

Un lombago fébrile, c'est pas un lombago !

Présentation DES mars 2023

Caroline B et Marion E ; Nantes

Cas clinique

Madame Q. 53 ans, hospitalisée dans le service de rhumatologie pour des **lombalgies persistantes**, en février 2015.

Antécédents :

- HTA, dyslipidémie
- Arthrose lombaire et cervicale
- Acromioplastie gauche et exérèse calcification



Mode de vie : mariée, travail sédentaire

Histoire de la maladie :

La patiente a été opérée 4 mois auparavant de calcification de l'épaule gauche. Depuis, elle présente une fatigue associée à des lombalgies intermittentes.

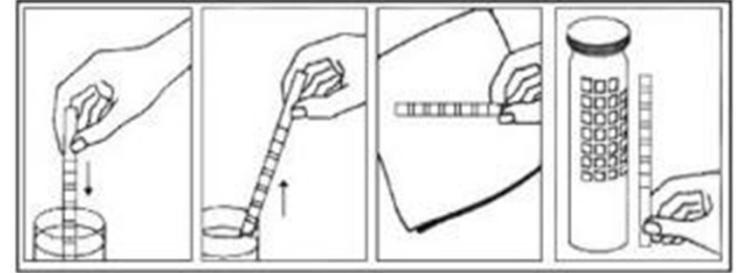
Depuis 4 jours, elle rapporte des lombalgies intenses associées à des paresthésies du membres inférieurs droit (fesse et face postérieure de cuisse). On note également l'apparition d'une fièvre.

Les douleurs sont résistantes à l'acupan, AINS et prednisone...

→ elle consulte aux urgences

➤ Aux urgences :

- Hémodynamiquement stable
- Pas de déficit neurologique
- BU positive aux leucocytes, nitrites, protéines et sang.
- Scanner abdominal : pas d'abcès rénal
- Par ailleurs : oedème diffus du 3ème rayon de la main droite suspecte de ténosynovite des fléchisseurs.



→ Hypothèse initiale : **pyélonéphrite aiguë**

→ Introduction d'une antibiothérapie probabiliste par CEFTRIAXONE 1 g/jour

→ Transfert de la patiente dans notre service

➤ A l'entrée dans le service :

○ Examen clinique :

- hémodynamiquement stable, **fébrile à 39,3°C**
- **lombalgies** prédominant à droite avec douleurs à la palpation péri-rachidienne droite en L5-S1
- pas de déficit sensitivo-moteur, pas de syndrome pyramidal
- ténosynovite isolée du fléchisseur du 3ème rayon droit
- plaies des pouces à type d'abrasion cutanée
- abdomen souple, fosse iliaque droite sensible
- examen cardiovasculaire sans particularité

○ Bilan biologique :

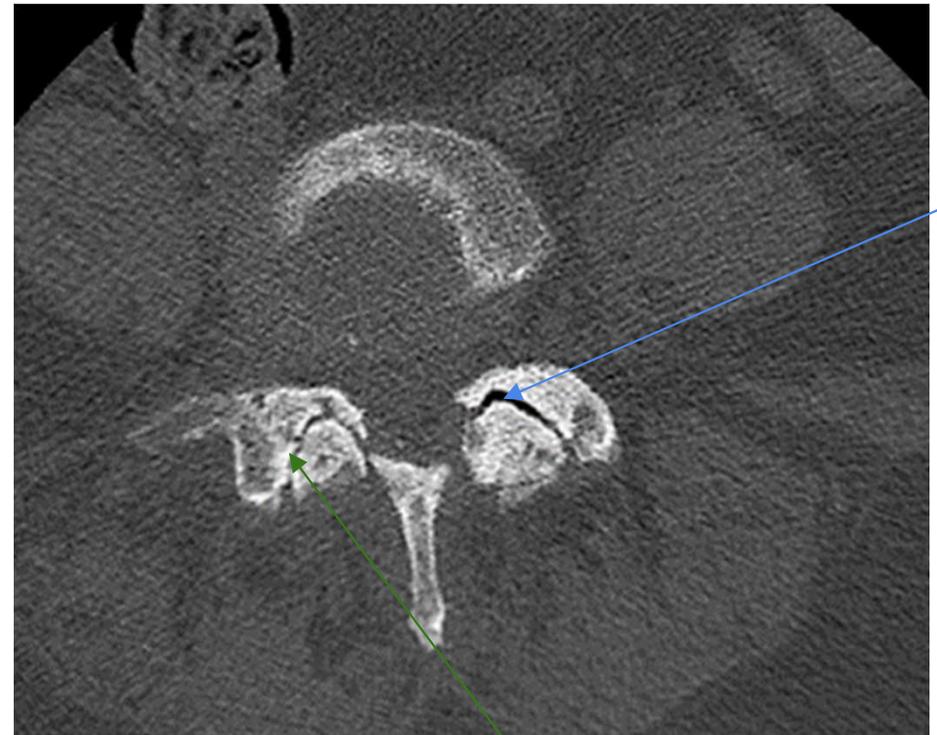
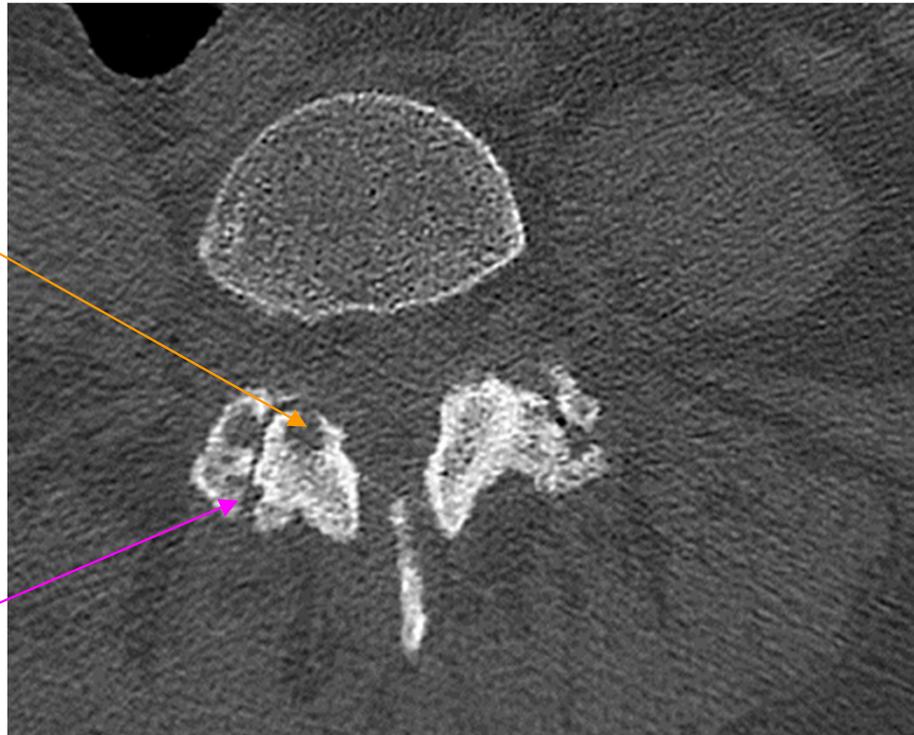
- hyperleucocytose à PNN (19G/l)
- **CRP à 400 mg/l**

- Radiographies :



→ Pas d'atteinte structurelle majeure

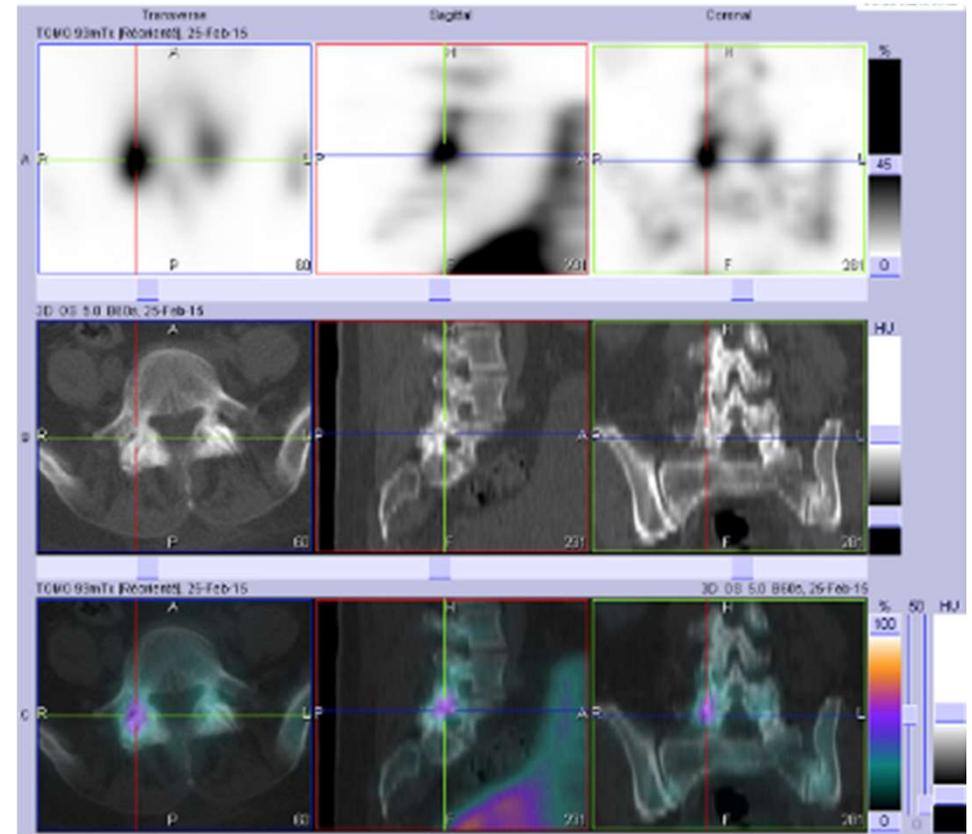
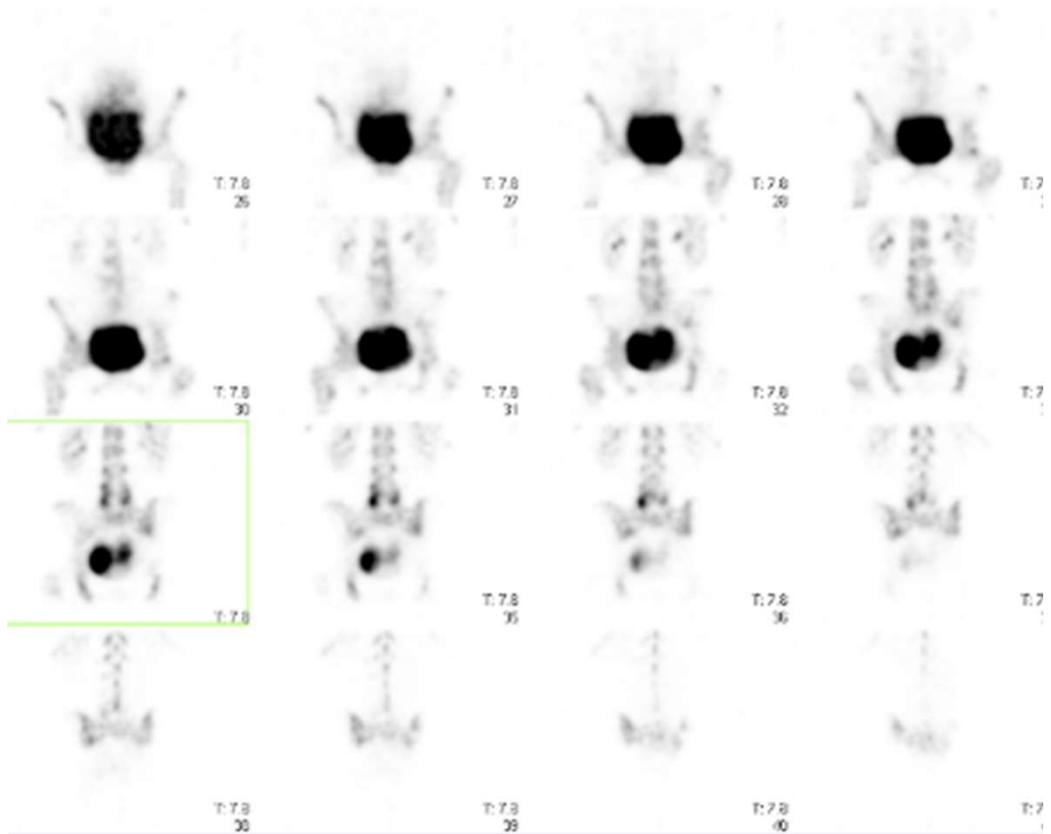
- TDM abdominale des urgences :



→ Arthrose articulaire postérieure

Ostéocondensation

○ Scintigraphie osseuse :



→ Petite fixation suspecte de l'articulaire postérieure L5-S1 droite.

- IRM médullaire :

○ IRM médullaire :



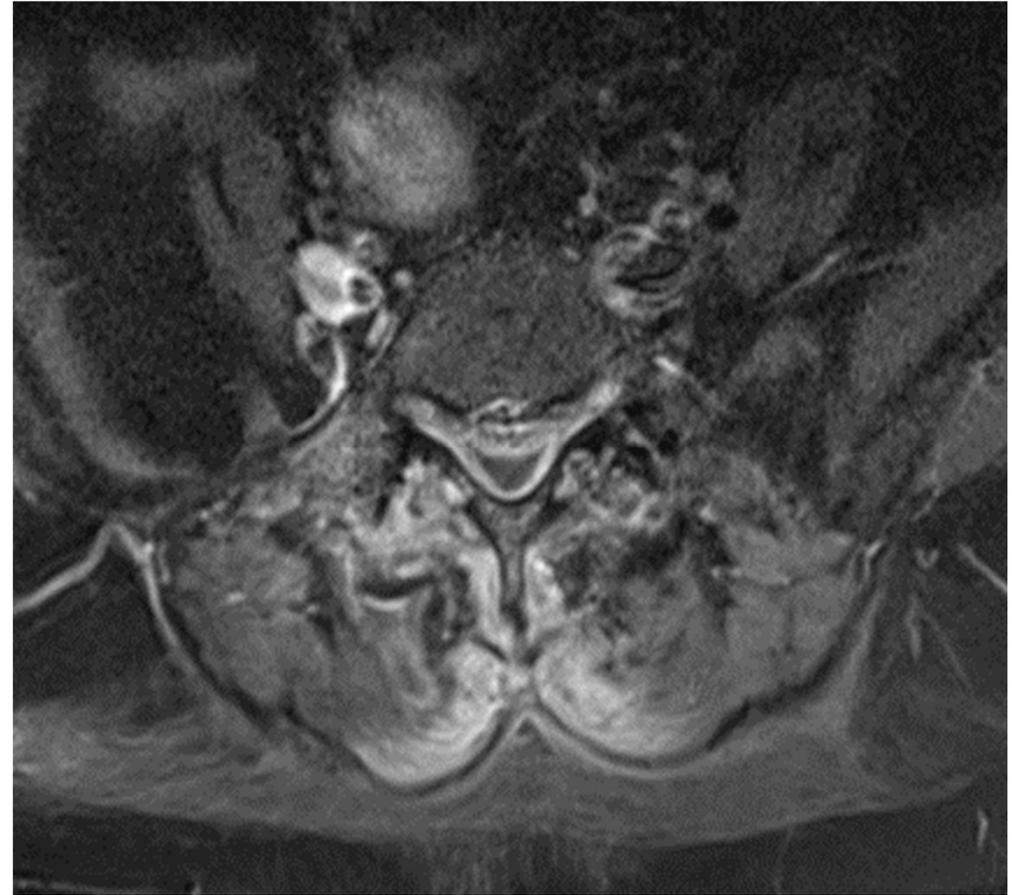
- Arthrite articulaire postérieure L5-S1 droite
- Abscès épidural postérieur étendu de S1 à T8 et une arachnoïdite
- Infiltration des parties molles péri rachidiennes en regard de L3 à S2

○ IRM médullaire :

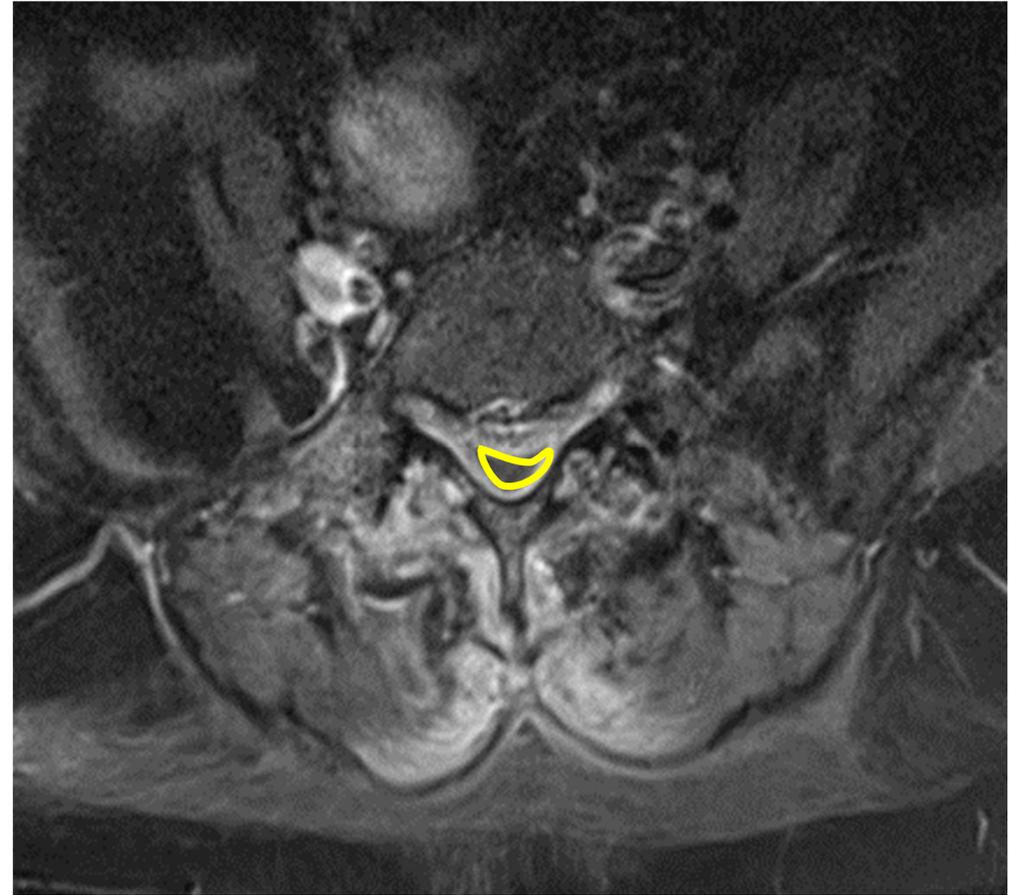
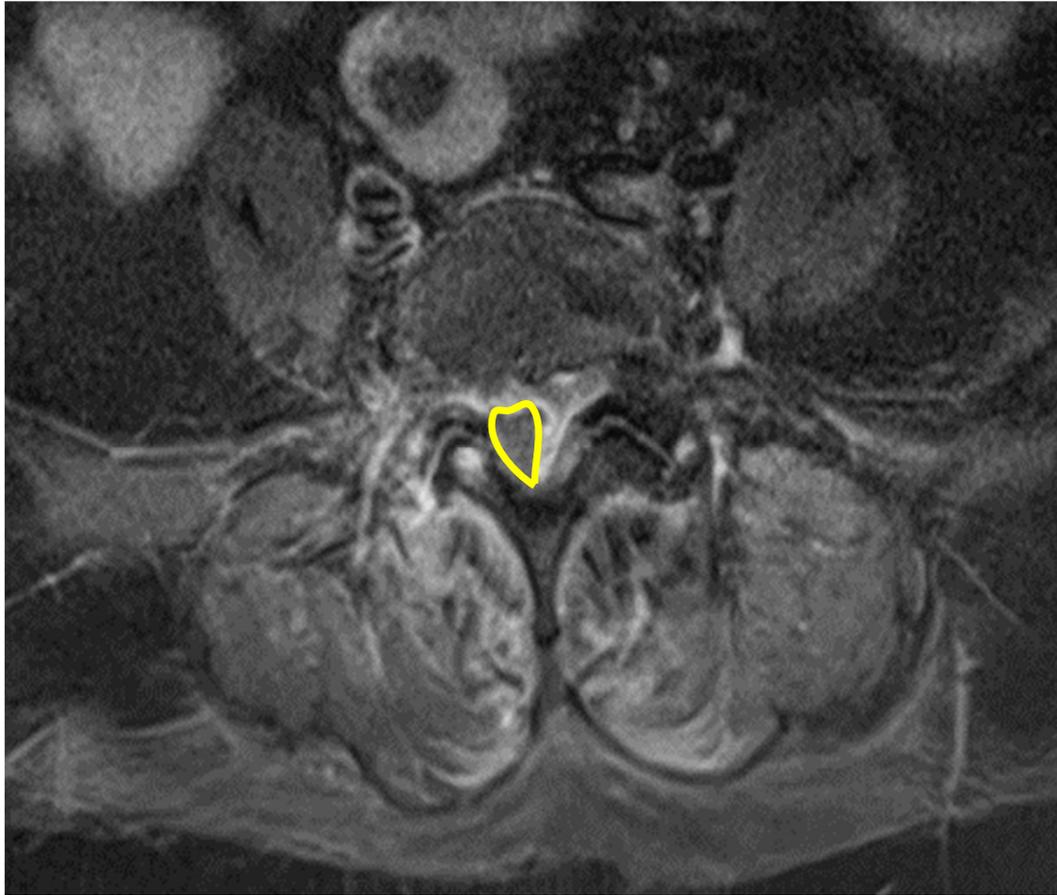


- Arthrite articulaire postérieure L5-S1 droite
- Abscess épidural postérieur étendu de S1 à T8 et une arachnoïdite
- Infiltration des parties molles péri rachidiennes en regard de L3 à S2

- IRM médullaire :



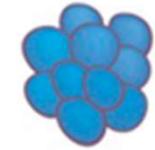
- IRM médullaire :



➤ Evolution dans le service :

○ Initialement :

- 6 hémocultures positives à **SAMS** + ECBU positifs
- ETT normale
- Relais CEFTRIAXONE par CLOXACILLINE + GENTAMYCINE 2 jours
- Pas de déficit sensitivo-moteur mais troubles de la continence des matières et survenue d'un globe urinaire.



COCCI EN AMAS
(staphylocoque)

- ### ○ Prise en charge **chirurgicale** devant l'importance de l'abcès épidural :
- Laminectomie décompressive L2 à L5 avec drainage de l'abcès



Prise en charge post-opératoire :

- Relais ATB par CLOXACILLINE et LEVOFLOXACINE puis par RIFAMPICINE + LÉVOFLOXACINE après amélioration clinique et biologique.
- Durée ATB : 12 semaines

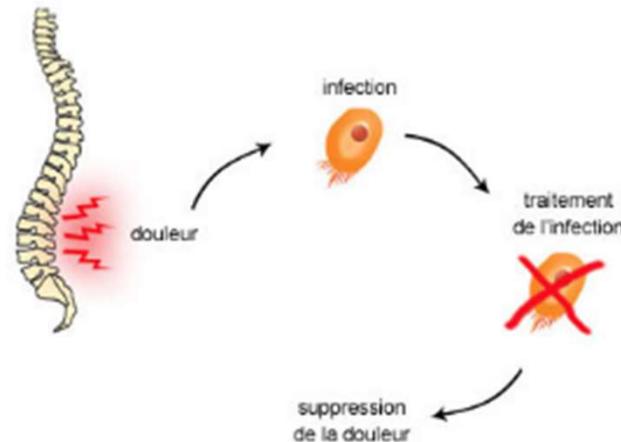


Au total :

→ **Arthrite inter-articulaire postérieure** L5-S1 droite dans un contexte de bactériémie à **SAMS** avec bactériurie et ténosynovite du 3ème rayon droit (localisation secondaire ?).

→ Porte d'entrée possible : plaie des pouces.

→ Prise en charge chirurgicale pour drainage de l'abcès et ATB 12 semaines.



Evolution :

Bonne évolution clinique sur le plan septique.

Persistance de lombalgies de faible intensité d'horaire mécanique.

IRM de contrôle : "normal"

- disparition de l'épidurite et libération des racines nerveuses
- remaniement cicatriciel important en regard de la chirurgie





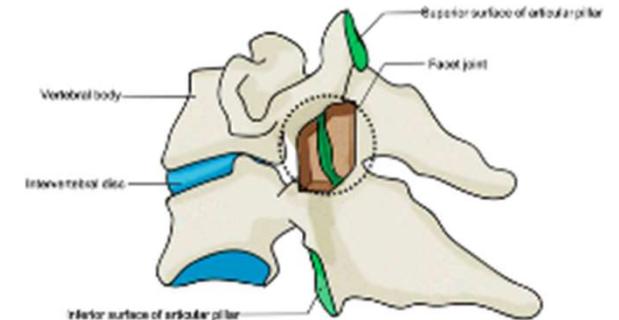
Arthrite articulaire postérieure



Arthrite septique

Epidémiologie :

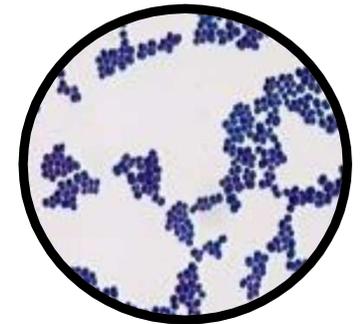
- Entité rarement décrite dans la littérature, 1er cas décrit en 1987, ~60 cas depuis
- Fréquence : 4 à 20% de l'ensemble des infections du rachis mais probablement sous estimée
- Terrain : 60 ans, facteurs de risque d'immunodépression (diabète de type 2, OH, toxicomanie, IRT)
- Contamination hématogène le plus souvent, rarement locale (IAP, acupuncture, KT épiduraux, chirurgie)
- Localisation : le plus souvent lombaire en L4-L5



Diagnostic :

- Symptomatologie : non spécifique +++ → nombreux diagnostics différentiels
 - fièvre
 - douleur rachidienne mais plutôt paravertébrale avec projection des douleurs
 - raideur rachidienne intense
 - parfois, douleurs sourdes
 - possible signes neurologiques (complications)

 - Identification de l'agent infectieux :
 - Hémocultures répétées
 - Le plus souvent : ponction articulaire postérieure radio-guidée
- Staphylococcus aureus (70%), Staphylococcus epidermidis, Streptococcus group B, Salmonella, Enterococcus faecalis, Escherichia coli



Imagerie :

- Radiographie conventionnelle :
 - retard diagnostique important (3 à 12 semaines)
 - normale ou présentant des signes aspécifiques



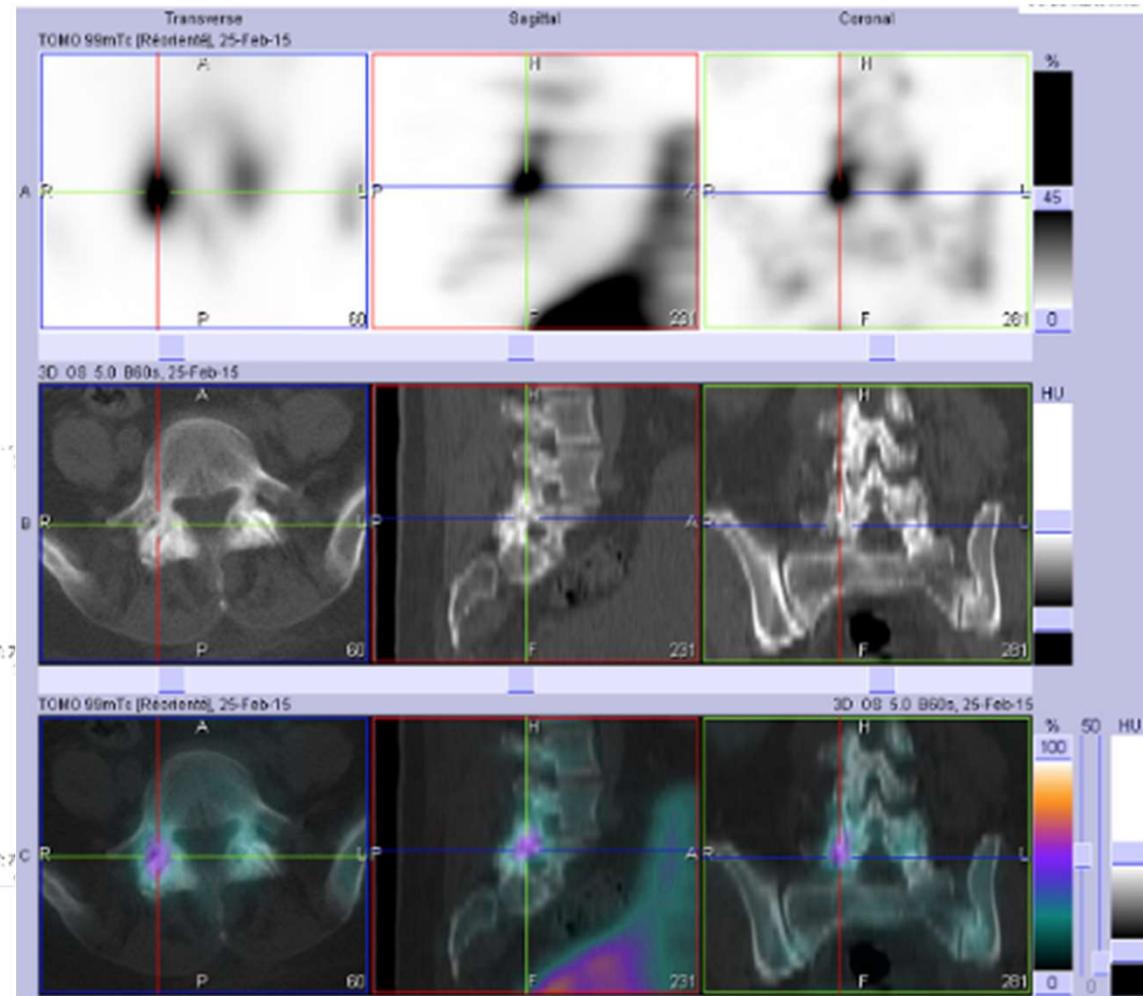
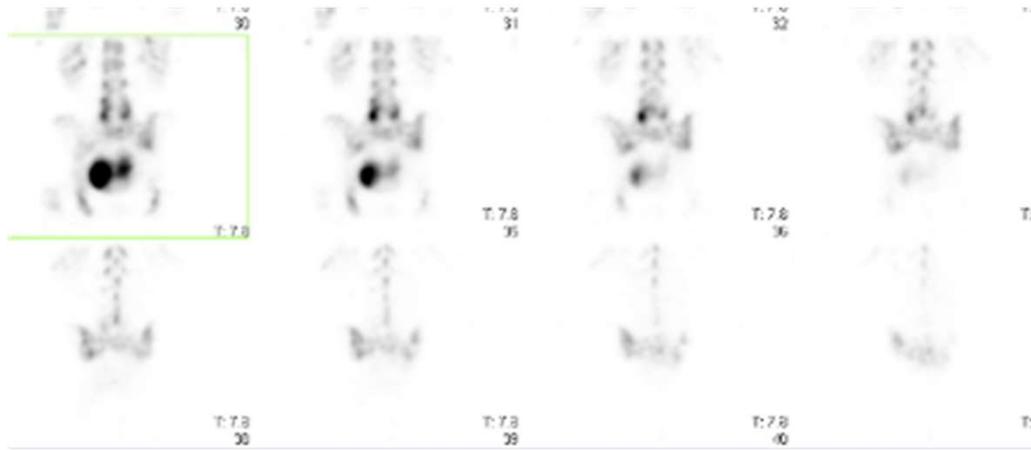
➤ TDM :

- positive en 2 semaines
- sensibilité = 96%
- localisation
- visualisation de modifications osseuses et des tissus mous

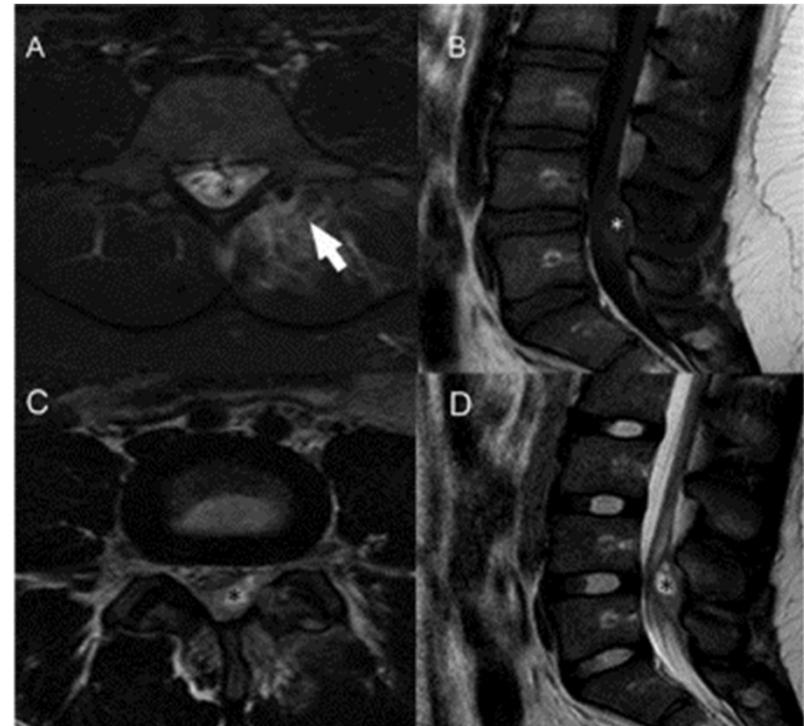
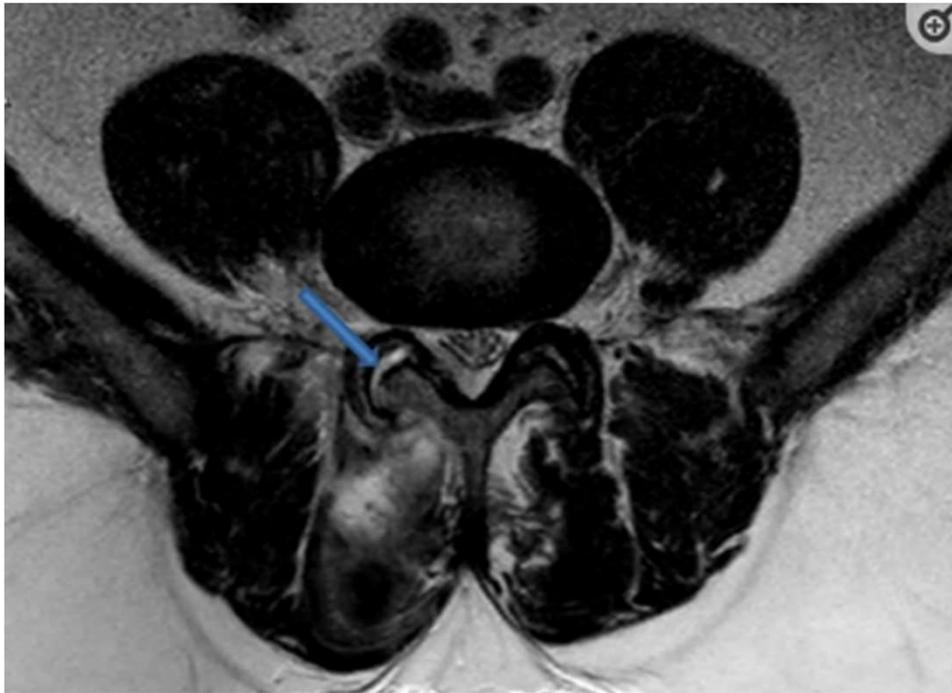


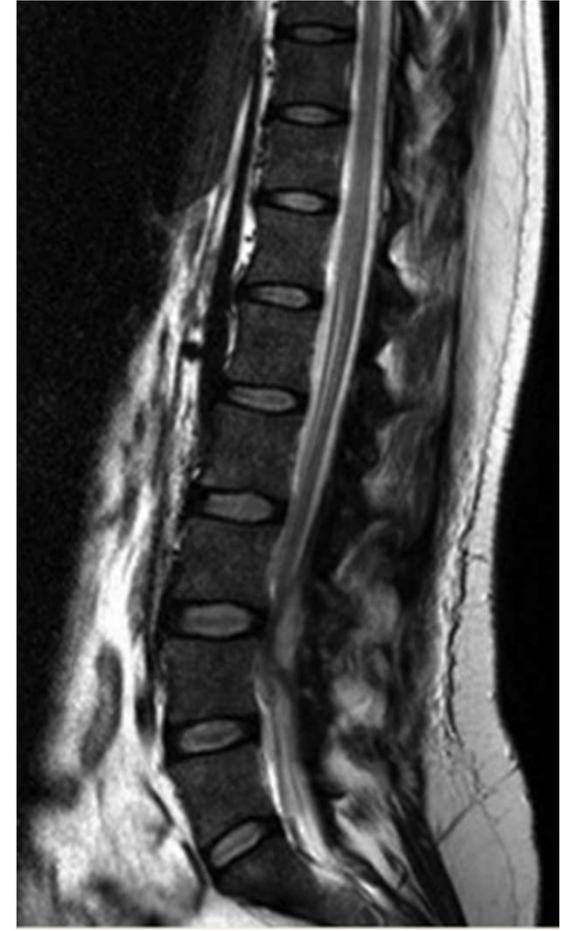
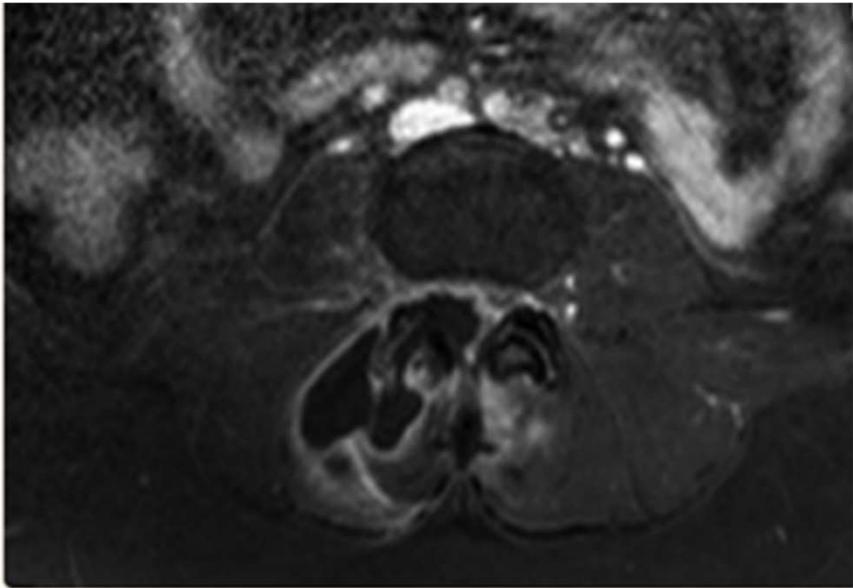
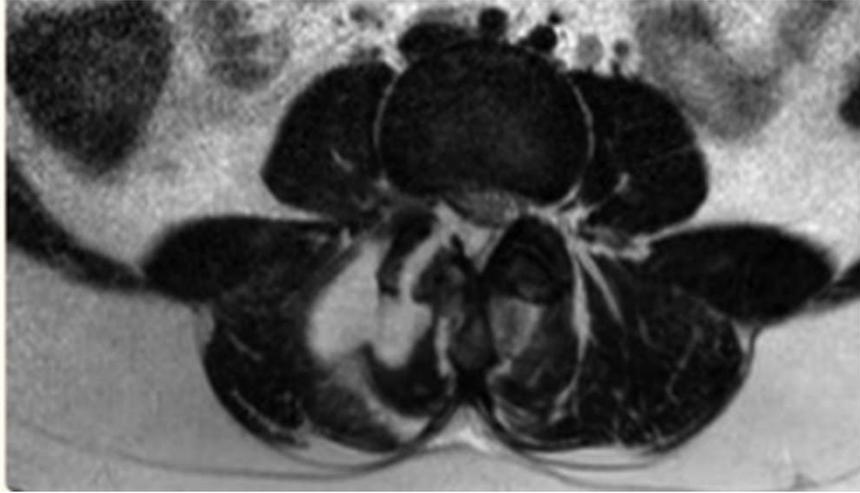
➤ Scintigraphie osseuse :

- signes précoces, dès 3 jours
- sensible (100%) mais non spécifique



- IRM rachidienne : imagerie de référence +++
- + précoce (48h à 1 semaine) et + spécifique
 - visualisation d'une arthrite avec épanchement
 - prise de contraste sur les 2 berges articulaires
 - infiltration épidurale et des parties molles, abcès paravertébral





Traitement :

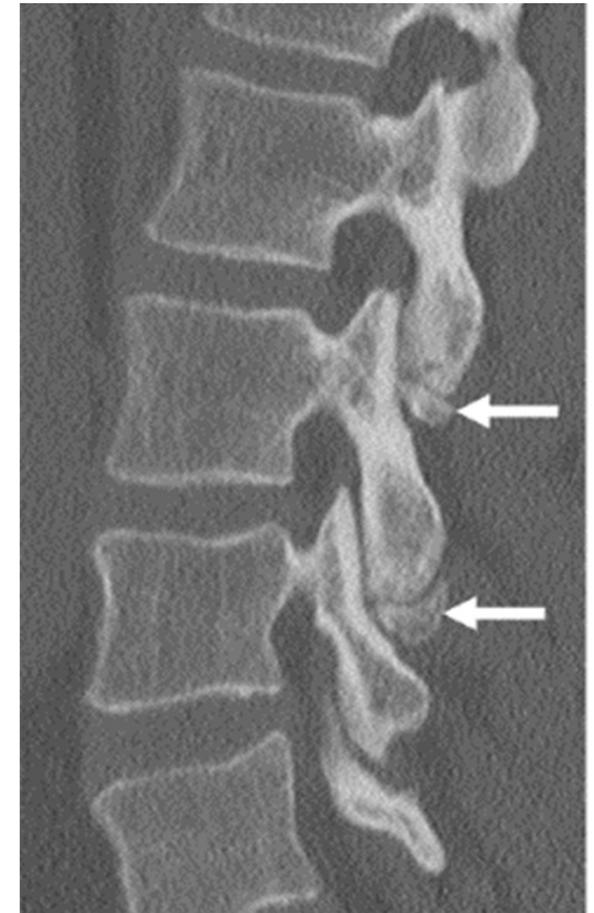
- Antibiothérapie calquée sur celle de la spondylodiscite (cf cours de CDL)
- Chirurgie avec drainage ou laminectomie pour les formes menaçantes :
 - compression neurologique
 - abcès épiduraux (antalgie + meilleure efficacité du traitement antibiotique)



Autres atteintes des articulations postérieures

- **Osselet d'Oppenheimer :**

- non fusion des centres d'ossifications secondaires des articulaires postérieures
- généralement recouvert de cartilage et contenu dans la capsule articulaire
- L2 et L3 +++



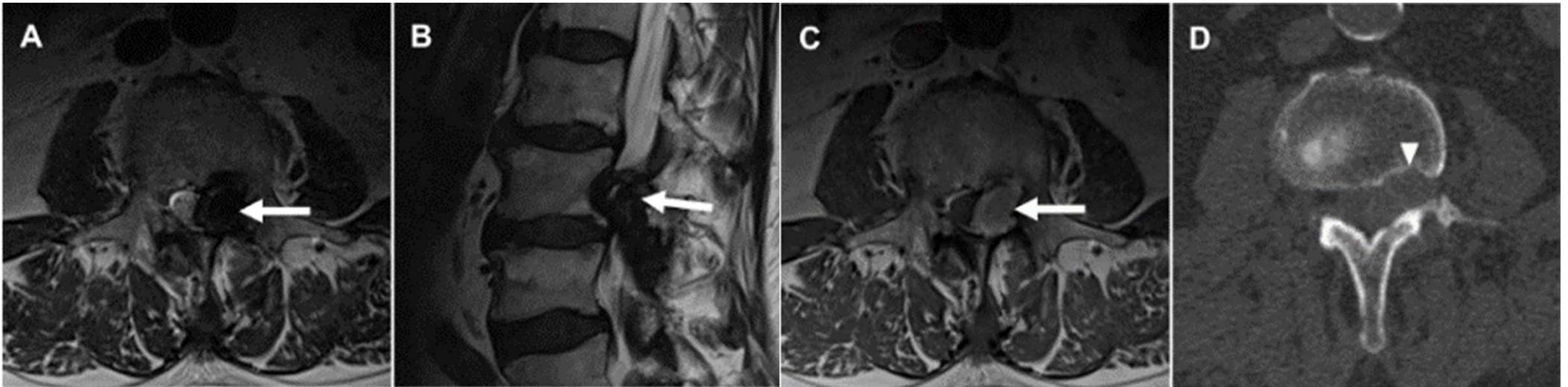
- **Dislocation traumatique :**

- processus inférieur s'est déplacé au dessus du processus articulaire supérieur et s'est bloqué
- lésion de flexion-distraktion
- rupture ligamentaire sévère et instabilité
- rachis cervical ++



- **Kystes synoviaux :**

- apparence kyste avec un revêtement synovial
- dans le cadre de l'arthrose, de l'instabilité vertébrale, des traumatismes
- L4-L5 ++
- symptômes si sténose canalaire, saignement
- lésions extra-durales bien limitées, adjacentes à l'articulation facettaire



Autres diagnostics plus fréquents :

- Arthrose :
 - L4-L5 ++
 - Associée à une atteinte dégénérative du disque
- Spondylarthrite axiale
- Polyarthrite rhumatoïde : atteinte cervicale +
- Microcristallin :
 - arthrite goutteuse :
 - goutte ancienne avec atteinte périphérique souvent évoluée
 - biopsie souvent nécessaire pour poser le diagnostic
 - intérêt du scanner double énergie
 - rhumatisme à pyrophosphate de calcium
- Toutes les tumeurs bénignes ou malignes



Bibliographie :

- Anaya, Julia E. C., Silmara R. N. Coelho, Atul K. Taneja, Fabiano N. Cardoso, Abdalla Y. Skaf, et André Y. Aihara. « Differential Diagnosis of Facet Joint Disorders ». *RadioGraphics* 41, n° 2 (mars 2021): 543-58. <https://doi.org/10.1148/rg.2021200079>.
- André, V., M. Pot-Vaucel, C. Cozic, E. Visée, M. Morrier, S. Varin, et G. Cormier. « Septic Arthritis of the Facet Joint ». *Médecine et Maladies Infectieuses* 45, n° 6 (1 juin 2015): 215-21. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2015.04.001>.
- Chen, Hua-Jian, De-Yuan Chen, Shao-Zhen Zhou, Ke-De Chi, Jun-Ze Wu, et Fu-Li Huang. « Multiple Tophi Deposits in the Spine: A Case Report ». *World Journal of Clinical Cases* 10, n° 29 (16 octobre 2022): 10647-54. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i29.10647>.
- Cormier, Grégoire, Vincent Lucas, Stéphane Varin, Jean-Pierre Hamelin, et Gilles Tanguy. « Yersinia Pseudotuberculosis Infection of a Lumbar Facet Joint ». *Joint Bone Spine* 74, n° 1 (1 janvier 2007): 110-11. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2006.04.006>.
- Euvrard, T., F. Biron, N. Blineau, A. Boibieux, Y. Berthezène, et B. Marchand. « Pathomimie révélée par une arthrite septique interapophysaire postérieure polymicrobienne : diagnostic par biopsie percutanée ». *Journal de Radiologie* 85, n° 1 (1 janvier 2004): 43-46. [https://doi.org/10.1016/S0221-0363\(04\)97544-0](https://doi.org/10.1016/S0221-0363(04)97544-0).
- Le Hanneur, M., C. Vidal, C. Mallet, K. Mazda, et B. Ilharreborde. « Arthrite septique zygapophysaire postérieure à *Kingella kingae* chez un enfant ». *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique* 102, n° 7 (1 novembre 2016): 680-82. <https://doi.org/10.1016/j.rcot.2016.06.013>.
- Martone, Giulia, Richard D. Thomas, Joseph Keuchle, Rabheh Abdul-Aziz, Giulia Martone, Richard D. Thomas, Joseph Keuchle, et Rabheh Abdul-Aziz. « Isolated Facet Joint Arthritis in Juvenile Idiopathic Arthritis ». *Cureus* 13, n° 1 (9 janvier 2021). <https://doi.org/10.7759/cureus.12596>.
- Masson, Elsevier. « Arthrite septique de l'articulation interapophysaire postérieure du rachis ». EM-Consulte. Consulté le 25 mars 2023. <https://www.em-consulte.com/article/47215/arthrite-septique-de-l-articulation-interapophysai>.
- Michel-Batôt, Christine, Hervé Dintinger, Alain Blum, Pierre Olivier, Fyriel Laborde, Isabelle Bettembourg-Brault, Jacques Pourel, Damien Loeuille, et Isabelle Chary-Valckenaere. « Une forme particulière d'arthrite septique : l'arthrite septique inter-apophysaire postérieure ». *Revue du Rhumatisme* 75, n° 1 (1 janvier 2008): 82-86. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2007.02.031>.
- Pilleul, Frank, et Jean Garcia. « Arthrite septique de l'apophyse articulaire postérieure diagnostic précoce en imagerie par résonance magnétique. À propos de deux cas ». *Revue du Rhumatisme* 67, n° 3 (1 avril 2000): 237-40. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(00\)80037-X](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(00)80037-X).
- Plancha da Silva, Teresa, Marta Amaral Silva, Sílvia Santos Boaventura, Mariana Castro Martins, Sérgio Teixeira Duro, et Fátima Carvalho. « Spinal Cord Disorder Due to Spinal Epidural Abscess Secondary to Thoracic Facet Joint Septic Arthritis-a Rare Case with a Surprising Evolution ». *Spinal Cord Series and Cases* 6, n° 1 (19 novembre 2020): 102. <https://doi.org/10.1038/s41394-020-00353-7>.
- Robert M. Kwee, Thomas C. Kwee, "Imaging of facet joint diseases" *Clinical imaging* 80, mars 2021

Merci

- à Christelle et Madame Q. pour ce joli cas
- à tous pour votre attention

