

CAMPYLOBACTER

Introduction

Les Campylobacters représentent une vaste famille de bactéries qui constituent les principales causes de gastro-entérite dans les pays industrialisés. La souche *Campylobacter jejuni* est impliquée dans plus de 45% des cas chez l'homme, alors que la souche *Campylobacter coli* n'est retrouvée que dans 10% des cas.

Caractéristiques

Seize espèces et six sous-espèces sont décrites, dont les plus fréquentes chez l'homme sont *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter coli* et *Campylobacter lariidis*.

Source de transmission et réservoir

Le tube digestif des animaux à sang chaud représente le site privilégié de colonisation par les Campylobacters, dont les réservoirs principaux sont les oiseaux, et aussi les bovins, les porcins et les animaux de compagnie.

Les Campylobacters sont généralement peu pathogènes chez ces animaux qui l'hébergent de manière persistante et asymptomatique au niveau de leurs tubes digestifs.

Les déjections d'animaux porteurs constituent la principale source de transmission à l'homme et de contamination des sols et des rivières.

Transmission à l'homme

La principale source de transmission à l'homme se fait par voie alimentaire. La contamination surtout des carcasses de volailles par leurs déjections à l'abattoir, constitue ainsi la cause majeure d'infection digestive à *Campylobacter* chez l'humain. Une autre voie importante de transmission est représentée par l'introduction en cuisine de volailles crues contaminées, ou d'autres viandes peu ou pas cuites (steaks hachés etc.). La consommation de lait ou d'eau contaminée est aussi reconnue comme source d'infection surtout dans les régions d'élevages de volailles. Enfin, des cas de transmission à l'homme par l'intermédiaire d'animaux de compagnie ont également été décrits.

Il existe une possibilité de transmission féco-orale chez l'homme, en cas de présence de *Campylobacter* dans le tube digestif, et cela pendant une période de 2 à 7 semaines. La transmission de personne à personne par



contre semble assez rare. En cas d'infection à *Campylobacter* en cours de grossesse, l'enfant peut être contaminé à la naissance suite à l'ingestion de bactéries lors de son passage dans les voies génitales. Les porteurs sains sont rares car dans la grande majorité des cas, la présence de *Campylobacter* s'accompagne de signes cliniques de gastrite chronique et /ou d'entérite.

A la différence d'autres germes intestinaux tels que les salmonelles, les campylobacters sont rarement à l'origine d'épidémies car ils ne se multiplient pas dans les aliments et leur prolifération n'est possible qu'au sein des couches de mucus tapissant le tube digestif.

Les rares épidémies décrites sont essentiellement d'origine hydrique par insuffisance de chloration de l'eau potable, ou sont liées à la consommation de lait cru dans certaines communautés.

Symptômes

La période d'incubation chez l'homme après ingestion d'un aliment contaminé est de 2 à 10 jours, avant qu'apparaissent les manifestations cliniques d'une gastro-entérite aiguë, pouvant évoluer vers une bactériémie avec localisations secondaires telles que méningite et péritonite, et parfois vers un syndrome post infectieux.

Les symptômes débutent en général par une élévation de la température, des douleurs musculaires et des céphalées, et sont rapidement suivis par une diarrhée parfois sanguinolente. Dans la majorité des cas les signes cliniques disparaissent spontanément en une semaine alors que la bactérie peut persister dans les selles pendant plus d'un mois et être source de nouvelle contamination, notamment féco-orale.

Le développement de septicémie, méningite ou péritonite est particulièrement à redouter chez les sujets présentant un syndrome de déficience immunitaire primaire ou secondaire telle que par exemple la leucémie lymphocytaire chronique ou le myélome multiple.

Complications peu fréquentes

Le *Campylocter jejuni* peut provoquer de façon moins fréquente un syndrome post-infectieux de type arthritique, une inflammation rénale ou hépatique et surtout un syndrome de Guillain-Barré réputé assez sévère avec séquelles neurologiques et un taux de mortalité de 2 à 3%. Ce germe est également retrouvé dans un certain nombre de cas de purpura thrombocytopenique immun chez l'adulte, et son éradication entraîne une disparition du purpura.

Diagnostic

L'examen microscopique du prélèvement de selles à l'état frais permet d'orienter le diagnostic grâce à l'observation d'une mobilité dite 'en vol de moucheron'.

Le diagnostic de ces entérites est confirmé par copro-culture.

La recherche des anticorps peut être utile chez des patients atteints d'une arthrite aseptique ou du syndrome de Guillain-Barré après une période de diarrhée qui n'a pas été évaluée par un examen bactériologique. Une telle recherche par contre s'avère peu utile en cas de gastroentérite car les anticorps spécifiques du *Campylobacter* sont d'apparition tardive.

Méthode de lutte et prévention

Eviter les contaminations fécales à partir de la carcasse d'animaux lors de l'abattage. Eviter les contaminations croisées en séparant la viande et la volaille crues des aliments prêts à être consommés. Veiller à ce que les aliments soient bien cuits. Eviter lait cru et glaces.

Les *Campylobacters* sont sensibles à de nombreux désinfectants tels que hypochlorite, éthanol à 70%, iode, etc.. Habituellement les désinfectants utilisés dans l'eau de distribution, tels que le chlore, suffisent à tuer le germe.

Un vaccin oral destiné aux animaux est en cours de développement.

Traitement

Si un traitement symptomatique et la réhydratation sont recommandés pour les entérites modérées, le recours aux antibiotiques n'est indiqué que dans les cas graves (diarrhées sanguinolentes, bactériémie) ou chez les patients à risque, tels que ceux avec une maladie chronique débilite, ou présentant une déficience immunitaire.

Les *Campylobacters* sont sensibles aux antibiotiques suivants qui doivent être administrés pendant une période d'au moins 14 jours :

- Macrolides (<5% de résistance)
- Tétracyclines (10% de résistance)
- Fluoroquinolones (30% de résistance).

Rédaction : Dr Bassem Fayed