

ARTHRITE, ARTICULATION NATIVE: INFECTION AIGUE, SEPTIQUE, HEMATOGENE, POLY-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.
- Diagnostic différentiel avec arthrite réactionnelle (plus fréquente chez les patients positifs pour HLA-B27), fièvre rhumatismale aigüe, borréliose de Lyme, infections virales (*Parvovirus B19 humain*, *Virus de l'hépatite B*, VIH, *Virus de la rubéole*).
- Endocardite à exclure [en cas de suspicion d'endocardite, prélèvement de sang et (si possible) de liquide synovial et initiation immédiate du traitement antibactérien].
- Arthrite gonococcique souvent accompagnée de lésions cutanées papuleuses et hémorragiques et de ténosynovite (syndrome de dermatite-arthrite gonococcique).
- Suivi étroit impératif [clinique et biologique (CRP)].

• Pathogènes impliqués

- *Staphylococcus aureus*.
- *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 MRSA.
 - ▲ Flucloxacilline + ceftriaxone.
 - ▲ Oxacilline + ceftriaxone.
 - Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA: vancomycine + ceftriaxone.
 - Résultats de la coloration Gram disponibles et concluants.
 - Résultats suggestifs d'infection à staphylocoques.
 - ▲ Patients sans facteurs de risque d'infections à MRSA.
 - Δ Flucloxacilline.
 - Δ Oxacilline.
 - ▲ Patients avec facteurs de risque d'infections à MRSA: vancomycine.
 - Résultats suggestifs d'infection à coques à Gram-négatif (*Neisseria* spp.): ceftriaxone.
- Posologies standard.
 - Ceftriaxone: 2 g iv q12h.
 - Flucloxacilline: 2 g iv q4h.
 - Oxacilline: 2 g 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.