

Syndrome de fatigue post-fièvre Q

Plus fréquent qu'on ne le pense

Après une infection aiguë par la fièvre Q, des symptômes cliniques ainsi qu'une altération de la qualité de vie persistent dans jusqu'à 40 % des cas et peuvent durer de 12 à 24 mois.

Symptômes les plus fréquents:

- Sensation de fatigue
- Limitations dans la vie quotidienne
- Troubles de la concentration
- Douleurs musculaires
- Sueurs nocturnes
- Le niveau de performance et de travail d'avant la maladie n'est souvent pas retrouvé au bout d'un an

Le syndrome de fatigue post-fièvre Q représente un défi thérapeutique, car l'administration d'antibiotiques ne permet pas d'influencer la maladie. C'est pourquoi des approches thérapeutiques psychosomatiques et comportementales sont recommandées.

Pertinence clinique

Après une infection aiguë par la fièvre Q, il existe un risque pertinent d'altération de la qualité de vie et des performances à moyen et long terme.

Reconnaitre et traiter la fièvre Q à un stade précoce afin d'éviter les séquelles.

Informations supplémentaires

Q-GAPS

Q-Fever GermAn Interdisciplinary Program for ReSearch

Programme de recherche de la fièvre Q allemand, interdisciplinaire

Page d'accueil: www.qfever.info

E-Mail: info@q-gaps.de



À qui s'adresser?

Dr Marvin L. Tossou | Surgeon
Army Training Hospital -
University Hospital Center of Parakou
E-Mail: marvinl12@yahoo.fr

Créé par: Institut de Microbiologie de l'armée allemande, Munich

Mise à jour: Janvier 2026

Ce dépliant a été financé par le Ministère fédéral de l'Education et de la Recherche sous le numéro de projet 01KI1726A-G en tant que partie du Réseau national de recherche sur les maladies infectieuses zoonotiques.

La Fièvre Q

Plus qu'un état grippal



Informations sur la fièvre Q chez les êtres humains



SPONSORISÉ PAR LE



Ministère fédéral
de l'Education
et de la Recherche

Qu'est-ce que la fièvre Q?

La fièvre Q est une maladie des êtres humains et des animaux en Allemagne et du monde entier causée par la bactérie *Coxiella (C.) burnetii*. La transmission de l'agent pathogène des animaux à l'homme se fait principalement par voie aérienne en inhalant des particules de poussière contenant la bactérie des animaux (par exemple des moutons, des chèvres, des bovins) ou bien plus rarement de façon orale par des aliments contaminés (du lait non pasteurisé/de produits laitiers non pasteurisés).

En raison des symptômes peu spécifiques la fièvre Q peut facilement être confondue avec un état grippal.

Qu'est-ce que Q-GAPS?

Q-GAPS (Q-Fever GermAn Interdisciplinary Program for ReSearch) est un consortium interdisciplinaire de médecins humains et vétérinaires ainsi que de biologistes. Il dispose d'une expertise et de compétences exceptionnelles, ainsi que d'un large éventail de connaissances sur l'agent pathogène de la fièvre Q, *C. burnetii*, afin de mettre en œuvre la stratégie One Health pour la fièvre Q.

Objectif: Traiter et clarifier les questions non résolues à ce jour concernant l'épidémiologie, l'immunologie, la pathogenèse, la surveillance et le contrôle de *C. burnetii*, y compris la mise à disposition d'un réseau de connaissances pour tous les aspects de l'infection à *C. burnetii*.

Avec ce dépliant, Q-GAPS souhaite fournir une base d'information générale aux médecins.

Diagnostic de la fièvre Q

L'étalon-or du diagnostic de la fièvre Q chez l'homme est la détection d'anticorps spécifiques dans le sérum contre les deux variantes de phase de *C. burnetii* par test d'immunofluorescence ou ELISA. Le niveau des titres d'anticorps (IgG et IgM, phases 1 et 2) permet de distinguer une maladie aiguë d'une maladie chronique. Cependant, les résultats réactifs en ELISA doivent toujours être confirmés par un test d'immunofluorescence.

En outre, une PCR devrait être effectuée pour détecter l'ADN spécifique de la coxielle. La PCR s'est avérée utile, car aucun anticorps spécifique n'est encore détectable en cas d'infection aiguë, surtout dans la phase précoce de la maladie, et l'infection pourrait passer inaperçue sans l'utilisation d'une PCR ou n'être diagnostiquée que par l'analyse d'un second sérum.

Fièvre Q aiguë

Clinique humaine

1 à 3 semaines après l'infection, environ 40 % des personnes infectées ont des problèmes de santé, tandis que chez les 60 % restants, l'infection est asymptomatique. Les troubles cliniques se manifestent sous la forme de symptômes pseudo-grippaux tels que de fortes céphalées rétro-orbitaires, de la fièvre, de la fatigue, des douleurs dans les membres et des frissons.

Des manifestations organiques telles qu'une pneumonie atypique, une hépatite granulomateuse se manifestent dans environ 10 % des cas. Très rarement, la maladie entraîne une myocardite, une péricardite ou une méningo-encéphalite.

Les femmes enceintes peuvent également être exposées à un risque accru d'avortement (le plus souvent en cas d'infection primaire au premier trimestre), d'accouchement prématuré, une placentite ou d'un faible poids à la naissance. Une transmission de la mère à l'enfant à naître dans l'utérus avec des conséquences tardives pour l'enfant n'a pas été décrite jusqu'à présent.

Thérapie

Médicament de première ligne: doxycycline (Posologie : 2 x 100 mg/jour, 14 jours).

En cas de grossesse : cotrimoxazole (Posologie : 800mg/160mg, 2x par jour).

Antibiotiques alternatifs: Macrolides (azithromycine, clarithromycine) ou fluoroquinolones.

Il est recommandé de procéder à un nouveau contrôle sérologique des patients atteints de fièvre Q aiguë dans un délai d'un an afin d'exclure une chronicité.

Une infection à *C. burnetii* doit être exclue pour toutes les endocardites à culture négative, les matériaux valvulaires/vasculaires modifiés et avant les interventions de chirurgie cardiaque correspondantes.

La fièvre Q chronique

Un diagnostic trop rare et trop tardif

Dans environ 1% des cas une infection par *C. burnetii* peut entraîner 6 mois à 10 ans plus tard une fièvre Q chronique, qui se manifeste très souvent cliniquement sous la forme d'une endocardite. Beaucoup plus rarement, on observe par exemple une hépatite granulomateuse ou une ostéomyélite. Il n'est pas rare que ces troubles et symptômes n'apparaissent que des années plus tard, après un intervalle asymptomatique. La maladie chronique est longue à traiter (plusieurs années) et, associée à un taux de complications élevé, elle présente une mortalité pouvant atteindre 40 %.

Groupes à risque

Les personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires ou d'une immunosuppression sévère présentent un risque fortement accru de passage à une infection chronique de *C. burnetii*.

Ainsi, selon une étude néerlandaise, les modifications aortiques/iliaques et autres modifications de l'endothélium vasculaire en particulier, associées à une fièvre Q aiguë, présentent une prévalence de 30 % de développement d'une fièvre Q chronique.

Recommandations

Une antibioprophylaxie de 12 mois avec de la doxycycline en combinaison avec de l'hydroxychloroquine après une maladie aiguë peut empêcher le développement d'une chronicité chez les groupes à risque susmentionnés.

Effectuer régulièrement (au moins une fois par an) des contrôles de l'évolution chez les patients des groupes à risque présentant des taux élevés d'anticorps IgG spécifiques de la phase 1.

En cas de chronicité, un traitement combiné d'au moins 18 à 24 mois avec de la doxycycline et de l'hydroxychloroquine est administré.

Des contrôles réguliers sont également nécessaires en cas de fièvre Q chronique.