

# Cas clinique



SRO mai 2016  
Alice Tison  
Camille Houssais



” Mr T, 50 ans

” Oligoarthrite fébrile

” ATCD :

- Silicose chronique simple
- Asthme
- Psoriasis cutané
- Lombalgie
- Gonarthrose bilatérale

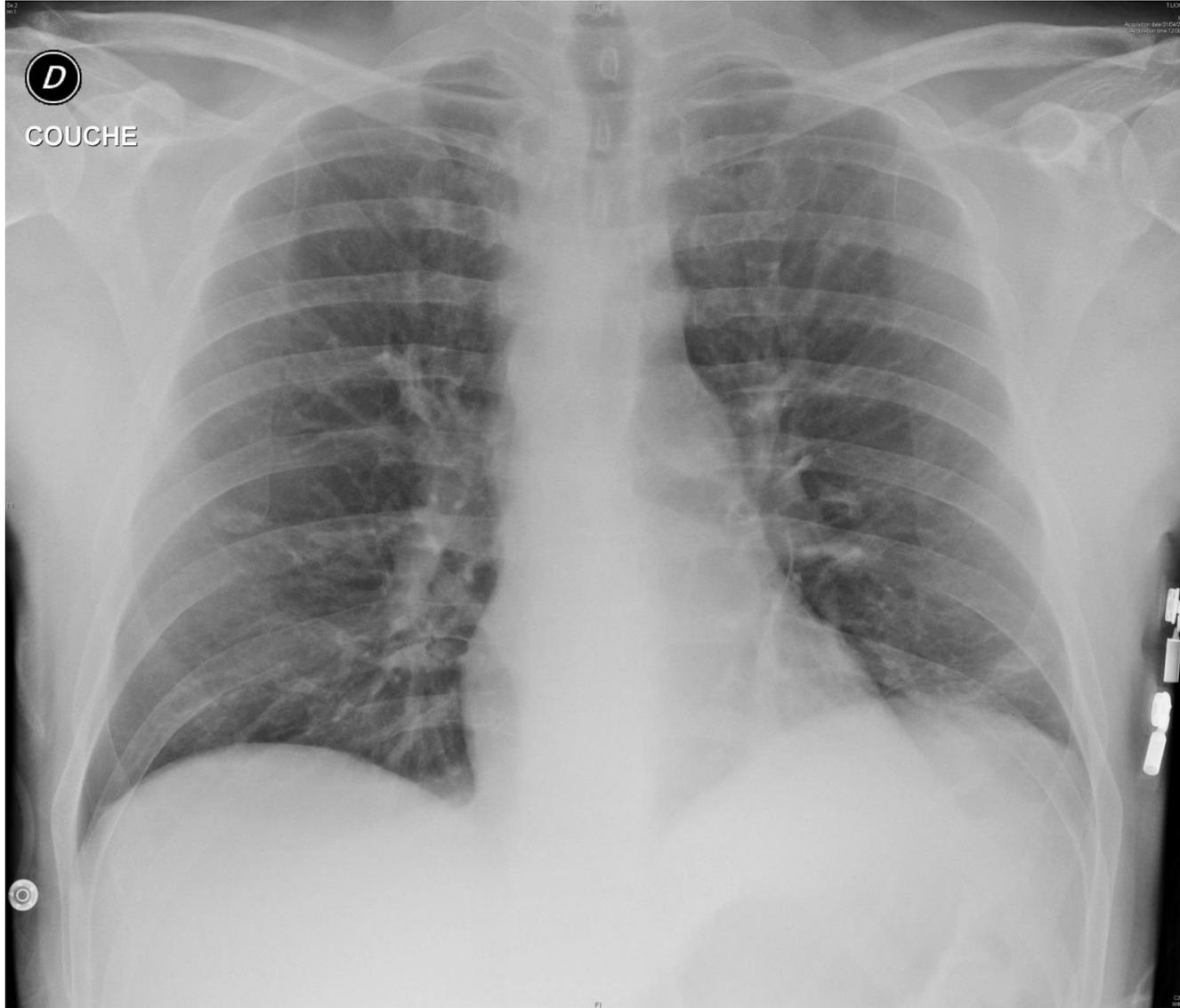
” Traitement d'entrée :

- SINGULAIR
- SYMBICORT
- BRICANYL
- KESTILNYO

# Histoire de la maladie

- “ 28 mars : fièvre + frissons
- “ 30 mars : apparition brutale d'une **arthrite du coude gauche et du genou droit**
- “ Urgences :
  - “ **T° C 40° C**
  - “ Radiographies du coude gauche et du genou droit
  - “ Ponction articulaire : 4 mL de liquide trouble
  - “ Hémocultures prélevées
  - “ ECBU, Radiographie thoracique
  - “ Traitement antalgique, glaçage
- “ Transfert dans le service : CRP 318 mg/L, GB 17,6 G/L PNN 14,07 G/L, EPP : profil inflammatoire.
- “ Au cours de l'hospitalisation :
  - “ Apparition de **3 lésions érythémateuses annulaires et centrifuges** : bras gauche, avant-bras droit, pied gauche
  - “ Poussée d'herpès buccal









Quel est votre diagnostic ?



# Démarche diagnostique devant une oligoarthrite fébrile

- ” **Infectieuse ++**
- ” Microcristalline
- ” Connectivite / Vascularite
- ” Paranéoplasique

# Arthrite et silicose

- Polyarthrite rhumatoïde (syndrome de Caplan)
- Sclérodermie (syndrome d'Erasmus)
- Lupus érythémateux systémique
- Dermatomyosite

# Devant un érythème annulaire centrifuge

- “ **Dermatoses pouvant adopter une forme annulaire :**
  - “ Dermatophyte
  - “ Erythème polymorphe
  - “ Pityriasis rosé (médaillon)
  - “ Sarcoïdose
  - “ Lupus érythémateux subaigu
  - “ Psoriasis
  - “ Vascularites leucocytoclasiques (papules, purpura)
  - “ Cause médicamenteuse / cause maligne
  
- “ **Dermatoses définies par une forme annulaire**
  - “ Erythème migrant
  - “ Erythème annulaire centrifuge du Gougerot
  - “ Erythème marginé rhumatismal
  - “ Erythème annulaire centrifuge idiopathique type Darier

# Arthrite infectieuse et éruption cutanée

## **RAA :**

- Erythème marginé (de Besnier) , prédominant au tronc / Rare ++ chez l'adulte
- Nodules sous cutanés de Meynet tardifs (articulations et zones d'extension des membres)
- Autres atteintes de RAA : cardite, chorée de Sydenham

## **Rhumatisme post-streptococcique :**

- Poly, oligo ou monoarthrite, 7 à 14 jours après une pharyngite
- Eruption cutanée : érythème maculo-papuleux des extrémités, érythème noueux, vascularite leucocytoclasique.

## **Mycoplasme**

- Erythème polymorphe
- Autres causes d'érythème polymorphe : herpès, médicament
- Syndrome cutanéomuqueux, distribution acrale. Lésion en cible. Centre foncé ou bulle au centre.

## **VIH, Syphilis, Yersinia (érythème noueux)**

## **Parvovirus B19, et autre virus**

## **Maladie de Lyme**

# Retour à notre cas

## Liquide articulaire :

Leucocytes 11 000 à prédominance de PNN

Absence de microcristaux, Absence de cellule suspecte

Culture négative à 48h

**Hémocultures** toujours en cours à 48h

## Sérologies :

-VIH, VHB,VHC, syphilis négatives

-Recherche de Yersiniose négative

-Presence d'IgG parvovirus B19

-Recherche de Chlamydia trachomatis négative

-Sérologies Chlamydia pneumoniae et Mycoplasme pneumoniae négatives

-ASLO 600 U/l. Streptotest négatif.

-Sérologie de Lyme négative

-Prélèvements grippe et VRS négatifs

-Tularémie : recherche négative

## Bilan immunologique :

AAN 1/320 (mouchetés) sans spécificité, FR et anti CCP négatifs

ANCA négatifs, Complement normal, normocalcémie et ECA normale

Quel est votre diagnostic?



# La solution

“ Appel du laboratoire :

**Hémocultures positives** à un BGN : **Capnocytophaga Canimorsus**, antibiogramme non réalisable.

Dans le **liquide articulaire** PCR ARN 16S non réalisable

“ Porte d'entrée probable : léchage de son cou fraîchement rasé par son chien

“ Profession : éleveur de chien

“ **ETT** : absence d'argument pour une endocardite infectieuse

“ **Traitement**

Rocéphine 2g/j IV pendant 1 semaine

Relai PO par Tavanic 1g/j pendant 4 semaines après avis des infectiologues

> Disparition progressive des lésions cutanées, amélioration des douleurs articulaires

> Poursuite de la régression du syndrome inflammatoire biologique

# Capnocytophaga Canimorsus

- “ Historique :
  - “ Isolé en 1976 à partir du sang et de la moelle d'un patient mordu par un chien -> d'où l'appellation « « dog-bite organism ».
  - “ Renommé en 1989 par Brenner et ses collègues en raison de son association avec les morsures de chien : C. Canimorsus
- “ Bactérie du genre « Capnocytophaga » : 9 espèces dont Canimorsus
- “ **BGN, commensal** de la flore buccale canine mais seul C. canimorsus donne des infections sévères chez l'homme
- “ Oxydase et catalase positive
- “ Fort potentiel de **diffusion hématogène** grâce à sa mobilité par glissement qui facilite sa migration dans l'espace vasculaire

- “ Transmission :
  - “ **Exposition canine** (décrite dans 80% des cas) par **morsure** (58%), **griffure**, ou autre contact entre la salive du chien et une plaie (**léchage**)
  - “ Exposition aux chats (8%).
  - “ Source de contamination inconnue dans 10,5% des cas.
- “ Période d’incubation entre 5 et 8 jours en moyenne (peut aller jusqu’à 1 mois).
- “ **Terrain : Homme >50 ans** (SR H/F=2,7), **immunodéprimé**(splénectomie, OH chronique, trouble immunitaire...)
  - “ Aucun facteur de risque identifié dans 40% des cas
  - “ Faible incidence de cette infection chez les immunocompétents



- 
- “ 50% des infections à *C. Carnimorsus* donnent des **lésions cutanées -> polymorphes**
    - “ purpura (46%) : tronc, MI, muqueuses...
    - “ cellulite (35%)
    - “ gangrène (12%)
    - “ escarre (8%)
    - “ éruption urticarienne...
  
  - “ Manifestations cliniques variables et évolutives :
    - “ Symptomatologie discrète parfois atypique
    - “ Atteinte infectieuse **limitée** à un ou plusieurs organes sans choc (endocardite, méningite, arthrite, gangrène)
    - “ **Choc septique** avec défaillance multiviscérale et CIVD :
      - “ Mortalité : 25-30% en cas de sepsis (jusqu'à 60% si choc)

# Autre cas rencontré dans le service



# Identification bactériologique

- “ Germe à **croissance lente**, pousse sur **gélose au sang cuit sous atmosphère enrichie en CO<sub>2</sub>**
  - “ Pousse préférentiellement sur les hémocultures en anaérobie
  - “ Hémoculture positive à *C. Carnimorsus* : de 1 à 14 jours.
- “ **PCR ARN 16S** : méthode spécifique et fiable
- “ Intérêt de la PCR ARN 16S pour un **diagnostic précoce** d'arthrite septique devant des prélèvements bactériologiques négatifs dans le cadre d'une arthrite clinique avec contexte de morsure ou de contact avec chiens/chats.

# Antibiothérapie

- ” Classiquement sensible: Imipenème, vancomycine, érythromycine, C3G, rifampicine, doxycycline, FQ.
- ” Apparition de souches résistantes aux bêta-lactamines : donc **ATB par pénicilline non adaptée** -> bêta-lactamine associée avec inhibiteur de bêta-lactamase.
- ” Résistance : Trimethoprime-sulfamethoxazole, aminoglycoside, fosfomycine, metronidazole.

# Bibliographie

Erythema annulare centrifugum, Adnan Mir MD PhD, Vitaly Terushkin MD, Max Fischer MD, Shane Meehan MD, Dermatology Online Journal 18 (12):21

Erythema annulare Centrifugum associated with Herpes zoster, Shun Ohmori, Kazunari Sugita, Atsuko Ikenouchi-Sugita, Motonobu Nakamura, J UOEH 34 (3) : 225-229 ,2012

Connective tissue disease and silicosis, Kenneth D.Rosenman,MD,Mark Moore-Fuller,MD,and Mary Jo Reilly,MS, American Journal of industrial medicine 35:375-381 (1999)

Bite-related and septic syndromes caused by cats and dogs, Richard L Oehler, Ana P Velez, Michelle Mizrachi, Jorge Lamarche, Sandra Gompf, Lancet Infect Dis 2009; 9: 439–47

Pers C, Gahrn-Hansen B, Frederiksen W. Capnocytophaga canimorsus septicemia in Denmark, 1982–1995: review of 39 cases. Clin Infect Dis 1996; 23: 71–75.

Infections et atteintes systémiques, Benjamin Terrier, Christelle Sordet , DIU Club Rhumatisme et Inflammation

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles, Jean Hilaire Saurat, 5<sup>e</sup> édition, 2009

# Bibliographie

Ténosynovite aiguë de la cheville due à *Capnocytophaga cynodegmi/canimorsus* identifié au séquençage du gène 16S rARN - A. Le Meur and all, Revue du rhumatisme décembre 2008.

Urticarial exanthem associated with *capnocytophaga canimorsus* bacteriemia after dog bite – Christian S. Jordan and all, JAAD Case Reports March 2016.

*Capnocytophaga canimorsus* a cause of septicemia following dog bite : a case review – G. A O'Rourke and all, Australian Critical Care, May 2011

Case report : *Capnocytophaga canimorsus* a novel pathogen for joint arthroplasty - A. N Larson and all Clinical Orthopaedics and Related Research –June 2009

Biting the hand that feeds: fever and altered sensorium following a dog bite – J. Hawkins, Emerg Med J, dec 2011

*Capnocytophaga canimorsus* infections in human: Review of the literature and cases report C. Lion and all, European Journal of Epidemiology oct 1996

Bite-related and septic syndromes caused by cats and dogs - Oehler RL and all, Lancet Infect Dis. 2009 Jul