Médecine « A ». Centre Hospitalier de Libreville, BP 794, Libreville, Gabon.
(**) Laboratoire de Parasitologie, Faculté de Médecine, Libreville.
(***) LCAM, BP 2215, Libreville, Gabon.
(****) Courte note n° 1524. Acceptée le 15 septembre 1994.

DISCUSSION

En dépit de l'absence de description antérieure de la maladie au Gabon, le diagnostic a pu être envisagé ici grâce à la conjonction d'une présentation ictérique et d'activités professionnelles classiquement exposées.

Parmi la vingtaine de sérogroupes pathogènes décrits, *L. bataviae* partage principalement avec *L. ictero hemorrhagiae* et *L. ballum* l'aptitude à se manifester le plus volontiers par des formes ictériques (11). Les importantes céphalées inaugurales étaient peut-être le témoin d'une réaction méningée a *minima* dont une expression franche compose, avec l'atteinte rénale et l'ictère, la triade viscérale de la forme majeure classique (7). Nous n'avons pas observé de rechute fébrile dont la survenue, après quelques jours d'amélioration, est caractéristique (7, 11) mais inconstante (1, 8).

Les agriculteurs et les éleveurs d'une part, les bouchers et le personnel d'abattoir d'autre part, figurent en bonne place parmi les emplois exposés : ils représentaient respectivement 53 et 12 % des contaminations professionnelles observées en France en 1987 (1).

En Afrique, seuls quelques « petits foyers » de leptospiroses ont été signalés au Sénégal, au Zaire et dans le Maghreb (3) mais la prévalence de ces anthropozoonoses est sans doute universellement sous-estimée en raison de leurs particularités cliniques, diagnostiques et évolutives.

Cliniquement, leur polymorphisme est « pratiquement infini » (10) avec 80 % de présentations anictériques combinant de façon variable des manifestations neurologiques, digestives, pulmonaires, oculaires, rénales, hémorragiques et générales plus ou moins intenses (1, 8).

Le diagnostic bactériologique est exigeant. La pousse des germes est lente, nécessitant un milieu spécial. Les anticorps n'apparaissent qu'après le douzième jour et encore plus tardivement en cas d'antibiothérapie (6). Le sérodiagnostic de MARTIN et PETTIT, réaction de référence utilisant l'agglutination-lyse rebaptisée Micro Agglutination Test (MAT), se heurte à des difficultés tenant lieu à des phénomènes de coagglutination (6). La méthode ELISA, sensible mais non spécifique de sérogroupe, demande une grande rigueur dans l'interprétation (6).

Enfin, l'évolution de la majorité des leptospiroses se fait spontanément vers la guérison sans séquelles (7).

De nombreux cas sont donc susceptibles de demeurer méconnus, masqués par un diagnostic erroné (5). En Afrique équatoriale, ils pourront passer pour du « paludisme » (2) ou des « hépatites virales ».

On sait que la contamination de l'homme se fait le plus souvent par voie cutanée, à la faveur d'excoriations, au contact d'eaux ou de boues chaudes souillées par les urines d'animaux infectés (7, 11). Au Gabon, la faune muridée sauvage est très riche, les rats infestent les cases tandis que les porcs et les chiens circulent en liberté dans les villages; or tous ces mammifères peuvent être des porteurs sains de leptospires pendant de longues périodes (11). Les prévalences élevées de l'anguillulose, de l'ankylostomiase et de la bilharziose (4, 9) témoignent du haut degré d'exposition cutanée à l'eau et à la boue. Toutes les conditions semblent donc réunies pour faire du Gabon une contrée propice à la transmission de cette maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRICAIRE (F.). — Les leptospiroses. *Rev. Prat.*, 1989, **39**, 1308-1312.
2. CARME (B.), YOMBI (B.) & PLASSART (H.). — L'accès palustre : un diagnostic difficile en région de forte endémicité à *Plasmodium falciparum*. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1989, **82**, 578-580.
3. GENTILINI (M.). — *Médecine tropicale,* Flammarion éd., Paris, 1993, 928 p.
4. KLOTZ (F.), NGUEMBY-MBINA (C.), KERBASTARD (T.) & RICHARD-LENOBLE (D.). — La bilharziose à *Schistosoma intercalatum,* une cause fréquente de rectorragie au Gabon. *Méd. Chir. Dig.*, 1987, **16**, 317-319.
5. MAILLOUX (M.). — La méconnaissance des leptospiroses dans la pathologie infectieuse. *Méd. Mal. Infect.*, 1975, **5**, 440-442.
6. MAILLOUX (M.) & DUFRESNE (Y.). — Le diagnostic immunologique des leptospiroses. *Ann. Gastroentérol. Hépatol.*, 1986, **22**, 99-101.
7. PÈNE (P.) & NGUEMBY-MBINA (C.). — Actualité des leptospiroses. *Cah. Méd.*, 1981, **6**, 1541-1544.
8. RAOULT (D.) & MAILLOUX (M.). — Aspect actuel des leptospiroses. *Conc. Méd.*, 1984, **106**, 3237-3241.
9. RICHARD-LENOBLE (D.), KOMBILA (M.), NGUEMBY-MBINA (C.), BOURDIL (M.) & GENDREL (D.). — Prévalences au Gabon des nématodoses intestinales pathogènes chez l'homme. *Méd. Afr. Noire,* 1982, **29**, 581-585.
10. SICARD (D.). — Quand penser à une leptospirose? *Gaz. Méd.*, 1986, **93**, 63-65.
11. SOLAL-CÉLIGNY (P.) & VILDE (J. L.). — Leptospiroses. *Conc. Méd.*, 1979, **101**, 4990-5000.