

ARTHRITE, ARTICULATION NATIVE: INFECTION AIGUE, SEPTIQUE, HEMATOGENE, MONO-ARTICULAIRE

• Aspects cliniques et commentaires

- En général, présentation aigüe avec articulation gonflée et douloureuse.
- Morbidité considérable: jusque 50% des patients auront une fonction ou mobilité articulaire diminuée après l'infection.
- Chez les patients > 40 ans, le diagnostic différentiel inclut aussi la borréliose de Lyme, la goutte et la chondrocalcinose [(pseudo-goutte) présence de cristaux dans le liquide synovial].
- Maladie sexuellement transmise (gonorrhée) à considérer chez les patients à risque. Screening pour autres MST indiqué.
- Présence de globules blancs (surtout neutrophiles) dans le liquide synovial.
 - Si > 100.000 globules blancs/mm³: spécificité de 98%.
 - Si > 50.000 globules blancs/mm³: spécificité de 92%.
- Si les résultats de l'hémoculture et la culture du liquide synovial sont négatifs, l'infection doit être traitée comme une arthrite septique si le nombre de globules blancs dans le liquide synovial est > 100.000 /mm³. Si, dans ce cas, une amélioration clinique et biologique est obtenue rapidement, le traitement empirique doit être poursuivi.
- Suivi étroit impératif [clinique et biologique (CRP)].

• Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.
- Streptocoques.
- *Salmonella* spp. (pathogène le plus important chez le patient immunodéprimé et en cas d'hémoglobinopathie).
- Autres entérobactéries (plus fréquentes chez les patients avec arthrite rhumatoïde).
- *Neisseria gonorrhoeae*.
- *Neisseria meningitidis*.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Résultats de la coloration Gram indisponibles ou non concluants.
 - Patients sans facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
 - ▲ Flucloxacilline ± ceftriaxone.
 - ▲ Oxacilline ± ceftriaxone.
 - Patients avec facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
 - ▲ Vancomycine ± céfépime.
 - ▲ Vancomycine ± ceftazidime.
 - Ceftriaxone, céfépime ou ceftazidime à ajouter en cas d'immunodépression ou d'hémoglobinopathie.
 - Résultats de la coloration Gram disponibles et concluants.
 - Résultats suggestifs d'infection à staphylocoques.
 - ▲ Patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA.
 - △ Flucloxacilline.
 - △ Oxacilline.
 - ▲ Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA: vancomycine.
 - Résultats suggestifs d'infection à streptocoques: pénicilline G.
 - Résultats suggestifs d'infection à bacilles à Gram-négatif.
 - ▲ Patients sans facteurs de risque d'infection à pathogènes résistants: ceftriaxone.
 - ▲ Patients avec facteurs de risque d'infection à pathogènes résistants.
 - △ Céfépime.
 - △ Ceftazidime.
- Posologies standard.
 - Céfépime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - Ceftriaxone: 2 g iv q12h.
 - Flucloxacilline: 2 g iv q4h.
 - Oxacilline: 2 g iv q4h.
 - Pénicilline G: 3 à 6 millions d'unités internationales iv q4h.
 - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 µg/ml soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 µg/ml.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
 - Au moins 21 jours (7 à 10 jours en cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*).

- Jusque 42 jours en cas:
 - d'évolution lente de l'état clinique et des marqueurs biologiques.
 - d'immunosuppression.
 - de drainage inadéquat.

Traitement séquentiel par voie orale (après 7 à 10 jours de traitement par voie intraveineuse) à considérer en cas d'amélioration clinique et biologique rapide.