

Take home messages



- L'arthrite native à pyogènes est due en majorité à des pyogènes Staphylocoques (méti S si communautaires)
- Les explorations se limitent à la radiographie simple (anomalies tardives, diagnostic différentiel, référence pour suivi) et à l'échographie ++ (diagnostic, repérage ponction)
- Le diagnostic étiologique repose sur le prélèvement articulaire au mieux radio-guidé avec cytologie, biochimie (cristaux?), mise en culture voire PCR
- Le principal diagnostic différentiel chez l'adulte est l'arthrite micro-cristalline
- Pas de traitement antibiotique avant le prélèvement mais traitement probabiliste en urgence dès les prélèvements réalisés
- Le lavage articulaire par arthroscopie s'impose en urgence
- La durée du traitement ATB est de 3 à 4 semaines avec relais oral dès que possible
- L'immobilisation stricte est réduite avec mobilisation progressive
- Il faut savoir évoquer des causes virales, fongiques voire parasitaires et connaître la possibilité d'arthrite réactionnelle (contexte, tests appropriés)

Take home messages



- L'infection du pied diabétique doit être diagnostiquée sur des signes cliniques locaux et systémiques et sa sévérité classifiée selon le Consensus International sur le Pied Diabétique (IWGDF)
- La recherche d'un contact osseux est un signe pathognomonique d'une ostéite du diabétique
- Le diagnostic d'ostéite du pied diabétique est fortement probable devant l'association de signes locaux, d'une CRP élevée, et de signes radiologiques
- L'imagerie la plus performante pour le diagnostic est l'IRM ou la scinti couplée aux polynucléaires marqués (et si disponible TEP-scan).
- La recherche d'une artériopathie (signes cliniques, Doppler voire artériographie si décision chirurgicale) est obligatoire et une chirurgie de revascularisation (stent, pontage) est réalisée si nécessaire
- Le diagnostic microbiologique repose au mieux sur des biopsies osseuses passant par la peau saine

Take home messages



- La chirurgie (parage abcès, curetage séquestres osseux) doit être associée si nécessaire, parfois en urgence
- Le risque d'amputation est une menace réelle
- L'antibiothérapie doit être adaptée à l'ensemble des bactéries isolées car il s'agit souvent d'une infection polymicrobienne
- L'antibiothérapie IV au départ peut être relayée si possible par une antibiothérapie orale pour une durée totale de 6 semaines
- L'antibiothérapie à large spectre s'impose dans un grade 4
- La mise en décharge du pied est une mesure associée primordiale
- La prise en charge est multidisciplinaire avec rééquilibration du diabète et entre autres parfois dans le champ des IOC complexes
- La prévention de toute plaie chez le diabétique est indispensable

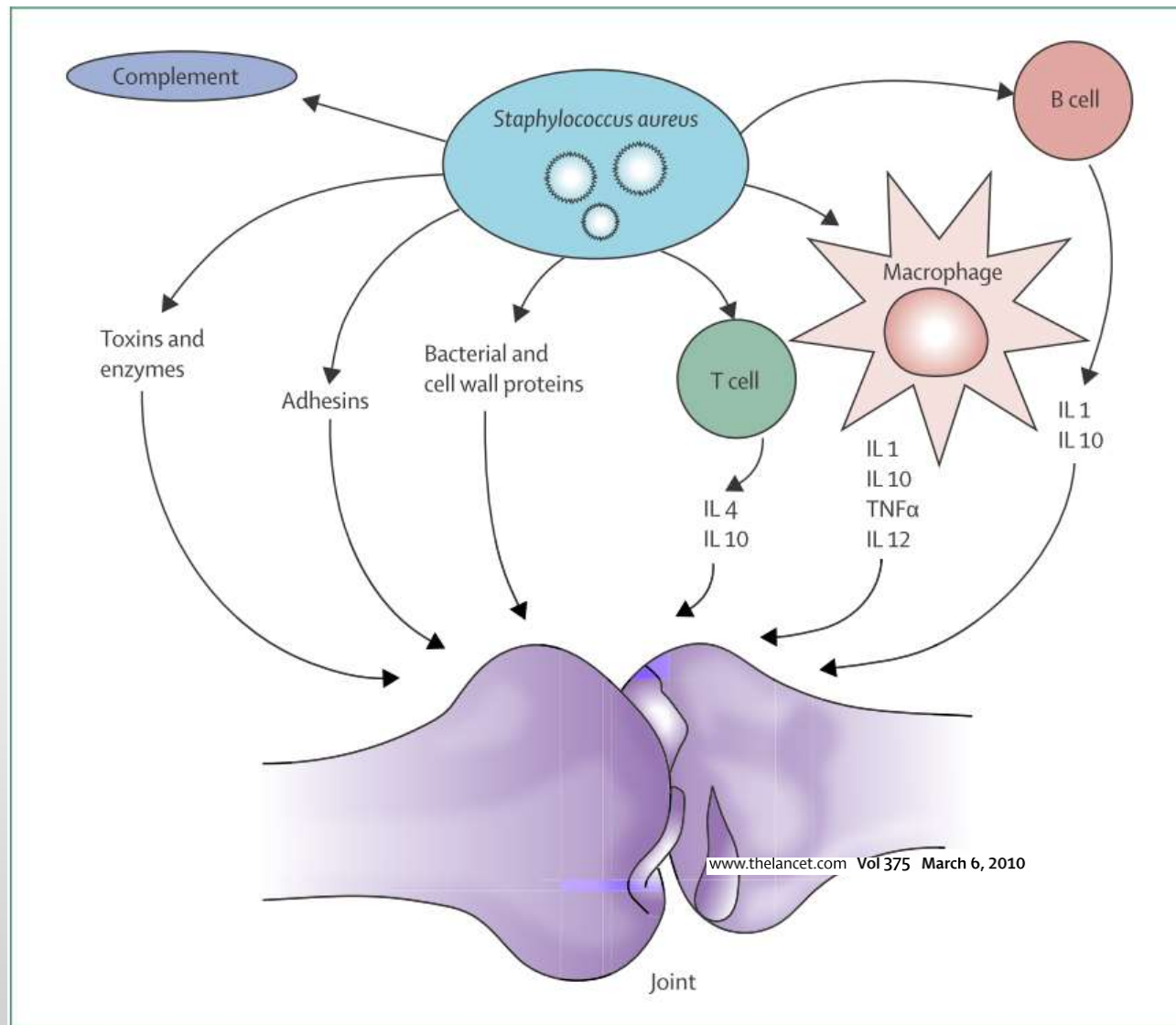
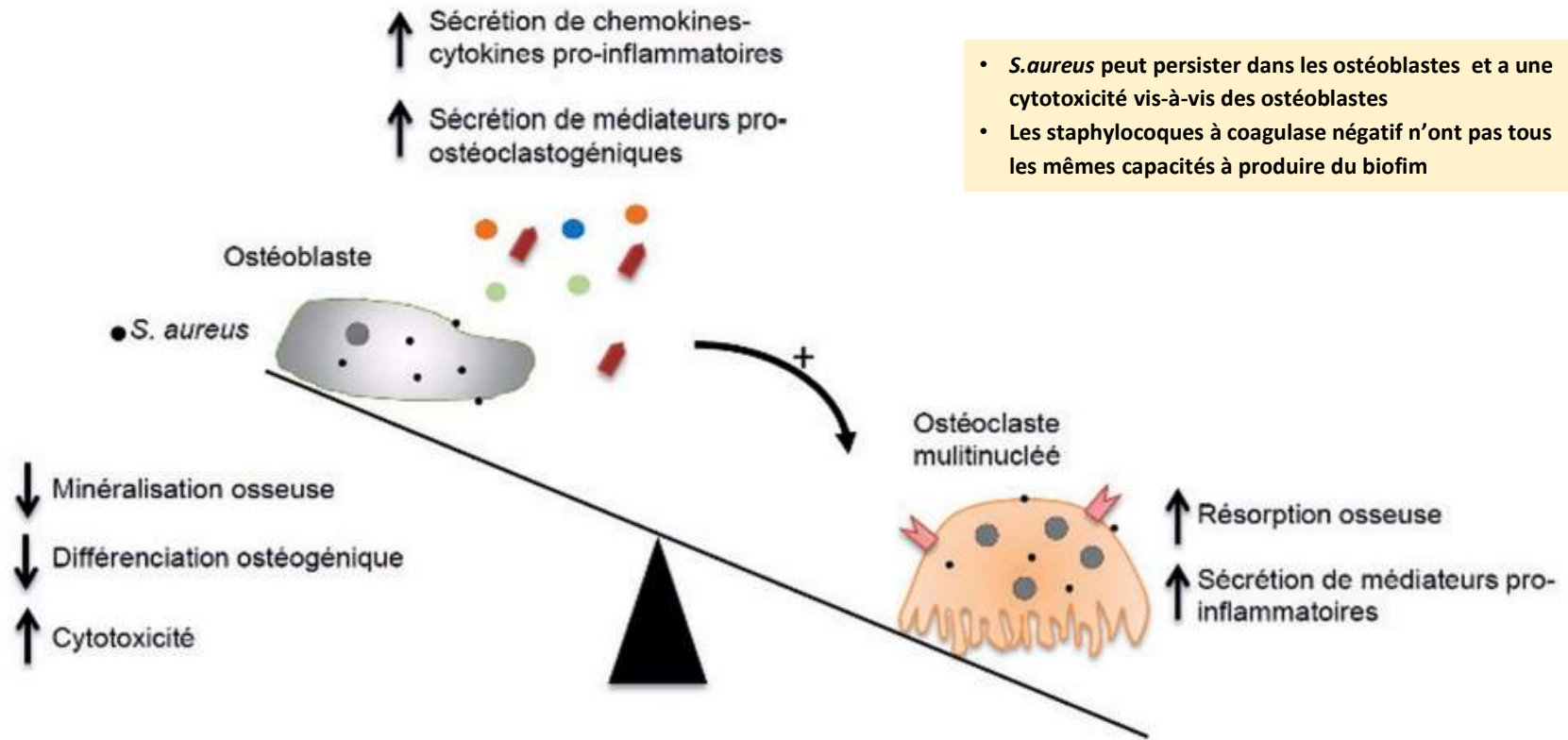


Figure 1 – Physiopathologie de la perte osseuse au cours des infections ostéo-articulaires staphylococques.



L'infection par *Staphylococcus aureus* est responsable d'une rupture de l'homéostasie osseuse via trois mécanismes directs et indirects : (i) l'augmentation de la capacité de résorption osseuse des ostéoclastes ; (ii) l'inhibition de la capacité de minéralisation osseuse des ostéoblastes ; et (iii) le déclenchement d'une réponse inflammatoire majoritairement pro-ostéoclastogénique.

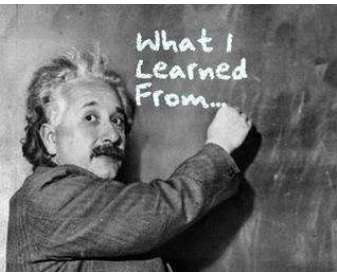
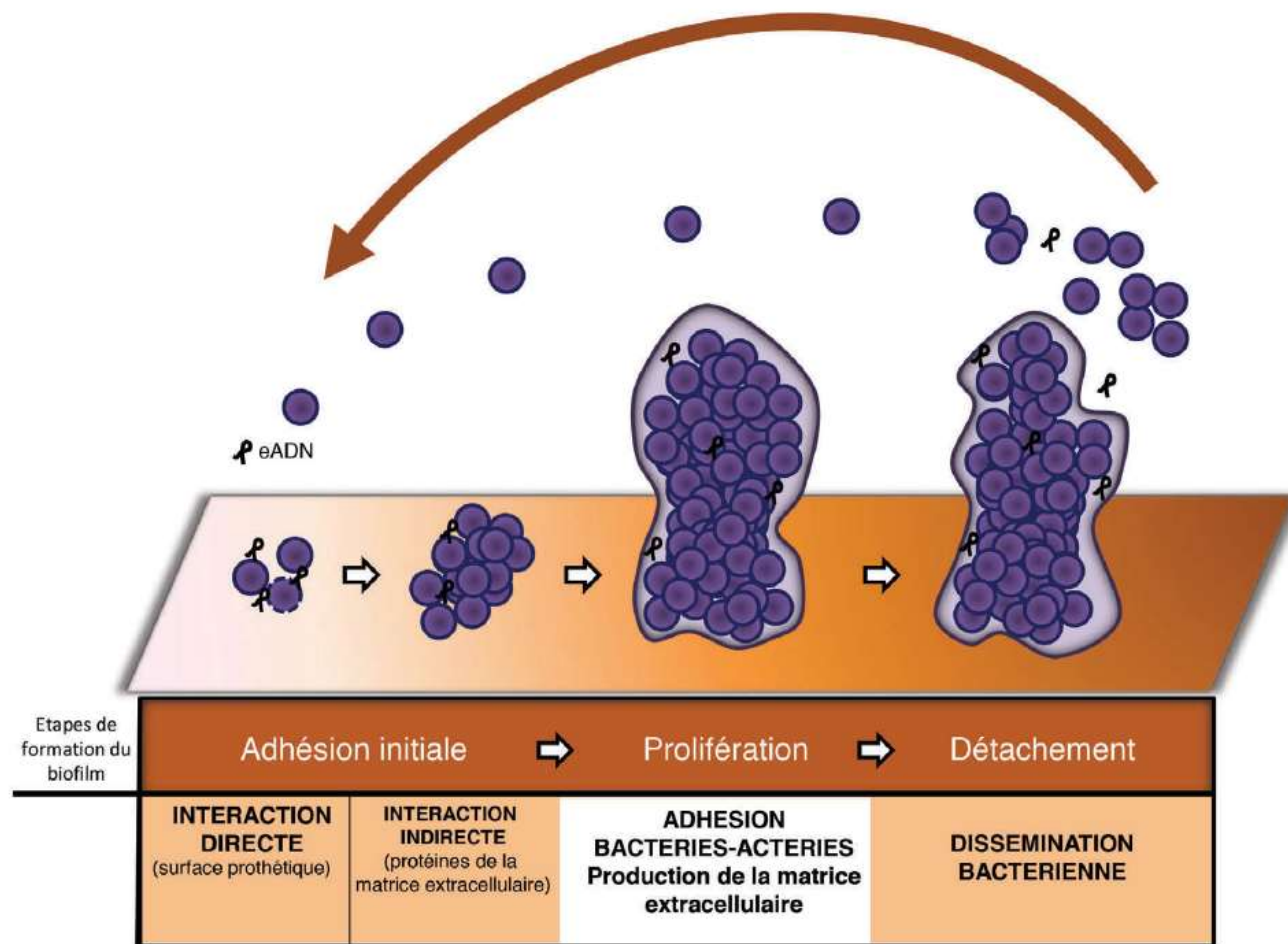


Figure 2 – Cycle de vie d'un biofilm.



L'établissement et la maturation du biofilm sont schématiquement décrits en trois phases.

- Phase 1. Les bactéries libres, ou planctoniques, adhèrent à une surface inerte et sécrètent une matrice extracellulaire.
- Phase 2. La communauté en biofilm acquiert une architecture tridimensionnelle comprenant un réseau de canaux qui permet l'acheminement des nutriments vers les zones profondes. Les bactéries ont un métabolisme ralenti et sont protégées du système immunitaire de l'hôte et de la plupart des antibiotiques.
- Phase 3. Des microcolonies ou des bactéries libres se détachent de la surface du biofilm. Elles dérivent dans le milieu extérieur et peuvent coloniser une nouvelle surface. eADN, ADN extracellulaire.