

Polyarthrite révélatrice d'une atteinte disséminée gonococcique

Polyarthrititis Revealing a Gonorrheal Disseminated Infection

G. Evrard · S. Alamo · C. Gousselot

Reçu le 2 août 2015 ; accepté le 14 décembre 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Introduction

Il y a à ce jour, une recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) [1], liée aux rapports non protégés répétés, souvent dans des contextes d'alcoolisation aiguë. De même, l'apparition d'applications pour smartphones permettant des rencontres géolocalisées rapides entraîne des comportements à risque et une augmentation des IST [2]. Dans notre pratique quotidienne, la symptomatologie des IST à gonocoques concerne principalement les organes génitaux externes. Or, il est important de garder en tête que les atteintes disséminées ne sont pas rares, et doivent être évoquées chez tout sujet jeune et sexuellement actif.

Observation

Un homme de 26 ans, consulte au service d'accueil des urgences (SAU) pour fièvre, myalgies et polyarthralgies. Il n'a pas d'antécédent particulier. La symptomatologie a débuté quatre jours auparavant avec une fièvre à 38,8°C, suivie de myalgies le lendemain, et enfin d'arthralgies diffuses au décours. À l'anamnèse, le patient rapporte de nombreux rapports sexuels non protégés, avec des partenaires multiples. L'examen clinique retrouve des articulations des deux poignets chaudes et œdémateuses, ainsi qu'un volumineux épanchement articulaire du genou droit avec impotence fonctionnelle mineure. Il existe quelques ganglions inguinaux bilatéraux infracentimétriques et indolores. On note un placard érythémateux induré sur la face latérale de la cuisse gauche. Le reste de l'examen somatique est sans particularité, notamment au niveau des organes génitaux externes avec absence d'ulcération ou d'écoulement urétral. Les paramètres vitaux sont normaux. Le bilan biologique retrouve des polynucléaires neutrophiles à 14 400/mm³ et une CRP à 235 mg/l. Le reste du bilan ne montre aucune

anomalie. Les radiographies des articulations douloureuses sont normales. Après ponction du genou droit, l'analyse du liquide articulaire met en évidence un liquide trouble avec 14 800 éléments/mm³ dont 83 % de polynucléaires neutrophiles, une absence de cristaux et de bactéries, à l'examen direct puis à la mise en culture. Les hémocultures sont négatives. Les sérologies VIH, VHB, VHC sont négatives. Les recherches de syphilis et *Chlamydia tracheomatis* sont négatives. Le bilan immunologique (comprenant le facteur rhumatoïde, HLA-B27, les anticorps antipeptide citrique citrulliné, antinucléaires et anti-ADN natif double brin) est négatif. La PCR sur premier jet urinaire est positive à *Neisseria gonorrhoeae*. Le diagnostic d'arthrite gonococcique est posé dans le cadre d'une infection disséminée à gonocoque. Le traitement étiologique est 1 gramme de ceftriaxone intraveineux, pendant 15 jours, dont la première injection à lieu immédiatement au SAU. Le traitement symptomatique comprend une antalgie par paracétamol et le glaçage des articulations. Le traitement d'une co-infection potentielle à *Chlamydia trachomatis* n'est pas administré devant la négativité des prélèvements. Dans ce contexte, le patient regagne son domicile, avec pour consigne de reconsulter son médecin traitant dans 48 heures afin de surveiller l'efficacité du traitement antibiotique et la régression de l'épanchement articulaire.

Discussion

Neisseria gonorrhoeae est un cocci gram négatif responsable d'infection sexuellement transmissible, principalement l'urétrite. Il peut également infecter le pharynx et le rectum souvent de façon asymptomatique. L'infection gonococcique initiale de l'appareil génito-urinaire peut aussi être asymptomatique. Les complications sont : la péri-urétrite, la plus fréquente pouvant conduire à la formation d'abcès, de fibrose urétrale évoluant vers la sténose ; la prostatite, qui si elle n'est pas traitée peut évoluer également vers l'abcédation ; l'épididymite, pouvant être responsable d'infertilité et d'atrophie testiculaire et la proctite qui laisse généralement peu de séquelles. Les formes généralisées se caractérisent par de la

G. Evrard (✉) · S. Alamo · C. Gousselot
Urgences adultes, CHU Pellegrin, Bordeaux
e-mail : gregoire.evrard@chu-bordeaux.fr

fièvre et une hyperleucocytose. Dans leur cas, la dissémination se fait par voie hématogène, depuis la muqueuse génitale [3]. Les atteintes cutanées sont présentes dans 20 à 50 % des cas. Elles se caractérisent par des macules ou maculopapules érythémateuses de petite taille, qui peuvent disparaître ou se transformer en pustules douloureuses à centre parfois purpurique ou nécrotique. Souvent groupées en bouquets, elles apparaissent au moment des accès fébriles, notamment au niveau des doigts. Les atteintes ostéoarticulaires sont caractéristiques. Elles associent ténosynovites asymétriques et arthrites. Il existe des formes exceptionnelles hépatiques, myocardiques, endocardiques et méningées. Le principal mécanisme pathogénique des arthrites gonococciques est une action toxique directe des gonocoques sur la synoviale. Il existe aussi un mécanisme de production de complexes immuns au niveau de la synoviale. Il est également suggéré que l'arthrite pourrait être une combinaison d'abcès locaux intrasynoviaux, secondaires à la réplication bactérienne et d'une réaction inflammatoire aseptique. Une arthrite gonococcique doit être suspectée principalement chez les sujets jeunes, actifs sexuellement [4]. Les autres facteurs de risque sont : le sexe féminin, les utilisateurs de drogues en intraveineux, les patients VIH, le déficit en complément, le lupus et un statut socio-économique défavorable [5]. La polyarthrite gonococcique est de début brutal. L'atteinte est le plus souvent oligo-articulaire et asymétrique mais elle peut également toucher plus de quatre articulations. Il existe un caractère migrateur ou additif des arthrites gonococciques. Le diagnostic positif repose principalement sur la ponction articulaire, avec numération et formule, examen bactériologique direct, et mise en culture sur milieu spécialisé (gélose chocolat). Classiquement, le compte cellulaire se situe entre 10 000 et 100 000 cellules/mm³, avec une prédominance de polynucléaires neutrophiles. L'examen direct est positif dans seulement 25 % des cas, et la mise en culture dans 50 % des cas [6]. La plupart du temps les hémocultures sont stériles. Le traitement court ne doit pas être utilisé dans les gonococcies extragénitales ou généralisées. Le gonocoque peut résister aux pénicillines soit par mutation chromosomique soit par acquisition d'un plasmide codant pour une β -lactamase (30 %). De plus, la sensibilité du gonocoque aux tétracyclines diminue (45 % de résistance). Enfin, la résistance aux fluoroquinolones est apparue en France depuis 1997 [7]. Les formes généralisées des gonococcies sont trai-

tées par Ceftriaxone 1 g par jour, IM ou IV, pendant 15 jours. Ce traitement doit être associé systématiquement à un traitement visant *Chlamydia trachomatis* [3]. La démarche préventive concernant les rapports protégés est indispensable. Chez les patients présentant une IST à gonocoque ou chlamydia, il faut que le ou les partenaires soient informés [8], et il faut les traiter de manière concomitante. En effet, une étude prospective interventionnelle randomisée chez 2751 patients a montré qu'un traitement court des partenaires sexuels diminuait significativement le taux de passages à la chronicité et de récurrences d'infections à gonocoques ou chlamydia [9].

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Institut de veille Sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des IST. Données au 31 décembre 2013 <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST> (Dernier accès le 5 octobre 2015)
2. Beymer M, Weiss R, Bolan R, et al (2014) Sex on demand: geo-social networking phone apps and risk of sexually transmitted infections among a cross-sectional sample of men who have sex with men in Los Angeles County. *Sex Transm Infect* 7:567-72
3. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions (2010) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf (Dernier accès le 29 septembre 2015)
4. Bardin T (2003) Gonococcal arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17:201-8
5. Zaia B, Soskin P (2014) Images in emergency medicine. Man with severe shoulder pain. Gonococcal arthritis of the shoulder. *Ann Emerg Med* 63:528-71
6. Garcia-De La Torre I, Nava-Zavala A (2009) Gonococcal and non-gonococcal arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 35:63-73
7. Dominique S, Delmas V, Hoppiteau V, Boccon-Gibod L (2004) Infections génitales masculines. EMC, Maladies infectieuses, 1-8 p
8. Ferreira A, Young T, Mathews C, et al (2013) Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD002843
9. Golden M, Whittington W, Handsfield H, et al (2005) Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. *N Engl J Med* 352:676-85