

La rage

Introduction :

Connue depuis la nuit des temps, elle est apparue probablement à partir de la première domestication des chiens.

C'est une encéphalomyélite due à un virus à ARN appartenant au groupe des Rhabdovirus ; à l'intérieur de ce groupe sont identifiés des lyssa-virus.

Cette maladie est transmise essentiellement par la salive des sujets infectés.

C'est une infection qui, une fois déclarée, ne pardonne pas quelque soient les moyens mis en œuvre.

Epidémiologie :

Il y a deux types de rage : *rage urbaine et sauvage*.

Rage sauvage : selvatique, transmise par les animaux sauvages.

Rage urbaine : ou citadine, transmise par les animaux domestiques.

Le chien constitue le chaînant essentiel du cycle de transmission à partir duquel sont contaminées diverses espèces animales et aussi l'Homme.

Transmission :

Le virus est transmis à des chiens errants permanents soit à partir du réservoir sauvage, soit par contamination inter-canine.

C'est ainsi que les chiens errants permanents vont le transmettre vers des chiens errants occasionnels (chiens de maison) qui eux vont amener le virus à l'intérieur des habitations → le virus se trouve à l'intérieur de la ville → la contamination est très facile.

Epidémiologie mondiale :

En Europe, le renard est le principal responsable de l'infection des espèces sauvages, mais aussi des bovins, des chiens et des chats.

En Asie, le principal propagateur est le chien.

Chez les non musulmans, c'est le cochon.

En Iran : c'est le loup.

Thaïlande : rongeurs sauvages et chauve-souris.

En Amérique du Nord : mouffette, renard, chauve-souris (porteur sein du virus rabique).

En Amérique du Sud : le vampire est un principal propagateur de la rage chez les mammifères domestiques.

Clinique :

On attrape la rage le plus souvent par morsure par un animal enragé ; il y a d'autres méthodes de contamination : simple léchage, simple griffure, contact muqueux, le lait, inhalation.

* **Incubation** : 2 semaines à plusieurs mois, en moyenne elle est de 40 jours, il y a des incubations qui peuvent aller jusqu'à un an et même plusieurs années

(incubation prolongée) → dépend de l'immunité.

La durée de l'incubation est fonction de la gravité des morsures (plus la morsure siège dans un territoire richement innervé, plus elle est grave : cou, face, tête).

* **Clinique de l'encéphalopathie rabique :**

Les prodromes de la maladie sont facultatifs : ce sont des signes locaux au niveau de la région mordue : douleurs, paresthésies, troubles de la sensibilité

Les prodromes apparaissent quelques jours ou semaines avant la maladie.

A côté de ces signes locaux, il y a des signes généraux : hyperesthésie cutanée, troubles psychiques, anxiété, irritabilité.

1- Phase initiale : d'installation rapide.

Caractérisée par un tableau neurologique : phénomènes douloureux, céphalées, douleurs abdominales, sensation de brûlures, douleurs diverses inexplicables.

Troubles du comportement : angoisse extrême, le malade est excité, plus ou moins confus, plus ou moins prostré, il peut présenter des hallucinations ou des bouffées délirantes.

Il peut présenter des mouvements involontaires : des spasmes brusques et désordonnés qui intéressent le visage : grimasses, mouvements de succion ou

tremblement, une dysarthrie peut s'installer, dysphonie, dysphagie élective pour les liquides.

L'hyperexcitabilité est le signe neurologique majeur qui va donner une hyperactivité désordonnée : c'est un comportement de fuite, bouffées vasomotrices aggravées par des troubles du rythme respiratoire.

2- Phase d'état :

Deux signes neurologiques évocateurs de la rage :

- Hydrophobie : peur de l'eau avec spasmes pharyngo-laryngés (apnés)

L'hydrophobie est un symptôme constant, pathognomonique, provoqué par un spasme pharyngo-laryngé provoqué par la déglutition des liquide. Ce spasme devient rapidement un réflexe conditionné : la simple vue d'un verre d'eau, l'audition d'un robinet qui coule provoque le spasme.

- Aérophobie : peur de l'air

Elle est moins connue mais constamment retrouvée. C'est un spasme déclenché par un courant d'air ou souffle de l'examineur.

* Le reste de l'examen met en évidence :

- une contracture respiratoire, responsable d'épisodes apnéiques.
- L'état de conscience est normal, il n'y a pas de déficit.
- Syndrome général :
 - Malade fébrile (39-40°C)
 - Signes de déshydratation marquée
 - Hyperhémie conjonctivale
 - Langue noirâtre
- La PL montre un LCR clair, avec hyperprotéinorachie, hyperlymphocytose, ne dépasse pas 100 élt/mm³
- L'EEG montre un tracé de souffrance diffuse prédominant sur les formations encéphalitiques.

3- Phase terminale :

- Le malade tombe dans le coma dans quelques jours, associé à une hyperthermie (41-42°C) → coma progressif accompagné de troubles respiratoires et troubles du rythme.

- En absence de réanimation → mort en 3 à 4 jours dans un tableau de défaillance cardio-respiratoire.
- L'atteinte cardiaque : toutes les études anatomopathologiques ont montré qu'il y a une myocardite interstitielle et dégénérative.

Formes cliniques :

1- *Forme paralytique* : rare chez l'homme et de règle chez l'animal. Chez l'homme, elle peut débuter par une monoplégie ou paraplégie, peut revêtir l'aspect d'une paralysie ascendante.

Les paralysies sont flasques, puis elles se généralisent progressivement de bas en haut.

Dans cette forme, le diagnostic est difficile lorsque la notion de morsure est lointaine.

L'atteinte du tronc s'accompagne de troubles sphinctériens.

L'atteinte bulbaire s'accompagne de paralysie des nerfs crâniens et troubles respiratoires et cardiaques.

2- *Forme démentielle* : c'est un tableau d'agressivité très prononcée avec agitation: le malade ne tient pas en place, il crie, hurle, brise les objets, cherche à mordre.

Le malade peut présenter des hallucinations, convulsions.

Pouls, TA, respiration sont irréguliers → signes d'atteinte bulbaire.
L'évolution vers le coma et la mort est rapide.

3- *Rage chez l'enfant* :

Souvent atypique.

L'hydrophobie peut manquer.

Le syndrome méningé est plus marqué.

Le patient délire et vomit.

Il meurt par atteinte bulbaire.

Diagnostic différentiel :

- Peut être confondue avec un accès maniaque mais pas d'hydrophobie ni syndrome neurovégétatif ni hyperesthésie cutanée ou sensorielle et pas de notion de morsure.

- Délire aigu ou delirium tremens (patient intoxiqué à l'alcool)

Pas d'aérophobie, pas d'hydrophobie, pas de morsure d'animaux.

- Maladies paralysante fébriles : méningomyélite ou polyomyélite : le diagnostic est posé par l'existence de phénomènes d'excitation psychomotrice, hydrophobie, contexte de morsure.

Conduite à tenir vis-à-vis d'une rage déclarée :

La maladie installée est presque constamment fatale en dehors de quelques cas de guérison.

Le traitement palliatif consiste à :

- administrer des sédatifs pour diminuer l'anxiété et la douleur
- Corriger les troubles hydro-électrolytiques
- Traitement à base d'interféron, gammaglobuline en intra-rachidien ou cérébral n'ont amené d'espoir, c'est pour cette raison que tous les efforts des médecins doivent aller vers la prévention de la rage.

Conduite à tenir devant une morsure :***Conduite à tenir pratique :***

- Soins locaux : vont revêtir une très grande importance
- Les lésions longuement et abondamment lavées au savon, puis rincer, désinfecter (eau de javel, alcool)
- Parfois, en cas de lésions étendues ou morsure dans une zone exposée (visage), une conduite chirurgicale doit toujours être retardée, elle se fait 24 à 48 h après pour ne pas créer une anaérobiose qui peut être favorable au virus rabique, et pour prévenir le tétanos → Ne pas oublier de vacciner le malade contre le tétanos
- Il faut laisser la plaie à ciel ouvert

- Plusieurs cas de figure peuvent se présenter au praticien :
 - Morsure par un animal sauvage en fuite :
 - ⇒ Soins locaux
 - ⇒ Sérothérapie en urgence : la moitié parentérale, l'autre au niveau de la morsure
 - Morsure par un animal connu non vacciné mais contrôlable :
 - ⇒ Ecrire une lettre au vétérinaire pour mettre l'animal en observation pendant 15 jours
 - ⇒ Nettoyage de la plaie
 - ⇒ Mettre en route une antibiothérapie ; en principe, on ne vaccine pas, cependant, si les plaies sont importantes et qu'elles touchent un territoire richement innervé, il faut commencer la vaccination et sérothérapie.
 - ⇒ Si l'animal est vacciné, au 5^{ème} jour on peut arrêter la vaccination
 - ⇒ Si l'animal meurt spontanément, continuer la vaccination et envoyer la tête au « Pasteur »
 - Morsure par un animal mort naturellement ou abattu :
 - ⇒ Vaccination et sérothérapie de règle
 - ⇒ Envoyer la tête au « Pasteur » → autopsie
 - Dans tous les cas, ne jamais oublier de donner un traitement antibiotique car dans la bouche du chien il y a polymicrobisme
 - Vacciner contre le tétanos

Vaccination : deux types de vaccins :

- A partir de matière cérébrale :

Souriceau : moins de 9 jours → ne donne pas d'accident ou de maladie démyélinisante.

La vaccination se fait en 7 jours (J1 à J7) en marquant la date → injections sous-cutanées chaque jour dans la région ombilicale :

Adulte : 2 ml

Enfant de moins de 5 ans : 1 ml,

Puis on procède aux rappels : J11, J15, J25, J35, J90

0.25 ml → adulte ID

0.10 ml → enfant ID

- A partir de matière non cérébrale : cellules diploïdes humaines

Rabipur :

Injection de 1 ml (adulte et enfant) → seringue prête à l'emploi. J1, J4, J7, J14, J30, on peut ajouter une à J90.

Antibiothérapie :

- Morsure de chat : Doxycycline 100 mg 2 fois/j
Augmentain (amoxicilline + acide clavulanique) 2g/j
- Maladie des griffes de chat : on donne la zitromycine 500 mg/j pendant 5 jours.

