

Faculté de médecine de Sidi Bel Abbès

ARTHRITE SEPTIQUE

DR . Talbi .A



PLAN :

1. DÉFINITION
2. PATHOGENÈSE
3. TABLEAU CLINIQUE
4. DIAGNOSTIC
5. PRISE EN CHARGE

1. Définition :



- **Prolifération intra-articulaire d'un micro-organisme**
- **Urgence thérapeutique**
- **Risque vital : dissémination de l'infection**
- **Risque fonctionnel : altération structurale de l'articulation**



- **une prise en charge multidisciplinaire.**
- **L'AS peut survenir a tout âge avec une prédilection pour les âges extrêmes.**
- **Le diagnostic est clinique, orienté par la biologie et l'imagerie, confirmé par les prélèvements bactériologiques .**
- **Le traitement repose sur l'antibiothérapie .**

Etioopathogénie



1. Facteurs favorisants :

- **Arthropathie préexistante**
- **Prothèse**
- **Manoeuvres instrumentales**
- **Tares: diabète, hémoglobinopathies, VIH, immunosuppresseurs, IR**
- **Foyers septiques: ORL, odonto, intertrigo inter orteils**
- **Toxicomanie en IV**

2. PATHOGENESE



- **Voie hématogène** : mode le plus fréquent, porte d'entrée cutanée, urologique, dentaire, digestive, urinaire . . .
- **Inoculation directe** : contamination directe (fracture ouverte, arthroscopie, injection intra-articulaire)
- **Par contigüité** : exceptionnellement, foyer d'ostéomyélite
- **Germes responsables** : staphylocoque (70%), bacilles gram négatif (20%), streptocoque (10%), mycobacterium tuberculosis, Brucella melitensis, Neisseria gonorrhoeae, candida albicans, plusieurs germes (3%)

physiopathologie



03 phases successives

- Synovite(pendant les 24premieres heures)
- Emphyème articulaire : un afflux leucocytaire
- Altérations ostéo-articulaires et destruction importante avec souvent une ankylose osseuse.

Clinique



TDD Monoarthrite aiguë septique

❖ Circonstance de découverte:

- Mono arthrite aiguë :+++80%des cas
- Polyarticulaire :15 % des cas (immunodéprimés, infections prolongées)
- Grandes articulations des membres inférieurs: hanches et genoux 60% des cas
- Début brutal: fièvre (38,5- 39°) Frissons, sueurs
- Douleur importante avec Impotence fonctionnelle +++
- Attitude antalgique en flectum



❖ Examen clinique :

- Arthralgie inflammatoire : maître symptôme.
- réaction inflammatoire locale intense
- Le syndrome infectieux (fièvre frissons, sudation, hypothermie)
- Tuméfaction articulaire +++
- Peau tendue, luisante, chaude, signes d'épanchement (choc patellaire)



- Recherche de foyers infectieux (porte d'entrée !!!)
- Examen clinique systématique et rigoureux ++.
- Ponction articulaire: indispensable+++
- Tout prélèvement microbiologique doit être réalisé avant de débuter l'antibiothérapie



Cofer

www.lecofer.org



4. DIAGNOSTIC

❖ Arguments cliniques

❖ Arguments paracliniques :

- Ponction articulaire : aspect du liquide de ponction , identification du germe, examen direct et culture
- Bilan infectieux: hémoculture, ECBU, prélèvements de la porte d'entrée, sérologies, IDR

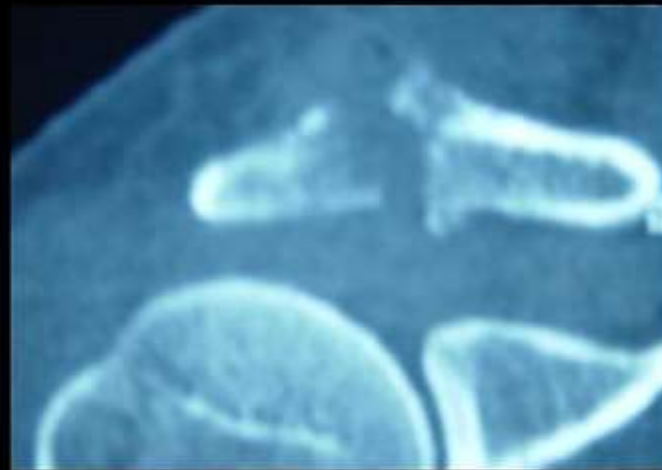
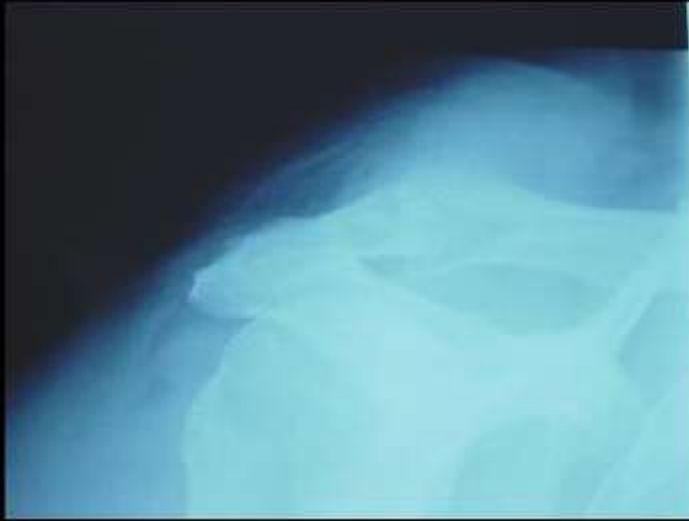
❖ Arguments biologiques : hyperleucocytose à PNN (GB > 10 000 / mm³)

VS > 50 mm H1

CRP > 100 mg /L

❖ Arguments radiographiques :

- **Rx:** épaississement des parties molles articulaires, déminéralisation épiphysaires, pincement de l'interligne articulaire, érosions osseuses





Cofer

www.lecofer.org

	Normal	Mécanique	Inflammatoire	Septique	Hémorragique
Aspect	transparent	transparent	opaque	opaque	sanguinolent
Couleur	claire	jaune	jaune opaque	jaune vert	rouge
Viscosité	haute	haute	basse	variable	variable
Leucocytes (/mm³)	< 200	200-2000	2000-100 000	15 000-100 000	200-2000
Neutrophiles (%)	< 25	< 25	> 50	> 75	50-75
Protéines (g/l)	10-20	10-30	30-50	30-50	40-60
Glucose	normal	normal	< sang	< sang	normal
Culture	négative	négative	négative	souvent positive	négative



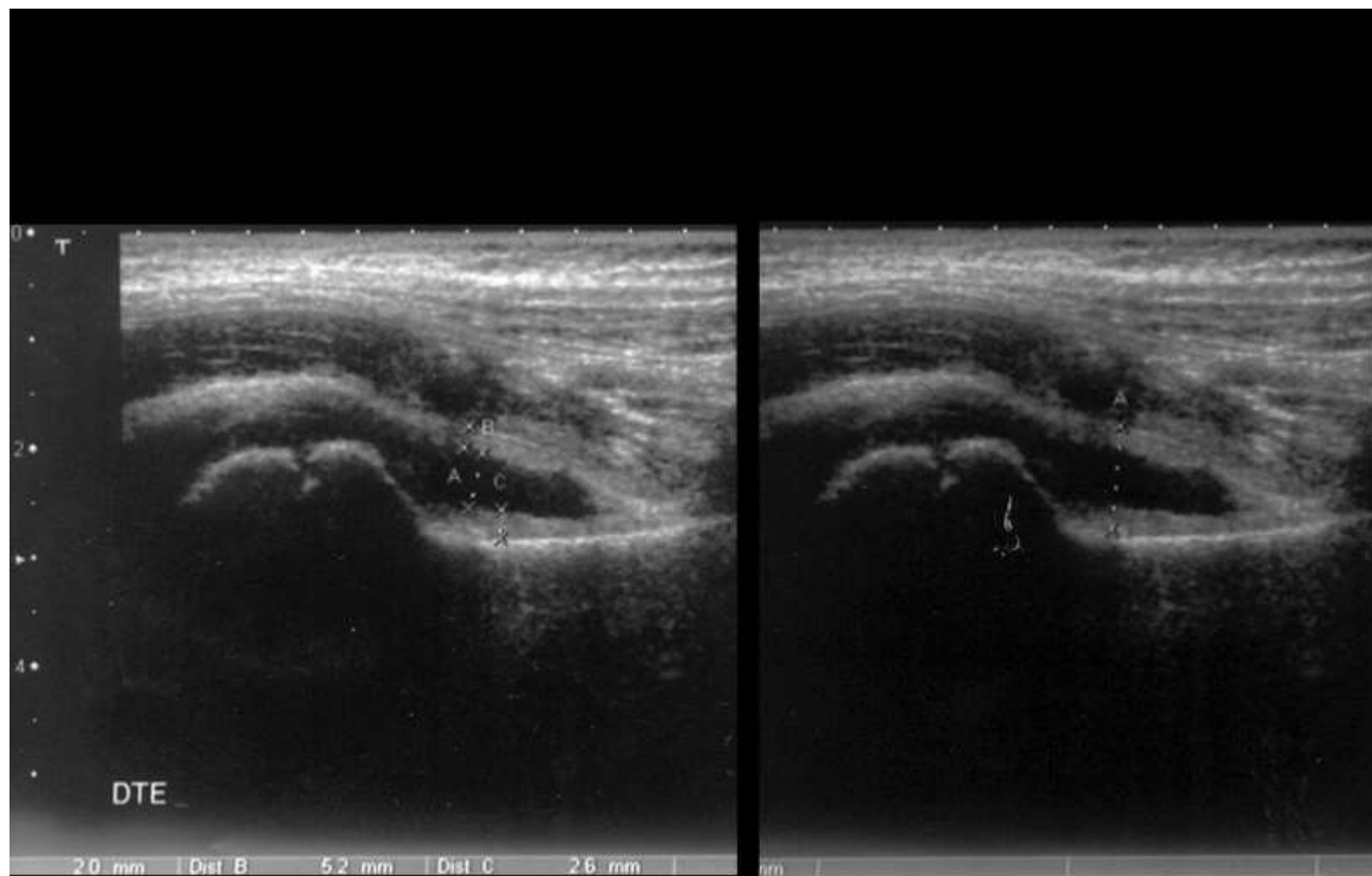
•Echographie:

L'échographie est très sensible et très spécifique dans la détection des épanchements articulaires et donc pour décider de la ponction

Sa normalité rend le diagnostic d'arthrite septique très improbable.

Montre : épanchement + épaissement synovial

Mais: l'échographie n'est pas fiable pour différencier une arthrite septique d'une autre arthropathie



Scanner:



- Il montre :l'épanchement articulaire, l'épaississement des parties molles, des abcès juxta-articulaires et il est plus sensible pour montrer des érosions et des foyers d'ostéite .
- Le scanner est surtout intéressant aux articulations profondes, il différencie une coxite d'un hématome ou d'un abcès du psoas iliaque et guide la ponction de collection.
- Il permet aussi une meilleure analyse sémiologique en cas d'arthropathie préexistante.



Traitement



Il s'agit d'une urgence médicale et la prise en charge nécessite une hospitalisation

❖ Buts

- Eradication du germe intra articulaire,
- Préservation anatomique de l'articulation,
- Restauration totale et intégrale de la fonction articulaire.



❖ Moyens :

- En pratique deux situations se présentent :

Si le germe n'est pas identifié : double Antibiothérapie probabiliste bactéricide synergique avec bonne diffusion articulaire (ou triple antibiothérapie en traitement d'attaque par voie IV puis relais per os)

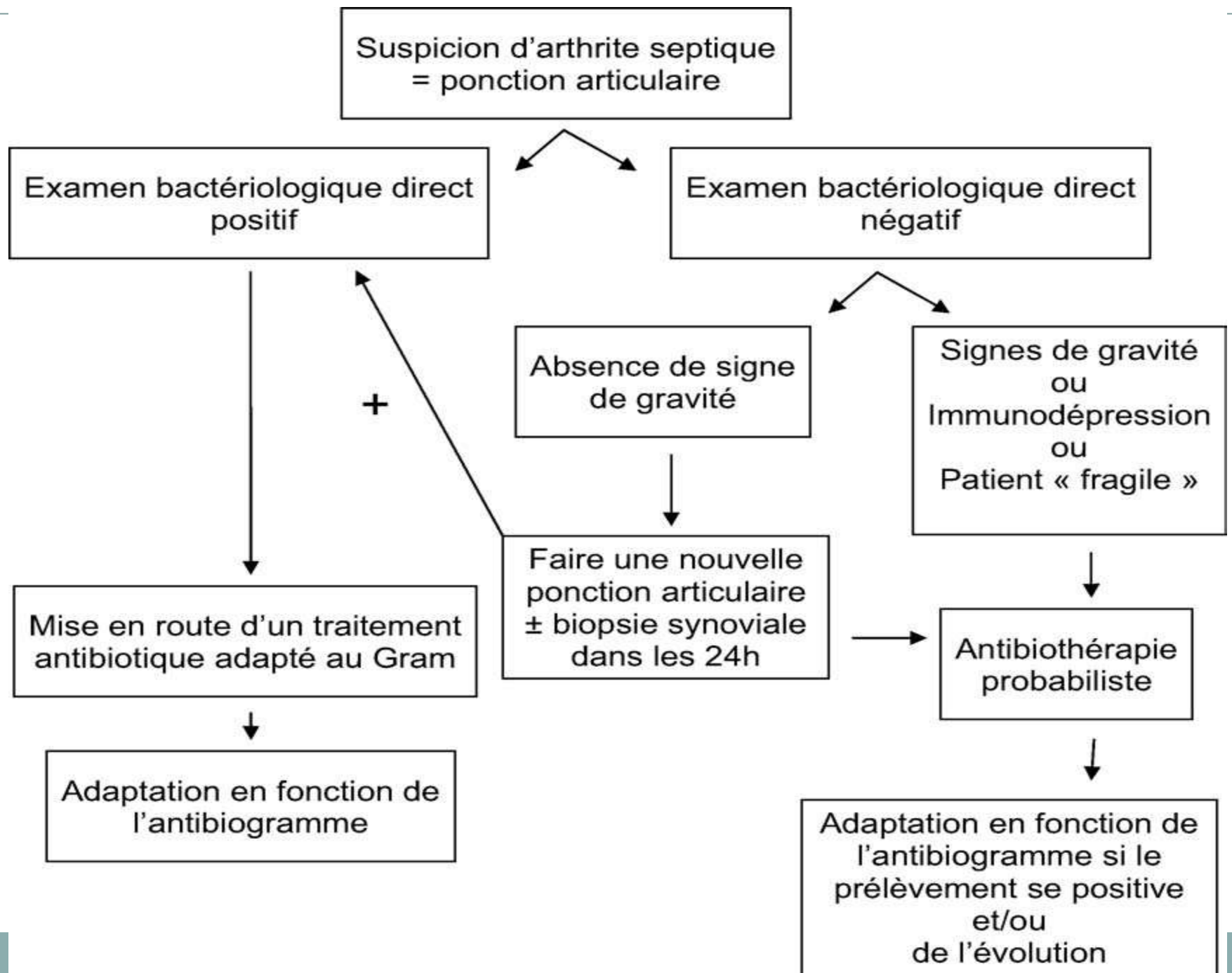


- Le germe est identifié par les examens cytobactériologiques ,le traitement est adapté à l'antibiogramme , au spectre d'activité des antibiotiques et au terrain.

Traitement adjuvant



- Mise au repos de l'articulation (décharge pour une articulation du membre inférieur), mais l'immobilisation stricte doit être évitée, hormis à la phase initiale (orthèse à but antalgique), en raison du risque d'enraidissement articulaire.
- La prévention des complications thromboemboliques est systématique (membres inférieurs +++).
- La rééducation (isométrique) sera débutée précocement dès l'amélioration des douleurs, avec remise en charge progressive.
- Des ponctions articulaires évacuatrices itératives peuvent être réalisées à la phase initiale de l'arthrite septique pour diminuer l'inoculum bactérien en cas d'épanchement abondant persistant



Mesures orthopédiques et de rééducation

Suppression de l'appui des membres inférieurs

- 4 à 8 semaines
- traction pour la hanche
- attelle pendant la période inflammatoire

rééducation fonctionnelle

- rééducation isométrique immédiate
- mobilisation passive douce et progressive :

quand signes inflammatoires ont disparus

+/- arthromoteur

Surveillance



❖ Clinique:

- Fièvre régresse en 24 à 48h
- Régression des signes locaux d'inflammation
- Modification: Aspect du liquide (éclaircissement)

❖ biologique:

- NFS (GB), CRP (diminue 50% à J7) ,VS
- Négativation bactériologie du liquide articulaire



Merci