

Arthrites septiques

définition

- Prolifération intra articulaire d'un micro organisme
- Urgence thérapeutique
- Identification du germe

Mode de contamination

- Hématogène
porte d'entrée: cutanée, urinaire, digestive.....
- Inoculation directe
plaie, fracture ouverte, geste chirurgical,
infiltration

Germes banaux

- Staphylocoque
60% des cas, aureus, et epidermis
- Bacille gram-
porte d'entrée digestive ou urinaire
- Streptocoque
porte d'entrée ORL ou cutanée

Facteurs favorisants

- Généraux:
diabète, alcoolisme
corticothérapie, immunodépression
drépanocytose
toxicomanie
insuffisance rénale ou hépatique sévère
- Locaux
corticoïdes locaux
prothèse
polyarthrite, arthrose

Circonstances de découverte

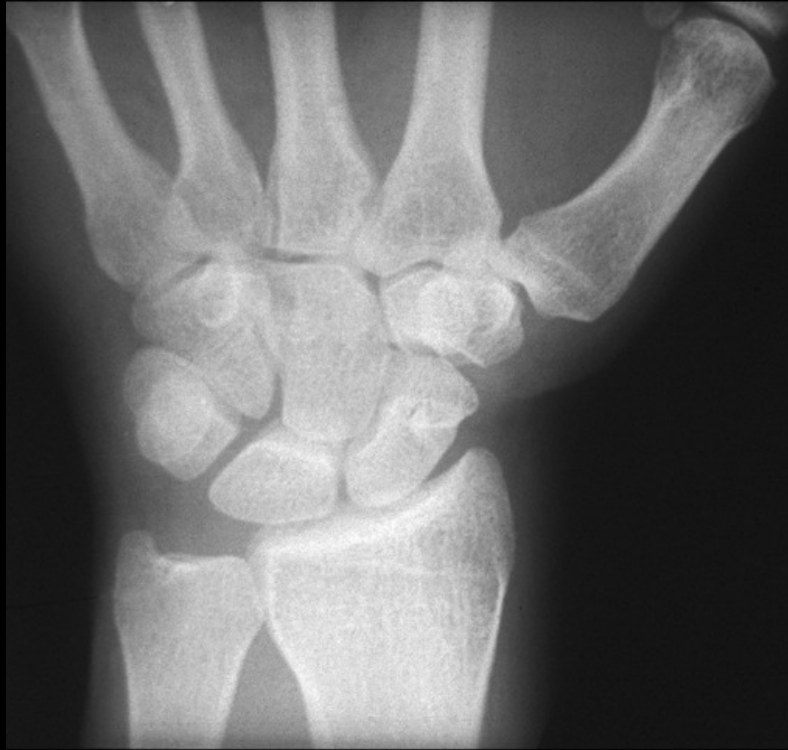
- Monoarthrite d'une grosse articulation
genou, poignet, hanche , épaule , cheville
- Douleur
inflammatoire, apparition brutale, intense
- Impotence fonctionnelle majeure
- Signes inflammatoires locaux
épanchement

Arguments diagnostiques

- Signes généraux:
fièvre, frissons, adénopathie satellite
- Terrain
geste intraarticulaire
porte d'entrée connue
prothèse articulaire
- Biologie
VS et CRP très augmentées
hyperleucocytose

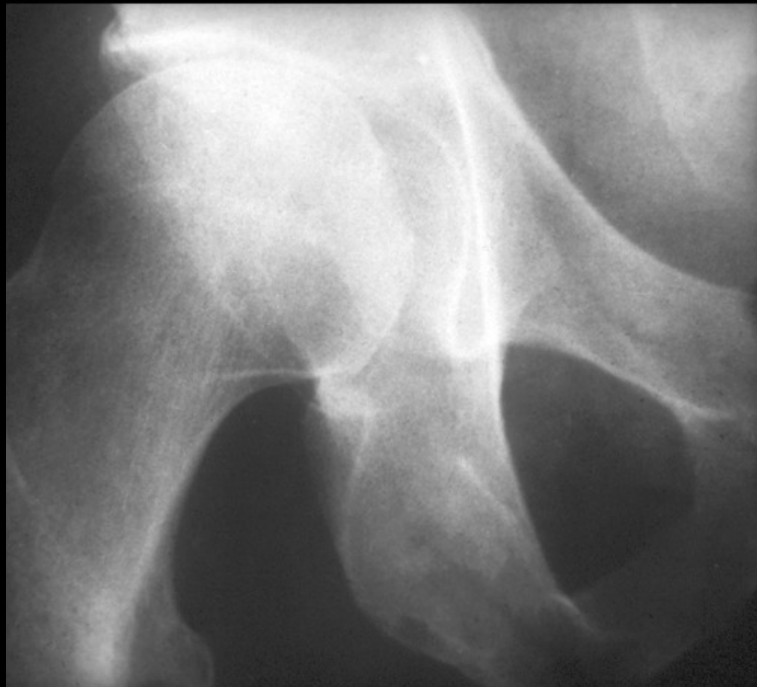
Arguments radiographiques

- Au début la radiographie peut être normale
- Épaississement des parties molles
- Aspect flou, effacé des épiphyses
- Diminution globale de l'interligne
- Géodes et encoches en miroir
- Évolution rapide



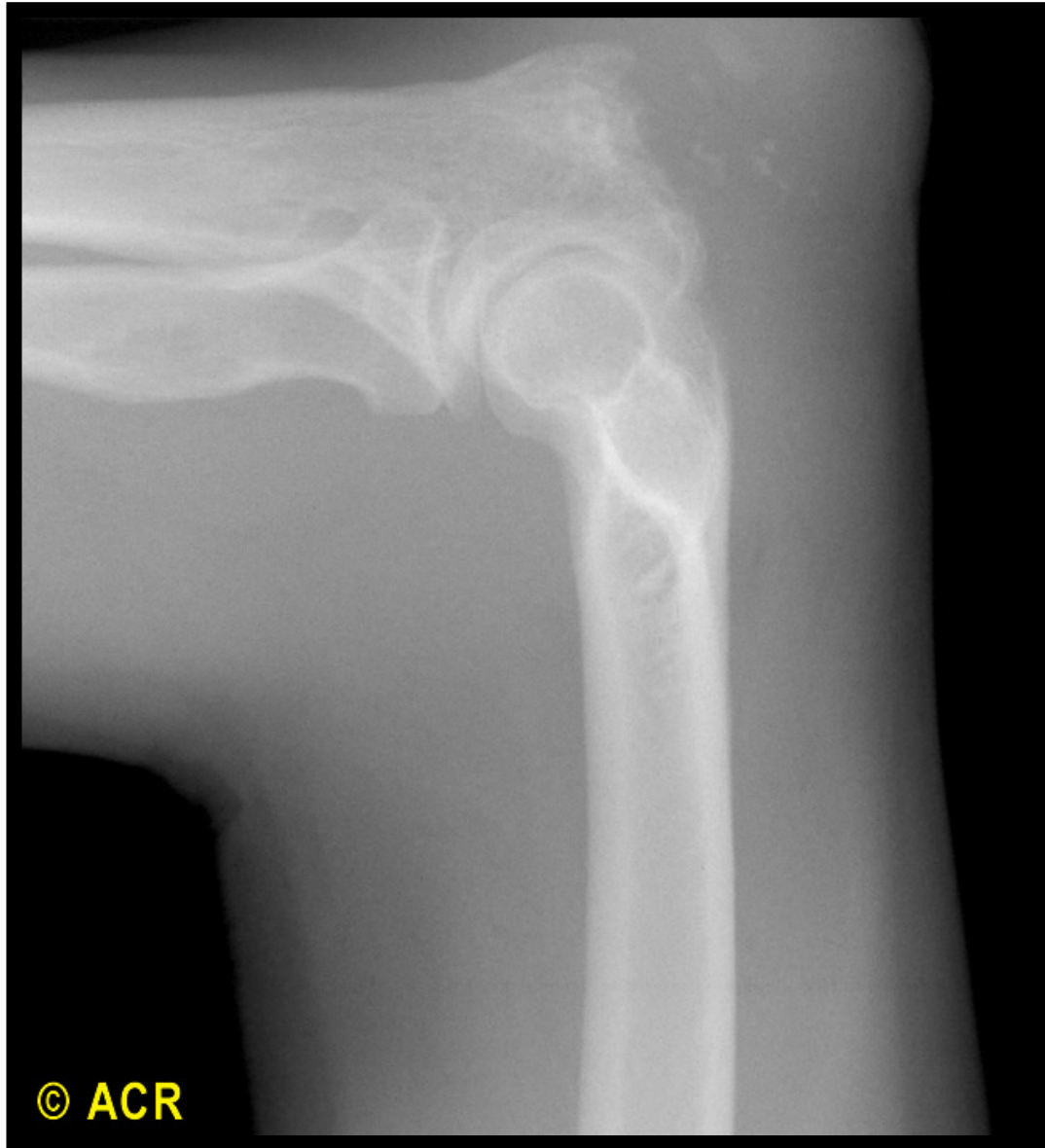
© ACR

Copyright © 1972-2004 American College of
Rheumatology Slide Collection. All rights reserved.



© ACR

Copyright © 1972-2004 American College of
Rheumatology Slide Collection. All rights reserved.



© ACR

Copyright © 1972-2004 American College of
Rheumatology Slide Collection. All rights reserved.

Scintigraphie

- Hyperfixation intense

IRM

- Synovite septique

Preuves du diagnostic

- Isolement du germe
 - prélèvement direct: liquide trouble, puriforme, inflammatoire GB>50000 PN altérés
 - examen direct et mise en culture avec antibiogramme
 - hémocultures, porte d'entrée éventuelle

Evolution

- Favorable si traitée tôt
- La CRP se normalise plus rapidement que la VS
- Complications possibles:
- Séquelles fonctionelles

Traitement

- URGENT
- Mise en décharge (3 à 8 sem)et au repos de l'articulation
immobilisation dans un attelle en position de fonction
- antibiothérapie

Antibiothérapie

- Guidée par antibiogramme
- Double, synergique , bonne diffusion osseuse
- S. doré: Péri M –rifampicine_Rifampicine
fluoroquinolone
- S. methi R:Vancomycine-acide fusidique
cefotaxime-fosfocine
- Gram-:céphalo 3^{ème} Gén.-aminoglycoside
céphalo 3^{ème} Gén.- fluoroquinolone

Antibiothérapie

- Voie d'administration:
voie veineuse jusqu'à apyrexie (2 à 3 sem)
relai per os
- Durée: 6 à 12 sem
arrêt un mois après apyrexie, VS et CRP normale

Chirurgie

- Ablation du matériel
- Lavage et drainage en cas d'échec
- Rééducation
 - contraction isométrique
 - rééducation