Disponible en ligne sur ScienceDirect
www.sciencedirect.com
Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com
Médecine et maladies infectieuses 40 (2010) 544–547

Cas clinique

Ostéoarthrite de la hanche dans les suites d'une angine à *Fusobacterium necrophorum*

Septic osteomyelitis of the hip after Fusobacterium necrophorum pharyngitis

M. Bailles [a,*], A.-M. Freydière [b], D. Floret [a,c]

[a] *Service de réanimation pédiatrique, hôpital Femme-Mère-Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France*
[b] *Laboratoire de microbiologie pôle Est, hôpital Femme-Mère-Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France*
[c] *Université de Lyon, Lyon, France*

Reçu le 15 mars 2009 ; accepté le 28 août 2009
Disponible sur Internet le 2 décembre 2009

Résumé

Observation. – Nous rapportons un cas de syndrome de Lemierre, atypique de par une localisation ostéoarticulaire préférentielle dont l'évolution s'est faite en deux temps, en dépit d'une antibiothérapie adaptée et d'un drainage chirurgical. Les prélèvements ostéoarticulaires étaient stériles mais la PCR a révélé la présence de *Fusobacterium*.

Conclusion. – Le syndrome de Lemierre peut prendre différents aspects cliniques du fait de l'hétérogénéité des localisations septiques secondaires. Cela doit inciter à la vigilance devant toute infection ORL d'allure banale évoluant mal cliniquement sous antibiothérapie probabiliste. La PCR est devenue un outil de diagnostic très intéressant dans les infections ostéoarticulaires quand les cultures ne suffisent pas.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : *Fusobacterium necrophorum* ; Ostéoarthrite ; Syndrome de Lemierre ; PCR

Abstract

Case report. – We report the case of a patient presenting with Lemierre's syndrome with an initial atypical presentation due to a predominant hip localization. Despite the adapted antibiotic treatment and surgical drainage, the patient relapsed. The bone and joint biopsy samples were sterile but the presence of the *Fusobacterium necrophorum* was demonstrated by PCR.

Conclusion. – Lemierre's syndrome may have different clinical presentations, due to the localizations of septic emboli. Careful attention should be paid to common ENT infections with an unfavorable evolution despite antibiotics. PCR has become a very interesting tool to document bone and joints bacterial infections when cultures are negative.
© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: *Fusobacterium necrophorum*; Osteoarthritis; Lemierre's syndrome; PCR

1. Introduction

Le syndrome de Lemierre est défini par une septicémie à *Fusobacterium* (ou nécrobacillose) associée à des métastases septiques emboliques à partir d'une thrombose veineuse jugulaire, apparaissant dans les suites d'une infection ORL.

Il a été décrit pour la première fois en 1936 par Lemierre. Actuellement, le pronostic de cette affection est bon sous antibiothérapie adaptée si le diagnostic est précoce. Cependant, ce syndrome reste peu connu en médecine courante et complique une infection ORL initialement banale.

2. Cas clinique

Mlle AD âgée de 13 ans consultait aux urgences pour une pharyngite hyperalgique hyperthermique évoluant depuis une semaine. Des polyarthralgies des membres inférieurs étaient apparues depuis quatre jours.

Ce tableau avait motivé la prescription de roxithromycine (100 mg/j) et de prednisolone (1 mg/kg par jour) depuis une semaine.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : mariebaills@yahoo.fr (M. Baills).

0399-077X/$ – see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.medmal.2009.08.024

L'examen clinique à l'admission retrouvait une pharyngite avec une angine érythématopultacée accompagnée d'adénopathies cervicales. Il existait une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, des arthralgies des deux hanches, du genou et de la cheville gauche sans inflammation ni épanchement. L'auscultation cardiaque et pulmonaire était normale.

La patiente présentait également des signes de mauvaise tolérance hémodynamique (marbrures) et des signes septiques (frissons).

Le bilan biologique initial retrouvait un syndrome inflammatoire : 19 130 leucocytes par millimètre cube dont 15 110 neutrophiles par millimètre cube, thrombopénie à 34 000 par millimètre cube, CRP 208 mg/l, orosomucoïde 2,77 g/l, ferritinémie 819 ng/ml, fibrinogène 8,7 g/l.

Le myélogramme éliminait une hémopathie maligne.

Le traitement probabiliste à j1 associait ceftriaxone 50 mg/kg par jour et amikacine 15 mg/kg par jour en intraveineux.

À j1, l'échographie articulaire des membres inférieurs montrait des épaississements synoviaux et des épanchements intra-articulaire échogènes d'allure inflammatoire des deux hanches et du genou gauche.

L'échographie cervicale éliminait un adénophlegmon. Les veines jugulaires étaient perméables.

À j3, l'échographie de la hanche gauche montrait un décollement sous-périosté trochantérien et une infiltration des parties molles adjacentes.

À j4, une hémoculture anaérobie poussait à bacille à gram négatif motivant le remplacement de l'antibiothérapie par une association imipénème (30 mg/kg par jour) et métronidazole (30 mg/kg par jour) en intraveineux.

À j6, le germe de l'hémoculture était identifié comme étant un *Fusobacterium necrophorum* multisensible.

L'antibiothérapie était modifiée par amoxicilline (150 mg/kg par jour en quatre injections) et métronidazole (30 mg/kg par jour en deux injections) en intraveineux.

On évoquait un syndrome de Lemierre et un traitement anticoagulant prophylactique par héparine de bas poids moléculaire était instauré.

Les échographies cervicales successives éliminaient une thrombose des veines jugulaires. L'enfant ne développait aucun symptôme respiratoire et les radiographies pulmonaires restaient normales.

L'IRM du bassin à j7 montrait des signes d'ostéomyélite du col fémoral gauche avec de multiples microabcès, des lésions de myosite et de fasciite ainsi qu'un épanchement intra-articulaire modéré (Fig. 1). La scintigraphie osseuse confirmait l'atteinte isolée de la hanche gauche.

La première intervention à j8 comportait un drainage intraosseux du col fémoral permettant d'évacuer 60 ml de pus stérile et une ponction articulaire de la hanche ramenant un liquide réactionnel stérile. La recherche d'ADN ribosomal 16 s par *polymerase chain reaction* (PCR) suivie d'un séquençage mettait en évidence le génome de *F. necrophorum* sur les prélèvements intraosseux trochantériens, mais pas dans le liquide intra-articulaire.

Fig. 1. IRM en coupe coronale du fémur gauche, séquence T2 fast, retrouvant des microabcès du col fémoral, avec un aspect de fasciite et myosite en regard. *Left femu coronal section MRI, T2 fast sequence, with microabcesses of the femoral neck, with fasciitis and myositis.*

Dès j9, la situation clinique et biologique s'améliorait, avec apyrexie et diminution de la CRP jusqu'à j29 où la patiente s'aggravait.

L'IRM et l'échographie montraient une augmentation de l'épanchement intra-articulaire et une communication entre la partie antérieure du col fémoral et la cavité articulaire.

Une arthrotomie de hanche avec drainage était effectuée à j30. Le liquide articulaire prélevé restait stérile, mais la recherche d'ADN par PCR mettait en évidence le génome de *F. necrophorum*.

À j40, on constatait une nécrose du col fémoral.

Au total, l'antibiothérapie en intraveineux a comporté six semaines d'amoxicilline (150 mg/kg par jour en quatre fois) associé à quatre semaines de métronidazole (30 mg/kg par jour en deux fois) puis deux semaines de rifampicine (30 mg/kg par jour en deux fois). Un relais per os a été pris par amoxicilline (100 mg/kg par jour en trois fois) et rifampicine (30 mg/kg par jour en deux fois) pour six semaines supplémentaires.

À six mois d'évolution, il existait de lourdes séquelles fonctionnelles.

3. Discussion

3.1. Le syndrome de Lemierre

Le syndrome de Lemierre a été le plus souvent décrit chez des sujets jeunes (16 à 25 ans), sans antécédent, notamment sans immunodéficience [1,2]. Sa fréquence serait d'un cas par million d'habitant et par an.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3413289

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3413289

Daneshyari.com