

Cheville

Ponctionnez la cheville par une voie d'abord antéro-externe ou antéro-interne en regard de l'extrémité inférieure du tibia et immédiatement en dehors ou en dedans des tendons extenseurs.

Traitement

Traitez les arthrites septiques par évacuation du pus articulaire en urgence et antibiotiques par voie générale. Évacuez le pus par arthrotomie et toilette articulaire, si c'est faisable au niveau de votre hôpital. Sinon, faites des ponctions itératives tous les jours jusqu'à ce que le liquide revienne clair et exempt d'infection. Immobilisez l'articulation par une attelle pendant la première phase du traitement. N'autorisez pas le patient à mettre en charge l'articulation atteinte. Poursuivez les antibiotiques pendant au moins 6 semaines. Passez à des antibiotiques par voie orale lorsque la tuméfaction articulaire aura diminué et la mobilisation cessé d'être douloureuse, ce qui survient en général vers le 10^e-14^e jour.

OSTÉOMYÉLITE

L'ostéomyélite, ou infection de l'os, survient par inoculation directe à partir d'une plaie en regard ou par diffusion hématogène à partir d'un foyer infectieux distant. Le début est brutal (ostéomyélite aiguë), mais non traitée l'évolution se fait vers l'ostéomyélite chronique.

Dans beaucoup de zones géographiques, l'ostéomyélite est endémique et se présente comme une affection chronique quiescente. Le staphylocoque est le germe en cause le plus souvent, et les localisations les plus fréquentes sont le fémur et le tibia.

L'infection par voie hématogène débute par l'implantation du germe dans les sinusoides postcapillaires de la face métaphysaire du cartilage de conjugaison. Les germes prolifèrent dans cette zone de circulation sanguine ralentie, causant une infection intramédullaire. Il s'agit de la phase aiguë. Si l'infection n'est pas traitée, il se forme une cavité abcédée à l'intérieur de l'os. La pression à l'intérieur de l'abcès fait diffuser le pus à travers l'os cortical. Le périoste est refoulé, et il se forme un abcès sous-périosté (Figure 27.10).

Cette étape marque le début de la forme chronique de la maladie. À ce stade, il y a habituellement des signes cliniques d'atteinte des tissus mous avec une tuméfaction, une rougeur et une sensibilité à la palpation. En l'absence de traitement, l'infection va soit se fistuliser à la peau pour décompresser l'abcès, soit diffuser sous le périoste atteignant ainsi la majeure partie de la diaphyse. Dans cette dernière éventualité, la diaphyse est entourée par un abcès, est privée de tout apport sanguin et devient elle-même un séquestre.

Le phénomène le plus important du processus survient alors : la gaine périostée soulevée fabrique de l'os qui forme l'enveloppe (Figure 27.11).



- L'origine de l'infection osseuse est la diffusion hématogène, l'inoculation à partir d'une plaie et la chirurgie osseuse.
- L'infection aiguë est traitée par les antibiotiques ; une fois l'abcès constitué, le drainage chirurgical est nécessaire.
- L'ostéomyélite chronique est la forme la plus courante ; une fistule et un séquestre (fragment d'os nécrosé) sont habituellement présents.
- L'ablation du séquestre est nécessaire à la guérison mais il faut attendre que l'enveloppe (os réactionnel) se soit formée.

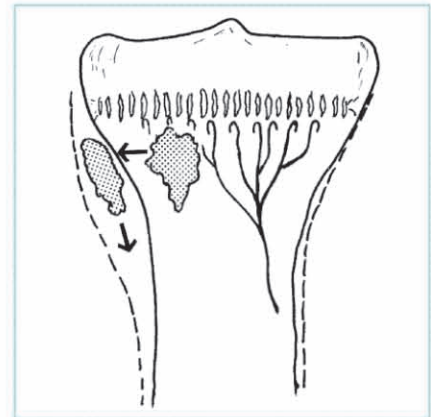


Figure 27.10 : Ostéomyélite avec constitution d'un abcès sous-périosté

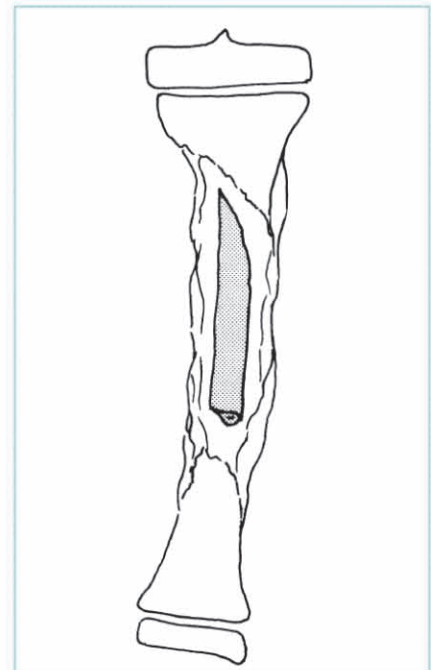


Figure 27.11 : Ostéomyélite au stade de la nécrose osseuse

De l'intégrité de l'enveloppe vont dépendre la forme et la fonction du membre. Une lésion du périoste, que ce soit par l'agressivité du processus infectieux ou par une intervention chirurgicale intempestive, provoquera la formation d'une enveloppe incomplète et une déformation du membre. Le cartilage de conjugaison peut également être atteint si l'infection est sévère.

Bilan et diagnostic

Les patients atteints d'ostéomyélite aiguë présentent une douleur, de la fièvre, une tuméfaction locale et une impotence fonctionnelle. Il peut y avoir des antécédents de traumatisme, d'angine, ou d'autres infections intercurrentes.

La douleur à la palpation est maximale au niveau de la région métaphysaire de l'os atteint. La mobilité des articulations adjacentes est limitée, mais un certain degré de mobilité est généralement possible sans douleur. Les radiographies de l'os sont généralement normales à cette phase, mais peuvent montrer l'œdème des parties molles.

À la phase quiescente, l'ostéomyélite peut être asymptomatique, ou les symptômes peuvent se limiter à une tuméfaction minime du membre. Lorsqu'il y a une réactivation de l'infection, le membre devient tuméfié et douloureux, comme lors d'une infection aiguë. Lorsque l'infection se fraie un chemin vers la surface, une fistule se forme. En général, la tuméfaction et la douleur diminuent à ce stade. Une radiographie prise à ce stade montre un os déformé, présentant habituellement une cavité qui contient un fragment d'os nécrosé : le séquestre.

Traitement

Lorsqu'un patient est vu à moins de 48 heures du début des symptômes, traitez l'ostéomyélite aiguë par des antibiotiques par voie intraveineuse. Faites un relais par voie orale à 4-6 semaines si l'infection est maîtrisée. L'évolution favorable est marquée par l'absence de fièvre, la diminution des douleurs, de la tuméfaction et de la sensibilité à la palpation, et par une reprise de la fonction du membre.

Une radiographie prise après 2-3 semaines de traitement peut montrer une raréfaction osseuse et une mince bande d'ostéophytose sous-périostée. Ces signes sont caractéristiques et ne signifient pas que l'infection n'est pas maîtrisée. Une radiographie doit être réalisée 2-4 semaines plus tard. Si l'infection est maîtrisée, les signes radiologiques doivent avoir disparu. Si un abcès se forme, l'infection est au-delà de la phase aiguë et un traitement chirurgical est nécessaire.

Technique de traitement de l'abcès

1. Sous anesthésie, faites l'asepsie du membre concerné. Incisez directement en regard de la métaphyse de l'os atteint dans la zone de tuméfaction maximale.

2. Incisez la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle et le périoste. S'il n'y a pas de pus, percez plusieurs trous à travers la corticale jusqu'au canal médullaire pour permettre au pus de s'écouler.
3. Lavez la cavité pour évacuer tout le matériel purulent. Fermez la peau de manière lâche sur un drain et envoyez un échantillon de matériel infecté pour analyse bactériologique.
4. Pour les infections vues après la phase aiguë, le but du traitement est de drainer la cavité abcédée tout en permettant à l'enveloppe de se former.
5. Différez l'ablation du séquestre jusqu'à ce que l'enveloppe se soit entièrement formée, ce qui prend entre 6 et 12 mois. L'utilisation des antibiotiques à ce stade devrait se limiter au traitement d'une infection évolutive des parties molles, d'une septicémie, d'une infection localement agressive ou pour encadrer la séquestrectomie chirurgicale.
6. Une fois que l'enveloppe s'est formée correctement, le séquestre peut être enlevé pour contrôler l'infection résiduelle. La séquestrectomie peut être difficile si le séquestre est gros, et il faut prendre soin de ne pas casser l'enveloppe. Le séquestre peut être enclavé dans l'enveloppe et il faut alors le fragmenter pour l'enlever. Après la chirurgie, protégez le membre par un plâtre pour prévenir la fracture. Fermez la plaie sur des drains, ou laissez-la ouverte pour greffe de peau fine ultérieure.
7. Les patients présentant une poussée aiguë sur ostéomyélite chronique sont nombreux. Souvent une infection peut rester silencieuse plusieurs années, puis se manifester par une poussée avec infection aiguë des tissus mous, avec ou sans fistule. Habituellement, on découvre un séquestre cause de la récurrence infectieuse. Traitez par des antibiotiques, l'évacuation de l'abcès et l'ablation du séquestre.
8. Si l'enveloppe ne s'est pas formée ou est insuffisante pour assurer la solidité d'un membre fonctionnel, des procédés de reconstruction sont habituellement nécessaires une fois que l'infection a été maîtrisée.

27.4 MALADIES DÉGÉNÉRATIVES

ARTHROSE ET ARTHRITE

L'arthrose est une usure du cartilage articulaire. Elle survient avec l'âge, ou est consécutive à un traumatisme articulaire ou à une infection articulaire ancienne. L'arthrite est une irritation ou une inflammation des articulations secondaire à une réaction immunitaire qui détruit les articulations (arthrite rhumatoïde). Elle atteint en général plusieurs articulations et aboutit progressivement à des déformations articulaires. Dans les deux cas le cartilage articulaire est atteint devenant initialement rugueux et irrégulier, l'évolution se faisant vers la destruction complète. Les signes sont la douleur, la tuméfaction et la perte de mobilité.

Bilan et diagnostic

Arthrose

L'arthrose est caractérisée par :

- Signes fonctionnels
 - Douleur s'installant petit à petit
 - Mobilité diminuée et raideur articulaire
 - Tuméfaction modérée.
- Signes cliniques
 - Douleur à la palpation des articulations
 - Ostéophytes palpables en regard des interlignes articulaires
 - Diminution de la mobilité.
- Signes radiologiques
 - Pincement articulaire
 - Ostéocondensation sous-chondrale
 - Ostéophytes
 - Géodes sous-chondrales.

Arthrite rhumatoïde

L'arthrite rhumatoïde est caractérisée par :

- Signes fonctionnels
 - Articulations douloureuses et tuméfiées avec raideur matinale
 - Atteinte synchrone fréquente de plusieurs articulations
 - Antécédents familiaux possibles.
- Signes cliniques
 - Articulations tuméfiées et douloureuses à la palpation avec limitation de la mobilité
 - Atteinte fréquente des mains et des pieds
 - Déformation fréquente
 - 75 % des patients ont une laxité dangereuse de l'articulation C1-C2.
- Signes radiologiques
 - Pincement articulaire et raréfaction osseuse
 - Érosions des bords articulaires fréquentes
 - Ostéophytes rares.

Traitement

Repos

Réduisez les activités pour protéger l'articulation de dommages ultérieurs. Pendant les poussées d'arthrite rhumatoïde, immobilisez les articulations avec des attelles de plâtre amovibles. Reprenez la mobilisation dès que la douleur le permet.

Médicaments par voie orale

Prescrivez des anti-inflammatoires oraux comme l'aspirine ou l'ibuprofène. Les patients avec une arthrite rhumatoïde peuvent bénéficier de la prescription de corticostéroïdes oraux ou de médicaments spécifiques.

Infiltrations

Pour l'arthrose, n'utilisez les infiltrations de cortisone intra-articulaire qu'avec parcimonie, car elles accélèrent souvent la destruction du cartilage.

Chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde, la cortisone permet de contrôler l'inflammation, et des infiltrations régulières peuvent être utiles.

Rééducation

Dans tous les types d'arthrite, essayez de préserver la mobilité articulaire et la force musculaire au niveau des membres. Des muscles forts protègent l'articulation et ralentissent le processus dégénératif.

Chirurgie

La chirurgie peut être nécessaire au dernier stade de destruction articulaire ou en cas d'absence de réponse au traitement médical chez des patients atteints d'arthrite rhumatoïde.

BURSITES ET TENDINITES

Les bourses séreuses sont constituées de membrane synoviale et contiennent une petite quantité de liquide. Elles sont situées entre des structures qui bougent les unes par rapport aux autres, et servent à diminuer les frottements. Lorsqu'elles subissent une trop forte pression ou des mouvements excessifs, elles deviennent inflammatoires, se remplissent de liquide et sont douloureuses.

Les tendons sont très sensibles aux phénomènes inflammatoires dus à une trop forte sollicitation à leur insertion osseuse (épicondyle latéral de l'humérus) ou à leur passage à travers une gaine synoviale (tendons fléchisseurs des doigts ou tendon d'Achille près de la cheville).

Bilan et diagnostic

Le diagnostic repose sur un mécanisme de sollicitation excessive et des signes cliniques de douleur à la palpation, d'œdème et de douleur à la mobilisation.

Sièges habituels des bursites et des tendinites

Bursites

- Bourse sous-acromiale (Figure 27.12)
Située entre l'acromion et la coiffe des rotateurs. La bursite provoque une douleur à l'abduction ou à la flexion de l'épaule (conflit sous-acromial).
- Bourse olécrânienne (Figure 27.13)
Il s'agit d'une affection courante provoquée par l'appui du coude sur des surfaces dures. L'hygroma infecté est fréquent dans cette localisation, et il faut donc ponctionner la bourse et examiner le liquide à la recherche d'une infection avant de traiter comme une bursite inflammatoire. Le liquide infecté est trouble et contient des germes identifiables sur un frottis coloré au Gram. L'infection se traite par la mise à plat chirurgicale et les antibiotiques.



- La bursite et la tendinite sont une réaction inflammatoire à un surmenage.
- Les localisations fréquentes des bursites sont les épaules, les coudes, les hanches et les genoux.
- Les tendinites les plus fréquentes s'observent au niveau de l'épicondyle, de l'apophyse styloïde radiale, du tendon rotulien, du tendon d'Achille, et de l'aponévrose plantaire.
- Le traitement comporte le repos et les anti-inflammatoires. Les infiltrations de corticoïdes dans les bourses peuvent être utiles, mais sont à proscrire pour les gros tendons.

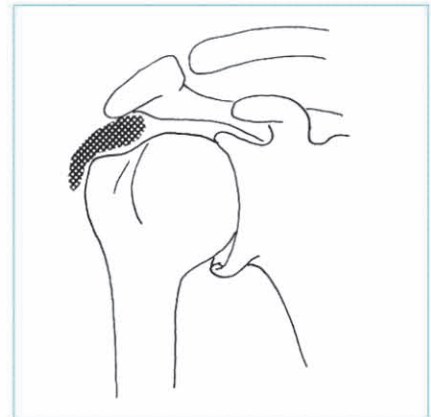


Figure 27.12 : Bursite sous-acromiale



Figure 27.13 : Hygroma du coude

- Bourse trochantérienne (Figure 27.14)
Il s'agit d'une cause fréquente de douleur latérale de la hanche. Le diagnostic repose sur une douleur à la marche évoluant depuis quelques temps, une douleur lors du décubitus latéral sur le côté atteint ou à la palpation en regard et légèrement en arrière du grand trochanter.
- Bourse prérotulienne (Figure 27.15)
Chacune des quatre bourses situées autour du genou peut se manifester par une inflammation et des douleurs. La bursite prérotulienne (hygroma du genou) est la plus fréquente. Elle est due à la pression directe sur le genou et se voit chez des patients qui travaillent à genoux. Les autres bourses (de la patte d'oie, sous-rotulienne et du long péronier latéral) sont irritées par des sollicitations excessives lors de la marche ou de l'escalade.

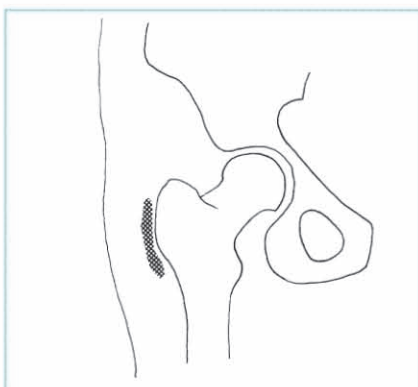


Figure 27.14 : Bursite trochantérienne

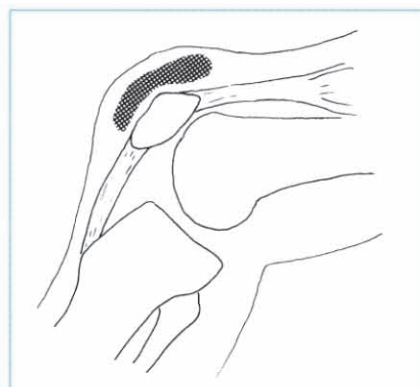


Figure 27.15 : Hygroma du genou

Tendinites

- Épicondylite (tennis elbow) (Figure 27.16)
Se manifeste par une douleur lors de la préhension d'objets et une douleur à la palpation de l'insertion proximale des muscles extenseurs du poignet et des doigts sur l'épicondyle latéral.
- Ténosynovite chronique sténosante de De Quervain (Figure 27.17)
Concerne les tendons du muscle long abducteur du pouce et court extenseur du pouce et leurs gaines séreuses en regard de l'apophyse styloïde radiale.

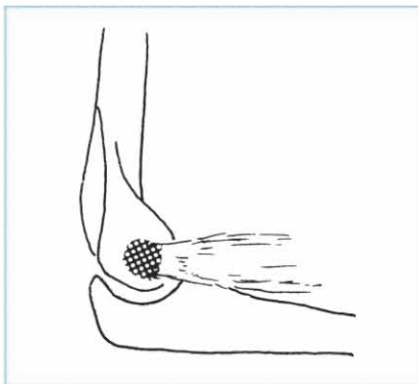


Figure 27.16 : Épicondylite

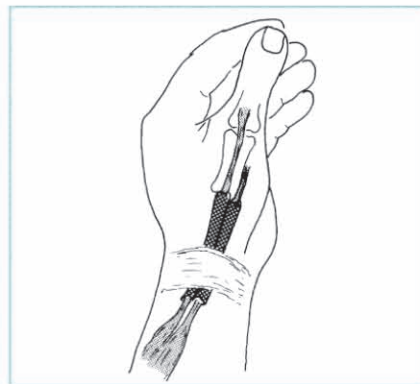


Figure 27.17 : Ténosynovite chronique sténosante de De Quervain

- Doigt à ressort (Figure 27.18)

La ténosynovite d'un tendon fléchisseur aboutit à la formation d'un nodule sur le tendon à la partie distale de la paume de la main. Ce nodule va provoquer un blocage au passage dans la poulie, provoquant le ressort entre la flexion et l'extension.

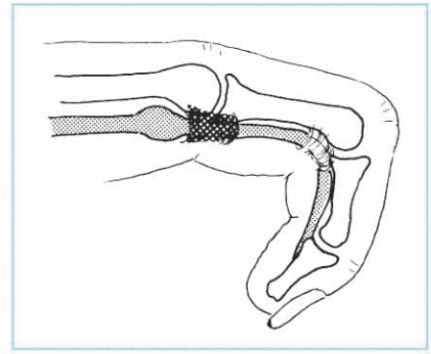


Figure 27.18 : Doigt à ressort

- Ténosynovite du tendon d'Achille (Figure 27.19)

Se manifeste par une douleur de la portion tendineuse du muscle triceps sural au niveau, ou au-dessus, de son insertion sur la tubérosité du calcaneum. Le tendon passe dans une gaine et la formation de nodules ou de calcifications est fréquente.

- Fasciite plantaire (talagie) (Figure 27.20)

Provoque une douleur lors du transport de poids à l'insertion de l'aponévrose plantaire sur le calcaneum.

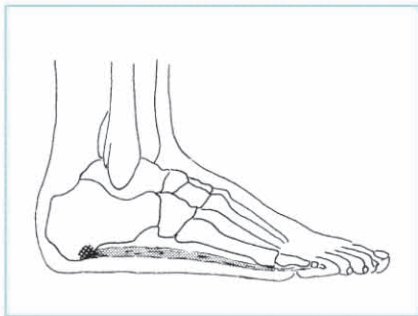


Figure 27.20 : Talagie

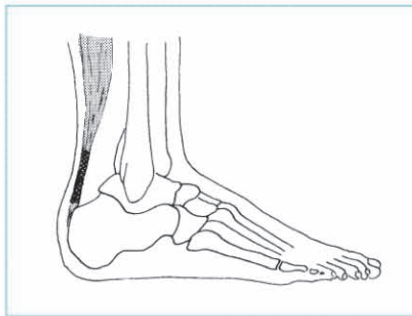


Figure 27.19 : Ténosynovite du tendon d'Achille

Traitement

Repos

Le patient devrait diminuer ses activités et porter une attelle plâtrée quelque temps, puis reprendre progressivement ses activités lorsque les douleurs ont disparu. Les applications de chaud ou de froid peuvent avoir un effet bénéfique sur l'inflammation.

Médicaments

Prescrivez des anti-inflammatoires oraux (aspirine ou ibuprofène). Les infiltrations de corticoïdes dans les bourses séreuses et les gaines tendineuses peuvent être efficaces en cas d'échec des autres traitements.

N'injectez pas de corticoïdes directement dans les tendons. Ils diminuent la solidité du tendon et conduisent à sa rupture.

Chirurgie

Parfois, l'ouverture chirurgicale de la gaine tendineuse est nécessaire pour prévenir l'irritation persistante du tendon. Ce geste est particulièrement indiqué pour la ténosynovite chronique sténosante de De Quervain et les doigts à ressort.

