
Ostéoarthrite de hanche à
Fusobacterium necrophorum dans les
suites d'une angine

Présentation atypique d'un syndrome
de Lemierre

Définition/Epidémiologie

- Nécrobacillose = septicémie à *Fusobacterium*
 - + Thrombose de la VJ
 - + localisations septiques secondaires
 - Dans les suites d'une infection ORL banale

 - Infection rare, mais en augmentation...
 - Incidence 1 à 2/million habitants/an
 - Sex ratio 2/1, prédominance masculine
 - Adulte jeune en bonne santé
-

Bactériologie

- Agents pathogènes: BGN anaérobie
 - ❑ *Fusobacterium necrophorum* ++++
 - ❑ *F nucleatum*
 - ❑ *Bacteroides assacharolytica*, *B uniformis*, *B gracilis*....
 - Commensaux sphère ORL, tube digestif et du tractus uro-génital
-

Facteurs de Virulence

Sécrétion hémolysine + lipase:

Activité hémolytique: zone anaérobie

Activité pro agrégante: thrombus septique

Sécrétion Leucotoxine:

inhibe migration GB: anti-phagocytose

Clinique

- Point de départ:
 - Angine/Pharyngite +++
 - Autres: Mastoïdite, OMA, amygdalectomie, sinusite, abcès/soins dentaires
 - Thrombose VJ ou collatérale: torticolis, empâtement ou asymptomatique
 - Emboles septiques et localisations secondaires
 - Syndrome infectieux bio et clinique +++ (sepsis sévère, choc)
-

Localisations secondaires

- Pulmonaire +++:
 - Abscès pulmonaires
 - Infiltrats parenchymateux
 - Épanchements pleuraux
 - Arthrites septiques (ostéomyélites)
 - Abscès hépatiques et spléniques
 - Méningites, endocardites
-

Bilan imagerie

- RP
 - Echo doppler
 - Scan cervico thoracique injecté: le + sensible
 - Thrombose VJ
 - Complication ORL/adénophlegmon
 - Atteinte pulmonaire
 - Fonction des localisations secondaires
-

Cas clinique

- Filles 13 ans, Pharyngite, TTT roxithromycine + corticoïde
 - Examen initial
 - Angine EP + ADP (pas de phlegmon)
 - Polyarthralgies mb inf (sans signe clinique d'arthrite septique) + myalgies
 - Sd clinique infectieux important
 - Hémodynamique conservé
-

Examens Paracliniques

■ BIO:

- ❑ Sd inflammatoire bio (CRP, Fbg, PNN)
 - ❑ Thrombopénie (34 000/mm³)
 - ❑ Myélogramme: normal
 - ❑ J4 Hémoc anaérobie: BGN
 - ❑ J6: *Fusobacterium necrophorum*
-

Examens Paracliniques

■ Imagerie:

- ❑ Echo cervicale: pas de TVJ
 - ❑ Echo hanche J3: ptt épanchement réactionnel ? + infiltration parties molles
 - ❑ IRM bassin J7: Ostéomyélite (micros abcès col fémoral) + myosite + épanchement intra articulaire minime
 - ❑ Scinti os: atteinte isolée hanche G
 - ❑ RP: nle
-

PEC Thérapeutique

■ ATB:

- ❑ J1 Ceftriaxone + amikacine
- ❑ J4 Imipénème + métronidazole (BGN anaérobie)
- ❑ J6 Amoxicilline + métronidazole (F.n)

■ TTT Chirurgical:

- ❑ J8 Drainage col fémoral: liquide purulent
 - ❑ Ponction intra art hanche: liquide réactionnel
-

Evolution

- Amélioration en post op J9-10
 - J29: Aggravation clinique et bio
 - Sd infectieux
 - Imagerie: IRM J29: Majoration épanchement intra art hanche G
 - 2nd chir: Arthrotomie + drainage
 - J40: Nécrose du col fémoral
 - 6 mois: séquelles orthopédiques ++: raideur
-

Traitement ATB total

- Total IV:

- 6 sem IV d'amoxicilline
- + 4 sem de FLAGYL® puis 2 sem RIFADINE®

- Total PO:

- 6 sem d'amoxicilline
-

Bactériologie: Apport de la PCR

- **1^{ère} chir J8:**

- Liquide intra osseux: Purulent
 - Stérile
 - PCR *F. necrophorum* +
- Liquide ponction art hanche G: Réactionnel
 - Stérile
 - PCR *F. necrophorum* –

- **2nd chir J30:**

- Liquide intra art hanche G: Stérile
 - PCR *F. necrophorum* +
-

Cas Arthrite à *F.n* en pédiatrie

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Sexe	F	F	M	M
Age	11 ans	4 ans	9 ans	8 ans
Point de départ	Angine	examen dentaire	amygdalectomie	Abcès dentaire
Articulation	Hanche G	Genou D	Hanche D	Genou D
Identification du germe par hémoc	Hémoculture +	Hémoculture -	Hémoculture+	?
Culture	PCR sur liquide articulaire	culture sur liq art	culture sur liq art	culture sur liq art
traitement chir	2 arthrotomies J8+J30	3 arthrotomies	2 arthrotomies J1+ J7	1 arthrotomie
Traitement ATB IV	6 s amoxicilline + 4 s métronidazole puis 2 s rifampicine	21j ampicilline + sulbactam puis clindamycine + méropénème 21 j	4j amoxicilline puis clindamycine + Péni G 14j	6j ampicilline + flucloxacilline
Traitement ATB PO	6 s amoxicilline		21 j clindamycine	métronidazole

Discussion sur cas clinique

- Présentation initiale atypique:
 - Polyarthralgies réactionnelles + myalgies
 - Absence d'atteinte pulmonaire
 - Echo cervicale: pas de TVJ
 - Arthrite de hanche secondaire malgré ATB adapté
-

Traitement

- ATB:
 - Bi ATB
 - Pénicilline A ou G ou C3G + métronidazole
 - clindamycine seule
 - IV initialement
 - Durée totale fonction atteintes secondaires

 - Anticoagulation ?

 - TTT chirurgical
-

Discussion: Sd Lemierre

- En augmentation?
 - ❑ Moindre utilisation ATB (TDR) dans infection ORL
 - ❑ Utilisation macrolide, inefficace
 - ❑ Plus de diagnostic bactériologique
-

Conclusion

- Complication rare à partir d'une infection ORL bénigne
 - Se méfier si aggravation clinique sous ATB, TTT macrolide inefficace,
 - inutilité des corticoïdes
 - Difficile à diagnostiquer sur un plan bactériologique
-







