BRUCELLOSE OSTEOARTICULAIRE: ENTRE RHUMATISME ET INFECTION, UN DEFI POUR L'INTERNISTE!

1er Auteur : souha, HANNACHI, professeur agrégé en maladies infectieuses, service des maladies infectieuses, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, TUNISIE

Autres auteurs, équipe:

- zeineb,DENDEN, médecin spécialiste en maladies infectieuses, service des maladies infectieuses, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, TUNISIE
- sofienne , BENZARTI, résident en maladies infectieuses, service des maladies infectieuses, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, TUNISIE
- rym, ABID, Professeur en maladies infectieuses, service des maladies infectieuses, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, TUNISIE
- riadh, BATTIKH, professeur en maladies infectieuses, service des maladies infectieuses, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, TUNISIE

Introduction

La brucellose est une anthropozoonose causée par des coccobacilles du genre Brucella. En Tunisie, la brucellose humaine demeure endémique. C'est une maladie à déclaration obligatoire qui constitue un problème de santé publique significatif et entraine un impact économique important. Vu le polymorphisme clinique de cette maladie et son évolution volontiers insidieuse, des difficultés diagnostiques et thérapeutiques sont rencontrées surtout dans les formes focalisées et compliquées. La brucellose ostéo-articulaire (BOA) est la focalisation la plus fréquente de la brucellose. L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiocliniques, paracliniques et thérapeutiques de la BOA.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur une période de 15 ans. Ont été inclus tous les patients âgés de 18 ans et plus ayant une BOA. Le diagnostic était établi en se basant sur des arguments épidémio-cliniques, biologiques, radiologiques et évolutifs.

Résultats

Durant cette période d'étude, nous avons répertorié 113 patients ayant une brucellose dont 30 cas de BOA. L'origine rurale était rapportée par 20 patients. L'âge moyen des patients était de 52 ans avec des extrêmes allant de 31 à 78 ans. Le sex-ratio était de 1,72. Les patients présentaient deux principaux modes de contamination : une exposition professionnelle (83%) ou une infection due à la consommation de produits laitiers non pasteurisés (93%). L'atteinte ostéoarticulaire représentait 85,7 % de toutes les formes focalisées de brucellose principalement sous la forme de spondylodiscite (SPD) (73,3 % des cas), suivies de la sacro-iliite (SI) et de l'arthrite périphérique, diagnostiquées respectivement dans cinq et trois cas. Le délai moyen du diagnostic était de 87 jours. L'évolution était insidieuse dans 90 % des cas. Le tableau clinique de la SPD était principalement caractérisé par des rachialgies, en particulier lombaires (n=11). En ce qui concerne la SI, il était dominé par des douleurs lors de la manoeuvre de rapprochement ou d'écartement des ailes iliaques. Des arthralgies de l'articulation atteinte étaient le signe clinique prédominant de l'arthrite périphérique. Les hémocultures ont été pratiquées chez 13 cas de BOA et se sont révélées positives dans cinq cas. Le test au Rose Bengale a été pratiqué chez 27 patients et était positif dans tous les cas. La sérologie de Wright a été réalisée chez 22 malades et était positive dans tous les cas. L'immunofluorescence indirecte a été pratiquée chez neuf patients et était positive dans huit cas. À la radiographie standard, le pincement discal était la plus fréquente pour la SPD. Une TDM rachidienne et une IRM de l'articulation sacro-iliaque ont été effectuées respectivement chez quatorze et un patient, confirmant le diagnostic dans tous les cas. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie anti brucellienne. Il s'agissait d'une bithérapie dans 24 cas et d'une trithérapie dans six cas. La bithérapie la plus prescrite était l'association rifampicine et doxycycline. La durée moyenne du traitement était de 285 jours [45-550 jours]. Une corticothérapie a été prescrite dans notre étude chez neuf de nos patients. L'indication la plus fréquemment retrouvée était l'épidurite (n=5). En ce qui concerne les interventions chirurgicales, deux patients ont subi une laminectomie décompressive, tandis qu'un autre patient a eu une mise à plat chirurgicale d'un abcès du psoas. Pour la coxite brucellienne, une intervention chirurgicale était nécessaire (lavage articulaire et synovectomie). Quant à l'évolution sous traitement, elle était souvent favorable sans séquelles pour la majorité de nos patients (n=25). Cinq patients ont gardé des séquelles.

Conclusion

Face à son polymorphisme clinique extrême, il est essentiel de considérer le diagnostic de BOA devant une atteinte inflammatoire persistante chez un patient ayant des facteurs de risque de brucellose. Ainsi on pourra orienter les examens complémentaires appropriés en vue de confirmer le diagnostic. La sérologie revêt dans ce contexte une importance capitale, étant donné que l'hémoculture est rarement positive. La gravité de la brucellose est directement liée aux formes focalisées qui peuvent compromettre le pronostic fonctionnel tel est le cas de la BOA. En réalité, la meilleure approche pour lutter contre la brucellose humaine réside dans la prévention de la brucellose animale par la vaccination du bétail et par l'éducation des individus impliqués dans la production et la distribution de produits laitiers.