

# Sacro-iliite à *Erysipelothrix Rhusiopathiae* révélant une endocardite infectieuse tricuspide

## Cas clinique et revue de la littérature

6



Mathilde KHENG<sup>1</sup>, Jean Francky ALEXIS<sup>1</sup>, Gaëlle WALTER<sup>1</sup>, Emilie MOSNIER<sup>1</sup>, Thomas MALMONTET<sup>1</sup>, Brigitte MOREAU<sup>1</sup>, Vilyn TAUCH<sup>1</sup>, Guillaume VESIN<sup>1</sup>, Philippe ABOUD<sup>1</sup>, Mathieu NACHER<sup>1</sup>, François ROQUE<sup>2</sup>, Félix DJOSSOU<sup>1</sup>, Loïc EPELBOIN<sup>1</sup>

1. Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Cayenne, Guyane 2. Centre Hospitalier Universitaire de Martinique, Fort de France, Martinique

Journée Nos soignants ont du Talent, Vendredi 25 juin 2021.

### CAS CLINIQUE

Patiente de 53 ans, sans antécédent, femme au foyer

**Motif d'hospitalisation** : douleur hanche droite d'origine inflammatoire, fièvre

- **Clinique** : amplitude hanche limitée, souffle systolique prédominant au foyer aortique
- **Biologie** : CRP 120mg/L
- **Scanner pelvien** : arthrose sacro-iliaque bilatérale
- **Echographie transthoracique** : insuffisance mitrale, aortique et tricuspide, sans végétation

#### Suspicion d'arthrite de hanche droite

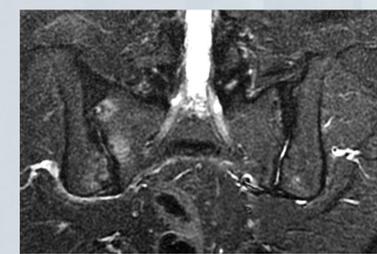
- **Hémocultures** (2 paires) positives à *Erysipelothrix rhusiopathiae*

Interrogatoire : plaie cutanée à la découpe de poisson, il y a 2 mois

- **IRM pelvienne** : sacro-iliite droite
- **Echographie transoesophagienne** : végétation tricuspide 8\*13mm
- **Scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien** : opacités pulmonaires bilatérales suspectes d'abcès, sans autre anomalie



Scanner. Sacro-iliite droite : pseudo-élargissement, érosion et sclérose sous chondrale



IRM. Sacro-iliite droite : œdème osseux en hyposignal T1 et hypersignal T2

Au total, **sacroiliite infectieuse à *Erysipelothrix rhusiopathiae***, révélant une **endocardite infectieuse tricuspide** avec **emboles septiques pulmonaire**

**Traitement** par Ceftriaxone 2g toutes les 12h

Persistance de fièvre à 7 jours d'antibiothérapie : transfert en chirurgie cardiaque au CHU de Fort de France. Absence de prise en charge chirurgicale

Relai antibiotique par Ciprofloxacine 500mg/8h, pour 6 semaines de traitement au total

**Evolution** favorable : normalisation du scanner thoracique, absence de rechute infectieuse à distance de l'arrêt de l'antibiothérapie

### ERYSIPELOTHRIX RHUSIOPATHIAE

Bacille gram positif, distribution ubiquitaire

**Réservoir animal**: porc, volaille, bovins, poissons, crustacés

**Transmission humaine** par contact avec l'animal, ou son environnement

**Facteur de risque d'infection**: immunodépression, maladie inflammatoire chronique, diabète, insuffisance rénale ou hépatique

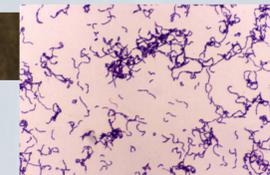
**Présentation clinique**: cutanée (le rouget du porc), ou systémique

En cas de bactériémie: endocardite infectieuse dans plus d'1/3 des cas

**Facteur d'adhérence**: protéine d'adhésion RspA et RspB (homologie structurelle avec l'adhésine CNA de *Staphylococcus aureus*)

**Sensible**: Penicilline, C1G-C3G sauf Ceftazidime, Macrolide, Clindamycine, Cycline

**Résistance naturelle**: Ceftazidime, Cotrimoxazole, Aminosides, Glycopeptides



*Erysipelothrix rhusiopathiae*

### SACRO-ILIITE INFECTIEUSE

**1-4%** des infections ostéoarticulaires

**Documentation microbiologique** : 2/3 des cas

**Germes fréquemment impliqués** : *Staphylococcus aureus* (>50%), *Streptococci* sp. (*Streptococcus agalactiae* en post-partum), entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella* sp., *Mycobacterium tuberculosis*

**Autres cas décrits** : *Treponema pallidum*, *Neisseria* sp., *Borrelia* sp., *Pneumocystis jirovecii*, *Candida albicans*, *Cryptococcus* sp.

**Facteur de risque** : toxicomanie, infection urogénitale, traumatisme, grossesse et post-partum (mobilisation articulation sacro-iliaque)

### REVUE DE LA LITTÉRATURE

#### Infections ostéoarticulaires à *Erysipelothrix rhusiopathiae*

18 cas décrits entre 1996 et 2019

**Sexe** : prédominance masculine (ratio 3,5 :1)

**Age médian** : 64,5 ans (5-82)

**Exposition professionnelle ou loisir** : chez 9 patients (50%)

**Facteur de risque** chez 8 patients (44%) : corticothérapie systémique (n=3), diabète (n=3), cirrhose (n=2), hémodialyse, hémopathie; éthyliste chronique chez 5 patients

**Exposition professionnelle ou loisir** : chez 9 patients (50%)

**Délai depuis inoculation** variable de 24h... à 19 ans !

**Articulation impliquée** : genou (n=8), articulation intervertébrale (n=4), hanche (n=2), épaule, coude, symphyse pubienne, et articulation interphalangienne distale (IPD); aucune sacro-iliite

En présence de **matériel d'ostéosynthèse** chez 4 patients (22%) : genou (n=3) ou hanche (n=1)

Endocardite infectieuse associée : chez 3 patients

**Traitement** : chirurgie + antibiothérapie (n=13), antibiothérapie seule (n=4), chirurgie seule (n=1)

**Antibiothérapie** : monothérapie (n=11), bithérapie (n=5), inconnue (n=1)

Monothérapie (n=11) : Penicilline (n=6), C3G (n=2), Fluoroquinolone (n=1), Penicilline puis fluoroquinolone (n=1), Penicilline puis macrolide (n=1)

Bithérapie (n=5) : Fluoroquinolones avec Penicilline, C3G, Clindamycine, ou Rifampicine

**Durée de traitement moyenne** : 9,9 semaines (3-26)

