

## Arthrite réactionnelle après une infection à gonocoque

par A. CLEUZIQU\*, D. MOTTIER\*, Y. PENNEC\*, J. JOUQUAN\*\* et G. BERGERET\*

Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter constitue, parmi les arthrites réactionnelles, le tableau le plus complet et le moins discutable. Il résulte de la conjonction de facteurs génétique et d'environnement. Le facteur génétique, soupçonné par les études familiales, est confirmé par la mise en évidence de l'antigène HLA B 27 chez 80 p. 100 des malades. Le facteur d'environnement est représenté essentiellement par les agents infectieux où *Chlamydia trachomatis* occupe la première place. Sont également incriminés avec certitude : *Shigella flexneri*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*. Par contre, *Ureaplasma urealyticum*, *Klebsiella aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Yersinia pseudotuberculosis* et enfin *Neisseria gonorrhoeae* ne sont que suspectés.

Nous rapportons un syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (FLR) singulier par son évolution à rechutes, le seul facteur infectieux pouvant être incriminé lors de la deuxième poussée étant un gonocoque.

### OBSERVATION

Un homme de 35 ans, présente en 1977 un syndrome de FLR secondaire à une uréthrite à *Chlamydia trachomatis* (mise en évidence de cellules à inclusions sur le frottis uréthral). En décembre 1981, quinze jours après une uréthrite, réapparaissent des arthrites qui persistent deux mois et motivent l'hospitalisation du patient en février 1982. Le diagnostic est évident devant : une uréthrite ; une atteinte muqueuse (balanite circonscrite, lésion du palais) ; une atteinte articulaire, à la fois périphérique (arthrites de la cheville gauche, du poignet, et de la métacarpophalangienne du premier doigt de la main gauche) et axiale (lombalgie inflammatoire, douleur sur les sacro-iliaques).

\* Service Paul Bène (Pr G. Bergeret), CHR Morvan, 29200 Brest.

\*\* Clinique médicale Harvier (Pr G. Le Menn), CHR Morvan, 29200 Brest.

A l'examen, les articles atteints sont inflammatoires mais sans épanchement ponctionnable. Le rachis lombaire est raide, la mobilisation des sacro-iliaques douloureuse. Il n'y a pas d'atteinte oculaire.

La vitesse de sédimentation est à 112 mm à la première heure, la fibrinémie à 8 g/l ; la recherche de facteurs rhumatoïdes, d'anticorps antinucléaires est négative ; le phénotype HLA associe les antigènes A2, A11, BW60 et surtout B27 ; les séro-diagnostic de Widal, Wright, *Yersinia* et *Chlamydia* sont négatifs, de même que les coprocultures. Le prélèvement uréthral met en évidence un gonocoque ; par contre, la recherche de *Chlamydia* est négative, tant à l'examen direct qu'après culture. Il n'y a pas de cellule à inclusions sur le frottis uréthral et le test de transformation lymphoblastique avec l'antigène chlamydien est négatif. Les radiographies pulmonaires, des articulations périphériques atteintes, des sacro-iliaques et du rachis sont normales. La scintigraphie osseuse avec étude semi-quantitative révèle une hyperfixation nette au niveau des deux sacro-iliaques.

Sous pénicillinothérapie, l'uréthrite disparaît en 48 heures ; par contre, les atteintes articulaires persistent et ne régressent que progressivement en quelques semaines sous anti-inflammatoires non stéroïdiens.

### COMMENTAIRES

Si les arthrites purulentes dues au gonocoque sont bien connues (2) (mise en évidence possible du gonocoque dans le liquide synovial, Pénicilline très rapidement efficace), le concept de rhumatisme postgonococcique est très discuté. En effet, la distinction entre arthrite septique et aseptique n'est pas toujours nette, d'autant que la présence de l'agent infectieux dans la cavité articulaire peut être brève et passer inaperçue. Olhagen (4) signale la possibilité de cas « frontières » dans lesquels, grâce aux progrès techniques actuels, des formes L de gonocoque ont pu être mises en évidence dans le liquide synovial, alors que les techniques usuelles ne permettaient pas de retrouver de germe dans l'articulation.

Néanmoins, ce même auteur a souligné les particularités des arthrites aseptiques : apparition après un intervalle libre de deux à trois semaines après l'infection initiale, résistance à la pénicilline.

Des observations d'arthrites réactionnelles à gonocoque paraissant authentiques ont été rapportées par Olhagen (4) et Rosenthal (5). Ce dernier a comparé 16 patients ayant présenté une arthrite aseptique après une infection à gonocoque (groupe I), et 14 patients ayant développé une arthrite après une uréthrite non gonococcique (groupe II). Le tableau clinique était identique dans les deux groupes. Neuf des 16 patients du groupe I avaient des anticorps antigonococciques, absents chez les malades du groupe II. Enfin, les arthrites du groupe I n'étaient nullement améliorées par la pénicilline et paraissaient bien de ce fait réactionnelles à l'infection gonococcique. L'antigène HLA B27 était présent chez 90 p. 100 des malades du groupe I. Dans notre observation, nous n'avons pu mettre en évidence un autre agent infectieux que le gonocoque malgré les recherches répétées bactériologiques et immunologiques. L'évolution du syndrome de FLR de notre malade est également particulière : rechutes à germes différents (*Chlamydia* puis gonocoque). Ce fait a déjà été souligné par d'autres auteurs : ainsi Friis (3) a

rapporté chez un enfant un syndrome de FLR à *Salmonella* rechutant après une infection à *Yersinia*.

Devant un tableau d'arthrite réactionnelle, il nous paraît donc licite de rechercher des antécédents d'uréthrite gonococcique, au même titre que les autres infections habituellement incriminées.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. AMOR B., LAOUSSADI S. : Physiopathologie du syndrome de Fiessinger Leroy Reiter et affections apparentées. I. Facteurs d'environnement : les facteurs infectieux. *Rev. Rhum. Mal. Osteoartic.*, 1982, **49**, 553-558.
2. DELAUCHE M.-C., KAHN M.-F., RYCKEWAERT A. : Vingt-trois cas d'arthrites gonococciques. *Nouv. Presse Méd.*, 1982, **11**, 1305-1307.
3. FRIIS J. : Reiter's disease in childhood onset having a special reference to HLA B27. Report of a case and review. *Scand. J. Rheumatol.*, 1980, **9**, 250-252.
4. OLHAGEN B. : Post infective or reactive arthritis. *Scand. J. Rheumatol.*, 1980, **9**, 193-202.
5. ROSENTHAL L., OLHAGEN B. and EK S. : Aseptic arthritis after gonorrhoea. *Ann. Rheum. Dis.*, 1980, **39**, 141-146.