La neurobrucellose

La brucellose est une zoonose majeure fréquente dans le monde touchant plus de 500 000 cas par an. Sa prévalence peut atteindre dans les pays méditerranéens 10/100 000 habitants (1). En Tunisie, la surveillance de la brucellose humaine, maladie à déclaration obligatoire, est organisée par la direction des soins de santé de base (DSSB) sous la tutelle du ministère de la Santé Publique. Depuis l'instauration d'une vaccination nationale des petits ruminants, la brucellose animale est devenue rare en Tunisie avec cependant des foyers localisés au Sud Tunisien, dans les régions frontalières (2). Nous rapportons une observation clinique léthale de neurobrucellose expliquée par le retard diagnostic et l'instauration tardive du traitement.

Observation

Un patient âgé de 31 ans, agriculteur, consulta pour l'installation rapidement progressive depuis 2 ans d'une lourdeur des deux membres inférieurs évoluant vers un état grabataire au bout de trois mois associée à des troubles sphinctériens urinaires, une hypoacousie bilatérale concomitante à une fièvre oscillante sudoro-algique et à une altération profonde de l'état général. L'interrogatoire révélait la consommation de produits laitiers crus ainsi que la fabrication de dérivés laitiers non pasteurisés. L'examen neurologique objectivait une paraparésie spastique, des réflexes ostéotendineux vifs diffusés et polycinétiques aux deux membres inférieurs, un signe de Babinski bilatéral et un niveau sensitif en D6 avec une douleur à la percussion du rachis dorsal. L'examen des paires crâniennes objectiva une surdité bilatérale. Le diagnostic de compression médullaire dorsale lente fût posé. Les examens biologiques ont révélé la présence d'un syndrome inflammatoire biologique. La ponction lombaire montrait une protéinorrachie très élevée à 9g/l et 27 éléments blancs/mm^3 à prédominance lymphocytaire. Le sérodiagnostic de Wright était positif dans le sang (>1/80) et dans le liquide céphalorachidien (LCR) (>1/32). Le germe (Brucella mélitensis) a été isolé au niveau du LCR. L'IRM cérébrale était en faveur d'une pachyméningite (figure 1). L'IRM médullaire montrait un épaississement des espaces péri médullaires en rapport avec une arachnoidite étendue de l'étage cervical jusqu'au niveau de la queue de cheval (figures 2 et 3). Sous trithérapie associant doxycycline 200 mg/j ; Rifampicine 1200 mg/j et triméthoprime-sulfaméthoxazole 960 mg/j, l'évolution a été marquée par une amélioration clinique transitoire pendant le premier mois. Puis le patient a présenté une altération de l'état général, une diarrhée, des vomissements et une fièvre. Hospitalisé en unité de soins intensifs, le décès est survenu au bout de trois jours dans un tableau de défaillance multi-viscérale.

Conclusion

La diversité clinique et les complications engendrées par la brucellose rendent son diagnostic clinique difficile. La confirmation microbiologique est indispensable et le diagnostic est le plus souvent sérologique. L'atteinte du système nerveux peut être révélatrice de la neurobrucellose. Il faut savoir y penser devant un tableau neurologique atypique en zone endémique. La prise en charge doit être précoce et le meilleur traitement reste préventif.

Figure 1 : IRM cérébrale-coupe axiale T1 : épaississement et réhaussement anormal des espaces méningés (pachyméningite)

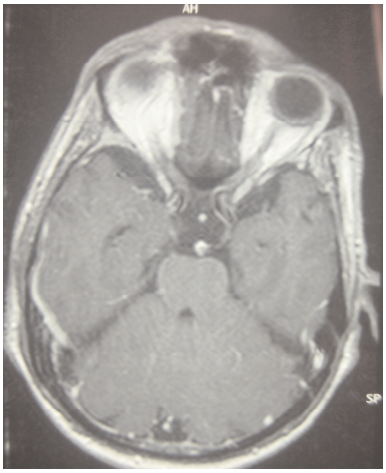

Figure 2 : IIRM médullaire –coupe sagittale T1 : épaississement et réhaussement des espaces périmédullaires réalisant un aspect en rail de la moelle (arachnoidite)