

Paul Legendre¹, Valérie Lalande², Catherine Eckert³, Frédéric Barbut^{2,3}, Laurence Fardet^{4,5}, Jean-Luc Meynard¹, Laure Surgers^{1,5}

APHP, Hôpital Saint-Antoine, Paris

1. Service des Maladies Infectieuses et Tropicales 2. Département de Bactériologie, 3. Laboratoire *Clostridium difficile* associé au Centre National de Référence des Bactéries Anaérobies 4. Service de Médecine Interne 5. CIMI, UPMC UMRS CR7, INSERM U1135, CNRS ERL, Université Pierre et Marie curie, Paris 6

CAS CLINIQUE

Femme de 46 ans, caucasienne (antécédents : cystites à répétition, anémie ferriprive chronique)

Anamnèse

-Avril 2012 : Chirurgie d'hallux valgus. Episode diarrhéique => traitement probabiliste par métronidazole (10 jours). Pas de recherche de CD.

-Mai 2012 : Oligoarthritis (chevilles et genou gauche) => 5 mois d'AINS, pas de ponction articulaire

-Octobre 2012 : Cystite traitée par cefixime (2 jours). Hospitalisation pour diarrhées sévères, vomissements avec déshydratation et douleurs abdominales.

Analyse des selles (15/10/2012): présence de CD toxigène dans les selles (souche de PCR-ribotype 014/020/077). Métronidazole (10 jours). Evolution favorable.

-Novembre 2012 : Oligoarthritis (chevilles et genou gauche) + fièvre + myalgies + réapparition des diarrhées. Cliniquement : synovite chevilles + genou gauche.

Biologie (01/11/2012)

- Leucocytes normaux, lymphocytes 1326/mm³
- Hémoglobine 11,3g/dL, Plaquettes 483 000/mm³
- Ionogramme et créatinémie normales
- CRP 114,6mg/L, EPP de profil inflammatoire
- Enzyme de conversion de l'angiotensine normale
- Anticorps anti-nucléaires, Anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae*, anti-peptides citrullinés, anticorps antistreptolysine, et facteur rhumatoïde négatifs
- Sérologies VHC, VHB, VIH et Lyme négatives
- Hémocultures, ECBU stériles

Analyses des selles (01/11/2012) : présence de CD toxigène (souche de PCR-ribotype 014/020/077, fragment de toxines A3 et B1 présents). Vancomycine (10 jours). Evolution favorable

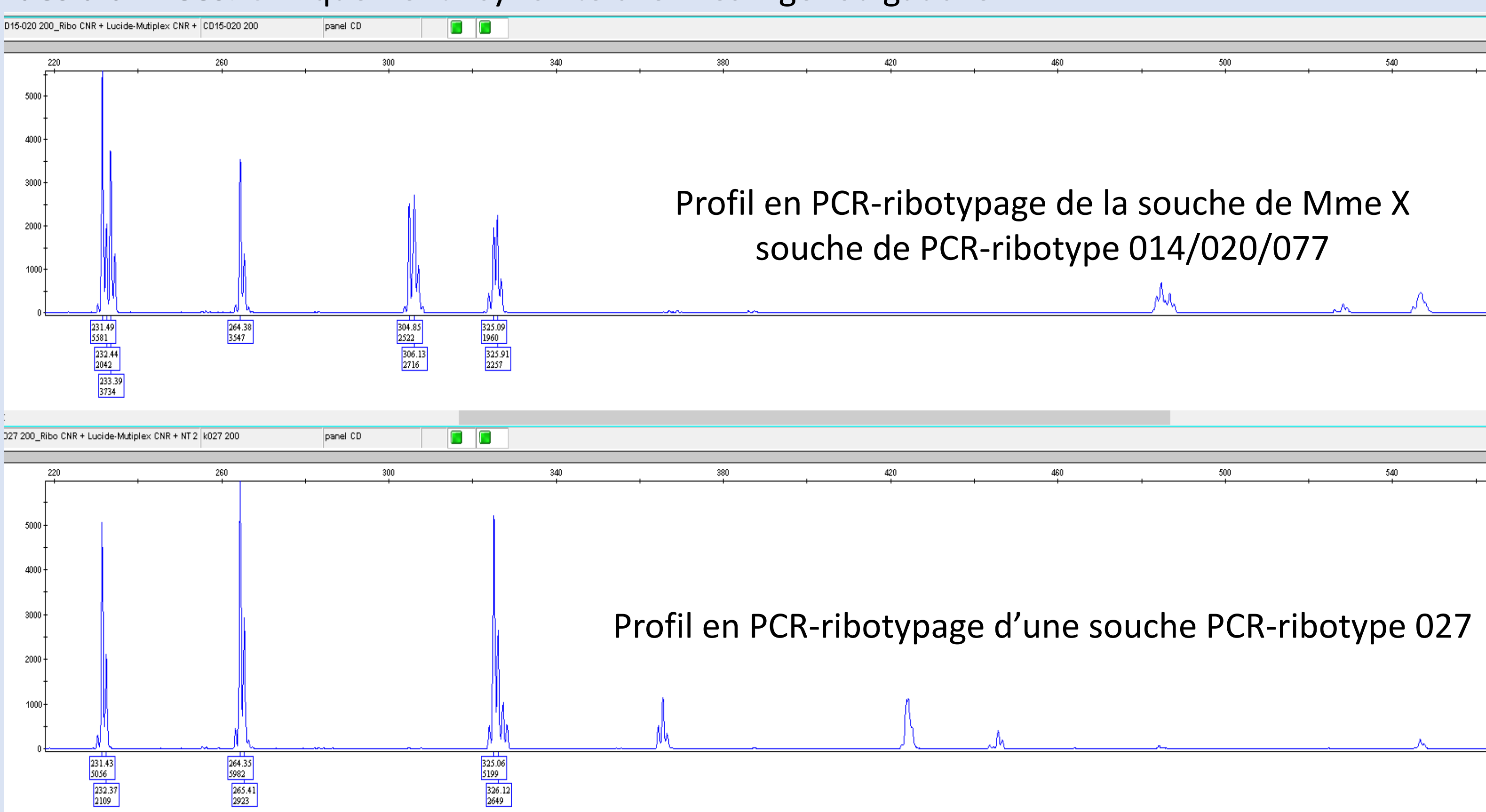
Liquide articulaire (03/11/2012) : 10 000 éléments dont 7300/mm³ PNN, stérile, absence de cristaux

Radiographies articulaires (03/11/2012) : normales

Evolution (suivi à 1 mois puis 1 an)

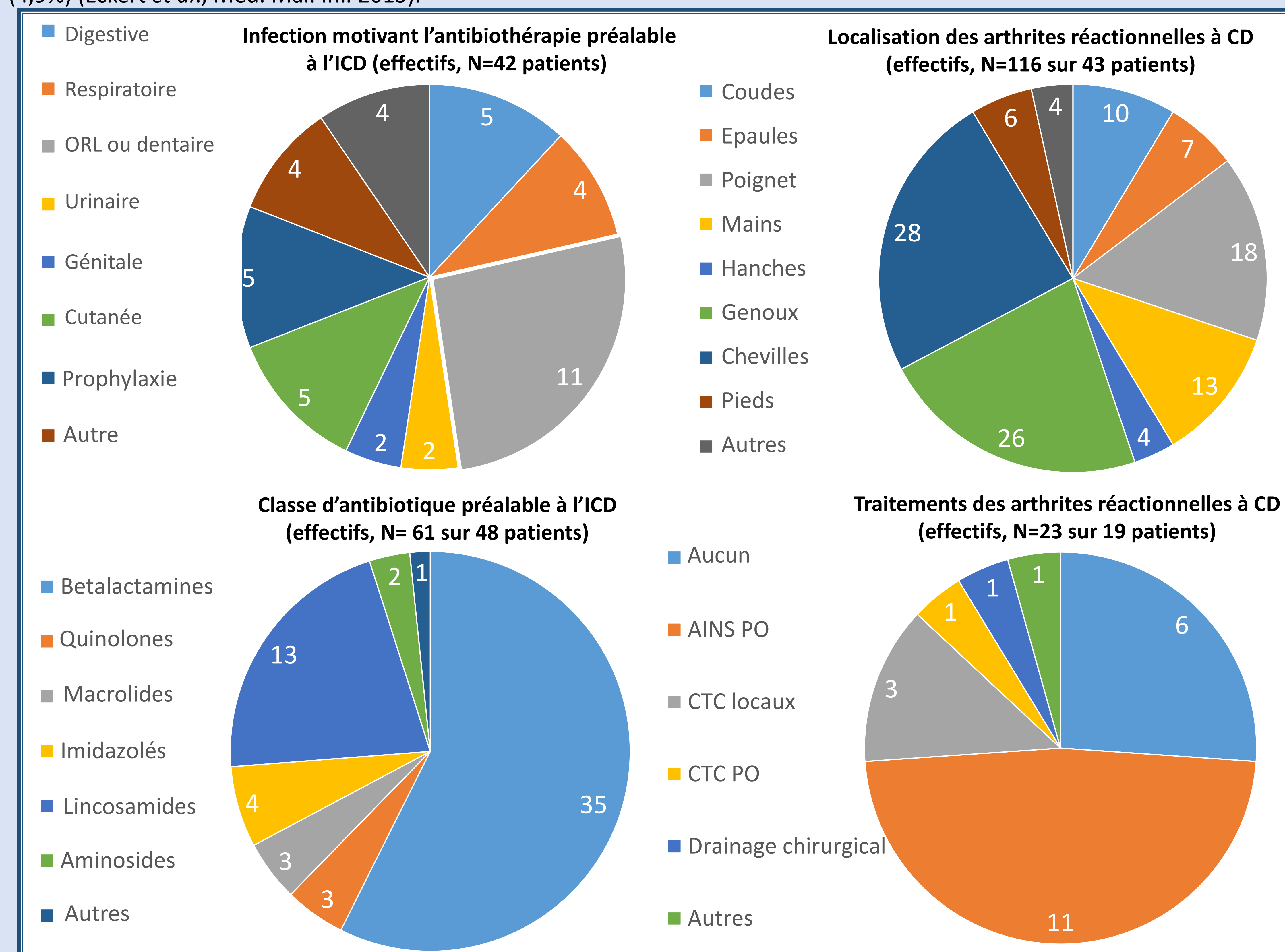
Antalgiques simples pour oligoarthritis réactionnelle à CD avec une évolution favorable en 3 semaines.

Pas de nouvel épisode diarrhéique ou articulaire.



REVUE DE LA LITTÉRATURE

Depuis 1976, 49 autres cas d'arthrites réactionnelles à CD ont été rapportés, **associés au HLA B27 pour 68 %** (28/41) (IC 95 [53,7 %-82,3 %]). Les **arthrites survenaient en médiane 10 jours** (1- 55) après le début des diarrhées avec une médiane **de 42 jours** (5-800). **L'évolution était favorable dans 90,5 %** (38/42) des cas (IC 95 [81,6 %-99,4 %]). L'utilisation d'AINS oraux était nécessaire pour 55 % (11/20) (IC 95 [33,2 %-76,8 %]). Les PCR-ribotypes 014/020/077 de CD sont prédominants en France (18,7%) devant 078/126 (12,1%), 015 (8,5%), 002 (8%), et 005 (4,9%) (Eckert *et al.*, Med. Mal. Inf. 2013).



CONCLUSION

Nous rapportons un cas d'arthrite réactionnelle à une souche fréquente de CD assorti d'une revue de la littérature. Cette observation décrit deux épisodes arthrites associées à des diarrhées post-antibiothérapie. Le second épisode d'arthrite survient après une récurrence d'épisode d'ICD avec une souche de même PCR ribotype. De plus, cette observation est la 1^{ère} où la souche est caractérisée. Une nouvelle étude avec caractérisation des souches et évaluation des facteurs de risque permettrait de mieux comprendre la physiopathologie et de caractériser le mode évolutif de l'arthrite réactionnelle à CD. L'augmentation de la prévalence des ICD rend plus probable la survenue de ces arthrites motivant de nouveaux travaux sur cette thématique.

Abbréviations : AINS; anti-inflammatoires non stéroïdiens, CD; Clostridium difficile, CTC; Corticoïdes, PO; Per os, ICD ; infection à Clostridium difficile