

Arthrites septiques (sans matériel) Diagnostic

Bertrand BOYER
CHU de St Etienne
19 novembre 2014

1

CHU St Etienne

B. Boyer Arthrites septiques (sans matériel)

PLAN

- Introduction
- Epidémiologie
- Physiopathologie
- Clinique
- Biologie
- Prélèvements bactériologiques
- Imagerie

2

CHU St Etienne

B. Boyer Arthrites septiques (sans matériel)

Introduction

- Une arthrite septique est une urgence
- Nécessite une prise en charge spécialisée
- Risque de séquelles fonctionnelles
- Pourtant absence de consensus large sur la prise en charge

Epidémiologie

- Incidence faible dans la population générale
- Populations à risque: diabète et immuno-supprimés
- Incidence relativement liée au renouveau du « tourisme articulaire »: ponctions diagnostiques, infiltrations répétées
- 2 populations cibles: enfants de moins de 10 ans et sujets de plus de 60 ans

Physiopathologie

- 2 modes de survenue:
 - Locale directe (ponction, hémarthrose)
 - Voie hématogène (toutes portes d'entrée)
- Développement stéréotypé (Goldenberg):
 - 24 premières h: cellules inflammatoires, cytokines, dégradation des protéoglycanes et du collagène
 - 2-3j: dégradation macroscopique
 - 8^e j: dégradations ostéochondrales irréversibles et abcès, biofilm

Clinique

- Douleur (horaire inflammatoire), majorée par les mouvements
- Impotence fonctionnelle modérée
- Fièvre
- Frissons
- Epanchement articulaire
- Inflammation locale
- Contexte ++ (porte d'entrée, facteur de risque)

Biologie

- La CRP est plus sensible que la VS (progressivement abandonnée) et sa cinétique est très utile pour la surveillance
- Mais le syndrome inflammatoire est inconstant
- Hyperleucocytose sanguine peu sensible et peu spécifique; plus utile en intra articulaire
- CRP intra articulaire (Parvizi) serait beaucoup plus sensible mais souvent indisponible

Prélèvements bactériologiques

- Primordial au diagnostic
- Attention au conditionnement:
 - Asepsie
 - Flacon hémoc aéro et anaérobie
 - Mycologie
 - BK
- Très sensible si pyogène, beaucoup moins sinon

Prélèvements bactériologiques

- Toujours associer des hémocultures répétées au pic de fièvre
- Si hémocs positives à SA: écho cardiaque (endocardite infectieuse)
- Intérêt de la biopsie synoviale (+ sensible car premier site de colonisation bactérienne)
- Intérêt de l'ARN 16S si polynucléaires

Imagerie

- Radiographies standard
 - surtout référence et diagnostic différentiel en phase précoce
 - Pincement articulaire global, géodes à un stade plus tardif
- Echographie (+ ponction) vrai intérêt diagnostic, attention ce n'est pas le traitement (lavage)
- IRM si doute persistant, pb de disponibilité en urgence
- Scanner: évaluer les lésions tardives, plus facile à obtenir en urgence mais moins utile que l'IRM, attention aux lésions préexistantes...

--	--	--

Je vous remercie