**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 digitale  Possibilité 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 | |