

Encéphalite japonaise chez un touriste : cas clinique.

Observation

Un homme de 63 ans, retraité de l'enseignement, ayant travaillé de nombreuses années en outre-mer, est hospitalisé en urgence pour un syndrome confusionnel aigu, précédé depuis 48 heures d'une fièvre supérieure à 40°C, de céphalées intenses. Il n'a pas d'antécédent connu.

Ce malade est revenu en avion il y a 72 heures d'un voyage de 6 semaines en juin juillet au Vietnam. L'interrogatoire de sa femme, qui ne l'a pas accompagné, mais à qui il a raconté son voyage en détail, nous apprend qu'il a séjourné essentiellement en zones rurales. Il a suivi une prophylaxie antipalustre régulière par méfloquine, y compris depuis son retour en France. Sa femme se rappelle qu'il a été vacciné contre la fièvre jaune (rappel en 2003 pour un séjour en Afrique).

A l'examen, la fièvre est à 39,8°C, le pouls est à 110/mn. On note un état confusionnel franc avec désorientation temporo-spatiale et amnésie rétrograde et antérograde. Il y a une raideur méningée franche, sans signe de localisation neurologique.

Examens paracliniques

VSH : 70 mm à la première heure; CRP à 45 mg/l

NFS : Globules rouges : 4 800 000/mm³, taux d'hémoglobine : 14,8 g/dl

Globules blancs : 16 720/mm³ dont 82% de polynucléaires neutrophiles.

Plaquettes : 320 000/mm³

Frottis sanguin, goutte épaisse, TDR : absence d'hématozoaires

Scanner cérébral avec injection : absence d'anomalie localisée

Ponction lombaire : LCR clair, 462 éléments blancs/mm³ dont 68% de lymphocytes, protéines : 0,60 g/l, glucose : 3,06 mmol/l, chlorures : 124 mmol/l, examen direct négatif (Gram, Ziehl) ; recherche d'antigènes bactériens solubles : négative ; examen direct à l'encre de Chine et recherche d'antigènes cryptococciques circulants : négatifs.

Radiographie thoracique : ITN

Questions

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Quels sont les examens complémentaires nécessaires pour confirmer ce diagnostic ?

Quel est le traitement de cette maladie ?

Quelle est la prophylaxie de cette maladie ?

Discussion

Il s'agit d'une méningo-encéphalite (ME) à liquide clair.

Chez ce malade revenant d'une zone d'endémie palustre, le diagnostic à éliminer en premier est un neuropaludisme à *Plasmodium falciparum* : le malade a suivi une chimioprophylaxie correcte et les recherches d'hématozoaires sont négatives

Trois autres grandes étiologies doivent être immédiatement évoquées : la tuberculose, la listériose, l'infection herpétique. Chez ce malade ayant fait un séjour récent au Vietnam en zones rurales, pendant la saison des pluies, période de transmission maximale (mai à septembre), le diagnostic d'Encéphalite Japonaise (EJ) doit être retenu. Il n'y a pas d'antécédents de tuberculose, pas de déficit immunitaire évident, le début de la maladie a été brutal, il n'a pas d'hypoglycorachie, la protéinorachie est < 2g/l et il n'a y a pas d'autre localisation cliniquement évidente de tuberculose.

La listériose à *Listéria monocytogenes* est discutée : il n'y a pas de terrain « débilite », le LCR est lymphocytaire et non « panaché », le scanner ne montre pas de zones d'hypodensité.

Une polynucléose sanguine est habituelle.

La confirmation des cas présumés d'EJ est donnée par la sérologie (test ELISA) : présence d'IgM dans le sang et le LCR dans les 4 à 7 jours suivant le début de la maladie et par la RT/PCR qui détecte l'ARN viral dans le LCR. Des réactions croisées avec d'autres flavivirus circulant en zone tropicale rendent difficile l'interprétation des réactions sérologiques hors d'un contexte épidémique. La sérologie sur des sérums appariés met en évidence une augmentation notable d'anticorps spécifiques. Les cultures tissulaires sur des échantillons de sang ou de LCR peuvent permettre d'isoler le virus.

Le diagnostic sera affirmé dans cette observation par la sérologie par la mise en évidence des anticorps-anti

EJ IgM par ELISA (recherche positive à 1/24 000 dans le sérum du malade).

Il n'y a pas de traitement étiologique de cette maladie. Des progrès sensibles ont été accomplis par une bonne prise en charge de l'EJ avec une réduction sensible de la mortalité et des séquelles par le contrôle de l'hyperthermie, des convulsions, des troubles ioniques et de la dénutrition. Dans le cas présenté, l'évolution a été marquée par une persistance des troubles mnésiques nécessitant une prise en charge spécialisée.

Compte tenu de l'incidence de la maladie dans certaines régions, de la létalité, des séquelles, de l'absence de traitement étiologique, de l'extension actuelle, la vaccination contre l'EJ est indispensable pour la prévenir.

Le vaccin actuellement à notre disposition est le vaccin IXIARO®. Le taux de séroconversion est proche de 100%. Le schéma vaccinal est de deux injections à J0 et J28.

Les voyageurs concernés par la vaccination contre l'EJ sont :

- les personnes âgées de 18 ans et plus, expatriées ou devant résider plus de 30 jours dans ces régions,
- les voyageurs âgés de 18 ans et plus se rendant dans ces régions avec une activité extérieure importante, plus particulièrement dans les zones de rizières ou de marécages, pendant la période de transmission du virus, notamment pendant la saison des pluies, quelque soit la durée du séjour. Les activités suivantes sont considérées comme à risque : dormir à la belle étoile sans moustiquaire, camping, travail à l'extérieur, randonnée, etc., en particulier dans des zones où l'irrigation par inondation est pratiquée.

Une protection non spécifique par les moustiquaires imprégnées, les vêtements longs, les répulsifs est indispensable.

Le malade n'avait pas été vacciné, il a séjourné au Vietnam en zones rurales en juin juillet, en saison des pluies.

Références

Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Méningo-encéphalite au retour de Thaïlande. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia, 2001, pp. 240-242.

Ghosh D., Basu A., Japanese encephalitis. A pathological and clinical perspective, 2009, 3, e-437.

Rodhain F. Encephalite japonaise : une maladie virale en pleine évolution. *Bull Soc Path Exot*, 2010, 103, 135-154.

Hills S.L., Giggs A.C., Fisher M. Cas d'encéphalite japonaise chez des voyageurs originaires des pays non endémiques, entre 1973 et 2008. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2010, 82, 930-936

Professeur Pierre Aubry. Texte mis à jour le 28/09/2011