**ARTHRITE SEPTIQUE**

→ Toute arthrite doit être considérée comme septique ←

Il s’agit de la **prolifération intra-articulaire d’un micro-organisme** (≠ entre arthrite septique et arthrite réactionnelle)

C’est une **urgence thérapeutique** voire vitale si choc septique.Toute thérapeutique (ATB) avant ponction articulaire = ERREUR !

Suspicion d’arthrite septique = prise en charge urgente et hospitalière.

|  |  |
| --- | --- |
| **Signes cliniques et fonctionnels** | * Douleur majeure d’une articulation d’apparition brutale
* Impotence fonctionnelle totale de l’articulation touchée
* Œdème et tuméfaction locale
* Rougeur
* Fièvre (parfois élevée avec possibilité de signes généraux)
* Une ou + adénopathies satellites douloureuses dans les territoires de drainage
* Mouvements actifs et passifs de l’articulation douloureux voire impossibles
* Attitude antalgique de l’articulation en flexion (flessum du genou, coude ou hanche)
 |
| **Complications** | Il existe de grands risques de **diffusion** de l’arthrite septique : * Destruction du cartilage articulaire
* Septicémie, endocardite, autres localisations septiques
* Décès
 |
| **Contamination** | *Hématogène* | *Percutanée avec inoculation directe* |
| * Traumatisme ou microtraumatisme
* Abrasion cutanée
* Intertrigo (= dermatose au niveau d’un pli)
* Piqûre / Morsure
* Embole septique (endocardite, abcès profond, infection urinaire, abcès dentaire…)
* Dissémination d’une gonococcie (= MST) …

→ **Trouver la porte d’entrée +++** ← | Via une effraction articulaire : * Ponction articulaire
* Pose de prothèse
* Arthroscopie …
 |
| **Facteurs favorisants** | *Facteurs locaux* | *Facteurs généraux entrainant une immunodépression* |
| * Injection articulaire de corticoïdes
* Articulation déjà siège d’arthrose
* Prothèse
 | * Alcoolisme
* Diabète
* IR ou IH
* Hémodialyse
* Toxicomanie intraveineuse
* PR et autres rhumatismes inflammatoires chroniques
* VIH
* Thérapeutique immunosuppressive (corticoïdes)
 |
| **Agents infectieux** | Par ordre de *fréquence décroissante* : * **Staphylocoque doré** (60% des cas)
* **Staphylococcus epidermidis** en cas d’inoculation directe
* **Bacille Gram –** (20% des cas → porte d’entrée urinaire ou digestive)
* **Streptocoque B-hémolytique** (10% des cas → porte d’entrée dentaire ou digestive)
* **Gonocoque** (recrudescence des IST) → Arthrite gonoccocique :
	+ Contamination hématogène
	+ Atteinte des gaines ténosynoviales de la main et des pieds
	+ Pustulose péri articulaire
 |
| **Confirmation bactériologique du diagnostic** | * Ponction articulaire
* Hémocultures
* Mise en culture lors d’une intervention chirurgicale à visée diagnostique et / ou thérapeutique
* Prélèvements des autres sièges éventuels et de toute porte d’entrée
 |
| **Traitement médical** | * Urgence thérapeutique = patient hospitalisé en milieu adapté (réa, rhumato ou ortho)
* Voie veineuse : nécessaire en début de ttt
* ATB : après réalisation des prélèvements et identification du germe
* Bi-antibiothérapie parentérale à large spectre adaptée au terrain (allergie, fonction rénale, âge)

→ *ATBthérapie secondairement adaptée aux sensibilités / résistances du germe isolé* ←* **Pénicilline M + aminoglycoside** (adapté à la fonction rénale pdt 2-3 jours) → en cas de **septicémie** +++
* **Pénicilline M + Fluoroquinolone**

Si : * Obtention de l’apyrexie
* Amélioration de l’état local
* Normalisation du syndrome inflammatoire

→ *Un relais par voie orale peut être décidé.*→ *L’ATBthérapie (adaptée au germe) sera alors poursuivie pour une durée totale de* ***6 à 12 semaines****.* |
| **Traitement associé** | * Immobilisation : effet antalgique mais ne doit pas être prolongée car risque d’enraidissement articulaire
* Rééducation : dès l’amélioration des douleurs et signes locaux
* Lavages articulaires : réalisés par certaines équipes
 |

**Point clés :**

* Tout épanchement articulaire doit être ponctionné et analysé
* La priorité est d’éliminer une arthrite infectieuse
* L’analyse est cytologique, bactériologique et recherche des microcristaux
* L’orientation étiologique dépend de l’analyse du liquide +++ : liquide mécanique, inflammatoire ou hémorragique
* Interrogatoire + examen clinique complet = INDISPENSABLES

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ponction articulaire** | * INDISPENSABLE pour confirmer le caractère septique de l’arthrite
* Préalable à toute thérapeutique (sauf urgence vitale)
* Ponction à réaliser dans des conditions d’asepsie stricte
* Le liquide ponctionné est inflammatoire : trouble ou puriforme / GB > 2000/mm³

→ *Il faut adresser ce prélèvement en urgence en bactériologie après avoir idéalement prélevé le liquide dans 2 flacons d’hémocultures (aérobie / anaérobie).*→ *En cas d’arthrite « trainante », les milieux spécifiques à la recherche de mycobactéries doivent être prélevés systématiquement.* |
| **Imagerie** | * **NE DOIT PAS** retarder la ponction articulaire et les prélèvements à visée diagnostique
* **Radiographie standard** : permet de noter des arguments allant contre une affection osseuse du voisinnage
* **Echographie ostéo-articulaire** : non invasive = « prolongement de la main de l’examinateur »
	+ Détecter un *épanchement liquidien* ou une *prolifération synoviale* (articulations profondes ++)
	+ Repérer un épanchement accessible à une ponction
 |

**ARTHRITES MICROCRISTALLINES**

 - Liquide articulaire « **inflammatoire** »

 - Prédominance de **PNN** qui peuvent être altérés

 - Présence de **microcristaux** :

* *Urate de sodium* (fins, allongés, pointus, fortement biréfringents en lumière polarisée)
* *Pyrophosphate de calcium* (courts, carrés, non biréfringents)

 - Négativité des examens bactériologiques

 - Radiographie standard : parfois **dépôts calciques**

**Chondrocalcinose articulaire (CCA) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Définition** | Dépôts intra-articulaires de cristaux de **pyrophosphate de calcium** |
| **Diagnostic différentiel** | * Hémochromatose
* Hyperparathyroïdie
 |
| **Aspects radiologiques** | * Dépôts dans les **cartilages articulaires** = opacités linéaires à distance et parallèles à la limite de l’os sous-chondral
* Dépôts **fibro-cartilagineux** = par ex. pour les ménisques du genou : opacités triangulaires
* Radio des poignets (ligament triangulaire du carpe, espaces intercarpiens)
* Symphyse pubienne (calcification linéaire)
 |

**Goutte :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Définition de l’accès aigu goutteux** | * Débute souvent au **membre inférieur** → pied avec la 1ère MTP, cheville, genou
* Touche exceptionnellement le rachis, la hanche, l’épaule
* Polyarthrite goutteuse possible
* Articulations normales entre les crises
 |
| **Causes d’hyper-uricémie** | * Alimentation trop calorique et riche en viandes, abats, graisses
* Alcool
* Iatrogène :
	+ Diurétiques (HTA)
	+ Lyse cellulaire massive (chimiothérapie)
* Trouble métabolique (déficit en *hypoxanthine guanine phosphoribosyl transférase* → **Syndrome de Lesh-Nyan**)
 |
| **Syndrome métabolique (sont fréquemment associés à la goutte)** | * Obésité avec augmentation du périmètre abdominal
* HTA
* Diabète ou intolérance au glucose
* Dyslipidémie avec diminution du HDL-CT et hyperTG
 |
| **Complications** | http://www.iridosite.com/dossiers/goutte/images_gouttes/tophus_main.jpgComplication principale : Arthropathies chroniques : * Si la goutte n’est pas traitée → arthropathies chroniques avec **douleur mécanique**
* Présence de dépôts uratiques visibles sous la peau : **tophus**
* Tophus présents autour des articulations atteintes
* Aussi présents au niveau de sites électifs : pavillon de l’oreille, coudes (bursites oléocranienne), tendons d’Achille,

IPD ou pulpe digitalePossibilité de manifestations rénales : * **Lithiase urique** : radiotransparente → **coliques néphrétiques** chez sujets hyperexcréteurs
* Favorisées par :
	+ pH urinaire bas
	+ Uricurie élevée
	+ Faible volume urinaire augmentant la concentration d’acide urique
* Source d’**IRC**
 |

**Rhumatisme à hydroxy-apatite (rhumatisme apatitique) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Définition** | * Dépôts d’**hydroxy-apatite** dans des structures péri-articulaires (tendons, bourses séreuses)
* Dépôts peuvent être multiples → **maladie des calcifications tendineuses multiples**
* Siège = **épaule** +++ (tendon du supra-épineux) et **hanche** (région trochantérienne)
 |
| **Signes cliniques** | * Asymptomatiques → découverte radiologique fortuite

 OU* Symptomatiques → inflammation aiguë
 |

**ARTHROPATHIES AVEC EPANCHEMENT**

+ de **100 formes** différentes

La + fréquente = l’**arthrose** (non inflammatoire, dégénérative et due à l’âge le + svt)

Les arthrites peuvent être :

 - *septiques*

 - *inflammatoires* (rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, lupus…)

 - *microcristallines* : chondrocalcinose, goutte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Horaire de la douleur****(arthrite, PR…)** | - Dérouillage matinal- Douleur permanente, non calmée par le repos- Réveils nocturnes spontanés | **≠ Rythme mécanique****(arthrose)** | - Douleur lors du mouvement- Améliorée par le repos |
| **Questions clés** | 1) Rythme de la douleur → **horaire inflammatoire**2) Etat général → **AEG** **STOP !**3) Température → **fièvre/fébricule** |
| **Diagnostic** | Une fois l’**épanchement articulaire** détecté : * **Ancienneté** (récent, chronique)
* **Localisation** articulaire (mono/oligo/polyarthrite)
* Existence de **signes locaux inflammatoires**
* Existence d’un **épaississement de la membrane synoviale** (synovite) palpable dans la PR ++ (pannus rhumatoïde)
 |
| **Examens complémentaires** | * **Ponction à l’aiguille** (le MEILLEUR)
* **Radiographies standard** et **scanner** (ne permettent pas d’identifier directement un épanchement)
* **Echographie**(excellent pour rechercher l’épanchement d’une articulation profonde ++)
* **IRM** (détecter épanchement et explorer les structure ostéo- et péri-articulaires / disponibilité faible…)
 |
| **Diagnostics différentiels** | * Hygroma (= bursite) / Ténosynovite → atteinte des structures péri-articulaires
* Erysipèle → lésions cutanées inflammatoires
* Lésion tumorale ostéo-articulaire
 |
| **Topographie de la douleur** | *Localisations caractéristiques :* * IPD → arthrose et spondylarthrite ankylosante
* 1ère MTP → goutte

*Signes rachidiens associés :* * Arthrose rachidienne (surtout si cervical et lombaire ++)
* Spondylarthropathie (rachialgies d’horaire inflammatoire)
 |
| **Nombre d’articulations touchées** | * 1 = mono
* 2-3 = oligo
* > 4 = polyarthrite
 |
| **Signes extra-articulaires** | * Nodules sous-cutanés
* Lésions cutanées de vascularite
* Adénopathies
* Inflammation oculaire
* Uréthrite
* Diarrhée
* Ulcération génitale / orale
 |

**LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :**

|  |
| --- |
| **PONCTION ARTICULAIRE** |
| **Analyses à faire** | *Aspect macroscopique* | Hémorragique, clair citrin, puriforme |
| *Compte cellulaire* | * < 500 GB/mm³ ou > 2000 GB/mm³
* Type de GB : PNN ou lymphocytes
 |
| *Recherche de germes* | + ou – Examen direct / Culture / PCR |
| *Examen anatomo-pathologique* | * Cristaux d’urate de Na
* Pyrophosphate de calcium
 |
| *Taux de protides* | > ou < 40 g/L |
| **Liquide inflammatoire** | *Aspect macroscopique* | * Hémorragique
* Citrin voire puriforme
* « Filant »
 |
| *Compte cellulaire* | * > 2000 GB/mm³
* PNN ± altérés ou lymphocytes
 |
| *Recherche de germes* | ± bactéries |
| *Examen anatomo-pathologique* | ± cristaux |
| *Taux de protides* | > 40 g/L |
| **Liquide mécanique** | *Aspect macroscopique* | * Clair
* Hémorragique ou citrin
* « Visqueux »
 |
| *Compte cellulaire* | * < 500 GB/mm³
* PNN et lymphocytes
 |
| *Recherche de germes* | Pas de germes |
| *Examen anatomo-pathologique* | Pas de cristaux |
| *Taux de protides* | < 40 g/L |
| **BILAN BIOLOGIQUE SANGUIN** |
| **Recherche de syndrome inflammatoire** | * NFS
* VS
* CRP
 |
| **Hémocultures** | * Si fièvre
* A renouveler après la ponction articulaire
 |