

ARTHRITE: REMARQUES PREALABLES

• *Remarques générales*

- Facteurs de risque d'arthrite septique.
 - Pathologie articulaire existante (surtout arthrite rhumatoïde).
 - Age (nouveau-nés et adultes > 80 ans).
 - Pathologies systémiques sous-jacentes [diabète, maladies hépatiques et rénales (hémodialyse) chroniques, malignités, utilisation de drogues par voie intraveineuse, immunodépression, ...].
 - Facteurs locaux (traumatisme articulaire direct, chirurgie articulaire récente, arthroscopie, présence d'une articulation prothétique, ...).
 - Facteurs sociaux [exposition professionnelle à certains animaux (brucellose), statut social précaire (tuberculose), ...].
- Approche médico-chirurgicale intégrée obligatoire.
 - Antibiothérapie appropriée.
 - Préférer une thérapie à hautes doses d'antibiotiques avec une bonne:
 - biodisponibilité si pris par voie orale.
 - pénétration dans les articulations et les os tels que la clindamycine, les fluoroquinolones, les (néo)macrolides, la rifampicine, le linézolide, le TMP-SMX (ces antibiotiques sont à préférer aux bêta-lactames, aminosides et glycopeptides).
 - Pas d'injection directe d'antibiotiques dans les articulations.
 - En général, la durée du traitement recommandée est plus longue pour les adultes que pour les enfants.
 - Chirurgie.
 - Drainage adéquat (aspiration à l'aiguille) du liquide synovial purulent. Si nécessaire à répéter (journallement) jusqu'à ce que la quantité et la purulence soient devenues minimales.
 - Débridement extensif et drainage adéquat de tout tissu infecté.
 - Retrait de prothèses et de tout autre matériel si indiqué.
 - Fermeture complète de toute plaie, stabilisation des fractures infectées,
 - Lavage arthroscopique (dépend de la localisation et de l'accessibilité de l'articulation concernée) nécessaire si drainage répété et antibiothérapie appropriée ne donnent pas le résultat souhaité.
- Identification et détermination des sensibilités des pathogènes impliqués sont critiques.
 - Sang, tissu osseux (prélèvement chirurgical ou aspiration par aiguille sous guidance radiologique). Plusieurs échantillons requis pour coloration Gram, culture et examen histopathologique.
 - Cultures d'échantillons superficiels (frottis de fistules, liquide de plaies drainantes, ...) souvent trompeuses.
 - La PCR peut être utile chez les patients sous antibiothérapie.
 - Patients stables sous antibiothérapie: avant tout prélèvement de nouveaux échantillons, une fenêtre de 10 à 14 jours sans antibiothérapie doit être respectée.

• *Antibiothérapie séquentielle*

Traitement séquentiel par voie orale (possible à condition que les antibiotiques sélectionnés soient actifs contre les pathogènes isolés et aient une bonne biodisponibilité si administrés par voie orale).

- Amoxicilline: 1 g q6h.
- Céfadroxil: pas indiqué.
- Céfalexine: pas indiquée.
- Ciprofloxacine: 750 mg q12h.
- Clindamycine: 600 mg q6h.
- Doxycycline: 200 mg q24h ou 100 mg q12h.
- Flucloxacilline: pas indiquée.
- Lévofloxacine: 500 mg q12h.
- Linézolide: 600 mg q12h.
- Minocycline: 200 mg q24h ou 100 mg q12h.
- Moxifloxacine: 400 mg q24h.
- Rifampicine (peut, si la situation du patient le permet, toujours être administrée par voie orale): 300 mg q8h ou 450 mg po q12h ou 600 mg q24h.
- TMP-SMX: (5 à 7 mg TMP + 25 à 35 mg SMX)/kg q8h.

• *Commentaires supplémentaires*

- Aminosides: pénétration limitée dans les tissus articulaires et osseux. A éviter en cas d'infections ostéo-articulaires.

- Teicoplanine pour le traitement de longue durée [traitement éventuel à domicile (“out of hospital parenteral antimicrobial therapy” ou OPAT), administration par un “centrally inserted peripheral catheter (PICC) ou un port-a-cath].
Doses de charge de 1,6 g im en 1 dose au jour 1 et de 800 mg im au jour 2, suivies:
 - à partir de jour 3, par \pm 400 mg im q24h titrée pour atteindre des concentrations sériques de vallée de $> 30 \mu\text{g/ml}$.
 - ou par 1,2 g iv 3 x par semaine.
- Flucloxacilline po, céfadroxil et céfalexine: en raison des différences entre la vascularisation chez l'enfant et celle chez l'adulte, ces antibiotiques peuvent être considérés utiles chez l'enfant, mais pas chez l'adolescent et l'adulte.
- Rifampicine.
 - Ne pas utiliser pour le traitement empirique ou en monothérapie en raison du risque de développement de résistance pendant l'antibiothérapie.
 - Adjoindre aux régimes en cas d'infection sur corps étranger.
- Clindamycine: risque élevé d'échec thérapeutique en raison de la résistance (inductible) chez certains pathogènes (entre autres *Kingella kingae*, staphylo- et streptocoques). En conséquence, la clindamycine:
 - n'est plus une option pour le traitement empirique.
 - doit être évitée en cas d'infection à souches résistantes à l'érythromycine mais sensibles à la clindamycine, sauf si un test d'induction de résistance à la clindamycine est négatif.