

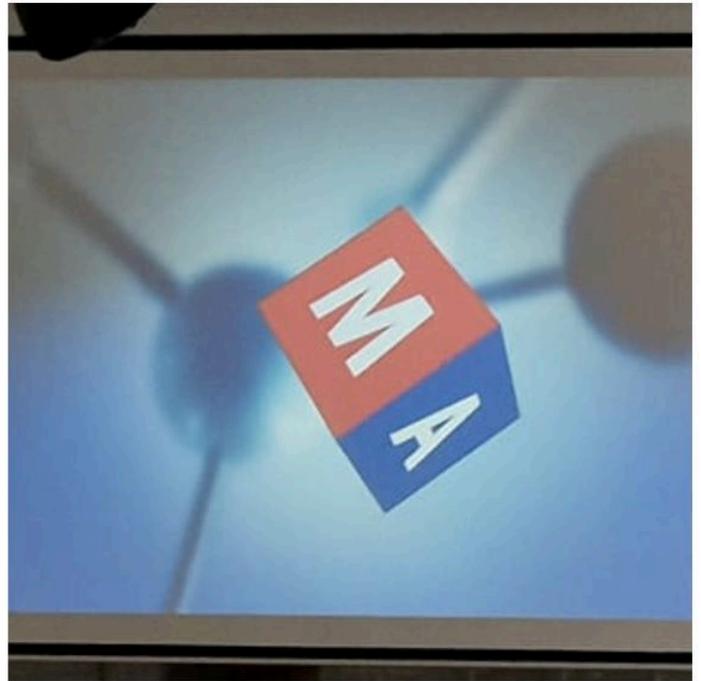
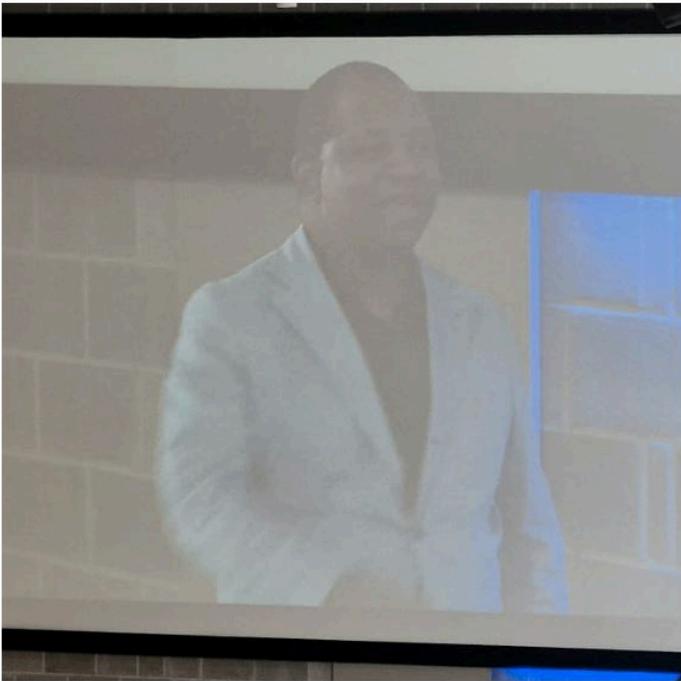
La tularémie : une zoonose qui refait surface en Belgique

Médical

Maladies Infectieuses

Actualité

BRUXELLES 19/09 – Communément appelée la fièvre du lapin, et longtemps considérée comme marginale, la tularémie refait surface en Belgique. Le Pr Jean Cyr Yombi infectiologue au Service de médecine interne et maladies infectieuses aux Cliniques universitaires Saint-Luc, a présenté lors du 59e congrès de l'AMUB, les différentes formes cliniques de cette pathologie qui peuvent devenir graves, en particulier chez les personnes immunodéprimées. Alors, comment diagnostiquer cette maladie et comment la traiter ? Le point avec le Pr Jean Cyr Yombi.



© C.S.

Brève histoire... C'est en 1911 que cette pathologie a été observée pour la première fois chez des rongeurs en Californie, par Georges McCoy et Charles Chapin. Elle était nommée « pseudopeste ». Quelques années plus tard, en 1919, Dr Edward Francis établit son lien avec une bactérie et la relie à une affection humaine appelée « deer fly fever », transmise par le contact avec des mouches. Il la rebaptise « tularémie » pour souligner sa fréquente association avec une bactériémie. Elle sera rebaptisée ensuite *Francisella tularensis* en son honneur.

Cette bactérie *Francisella tularensis*, est un cocobacille classé parmi les agents potentiels de bioterrorisme par le CDC américain pour sa virulence et sa facilité de transmission par aérosol.

« Il existe trois sous-types de tularémie », précise le Pr Jean Cyr Yombi:

- **Le type A**, le plus virulent, qui est surtout présent aux États-Unis mais parfois détecté en Europe. Il a une mortalité de 10 à 30 % sans traitement adéquat.
- **Le type B**, qui est majoritaire en Europe, mais moins agressif et a une mortalité autour de 1 %.
- **Le sous-type asiatique**, rencontré uniquement en Asie centrale, qui est de virulence comparable au type B.

En Belgique, douze cas de type B ont été confirmés en 2023 (et un recensé) dont 7 en Flandres, un à Bruxelles et 5 en Wallonie. Il s'agit là du nombre le plus élevé depuis 1950.

Des réservoirs multiples

De manière générale, cette bactérie circule chez de nombreux animaux sauvages. En Belgique, on la retrouve principalement chez les lièvres, les renards, ou encore chez les rongeurs et les écureuils. Mais les bovins, les moutons, les chiens et les chats peuvent aussi être touchés accidentellement. La transmission à l'humain quant à elle, se fait par contact direct en manipulant des carcasses ou par morsures, mais également en ingérant de l'eau ou des aliments contaminés. Elle peut également se transmettre par piqûres de tiques ou par l'exposition aérienne de particules infectées.

« Tout matériel infecté peut entrer en contact avec les yeux, provoquant des conjonctivites. L'ingestion d'eau contaminée peut entraîner des troubles digestifs, et les sols contaminés représentent également un risque. Les particules peuvent se retrouver en suspension dans l'air et leur inhalation peut provoquer une infection. Par ailleurs, des cas de transmission suite à des accidents de laboratoire ont été rapportés. Comprendre ces différents modes de transmission est donc désormais essentiel, car ils conditionnent les formes cliniques de la maladie », souligne l'infectiologue.

Si les personnes les plus exposées sont certainement les chasseurs, les gardes forestiers, les vétérinaires et gardes-chasse, d'autres personnes peuvent être atteintes également. Mais dans ces professions, les personnes les plus représentées sont des hommes, ce qui explique en partie le ratio de cas plus élevé dans la population masculine, précise le Pr Jean Cyr Yombi.

Pas de transmission d'homme à homme

Heureusement, il n'existe pas à l'heure actuelle de transmission d'homme à homme de cette maladie, rassure l'infectiologue. Les quelques cas familiaux décrits proviennent d'une exposition commune (eau contaminée, contact avec un animal infecté), mais jamais d'une transmission directe entre individus.

Cas cliniques des patients

En ce qui concerne la période d'incubation, elle varie entre 3 à 5 jours mais peut atteindre jusqu'à 21 jours. « Et en fonction dont le patient va être contaminé, il y aura des formes

cliniques particulières », ajoute l'infectiologue. On distingue six formes cliniques principales, précise-t-il :

- **Ulcéro-glandulaire** : si vous avez une papule sur la peau puis une ulcération cutanée avec des ganglions.
- **Glandulaire isolée** : adénopathies sans lésion visible.
- **Oculo-glandulaire** : une conjonctivite purulente avec adénopathies régionales soit parce que le patient a frotté ses yeux avec ses mains contaminées, ou a reçu de l'eau contaminée dans la conjonctive ou encore des particules se sont déposées directement.
- **Oropharyngée** : pharyngite ou amygdalite ulcérée, qui peut être confondue avec une angine ou une mononucléose. Lorsque le patient a ingéré de l'eau ou des aliments contaminés.
- **Pulmonaire** : cette forme pulmonaire est une des plus sévères, avec toux, dyspnée, douleurs thoraciques ; elle entraîne plus de mortalité que les autres formes.
- **Typhoïdale** : la forme typhoïdale est très sévère, elle présente une fièvre élevée, des douleurs abdominales, parfois des céphalées. Cette forme présente un tableau systémique sans porte d'entrée identifiée, et est accompagnée parfois de diarrhées atypiques.

Formes cliniques de la tularémie et voies de contamination¹¹⁹.

Forme clinique	Voie de contamination	Présentations cliniques
Ulcéro-glandulaire et glandulaire	- contact direct avec des animaux ou un environnement contaminé par une peau lésée ou d'apparence intacte - morsures ou piqûres d'arthropodes	Forme ulcéro-glandulaire : - papule douloureuse à J3-J5 puis ulcération à J7-J9 + adénopathies douloureuses locorégionales avant, pendant ou après les lésions cutanées +/- fluctuantes +/- fistulisation - lymphangite pas classique : suspicion de surinfection - forme sporotrichoïde (nodules sous-cutanés le long des lymphatiques) possible Forme glandulaire : - adénopathies sans lésions cutanées associées.
Oculo-glandulaire	- frottement de l'œil par des doigts contaminés - immersion dans un milieu contaminé - projections d'eau contaminée - particules aériennes infectées	- syndrome oculo-glandulaire de Parinaud : conjonctivite purulente douloureuse unilatérale + adénopathie régionale homolatérale - érythème conjonctival + œdème - ulcérations/papules conjonctivales - érythème péri-orbitaire + adénopathies pré-auriculaires/cervicales/sous-mandibulaires - rares atteintes bilatérales
Oropharyngée	- ingestion/contact d'eau ou d'aliments contaminés - gouttelettes ou mains contaminées mises à la bouche	- fièvre - amygdalite exsudative - pharyngite (fréquemment ulcérée et ne répondant pas à la pénicilline) + adénopathies cervicales.
Pulmonaire	- inhalation d'aérosols contaminés (forme pulmonaire primaire) - dissémination hémotogène (forme pulmonaire secondaire)	- fièvre élevée +/- toux sèche +/- douleur thoracique +/- dyspnée +/- hémoptysies (rares)
Typhoïde	- toutes les voies de contaminations	- clinique aspécifique : fièvre prolongée ; céphalées ; myalgies ; toux ; douleur abdominale diffuse ; anorexie. - clinique spécifique : diarrhée liquidienne (rarement sanguinolente)

En conclusion, « le tableau de présentation est extrêmement mixte et varié, ce qui peut induire un retard de diagnostic, explique l'infectiologue. Ensuite, il peut y avoir des

complications « Il est donc intéressant de se souvenir du contexte épidémiologique, des différentes formes de présentation pour pouvoir évoquer le diagnostic. Aussi, les métiers à risque peuvent nous mettre la puce à l'oreille », ajoute-t-il.

Par ailleurs, l'infectiologue souligne que l'immunodépression, au sens large, favorise la transmission de ce pathogène. Chez les patients immunodéprimés, qu'il s'agisse de transplantés, de personnes vivant avec le VIH ou de patients sous traitements immunosuppresseurs, les formes pulmonaires et typhoïdales sont plus fréquentes et plus sévères.

Complications possibles de la tularémie sur base de cas décrits dans la littérature⁹.

Type de complication	Fréquence	Présentation clinique
Adénite purulente	très fréquent	rougeur, douleur, fistulisation
Éruptions cutanées	10-20 % des cas	<ul style="list-style-type: none"> - macules - papules - vésicules - dermite - érythème noueux - érythème polymorphe - syndrome de Sweet - purpura d'Henoch-Shönlein
Infection de la peau et des tissus mous	rare	<ul style="list-style-type: none"> - contexte : après morsure animale/ piqûre de tique ou par contiguïté avec adénite purulente ou par dissémination hématogène - cellulite - lymphangite - abcès sous-cutané - nécrose cutanée
Méningite / Encéphalite	environ 20 cas documentés (surtout aux USA)	<ul style="list-style-type: none"> - méningite - rhombencéphalite - micro-abcès cérébraux - vascularite
Endocardite / Aortite infectieuse	très rare (surtout chez les hommes > 55 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - endocardite sur valve native /prothétique/pacemaker - aortite
Infections ostéo-articulaires / Prothèses	cas isolés (doigts, prothèses de genou et de hanche)	<ul style="list-style-type: none"> - fièvre - douleur - arthrite chronique
Autres complications	très rares	<ul style="list-style-type: none"> - péricardite - myocardite - pleurésie - otite - abcès amygdalien - abcès pulmonaire

Comment diagnostiquer ?

« Tout d'abord, il faut garder une haute suspicion quand on a des facteurs épidémiologiques et cliniques qui nous font penser à la tularémie. La sérologie peut nous aider en sachant bien que les IgM et les IgG n'apparaissent pas très précocement », précise le spécialiste. « Ces sérologies peuvent présenter des réactions croisées, notamment avec

celle de la brucellose. De plus, chez des patients ayant des antécédents, la sérologie peut rester positive pendant des mois, voire des années, même en l'absence de symptômes. »

« Par ailleurs, les nouvelles techniques moléculaires, à la fois précoces et sensibles, permettent de déterminer le type de tularémie. Cette identification présente aussi un intérêt épidémiologique, puisqu'elle aide à détecter une éventuelle augmentation des cas dans une zone donnée. Les hémocultures, en revanche, sont peu rentables et comportent un risque de contamination pour le personnel de laboratoire lors de la manipulation des prélèvements. »

Examens complémentaires pouvant participer à la confirmation ou à la suspicion d'une tularémie^{1,4,5}.

Type d'examen	Résultats	Difficultés
Sérologie = méthode diagnostic standard	<ul style="list-style-type: none"> - IgM et IgG apparaissent ensemble ≥ 2 semaines après le début des symptômes* - confirmation si titre multiplié par 4 à ≥ 2 semaines d'intervalle entre l'infection aiguë et la convalescence 	Faux-positifs : <ul style="list-style-type: none"> - réactions croisées avec <i>Brucella spp</i>, <i>Yersinia spp</i> et <i>Proteus OX19</i> - antécédent de tularémie : persistance des anticorps au long cours (mois, années) - disponibilité (laboratoire de référence)
Microbiologie	<ul style="list-style-type: none"> - diagnostic précoce et spécifique - pas en routine vu la difficulté de croissance sur des milieux de culture classique (culture positive dans +/- 10 % des cas) et le risque de contamination du personnel de laboratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - faible sensibilité des hémocultures (incubation prolongée et courte durée de la bactériémie) - nécessité de laboratoire de sécurité de niveau 3
Biologie moléculaire	<ul style="list-style-type: none"> - diagnostic précoce - excellente spécificité - sensibilité variable : meilleure sur les liquides et les sécrétions biologiques - utile pour le typage des souches et les études épidémiologiques 	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilité variable selon le gène ciblé, la charge bactérienne, le type d'échantillon (faible sur le sang) - disponibilité limitée (laboratoire de référence)
Anatomopathologie	<ul style="list-style-type: none"> - infiltrats lymphocytaires +/- granulomes +/- nécrose +/- caséuse +/- cellules géantes 	Diagnostic différentiel principal : <i>Mycobactéries</i> , <i>Bartonella spp</i>

plusieurs méthodes possibles (techniques d'immunofluorescence indirecte, de séro-agglutination (valeur seuil à 1/160), de micro-agglutination, d'hémagglutination, d'ELISA et tests rapides).

Comment traiter les patients ?

"On associe généralement des antibiotiques actifs en intracellulaire. Les tetracyclines sont privilégiés, pour les formes non compliquées. Les aminosides, bien que redoutés pour leur toxicité, restent utiles dans les formes sévères. La durée du traitement varie selon la localisation (cutanée, pulmonaire, ostéo-articulaire)."

Aucun vaccin n'est disponible à ce jour, malgré des essais anciens menés en URSS et aux États-Unis mais qui n'ont pas survécus.

TRAITEMENT

Résumé de l'efficacité clinique et des inconvénients des antibiotiques utilisés en pratique pour le traitement de la tularémie et leurs indications principales selon les données de la littérature^{1,8,11}.

Classe d'antibiotiques	Molécule(s)	Efficacité clinique et avantages	Inconvénients / limites	Indications principales	Durées de traitement
Aminosides*	Streptomycine Gentamicine	très efficace	- administration intraveineuse ou intramusculaire - faible diffusion au niveau du LCR - risques néphro- et ototoxiques	- formes graves - forme typhoïde - forme pulmonaire	7 à 10 jours
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine Levofloxacine Moxifloxacine	- très efficace (particulièrement pour la forme pulmonaire) - bonne biodisponibilité orale	Efficacité moindre pour la levofloxacine	- formes modérées à sévères - forme pulmonaire	14 à 21 jours
Tétracyclines	Doxycycline Tétracycline	- bonne efficacité - voie orale	- bactériostatique - risque de rechutes si traitement <14 jours	formes modérées	14 à 21 jours

Prévention : hygiène et vigilance

La prévention reste primordiale et repose sur des mesures simples : le port de gants lors de la manipulation d'animaux, des masques si nécessaire, l'hygiène des mains, la consommation d'eau potable, la protection contre les tiques. Dans certaines situations à haut risque documentées, une prophylaxie antibiotique précoce peut être proposée.

« La tularémie est rare, mais son pronostic dépend largement d'un diagnostic précoce », conclut le Dr Yombi. « Devant une fièvre persistante, des adénopathies atypiques ou une angine résistante aux antibiotiques classiques, il faut garder à l'esprit cette zoonose, surtout si le patient exerce un métier à risque ou a été en contact avec des animaux ou de l'eau potentiellement contaminée. »

Par ailleurs, l'infectiologue souligne que l'immunodépression, au sens large, favorise la transmission de ce pathogène. Chez les patients immunodéprimés, qu'il s'agisse de transplantés, de personnes vivant avec le VIH ou de patients sous traitements immunosuppresseurs, les formes pulmonaires et typhoïdales sont plus fréquentes et plus sévères.

Carole Stavart • MediQuality

22/09/2025

Contact

info@mediquality.net

Rue Emile Francqui, 5
1435 Mont-Saint-Guibert
Belgique

À propos de MediQuality

Contactez-nous



Découvrir

Informations

Actualités

Médical

Dossiers

Congrès

Éducation

Academy

Communauté

Réactions

Contributions

Sondages

Services

Agenda

Info Partenaires

[Conditions générales](#)

[Politique de confidentialité](#)

[Politique de Cookies](#)

© 2025 MediQuality

Le contenu de ce site web est protégé par le droit d'auteur.

Ce site contient également du matériel appartenant à des tiers.