

Fait clinique

Une forme particulière d'arthrite septique : l'arthrite septique inter-apophysaire postérieure[☆]

A particular form of septic arthritis: Septic arthritis of facet joint

Christine Michel-Batôt^{a,*}, Hervé Dintinger^a, Alain Blum^b, Pierre Olivier^c,
Fyriel Laborde^a, Isabelle Bettembourg-Brault^a, Jacques Poure^a,
Damien Loeuille^a, Isabelle Chary-Valckenaere^a

^a Service de rhumatologie, hôpital d'adultes de Brabois, CHU de Nancy, avenue de Bourgogne, 54511 Vandœuvre Nancy, France

^b Service de radiologie Guilloz, hôpital Central, CHU de Nancy, 29, avenue du Maréchal de Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

^c Service de médecine nucléaire, hôpital d'adultes de Brabois, CHU de Nancy, avenue de Bourgogne, 54511 Vandœuvre Nancy, France

Reçu le 27 janvier 2006 ; accepté le 7 février 2007

Disponible sur Internet le 6 septembre 2007

Résumé

L'arthrite septique des articulations inter-apophysaires postérieures est rarement décrite dans la littérature, puisque seule une quarantaine de cas sont rapportés à ce jour. Cependant, nous présentons six nouvelles observations, dont deux localisations inhabituelles au rachis cervical. Les patients présentaient douleurs et raideur rachidiennes, fièvre et asthénie. Le premier diagnostic évoqué était une spondylodiscite, compte tenu de sa fréquence plus élevée. Cinq hommes et une femme, âgés en moyenne de 61,5 ans ont été affectés. Parmi les facteurs de risque classiquement décrits, seul un diabète non insulino-dépendant a été retrouvé chez un patient. Les marqueurs biologiques de l'inflammation étaient constamment élevés. Le diagnostic est fait avec retard (42 jours) et le bilan radiographique initial est peu contributif. La scintigraphie osseuse permet de localiser l'atteinte septique et de détecter d'autres localisations. L'IRM confirme le diagnostic précocement et recherche des complications locales (pyomyosite, épidurite et spondylodiscite). L'atteinte L3-L4 est la plus fréquente ($n = 3$), suivi de C4-C5 ($n = 2$) et L4-L5 ($n = 1$). Dans un cas, il s'agissait d'une contamination directe à la suite d'un traitement par mésothérapie. Les hémocultures et ponction-biopsies ont permis d'identifier l'agent pathogène dans tous les cas (*Staphylococcus aureus* dans 50 %). La sévérité de cette pathologie réside dans ses possibles complications locales et systémiques, observées chez quatre de nos patients : spondylodiscite, épidurite, endocardite et arthrite septique de l'articulation acromioclaviculaire. Hormis le décès d'un patient par défaillance multiviscérale, tous les patients se sont améliorés progressivement sous traitement antibiotique et décharge pendant trois mois.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Arthrite septique ; Articulation inter-apophysaire postérieure ; Endocardite ; Épidurite

Keywords: Septic arthritis; Facet joint; Endocarditis; Epidural abscess

1. Introduction

L'atteinte septique de l'articulation inter-apophysaire postérieure (AIAP) est une entité rare puisque seule une quarantaine d'observations ont été publiées jusqu'alors [1]. Nous en rapportons six nouveaux cas, dont deux atteintes cervicales qui

constituent les deuxième et troisième observations rapportées dans la littérature pour cette localisation. Notre objectif est de rappeler les caractéristiques de cette affection en insistant sur la nécessité d'évoquer ce diagnostic devant un syndrome rachidien fébrile afin de guider rapidement, et de façon pertinente, les explorations complémentaires.

2. Observations

Nous décrivons six observations d'arthrite septique des articulations inter-apophysaires postérieures (ASAIAP) dont les

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais sa référence anglaise dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christine.batot@chu-nancy.fr (C. Michel-Batôt).

principales caractéristiques sont mentionnées dans le Tableau 1, colligées dans notre service de rhumatologie entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2004.

Il s'agit de cinq hommes et une femme, âgés de 50 à 76 ans (l'âge moyen est de 61,5 ans, quatre atteintes lombaires et deux atteintes cervicales). Parmi les facteurs favorisants de développement de sepsis, on peut retenir une exogénose ancienne chez le troisième patient et un diabète de type 2 chez le quatrième patient. Au rachis lombaire, l'étage concerné est L3-L4 dans trois cas et L4-L5 dans le dernier cas. L'étage cervical touché est C4-C5 dans les deux cas, avec une atteinte supplémentaire de C3-C4 dans la troisième observation. Le côté gauche est touché quatre fois sur cinq et un patient présente une atteinte bilatérale.

Le délai diagnostique varie de 21 à 90 jours avec une moyenne de 42,7 jours. La présentation clinique initiale est, dans tous les cas, un syndrome rachidien fébrile avec altération de l'état général et impotence fonctionnelle, le rachis s'avérant très peu mobilisable, que ce soit au niveau lombaire ou cervical. La porte d'entrée n'est retrouvée que dans trois cas sur six : origine cutanée suite à un acte de mésothérapie, origine hématogène à partir d'un foyer septique à distance (digestif dans un cas et dentaire dans le dernier cas). Afin de mettre en évidence les germes, nous avons eu recours aux hémocultures de manière systématique et celles-ci sont revenues positives dans trois cas seulement (n^{os} 1, 4 et 5). Nous avons réalisé une ponction scanoguidée des articulaires postérieures dans deux cas, suivie, chez le patient n^o 6, d'une biopsie chirurgicale. Un prélèvement chirurgical peropératoire a été effectué d'emblée pour le dernier patient (cas n^o 3) devant l'apparition d'un tableau de tétraparésie. Ces prélèvements locaux ont permis d'identifier le germe dans tous les cas.

Le syndrome inflammatoire biologique est toujours présent ; la protéine C-réactive varie de 6 à 100 mg/l, avec une moyenne de 53 mg/l, et la vitesse de sédimentation à la première heure de 33 à 127 mm, avec une moyenne de 84 mm. Une polynucléose neutrophile n'est retrouvée que dans l'observation n^o 1 à 13 000/mm³.

Tous les patients ont bénéficié d'un bilan radiographique standard jugé normal chez cinq d'entre eux. Seuls les clichés réalisés 21 jours après le début de la symptomatologie douloureuse chez le patient n^o 5 ont révélé une asymétrie des interlignes interapophysaires postérieures à l'étage L4-L5 avec un élargissement et un aspect flou des berges de l'articulation à gauche (Fig. 1). Dans tous les cas, la scintigraphie osseuse a permis de localiser, de façon précise, l'atteinte septique sous forme d'un foyer d'hyperfixation, oblique et latéralisé par rapport au rachis, plus net sur les clichés réalisés en face postérieure correspondant à l'articulaire postérieure (Figs. 1–3). Elle a permis également de montrer d'autres foyers septiques ostéoarticulaires à distance dans deux cas (Figs. 2 et 3) non suspectés cliniquement. Le scanner, quant à lui, a confirmé la destruction de l'interligne articulaire qui apparaît élargie, avec des berges érodées et une infiltration des parties molles dans trois cas sur quatre, mieux visible après injection de produit de contraste (Fig. 3). L'IRM a pu être réalisée chez cinq patients, retrouvant une destruction articulaire, un épanchement articulaire, une synovite et une infiltration des masses musculaires adjacentes dont le signal

Tableau 1
Caractéristiques cliniques, biologiques, bactériologiques et iconographiques des six observations

Observation	n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6
Âge (ans)	50	55	76	69	56	63
Sexe	F	M	M	M	M	M
Localisation	L3-L4 D	C4-C5 G	C3-C4 et C4-C5 D et G	L3-L4 G	L4-L5 G	L3-L4 G
Délai diagnostique (jours)	21	60	100	30	21	24
Température (°C)	38	37	37,4	39,4	38,5	37,3
CRP (mg/l)	167	6	49	62	32	100
VS (mm à la 1 ^{re} heure)	105	33	127	105	33	120
PNN (cellules/mm ³)	13 000	5445	5800	10 700	Non retrouvée	8100
Porte d'entrée	Cutanée	Non retrouvée	Non retrouvée	Dentaire	Digestive	Non retrouvée
Mode de dissémination	Inoculation directe	Non retrouvée	Non retrouvée	Hématogène	Hématogène	Non retrouvée
Germes	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus viridans</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
Imagerie utilisée	Radiographie, SO, IRM	Radiographie, scanner, SO, IRM	Radiographie, SO, IRM	Radiographie, SO, scanner	Radiographie, SO, scanner, IRM	Radiographie, SO, scanner, IRM
Identification du germe	Hémocultures	Ponction scanoguidée	Biopsie chirurgicale	Hémocultures	Hémocultures	Ponction scanoguidée puis biopsie chirurgicale
Complications	Spondylodiscite C6-C7	Arthrite acromioclaviculaire G	Pyomyosite, épidurite, compression médullaire	Endocardite	0	0

F : femme ; H : homme ; CRP : protéine C-réactive ; VS : vitesse de sédimentation ; PNN : polynucléaires neutrophiles ; SO : scintigraphie osseuse ; IRM : imagerie par résonance magnétique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388579>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388579>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)