

La Brucellose

I/introduction :

Brucellose = fièvre de malte = mélitococcie = fièvre ondulante méditerranéenne, c'est une anthroponose due aux bactéries du genre Brucella.

Connu dans le monde entier, elle demeure endémique dans le **bassin méditerranéen** et suit la maladie animale.

En Algérie, elle est endémo-épidémique, fréquente dans les zones d'élevage avec lourdes conséquences économiques.

C'est une maladie professionnelle et à déclaration obligatoire.

II/EPIDEMIOLOGIE :

1 –Agent causal : Cocco- bacille à Gram négatif du genre brucella dont 03 espèces sont pathogènes :

B- Melitensis

B- Abortus Bovis

B- Abortus suis

Bactérie intracellulaire, aérobie et asporulée

2- RESERVOIR :

Est animal, représenté essentiellement : Bovins, Ovins, Caprins, Porcins.

La brucellose animale se traduit par **une infection génitale** : des avortements à répétition chez la femelle et une orchite ou orchipididymite chez le mâle.

Les brucelles sont éliminées dans le lait et le portage bactérien peut être prolongé pendant plusieurs années.

3- transmission : L'homme se contamine par le mode:

- Directe: dans $\frac{3}{4}$ cas, surtout d'ordre professionnel (vétérinaires, bergers, agriculteurs, travailleurs d'abattoirs, les bouchers ...etc.)

Les sources de contamination sont les produits d'avortements et de mise bas : placenta, avortons, lochies...sécrétions génitales. De même que les sols et fumiers qui demeurent dangereux. Les cultures bactériennes peuvent contaminer le personnel de microbiologie.

La pénétration du germe dans l'organisme se fait par voie cutanéomuqueuse.

- Indirecte: $\frac{1}{4}$ cas, **non professionnelle** par **voie digestive**, par consommation du lait cru, produits laitiers (non pasteurisé), crudités contaminées.

III/ Physiopathologie :

- **Incubation** : après pénétration le germe, gagne un **ganglion lymphatique** superficiel (PE cutanée) ou mésentérique (PE digestive) le plus proche, où il s'y multiplie. Elle dure 1 à 2 semaines.
- **Primo invasion** : phase de **dissémination bactériémique**, la bactérie gagne les organes réticulohistiocytaires (ganglion, rate, foie, M. osseuse, organes génitaux). La brucella survit et se multiplie dans les cellules et détermine des **nodules granulomateux (à l'origine de foyers ultérieurs)**.

- **Période secondaire** : ultérieurement un ou plusieurs foyers brucelliens vont évoluer sur un mode subaiguë : osseux, méningé, hépatosplénique.
- **Phase chronique** : elle comporte des foyers suppurés d'évolution torpide ainsi qu'une expression clinique subjective.

IV/ ETUDE CLINIQUE :

La maladie est caractérisée par un Polymorphisme clinique, elle est asymptomatique dans plus de 90%. Elle se déroule typiquement 3 phases :

1-F. aiguë bactériémique :

2-Brucellose subaiguë ou focalisée

3-Brucellose chronique

1-F. aiguë bactériémique :

➤ **Forme commune** : fièvre ondulante sudoroalgique

- **Incubation** : silencieuse, dure en moyenne 2 semaines.
- **Début** progressif, insidieux avec installation de :

-Asthénie courbature et malaise.

-Fièvre et sueurs

Phase d'état : fièvre + sueurs + algies

✚ **Fièvre ondulante**, authentifiée qu'à son acmé, la T° se maintient à 39°C pendant 10 à 15 jours puis la défervescence se fait par oscillation descendantes, plusieurs ondes thermiques peuvent se succéder, séparées par des périodes d'apyrexie d'une semaine environ. 2 à 4 ondulations.

✚ **Sueurs profuses**, nocturne, abondantes, d'odeur paille mouillée caractéristique.

✚ **Douleurs** vagues mal définies, capricieuses et fugaces : Arthralgies, myalgies, névralgies.

A l'examen clinique : SPM, HPM dans 25 à 40 % associées à quelques ADP superficielles.

Manifestations focalisées sont à rechercher systématiquement : atteinte articulaire :

Sacro-iliaque, genou, une orchite.

- **Evolution** : En absence de traitement : les ondes deviennent de moins en moins importantes et de plus en plus éloignées, une asthénie persiste, des manifestations focalisées peuvent apparaître.

Sous traitement : les signes cliniques disparaissent rapidement,

La rechute est toujours possible +++.

➤ Autres Formes cliniques :

- Formes typhoïdiques
- Formes atténuées
- Formes avec localisation prédominantes
- Formes malignes

2- Brucellose subaiguë ou focalisée : Brucellose secondaire :

Succède à la phase aiguë ou peut être en apparence révélatrice.

Les manifestations focalisées dominant cette phase :

- **Ostéorticulaires** sont les plus fréquentes représentées par :

-spondylodiscite ou pseudo mal pot mélitococcique

-sacroiliite, arthrite de la hanche, sternoclaviculaire.

- **Neuroméningée** (méningite à liquide clair, méningoencéphalite, méningo myéloradiculite).
- **hépatosplénique.**
- Cardiaque : endocardite brucellienne+++ (grave)
- Génitale : orchépididymite...

3- Brucellose chronique :

- **Patraquerie brucellienne** : ses expressions cliniques sont surtout fonctionnelles : des plaintes subjectives contrastantes avec un examen clinique pauvre :

Asthénie physique, psychique et sexuelle

Algies diffuses, décalage thermique et sueurs lors de l'activité physique.

- Brucellose chronique focale : Persistance de foyers quiescents ou très peu évolutifs :

Brucellomes (osseux, neuro-méningé, viscéraux...).

- Manifestations immuno-allergique : érythème noueux, hypodermite.

V/ DIAGNOSTIC :

- Eléments d'orientation :

Hémogramme : leuco neutropénie surtout à la phase aiguë.

Syndrome inflammatoire modeste.

Examens surtout radiologique en fonction des signes d'appels

- Arguments de certitude :
- ❖ Mise en évidence du germe :
 - Hémoculture : positive surtout à la phase aiguë.
 - LCR, pus, liquide articulaire, ganglion...

Ne pas oublier d'indiquer au biologiste votre suspicion, s'il y a lieu +++++

- ❖ La sérologie :

1. Séroagglutination de Wright : +++ met en évidence les AC surtout de type IgM 1/80 est le taux minimal significatif, réaction positive à partir du 12° - 15° jour d'évolution.

2. Réaction de fixation du complément très spécifique mais positivement tardive que la séroagglutination.

3. Réaction à l'Ag tamponné (Card test ou Rose Bengale) rapide, spécifique, longtemps positive, utilisée en dépistage.

4. Autres techniques : contre immunoélectro (CIE) immunofluorescence indirecte (IFI), technique Elisa.

VI/ TRAITEMENT :

*Curatif :

➤ Moyens :

- Cyclines : Doxycycline 200 mg/j per os
- Rifampicine 15 mg/kg/j per os
- Streptomycine 1 g/j IM adulte.
- Gentamycine 5mg/kg/j
- Cotrimaxazole, Fluoroquinolones.

➤ Indications :

✚ F. aiguë :

-cycline + Rifampicine pendant 6 semaines

ou cyclines 6 semaines + streptomycine 3 semaines

ou cyclines 6 semaines + gentamycine pendant 7 à 10 jours.

✚ Brucellose focalisée :

-cycline + gentamycine pendant 7 à 10 jours puis cycline + Rifampicine pendant des mois en fonction de la localisation (03 mois pour la localisation osseuse)

- endocardite : tri-antibiothérapie : doxycycline + rifampicine + cotrimoxazole pendant 3 mois.
- Femme enceinte + enfant de moins de 8 ans : rifampicine + cotrimoxazole
- Brucellose chronique : pas d'antibiothérapie

*Prophylaxie :

- **Réduire l'incidence de la brucellose animale** : Surveillance sérologiques des troupeaux, abattage des animaux infectés vaccination des animaux.
- **Précautions individuelles** : hygiènes, pasteurisation du lait, port des masques et les gants pour les professions exposées.
- Vaccination des professionnels exposés
- En cas d'exposition accidentelle avérée, l'administration prophylactique de doxycycline (200 mg/j) + rifampicine (600 mg/j) pendant au moins 3 semaines.
- **Maladie à déclaration obligatoire.**