



Fièvre algo-éruptive chez un légionnaire au retour de Djibouti

Berry X¹, Oréface M¹, Jacquier C^{1,2}, Saidi R³, Le Bougeant P¹, Molinier S¹, Morand JJ³

1. Services de médecine interne, 2. dermatologie, 3. biologie, HIA Laveran, Marseille

Med Trop 2010; **70** : 223-225

Un légionnaire âgé de 38 ans, présentait brutalement, la veille de son retour d'un séjour de cinq mois à Djibouti, une tuméfaction douloureuse du poignet droit attribuée à une piqûre d'arthropode. La prophylaxie anti-paludique avait été correctement prise, il n'y avait ni contact avec des animaux, ni baignade en eaux douces. Il rapportait de nombreux rapports sexuels protégés (hormis pour les fellations) avec des partenaires différentes, pour la plupart prostituées. A son arrivée en France, fébrile à 38,4° et asthénique, il était hospitalisé. Il développait une polyarthrite du poignet droit (figure 1), de l'épaule droite, des genoux, des métacarpophalangiennes, des interphalangiennes proximales, associées à des lésions cutanées vésiculo-purpuriques siégeant aux extrémités (figures 2, 3). Il n'y avait pas de souffle cardiaque ni de raideur méningée. Il présentait une élévation isolée de la CRP à 198 mg/L sans anomalie de l'hémogramme.



Figure 1. Arthrite du poignet droit et lésions cutanées acrales © Morand JJ



Figure 2. Papulo-pustules purpuriques acrales © Morand JJ.



Figure 3. Notez l'atteinte palmaire et digitale © Morand JJ

• Correspondance : morandjj@aol.com

• Article reçu le 28/02/2010, définitivement accepté le 23/04/2010

Diagnostic

Il s'agissait d'une polyarthrite gonococcique.

L'existence d'une fièvre avec un purpura (a fortiori acral faisant évoquer des nodules de Meynet ou des embolus septiques) et des arthrites imposait une échographie cardiaque idéalement transoesophagienne afin d'éliminer une endocardite infectieuse même en l'absence de souffle valvulaire. Elle était en l'occurrence normale. La ponction articulaire dans l'hypothèse d'une arthrite septique aurait pu être envisagée initialement devant cette tuméfaction du poignet droit (avec épanchement à l'échographie) mais la reprise de l'anamnèse avec la description par le malade de brûlures mictionnelles, malgré l'absence d'écoulement urétral à l'examen, faisait évoquer une gonococcémie.

Les hémocultures ainsi que le prélèvement urétral objectivaient en effet *Neisseria gonorrhoeae*. La recherche d'une co-infection (syphilis, infection par le virus de l'immunodéficience humaine, hépatites virales B, C, *Chlamydia trachomatis*) demeurait négative. La symptomatologie régressait en une semaine sous ceftriaxone (Rocephine® 1 gr/j/10j) et doxycycline (Tolexine® 200 mg/j/10j).

Discussion

Parallèlement à l'augmentation en France de l'incidence des infections à *Neisseria gonorrhoeae* (NG), il a été noté en 2006 une résistance importante de NG à la ciprofloxacine (40%), à la pénicilline (souches productrices de pénicillinases 11,2%) et aux tétracyclines (18%) ainsi que récemment l'émergence de souches à sensibilité réduite à la ceftriaxone (1). Or les urétrites sont les principales manifestations d'une infection sexuellement transmissible (IST) au retour d'un voyage notamment sous les tropiques et, parmi elles, le gonocoque est le germe dominant (2). De plus il convient de ne pas sous estimer le risque de contracter une chlamydie ou une gonococcie urétrale à l'occasion d'une relation orogénitale non protégée (3).

Les arthrites septiques gonococciques sont rares et observées chez seulement 0,5 à 3% des patients atteints de gonorrhées génitales. En France, moins de 1,7 % des arthrites septiques sont dues à NG (4). Les arthrites généralement multiples sont vives, migratrices mais l'épan-

chement articulaire est habituellement modéré. Toutes les articulations peuvent être concernées mais les plus fréquemment atteintes sont par ordre décroissant les genoux, les poignets, les chevilles et les doigts. Dans 20 à 60 % des cas, elles s'accompagnent de lésions cutanées, peu nombreuses, siégeant surtout aux extrémités, à type de maculopapules de petite taille reposant sur une base inflammatoire, évoluant vers des papulopustules ou des papulovésicules sérohématiques, parfois vers des lésions purpuro-nécrotiques (4-5). Les autres manifestations des formes disséminées sont exceptionnelles : péricardite, myocardite, endocardite, méningite aiguë et hépatite septique.

Les diagnostics différentiels sont nombreux selon que le tableau est incomplet ou qu'un élément domine. Le syndrome arthro-cutané fébrile peut s'observer dans le cadre d'une endocardite bactérienne, d'une méningococcémie. On peut évoquer, selon le contexte, a fortiori chez le voyageur, une arthrite virale (virus de l'immunodéficience humaine, arbovirose et notamment chikungunya), une maladie de Lyme. Les arthrites réactionnelles ou syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (FLR) ne comportent pas de fièvre; la classique triade arthrite-urétrite-conjonctivite n'est présente que dans 30% des cas et est plus fréquente lors d'infection à *Chlamydia trachomatis*. Les mécanismes physiopathogéniques sont différents : dans l'arthrite gonococcique, l'action du gonocoque se fait directement sur la synoviale, via la voie hématogène. Le derme est atteint de la même manière : il s'agit de vascularite des petits vaisseaux due à des micro-infarctus septiques.

L'interrogatoire doit rechercher un rapport sexuel non protégé y compris oro-génital, une dysurie, des brûlures mictionnelles, un écoulement purulent parfois absent comme dans notre observation. Toute suspicion d'urétrite ou cervicite doit être confirmée microbiologiquement par un prélèvement bactériologique : écouvillonnage de l'urètre chez l'homme et l'exocol chez la femme, complété par l'anus et le pharynx.

Le diagnostic de certitude d'une gonococcémie repose sur l'isolement du germe dans le sang ou le liquide articulaire. Le gonocoque étant fragile in vitro et de culture difficile, les prélèvements doivent être rapidement mis en culture (8). Les cultures du liquide articulaire ne sont positives que dans 50 % des cas (10). Les biopsies des lésions cutanées a fortiori purpuriques doivent être réalisées car non seu-

lement elles peuvent être informatives sur le plan histologique mais peuvent aussi révéler l'agent pathogène après examen microbiologique. Enfin, la technique d'amplification génique (PCR) sur liquide articulaire offrirait une très bonne spécificité (95 %) et une bonne sensibilité (80 %) (4).

Le traitement anti-gonococcique repose sur la ceftriaxone. Les pénicillines, les cyclines (dont la doxycycline), la ciprofloxacine ne doivent plus être utilisées pour le traitement de première intention des infections à NG notamment des urétrites et cervicites en raison des forts taux de résistances. Les autres fluoroquinolones (ofloxacine, norfloxacine et péfloxacine) ne peuvent pas être recommandées du fait d'une résistance croisée entre toutes les fluoroquinolones. De plus, ces molécules présentent d'emblée une moins bonne activité que la ciprofloxacine vis-à-vis du gonocoque, la norfloxacine étant la moins performante, l'ofloxacine posant en plus des problèmes de mauvaise diffusion pharyngée. La résistance de NG à la spectinomycine n'a pas encore été observée en France (entre 1986 et 2002) et reste encore rare à l'étranger. Même si les données microbiologiques sont rassurantes, il n'en demeure pas moins que les échecs cliniques décrits sous spectinomycine en cas de localisation pharyngée (échec dans un cas sur deux), ne font pas de ce produit un traitement de première intention. La spectinomycine pourra être proposée aux sujets ayant une contre-indication aux bêta-lactamines.

Le schéma thérapeutique recommandé d'une urétrite ou d'une cervicite à NG est le suivant :

- ceftriaxone : 500 mg en une seule injection (intra-musculaire ou intra-veineuse) ;
- en cas de contre-indication aux bêta-lactamines : spectinomycine, 2 g en une seule injection intra-musculaire ou en cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale : céfixime, 400 mg en une prise orale unique.

Un traitement anti-Chlamydia doit être systématiquement associé :

- azithromycine : 1 g en monodose ;
- ou doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours.

Lors de gonococcémie, la ceftriaxone sera prescrite à raison d'1g/j par voie IM ou IV durant au moins une semaine. L'évolution habituelle est la guérison sous antibiothérapie. Des arthrites destructrices sont possibles en cas de retard

thérapeutique ainsi que des arthrites post-infectieuses qui se manifestent par la persistance d'une synovite stérile après 10 jours d'une antibiothérapie bien conduite. Un cas de choc septique fatal a été rapporté (9).

Conclusion

Toute atteinte arthro-cutanée fébrile chez un adulte jeune sexuellement actif doit faire évoquer une arthrite gonococcique y

compris en l'absence d'urétrite, a fortiori au retour d'un séjour sous les tropiques. Le développement des résistances aux antibiotiques du gonocoque nécessite une surveillance et une adaptation régulière des protocoles thérapeutiques. ■

RÉFÉRENCES

1. Monfort L, Caro V, Devaux Z, Delannoy AS, Brisse S, Sednaoui P. First *Neisseria gonorrhoeae* genotyping analysis in France: identification of a strain cluster with reduced susceptibility to Ceftriaxone. *J Clin Microbiol* 2009; 47 : 3540-5.
2. Ansart S, Hochedez P, Perez L, Bricaire F, Caumes E. Sexually transmitted diseases diagnosed among travelers returning from the tropics. *J Travel Med* 2009; 16 : 79-83.
3. Bernstein KT, Stephens SC, Barry PM, Kohn R, Philip SS, Liska S, et al. *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* transmission from the oropharynx to the urethra among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2009; 49 : 1793-7.
4. Le Berre JP, Samy J, Garrabé E, Imbert I, Magnin J, Lechevalier D. Arthrite sans urétrite : penser au gonocoque. *Rev Med Int* 2007; 28 : 183-5.
5. Algayres JP, Schill H, Mayaudon H, Jolibois P, Nizou C, Cavallo JD, et al. Arthrites gonococciques : aspects actuels. *Med Armees* 1991; 19 : 245-8.
6. Goldenberg DL. Septic arthritis. *Lancet* 1998; 351 : 197-202.
7. Lioté F, Felten A. Arthrites gonococciques. *EMC - Appareil locomoteur* 1995; 14-181-A- 10.
8. Bardin T. Gonococcal arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17 : 201-8.
9. Thiery G, Tankovic J, Brun-Buisson C, Blot F. Gonococemia associated with fatal septic shock. *Clin Infect Dis* 2001; 32 : E92-3.
10. Lioté F, Ea Hang-Korng. Arthrites vénériennes. *Rev Rhum* 2006; 73 : 154-8
11. Traitement antibiotique probabiliste des urétries et cervicites non compliquées. Actualisation octobre 2008. www.afssaps.fr

FIÈVRE ALGO-ÉRUPTIVE CHEZ UN LÉGIONNAIRE AU RETOUR DE DJIBOUTI : POLYARTHRITE GONOCOCCIQUE

RÉSUMÉ • Un légionnaire de retour de Djibouti développe une polyarthrite fébrile avec purpura acral révélant une gonococcémie contractée lors d'une fellation non protégée. La conduite à tenir diagnostique et thérapeutique est détaillée.

MOTS-CLÉS • Gonococcémie. Polyarthrite. Purpura. Djibouti.

FEBRILE ALGO-ERUPTIVE ILLNESS IN A FRENCH FOREIGN LEGIONNAIRE RETURNING FROM DJIBOUTI: GONOCOCCAL ARTHRITIS

ABSTRACT • A French foreign legionnaire returning from Djibouti developed feverish polyarthritits with acral purpura. Diagnostic workup demonstrated gonococemia contracted during unprotected fellatio. Based on this case report, diagnostic and therapeutic management is described.

KEY WORDS • Gonococemia. Polyarthritits. Purpura. Djibouti.



Village Bankoualé, Djibouti © Maslin F