

# Recommandations société française de rhumatologie arthrites septiques sur articulation native de l'adulte \*

pascal coquerelle UF rhumatologie  
CH Béthune CH Lens

- garanti quasi sans EVB ...
- A compléter par: Arthrites septiques sur articulation native de l'adulte:  
[Rev Rhum 2020;87:428-38](#)

Principe A) Urgence diagnostique

# Principe B) s'efforcer de documenter microbiologiquement

- Classiquement 20 % de non identifiés (moins dans PEGASE ) .
- 1/3 d' ED positifs .

C) prise en charge dès la phase  
initiale par une équipe  
médicochirurgicale ayant  
l'expérience de la pathologie

<sup>1</sup> 1) à évoquer devant toute  
monoarthrite fébrile ou pas

- Oligo ou polyarticulaire parfois

<sup>1</sup> 1) à évoquer devant toute  
monoarthrite fébrile ou pas

- Oligo ou polyarticulaire parfois

2)suspicion : calcul du quick SOFA

# 3)ponction articulaire avant toute ATBie

- Sauf si urgence .
- Flacons à hémoculture recommandées en complément +++.



## 4) recherche de microcristaux

- Mais attention !

5) hémocultures : 2 paires

## 6) Radio standard : nécessaire et suffisante

- Ne doit pas retarder la ponction .

7) pas d'échographie systématique

8)écho cœur si SA, strepto non  
groupable, gallolyticus, enterococcus  
faecalis

# 9) quand débiter l'antibiothérapie

- À la réception de la microbiologie .
- Sauf
  - SOFA  $\geq 2$
  - liquide franchement purulents sans microcristaux (...).

# 10)Durée totale ATB

- Pyogènes : 4 à 6 sem (étude en cours) .
- Gono : 7 J .
- Durée de l'IV : en cas de bactériémie sans EI au moins 5 j , 7 j si SA

# 11) Drainage articulaire

- Tant que persiste un épanchement articulaire abondant .
- Ponctions articulaires ou lavage articulaire chirurgical (arthroscopie) .



## 12) Chirurgie complémentaire :

- Lavage et /ou synovectomie
- Si non contrôle systémique ou local de l'infection.
- Endoscopie plutôt qu'arthrotomie.
- Après 5 à 7 j de TT de tt adapté si echec : lavage ?
- Synovectomie si panus après 15 J ?

# 13) rééducation fonctionnelle

- Précoce : maintien puis gain d'amplitude .
- Passive , non douleur .
- Immobilisation : la plus courte possible  
(antalgique) .

# 14) remise en charge

- Partielle avec cannes béquilles : pas simulé dès que la douleur le permet et que l'infection est contrôlée .
- Progressive sur 4 à 6 semaines .

# 15 : surveillance

- Clinique et CRP
- Recherche porte d'entrée .
- Retentissement fonctionnel
- Retentissement structurel : radio standard en fin de traitement .

# 16 : si destruction articulaire avec retentissement fonctionnel

- RCP : Prothèse ou arthrodeèse .

# Faits notables de l'enquête 2016-2017

- Grosse hétérogénéité de prise en charge ...
- 28% d'arthropathie préexistante .
- Mortalité : 9,2 % à un an .
- Endocardite : 18,% mortalité .
- patients bactériémiques : OR décès 4,02 .
- ATB dans les trois mois précédents: OR 2.67 .