

Mono-oligo-polyarthrite d'origine infectieuse

Prise en charge diagnostique

Quel bilan réaliser ?

Principes de l'antibiothérapie

Plan

- Est-ce une arthrite?
- Arthrites à germes pyogènes
- Arthrites à germes inhabituels
- Arthrites réactionelles

Quelques éléments de terminologie

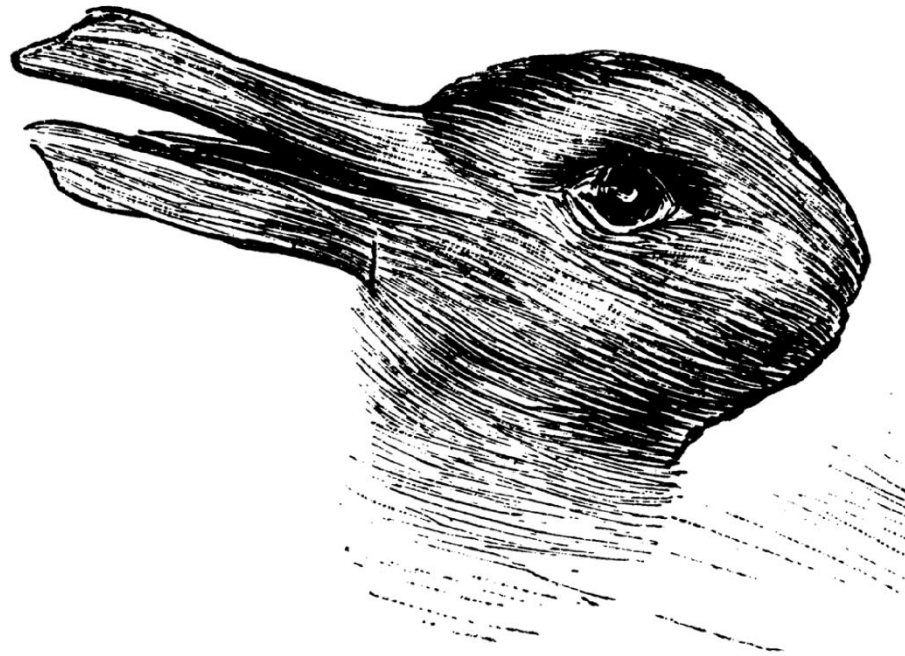
Arthrite = inflammation articulaire
= gonflement articulaire



mono- (1 articulation),
oligo- (2 ou 3 articulations) ou
polyarticulaire (4 articulations ou plus)

Ne change pas la stratégie diagnostique

Poussée congestive d'arthrose ou arthrite ?



On ne peut pas être en même temps un canard et un lapin

	ARTHROSE	ARTHRITE
Douleur	Mécanique	Inflammatoire
Age	Plutôt > 60 ans	Tout âge
Examen local	Epanchement avec chaleur locale peu ou pas modifiée	Inflammation : (Rougeur), chaleur, tuméfaction, impotence
Signes généraux	Aucun	Fièvre (parfois)
Biologie	Normale	Syndrome inflammatoire
Liquide	Mécanique	Inflammatoire

Épanchement articulaire



Tout épanchement articulaire doit être ponctionné

< 500 cellules /mm³

Liquide mécanique



ARTHROSE

> 1.500 cellules /mm³

Liquide inflammatoire



ARTHRITE

Recherche de microcristaux + : goutte
ou chondrocalcinose

Bactériologie + : arthrite septique

Autres : rhumatismes inflammatoires

Gross appearance

A. Normal. Clear to pale yellow, transparent

B. Osteoarthritis. Slightly deeper yellow, transparent

C. Inflammatory. Darker yellow, cloudy, translucent (type blurred or obscured)

D. Septic. Purulent, dense, opaque

E. Hemarthrosis. Red, opaque. Must be differentiated from traumatic tap

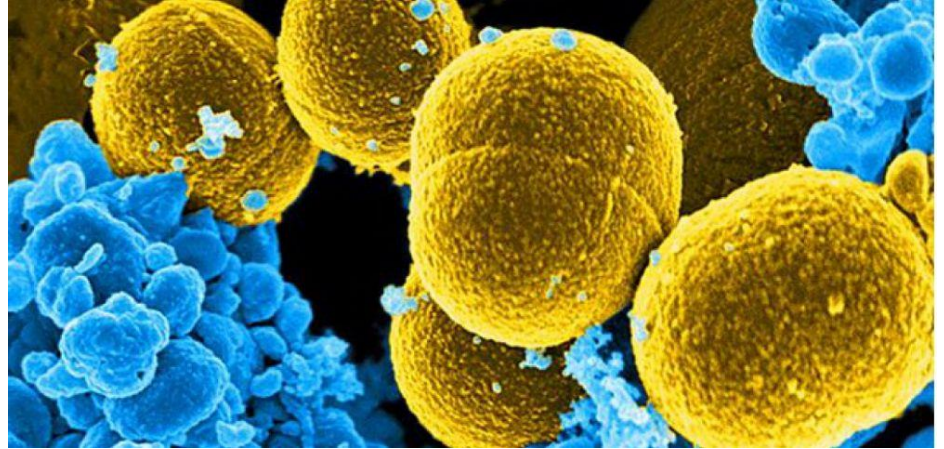
The clarity of the fluid is assessed by expressing a small amount of fluid out of the plastic syringe into a glass tube. Printed words viewed through normal and noninflammatory joint fluid can be read easily.



Viscosity. Drop of normal or noninflammatory fluid expressed from needle will string out 1 in or more, indicative of high viscosity. Inflammatory fluid evidences little or no stringing. Viscosity may also be tested between gloved thumb and forefinger

Le contexte est déterminant!

- Premier épisode vs. patient connu
- Aigü ou chronique



ARTHRITES À GERMES PYOGENES

Mode de contamination

- Dissémination par voie hématogène
 - Bactériémie à point de départ cutané, digestif, ORL, urinaire...
 - Endocardite infectieuse
- Inoculation directe
 - Plaie
 - Morsure
 - Infection de site opératoire
 - Geste local (ponction/infiltration)



Ecologie microbienne

Entité clinique	Mode de contamination		
	Infection communautaire		Infection liée aux soins : infection du site opératoire
	Voie hématogène	Inoculation directe	
Arthrite	<u>Atteinte monoarticulaire</u> <i>Staphylococcus aureus</i> (66 %) Streptocoques (20 %) Entérobactéries (10 %) <u>Atteinte polyarticulaire</u> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<u>Après morsure animale</u> <i>Pasteurella multocida</i> <i>Capnocytophaga canimorsus</i> <u>Après plaie articulaire</u> <i>Staphylococcus aureus</i> Bacilles Gram négatif	<u>Infiltration ou intervention monoarticulaire</u> Staphylocoques (coagulase négative ou <i>S. aureus</i>) <i>Propionibacterium acnes</i>

Bilan à réaliser/Conduite à tenir

Le diagnostic est bactériologique

Prélèvement de qualités, profonds

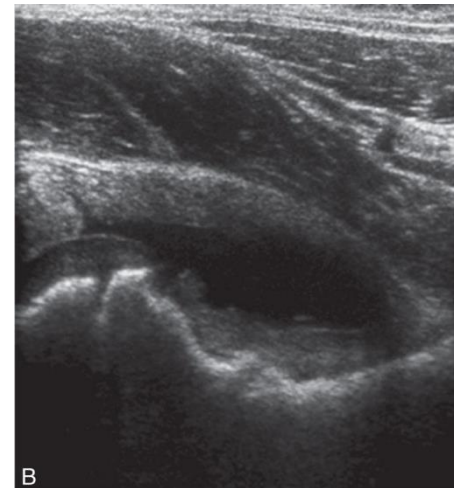
Conditions d'asepsie standard pour ponction
(matériel stérile)

à distance de toute antibiothérapie (idéalement
15 jours)

Hospitalisation indispensable

Place de l'imagerie

- Aucune place pour imagerie urgente
- Radio initiale : normale
- Echographie : permet surtout de visualiser l'épanchement et de le ponctionner plus facilement (hanche notamment)



Principes de l'antibiothérapie



Pas d'antibiotique sans prélèvement artriculaire

- Antibiothérapie IV probabiliste, débutée en urgence, **après** ponction artriculaire et hémocultures.
- Cible : [Staphylococcus aureus](#) : pénicilline M IV + gentamicine IV (1 à 3 j).
- Adaptation secondaire aux données de l'antibiogramme.
- Durée : **4 à 6 semaines** chez l'adulte

+/- lavage artriculaire arthroscopique selon les équipes, beaucoup fait au Mans

Antibiotiques à bonne pénétration osseuse/articulaire

Pénétration osseuse bonne	Pénétration osseuse moyenne à faible
Rifampicine	Aminosides
Fluoroquinolones	Bêta lactamines
Acide fusidique	Cotrimoxazole
Clindamycine	Vancomycine
Cyclines	
Linezolide	

Focus sur l'arthrite sur matériel

Biofilm -> Chirurgie indispensable

- Documentation bactériologique **pré-opératoire** : ponction articulaire, avant tout traitement antibiotique, radio-guidée (asepsie chirurgicale).
- Documentation bactériologique **per-opératoire** : prélèvements per-opératoires multiples (au moins 5) à faire en l'absence de traitement antibiotique (**interruption depuis au moins 15 jours** avant la chirurgie).
- Hémocultures en cas de tableau aigu.

NB : Il **est inutile de prélever l'orifice d'une fistule** ou d'un écoulement cicatriciel. Les bactéries présentes à ce niveau ne sont pas forcément responsables de l'infection profonde

Focus sur l'arthrite sur matériel

Ne jamais
mettre d'antibiothérapie
probabiliste sur une douleur
d'articulation prothésée

Un érysipèle ne donne
pas d'impotence fonctionnelle



Ne jamais
mettre d'antibiothérapie
probabiliste sur un écoulement
cicatriciel en regard d'une
articulation prothésée

Principaux éléments cliniques des infections ostéo-articulaires sur prothèse en fonction du moment de leur survenue

Infection post-opératoire précoce (dans le mois suivant l'intervention)	Infection post-opératoire d'évolution chronique	Infection aiguë hématogène
Incident cicatriciel : écoulement ou inflammation au niveau de la cicatrice, désunion de la cicatrice • Impotence fonctionnelle • Douleur • Fièvre inconstante	Douleur persistante depuis l'intervention (absence d'intervalle libre depuis la pose de la prothèse) • Signes généraux rares • Cicatrice normale ou inflammatoire • Fistule plus ou moins productive	Douleur brutale de l'articulation (genou, hanche). • Fièvre avec frissons. • Impotence fonctionnelle, alors que l'articulation était jusque-là indolore (intervalle libre +++). Notion possible d'infection à distance (porte d'entrée ou localisation septique secondaire)

Ne pas oublier la porte d'entrée!

Agent infectieux	Porte d'entrée / foyer infectieux associé
Streptocoque oral	Cavité buccale
Streptococcus pneumoniae	Poumon, méninges, ORL
Anaérobies	Colon, pelvis
Streptococcus pyogenes	Peau
Staphylococcus aureus Staphylocoque coagulase négative	Peau Cathéter vasculaire
Escherichia coli Autres entérobactéries Entérocoques	Voies urinaires, tube digestif, voies biliaires Cathéter vasculaire

La porte d'entrée est parfois bien cachée



Polyarthrite staphylococcique chez un homme de 43 ans, point de départ sur un piercing « Prince Albert »

Suivi des patients sous antibiotiques pour une arthrite septique

- Ce que vous verrez le plus (relais oral) :
 - Rifampicine
 - Fluoroquinolones (levofloxacin, ofloxacin)

Rifampicine

- Puissant inducteur enzymatique
 - Vérifier l'ordonnance point par point
- Hépatotoxicité d'hypersensibilité
- Eosinophilie, Leucopénie
- Coloration des urines/larmes (lentilles)

Jamais en monothérapie (mutants résistants)



Fluoroquinolones

- Toxicité cardiaque (allongement du QT = ECG)
- Toxicité tendineuse
 - 3-5j après l'introduction
 - Achille > 90% des cas
 - Arrêt du traitement
- Toxicité neurologique périphérique



ARTHRITES À GERMES INHABITUELS

Focus sur la maladie de Lyme



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- La borréliose de Lyme peut donner lieu à des atteintes articulaires précoces et tardives avec un délai de 4 jours à plusieurs années après l'érythème migrant.
- L'atteinte articulaire précoce se manifeste sous forme de **monoarthrite** (parfois d'oligoarthrite) clinique des grosses articulations, survenant de façon plus fréquente au niveau des **genoux**.
- Le tableau est caractérisé par des **épisodes inflammatoires spontanément résolutifs en quelques semaines**, évoluant par poussées, avec épanchement articulaire plus ou moins important.
 - Diagnostic : Ponction pour PCR lyme + sérologie/WB dans le sang
 - Traitement : DOXYCYCLINE 200mg/j pendant 28 jours

Focus sur la tuberculose



- Rare en France mais en augmentation :
 - Population de migrants issus de zone d'endémie
 - L'arthrite tuberculeuse représente 30% des TOA
- Evolution **torpide**, subaigüe
- Isolée ou accompagné d'autres atteintes (pulmonaire, ganglionnaire...)
- Diagnostic par ponction articulaire/biopsie synoviale avec recherche spécifique de BK

ARTHRITES RÉACTIONNELLES

- Arthrites survenant après une exposition bactérienne intracellulaire chez une population génétiquement prédisposé (B27)
- Germes
 - *Y.enterocolitica*, *S.flexnerii*, *C.jejuni*, Salmonelles, *C.difficile* (digestif), *C.trachomatis*, *U.urealyticum* (génital), *C.pneumoniae*, *M.pneumoniae* (pulmonaire), BCG (urinaire : BCGthérapie)
- Oligoarthrite des membres inférieurs, fessalgie, talalgie
- Fiessinger-Leroy-Reiter (*C.trachomatis* et *U.urealyticum*)

- Urétrite : traitement antibiotique (AZT ou doxycycline) + traitement co-infections + partenaire
- AINS
- Suivi : développement d'une SPA dans 20 à 40% des cas à 15 ans

Digression sur la bursite septique

- Epanchement septique dans une bourse
 - Homme 80 % des cas
 - Activité à genoux (loisirs, professionnel)
 - Staphylococcus aureus > 80%
-
- Si jeune non immunodéprimé, un traitement empirique peut être entrepris (Augmentin, Pyostacine pour 7j). PAS D'AINS 
 - Si patient comorbide, hospitalisation, ponction, traitement IV initial



Merci pour votre attention

En cas de doute, appeler la ligne d'avis
rhumatologique

02 43 47 99 87



Place aux questions !