



HAL
open science

Diplopia and fever

Z. Bellas, M. Biurrarena, C. Dumain, J. Holubar, G. Chastellan, J. Broner, E. Arnaud, R. Goulabchand, V. Ray, S. Robin, et al.

► **To cite this version:**

Z. Bellas, M. Biurrarena, C. Dumain, J. Holubar, G. Chastellan, et al.. Diplopia and fever. La Revue de Médecine Interne, 2022, 43 (4), pp.265-266. 10.1016/j.revmed.2021.12.004 . hal-04071794

HAL Id: hal-04071794

<https://hal.science/hal-04071794v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Une diplopie fébrile

Diplopia and fever

Z. Bellas¹, M. Biurrarena¹, C. Dumain², J. Holubar², G. Chastellan¹, J. Broner², E. Arnaud²,
R. Goulabchand^{1,2,3}, V. Ray^{1,4}, S. Robin⁵, L. Le Collen^{1*}

¹ Médecine interne et polyvalente post-urgences, CHU de Nîmes, Nîmes, France

² Service de médecine interne, CHU de Nîmes, Nîmes, France

³ Université de Montpellier, Montpellier, France

⁴ Médecine polyvalente, CHU de Nîmes, Nîmes, France

⁵ Département de Microbiologie, CHU de Nîmes, Nîmes, France

***Auteur correspondant**

Lorris le Collen, Médecine interne et polyvalente post-urgences, CHU de Nîmes, Place du Pr
Debré, 30029 Nîmes cedex, France.

Tel : +33(0)4 66 68 32 41.

E-mail : lorris.lecollen@chu-nimes.fr

Mots clés : Fièvre boutonneuse méditerranéenne, rickettsies, diplopie

Key words: Mediterranean spotted fever, rickettsia, diplopia

1. L'histoire

Un homme, âgé de 79 ans, habitant dans le Gard, consultait aux urgences pour une diplopie binoculaire aiguë. Il signalait un pic fébrile à 39°C survenu 48 heures après un après-midi passé à jardiner, 6 jours auparavant. Il était apyrétique à son arrivée aux urgences. L'examen retrouvait un ptosis, une mydriase et une limitation de l'adduction et de l'élévation de l'œil gauche sans autre anomalie neurologique. Il existait une lésion de la fesse droite et une éruption cutanée maculo-papuleuse non prurigineuse de l'ensemble du corps (fig. 1). Le bilan biologique retrouvait une lymphopénie à 0,8 G/L, une éosinopénie à 0 G/L et une CRP à 179 mg/L. Les fonctions rénales et hépatiques étaient normales. Les sérologies sanguines VIH, syphilis, EBV, CMV, parvovirus B19 et *Rickettsia conorii* étaient négatives. L'IRM cérébrale ne retrouvait pas de lésion ischémique. Une IRM centrée sur l'orbite et une ponction lombaire étaient normales.

2. Le diagnostic

Une fièvre boutonneuse méditerranéenne compliquée d'une paralysie complète du nerf oculomoteur commun gauche, extrinsèque et intrinsèque.

3. Les commentaires

La fièvre boutonneuse méditerranéenne est une rickettsiose due à *Rickettsia conorii*, bactérie intra-cellulaire transmise par la tique brune du chien *Rhipicephalus sanguineus* endémique dans le sud de la France. Cette bactérie a un tropisme endothélial et peut être responsable de lésions de vascularite. Les signes généraux sont inconstants et associent classiquement une fièvre

élevée, des céphalées, des myalgies et une éruption maculo-papuleuse diffuse pouvant toucher les régions palmo-plantaires mais épargnant la face. Une escarre d'inoculation indolore est fréquemment observée au site de la piqure de tique. Les atteintes viscérales sont peu fréquentes et volontiers associées à une forme sévère de la maladie. Celle-ci peut alors entraîner une défaillance d'organe et se révéler par une atteinte du système nerveux. Les formes rares neurologiques comprennent méningite aseptique ou méningo-encéphalite [1]. L'atteinte isolée d'un nerf crânien est inhabituelle et les cas recensés dans la littérature sont peu nombreux : 2 cas d'atteinte isolée du nerf facial [2], un cas d'atteinte du nerf abducens [3] et un cas d'atteinte de la VIIIème paire crânienne ont été rapportés [4]. Un cas d'atteinte isolée du nerf oculomoteur commun a été décrit en 2013, il s'agissait alors d'une atteinte partielle du III extrinsèque [5]. Notre cas est original en raison d'une atteinte complète du nerf III intrinsèque et extrinsèque provoquée par une rickettsiose. Cette atteinte neurologique a justifié une antibiothérapie par doxycycline à la dose de 200 mg/j pour une durée de sept jours avant confirmation diagnostique par le Centre National de Référence sur la PCR de l'escarre. Celle-ci a permis une régression rapide des symptômes cliniques et des signes biologiques, et une récupération progressive du déficit neurologique, sans séquelle. Une nouvelle sérologie à 7 jours était fortement positive en IgG (la séroconversion intervient habituellement entre 7 et 15 jours après le début des symptômes). La PCR rickettsies sur le LCR était secondairement négative de même que les hémocultures. Cette présentation clinique rappelle que toute atteinte neurologique fébrile, même atypique, associée à une éruption cutanée caractéristique doit faire évoquer, après avoir éliminé la syphilis, une infection à rickettsiose, spécialement lorsque les patients viennent de zone d'endémie.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] Sekeyová Z, Danchenko M, Filipčík P, Fournier PE. Rickettsial infections of the central nervous system. *PLoS Negl Trop Dis* 2019;13:e0007469.
- [2] Bitsori M, Galanakis E, Papadakis CE, Sbyrakis S. Facial nerve palsy associated with *Rickettsia conorii* infection. *Arch Dis Child* 2001;85:54–5.
- [3] Abderrahim K, Zina S, Khairallah M, Ben Amor H, Khochtali S, Khairallah M. Abducens nerve palsy with associated retinal involvement secondary to rickettsia typhi infection. *J Ophthal Inflamm Infect* 2021;11:9.
- [4] Tor J, Guarga A, Urrutia A, Muga R, Formiguera X, Rey-Joly C. Afección del VIII par y fiebre botonosa mediterránea. *Med Clin (Barc)* 1983;81:138–9.
- [5] Rajadhyaksha A, Phatak S, Nolkha N, Pathan Y, Sonawale A. Rickettsial fever presenting with isolated third nerve palsy. *J Assoc Physicians India* 2013;61:144–5.

Légende

Fig. 1. Escarre d'inoculation à centre nécrotique de la fesse localisée sur la fesse droite (A), éruption cutanée maculo-papuleuse non prurigineuse de l'ensemble du corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds, à l'exception de la face (B).

