

Gastroentérite à *Vibrio parahaemolyticus* : à propos d'une observation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Vibrio parahaemolyticus Gastroenteritis: a case report from Kinshasa University Hospital

Kamwiziku GG¹, Manienga J¹, Atantama M¹,
Bompangue D¹, Muyembe JJT¹.

Correspondance

Kamwiziku GG, médecin biologiste au service de microbiologie/CUK
Email : drkamwiziku@gmail.com
Tél. :+243810665054

Summary

The authors illustrate by this case the interest of the history and especially of the environmental investigation in the management of diarrheal disease in a context of precariousness of hygien.

Keywords: diarrheal disease, investigation, management

Article information

Received date: 23 December 2015
Accepted date: 21 May 2016

1. Service de microbiologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa

Résumé

Les auteurs illustrent par ce cas, l'intérêt de l'anamnèse et surtout de l'enquête environnementale dans la prise en charge de la maladie diarrhéique dans un contexte de précarité d'hygiène.

Mots clés : maladie diarrhéique, enquête environnementale, prise en charge

Historique de l'article

Reçu le 23 décembre 2015

Accepté le 21 mai 2016

Introduction

Les maladies diarrhéiques sont une cause importante de morbidité surtout infantile en milieu défavorisé (1-2). Elles constituent dans le contexte du péril oro-fécal, une menace sérieuse de santé publique et des manifestations épidémiques comme le choléra (2). Ces dernières sont récurrentes dans certains pays de la zone tropicale. Enrayer ces épidémies suppose une détection rapide, en vue d'une riposte précoce et le diagnostic étiologique est capital à ce point de vue (3-4). L'observation ci-dessous concerne un octogénaire solitaire, vivant en zone péri-urbaine de Kinshasa, qui a présenté une gastroentérite aiguë due très vraisemblablement à une cause infectieuse du cortège des maladies du péril oro-fécal. Les analyses paracliniques ont laissé suspecter une infection au *Vibrio parahaemolyticus*, un bacille Gram négatif halophile dont le pouvoir pathogène est dû à la libération d'une endotoxine et non à l'action directe du germe sur les entérocytes. La maladie s'amende généralement en quelques heures par une prise en charge symptomatique ne nécessitant pas un recours aux antibiotiques (5). La mise en évidence du bacille est possible en culture sur le milieu Chromagar Vibrio, beaucoup plus spécifique que le Thiosulfate bile citrate saccharose (TCBS) (6), ou mieux encore par des techniques moléculaires non routinières en milieu défavorisé qui permettent de faire une identification plus performante par la galerie API et la recherche du gène tox R par la PCR (6).

La contamination se fait habituellement par l'ingestion de poissons, coquillages, crustacés et huîtres crus ou insuffisamment cuits, c'est une affection du complexe à transmission oro-fécale, véritable menace de santé publique dans les régions les plus déshéritées du globe (7). La période d'incubation avant la manifestation des symptômes est relativement courte, entre 6 à 20 heures.

Présentation du cas

Mr X, 80 ans et habitant un quartier périphérique de la ville de Kinshasa, est admis aux urgences des Cliniques Universitaires de Kinshasa le 4 août 2015 pour diarrhée aqueuse. L'anamnèse ne révèle pas d'antécédents particuliers, hormis une histoire de vomissements (deux fois avant l'admission). Le patient signale une importante asthénie physique et ne présente pas de signes objectifs de déshydratation sévère tels que la sécheresse des muqueuses, les cernes orbitaires, et le pli cutané paresseux. Sa pression artérielle est de 90/44 mmHg, le pouls est palpé à une fréquence de 80 / min et la fréquence respiratoire est de 25 cycles/min.

Le patient est immédiatement pris en charge par une réhydratation orale à volonté, après administration parentérale d'un antiémétique (Primperan®). Un anti-diarrhéique d'action locale (Actapulgit 3×1 sachet /J) lui a été administré. Le patient émettra 8 selles d'aspect cholériforme tout au long de la première nuit à l'hôpital. Des échantillons de selles ont été par la suite confiés au service de microbiologie des CUK, pour une recherche étiologique.

Les selles fraîchement émises ont été prélevées dans un pot stérile et soumises à diverses

explorations. L'examen direct au microscope a été réalisé après lecture à l'objectif 10X et 40X, et complété par une coloration de Gram. D'autres aliquotes ont été mis en culture sur milieux divers, notamment, le TCBS, l'eau peptonnée alcaline, et le ChromAgar Vibrio (CHROMagar®), ensuite incubés à 37°C pendant 18 à 24 heures selon les recommandations du fabricant (1-2,6).

Un test de sensibilité a été réalisé sur le milieu de Mueller Hinton Agar (Liofichems.r.lbacteriologyproducts, Italy) selon la méthode de diffusion de Kirby Bauer avec les disques d'antibiotiques ci –après : ampicilline 10µg, amoxicilline /acide clavulanique 30µg, cefazoline 30µg, ceftriaxone 30µg, gentamicine 10µg, chloramphénicol 30µg, tétracycline 30µg, doxycycline 30µg, triméthoprim-sulfaméthazole 25µg, acide nalidixique 30µg, levofloxacine 5µg, ciprofloxacine 5µg et colistine (Liofichems.r.lbacteriologyproducts, Italy) (3). Les résultats ont été interprétés selon les abaques du CLSI (4). Une enquête environnementale a été entreprise au domicile et dans l'entourage du patient, à la recherche de quelques orientations épidémiologiques. Le traitement repris ci-dessus a été ensuite complété par l'administration de la doxycycline 200 mg/J.

Les données de laboratoire ont montré le trichomonas intestinalis à l'examen direct et la coloration de Gram a visualisé à 90% des bacilles Gram négatifs. S'agissant des cultures, le milieu TCBS a mis en évidence des colonies jaunes suspectes de Vibrio species ; et sur celui de ChromAgar Vibrio, ont poussé des colonies violettes identifiant le Vibrio parahaemolyticus (figures 1 et 2).

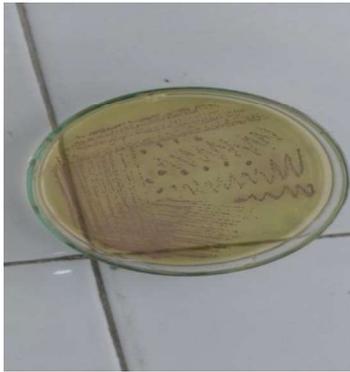


Figure 1. Colonies violettes de spécifiques à *Vibrio parahaemolyticus* sur Chromagar vibrio



Figure 2. Colonies jaunes suspectes de *Vibrio species* sur TCBS

Sur 13 antibiotiques testés, le germe était sensible à quatre (Ceftriaxone, Acide nalidixique, levofloxacine et ciprofloxacine) et résistant aux neuf autres (ampicilline, gentamicine, tétracycline, cefazoline, Amoxicilline-acide clavulanique, doxycycline, triméthoprim-sulfaméthazole, chloramphénicol et colistine). Les mesures générales dont la réhydratation orale ont permis une amélioration du tableau clinique dès le jour 1, avec une diminution de la fréquence de selles et une stabilisation hémodynamique (PA, Fréquences pouls et respiratoire).

L'enquête environnementale a retracé l'histoire alimentaire du patient. Celle-ci note depuis la veille, l'ingestion de poissons surgelés « Chinchard » et pâte de manioc ; suivie le lendemain par la prise d'un petit déjeuner comprenant du thé et de beignets dans un petit marché de fortune dans les environs du domicile. Les symptômes digestifs sont survenus quelques heures après ce repas, sur le lieu de travail, occasionnant l'admission aux urgences des CUK.

L'enquête environnementale révèle un patient vivant seul, dans un contexte dépourvu d'électricité et qui s'approvisionne en eau à partir d'une borne fontaine dans des conditions de précarité d'hygiène manifeste.

Commentaires

Cette observation illustre à suffisance l'intérêt d'une bonne anamnèse clinique et environnementale, dans un contexte de précarité

où le péril oro-fécal menace de manière évidente les populations les plus vulnérables. L'intérêt des explorations paracliniques est démontré, en présence d'une histoire de diarrhée avec selles cholériformes, les milieux de cultures spécifiques doivent être utilisés pour la recherche de l'agent causal. Le choléra sévit de manière endémique dans notre pays, la RD Congo et surtout dans les provinces du sud et de l'est. La mobilité des populations et le manque d'eau potable dans certains faubourgs circonscrivant les grandes villes, majorent le risque des maladies des mains sales. La prise en charge précoce, s'adressant surtout aux mesures de réhydratation et de correction des troubles électrolytiques est un gage de succès évident, l'antibiothérapie n'étant pas efficace dans ces pathologies où le pouvoir pathogène est lié à l'endotoxine. La détection précoce par la mise en évidence de l'agent étiologique permettra dans certaines circonstances, d'éviter un recours abusif aux antibiotiques, source potentielle d'émergence de résistances (8).

Conclusion. La présente observation illustre la menace permanente du péril oro-fécal, dans la plupart des quartiers vulnérables de la ville de Kinshasa. Des mesures d'hygiène spécifiques méritent d'être déployées et renforcées au niveau des individus et de la communauté par des campagnes de sensibilisation et la fourniture de l'eau et de l'électricité aux populations.

Conflit d'intérêt

Il n'existe aucun conflit d'intérêt

Références

1. Husna Ismail, Anthony M. Smith, Nomsa P. Tau, *et al.* Cholera outbreak in South Africa: Laboratory analysis of *Vibrio cholerae* O1 strains. *The Journal of Infectious Diseases* 2013; **208** (S1): S39
2. Quilici ML. Le diagnostic bactériologique du choléra. *Rev Francoph Lab.* 2011; **431**:51–65.
3. Bauer AW, Kirby WM, Sherris JC, Truck M. Antibiotic susceptibility testing by a standardized single method. *Am J Clin Path* 1966; **45**:493-496.
4. Anonymous. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; 18th informational supplement. CLSI document M100–S18. Wayne (PA): The Institute; 2008.
5. www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/Module7/Item73_MRY/indexI3.htm consulté le 10 nov 2015
6. Angela Di Pinto, Valentina Terio, Lucia Novello, and al. Comparison between thiosulphate-citrate-bile salt sucrose (TCBS) agar and CHROMagar *Vibrio* for isolating *Vibrio parahaemolyticus*. *Elsevier* 2011; **22** (1): 124–127
7. G. Balakrish Nair, Thandavarayan Ramamurthy, Sujit K. Bhattacharya and al. Global Dissemination of *Vibrio parahaemolyticus* Serotype O3:K6 and Its Serovariants. *Clinical Microbiology Reviews* 2007; **20** (1): 39–48
8. Michel A. Marin, Cristiane C. Thompson, Fernanda S. Freitas. Cholera Outbreaks in Nigeria are Associated with Multidrug Resistant Atypical El Tor and Non-O1/Non-O139 *Vibrio cholerae*. *PLOS Negl Trop Dis* 2013 ; **7**(2) : e2049