

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Le tétanos céphalique de Rose : à propos d'un case.
Rose cephalic tetanus : about a case.

Auteurs :
Soufiane Sid'Ahmed[1,2], Boushab Mohamed Boushab[4], Kebe Hasmiou[3]; Baba Sidi El Wafi[1,3]

Auteur correspondant : Soufiane Sid'Ahmed,
Faculté de médecine de Nouakchott, Mauritanie
Email : ouldsouf@yahoo.fr

Services :
[1] Faculté de médecine de Nouakchott, Mauritanie
[2] Service Maladies Infectieuses Centre Hospitalier National de Nouakchott, Mauritanie ;
[3] Service Médecine Interne Centre Hospitalier National de Nouakchott, Mauritanie ;
[4] Service Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Kiffa, Assaba,

Article Info

Soumis : le 18/03/2021
Accepté : le 03/04/2021

Résumé

Introduction :

Le tétanos constitue encore un problème de santé publique majeur dans la plupart des pays en voie de développement. Sa mortalité reste élevée d'où l'intérêt de sa prévention par la vaccination mais aussi de sa prise en charge précoce.

Sa forme localisée demeure rare et dominée par le tétanos céphalique dont le diagnostic est tardif.

Elle fait souvent suite à un traumatisme même minime au niveau de la tête ou du cou chez des personnes non ou insuffisamment immunisées.

Le signe principal est le trismus associé à l'atteinte d'une ou plusieurs paires crâniennes.

Une septicémie est fréquemment associée à cette forme.

Nous rapportons un cas de tétanos céphalique de Rose dont le diagnostic a été tardif, ce qui a entrainé une complication à type de septicémie.

Mots clés : Tétanos • trismus • paralysie faciale périphérique • Mauritanie

Abstract

Introduction :

Tetanus is still a major public health problem in most developing countries. Its mortality remains high, hence the importance of its prevention by vaccination but also of its early treatment.

Its localized form remains rare and dominated by cephalic tetanus, whose diagnosis is late.

It often follows a minor injury to the head or neck in people who are not or insufficiently immunized. The main sign is the trismus associated with the involvement of one or more

cranial pairs. Sepsis is frequently associated with this form. We report a case of Rose cephalic tetanus which was diagnosed late, which led to a sepsis complication.

Key words : Tetanus • Trismus • Peripheral Facial Paralisy • Mauritania

Introduction :

Le tétanos constitue encore un problème de santé publique majeur dans la plupart des pays en voie de développement, touchant entre 0,7 et 1 million de personnes par an[1] .

C'est une maladie infectieuse causée par le bacille tétanique ou Clostridium tetani, qui est un bacille à Gram positif sporulant anaérobie strict et ubiquitaire dont les spores sont souvent retrouvées dans la terre [2].

Clostridium tetani produit des toxines à l'origine de ses manifestations cliniques invalidantes et fatales [3].

Le tétanos généralisé est la forme classique et la plus connue. Cependant des formes atypiques existent rendant le diagnostic difficile, compte tenu de ses présentations inhabituelles [4].

Dans tous les cas la prévention repose sur l'administration de sérum antitétanique devant toute plaie survenue chez des personnes non vaccinées ou avec un état vaccinal douteux.

Cependant quand la maladie s'installe, elle impose un traitement long avec risque mortel.

La présente étude avait pour but de relever les difficultés diagnostiques du tétanos de l'adulte apparu au décours d'une paralysie faciale gauche avec une difficulté à ouvrir la bouche.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, berger de profession sans antécédent pathologique connu tabagique chronique qui s'est présenté aux urgences de notre hôpital le 19 janvier 2018 pour une paralysie faciale gauche avec une difficulté à ouvrir la bouche.

Le début de sa symptomatologie remonterait au 05 janvier marqué par une entaille de la joue gauche avec une brisure de bois, suivie d'un saignement minime traité par une application locale de tabac traditionnel.

Dix jours après sont apparus une déviation labiale droite associée à une difficulté à ouvrir la bouche ce qui avait motivé une consultation. A la suite de cette consultation, on lui a prescrit un premier traitement de nature inconnue.

Devant la persistance et l'aggravation des signes, il a consulté de nouveau dans un autre centre de santé. Durant cette consultation un bilan sanguin n'avait rien révélé et on lui a suggère de continuer le même traitement et que la paralysie disparaitrait progressivement.

Par la suite la famille décida de l'amener au niveau de notre hôpital où il a été reçu au service des urgences pour un tableau de paralysie faciale périphérique (PFP) gauche avec signe de Charles Bell (Figure1), un trismus serré, une toux grasse avec expectorations jaunâtres et une fièvre.

Il ne présentait pas de crises paroxystiques ni de dyspnée, sa conscience était claire.

Pas de notion d'immunisation antitétanique.

C'est devant la notion de plaie de la joue gauche (Figure 2) associée à une paralysie faciale périphérique homolatérale et le trismus chez un patient sans immunité antitétanique que le diagnostic de tétanos céphalique associé à une pneumopathie a été rapidement retenu.

Les examens complémentaires ont révélé une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et une CRP à 24 mg/l. Une scanner cérébral était réalisé mais n'avait rien révélé d'anormal.

Devant la pneumopathie qui ne fait pas partie du tableau classique du tétanos, une radiographie thoracique réalisée avait révélé des infiltrats bilatéraux prédominants à droite et qui était rattachée à une pneumopathie d'inhalation.

Au bout d'une semaine d'hospitalisation, le trismus avait bien régressé, le patient était apyrétique et il a commencé une alimentation per os semi-liquide.



Figure 1 : Paralysie faciale gauche.



Figure 1 : Cicatrisation de la porte d'entrée.

Il est sorti après trois semaines d'hospitalisation au service des maladies infectieuses.

Quant à la PFP, elle a complètement régressé un mois après sa sortie de l'hôpital (figure 3).



Figure 3 : Rémission totale de la paralysie faciale.

Discussion :

Le tétanos est encore présent en Afrique avec des taux de mortalité variant entre 20 et 90 %.

Le tétanos de l'adulte survient habituellement chez des sujets travaillant dans des milieux à risque comme les travailleurs manuels, ou après des plaies diverses situées au niveau des membres [5]. Sa présentation localisée est cependant rare.

Très peu de données existent sur le tétanos en Mauritanie, les seules disponibles concernent le programme élargi de vaccination (PEV) selon le quel le pourcentage d'enfants âgé de moins de 2 ans qui ont reçu la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'haemophilusinfluenzaé b (Pentavalent 3) avant leur premier anniversaire était de 55,7 % [6].

La forme localisée du tétanos est souvent méconnue en l'absence de crise paroxystique.

Elle correspond le plus souvent soit à un tétanos à point de départ localisé, soit à un tétanos

chez un sujet ayant subi une vaccination incomplète ou ancienne [7].

Quant au tétanos à localisation céphalique, c'est une forme particulière de tétanos localisé [8].

Elle peut compliquer une plaie contaminée de la tête ou du cou, une otite, une extraction dentaire ou un piercing d'oreille. Il peut représenter jusqu'à 3 % de toutes les formes de tétanos. Dans une étude réalisée par Kakou et al au service des maladies infectieuses du CHU de Treichville en Côte d'Ivoire en 2004, le tétanos localisé représentait 1,64 %. L'incidence annuelle était de deux cas [9].

Classiquement on peut avoir un trismus associé à une paralysie faciale homolatérale à la porte d'entrée.

Il peut exister aussi sous la forme d'un trismus associé à une paralysie faciale bilatérale ou d'un trismus plus une paralysie oculomotrice [10].

Notre patient a été hospitalisé au service des maladies infectieuses car il ne présentait aucun signe de détresse respiratoire ni des crises paroxystiques.

Quant à sa prise en charge, elle est identique à celle du tétanos généralisé faite du traitement de la porte d'entrée, chez notre patient la porte d'entrée avait déjà commencé à cicatriserune semaine après l'hospitalisation (Figure 3).

Une double antibiothérapie a été instaurée chez notre patient faite de métronidazole 500mg IV trois fois par jour, le métronidazole a été préféré à la pénicilline G car certaines études ont montré qu'il était plus efficace que la pénicilline G. On pense que la pénicilline G renforce les effets inhibiteurs sur les jonctions neuromusculaires, aggravant encore la maladie [11].

Le deuxième antibiotique reçu est l'association amoxicilline acide clavulanique car en plus du tétanos notre patient présentait une septicémie à porte d'entrée pulmonaire.

Il a également reçu un traitement symptomatique par du diazépam IV pour son trismus serré, du sérum antitétanique pour neutraliser les toxines ainsi que du paracétamol IV pour la fièvre.

La première dose du vaccin antitétanique a été administrée pour éviter les récidives avec des rappels prévus car le tétanos n'est pas une maladie immunisante et des cas de rechutes sont décrites dans la littérature [11].

Un apport hydro électrolytique et nutritionnel a été également instauré.

Chez notre patient le pronostic était bon comme souvent dans les cas de tétanos céphalique (moins de 1 % de mortalité) malgré la septicémie, ceci peut être expliqué surtout par l'absence de contracture généralisée [12].

Contrairement à notre cas, dans la forme généralisée de tétanos le taux de mortalité reste très élevé et supérieur à 30 % dans les pays développés [13].

Conclusion :

La méconnaissance de cette formede tétanos par le personnel soignant renforce encore la nécessité de communiquer sur ce cas.

Le diagnostic de toutes les formes de tétanos est avant tout clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire.

Cette forme localisée est certes rare, mais potentiellement grave.

Un diagnostic et une prise en charge précoces réduisent considérablement le risque de complications et éventuellement de décès.

De plus, ce rapport de cas signifie également que toutes les plaies ouvertes, même mineures, doivent être systématiquement dépistées pour le tétanos et une prophylaxie adéquate et précoce doit être administrée si nécessaire.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

Soufiane Sid'Ahmed suivi du patient : collecte des données et rédaction de l'article;

Boushab Mohamed Boushab : correction du style

Hasmiou Kebe : suivi du patient

Baba Sid El Wafi : correction du style;

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

[1] Randriambololona DMA, Rakotomalala NZ et coll. Tétanos post partum : Rev Trop de Chir. 2013;7:7-9.

[2] Jagoda A, Riggio S, Burguieres T. Cephalic tetanus: a case report and review of the literature. Am J Emerg Med. mars 1988;6(2) :128-30.

[3] Ryu SH, Seo IY, Park HJ, Oh HK. Cephalic tetanus : a case report. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2004;30:345–348.

[4] Bleck TP. Tetanus : pathophysiology, management, and prophylaxis. Dis Mon. sept 1991;37(9):545-603.

[5] Boushab BM, Fall-Malick FZ, Savadogo M, Basco LK. Generalized tetanus in adults without antitetanus booster vaccination in southern Mauritania. Clin Case Rep. 2018; 6(5): 835–838

[6] https://mics-surveyprod.S3.amazonaws.com/mauritania Consulté le 04 mars 2019.

[7] Blettery B, Doise JM. Tétanos: prévention et diagnostic. EMC-Médecine d'urgence. 2004;1:151-6.

[8] Popoff MR, Poulain B. Tétanos: physiologie, épidémiologie, formes cliniques, traitements et vaccination. Antibiotiques. 2005; 7: 23-41.

[9] Kakou AR, Eholie S, Ehui E, et al. Le tétanos localisé à Abidjan : particularité cliniques et évolutions (1976-1997) Bull Soc Pathol Exot. 2001;94(4) :308-311. [Pub Med]

[10] Tonduangou KD, Jungfer F, Nahila M et al. Tétanos céphalique avec paralysie faciale de Bell inaugurale chez une personne âgée. Ann Med Interne 2003; 154(3): 190-1.

[11] Ahmadsyah I, Salim A. Treatment of tetanus: an open study to compare the efficacy of procaine penicillin and metronidazole. Br Med J (Clin Res Ed). 7sept 1985;291(6496):648-50.

[12] Chalya PL, Mabula JB, Dass RM et al. Ten-year experience with Tetanus at a Tertiary hospital in Northwestern Tanzania : a retrospective review of 102 cases. World J Emerg Surg.2011 Jul8 ;6 :20 [Article PMC gratuit]

[13] CMIT. E PILLY - Maladies infectieuses et tropicales 2012. 23éme édition. CMIT; 2012.