

Arthrite septique interapophysaire postérieure

Septic Arthritis of the Facet Joint

C. Dugast · C. Vanhecke

Reçu le 10 juin 2021 ; accepté le 23 août 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

Introduction

La douleur lombaire constitue un motif de consultation très fréquent aux urgences. Si l'expression mécanique est majoritaire, un regard attentif est primordial devant les lombalgies dans un contexte fébrile, pouvant être parfois imputables à une pathologie vertébrale spécifique.

Observation

Un homme de 60 ans, sans antécédent notable, a été admis aux urgences pour des douleurs lombaires droites invalidantes et insomniantes, d'apparition brutale, évoluant depuis quatre jours. Ses lombalgies étaient accompagnées d'une fièvre à 38,5 °C depuis 24 heures. Le patient ne décrivait pas de mouvement particulier pouvant être à l'origine de ses douleurs.

L'examen clinique du rachis dorsolombaire a retrouvé une douleur élective à la palpation des muscles paravertébraux lombaires droits ainsi qu'une sensibilité à l'ébranlement de la fosse lombaire droite sans signe fonctionnel urinaire. Les douleurs étaient présentes à chaque mobilisation quel que soit le mouvement effectué. Il n'existait pas d'irradiation radiculaire. L'examen neurologique était sans particularité, avec notamment une absence de déficit sensitivo-moteur, pas de trouble sphinctérien et des réflexes ostéotendineux présents et symétriques. Sur le plan hémodynamique, le patient était fébrile à 38,5 °C, tachycarde à 108 bpm et normotendu à 121/76 mmHg. Malgré les antalgiques de palier 3, le patient restait hyperalgique. La biologie

a mis en évidence un franc syndrome inflammatoire avec une protéine C réactive à 367 mg/l et une discrète hyperleucocytose à 11,2 G/l, dont 10 G/l de polynucléaires neutrophiles. La fonction rénale était conservée avec une créatininémie à 96 µmol/l. L'examen cyto bactériologique des urines était stérile. La biologie n'a pas révélé de terrain immuno-déprimé. La tomodensitométrie thoracoabdominopelvienne injectée réalisée en urgence n'a pas mis en évidence de foyer infectieux ni de signe de pyélonéphrite aiguë ou de lithiase urinaire. Face à ce syndrome infectieux important associé aux douleurs lombaires latéralisées, sans hypothèse diagnostique évidente à l'imagerie, une antibiothérapie probabiliste a été instaurée par céfotaxime, rapidement substituée par de l'amoxicilline-acide clavulanique. Le patient a été hospitalisé dans un service de médecine. Sur le plan bactériologique, un *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline a été rapidement identifié sur les trois séries d'hémocultures. Une biantibiothérapie par rifampicine et lévofloxacine a été débutée en intraveineux puis avec un relais per os pour une durée totale de six semaines.

Une IRM lombaire a été réalisée au deuxième jour de son hospitalisation qui a mis en évidence une bursite de l'articulation interapophysaire postérieure (AIAP) L4-L5 droite sans signe de spondylodiscite, associée à un abcès du muscle paravertébral (Fig. 1). Le bilan d'extension n'a pas retrouvé de porte d'entrée à cette infection. L'évolution clinicobiologique a été rapidement favorable en quelques jours avec l'amendement des douleurs et une diminution du syndrome inflammatoire biologique.

Discussion

L'arthrite septique de l'AIAP est une entité rare, peu décrite dans la littérature. Nonobstant la gravité potentielle, cette infection nécessite une attention particulière dès l'admission du patient aux urgences. Le premier cas a été rapporté par Halpin et Gibson en 1987 [1]. Les différents travaux récents sur l'AIAP retrouvent une diversité importante de présentations cliniques, avec majoritairement des douleurs

C. Dugast (✉) · C. Vanhecke
Centre hospitalier Ouest Réunion,
5, impasse Plaine-Chabrier-le-Grand-Pourpier,
F-97460 Saint-Paul, La Réunion, France
e-mail : charlinedugast@orange.fr

C. Vanhecke
Institut de médecine tropicale, centre René-Labusquière,
université de Bordeaux, F-33076 Bordeaux, France

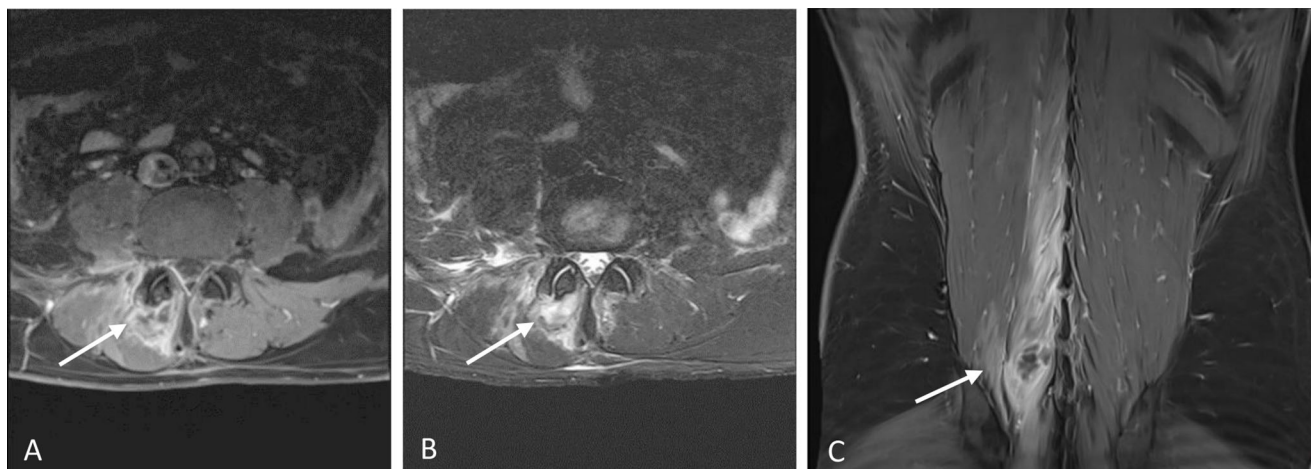


Fig. 1 A. Imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire en coupe axiale, pondération T1 avec injection montrant une arthrite interapophysaire postérieure (AIAP) L4–L5 droite avec abcès du muscle paravertébral droit. B. Séquence IRM lombaire en coupe axiale, pondération T2 STIR, retrouvant une AIAP L4–L5 droite avec abcès du muscle paravertébral droit. C. Séquence IRM en coupe coronale, pondération T1 avec injection, mettant en évidence l’infiltration des muscles érecteurs du rachis droit

d’apparition brutale, lombaires ou abdominales, localisées dans les flancs avec une irradiation inguinale possible, accompagnées ou non de radiculalgies [2]. L’AIAP est souvent localisée au niveau du rachis lombaire, mais des cas de localisation cervicale sont également décrits [2–4]. Les douleurs rachidiennes sont généralement majorées en hyperextension et volontiers latérales, alors que dans la spondylodiscite, le principal diagnostic différentiel d’origine vertébrale, les douleurs sont plutôt médianes. Contrairement à notre patient, dans 40 % des cas décrits, il existe une irradiation radiculaire associée avec parfois un déficit neurologique [3,5]. Si aucun facteur de risque d’AIAP n’a été retrouvé chez notre patient, on observe dans la plupart des cas la notion de diabète, d’infiltration de l’AIAP, d’acupuncture, de cathéters périduraux, de chirurgie rachidienne, d’éthylisme ou encore d’immunodépression, pouvant favoriser le risque de survenue d’une AIAP septique [3].

Devant toute lombalgie aiguë, il est essentiel de rechercher les signes d’alerte d’une forme grave, dont la fièvre. Elle doit faire évoquer une origine inflammatoire, tumorale ou infectieuse et impose donc la réalisation en urgence de bilans complémentaires, sanguins, urinaires et d’imageries spécifiques [6]. Le scanner est à privilégier à la recherche de lésions osseuses, alors que l’IRM a toute sa place pour l’examen des parties molles, des ligaments, des disques et pour la recherche de lésions inflammatoires. Biologiquement, l’AIAP présente fréquemment un syndrome inflammatoire mais qui peut être modéré [2]. Des cas ont été rapportés pour lesquels il n’existait ni fièvre ni syndrome inflammatoire biologique [3,7]. Une hyperleucocytose est mise en évidence pour seulement la moitié des cas. Dans 50 %, la voie hématogène est privilégiée avec des hémocul-

tures positives, le plus souvent à *S. aureus*, confortant notre diagnostic [3,4,8].

L’IRM est l’imagerie clé pour établir le diagnostic d’AIAP [2,9]. Elle est aussi sensible que spécifique dès le deuxième jour de l’infection. Cependant, le bénéfice est limité dans le suivi, avec un retard d’évolution observé à l’imagerie par rapport à la clinique. Dans la majorité des cas, le traitement médical suffit à la guérison. Il consiste en une antibiothérapie, adaptée au germe, en intraveineux puis avec un relais oral pour une durée totale de traitement entre six à huit semaines [2,3,9]. Le diagnostic précoce et l’instauration d’une antibiothérapie efficace permettent d’éviter certaines complications telles que les abcès des muscles paravertébraux, les abcès épiduraux ou encore les atteintes neurologiques. Une prise en charge chirurgicale peut se discuter en complément de l’antibiothérapie devant certaines complications [4,5,7,10]. Par ailleurs, quand l’état de santé du patient le permet, la prescription d’un anti-infectieux doit être différée avec une documentation bactériologique.

En conclusion, l’AIAP est une infection rare et méconnue, dont le risque de complications oblige les médecins urgentistes à l’évoquer devant des tableaux cliniques de douleurs abdominales ou lombaires atypiques. En cas d’absence de diagnostic après les examens de première ligne (foyer infectieux ou origine lithiasique), une IRM rachidienne doit être réalisée, si disponible en urgence, permettant le diagnostic d’AIAP et d’éliminer une spondylodiscite, le principal diagnostic différentiel d’origine rachidienne.

Liens d’intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d’intérêts.

Références

1. Halpin D, Gibson R (1987) Septic arthritis of a lumbar facet joint. *J Bone Joint Surg Br* 69-B:457–9
2. André V, Pot-Vaucel M, Cozic C, et al (2015) Septic arthritis of the facet joint. *Med Mal Infect* 45:215–21
3. Yoon J, Efendy J, Redmond MJ (2020) Septic arthritis of the lumbar facet joint. Case and literature review. *J Clin Neurosci* 71:299–303
4. Michel-Batôt C, Dintinger H, Blum A, et al (2008) Une forme particulière d'arthrite septique : l'arthrite septique interapophysaire postérieure. *Rev Rhum* 75:82–6
5. Bureta C, Tominaga H, Yamamoto T, et al (2018) Lumbar spine epidural abscess and facet joint septic arthritis due to *Streptococcus agalactiae*: a case report. *BMC Surg* 18:16
6. Haute Autorité de santé (2019) Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune (Dernier accès le 4 avril 2019)
7. Kuyumcu G, Simpfendorfer CS, Babic M, et al (2017) Septic arthritis of an atlantoaxial facet joint with normal inflammatory markers: case report and literature review. *World Neurosurg* 98:870.e11–870.e15
8. Boukoucha M, Klaii M, Khelifa RB, et al (2020) Arthrite infectieuse interapophysaire postérieure : à propos de 3 cas. *J Neuro-radiol* 47:118
9. Pot-Vaucel M, Cormier G, Varin S, Hamelin JP (2007) Arthrites septiques des articulations interapophysaires postérieures. *Rev Rhum* 74:1116
10. Kimura H, Fujibayashi S, Otsuki B, et al (2018) Pyogenic arthritis of a lumbar facet joint, a rare cause of retroperitoneal abscess: a case report. *Spine Surg Relat Res* 2:159–62