

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Premier cas de tétanos du post-partum documenté à Madagascar



Randriambololona DMA^{*1}, Rakotomalala NZ¹, Randriaman-drato TAV², Harioly MOJ¹, Andrianampanalinarivo HR¹

¹ Service de Gynécologie Obstétrique, HUGOB Befelatanana Antananarivo, Madagascar
² Service de Réanimation Chirurgicale, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

Résumé

Nous rapportons un cas exceptionnel de tétanos du post-partum survenant chez une primipare ayant accouché à domicile, et dont le statut vaccinal était imprécis. Cinq jours après l'accouchement, elle avait présenté un syndrome infectieux mal étiqueté associé à des troubles de la conscience motivant son hospitalisation. Au 27^{ème} jour du post-partum, elle avait un trismus associé à une raideur de la nuque et des contractures musculaires généralisées évoquant le diagnostic de tétanos. La réanimation intensive était compliquée d'épisodes septicémiques et l'apyrexie n'était obtenue qu'au 67^{ème} jour du post-partum. Des séquelles fonctionnelles à type de dysarthrie, de quadriparesie et d'une baisse de l'acuité visuelle émaillaient l'évolution. Le nouveau-né était indemne de tétanos néonatal.

Mots-clés: Post-partum; Tétanos; Traitement; Trismus; Vaccination

Abstract

Titre en anglais: First case of post-partum tetanus documented in Madagascar

We report an exceptional case of post-partum tetanus seen in a primiparous delivering at home, whose vaccinal statute was imprecise. Five days after delivery, she presented infectious syndrom with conscience disorder motivating her admission. At the 27th day of post-partum, she had trismus associated with stiffness of the nape and generalized muscular contractures, so tetanus infection was diagnosed. Intense resuscitation was complicated with episodes of septicemia. Important functional sequels like dysarthry, quadriparese and decline of visual acuteness were seen in the evolution. The newborn was free of tetanus.

Keywords: Post-partum; Tetanus; Treatment; Trismus; Vaccination

Introduction

Le tétanos est une maladie toxi-infectieuse mortelle causée par un bacille Gram positif, *Clostridium tetani*. Quasi disparu des pays développés, le tétanos reste un grave problème dans les pays en développement, touchant 0,7 à 1 million de personnes par an avec une mortalité de 11 à 50% chez l'adulte [1]. Le tétanos maternel, frappant les femmes pendant la grossesse ou dans les six semaines qui suivent la fin de la grossesse, reste responsable d'environ 30 000 décès maternels par an [2, 3] et parfois de lourdes séquelles. Il s'agit le plus souvent de tétanos post-abortif et plus rarement de tétanos du post-partum. Cette maladie est cependant évitable et dans le cas de tétanos maternel et néonatal, la prévention consiste à immuniser la mère par la vaccination. A Madagascar, la vaccination des femmes enceintes fait partie des prestations offertes au cours des consultations prénatales dans les centres de santé publics. La couverture vaccinale des femmes enceintes à Madagascar durant les années 2008–2009 variait de 69 à 83% [4]. Nous rapportons un cas exceptionnel de tétanos du post-partum généralisé chez une femme dont le statut vaccinal était imprécis afin d'en montrer les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Observation

Il s'agit d'une femme de 22 ans, primigeste, primipare, sans antécédent médical particulier, admise au Service de Réanimation de l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, référée du Centre Régional d'Antsiranana, situé à environ 400km de la capitale, pour

un état de sepsis grave au 17^{ème} jour (J17) du post-partum. Cette patiente avait accouché chez elle par voie basse, à terme, d'un enfant né vigoureux à la naissance, assistée par une sage-femme. L'accouchement se serait déroulé sans problème; une épisiotomie et une révision utérine avaient été effectuées durant l'accouchement. Le statut vaccinal de la patiente était imprécis. Cinq jours après l'accouchement survenaient des crises convulsives tonico-cloniques généralisées fébriles (38°5C) motivant son hospitalisation. La tension artérielle était normale (11 > 6cmHg) et la pulsation à 104/min. L'examen clinique ne retrouvait pas de foyer infectieux patent, l'utérus était tonique et les lochies normales. Le bilan étiologique initial revenait négatif. L'évolution était marquée par une instabilité de l'état général avec état subcomateux et persistance de la fièvre justifiant un transfert dans un centre hospitalier plus spécialisé où avaient été mis en place une réanimation intensive avec antibiothérapie et approfondissement des investigations complémentaires. Au 27^{ème} jour du post-partum apparaissait un trismus, puis progressivement s'installaient une raideur de la nuque et des contractures musculaires intéressant le cou, l'abdomen et les membres. Les bilans bi-hebdomadaires retrouvaient une succession de septicémie à *Xanthomonas maltophilia* puis à *Pseudomonas aeruginosa*, d'infection urinaire à *Candida albicans*, de pneumopathie à la fois à *Candida albicans*, à *Proteus* et à *Staphylococcus aureus*. La ponction lombaire était revenue normale avec absence de germes à l'examen direct et à la culture. Le traitement consistait en une association de réanimation intensive avec ventilation assistée, d'alimentation par sonde naso-gastrique, de sérothérapie antitétanique à la dose de 1500 UI (aux J22, J25, puis dose continue du J26 au J36 et du J40 au J42), de vaccination

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: domoinaran@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique, HUGOB Befelatanana Antananarivo, Madagascar

antitétanique (une dose de 0,5ml au J46), d'antibiothérapie, de tranquillisants et de myorelaxants. L'apyrexie n'était obtenue qu'à J67. Le nouveau-né était indemne de tétanos néonatal. Au bout de 72 jours d'hospitalisation, la patiente était sortie de l'hôpital, déclarée guérie mais avec des séquelles fonctionnelles représentées par une dysarthrie, une quadriparésie, une baisse de l'acuité visuelle et une amyotrophie avec amaigrissement de 20kg depuis son admission. Une rééducation fonctionnelle était prescrite après la sortie de l'hôpital. Après cinq ans de recul, des séquelles persistantes à type de perte transitoire de l'équilibre et une baisse de la vision étaient encore à déplorer.

Discussion

La grande majorité des pays n'ayant pas encore éliminé le tétanos maternel et néonatal est constituée par les 50 pays les plus pauvres du monde [2]. Le tétanos maternel et néonatal frappe surtout les populations les plus pauvres alors qu'il a quasiment disparu dans les pays développés [5]. Le tétanos est provoqué par des spores libérées par *Clostridium tetani*, bactérie qui vit dans des matières en décomposition ou des tissus nécrosés et qui est répandue dans l'environnement partout dans le monde [2]. La plupart du temps, le tétanos se développe à la suite d'une plaie sérieuse, mais une chirurgie récente ou un accouchement constituent également des facteurs de risque surajoutés chez des personnes non vaccinées [6]. Les femmes peuvent être infectées lors d'un accouchement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène [2]. Le temps d'incubation dure 4 à 21 jours, exceptionnellement jusqu'à deux mois [7]. Le pronostic est d'autant plus mauvais que la période d'incubation est courte [8]. Chez notre patiente, la période d'incubation était assez longue, de 27 jours, ce qui faisait retarder le diagnostic. La présence de fièvre persistante sans point d'appel particulier orientait plutôt vers des pathologies autres que le tétanos. En cas de tétanos, l'apparition de fièvre est un critère de gravité ou témoigne d'une complication [1]. Le diagnostic de tétanos est plus aisé devant les manifestations cliniques caractéristiques et les données bactériologiques [8]. Le premier et principal symptôme est le trismus [7]. Néanmoins, des abcès dentaire ou pharyngé, une arthrite ou une fracture mandibulaire, un oreillon ou une diphtérie peuvent également être à l'origine d'un trismus. Par ailleurs, l'hypertonie et les contractures musculaires peuvent être liées à d'autres affections telles que la méningite, l'empoisonnement à la strychnine, l'épilepsie, la tétanie, l'hystérie, un abcès rétro-péritonéal ou encore la rage [6]. Le principal diagnostic différentiel en post-partum est l'éclampsie, laquelle apparaît rarement après le 4^{ème} jour du post-partum alors que le tétanos ne peut apparaître avant le 4^{ème} jour du post-partum [6]. Les examens bactériologiques peuvent confirmer la présence de *Clostridium tetani* à partir de prélèvements effectués sur les plaies infectées mais l'isolement de cette bactérie sur ces plaies ne signifie pas obligatoirement que le patient avait contracté ou contractera le tétanos. Dans notre cas, le faisceau d'arguments permettant de poser le diagnostic de tétanos était la survenue de trismus et de contractures musculaires typiques, le déroulement douteux de l'accouchement (à domicile) et le statut vaccinal imprécis de la patiente. Aucun prélèvement bactériologique n'avait été effectué. Quant au traitement, il doit répondre

aux trois objectifs suivants: apporter les soins nécessaires jusqu'à ce que la tétanospasme fixée sur les tissus soit métabolisée, neutraliser la toxine circulante et enlever la source de tétanospasme. Les patients concernés doivent être admis dans une unité de soins intensifs médicaux ou neurologiques afin d'être monitorés et surveillés en permanence [8]. L'essentiel du traitement curatif consiste à assurer une ventilation efficace (par trachéotomie ou ventilation assistée), à administrer des myorelaxants (type benzodiazépines), une antitoxine (immunoglobulines spécifiques ou sérum antitétanique) et des antibiotiques (métronidazole ou Pénicilline) [1]. D'autres mesures y sont associées telles que réhydratation, apport nutritionnel le plus souvent par sonde naso-gastrique [9], vaccination immédiate et une prévention des thromboses par des anticoagulants [1]. Le traitement peut être encore alourdi en présence de complication (troubles neurovégétatifs, surinfection, septicémie). La succession de différentes infections chez notre patiente maintenait la température élevée jusqu'au 67^{ème} jour d'hospitalisation. Par ailleurs, l'état subcomateux et l'alitement prolongé étaient à l'origine de séquelles invalidantes engageant son pronostic fonctionnel. Dans une série de 45 cas de tétanos localisé à Abidjan, le taux de séquelles était évalué à 11%, comprenant des cas de strabisme, de pieds varus équin et de paralysie faciale. Toutes ces séquelles avaient régressé spontanément et totalement 1 à 2 mois après la sortie de l'hôpital [10]. Chez notre patiente, certaines séquelles persistaient même après 5 ans de recul. Notre cas est le premier cas de tétanos du post-partum documenté à Madagascar mais il n'est probablement pas le seul. La prévention est basée sur la vaccination des femmes enceintes et le respect des règles d'hygiène et d'asepsie standard lors des accouchements [6]. Deux injections de vaccin antitétanique confèrent une immunité de 1 à 3 ans, trois injections une protection de 5 ans, quatre injections une protection de 10 ans et cinq injections une protection acquise toute la vie active [1].

Conclusion

Le tétanos demeure un problème d'actualité à Madagascar mais le tétanos du post-partum y reste exceptionnel à cause de l'effort de l'Etat à promouvoir la vaccination systématique des femmes enceintes. Le diagnostic, parfois difficile, est exclusivement clinique. Dans un pays où tous les frais de soins sont à la charge des patients, la prévention doit être continuée et renforcée. En effet, le tétanos du post-partum est parfaitement évitable par la vaccination et le respect des règles d'hygiène au moment de l'accouchement.

Références

- 1- Thwaites CL. Tetanus. *Curr Anaesth Crit Care* 2005; 16: 50-7
- 2- UNICEF. Eliminer le tétanos maternel et néonatal. UNICEF 2004: 1-9. http://www.unicef.org/french/publications/index_21831.html
- 3- OMS. Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005. UNICEF OMS FNUAP. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www694.pdf>
- 3- Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. Enquête démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro 2010 : 131-3.
- 4- Engrand N, Vilain G, Raurimba A, Benhanou D. *Med Trop* 2000; 60: 4: 385.

- 5- Shin DH, Park JH, Jung PJ, Lee SR, Shin JH, Kim SJ. A case of maternal tetanus in Korea. *J Korean Med Sci* 2002; 17: 260-2.
- 6- Ekreni MR, Rasmud JB. Tetanus vaccine. *J Bacteriol* 1996; 4212-5.
- 7- Edlich RF, Hill LG, Mahler CA, Cox MJ, Becker DG, Horowitz JH, et al. Management and prevention of tetanus. *J Long Term Eff Med Implants* 2003; 13: 139-54.
- 8- Ribereau-Gayon R. Le traitement du tétanos en zone rurale d'Afrique de l'Est (R.D. Congo-Zaïre). *Médecine d'Afrique Noire* 2000; 47: 1-8.
- 9- Antona D. Le tétanos en France en 2001-2003. Maladies à prévention vaccinale. Surveillance nationale des maladies infectieuses 2005: 1-6. <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/tetanos.pdf>
- 10- Kakou AR, Eholie S, Ehui E, Ble O, Bissagnene E, Aoussi E, et al. Le tétanos localisé à Abidjan : particularités cliniques et évolutives. *Bull Soc Pathol Exot* 2001; 94: 308-311.