

INFORMATIONS CLEFS

- La prise en charge d'une arthrite septique est une urgence. L'arthrite septique est grevée d'un pronostic lourd en termes de morbidité (perte de fonction articulaire 40 %) et de mortalité (11 %).
- Devant un tableau de gonflement ou douleur articulaire aigu, une arthrite septique doit être considérée.
- Le diagnostic est avant tout microbiologique. Pas d'antibiotique avant un prélèvement de liquide articulaire ! (Hémocultures et prélèvement du liquide articulaire avant toute antibiothérapie).
- Les circonstances cliniques peuvent indiquer le germe responsable.
- L'évacuation du matériel purulent doit être réalisée le plus rapidement possible et le plus efficacement possible par ponction itérative ou arthroscopie-lavage. Notre préférence va à l'arthroscopie-lavage pour toute articulation facilement accessible pour un chirurgien entraîné.
- En cas d'évolution défavorable après 7 jours de traitement, la synovectomie est la règle et doit être réalisée par un chirurgien entraîné, si possible par voie arthroscopique, ou à défaut, à ciel ouvert.

DÉFINITION

L'arthrite septique est une atteinte aiguë par des germes pyogènes d'une ou plusieurs articulations.

PATHOGÉNIE – HISTOIRE NATURELLE

L'arthrite septique résulte :

- d'une dissémination hémotogène à partir d'un foyer infectieux distant ou suite à l'usage de drogue par voie intraveineuse. La membrane synoviale est très vascularisée et constitue un réceptacle naturel des bactéries au cours de leur passage dans le sang.
- d'une inoculation directe après ponction articulaire ou par traumatisme préalable. Si la contamination bactérienne lors d'un traumatisme ouvert est aisément compréhensible, celle qui survient après un traumatisme fermé, l'est moins ; elle s'explique par l'hyperhémie secondaire au traumatisme, la lésion de structures protectrices de l'articulation, la présence d'un hématome, milieu favorable pour le développement microbien.
- d'un essaimage de voisinage à partir d'une infection des tissus mous (cellulite, bursite, ténosynovite infectieuse). La proximité de la capsule articulaire par rapport aux zones infectées justifie l'extension articulaire.
- par effraction articulaire d'un foyer d'ostéomyélite voisin. La fermeture de la plaque de croissance n'isole plus l'épiphyse de la métaphyse et permet l'essaimage de l'ostéomyélite vers l'articulation.

La réponse immunitaire intense (libération d'enzymes protéolytiques par les synoviocytes et les neutrophiles, sécrétion de cytokines (interleukine 1 ou IL-1) et de TNF (tumor necrosis factor)) associée à la sécrétion par les bactéries de collagénases et de protéases conduit rapidement à la destruction du cartilage articulaire en l'absence de traitement. La prééminence du staphylocoque doré dans ces infections s'expliquent par l'existence de souches susceptibles d'adhérer au

collagène et au cartilage articulaire, d'exprimer des polysaccharides qui inhibent la phagocytose ou la capacité des neutrophiles à détruire les bactéries, une fois phagocytées. Lorsque l'infection est liée à un streptocoque, le tableau clinique peut s'aggraver, alors même que le traitement serait efficace, en raison de la libération par les bactéries mortes des toxines qu'elles contiennent.

Les signes de souffrance articulaire apparaissent dès le deuxième jour, suivi par une diminution du taux de glycosaminoglycanes dès le 5ème jour (sécrétion inhibée par l'IL-1) et un amincissement et des fissurations du cartilage au 7ème jour. La synoviale s'hypertrophie autour du 11e jour et conduit progressivement à l'ankylose en 5 semaines.

L'affection peut atteindre n'importe qui, dans n'importe quelle tranche d'âge mais sera observée plus fréquemment lorsque le patient présente un des éléments cliniques décrits dans le tableau 1.

Tableau 1 - Facteur prédisposant

MALADIE CHRONIQUE SÉVÈRE	Diabète ; cancer ; insuffisance hépatique ou rénale ; alcool
IMMUNOSUPPRESSION	Traitement immunosuppresseur ; hypogammaglobulinémie ; virus de l'immunodéficience humaine
LÉSION ARTICULAIRE	Polyarthrite rhumatoïde ; arthrite microcristalline ; arthrose ; Implant articulaire ; traumatisme articulaire ; infiltration
INFECTION EXTRA-ARTICULAIRE	Endocardite ; infection urinaire ou pneumonie ; cellulite
LUPUS ERYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ	
PÉNÉTRATION INTRAVEINEUSE	Voie centrale ; toxicomanie intraveineuse

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'incidence des arthrites septiques est faible, de l'ordre de 2-5 cas/100.000 personnes/an. Ce taux s'élève à 28-38 pour une population souffrant de polyarthrite rhumatoïde et à 40-68 pour la population qui bénéficie d'une prothèse articulaire. La fréquence augmente chez les personnes âgées ainsi que la mortalité (0.7 % <60 ans ; 4,8 % entre 60-79 ans ; 9,5 % > 80 ans). L'endocardite bactérienne s'accompagne d'arthrites septiques dans 5 à 15 % des cas.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Le tableau clinique est principalement dépendant de l'âge du patient. Chez le nouveau-né, la présentation est celle d'une septicémie. L'enfant ne s'alimente plus, perd du poids et est irritable. Les signes inflammatoires locaux classiques sont absents. La localisation préférentielle est la hanche. Les germes le plus souvent incriminés sont les Staphylocoques dorés et les Streptocoques du groupe B, *Escherichia coli* plus rarement.

Chez les enfants entre 1 et 5 ans, la prévalence des arthrites à *Haemophilus influenzae* a sensiblement diminué avec l'instauration de la vaccination mais un autre agent est dès lors retrouvé dans cette tranche d'âge dans près de 50 % des arthrites : *Kingella kingae*.

Chez le grand enfant, les signes généraux (fièvre, tachycardie, frissons) sont souvent présents et accompagnés de signes locaux au niveau de l'articulation entre prise, comme la douleur et la rougeur. L'impotence fonctionnelle est souvent nette. Le staphylocoque doré est l'agent responsable dans plus de 50 % des cas.

Chez l'adulte, la présentation est davantage celle d'une douleur articulaire avec gonflement et une impotence variable, dépendant de l'importance de l'épanchement articulaire. La fièvre n'est présente que dans 30 à 64 % des cas. Toutes les articulations peuvent être atteintes mais l'arthrite septique touche, en ordre décroissant, préférentiellement, le genou, la hanche, l'épaule, le coude et la cheville. Dans un cinquième des cas (1/5), l'atteinte sera poly-articulaire. A côté du staphylocoque doré très fréquent, on sera particulièrement attentif aux infections encore plus fréquentes

à *Neisseria gonorrhoeae* chez le jeune adulte (15 à 50 ans) sexuellement actif. Certaines situations cliniques peuvent orienter spécifiquement vers un germe particulier.

Tableau 2

SITUATIONS CLINIQUES	MICROORGANISMES
Morsures humaines	<i>Eikenella corrodens</i> , <i>Fusobacterium nucleatum</i>
Chat ou chien	<i>Pasteurella multocida</i>
Rat	<i>Streptobacillus moniliformis</i>
Piqûre de tique	<i>Borrelia burgdorferi</i>
Toxicomanie IV	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , staphylocoque doré
Immunosuppression*	Bacilles gram négatif
Lésions cutanées multiples*	<i>Neisseria meningitidis</i> et <i>gonorrhoeae</i>
Femme (période menstruelle/ Grossesse)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Adulte jeune sexuellement actif*	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Postpartum et hypogammaglobulinémie	<i>Mycoplasma hominis</i>
Traumatisme en milieu marin	<i>Mycobacterium marinum</i>

* Ces situations cliniques exposent préférentiellement à ces germes mais n'excluent pas la possibilité d'autres germes.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les tests sanguins (Protéine C-réactive (CRP), leucocytes, vitesse de sédimentation) démontrent une élévation des valeurs mais ces anomalies ne sont pas spécifiques de l'arthrite septique et sont présentes dans bon nombre d'arthrites non infectieuses.

L'hémoculture sera positive dans 40 à 50 % des cas mais ce taux sera sensiblement plus bas dans les arthrites gonococciques (10 %). Si vous suspectez une infection par *Neisseria*, des cultures uréthrales, du rectum et du pharynx devront être obtenues et adressées au laboratoire en précisant le motif de la recherche,

la culture de *Neisseria gonorrhoeae* nécessitant un milieu spécifique et son isolement étant beaucoup plus efficace à partir de ses sites qu'à partir du sang ou du liquide synovial. Une PCR à la recherche de gonocoque peut être facilement réalisée également dans les urines.

L'analyse du liquide articulaire est essentielle pour le diagnostic et l'identification du germe responsable en culture. Le tableau 3 vous résume les observations sur le liquide articulaire et le diagnostic attendu.

Tableau 3

DIAGNOSTIC	Apparence du liquide	Viscosité	GB (n/mm ³)	PMNs	Gram	Culture	Cristaux
Arthrite septique	trouble, purulent	basse	>50.000	>90 %	Pos	Pos	Nég
Arthrite gonococcique	trouble	basse	10.000 à 50.000	>90 %	Pos	Pos	Nég
Sepsis sur prothèse	trouble, purulent	basse	>1700	>64 %	Pos	Pos	Nég
Arthrite réactive	trouble	basse	3000 à 50.000	>70 %	Nég	Nég	Nég
Goutte/ pseudogoutte	trouble	basse	3000 à 50.000	-	Nég	Nég	Pos
Arthrite rhumatoïde	trouble	basse	3000 à 50.000	>70 %	Nég	Nég	Nég
Arthrite virale	trouble	basse	3000 à 50.000	<30 %	Nég	Nég	Nég
	lympho						
Nécrose sous chondrale	trouble	basse	3000 à 50.000	>70 %	Nég	Nég	Nég
Arthrose	clair	haute	200-2000	<30 %	Nég	Nég	Nég

L'observation du liquide doit absolument être consignée dans le dossier.

Le dosage du glucose sur le liquide articulaire démontre un taux effondré, généralement inférieur à 40mg/dl ou moins de la moitié du glucose sanguin. Les lactates sont habituellement augmentés et une valeur supérieure à 10 mmoles/litre est étroitement corrélée avec le diagnostic d'arthrite septique. Le dosage de l'interleukine-6, s'il s'avère inférieur à 7000 pg/ml permet d'écarter ce diagnostic mais n'est pas actuellement réalisé en routine. Hors de ces valeurs seuils, ces deux paramètres ne sont cependant pas totalement spécifiques des arthrites septiques. Le dosage de la CRP dans le liquide synovial semble également offrir des arguments en faveur de l'arthrite septique si la valeur est supérieure à 5 mg/l. Si la présence de cristaux est indicative d'une arthrite microcristalline, elle n'exclut pas une arthrite septique concomitante et on sera donc prudent, particulièrement si le tableau aigu fait suite à une infiltration articulaire.

Le comptage des globules blancs est indicatif mais ne permet pas une décision définitive. Il n'est en effet pas rare d'avoir une arthrite septique avec peu de globules blancs, particulièrement si le patient est immunosupprimé ou neutropénique (traitement pour un cancer). Le pourcentage de polymorphonucléaires (PMN) est davantage indicatif. L'examen direct du liquide articulaire et le recours à la coloration de Gram n'est positif que dans 30 à 50 % des cas des arthrites infectieuses. La culture du liquide synovial est positive dans 85 à 95 % des cas des arthrites septiques non gonococciques et dans seulement 25 % des cas d'arthrites gonococciques. La culture doit être réalisée en flacon d'hémoculture (Bactec), éventuellement pédiatrique si le volume de liquide est faible (Tableau 4). L'envoi parallèlement d'un pot contenant du liquide stérile pour la microbiologie standard reste justifié même si le taux de cultures positives n'atteint que 50 % avec cette méthode. Ce résultat peut certainement être amélioré si l'échantillon est porté rapidement au laboratoire en ensemencé dans un délai de moins de 4h00. Il permet de confirmer le résultat obtenu en flacon d'hémoculture, méthode qui pourrait être entachée de résultats faussement positifs dans 8 % des cas. Il offre aussi la possibilité au microbiologiste de tester des milieux spécifiques, nécessaires à l'identification de certaines souches bactériennes.

La recherche d'ADN bactérien par biologie moléculaire peut être réalisée. Cette méthode expérimentale n'est pas influencée négativement par l'administration

préalable d'antibiotiques et permettrait dans cette situation particulière l'identification du germe responsable là où la culture resterait inhibée par l'antibiothérapie préalable. Le prélèvement de 1 cc de liquide dans un pot stérile est suffisant. L'échantillon doit être conservé congelé si l'analyse n'était pas réalisée immédiatement. Cette méthode est coûteuse et très (trop) sensible et doit rester réservée en deuxième intention, lorsque l'identification par culture échoue ou pour la recherche de germes particuliers dont la culture est longue et fastidieuse (mycobactéries par exemple).

Tableau 4

1.a	> 14 cc	culture en flacon d'hémoculture (bactec) aérobie/anaérobie (7 à 10 cc/flacon)	
1.b	< 3 cc	culture en flacon d'hémoculture pédiatrique (1 à 3 cc/flacon)	
2.	1-5 cc ou +	pot microbiologie standard	examen direct et coloration de gram délai d'ensemencement le plus court (<4h00)
3.	5 cc ou +	pot stérile/analyse du liquide	numération GB % PMN glucose, lactate, CRP articulaire ; interleukine 6 Cristaux
4.	> 1 cc	pot stérile pour PCR	conservation au congélateur en attente examen

L'imagerie radiologique standard est de faible appoint car très en retard sur la clinique. Elle met en général en évidence l'épanchement articulaire. Elle permet d'apprécier les anomalies osseuses et articulaires préexistantes, particulièrement lorsqu'un implant est présent, un foyer d'ostéomyélite ou d'ostéonécrose, pouvant rendre compte d'une prise en charge différente, incluant l'anomalie osseuse

et l'état de l'implant prothétique éventuel.

L'échographie est particulièrement utile chez l'enfant pour détecter la présence de liquide intra-articulaire et guider la ponction et le drainage articulaire. L'arthroscanner constitue l'autre mode régulier d'obtention de liquide d'aspiration et de mise en place de drains. Cet examen permet en outre d'apprécier l'atteinte cartilagineuse, la présence d'érosions osseuses ou de séquestres, d'évaluer les contours d'un implant articulaire ou les communications avec des collections de voisinage. Il est particulièrement utile pour les articulations de hanche, sacro-iliaque et sterno-claviculaire, difficiles à explorer autrement. L'apport de l'imagerie dans le diagnostic des infections d'implant sera abordé dans le chapitre consacré à cette problématique particulière.

La résonance magnétique est plus performante que le scanner aux temps précoces, dans l'évaluation des atteintes associées des tissus mous ou la recherche d'un oedème de voisinage. Elle ne permet cependant pas d'obtenir le prélèvement et les anomalies observées ne sont souvent pas spécifiques de l'arthrite septique et peuvent être présentes dans d'autres arthropathies inflammatoires.

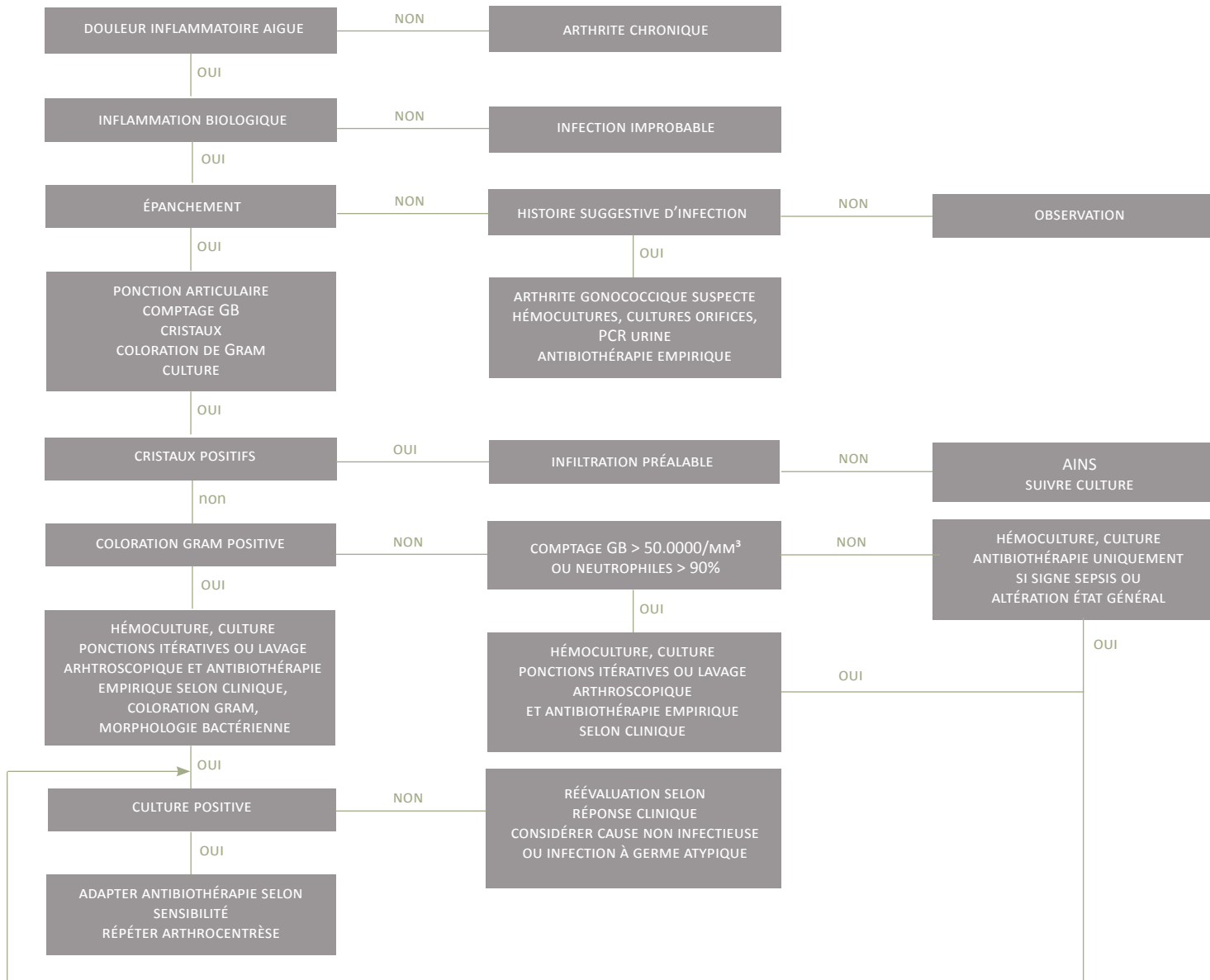
La scintigraphie aux globules blancs marqués et la scintigraphie au technétium n'ont de place que dans les cas complexes, avec plusieurs localisations potentielles, pour déterminer les foyers qui nécessiteraient une exploration.

La recherche d'une endocardite par échographie cardiaque doit être réalisée en cas de toxicomanie ou en l'absence de porte d'entrée évidente.

Tableau 5 - Diagnostic différentiel

<p>ARTHRITES MÉTABOLIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Goutte - Chondrocalcinose - Rhumatisme apatite - Hémochromatose - Maladie de Wilson <p>ARTHRITE RÉACTIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Reiter - Post dysenteriee <p>ARTHRITES VIRALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hépatite A,B,C - Rubéole, parvovirus - HIV <p>ARTHRITE POST-INFECTIEUSE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rhumatisme articulaire aigu post-streptococcique <p>MONOARTHRITE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémarthrose - Neuro-arthropathie - Dérangement mécanique 	<p>ARTHRITES RHUMATISMALES INFLAMMATOIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polyarthrite rhumatoïde - Arthrite juvénile - Spondylarthropathies : <ul style="list-style-type: none"> - ankylosante - psoriasique - formes associées aux entéropathies (Crohn, Rectocolite ulcéro-hémorragique) <p>MALADIES AUTO-IMMUNES SYSTÉMIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Gougerot-Sjögren - Lupus - Sclérodemie - Myosite - Sarcoïdose <p>VASCULARITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladie de Horton - Maladie de Wegener - Maladie de Behçet - Périartérite noueuse - Purpura rhumatoïde
---	--

Tableau 6 - Algorithme pour la prise en charge d'une mono-arthrite



PRINCIPES DE TRAITEMENT

Il s'agit d'une vraie urgence. La prise en charge doit se faire aussi rapidement que possible en raison des destructions articulaires secondaires à l'infection et à la réaction immunitaire. L'antibiothérapie doit être mise en place dès que les prélèvements profonds ont été réalisés.

Au stade précoce, lorsque l'épanchement et les signes locaux sont modérés, l'association de la ponction évacuatrice à l'antibiothérapie est suffisante.

Lorsque les signes cliniques sont marqués avec retentissement local et général, nous recommandons le lavage chirurgical, idéalement par voie arthroscopique, ou à défaut, par voie chirurgicale. La ponction articulaire ne permet pas dans ces conditions une évacuation suffisamment effective du matériel purulent et mène à un trop grand nombre de chirurgie différée avec un résultat fonctionnel péjoré. Seules les articulations peu mobiles, pour lesquelles le geste chirurgical accroîtrait la destruction et la déstabilisation, seront traitées médicalement et par ponction aspiration.

TRAITEMENT

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Le traitement antibiotique devra être débuté rapidement, avant de disposer des cultures. En l'absence d'une indication clinique claire plaidant pour un germe spécifique, une antibiothérapie empirique sera mise en place couvrant habituellement le staphylocoque doré par flucloxacilline à raison de 2g, 4x/jour en intraveineux, associée à la ciprofloxacine 500 2x1 co/jour par la bouche. L'association permet d'assurer également la couverture contre des des bactéries gram négatives. Dès réception des cultures, l'antibiothérapie doit être adaptée au profil du germe identifié et de l'antibiogramme. L'antibiothérapie doit être poursuivie pour une période minimale de 3 semaines. Un relais oral est envisageable précocement si les conditions suivantes sont réunies :

- réponse clinique et biologique (patient afebrile avec tableau clinique local fa-

vorable, en l'absence d'écoulement ; CRP sous 10 mg/l, en diminution régulière) ;

- absence de bactériémie ou traitement de celle-ci sans récurrence depuis 15 jours ;
- sensibilité démontrée du microorganisme à une antibiothérapie orale ;
- molécule antibiotique orale présentant une biodisponibilité tissulaire élevée par voie orale. Les molécules suivantes répondent à cette exigence : quinolones, clindamycine, cotrimoxazole, doxycycline, rifampicine, linezolid. A noter que la rifampicine doit être prescrite en association d'une autre molécule en raison du développement rapide de résistances.

Le tableau 7 reprend les traitements recommandés selon les présentations cliniques. Ces données sont communiquées à titre informatif et ne dispensent pas de consulter le spécialiste en maladies infectieuses. Il faut être attentif aux possibles intolérances et allergies.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical vise à décompresser l'articulation et à évacuer les éléments inflammatoires susceptibles d'aggraver le pronostic articulaire.

Précocement, le lavage avec du sérum physiologique est suffisant. 3 à 9 litres doivent être passés. Le recours à un lavage sous pression est plus efficace que le seringage si le lavage est réalisé alors que les signes cliniques sont avérés. Nous ne recommandons pas le lavage continu, que nous considérons comme une source de contamination secondaire par des germes résistants à l'antibiothérapie mise en place. De même, il n'y a pas lieu d'ajouter un antibiotique à la solution de lavage. Le temps de contact est insuffisant pour permettre à l'antibiotique d'être actif et des synovites réactionnelles ont été rapportées. Le risque d'induire une résistance est également présent. La pénétration, au sein de la synoviale bien vascularisée, des antibiotiques délivrés par voie veineuse est incontestable. Dans de rares cas, dans les situations plus complexes, préférentiellement en présence d'un implant articulaire qui ne pourrait être changé, l'ajout d'un antiseptique à la solution de lavage peut être envisagé. L'efficacité de l'antiseptique sera dépendante du temps de contact, de l'activité de celui-ci (souvent réduite) en présence de sang, et en ne perdant pas de vue la toxicité démontrée de ces antiseptiques

Tableau 7

CLINIQUE	MICROORGANISMES	ANTIBIOTHÉRAPIE INITIALE	RELAIS (À CONFIRMER SELON SENSIBILITÉ À L'ANTIBIOGRAMME)
PÉDIATRIE	Staphylocoque doré	Flucloxacilline 150 à 200 mg/kg/j en 4 prises	Clindamycine 40mg/kg/J en 3 prises PO ou cotrimoxazole 40-60 mg/kg/j en 3 prises
	Kingella Kingae	Amoxicilline 150 mg/kg/j en 4 prises	Amoxicilline 150 mg/kg/j en 3-4 prises
	Streptococcus species	Amoxicilline 150-200 mg/kg/j en 4 prises	Amoxicilline 150 mg/kg/j en 3-4 prises
ADULTE	Staph doré méthicilline sensible	Flucloxacilline 4x2 gIV +ciprofloxacine 2x500 mg PO	Moxifloxacine 400 mg 1x PO et clindamycine 300 mg 3x2 co/j PO
ADULTE	Staph aureus méthicilline résistant	Vancomycine 2x1 g/j ; monitoring 3ième dose ; vallée entre 15 et 20	Linezolid 600 mg 2x1 co/j PO
ARTHRITE/ CELLULITE	Streptocoque	Ampicilline sodique 4x2 g/JIV+ciprofloxacine 3x500 PO	Clindamycine 300 mg 3x2co/j et ofloxacine 400 mg 2x1co/j PO
ARTHRITE/ URINAIRE	Eschericcia coli	Cefazoline 3x1 g/j	Ciprofloxacine 50 0mg 2x1co/j PO
MORSURES - ENFANT - ADULTE	Ekinella corrodens, Pasteurella multocida		
		Amoxicilline 30-40 mg/kg/j et acide clavulanique 7.5 à 10 mg/kg/j en 3x	Amoxicilline 30-40 mg/kg/j et acide clavulanique 7.5 à 10 mg/kg/j en 3x
		Amoxicilline 6 g/j et acide clavulanique 600 mg/j en 3 prises	Amoxicilline 2 .625 g/j et acide clavulanique 375 mg/j en 3 prises
RAT	Streptobacillus moniliformis	Amoxicilline 150-200 mg/kg/j en 4 prises	Amoxicilline 150 mg/kg/j en 3-4 prises
PIQÛRE DE TIQUE - ENFANT - ADULTE	Borrelia burgdorferi	Ceftriaxone 75-100 mg/kg/j	Doxycycline 100 mg 1cox2/j
		Ceftriaxone 2g/24h00	Doxycycline 100 mg 1cox2/j
TOXICOMANIE IV	Pseudomonas aeruginosa	Ceftazidim 3x1.5g/j IV	Ciprofloxacine 500 mg 3x1co/j PO
	Bacilles gram négatif	Ceftazidim 3x1.5g/j IV	Ciprofloxacine 500 mg 3x1co/j PO
GONOCOCCÉMIE	Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxone 2g/24h00	Levofloxacine 500 mg 1cox1/j PO (si sensible)
TRAUMATISME MARIN	Mycobacterium marinum	Ethambutol15-25 mg/kg/j en 1x, rifampicine 300 3x1co/j, doxycycline 100 mg 2x1co/j, co-trimoxazole 800 mg 2x1co/j	

pour le cartilage articulaire.

Si la prise en charge est plus tardive, une synovectomie doit être envisagée afin de s'assurer de l'évacuation complète des microorganismes et prévenir les adhérences et l'ankylose secondaire. Ce geste sera également envisagé en cas d'évolution défavorable après un premier lavage et une antibiothérapie bien conduite.

Le traitement chirurgical doit également permettre la prise en charge des lésions osseuses associées (ostéonécrose agissant comme séquestre et favorisant la récurrence, foyer d'ostéomyélite) ou de l'atteinte d'un implant articulaire (changement des pièces mobiles). En cas d'arthrose avérée, il peut être considéré de réaliser 3 temps chirurgicaux : après le lavage arthroscopique décompressif en urgence, un deuxième temps chirurgical réalise la résection des surfaces cartilagineuses détruites au cours de la deuxième semaine avec mise en place d'un espaceur temporaire, permettant enfin à 6 semaines l'implantation d'une arthroplastie totale définitive.

REPOS/RÉÉDUCATION

Pendant la phase aigue, l'articulation sera mise au repos, en décharge avec une mobilisation passive douce. On sera particulièrement attentif à ce que l'articulation, si elle s'ankylose, le fasse dans une position autorisant la fonction (hanche en rotation neutre, genou en extension, coude en flexion à 90° avec avant-bras en rotation neutre). Après la phase aigue, la kinésithérapie doit être intensive pour permettre la récupération fonctionnelle optimale.

RÉFÉRENCES

1. JL Esterhai, V Ruggiero. **Adult septic arthritis**. Section 5, Chapter 28, p 409-420, in Musculoskeletal Infection, Eds JL Esterhai, AG Gristina, R Poss, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1992.
2. W. Gardner. **Septic arthritis**. Chapter 31, p 581-598, in Infectious diseases, Eds JS Tan, TM File, RA Salata, MJ Tan, American College of Physicians, second edition, 2008, ISBN 978-12-930513-85-3.

3. L Belkhir, T Schubert, N Devisscher, O Cornu, B Vandercam, JC Yombi. **Arthrite septique : état de la question**. Louvain Médical 2008 ; 128(2):59-68.
4. M Garcia-Arias, A Balsa, E Martin Mola. **Septic arthritis**. Best practice & research clinical rheumatology 2011 ; 25:407-421.
5. Lenski M, Scherer MA. **The significance of interleukin-6 and lactate in the synovial fluid for diagnosing native septic arthritis**. Acta Orthop Belg. 2014 ; 80:18-25.