

Définition :

- Prolifération intra-articulaire d'un micro-organisme : présence obligatoire d'un germe (parasite, bactérie, virus ou champignon) à l'intérieur de l'articulation qui fait la différence avec l'atteint articulaire en rapport avec un germe mais pas à l'intérieur de l'articulation plutôt une perturbation de système immunitaire (SpA, arthrite réactionnelle, RAA)
- Urgence thérapeutique : on a le droit de traiter l'urgence après un faisceau d'arguments même sans diagnostic de certitude.
- Risque vitale : dissémination de l'infection (sepsis)
- Risque fonctionnel : altération structurale de l'articulation

Pathogenèse :

- Voie hématogène : mode la plus fréquent, porte d'entrée cutanée, urologique, dentaire, digestive, urinaire...
- Inoculation directe : contamination directe (fracture ouverte, arthroscopie, injection intra-articulaire)
- Par contiguïté : exceptionnellement, foyer d'ostéomyélite, par exemple ostéite tuberculeuse qui touche l'os et après elle touche l'articulation sous-jacente
- Germes responsables : **Staphylocoque (70%)** « Porte d'entrée cutanée dans la majorité des cas », **bacilles gram négatif (20%)** « Voie digestive ou urinaire », **Streptocoque (10%)** « Voie ORL », **Mycobacterium tuberculosis** (il y a 2 types : la tuberculose de la colonne vertébrale : mal de Pott et l'arthrite tuberculeuse (en dehors de la colonne vertébrale), on peut avoir les deux localisations en même temps), **Brucella melitensis**, **Neisseria gonorrhoeae**, **Candida albicans**, plusieurs germes (3%) « Terrain d'immunodépression ».
- Terrain : diabète, insuffisance rénale, immunodépression, corticothérapie, articulation fragilisée par un rhumatisme

Tableau clinique :

- Monoarthrite : majorité des cas, exceptionnellement oligoarthrite (2 ou 3 articulations) et exceptionnellement aussi polyarthrite (4 articulation ou plus).
- Monoarthrite, grosse articulation, début brutale (on peut avoir un début plus ou moins chronique : tuberculose, brucellose), douleur intense, mobilisation douloureuse et limitée
- Des signes infectieux
- Des adénopathies satellites
- Recherche de la porte d'entrée à l'interrogatoire et à l'examen physique

- Etablir le bilan lésionnel (est ce qu'il y d'autres localisations infectieuses)

Diagnostic :

- Première attitude à faire est le prélèvement de sang et le prélèvement la de porte d'entrée dans le but d'identifier le germe et adapter le traitement. ATB après les prélèvements.
- Arguments clinique
- Ponction articulaire : aspect du liquide de ponction, GB > 50 000 /mm³ , identification du germe, examen direct et culture
- Bilan infectieux : hémoculture, ECBU, prélèvement de la porte d'entrée, sérologie (de Wright pour la brucellose), IDR (positif \geq 15 mm)
- Arguments biologiques : GB > 10 000 /mm³ (peut être > 15 000 voire 17 000, parfois leucopénie) VS > 50 mm H1 CRP > 100 mg/L
- Arguments radiologiques : épaissement des parties molles articulaires Déminéralisation épiphysaires Pincement de l'interligne articulaire Érosions osseuses

Prise en charge :

- Hospitalisation devant toute suspicion d'arthrite septique
- ATB : large spectre, bactéricide et synergique, antibiogramme et résultat : durée en fonction du germe (OXACILLINE + GENTAMYCINE)
- Antituberculeux : RHZE plusieurs mois
- Pour la brucellose : Doxycycline, amoxicilline, cerftriaxone
- Immobilisation et décharge (repos) : minimum 3 semaines
- Ponctions lavage articulaire
- Rééducation fonctionnelle