

# Sémiologie infectieuse

*Oussama Essahili*



Généralités des infections de l'appareil locomoteur  
Ostéomyélite  
Arthrites

# I. Généralités des infections de l'appareil locomoteur :

Oussama Essahili

## Introduction

### L'infection ou processus septique

- Est l'ensemble des manifestations dues à la **pénétration** et à la **pullulation** de **germes pathogènes** dans l'organisme.

- Sa fréquence demeure élevée au point que la pathologie infectieuse, sous tous ses aspects, occupe la 1<sup>ère</sup> place dans les pays en voie de développement, avec une mortalité et une morbidité importantes.

- Les raisons de cette fréquence élevée sont schématiquement : une hygiène collective et individuelle défectueuse, une vaccination insuffisante et une diminution de la résistance de l'organisme.

L'organisme est muni d'une barrière de protection représentée par **la peau et les muqueuses**.

- Celles-ci sont dotées de moyens de défense anti-microbiens.

- Toute effraction de cette barrière peut constituer une porte d'entrée au germe.

## LES CONDITIONS DE L'INFECTION

### 1. L'AGENT CAUSAL :

Le germe **pathogène**

Les principaux germes responsables de l'infection chirurgicale sont :

+ **Le staphylocoque doré**, le streptocoque

+ Le Bacille de Koch, le pyocyanique

### 2. LA PORTE D'ENTRÉE DU GERME

- **Apparente** : plaies cutanées, lésions cutané-muqueuses, injections, **traumatisme ouvert**...

- **Inapparente** : Nez, gorge, voies uro-génitales.

=> Nécessaire de la rechercher **systématiquement** par l'examen clinique ou par l'interrogatoire, car elle peut-être ancienne ou oubliée.

### 3. LES CONDITIONS FAVORISANTES

- **Locales** : Tissu mal vascularisé, contusion tissulaire...

- **Générales** : Diminution de la résistance de l'organisme secondaire à la malnutrition ou à une maladie générale tels que le diabète, certaines hémopathies, ou à certaines médications.

## LES ASPECTS DE L'INFECTION

Aspects cliniques variés en fonction de : la **nature** du germe, sa **virulence**, sa **résistance** naturelle ou acquise de l'organisme.

### 1. INFECTION LOCALISÉE ET INFECTION GÉNÉRALISÉE

#### INFECTION LOCALISÉE DITE INFECTION CHIRURGICALE

- **Manifestations générales** :

+ L'intensité est variable

+ Une réaction locale tissulaire nette (Inflammation)

- **Le foyer infectieux local** :

+ Ne guérit pas spontanément.

+ Peut se compliquer de suppuration (**abcès**), de nécrose (**phlegmon**) ou de gangrène.

+ Il relève généralement d'un traitement chirurgical.

- **Peut à tout moment se transformer en une infection généralisée.**

- **Peut être qu'une composante d'une infection généralisée.**

- **Toute infection localisée doit faire rechercher d'autres foyers infectieux.**

#### INFECTION GÉNÉRALISÉE DITE INFECTION MÉDICALE

+ Peu de réaction tissulaire

+ Phénomènes généraux et systémiques marqués.

+ Ces infections relèvent d'un traitement médical.

### 2. INFECTION SPÉCIFIQUE ET INFECTION NON SPÉCIFIQUE

- Certains germes déterminent au niveau des tissus des **lésions histologiques caractéristiques**, qui permettent de reconnaître l'agent causal de l'infection.

=> Ces infections sont dites **infections à germe spécifique**.

Ex: Tuberculose dont le germe est le bacille de Koch.

- Autres germes => **infections banaux**.

## MOYENS ACTIFS

- **L'antisepsie** : lutte contre les germes déjà présents au niveau d'une plaie cutanée par exemple.

- **Les médicaments anti-infectieux** (sulfamides, antibiotiques) : Ne constituent pas une arme absolue.

=> **L'hygiène, la vaccination et l'asepsie** sont les meilleurs armes contre l'infection.

# Infections des parties molles

Oussama Essahili

- Les **tissus mous ou parties molles** sont les tissus qui recouvrent la charpente osseuse du corps humaine.
- Ils sont constitués, de la surface vers la profondeur par :
  - + Le revêtement cutané (peau et phanères)
  - + Le tissu cellulaire sous-cutané
  - + La graisse
  - + Les muscles et leurs aponévroses
- Au niveau des parties molles cheminent, enveloppés dans leurs gaines :
  - + Les vaisseaux sanguins (artères et veines)
  - + Les troncs lymphatiques
  - + Les nerfs
  - + Les tendons
- Les tissus mous peuvent être le siège d'un **processus infectieux, spécifique ou non, suppuratif ou nécrosant**.  
Seuls quelques aspects seront étudiés : **L'abcès chaud, les phlegmons, le furoncle et l'anthrax, le panaris.**

DÉFINITION

C'est une collection **purulente**, bien limitée, développée dans une **cavité néo-formée** au sein des tissus.

ETIOLOGIE

- Dû le plus souvent au **staphylocoque doré**.
- Peut se développer **au niveau de tous les tissus mous** (membres, paroi du tronc, cou, cuir chevelu)
- Il peut être **secondaire** à :

**1. Une infection au niveau des parties molles**  
=> Ostéomyélite aiguë.

**2. La propagation d'une lésion profonde (plaie)**  
*Tout abcès en regard d'un segment osseux ou d'une articulation doit faire rechercher un point de départ ostéoarticulaire.*

**3. Une embolie septique au cours d'une septicémie réalisant une septicopyhémie**  
*Tout foyer infectieux, en apparence isolé, doit faire rechercher d'autres localisations infectieuses.*

FORMES CLINIQUES

Abcès profond : Abcès de la fesse.  
- Secondaire le plus souvent à une injection intra-musculaire septique.  
- Sièges profonds rend difficile l'appréciation de la fluctuation.  
- Fièvre oscillante, douleur pulsatile, hyperleucocytose  
=> indiquent la collection du pus, et le moment de son évacuation chirurgicale.  
- Ponction ou Echographie  
=> **Confirmation**.

SYMPTOMES

Type de description : Abcès chaud superficiel des parties molles. Il évolue en **2 phases**.

1. Phase pré suppurative : c'est la **phase d'inflammation aiguë**.

Signes locaux

=> **Signes cardinaux de l'inflammation** :  
- **Tuméfaction** : Gonflement local, mal limité, donnant sensation d'empatement et d'induration, avec un œdème à la périphérie.  
- **Douleur** : Spontanée et provoquée, lancinante puis progressivement pulsatile ; elle est calmée par le froid.  
- **Rougeur** : Apparition progressive, disparaît à la pression pour réapparaître aussi tôt.  
- **Chaleur** : **Augmentation de la T°** locale, appréciée par le dos des doigts en comparaison avec les tissus sains

Signes régionaux

- Impotence fonctionnelle relative du segment atteint.
- Adénite régionale ou stellite, faite d'un gros ganglion douloureux.

Signes généraux

Sont d'intensités variables.  
- Fièvre : 38,5° voire 39° avec parfois de frissons.  
- **Accélération du pouls**  
- Malaise général, céphalée, insomnie  
- Enfin, parfois des troubles digestifs : anorexie, nausées.

2. Phase de suppuration ou de collection : c'est la **phase d'abcédation**, elle est surtout caractérisée par la **formation du pus** au sein de l'abcès.

Signes locaux

=> Les signes cardinaux sont **à leur maximum** ;  
- **Tuméfaction +++** : **fluctuation** de valeur capitale, signe de la **formation du pus** et indique le moment de son évacuation chirurgicale.  
+ Sensation de liquide sous tension dans la cavité  
+ Recherchée à l'aide de la pulpe des 2 index, à plusieurs endroits de la tuméfaction pour éviter de la confondre avec la fausse fluctuation rencontrée au niveau de la fesse, de la cuisse ou de la pulpe des doigts.

Signes régionaux

- **Impotence fonctionnelle** : attitude vicieuse au niveau des articulations voisines par contracture musculaire réflexe
- **Adénite satellite** : généralement plus nette

Signes généraux

- Fièvre : devient oscillante + Autres signes plus marqués

Signes paracliniques

- Accélération de la VS et hyperleucocytose à l'hémogramme.

EVOLUTION

Evolution traitée

Stade d'inflammation  
Le **traitement médical** peut entraîner la résorption de l'abcès

Stade de collection  
L'**évacuation chirurgicale** du pus s'impose.  
- Doit être complète, doit comporter une exploration totale de la cavité avec prélèvement de pus pour examen bactériologique.  
- Rapidement suivie de la disparition des signes locaux et généraux.  
- La cicatrisation est obtenue en quelques jours par rétraction de la cavité.

Evolution spontanée

En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers :  
- **L'ulcération cutanée**  
- **La fistulation de l'abcès** avec évacuation lente du pus, retardant la guérison.

Marqué par des complications :  
- **Locales** : Fermeture de l'orifice fistuleux avec rétention du pus et **récidive** de l'abcès ; extension de l'abcès au niveau des régions voisines.  
- **Régionales** : Persistance de l'**adénite** avec parfois adéno-phlegmon ou adénite suppurée pouvant dominer le tableau clinique.  
- **Générales** : dissémination de l'infection par voie sanguine (bactériémie ou **septicémie**) avec de nouvelles localisations infectieuses à distance, en particulier **ostéomyélite aiguë**, arthrite aiguë.

## DÉFINITION

**Le phlegmon diffus ou cellulite**

Est une **inflammation aigue diffuse** du tissu cellulaire **sous cutanée**, évoluant vers la **nécrose**, rarement vers la **suppuration**.

Il existe plusieurs variétés de phlegmon :

– **Les phlegmons superficiels**

Ex : phlegmon des membres et périnéo-scrotaux

– **Les phlegmons profonds**

Ex : phlegmon péri-néphrétique

## ETIOLOGIE

**Le phlegmon diffus des parties molles :**

+ Est plus rare que l'abcès chaud  
+ Mais plus grave du fait de l'étendue de l'infection et l'intensité des signes généraux.

– Il est dû le plus souvent au **streptocoque hémolytique** et complice la plupart du temps une piqûre septique.

## PHLEGMON DU MEMBRE SUPERIEUR

Signes locaux

Signes **cardinaux** de l'inflammation, mais **plus diffus** que ceux d'abcès.

- **Douleur** de tout le membre : aggravée par la moindre mobilisation et responsable d'une impotence fonctionnelle absolue.
- **Tuméfaction** : étendue à tout le membre qui est œdématisé, induré, infiltré.
- Peau **rouge** et **luisante** dans son ensemble avec des placards blanchâtres ou brunâtres  
=> Témoin de nécrose cutanée et des traînées rougeâtres, témoin d'une lymphangite.
- **Chaleur** : augmentée au niveau de tout le membre.

## Signes généraux

Sont **plus marqués** que dans l'abcès chaud :

- **Fièvre** : 39 – 40° avec des frissons, un pouls accéléré, filant, voire une chute de la tension artérielle.
- Anorexie, vomissements ou diarrhée ;
- Altération de l'état général avec un teint grisâtre, des traits tirés, des sueurs et des courbatures.
- Parfois signes de **toxi-infection**, en particulier nerveux, avec troubles de la conscience.

## EVOLUTION

Evolution spontanée

En **absence de traitement**, l'évolution est grave, marquée par des complications :

- + **Locales** : nécrose musculaire, nerveuse, laissant des séquelles fonctionnelles ; phlébite parfois extensive ; ulcération artérielle.
- + **Générales** : septicémie ou septico-pyocémie pouvait entraîner **la mort**.

Evolution traitée

Sous l'effet de traitement précoce :

Antibiothérapie, surélévation du membre et compresses humides  
=> L'évolution est rapidement favorable et sans séquelles.

## PHLEGMON DE LA MAIN

- C'est **une infection nécrosante des espaces cellulaires de la main** ou des **gaines synoviales**, secondaire à une inoculation directe, ou à un **panaris de la 1<sup>ère</sup> phalange mal traité**.

- Leur gravité réside dans l'atteinte des éléments nobles des doigts aboutissant à la perte de la fonction d'un ou plusieurs doigts.

## Phlegmons de la commissure

- Fréquents
- Secondaires à un durillon forcé ou à un panaris de P1

## Symptômes

- Signes d'inflammation aigue
- **Œdème considérable de la commissure écartant les doigts**, plus importants au niveau de la **face dorsale**
- Signes généraux marqués.

## Evolution spontanée

=> Grave

## Phlegmons de la gaine radiale

- Secondaire à :  
+ Une inoculation directe de la gaine du pouce  
+ **Un panaris de 1<sup>ère</sup> phalange du pouce** mal traité
- Début marqué par une douleur lancinante, puis permanente, **aggravée par la mobilisation du pouce**.

- **Important œdème, surtout dorsal – Attitude en crochet du pouce**
- **Extension du pouce impossible car très douloureuse**
- **Douleur au cul de sac supérieur de la gaine spontanée** et provoquée par la pression
- **Une lymphangite ou adénite régionale** – Des signes généraux marqués

- Diffusion de l'infection avec **rupture de la gaine**.

- Nécrose du tendon laissant des séquelles importantes : pouce bloqué, raideur du poignet.



## LE FURONCLE

## DÉFINITION

- **Infection staphylococcique de l'appareil pilosébacé.**
- Evolue vers la suppuration et la nécrose de celui-ci, éliminé sous forme d'une masse jaunâtre appelée Bourbillon.

## ETIOLOGIE

- Siège au niveau de toutes les zones pileuses de la face, du cou, des régions axillaires et pubienne.
- Dû le plus souvent au **staphylocoque doré** : favorisé par les inoculations locales et répétées, de même que par **certaines déficiences tel que le diabète et la malnutrition.**

## EVOLUTION

- L'évolution est parfois abortive.
- La guérison survenant dès les stades de papule, laissant un noyau induré.

**Complications générales**

- Le furoncle peut être le point de départ d'une dissémination sanguine réalisant soit :
  - Une septicémie vraie
  - Une bactériémie

**Les récurrences** : fréquentes

- Elles réalisent une furunculose.
- Une infection tenace avec de nouvelles localisations.
- Elle doit faire rechercher un **terrain favorisant**, en particulier, le **diabète**.

## SYMPTOMES

- Le début est marqué par une petite élevation conique, centrée par un poile, rouge, siège de picotement et de prurit.
- Cette papule augmente progressivement, devenant indurée.
- Elle s'accompagne de fièvre et d'une altération modérée de l'état général avec céphalée, insomnies.

**PHASE D'ÉTAT (VERS LE 4<sup>ÈME</sup> JOUR)**

- Apparition d'une pustule jaunâtre au sommet de la tuméfaction.
- Ouverture de la pustule donne issue à du pus, puis à la formation d'un cratère au fond duquel apparaît une masse jaunâtre, le bourbillon.
- La douleur est au maximum, insomniante, signes généraux marqués.

**8<sup>ÈME</sup> – 9<sup>ÈME</sup> JOUR**

- Survient l'élimination du bourbillon
- Marquée par une suppuration abondante, un soulagement rapide et la chute de la fièvre.

**GUÉRISON ET CICATRISATION**

- Se font ensuite rapidement au prix d'une cicatrice indélébile.

**ANTHRAX**

- Agglomération de plusieurs furoncles évoluant simultanément.
- Rare
- Siège au niveau de la nuque, du dos et du thorax.
- Impose la recherche d'un tare, en particulier un diabète.

**ORGELET OU FOLLICULITE CILIAIRE**

- Inflammation aigue de la paupière localisée à la base des cils.

## FORMES CLINIQUES

**FURONCLE DE LA FACE**

- Notamment de l'aile du nez et de la lèvre sont graves.
- Région drainée par la veine angulaire de l'œil qui communique avec des vaisseaux cérébraux d'où le **risque d'ensemencement du sinus caverneux** qui expose à 2 complications redoutables, mortelles en l'absence de traitement :
  - + **La thrombophlébite du sinus caverneux avec des signes oculaires et méningés**
  - + **La staphylococcie maligne de la face.**
- => Ces 2 complications sont favorisées par la manipulation répétée et intempestive du furoncle.
- => Danger de toute manipulation d'un furoncle de la face.

**La staphylococcie maligne de la face**

**4 à 5 jours** après l'expression répétée d'un furoncle :

- Apparaît une tuméfaction rouge violacée
- Œdème du visage et fièvre à 40°
- Tuméfaction atteint rapidement la moitié du visage et se couvre de vésico-pustules.
- Induration près de l'angle interne de l'œil avec signes oculaires.
- Signes généraux graves (torpeur, frissons...) conduisent à la mort en quelques jours, en l'absence de TTT.

**Les principes du TTT du furoncle :**

- Désinfection locale
- ATBthérapie pour les furoncles dangereux (aile du nez)
- Rarement mise à plat chirurgicale.

# LE PANARIS

## DÉFINITION

- **Infection aigue de l'une des parties constituantes du doigt.**
- Gravité : Atteinte des éléments nobles du doigt (tendons, gaine tendineuse, nerf, os, articulation), particulièrement le pouce dont la fonction est essentielle.

### 2 GROUPES DE PANARIS DE GRAVITÉ INÉGALE :

- + Panaris **superficiel** intéressant le plus souvent la **face dorsale du doigt**.
- + Panaris **profond** de siège cutané, intéressant le plus souvent **la pulpe du doigt**.

### Le panaris de la pulpe

Secondaire à : + Une **inoculation directe** + Panaris **superficiel** négligé

## EVOLUTION

### DÉBUT

- Doigt tuméfié, douloureux, peau tendue, rouge et luisante.

### PHASE D'ÉTAT

- Douleur lancinante, insomniente
- Perte de la pseudo fluctuation de la pulpe
- Parfois, œdème dorsal
- Adénopathie régionale, axillaire ou sus épitrochléenne
- Fièvre et malaise général.

### PAS D'EXCISION CHIRURGICALE => ÉVOLUTION CATASTROPHIQUE

- **Nécrose de la pulpe** : responsable d'une perte de la sensibilité.
- **Propagation de l'infection** à l'os, l'articulation et aux **gaines digitales** => Perte de fonction du doigt (**=ostéite, arthrite interphalangienne**), **phlegmon des membres** (**=> nécrose cutanée et tendineuse**)

## BILAN DOIT RECHERCHER :

- Atteinte **articulaire** : Limitation douloureuse de la mobilité de l'articulation inter phalangienne distale IPD.
- Atteinte de la **gaine tendineuse** : Un point douloureux à distance, au cul de sac supérieur de la gaine synoviale.
- Atteinte **osseuse** : Radiographie

## TRAITEMENT MEDICOCHIRURGICAL

- Antibiothérapie + Excision chirurgicale radiale dans la plupart des cas.

# L'INFECTION AIGUE DES LYMPHATIQUES

Oussama Essahili

## DÉFINITION

- Etape **régionale** de l'infection.
- Peut accompagner ou compliquer toute **infection localisée des parties molles** (abcès, furoncle, plaie infectée, phlegmon, panaris, perfusion...)
- Peut revêtir **deux aspects** qui sont parfois associés => La **lymphangite aigue** et **l'adénite aigue**

## LYMPHANGITE AIGUE

- **Inflammation des vaisseaux et des troncs lymphatiques**
- Réalise le plus souvent l'aspect d'une **lymphangite tronculaire** : se présente sous forme de trainées rouges, indurées, suivant le trajet des troncs lymphatiques et reliant la porte d'entrée aux ganglions.
- S'accompagne souvent d'une **impotence fonctionnelle du membre atteint**.
- Il existe des manifestations générales de l'inflammation d'intensité variable.
- L'évolution est favorable sous **traitement médical** de la lymphangite et de la porte d'entrée infectieuse.

## L'ADÉNITE AIGUE

- **Inflammation ganglionnaire aigue.**
- Secondaire à une **inoculation septique à distance**.
- Topographie varie avec la porte d'entrée microbienne.
- La connaissance des territoires lymphatiques oriente donc la recherche de la porte d'entrée.

Quel qu'en soit le siège, l'inflammation ganglionnaire aigue peut revêtir **3 aspects** évolutifs :

### 1/ Adénite aigue simple

- Gros ganglion dur, douloureux, mobile ou non par rapport aux plans superficiels.

### 2/ Adénite suppurée

- Gros ganglion avec signes inflammatoires, fluctuation imposant l'évacuation du pus, comme dans l'abcès chaud.

### 3/ Adéno-phlegmon

- Atteinte ganglionnaire et périganglionnaire diffuse, formant une tuméfaction diffuse, douloureuse, rouge et chaude.

=> Avec des *manifestations générales de l'inflammation* et parfois une **impotence fonctionnelle du membre atteint**

### ADÉNITE CERVICALE



Face, bouche, sphère ORL, cuir chevelu

### ADÉNITE AXILLAIRE

**MS** (épaule, avant-bras, main)  
**Sein** (Région mammaire, paroi thoracique)  
Région sus ombilicale homolat

### ADÉNITE ÉPITROCHLÉENNE

**Main**  
Avant-Bras



### ADÉNITE INGUINALE

**MI** (cuisse, jambe)  
Région ano-périnéale  
Rég sous ombilicale homolat

### ADÉNITE POPLITÉE



Pied ou genou (+ jambe?)

## TRAITEMENT

- Surélévation du membre
- Pansement alcoolisé
- Traitement de la porte d'entrée

# II. Ostéomyélite :

## DÉFINITION

- Infection aiguë de la métaphyse osseuse par **voie hématogène** (métaphysite)
- C'est la plus fréquente des infections ostéo articulaires.
- Souvent **staphylocoque doré**.
- Infection redoutable : peut, comme un incendie, aboutir très vite à des destructions ostéo articulaires définitives laissant une infirmité grave.

## PHYSIOPATHOLOGIE

- A partir d'un foyer infectieux, apparent ou inapparent, les germes passent dans le sang (**bactériémie**) et se localisent au niveau d'une **métaphyse fertile**.
- A ce niveau, les larges sinusoides ralentissent le flux sanguin, facilitant la fixation du germe.
- Le développement de l'infection, favorisé parfois par un **traumatisme mineur**, commence dans la zone médullaire et évolue en **2 phases**.
  - + **Phase de diffusion** : Atteinte osseuse vaste et un ensemencement responsable du syndrome d'infection générale (**septicémie**)
  - + Très vite, une limitation du processus infectieux à l'os, par **thrombose vasculaire** et par édification d'une barrière de défense mais qui est fragile.
- La vascularisation de la métaphyse, qui n'est plus assurée que par le périoste (circulation de suppléance) peut être interrompue à tout moment par la survenue d'un abcès sous périosté qui décolle le périoste.
- Elle aboutit rapidement à la constitution d'un séquestre cortical.

## 2 CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

- **Traiter d'urgence la survenue des thromboses vasculaire**, ce qui impose un diagnostic précoce.
- Durant toute évolution immédiate, **rechercher et évacuer tout abcès sous périosté** afin de permettre le rétablissement de la vascularisation périostée de suppléance et éviter la nécrose de l'os.

## SYMPTOMES

- Type de description : OMA de l'extrémité inférieure du fémur vue tôt chez un grand enfant.
- Début : Brutal** chez un enfant en pleine santé apparente par 2 ordres de symptômes.
- **La douleur est intense**, atroce, véritable douleur de fracture, exagérée par tout mouvement.
  - Elle siège au voisinage du genou en entraîne rapidement une impotence fonctionnelle absolue.
  - **Le syndrome infectieux est tout aussi brutal avec fièvre à 39 – 40°**, frissons, sueurs, tachycardie, faciès vultueux, parfois même vomissements, raideur de la nuque, prostration ou délire.
  - Domine parfois la scène clinique, reléguant au second plan la douleur.
  - La palpation des extrémités osseuses doit être systématique chez tout enfant fébrile au même titre que l'examen de la gorge, des tympans et du poumon.

## EXAMEN CLINIQUE

- INTERROGATOIRE**
- Retrouve parfois la notion d'un **traumatisme** mais **qui ne doit pas égarer le diagnostic** : un traumatisme n'entraîne pas de SD infectieux.
- INSPECTION**
- Montre une région d'apparence le plus souvent normale au tout début.
  - Légère attitude en flexion du genou
  - Il n'existe ni tuméfaction, ni rougeur, ni lymphangite.
- PALPATION**
- Maximum de renseignements
  - Permet à elle seule le diagnostic
  - Doit être douce, prudente et patiente.
  - Précise les caractères si particuliers de cette douleur :
- + Douleur **extra articulaire** :  
Palpation unidigitale => Douleur au dessus du genou, en regard de la métaphyse  
Mobilisation prudente possible => liberté de l'articulation (élimination d'une arthrite)
- SEC**
- + Douleur **circonférentielle** :  
Douleur retrouvée tout autour de l'extrémité inférieure de la cuisse => Douleur de part en part.
- + Douleur **segmentaire ou sous articulaire** :  
Douleur provoquée sur une hauteur déterminée (1 à 2cm) correspondant au segment métaphysaire atteint.



## BILAN ET TRAITEMENT

## BILAN RAPIDE

**Clinique** : Recherche de la **porte d'entrée** (parfois cicatrisée et oubliée) et d'autres **localisations infectieuses**.

**Biologique** : VS, NFS, et surtout **hémoculture** qui isole le germe en cause dans 50% des cas environ.

**Radiologique** : Radiographie normale au début mais a un intérêt **comparatif** au cours de l'évolution.

=> Le **traumatisme et la radiographie** sont les deux pièges diagnostiques de l'OMA au début.

### TRAITEMENT URGENT, SANS ATTENDRE LES RÉSULTATS DES EXAMENS PARACLINIQUES

- **Antibiothérapie** dans le **¼ d'heure**.
- **Plâtre** dans les **2 heures**.

## SUIVI DE L'EVOLUTION

- 1)- Examen clinique répété : Fièvre, douleur, état local.
- 2)- Biologie (VS, NFS)
- 3)- Radiologie au 10<sup>ème</sup> jour

Trois éventualités, fonction de la précocité du diagnostic et de la rapidité du traitement.

## EVOLUTION

## EVOLUTION FAVORABLE

- Autant plus fréquente que le traitement aura été précoce.
- Disparition de la douleur, la fièvre et l'amélioration de l'état général.
- Palpation métaphysaire normale : ni douleur, ni tuméfaction.
- Radio normale ou presque.
- NFS et VS sont normales => Guérison sans séquelles.

## EVOLUTION VERS L'ABCES SOUS PERIOSTE

- **Persistance du syndrome infectieux**
- **Fièvre oscillante + douleur**

Il réalise soit :

- + Une tuméfaction de la partie inférieure de la cuisse, rouge, chaude, fluctuante
- => abcès chaud de la cuisse mais à point de départ osseux.
- + Seulement un empâtement profond de la partie inférieure de la cuisse.

- Diagnostic : confirmé par **la ponction**
- Radiographie : Réaction périostée
- NFS : Hyperleucocytose
- **Traitement chirurgical** urgent + **ATBthérapie** et immobilisation plâtrée.

## EVOLUTION VERS LA CHRONICITE : Ostéomyélite chronique

- Conséquence d'un retard diagnostic ou d'un traitement insuffisant.
- **Abcès à répétitions** avec des **fistules multiples** sur un membre amyotrophique.
- Des **séquestres osseux** étendus avec bien souvent fracture pathologique du membre.
- Des destructions articulaires avec **raideur** et attitude vicieuse.

Evolution désespérante + Poussées imprévisibles constituant une infirmité majeure.

- 1- Prévention des infections ostéoarticulaires aiguës (ostéomyélite, arthrite septique) : **Traitement des portes d'entrées cutanées**.
- 2- Diagnostic de l'OMA : Clinique, douleur extra articulaire, segmentaire et circonférentielle dans un climat fébrile suffit pour affirmer l'ostéomyélite.
- 3- La palpation des extrémités osseuses : Systématique chez tout enfant fébrile, au même titre que l'examen de la gorge, des tympans, du poumon, de la nuque et des urines.
- 4- Chez un enfant : Syndrome infectieux + Impotence fonctionnelle => Traumatisme ne doit pas faire hâtivement conclure à une contusion. Il n'existe **pas de contusion fébrile**.
- 5- l'OMA impose un **traitement urgent**, sans attendre les résultats des examens complémentaires.
- 6- La **recherche de l'abcès sous périoste** doit être systématique et répétée au cours de l'OMA
- 7- Tout abcès en regard d'un segment ostéoarticulaire ou d'une articulation => **Rechercher un point de départ ostéo articulaire**.



# III. Arthrites :

DÉFINITION
<ul style="list-style-type: none"><li>- Infection aiguë de l'articulation par <b>voie hématogène</b> ou par <b>inoculation directe</b>.</li><li>- Infection fréquente et grave pouvant entraîner en <u>quelques heures la destruction définitive</u> d'une articulation (à la manière d'une explosion) particulièrement chez le nourrisson.</li><li>- <b>Urgence médicale</b></li></ul>

ETIOLOGIE ET MÉCANISME
<b>LOCALISATION</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si aucune articulation n'est épargnée par le staphylocoque, trois sont préférentiellement atteintes : <b>la hanche, le genou et l'épaule. ???</b></li></ul> <b>ARTICULATIONS SUPERFICIELLES (Genou, épaule)</b> => Signes <u>directs</u> de l'infection de l'articulation sont visibles à l'inspection. <b>ARTICULATION PROFONDE (Hanche)</b> => Examen ne pourra mettre en évidence que les signes <u>indirects</u> de l'infection articulaire.

<b>LE GERME</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le plus souvent le <b>staphylocoque doré</b>.</li><li>- Tous les germes peuvent être rencontrés.</li></ul>
--

<b>MÉCANISME</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le germe parvient à l'articulation des <b>2 manières</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>+ Au cours d'une <b>bactériémie/septicémie</b> : à partir d'une porte d'entrée infectieuse située à distance, apparente ou inapparente</li><li>+ Par <b>inoculation directe</b> de l'articulation au cours d'une plaie articulaire négligée, d'une ponction ou injection musculaire. ???</li></ul></li></ul> <i>Toute plaie en regard d'une articulation est, jusqu'à preuve de contraire, <u>une plaie articulaire</u>.</i>
--

SYMPTOMES DE L'ARTHRITE SEPTIQUE DU GENOU DE L'ENFANT
Début est <b>brutal</b> , chez un enfant jusque là en pleine santé par <b>3 ordre de symptômes</b> .
<b>1)- Douleur intense (Genou)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Exagérée à la moindre mobilisation de l'articulation</li><li>- Entraîne rapidement une <b>impotence fonctionnelle du membre</b></li></ul>
<b>2)- Un gonflement rapide de l'articulation (qui devient chaude)</b>
<b>3)- Un syndrome infectieux</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intensité variable</li><li>- Domine parfois le tableau clinique</li><li>- Palpation des extrémités et la mobilisation des articulations doit être <b>systématique</b> chez tout enfant fébrile.</li></ul>

EXAMEN CLINIQUE
<b>INTERROGATOIRE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recherche la notion d'une <u>porte d'entrée</u>, d'une plaie articulaire ou d'un traumatisme, mais qui ne doit pas égarer le diagnostic vers une affection post traumatique.</li></ul>
<b>INSPECTION</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Une <b>flexion antalgique du genou</b>, : modérée</li><li>- <b>Augmentation de volume du genou +++</b> : tuméfié + effacement du relief des culs de sac.</li><li>- <b>Signes inflammatoires locaux</b> : <b>Rougeur de la peau</b>, œdème sous cutané et parfois lymphangite périphérique.</li></ul>
<b>PALPATION</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Augmentation de la chaleur locale</b></li><li>- <b>Choc rotulien</b> : Affirme dans ce contexte <b>l'épanchement intra articulaire suppuré</b></li><li>- <b>Limitation douloureuse de la mobilité</b> de l'articulation.</li></ul>
<b>AU TOTAL</b> : Un gros genou <b>rouge, chaud et douloureux</b> <b>=&gt;</b> Affirme <b>l'arthrite aiguë septique</b> dans un contexte infectieux.
Le reste de l'examen clinique recherche : <ul style="list-style-type: none"><li>- Un autre foyer infectieux, notamment osseux ou articulaire</li><li>- Une adénite inguinale satellite.</li></ul>

EXAMENS PARACLINIQUES
<b>HYPERLEUCOCYTOSE ET ACCELERATION DE LA VS</b> => Affirme le syndrome infectieux
<b>HEMOCULTURE</b> => Isole parfois le germe responsable
<b>RADIOGRAPHIE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Au début : élargissement de l'interligne</li><li>- Témoin de l'épanchement et disparition des espaces clairs périarticulaires traduisant <u>l'infiltration des tissus périphériques</u>.</li><li>- <u>Atteinte osseuse épiphysaire</u> : Rare au début, de même que le pincement de l'interligne.</li></ul>
<b>PONCTION</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Confirme le diagnostic</b> : Liquide trouble, puriforme, ou franchement purulent</li></ul> Ensuite : <ul style="list-style-type: none"><li>- Culture : Révèle le germe en cause</li><li>- Test de sa sensibilité aux ATB</li></ul>

EVOLUTION
<b>EVOLUTION SPONTANEE (En absence de TTT)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evolution grave<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Destruction du cartilage articulaire des épiphyses et des éléments périarticulaires +++</b></li></ul></li><li>- Aboutit à la <b>luxation de l'articulation</b> et à <b>l'ankylose dans une attitude vicieuse</b>.</li></ul>
<b>EVOLUTION TRAITEE (Sous effet d'un TTT)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- TTT correctement conduit (<b>ATBs, évacuation de l'épanchement par ponction ou arthrotomie et immobilisation plâtrée</b>)</li><li>- La <b>guérison</b> est le plus souvent sans séquelles.</li></ul>