

# Diagnostic différentiel des infections ostéoarticulaires

Emmanuelle Vignot  
Hôpital Edouard Herriot, Lyon  
Unité Inserm UMR1033 Lyon  
[emmanuelle.vignot@chu-lyon.fr](mailto:emmanuelle.vignot@chu-lyon.fr)

## Arthrite septique (1)

### 1/ Monoarthrite :

#### \* Arthrite microcristalline :

-Goutte: terrain homme sd métabolique, microcristaux urate de sodium

-Chondrocalcinose articulaire: sujet âgé, liquide volontiers puriforme, microcristaux pyrophosphate de calcium, penser radiographies sites typiques genoux, bassin, poignets,

origine secondaire hyperparathyroïdie primaire, hémochromatose

\*Arthrites réactionnelles (Shigella, Salmonella, Chlamydia ...)

\*Arthrites virales parvovirus B19, VHC, VIH, rubéole

## Arthrite septique (2)

\* RIC

- Polyarthrite rhumatoïde : femme, péri-ménopause, facteur rhumatoïde, anti CCP donc parfois début monoarticulaire

- Spondyloarthrite périphérique : plutôt homme plus jeune, B27, psoriasis, MICI, rachis inflammatoire

- Plus rarement

  - Lupus

  - Sarcoïdose (penser quand cheville atteinte)

## Arthrite septique (3)

### 2/ Polyarthrite

CCA, goutte\*

PR, SA, Rhum psoriasique

Dermatopolymyosite, vascularite à ANCA

Still\*

Maladies autoinflammatoires\*

FMF\*

Lupus, Gougerot Sjögren, connectivite mixte

Paranéoplasique \*

Virale

Post streptococcique

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1/ tout épanchement doit être ponctionné et tout liquide ponctionné doit être analysé

2/Au delà analyses bactériologiques bien penser recherche cristaux à rechercher sur liquide frais, cytochimie

3/ aide au diagnostic radiographies des sites fréquemment atteints par CCA, PR, spondyloarthrite

4/ bilan biologique complémentaire quand doute  
ACAN, facteur rhumatoïde en Elisa, anti CCP, uricémie, sérologies VIH VHB VHC, B27, ECA...

## Diagnostic différentiel des SDI

- Devant des rachialgies fébriles
  - **Infection vertébrale et paravertébrale sans discite**
    - Arthrite septique des articulaires post
    - Spondylite: parfois confondue avec un processus tumoral vertébral.
  - **Endocardite infectieuse**
    - SPD présente ds 15 % des cas
    - Responsable de lombalgies inexplicables
    - Guérison rapide par ttt de l'endocardite

**– Epidurite infectieuse primitive**

- Urgence médico-chirurgicale
- Staph ++
- Rachialgies fébriles + déficit moteur et tr. Sphinctériens
- Collections épidurales à l'IRM

**– Pathologie aortique**

- Dissection aortique ou rupture d'anévrisme mycotique aortique.

**• Pathologie microcristalline axiale****– Chondrocalcinose articulaire**

- Cause rare de rachialgies aiguës fébriles.
- Age avancé / ATCD d'arthrite
- présence de cristaux de pyrophosphates
- RX: liseré de chondrocalcinose dans les articulations périphériques.

**– Goutte**

- Atteinte vertébrale rare (goutte chronique)
- rares cas rapportés dans la littérature
- Tableau de rachialgies fébriles

- **Devant une IRM avec anomalies disco vertébrale**

- **Discopathie dégénérative:**

- Vide discal: élément fréquent dans les discopathies dégénératives.
    - Pas d'inflammation des parties molles para vertébrales à l'IRM

- **Tumeurs vertébrales**

- Respectent le DIV
    - Lymphome , chondrome, myélome
    - métastases discales: exceptionnelles

- **Maladie de Scheuerman:**

- > Dystrophie rachidienne au cours de la croissance =osteochondrite de croissance
  - > provoque la fragilisation des plateaux vertébraux.
  - > Prédominance masculine ( 13 – 17 ans)
  - > Associe:
    - Dorsalgies d'effort
    - Raideur rachidienne
    - Déformation en cyphose

## - Spondylodiscites inflammatoires des spondyloarthrites

- > SPD aseptique (Anderson 1937)
- > Prévalence: 5 à 10 %
- > Mono ou plurifocale

## • Spondylarthropathie destructrice des hémodialysés

- Décrite en 1984
- Prévalence: 50% au delà de 10 ans d'hémodialyse\*\*\*
- Atteinte prédomine au rachis cervical C5- C6
- Érosion des plateaux vertébraux + géodes intra somatiques en miroir sans atteinte des pties molles
- Absence d'hyper signal en T2

## Infection sur prothèse ostéoarticulaire

- Poussée arthrite à corps étranger sur prothèse
- CCA, associé à hydroxyapatite et urate
- Maladie causale sous jacente
- Hémarthrose des anti coagulants

## Tendino synovites et Bursites

Mêmes autres étiologies

- RIC essentiellement polyarthrite rhumatoïde et spondyloarthropathie
- Microcristallin
- Surcharge mécanique

## Sacro iliite(1)

Diagnostic différentiel d'une sacroiliite fonction de la technique d'imagerie utilisée.

### 1/ Sur radiographie standard:

- arthrose : érosions et ostéocondensation sous chondrale focale possibles dans arthrose SI mais spécifiquement dans les zones de surcharge: partie antérieure du tiers moyen de l'articulation, pieds des sacroiliaques épargnés. ostéophytes antérieurs osseux sur le versant ventral de l'articulation.

Modifications osseuses symétriques dans atteintes dégénératives, association à remaniements dégénératifs pubiens.

## Sacro iliite (2)

2/ **Ostéose iliaque condensante**= image d'ostéocondensation triangulaire de la berge iliaque à limites nettes sans érosions articulaires, facilement reconnue sur les radiographies ou le scanner et peut poser des problèmes d'interprétation en IRM

3/ **Sacroiliites inflammatoires**: atteinte bilatérale, érosions, ostéocondensation et ponts transarticulaires intriqués et panachés.

• tiers antérieur/moyen des articulations, tout comme les formes arthrosiques mais également dans la partie la plus postérieure, et dans la partie tout à fait inférieure, pratiquement toujours respectées par les remaniements de type mécanique le plus souvent bilatérales symétriques dans les formes chroniques mais asymétriques dans les formes débutantes

• hyposignal en T1, un hypersignal en T2 avec saturation du signal de la graisse et un rehaussement en nappe des structures ligamentaires après injection de Gadolinium.

4/ Mais aspect inflammatoire ou "oedémateux" berge articulaire = en première hypothèse une SI infectieuse ou inflammatoire, mais également oedème réactionnel à une **fracture de contrainte voire tumeur (sarcome, lymphome, myélome)**.

Fractures de contrainte du sacrum en juxta-articulaire = bandes d'impaction osseuse parallèles, juste en dedans des articulations, souvent bilatérales, parfois reliées par une fracture transversale. Radiographie parfois négative, suspectées par la scintigraphie et démontrées soit par tomodensitométrie, soit par IRM



## Diagnostic différentiel ostéomyélite aïgue

- Localisation osseuse d'une hémopathie ou d'une tumeur maligne (en particulier neuroblastome ou néphroblastome).
- Fractures
- Un granulome éosinophile (histiocytose X).
- Ostéo Myélite Chronique Récidivante (O.M.C.R, S.A.P.H.O.) peut débuter dans toute région métaphysaire, cortège clinique de l'adulte absent, la biopsie pour diagnostic.
- Autres diagnostics plus bénins, retenus qu'après élimination des précédents: "douleur de croissance", maladie d'insertion, algodystrophie...

- **Points essentiels**

- comorbidités (en particulier la polyarthrite rhumatoïde, les antécédents chirurgicaux, les traitements immunosuppresseurs)
- prises en compte dans la démarche diagnostique