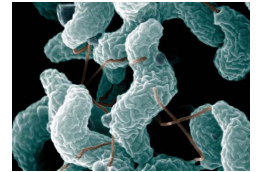


Titre : *Campylobacter jejuni*

Auteurs : S. Edouard, N. Caroff, V. Dubois

Caractères bactériologiques

- Bacille Gram négatif, spiralé ou incurvé
- Micro-aérophile, oxydase +, catalase +
- Mobilité caractéristique grâce à un à deux cils polaires (vol de moucheron), non sporulé



Physiopathologie – Pouvoir pathogène

adapté à la vie dans le mucus

- Hôte préférentiel: oiseaux+++
- Habitat: Commensale du **tube digestif des oiseaux +++** et mammifères.
- **Contamination par ingestion d'aliments contaminés (volaille insuffisamment cuite ou contamination croisée +++ , lait, eau)**
- **Cas sporadiques +++** car ne se multiplie pas dans les aliments (épidémies rares)
- **Il existe chez l'Homme des porteurs asymptomatiques.**
- **Plus fréquente chez les enfants < 5 ans**
- Les **voyages** constituent un facteur de risques d'infection à *Campylobacter* (Pays en voie de développement : taux élevé d'infection)
- **Première cause bactérienne d'infection intestinale dans les pays développés devant les Salmonelloses** (prédominance en période estivale)

Pouvoir entéro-pathogène: (incubation environ 3 jours)

- **Entérite: diarrhée** (peut être absente) parfois **sanglante, douleur abdominale**, nausée, vomissement
- + signes généraux: **fièvre**, asthénie, anorexie
- + bactériémie dans < 1% des cas
- + rarement grave et **guérit spontanément** en quelques jours (en moyenne 7j)

• **Complication post-infectieuse (1 pour 1000):**

- **Syndrome de Guillain-Barré.**= maladie auto-immune inflammatoire du système nerveux périphérique (polyradiculonévrite réversible, mais pouvant laisser des séquelles, qui survient, en général, trois semaines après l'entérite) due à l'analogie structurale entre la partie terminale du lipo-oligosaccharide (LOS) de la bactérie et un constituant de la gaine de myéline.

- **Arthrite réactionnelle**, urticaire, érythème noueux, lymphome intestinal de type MALT -
Syndrome de l'intestin irritable

Diagnostic

- **Coproculture**
- Ensemencement d'un **milieu de culture sélectif et enrichi** qui absorbe les **radicaux libres oxygénés** toxiques. Milieu à base de sang (milieu de Skirrow) ou de charbon (Milieu de Karmali) + incubation dans une atmosphère **micro-aérophile**, 3 jours à 35°C (bien que T optimale = 42°C)
- Colonies lisses, luisantes souvent étalées, grisâtres
- Identification par **spectrométrie de masse** ou techniques phénotypiques ou biologie moléculaire
- La PCR dans les selles n'est pas encore utilisée en routine
- Test ELISA ou immuno-enzymatique dans les selles
- **Hémoculture**
- **Sérologie** : uniquement dans les centres spécialisés (intérêt si pathologie post-infectieuse de type arthrite ou syndrome de Guillain-Barré)

Traitement

- **Macrolides** = antibiotiques de choix pour traiter les campylobactérioses digestives
- **Augmentation des résistances aux fluoroquinolones et aux tétracyclines** alors que la résistance à l'amoxicilline diminue
- Les *Campylobacter* disparaissent des selles en quelques jours (contre quelques semaines pour les sujets non traités)
- Parmi les autres antibiotiques, les cyclines, les aminosides, le chloramphénicol, les fluoroquinolones et l'ampicilline ont souvent une bonne activité intrinsèque
- **Traitement :**
- Azithromycine 1g en dose unique ou 500mg/jour pendant 3 à 5 jours
- Alternative: Fluoroquinolone (ciprofloxacine ou levofloxacine)
- Infections systémiques: Fluoroquinolones ou Bêta-lactamines + aminosides (gentamicine)

Prévention – Autres mesures

- Respect des règles d'hygiène de base lors de la préparation des repas
- Contrôle de la chaîne alimentaire