

Syndrome de choc toxique menstruel

Takuya Seike MD PhD, Taro Kanaya MD PhD, Naoki Oishi MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2022 April 19;194:E555. doi : 10.1503/cmaj.211284-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211284

Une femme de 23 ans a consulté aux urgences pour fièvre, céphalée, myalgie et épisodes fréquents de diarrhée aqueuse depuis la veille. Sa température était à 39,3°C, sa fréquence cardiaque à 132 battements/min et sa tension artérielle à 81/37 mm Hg. Elle présentait un état de conscience altéré. Ses résultats d'analyses de laboratoire étaient les suivants : numération leucocytaire $15,3 \times 10^9/L$ (normale 3,0–8,5), numération plaquettaire $140 \times 10^9/L$ (normale 150–361), taux de protéine C réactive 174 mg/L (normale 0–4), taux d'alanine aminotransférase 152 U/L (normale 4–35) et de créatinine 250 $\mu\text{mol/L}$ (normale 53–106). Nous avons soupçonné une infection d'origine alimentaire parce que la patiente avait consommé des aliments périmés quelques jours avant l'apparition des symptômes et nous ne trouvions aucune autre source apparente d'infection. Nous avons commencé un traitement empirique par méropénème pour une septicémie présumée, avec réanimation hydrique agressive et soutien de la tension artérielle au moyen de noradrénaline.

Après l'admission, nous avons découvert que les règles de la patiente avaient débuté 3 jours avant son admission et qu'elle avait porté un tampon pendant une douzaine d'heures. Nous avons procédé à une culture vaginale. Peu après l'admission, un érythème rouge diffus est apparu au cou et aux bras de la patiente (figure 1A); à son arrivée, sa peau était normale. Sa numération plaquettaire avait transitoirement diminué à $70 \times 10^9/L$, mais lors des contrôles, ses autres analyses sanguines s'étaient normalisées. Sa tension artérielle s'est stabilisée et nous avons cessé la noradrénaline au jour 3. Les hémocultures et la culture de selles étaient négatives, mais la culture vaginale a révélé la présence de *Staphylococcus aureus* produisant la toxine 1 du syndrome de choc toxique (SCT). Au jour 7, la peau de ses doigts, de la paume de ses mains et de la plante de ses pieds a commencé à peler (figures 1B et 1C). Nous avons diagnostiqué un SCT menstruel. Au jour 4 de son hospitalisation, nous avons fait passer la patiente du méropénème à la céfazoline (1,5 g toutes les 6 h) à laquelle *S. aureus* était sensible et nous avons maintenu le traitement pendant une semaine. La patiente s'est entièrement rétablie et a obtenu son congé au jour 13.

Le syndrome de choc toxique est causé par des souches de *S. aureus* produisant des toxines spécifiques et se caractérise par de la fièvre, de l'hypotension et une dysfonction pluriorganique, en plus d'un érythème et de desquamation en cours de rétablissement¹. Il est associé à des infections staphylococques

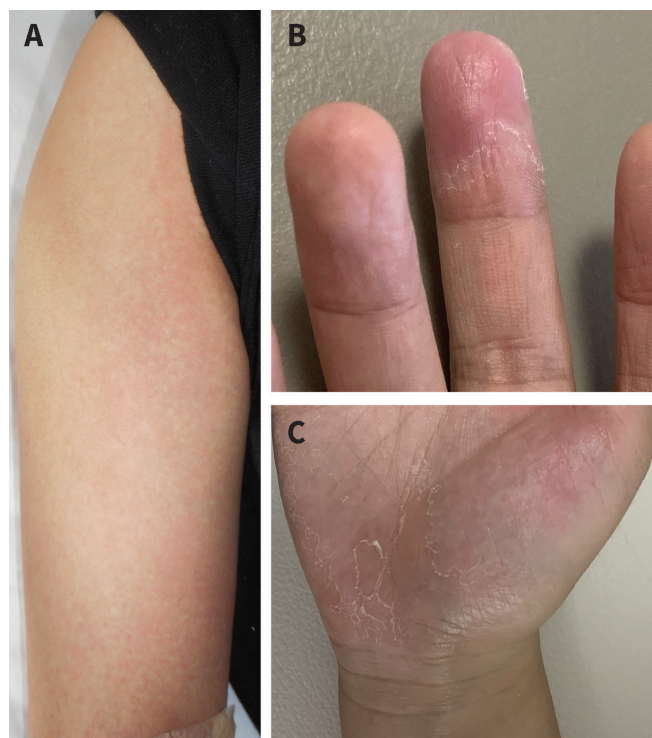


Figure 1 : Photographies d'une femme de 23 ans atteinte d'un syndrome de choc toxique menstruel. (A) Trois jours après le déclenchement de la maladie, un érythème rouge disséminé est apparu aux deux membres supérieurs. (B, C) Une desquamation s'est produite aux doigts et à la paume des mains de la patiente lorsque son état a commencé à s'améliorer.

survenant durant les règles, mais peut aussi être lié à la chirurgie, à l'accouchement et aux brûlures. Aux premiers stades du SCT, on amorce souvent une antibiothérapie empirique parce que le SCT est parfois difficile à distinguer de la septicémie. Toutefois, lorsque le SCT est confirmé, il faut envisager de passer à des antibiotiques sensibles à l'agent causal ou à la clindamycine qui inhibe la production de toxines en bloquant les protéases². Le SCT menstruel est une sous-catégorie de SCT définie par sa survenue au cours des 4 jours suivant le début des règles². L'incidence du SCT menstruel est estimée à 0,5–1,0 par 100 000 de population³, ce qui correspond à environ la moitié des cas de SCT déclarés.

Références

1. Toxic-shock syndrome (other than streptococcal) (TSS): 2011 case definition. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; reviewed 2021 Apr. 16. Accessible ici : <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/toxic-shock-syndrome-2011/> (consulté le 7 janv. 2022).
2. Berger S, Kunerl A, Wasmuth S, et al. Menstrual toxic shock syndrome: case report and systematic review of the literature. *Lancet Infect Dis* 2019;19:e313-21.
3. Schlievert PM, Davis CC. Device-associated menstrual toxic shock syndrome. *Clin Microbiol Rev* 2020;33:e00032-19.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

Affiliations : Départements de gastroentérologie (Seike, Oishi) et d'obstétrique et gynécologie (Kanaya), Hôpital municipal de Kanazawa; Département de gastroentérologie (Seike), Faculté de sciences médicales de l'Université de Kanazawa, Kanazawa, Ishikawa, Japon.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Takuya Seike, verdauungsapparat@yahoo.co.jp

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.