

Arthrites réactionnelles à *Escherichia coli* sur une infection uro-génitale

Reactive arthritis to Escherichia coli uro-genital tract infection.

Ndour M A, Djiba B, Fall B, Kane B S, Diouf C, Niasse M, Lo A F, Diack N D, Ndao A C, Fall S, Diagne N, Ndiaye N, Faye A, Ndongo S, Leye A, Pouye A

Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Aristide le Dantec
Faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal

Résumé

Introduction

Les arthrites réactionnelles sont des arthrites stériles survenant au décours d'une infection déclenchante, siégeant à distance de l'articulation. *Escherichia Coli* est rarement incriminé dans la survenue de cette arthropathie.

Nous rapportons l'observation d'une femme ayant développé une arthrite réactionnelle 25 jours après une infection uro-génitale à *Escherichia coli*.

Observation

Une femme âgée de 30ans a été hospitalisée pour une symptomatologie faite d'arthralgies d'allure inflammatoire bilatérales symétriques intéressant les chevilles, les genoux, les coudes, le rachis avec des leucorrhées abondantes blanchâtres fétides.

Dans ses antécédents, nous avons noté 1 mois avant une notion de curetage mal prise en charge pour un avortement précoce et spontané au décours d'une grossesse de 15 semaines d'aménorrhée. L'ECBU et le prélèvement vaginal concluaient à une infection uro-génitale à *Escherichia coli* multi résistante. Elle avait reçu une antibiothérapie à base de fluconazole et du chloramphénicol puis du ceftriaxone avec une bonne évolution clinique.

Les examens biologiques montraient une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et un syndrome inflammatoire.

L'antigène HLA B27 était positif. La TDM pelvienne montrait un aspect en faveur d'une sacro-ilite bilatérale.

Sous traitement à base d'anti inflammatoire non stéroïdien associé à une bi antibiothérapie préalable, on notait une régression des signes articulaire et urogénitale en quelques jours. La consultation à 2 mois d'évolution ne montrait pas de récurrence uro-génitale ni articulaire et le syndrome infectieux avait disparu.

Conclusion

Les arthrites réactionnelles sont déclenchées par une infection initiale extra- articulaire. Même si d'autres germes sont plus incriminés, les infections à *Escherichia Coli* sont de plus en plus rapportées

Mots clés : Arthrites réactionnelles, *Escherichia coli*, infection uro-génitale.

Summary

Introduction

Reactive arthritis is a sterile arthritis in the course of a triggering infection, which occurred away from the joint in another part of the body. *Escherichia Coli* is rarely incriminated in the occurrence of this arthropathy.

We report the observation of a woman who developed reactive arthritis 25 days after an *Escherichia coli* uro-genital. Infection.

Observation

A 30-year-old woman was admitted for a clinical presentation of bilateral and symmetrical inflammatory arthralgias involving the ankles, knees, elbows, spine with abundant whitish leucorrhea.

In her past medical history, we noticed an inappropriate curettage procedure which was done because of a spontaneous abortion in the course of a pregnancy of 15 weeks of amenorrhea. The Bacterial Examination of Urine and the vaginal swab concluded on the presence a multi-resistant *Escherichia coli* uro-genital infection. She received antibiotic therapy based on fluconazole and chloramphenicol followed by ceftriaxone. The evolution was favorable with a good clinical course. Biological examinations showed a neutrophilic leukocytosis and an inflammatory syndrome.

HLA antigen B27 was positive. Pelvic CT showed an aspect in favor of bilateral sacroiliitis.

Under treatment with non-steroidal anti-inflammatory drug preceded with a double antibiotic treatment, there was a regression of the articular and urogenital signs in a few days. The 2-month consultation did not show uro-genital or joint recurrence and the infectious syndrome disappeared.

Conclusion

Reactive arthritis is triggered by initial extra-articular infection. Even if other germs are more implicated, infections with *Escherichia Coli* are increasingly reported

Key words: Reactive arthritis, *Escherichia coli*, urogenital infection.

Introduction

Escherichia Coli est un germe rarement incriminé dans les arthrites réactionnelles qui sont des arthrites stériles survenant au décours immédiat d'une infection déclenchante, siégeant à distance de l'articulation. Il s'agit d'infections bactériennes touchant le tractus digestif ou urinaire [4]. Le délai qui s'écoule entre l'épisode infectieux et les manifestations inflammatoires qualifiées de réactionnelles ne dépasse pas en général un mois [1]. Nous rapportons l'observation d'une femme ayant eu une arthrite réactionnelle 4 semaines après une infection uro-génitale à *Escherichia Coli*.

Observation

Une femme âgée de 30ans a été hospitalisée pour une symptomatologie faite d'arthralgies inflammatoires bilatérales symétriques intéressant les chevilles, les genoux, les coudes, le rachis associées à un sepsis, une sensibilité de l'hypogastre avec des leucorrhées prurigineuses abondantes blanchâtres, d'odeur fétide et à des lésions de ptyriasis versicolor. L'examen ophtalmologique montrait une conjonctivite bilatérale.

Dans ses antécédents, on notait un mois avant son hospitalisation, une notion de curetage mal prise en charge pour un avortement précoce et spontané sur une grossesse de 15 semaines d'aménorrhée. L'examen cytbactériologique des urines (ECBU) et le prélèvement vaginal concluaient à une infection uro-génitale à *Escherichia coli* multi résistante. Elle avait reçu un traitement associant d'abord du fluconazole et du chloramphénicol puis de la ceftriaxone avec une bonne évolution clinique.

Les examens biologiques montraient une anémie normocytaire hypochrome avec une hyperleucocytose à 18 000 GB/mm³ à prédominance de polynucléaires neutrophiles et un syndrome inflammatoire biologique avec C- réactive protéine à 96 mg/L, vitesse de sédimentation accélérée à 135 mm à la 1^{ère} heure, fibrinémie à 6,13 g/L. L'ionogramme sanguin montrait une hypokaliémie à 2,9 mEq/L ; les autres constantes étaient normales.

Les sérologies VIH et hépatiques C étaient revenues négatives. Le facteur rhumatoïde était négatif et l'antigène HLA B27 était positif. La radiographie standard des autres articulations douloureuses était normale. Cependant la tomodensitométrie pelvienne montrait un aspect en faveur d'une sacro-iliite bilatérale (figure 1). En outre une échographie pelvienne mettait en évidence un gros ovaire droit enclavé dans le douglas. L'ECBU et le prélèvement vaginal montraient une infection urogénitale à *Escherichia coli*.

Sous traitement à base de fluconazole et du chloramphénicol puis du ceftriaxone une régression des signes articulaires et urogénitaux en quelques jours était notée. La consultation après à deux mois d'évolution ne montrait pas de récurrence uro-génitale ni articulaire et le syndrome infectieux avait disparu.



Figure 1: Tomodensitométrie pelvienne montrant une image de Sacro-iliite bilatérale

Discussion

Les arthrites réactionnelles réalisent un tableau d'oligoarthrite stérile survenant en général dans le mois suivant un épisode infectieux. Le syndrome de Fiessinger Leroy en constitue la forme la plus complète avec la triade oculo-uretéro-synoviale. Les infections du tractus digestif dues aux germes entéro-invasifs (*Yersinia enterocolitica* et *pseudotuberculosis*, *Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Clostridium difficile*) ou uro-génitale (*Chlamydia trachomatis* surtout et *Neisseria gonorrhoeae*) sont les plus fréquentes [1]. L'incidence des arthrites réactionnelles à la suite d'une infection digestive serait de 3 cas pour 100 000 infections et *Escherichia coli* serait responsable de 10% des cas malgré le peu de description dans la littérature [2, 3]. L'âge moyen de survenue se situait entre 20 et 40 ans, notre patiente avait 30 ans. L'atteinte articulaire réalise souvent un tableau d'oligo-arthrite asymétrique touchant les genoux, les chevilles, les articulations métatarso-phalangiennes et les poignets. L'atteinte oculaire se manifeste le plus souvent par une conjonctivite, plus rarement une uvéite antérieure aigue [4], celle de l'urètre précède généralement l'arthrite en cas de porte d'entrée génitale mais peut aussi être concomitante à celle-ci si la porte d'entrée est digestive [5]. Notre patiente présentait des arthralgies inflammatoires bilatérales symétriques intéressant les chevilles, les genoux, les coudes, le rachis. La tomodensitométrie pelvienne montrait un aspect en faveur d'une sacro-iliite bilatérale. Cependant elle est souvent présente en phase évoluée, rarement au début de la symptomatologie [3]. La cause exacte est inconnue, des facteurs génétiques ont été évoqués [6]. Chez notre patiente l'antigène HLA B 27 était positif. Les AINS constituent le traitement de premier choix. L'évolution rapide favorable de l'arthralgie constitue un élément en faveur du diagnostic. La corticothérapie générale a rarement l'efficacité escomptée par rapport aux AINS. Elle devra être proposée en seconde intention. L'antibiothérapie n'est à envisager que si elle n'a pas été conduite lors de l'épisode infectieux initial. Cependant le risque de récurrence étant réel, la recherche et l'éradication de tout foyer infectieux doit être systématique.

Chez notre patiente, une maladie lupique a été évoquée devant l'âge jeune, le sexe et la présence de polyarthrites non déformantes.

En résumé, la concomitance de l'infection uro-génitale et des polyarthralgies, le tableau clinique, l'absence de récurrence à six mois sans nouvel épisode infectieux, conforte en premier lieu une arthrite réactionnelle, entité comprise dans le groupe des spondylarthropathies.

Conclusion

Les arthrites aseptiques sont déclenchées par une infection initiale extra-articulaire. Le diagnostic clinique et paraclinique nécessite de preuve bactériologique précoce. Dans cette observation il faut la difficulté de recherche de l'agent infectieux causal au stade initial surtout pour des cas rares comme *Escherichia coli*. Le traitement par les AINS reste indiqué en 1^{ère} intention.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

- 1- Bouchaud-Chabot A., Bardin T. Arthrites réactionnelles. EMC 1998; 14-206-A-10
- 2- Sibilia J, Pham T, Sordet C, Jaulhac B, Claudepierre P. Spondylarthrite ankylosante et autres spondylarthropathies. EMC-Médecine 2005; 2: 488-511
- 3- Renou F, Wartel G, Raffray L, Kuli B, Fayeulle S, Yvin J.-L. Arthrite réactionnelles dans les suites d'une infection urinaire à *E. coli*. La revue de la médecine interne ; 32 (2011) : e4-e5
- 4- Pawlotsky Y. Arthrites réactionnelles in Rhumatologie deuxième édition; Paris., Ellipses marketing 2001 : 130-137
- 5- Aho, K., Ahvonen, P., Lassus, A., Sievers, K. and Tiilikainen, A. 1973. HLA reactive antigen B27 and reactive arthritis. Lancet 2:157.
- 6- Hacquard-Bouder C et al. Rev Rhum 2006 ; 73 : 215-221
- 7- Amor B. Les arthrites réactionnelles : Situation nosologique fréquence et critères de diagnostic Rev. Méd. Interne 1986 ; 7 : 491-498.