

## INFORMATIONS CLEFS

- Le traitement non chirurgical d'une bursite de coude doit être de prime abord la règle.
- Ce traitement est celui qui entraîne le moins de complications.
- La ponction d'une bursite n'a plus d'indication.
- L'usage d'infiltrations de corticoïdes doit être évité car grevé de complications.
- Il n'existe pas d'indications chirurgicales claires pour la prise en charge d'une bursite quelle qu'en soit son étiologie, exceptée celle des bursites sur corps étranger.

## CONTENU

Les différents diagnostics présentés seront successivement la bursite traumatique, la bursite infectieuse, la bursite microcristalline, la bursite des affections rhumatismales, la bursite tumorale et la bursite des corps étrangers. Elles sont abordées par ordre de fréquence tout en sachant que les deux premières entités représentent déjà 80 % de l'incidence des bursites.

## IMAGE CLEF



**Figure 1** - Bursite traumatique ou micro-traumatique classique qui évoluera dans la majorité des cas de manière favorable à l'aide d'un traitement conservateur.

### INTRODUCTION

Une bourse est une cavité virtuelle, fermée dont les parois sont formées d'un tissu conjonctif lâche tapissé de cellules ressemblant aux synoviocytes. Une bourse est destinée à faciliter le glissement entre deux plans anatomiques. La vascularisation est pauvre.

On peut distinguer les bourses superficielles, sous-cutanées (p. ex. rétro-olécraniennes) des bourses profondes (p. ex. psoas ou sous-acromiale). Des bourses accessoires peuvent aussi être créées par des frottements anormaux (p. ex. bourse en regard de la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne en cas d'hallux valgus).

Le nombre de bourses est important mais variable étant donné le caractère inconstant de certaines bourses superficielles.

Les causes de bursopathies sont, par ordre de fréquence, traumatiques ou microtraumatiques, infectieuses, microcristallines et rhumatismales. Les bursopathies tumorales sont rarissimes.

L'olécrâne est le site préférentiel d'une bursite superficielle. La bourse olécranienne est donc un sac synovial sous-cutané situé en regard du processus olécrânien. Lorsqu'elle est distendue, elle peut mesurer jusqu'à 6-7 cm de long et environ 3 cm d'épaisseur. Elle permet le glissement entre la surface osseuse et le tissu cutané avoisinant.

On peut trouver des bourses profondes au niveau du coude en particulier au niveau de la tubérosité radiale entre cette dernière et le tendon du biceps. Cependant, elles sont très difficiles à définir anatomiquement et ne seront pas abordées dans ce chapitre.

Au niveau épidémiologique, 80 % des patients présentant cette pathologie sont des hommes. Le pic de fréquence est entre 40 et 60 ans. Deux tiers des cas sont non septiques.

Le diagnostic d'une telle entité repose sur l'anamnèse et l'examen clinique primordial. Une imagerie (simple radiographie du coude) doit être réalisée de principe. Si nécessaire, le liquide peut être analysé.

L'anamnèse visera à préciser les antécédents du patient, la notion de microtrau-

matismes, une éventuelle porte d'entrée infectieuse, le mode de début (brutal vs progressif).

L'examen clinique est typique. À savoir une tuméfaction franche en regard de la région olécranienne. On appréciera le caractère souple de la masse, la chaleur et le degré de rougeur.

La radiographie standard recherchera une éventuelle calcification et permettra de vérifier l'intégrité articulaire (pathologie associée).

L'analyse du liquide intrabursal permet en fonction du nombre de globules blancs (GB) de classifier l'étiologie. En présence de 1000 GBs, on penchera plutôt pour une bursite traumatique. Aux alentours de 3000 GBs, le diagnostic de goutte ou polyarthrite rhumatoïde doit être évoqué. Au delà de 10000 GBs, la balance penchera fortement pour une bursite infectieuse. L'étude bactériologique doit être systématique et des germes rares doivent parfois être suspectés.

Le caractère hémorragique d'une bursite bien que souvent présent (20 % des cas) n'oriente pas le diagnostic.

### BURSITES RÉTRO-OLÉCRANIENNES TRAUMATIQUES ET MICROTRAUMATIQUES

#### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Une bursite, aussi appelée hygroma, a pour étiologie habituelle une origine traumatique et en particulier une répétition de microtraumatismes. Les bursopathies olécraniennes peuvent même entrer dans le cadre de maladies professionnelles.

#### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

L'anamnèse, l'examen clinique (FIG. 1) et la radiographie pour exclure la présence d'un processus irritatif seront suffisants. L'anamnèse précisera le caractère relativement aigu de l'apparition de la tuméfaction. On relèvera l'absence de rougeur ou la présence d'une rougeur ne débordant pas la tuméfaction. La chaleur est peu discriminative par rapport à une bursopathie septique.

## TRAITEMENT

Initialement, le traitement sera toujours conservateur. Il consistera en une mise au repos du coude par le port d'une écharpe et la mise en place d'une compresse imbibée d'alcool à 70 %, à renouveler plusieurs fois par jours pendant une dizaine de jours. Les AINS sont peu efficaces. Dans la plupart des cas, la guérison sera obtenue. La ponction dite de soulagement doit être évitée car elle peut entraîner une surinfection ou une fistulisation avec persistance d'un écoulement. Surtout, on constate un effet rebond dans les 48 h suivantes.

En cas de persistance au-delà d'une dizaine de jours, l'option chirurgicale peut être retenue mais elle n'est pas dénuée de complications. Actuellement, il n'y pas de guidelines clairs quant au moment où il faut recourir à la chirurgie.

L'option chirurgicale est une résection en bloc à foyer ouvert. Les structures anatomiques à respecter sont le nerf cubital et le tendon du triceps. Une attention particulière lors de la fermeture et une immobilisation post-opératoire doivent être respectées.

Une bursectomie par voie arthroscopique est aussi décrite mais non appliquée dans notre institution.

Par contre, ce qui a été bien démontré au travers de différentes méta-analyses, c'est que l'injection intra-bursale de corticoïdes doit être proscrite.

## COMPLICATIONS

Dans le cas du traitement conservateur, les complications sont rares. Il peut toutefois survenir une fistulisation ou une surinfection bactérienne (surtout en cas de ponction). En outre, dans le cadre d'un passage à la chronicité, un case report mentionne une rupture du tendon tricipital (3).

Au niveau du traitement chirurgical, les complications sont plus fréquentes : difficultés de cicatrisation, surinfection, fistulisation ou nécrose cutanée. C'est la raison pour laquelle le traitement conservateur doit être privilégié.

## BURSITES RÉTRO-OLÉCRANIENNES INFECTIEUSES

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Il s'agit donc d'une bursite classique contaminée par un germe. La contamination se fait par voie percutanée. Cela explique que le germe retrouvé est majoritairement le *Staphylocoque aureus* (80 à 90 % des bursites infectieuses). Cependant, il ne faut pas perdre de vue que des germes rares ou exotiques peuvent aussi être en cause (ex : *Mycobacterium Tuberculosis*, *Candida Albicans*, etc.).

L'alcool, le diabète, la corticothérapie, l'immunosuppression ou la toxicomanie peuvent être considérés comme des facteurs favorisant.

### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Le diagnostic repose surtout sur l'examen clinique où l'on verra un œdème loco-régional, température cutanée élevée, adénopathie sous-jacente (FIG. 2).

Le diagnostic de certitude reposera sur l'identification bactériologique du germe et même, dans certains cas rares, sur l'examen anatomopathologique.



**Figure 2**  
Bursite septique dont l'évolution naturelle en l'absence de traitement se fera vers une fistulisation. La prise en charge sera donc chirurgicale (résection de la bursite) et nécessitera une antibiothérapie initiale intra-veineuse avec relais per-os dès que les résultats bactériologiques seront connus.

### TRAITEMENT

La prise en charge initiale sera chirurgicale. Une fois la bursite réséquée et les prélèvements bactériologiques effectués, une antibiothérapie à large spectre sera administrée par voie intraveineuse. Un relais per-os sera mis en route dès l'antibiogramme connu pour une période de 6 à 12 semaines.

Une surveillance rapprochée de l'état cutané devra être de rigueur. Il ne faut par ailleurs pas hésiter à immobiliser le coude les deux premières semaines dans le cadre d'une bursite septique.

### COMPLICATIONS

Elles sont semblables à celles observées pour les bursopathies traumatiques.

## BURSITES RÉTRO-OLÉCRANIENNES MICROCRISTALLINES

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Ces bursites microcristallines font partie des arthrites microcristallines. Pour rappel, il s'agit donc d'accumulation de cristaux dans les tissus articulaires et péri-articulaires.

Elles s'observent dans le cadre d'un contexte de goutte (cristaux d'acide urique). La bursite olécrânienne peut même être l'épisode inaugural de la maladie. On peut l'observer dans des entités pathologiques telles que la chondrocalcinose (cristaux de pyrophosphates de calcium) et la périarthrite calcifiante (cristaux d'hydroxyapatite).

### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

L'anamnèse recherchera, de manière importante dans ce cas-ci, si la pathologie bursienne olécrânienne s'accompagne de signes plus généraux. L'étude de liquide sera importante. Elle oriente fortement le diagnostic mais ne permet pas toujours de l'affirmer.

Devant toute bursite traînante, récidivante, il semble opportun de demander un

avis rhumatologique éclairé.

### TRAITEMENT

Le traitement sera dépendant de la pathologie microcristalline sous-jacente. Un geste chirurgical complémentaire est souvent de mise, surtout en cas de souffrance cutanée.

## BURSITES RÉTRO-OLÉCRANIENNES DES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Il s'agit d'une bursite retrouvée dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde principalement. Cependant, on peut aussi en trouver dans le cadre de spondylarthrite ankylosante ou de rhumatisme psoriasique.

### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Ce qui a été dit pour les bursites microcristallines est de mise aussi dans le cas des bursites des maladies inflammatoires.

### TRAITEMENT

Les mêmes indications de traitement sont de mises que pour les bursites microcristallines.

## BURSITES RÉTRO-OLÉCRANIENNES TUMORALES

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Ce sont des entités rarissimes. Des lésions de type villonodulaires pigmentaires intrabursales ou chondromateuses ont été rapportées.

### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Le diagnostic repose exclusivement sur l'anatomopathologie.

## TRAITEMENT

Le traitement est exclusivement chirurgical.

## BURSITES RÉTRO-OLÉCRANIENNES À CORPS ÉTRANGER

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Il s'agit d'une inflammation suite à la présence d'un corps étranger (oursin le plus fréquemment) dans la bourse rétro-olécranienne.

### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

L'anamnèse et le bilan radiologique complémentaire (radiographie standard avec échographie complémentaire si nécessaire) établiront le diagnostic.

## TRAITEMENT

Le traitement est exclusivement chirurgical. Une antibiothérapie complémentaire en post-opératoire doit parfois être mise en route.

## COMPLICATIONS

Une surinfection bactérienne peut compliquer la présence du corps étranger.



**Figure 4**  
Examen macroscopique per-opératoire de la bursite résséquée montrant la présence de corps étrangers



**Figure 3**  
Vue peropératoire d'une bursite olécranienne résistante au traitement conservateur.

## RÉFÉRENCES

- Sayegh ET, Strauch RJ. **Treatment of olecranon bursitis: a systematic review.** Arch Orthop Trauma Surg. 2014 Nov;134(11):1517-36. Epub 2014 Sep 19. Review.
- Baumbach SF, Lobo CM, Badyine I, Mutschler W, Kanz KG. **Prepatellar an olecranon bursitis: literature review and development of a treatment algorithm.** Arch Orthop Trauma Surg. 2014 Mar;134(3):359-70. Epub 2013 Dec 5. Review.
- Stannard, J. P., & Bucknell, A. L. (1993). **Rupture of the triceps tendon associated with steroid injections.** The American Journal of Sports Medicine, 21(3), 482–485.