

BRUCELLOSE

A/INTRODUCTION :

Anthropozonose bactérienne ubiquitaire, la brucellose (fièvre de malte ou mélitococcies) a considérablement régressé dans de nombreux pays occidentaux, mais dans notre pays elle reste toujours fréquente, et elle pose un problème majeur de santé publique.

C'est une maladie à déclaration obligatoire

La situation intracellulaire de brucella rend la stérilisation totale quasi impossible ⇒

- Risque de rechute bactériémique surtout focalisation (3 à 10%).
- Persistance de brucella au sein de foyers silencieux ou patents qui entretient un état d'hypersensibilité responsable de troubles fonctionnels chroniques le plus souvent insensibles à l'antibiothérapie.

B/ AGENT CAUSAL :

Le genre brucelle comprend 6 espèces dont trois sont pathogènes pour l'homme :

B. melitensis (infecte les ovins et les caprins), B. abortus bovis (infecte les bovins), B. abortus suis (infecte les porcs)

Se sont des cocco-bacilles à grame négatif, intracellulaires facultatifs, aérobies, non sporulés, pouvant survivre longtemps dans le milieu extérieur

La contamination professionnelle : (bergers, vétérinaires, agriculteurs.....) est directe, la pénétration du germe est cutanée (excoriation), ou digestive (rôle des mains contaminées). Les voies conjonctivale (manu portage) ou respiratoire (inhalation de poussières de litières) sont exceptionnelles.

La contamination non professionnelles : 1/4 des cas, digestives : consommation de lait ou de fromage, crudités contaminés par du fumier. Exceptionnellement une viande insuffisamment cuite.

C/ REPARTITION :

Elle est quasi mondiale, le pourtour méditerranéen reste endémique

D/ RESERVOIR DE LA BACTERIE :

Il est exclusivement animal. Les ruminants domestiques (bovins, ovins, caprins) et les porcins, occupent la première place, d'autres espèces peuvent être incriminés

Chez les animaux, la brucellose est une infection génitale se traduisant par des avortements

E/CLINIQUE :

a/Brucellose aiguë septicémique

I. Forme commune

Incubation : 1 à 4 semaines, silencieuse.

Début : insidieux, progressif, asthénie, courbatures, simple malaise, parfois des ADP.

Phase d'état : fièvre sudoro-algique.

Fièvre ondulante, tp de 39°C pendant 10 à 15 jours, puis la défervescence par oscillations descendantes séparées par des phases d'apyrexies d'une semaine environ.

Sueurs fréquentes et profuses, nocturnes (odeur de paille mouillée).

Douleurs mobiles, fugaces, musculaires, articulaires, névralgiques.

Etat général conservé, asthénie intense, constipation.

A l'examen physique : SPMG constante, discrète, molle, congestive.
HPMG molle, indolore.

ADP superficielle, ferme, sensible, de volume modérée.

Orchite (20%), unilatérale, n'évolue jamais vers la suppuration, ni La suppuration, guérit en 3 à 25j.

Parfois quelques râles bronchiques.

Evolution : spontanée, longue, guérison sans séquelles en 3 à 6 mois, mais le plus souvent complications (localisations), si guérison la convalescence est longue et les rechutes sont fréquentes.

Sous traitement, l'évolution immédiate est favorable, cependant des rechutes peuvent se voir avec ou sans localisations secondaires dans les mois, voir des années après guérison apparente.

II . Formes cliniques

Forme discrète et peu bruyante, souvent négligée.

Forme typhoïdique (fièvre en plateau, signes abdominaux).

Forme maligne d'emblée ou secondairement, souvent associée à une localisation endocarditique.

b/Brucellose focalisée

Se manifeste soit au cours de la phase septicémique ou au cours d'une brucellose aiguë non diagnostiquée ou insuffisamment traitée, les localisations les plus fréquentes sont :

1. Localisations ostéo-articulaires

Les plus fréquentes, touchent les grosses articulations, les localisations osseuses sont exceptionnelles.

a) Spondylodiscite brucellienne

Pseudo mal de pott, siège le plus souvent lombaire, parfois cervicale, rarement dorsale.

Douleurs vives spontanée et provoquées, à irradiations radiculaires, rigidité des muscles de la gouttières et limitation des mouvements. Les complications sont rares, parfois abcès migrant en avant du rachis (abcès froid) ou signes de compressions médullaires et radiculaires, témoin d'une épидурite ou arachnoidite. Les signes radiologiques apparaissent 3 à 4 semaines après (pincement discal, images de reconstructions : ostéophytes, érosion marginale du corps vertébral). Tomographie : géodes osseuses.

Scintigraphie elle est précoce.

L'évolution favorable sans séquelles, *sovoit traitement* spontanément avec pincement de l'interligne et réaction ostéophytique ou un véritable bloc vertébral.

b) Sacro-iléite

Uni ou bilatérale. Douleur locale avec ou sans irradiation type sciatique (S₁). La radio : flou avec élargissement de l'interligne sacro-iliaque.

c) Coxite

Pseudo coxalgie méditerranéenne, rare.

2. Localisation neuro-méningée

-Méningo-myéloradiculite au contact d'un foyer osseux vertébral.

-méningo-encéphalite.

-Méningite à liquide clair : xanthochromique, hyper lymphocytose (100-300éléments), albuminorachie de 1 à 4g/l, le germe peut être retrouvé dans le LCR, SDW⊕.

3. Autres localisations

Hépatosplénique, rare, HPMG importante, oedèmes étendus, signes hémorragiques, thrombopénie, TP↓.

Localisations glandulaires (parotidite, ovarite, mammitte).

Localisations respiratoires.

Localisations cardiovasculaires (endocardite, myocardite, péricardite).
Localisations rénales.

c/Brucellose chronique

Peut être primitive ou secondaire.

Asthénie (physique, psychique, sexuelle), sueurs, polyalgies, accidents d'hypersensibilité immédiate (éruptions cutanées, urticaire, eczéma, migraines) lors de contacts avec brucella.

Focale : foyers quiescents ou peu évolutif osseux, NM ou viscéraux ("brucellomes" hépatiques, spléniques, rénaux.....).

F/DIAGNOSTIC POSITIF

Contexte épidémiologique (profession exposée, prise de lait ou dérivé non pasteurisé).

NFS : leuconéutropénie.

Syndrome inflammatoire modéré (VS, CRP...), sauf en cas de foyer suppuré.

Examens spécifiques :

- Mise en évidence du germe : hémoculture (+ primo invasion, peu l'être à la phase secondaire). Prélèvement (pus, LCR, biopsie), milieux spéciaux, pousse lentement en moyenne une 10 de jours.
- Recherche des Ac : surtout IgM, SDW \oplus à 1/80 (100UI), apparaît vers le 12^{ème} ou le 15^{ème} jour d'évolution, les taux augmentent et dépassent 1/5120 durant plusieurs semaines, même en cas de traitement, la réduction est lente (1/40, 1/20) après 6 à 12 mois d'évolution, la persistance d'un taux d'Ac \geq 1/80 un an après le début \Rightarrow possible foyer profond. Faux \ominus \Rightarrow Ac bloquants, faux \oplus \Rightarrow réaction croisée en cas de tularémie, yersiniose.
- Fixation du complément : spécifique, plus tardive que le SDW, reste longtemps positive.
- Réaction à l'antigène tamponnée (rose Bengale) : rapide, spécifique, longtemps positive, utilisé pour le dépistage.
- Techniques plus récentes : CIE, IFI, ELISA permettent de révéler et quantifier les IgG, IgM, IgA : les IgM \Rightarrow infection récente, la persistance des IgA après guérison \Rightarrow foyer quiescent.
- Réaction d'hypersensibilité retardée (IDR à la mélitine), en cas de \oplus \Rightarrow contacte avec brucella.

G/DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Brucellose aiguë : fièvre typhoïde, tuberculose, endocardite, paludisme, kala-azar.
- Brucellose focalisée : tuberculose et staphylococcie osseuse, RAA.
- Brucellose chronique : dystonie NV, trouble allergique

H/TRAITEMENT :

- ATB efficaces

ATB à diffusion tissulaire et cellulaire.

Les cyclines sont les ATB de référence : doxycycline 200mg/j adulte, 4mg/kg/j enfant > 8ans.

Rifampicine : est moins régulièrement active (10 à 20% de souches résistantes ou peu sensibles), dose : 15 mg/kg/j, conseillée chez l'enfant et la femme enceinte ou les cyclines sont contre-indiqués.

La streptomycine (1g/j en IM adulte) , active sur les germes extracellulaires, sans dépasser 3 semaines \Rightarrow phase aiguë, les autres aminosides sont préférés.

Les aminosides et les cyclines sont actifs sur toutes les souches de brucelles
La souche vaccinale RB51 est résistante à la rifampicine
Phénicolés, aminopénicillines, céphalosporines actives in vitro sans preuve d'activité clinique,
sont des traitements d'appoint en association aux tétracyclines et ou à la rifampicine
(cotrimoxazole, fluoroquinolones) sont également actifs.

Conduite pratique

- Brucellose aiguë

Bithérapie : cyclines + rifampicine pendant 6 semaines.

Cyclines, 6 semaines+ gentamycine 15 jours

- Brucellose focalisée

Cyclines +rifampicine 6 semaines à 3 mois, voire plus

La brucellose chronique afocale ⇒ pas d'ATB.

I/ PREVENTION :

- Réduire l'incidence de la brucellose animale, surveillance des troupeaux, vaccination des animaux, abattage des animaux malades
- Précautions individuelles : Hygiène, pasteurisation du lait, port des gants, masque⇒ les laborantins, vétérinaires.
- Vaccination : professions exposées.
- Maladie à déclaration obligatoire, professionnelle, indemnisable.