

# Prise en charge des bursites septiques

# Présentation

- Bourse – anatomie
- Bursite microtraumatique/septique
- Bursite septique
- Ecologie bactérienne
- Diagnostic
- Arbre décisionnel
- Cas clinique

# Anatomie

Une bourse est une cavité virtuelle, fermée dont les parois sont formées d'un tissu conjonctif lâche tapissé de cellules ressemblant aux synoviocytes.

Une bourse est destinée à faciliter le glissement entre deux plans anatomiques. La vascularisation est pauvre.

# Bourse olécraniennne

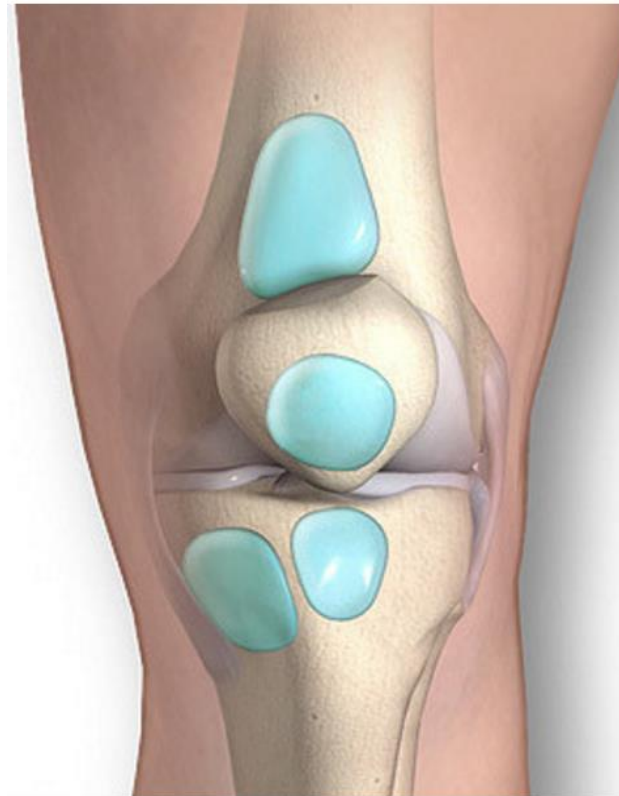


Netter

*On dénombre dans l'organisme jusqu'à 160 bourses*

# Bourses du genou

On décompte jusqu'à 12 bourses au genou



# Bursite microtraumatique



**UCL**  
Université  
catholique  
de Louvain

Cet article est publié dans : *Ecole d'orthopédie de l'UCL, Orthopédie pratique. Le Bon diagnostic pour le bon traitement. Bruxelles, 2013-2016.*  
2013-UCL-Faculté de médecine et de médecine dentaire - 50, Avenue Emmanuel Mourier - B-1200 Bruxelles



Cet article est diffusé sous licence Creative Commons : Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions (CC BY-NC-SA)

Cofer

[www.iecofer.org](http://www.iecofer.org)

# Bursite infectieuse



1 tiers des bursites environ

# Incidence

L'incidence des bursites aiguës infectieuses =  
0,1 à 1 cas pour 100 000 admissions hospitalières

Probablement sous évaluée

*McAfee JH. West J Med. nov 1988*



# Population

- 80 % hommes, âgés de 40 à 60 ans
- Traumatismes ou microtraumatismes répétés :  
Travail/Loisirs
- Augmentation de l'incidence des bursites septiques olécraniennes durant l'été en raison des activités extérieures
- Tableau des maladies professionnelles

Contamination par voie cutanée quasi-exclusive (SAMS++ 80%)  
microorganismes rares ou exotiques, d'identification difficile

Facteurs favorisants :

- alcool
- diabète,
- corticothérapie locale ou générale,
- terrains immunodéprimés .

• Quelques contaminations iatrogènes

# Ecologie bactérienne :

Laëtitia Le Clerc de Bussy. Prise en charge des bursites aiguës infectieuses : à propos de 89 cas. Médecine humaine et pathologie. 2016

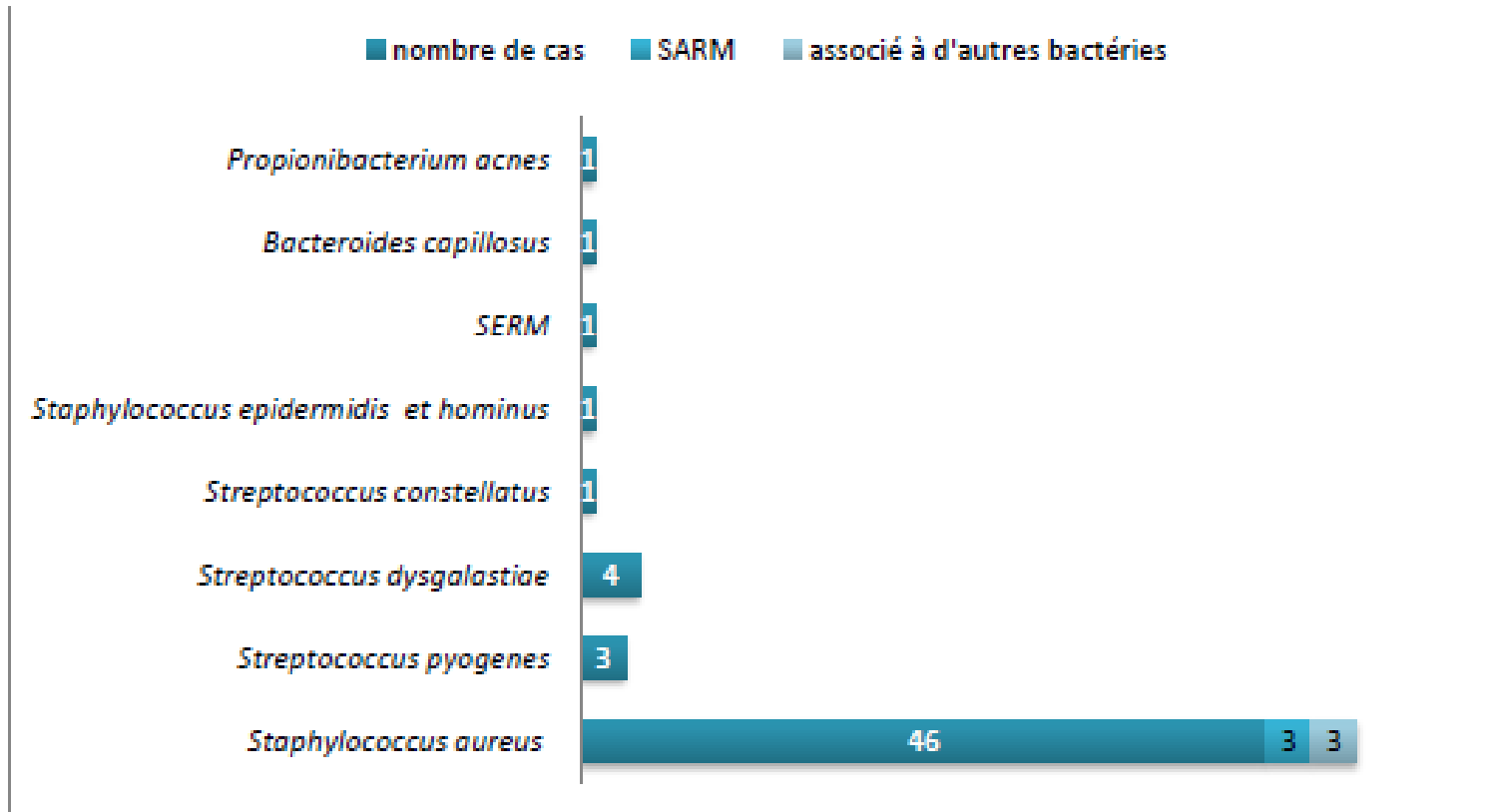


Figure 3: Bactéries causales isolées dans 64 des 89 cas étudiés.

# Diagnostic

- Douleur
- Gêne fonctionnelle (*vs arthrite- impotence totale- pas de choc rotulien...*)
- Tuméfaction de la bourse,
- Chaleur locale
- Rougeur *majorées mais non caractéristique*
- Fièvre *20 à 77%*
- Adénopathie sus-jacente ou des signes généraux

# Examens diagnostiques :

## Ponction

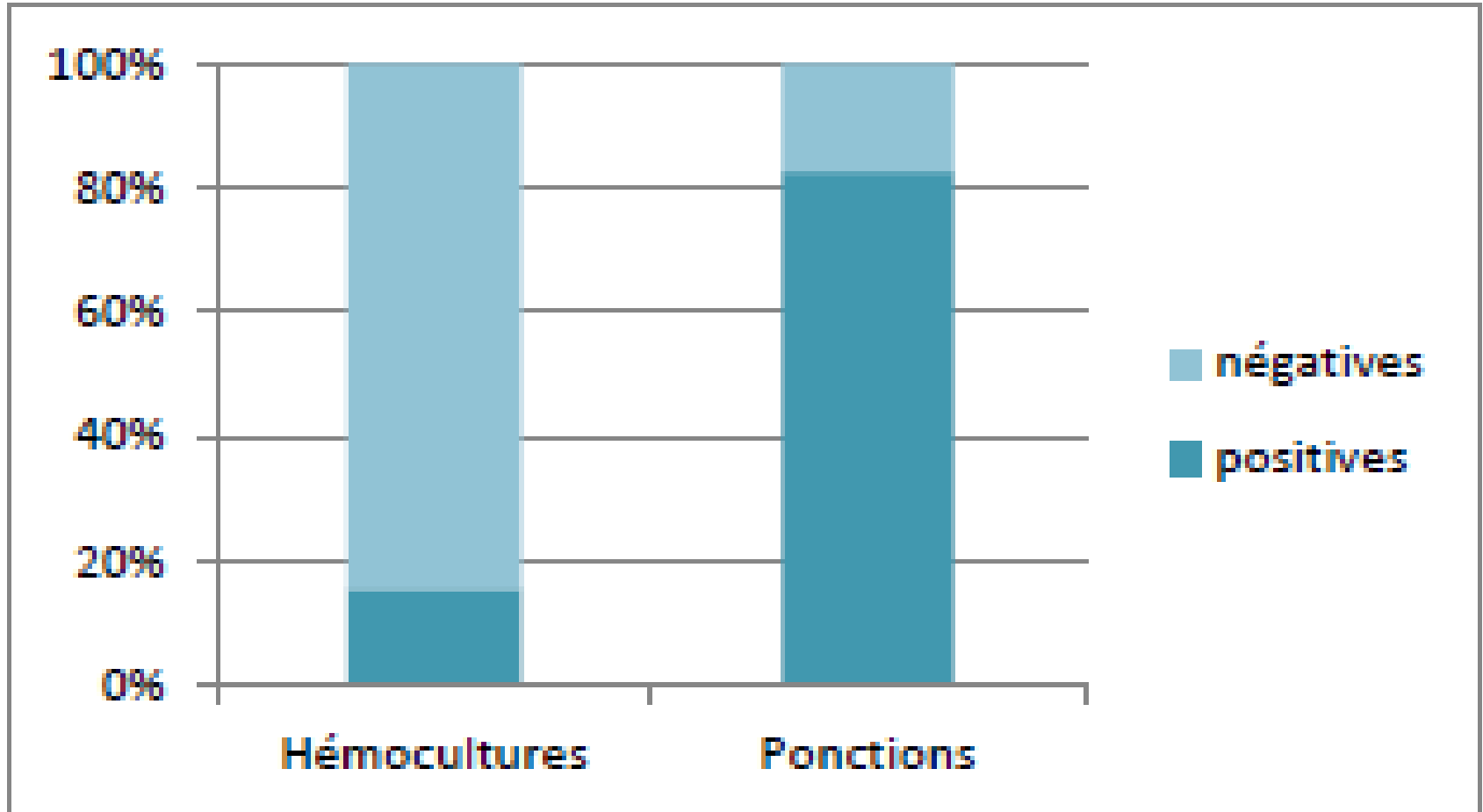
- Ponction – analyse bactériologique
- Non consensuelle
- Bactériologie et cytologie

*Harris Pinks C . Curr Sports Med Rep.  
2016*



# Rentabilité diagnostique

Laëtitia Le Clerc de Bussy. *Prise en charge des bursites aiguës infectieuses : à propos de 89 cas.*  
Médecine humaine et pathologie. 2016.



→ Geste simple pour les bursites superficielles

Discuté :

→ Antibiothérapie probabiliste efficace dans la grande majorité des cas

→ 35 à 70% d'antibiothérapie reçue avant le recours à l'hôpital

Culture du liquide de ponction sur milieu liquide de type hémoculture

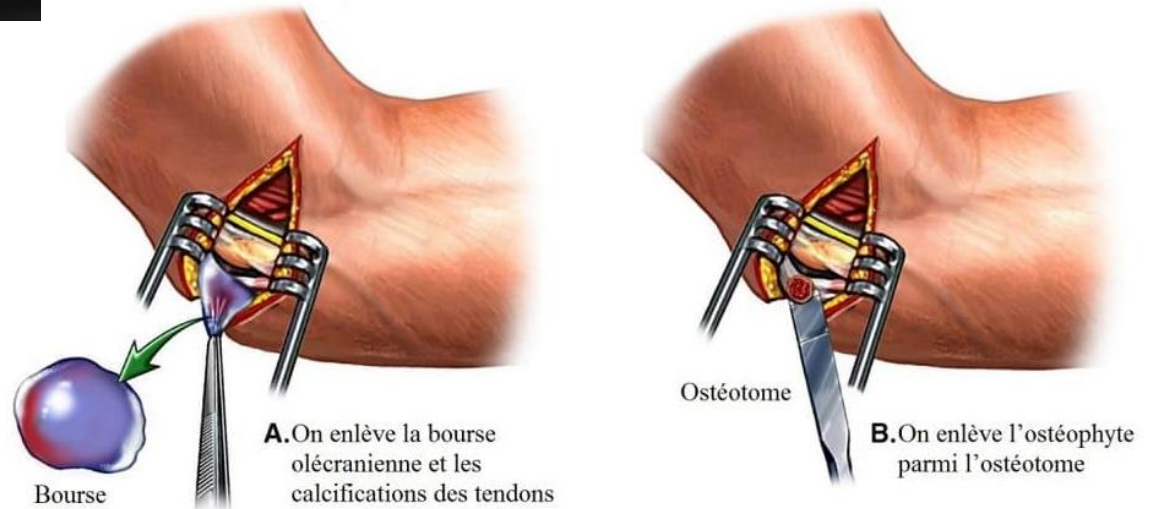
→ identifie la bactérie dans 100% des cas, Se 100%, Spe 89% et VPP 89%

*Stell et al. BMJ. 1998*

# Radiographie

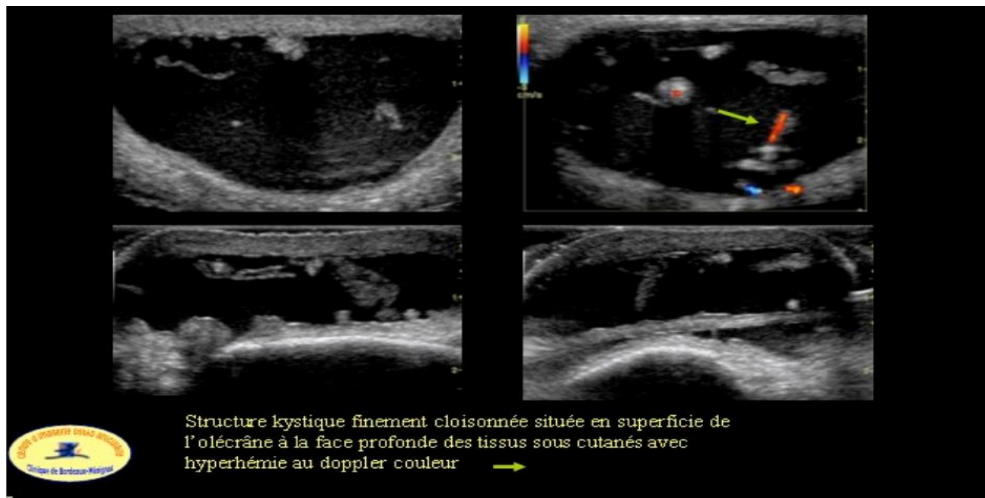


## Chirurgie pour bursite au coude





# Echographie

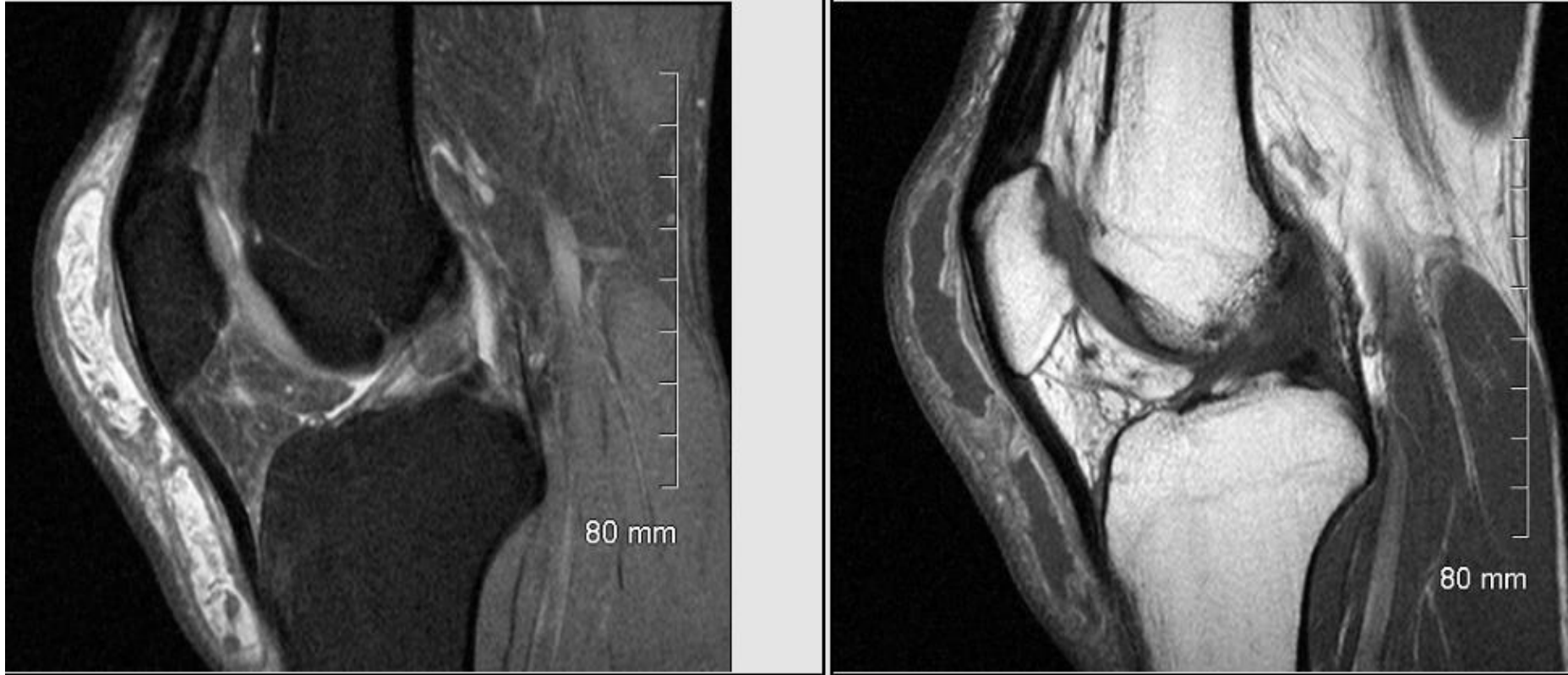


Très efficace  
 Collection liquidienne  
 Compressible  
 Prolifération synoviale  
 Corps étrangers/débris  
 Hypervascularisation  
 Tendinite du triceps et calcification

**Table 1** (+ minimum, +++ maximum)

	non-infective (n = 29)	infective (n = 5)
<i>clinical and laboratory data</i>		
co-existent precipitant: acute trauma	(-)	(-)
repetitive trauma	(2)	(-)
RA	(-)(-)	(-)(-)
Gout	none	
duration of symptoms	2 – 3 weeks	5 – 7 days
local signs of inflammation	+ (mild)	+++ (severe)
leucocyte count	normal, slight elevation (4,000 – 10,000)	elevated (more than 10,000)
CRP	0 – 8 mg/l	over 8 mg/l
ESR	normal, 5 – 15 mm/hour	elevated, more than 15 mm/hour
<i>ultrasonographic findings</i>		
presence of fluid	large fluid collection fluid clear with some debris (more than 5 cc)	small fluid collection, not clear with debris (less than 5 cc)
presence of fluid	+	+
degree of fluid	++	+
debris in fluid	(-)	+
discrete loose bodies	2	(-)
degree of bursal wall thickening	+++	+
degree of synovial thickening	++	+
degree of hyperaemia	(-)	+

# IRM



Non nécessaire

Floemer, F., et al. (2004). American Journal of Roentgenology  
Pas de signe spécifique infectieux ou non



# Antibiothérapie probabiliste

Active sur le **STAPHYLOCOQUE**

Amoxicilline + acide clavulanique  
Pristinamycine

*Stell I and al. J Accid Emerg Med 1996*  
*Pitts TC and a, J Med Cases, 2012*

# Modalités du Traitement :

## Per os :

Absence de comorbidités  
Suivi possible

## Intraveineuse :

Comorbidités/Immunodépression :  
ttt per os = 80% d'échec

Infection grave

Suivi impossible

# Evolution

4 jours d'antibiothérapie pour stériliser le contenu de la bourse si délai dgc <7j

Délai diagnostic < 2 semaines – stérilité en 7 jours ;  
*Ho G, Su EY. Arthritis Rheum.1981*

Persistance de l'érythème de 5 à 20 semaines avant régression totale (*Raddatz DA. J Rheumatol. 1987*)

25,5% de patients ayant une persistance des symptômes plusieurs mois (*Wilson. Postgrad Med J. 1987*)

4% d'ostéomyélites associées lorsque le délai au diagnostic est supérieur à 3 semaines. (*Garcia-Porrúa. J Rheumatol. 1999*)

Evolution favorable et pronostic excellent sans complication fonctionnelle à long terme

**Table 3.** Comparisons of treatment results with respect to severity of disease and routes of antibiotic administration

Patient subgroups*	Number of patients	Mean duration of symptoms, days	Average time required to sterilize bursal fluids (days ± SEM)	Statistical comparison†
Severe	7	2.0	3.9 ± 0.96	NS
Moderate	11	2.6	2.8 ± 0.44	
Intravenous	10	2.7	2.9 ± 0.61	NS
Oral	10	2.9	3.8 ± 0.64	
Severe/intravenous	6	2.0	3.4 ± 0.96	NS
Moderate/oral	8	2.6	3.1 ± 0.55	

\* Only patients with staphylococcal infections of less than or equal to one week's duration of symptoms are included.

† By Student's *t*-test. NS = not significant.

# Evolution

Pas d'intérêt à une antibiothérapie > 7j dans les bursites graves avec bursectomie.  
*(Perez C. J Antimicrob Chemother 2010)*

Forme sévère → hospitalisation et antibiotiques IV pendant 7 à 10 jours puis orale pendant 2 semaines

Ponction – aspiration + Cloxacilline seule (2g/4h puis 1g/6h) dans les cas légers à modéré  
+ gentamicine si compliqués  
*(Martinez-Taboada, V. M. et al. Joint Bone Spine. 2009)*

# Traitement chirurgical :

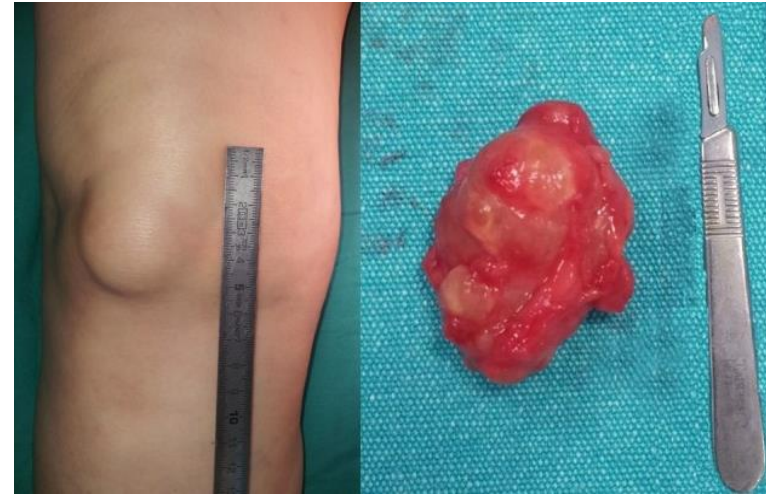
Incision – drainage  
Bursectomie

Pas de consensus

Si bursite réfractaire (Pas d'évolution malgré une ponction à l'aiguille et 7j d'antibio) (*Zimmermann B. Semin Arthritis Rheum.1995*)

Chirurgie d'emblée si (*Martinez-Taboada VM, JBS 2009*).:

- signes sévères d'infection,
- complications cutanées,
- corps étrangers,
- immunodépression





# Traitement chirurgical :

## Taux d'échec

Baumbach SF. Arch Orthop Trauma Surg. 2014

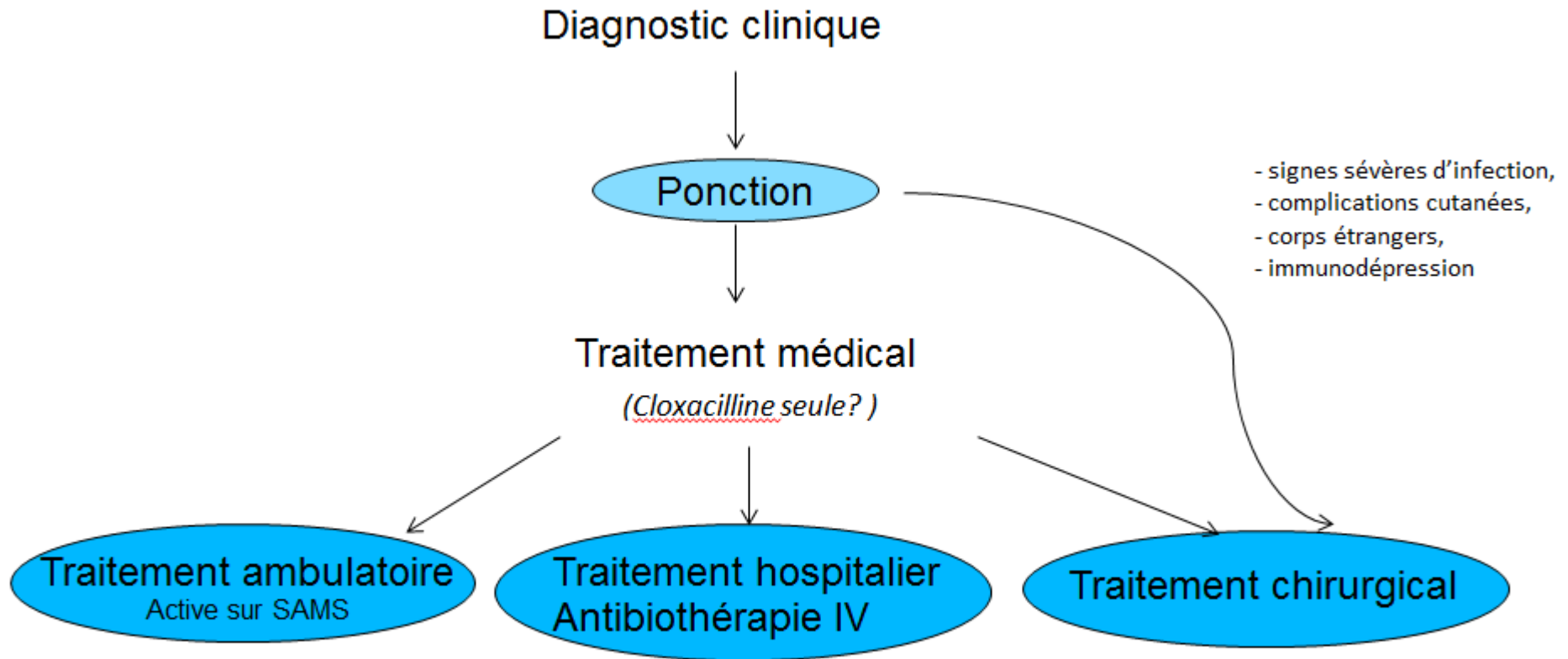
Traitement médical : 0 à 14 %

Bursectomie 20 %

Pas de différence entre les patients opérés et ceux traités par ponction évacuatrice en plus de l'antibiothérapie. (*Lieber SB. Infection. 2017*)

Plus de complications (*Eli T. Sayegh Arch Orthop Trauma Surg 2014*)

# Arbre Décisionnel



# Traitement chirurgical : Arthroscopie

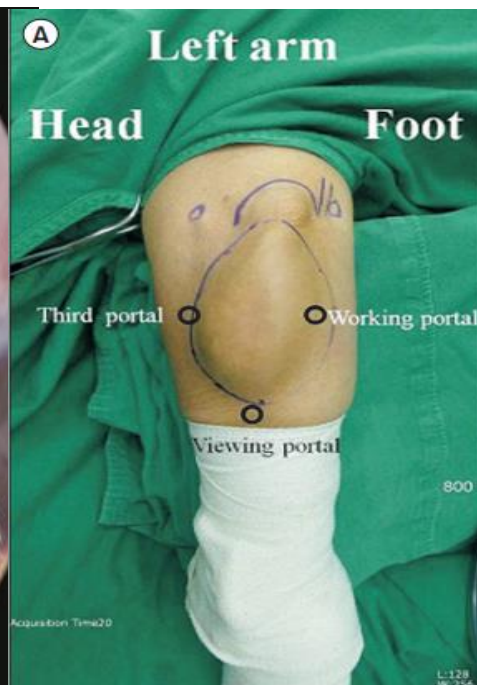
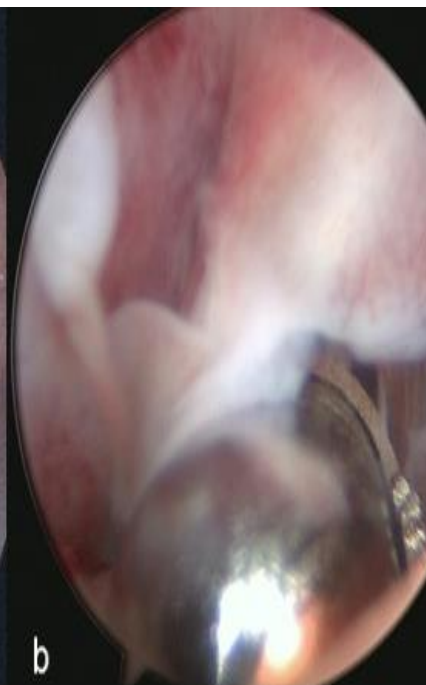
Rhyou, I. H. et al. The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume)2016

Meilleure évolution que chirurgie ouverte (NDP 4)

**Table 3.** Clinical results

	Septic (15 cases)	Aseptic (15 cases)
Recurrence	0	0
LOM	0	0
Tenderness	1	0
Complications	Skin necrosis:1 case	0

LOM: limitation of motion.



Walter, G., Kemmerer, M., & Hoffmann, R. (2013).

**Die chirurgische Therapie der eitrigen Bursitis olecrani und praepatellaris mittels Exzision und Vakuumokklusion. Zeitschrift Für Orthopädie Und Unfallchirurgie, 151(04), 353–357.**



79 patients :  
Bursectomie + VAC

# Pubmed : Occurences

- Bursitis → 5701
- Septic bursitis → 248
- Olecranon bursitis → 261
- Patellar bursitis → 168
  
- Septic olecranon bursitis → 73
- Septic patellar bursitis → 24

# Septic Bursitis : Litterature

- 19% review
- 5 essais cliniques dont 3 concernant uniquement les bursites
- 6% analyses rétrospectives
- 50% de case report
- 6% d'études vétérinaires

# Cas clinique



Kiné, 47 ans, à 15j plaie en jardinant

ATCD = 0

Frottement quotidien de la plaie contre blouson de moto sans guérison totale.

Depuis 48h apparition d'un oedème du coude G sans douleur à la mobilisation.

Cs° son MT >

Radio =

Pas d'argument pour arthrite,

bio = pas de sd inflammatoire

**Ponction : liquide purulent**





- sortie J1
- ablation redon avant la sortie
- attelle plâtrée antérieure 10 jours
- antibiothérapie probabiliste augmentin 7j

Bonne évolution post -opératoire

Streptococcus Intermedius MS

Merci de votre attention !