



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Caractéristiques et prise en charge des bursites : étude rétrospective
multicentrique à propos de 246 cas.**

Présentée et soutenue publiquement le 24/06/2019 à 18h00
Au Pôle Recherche
Par Kim NGUYEN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur CORTET Bernard

Assesseurs :

Monsieur le Professeur FLIPO René-Marc

Monsieur le Professeur SENNEVILLE Éric

Monsieur le Professeur MIGNAUD Henri

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur COQUERELLE Pascal

Avertissement

**« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Table des matières

Résumé :.....	1
Introduction	2
Anatomie	2
Etiologie des bursites.....	3
Distinction entre bursites septiques et arthrite septiques.....	4
Développement échographique (7,8).....	4
Micro bactériologie.....	5
Antibiothérapie.....	5
Objectif de l'étude	5
Méthode :.....	6
Caractéristiques de l'étude :	6
Population étudiée :	6
Critères d'inclusion :	6
Critères de non inclusion :	7
Caractéristiques recueillis :	7
Analyses statistiques :	9
Cadre légal :	9
Résultats.....	10
Description générale :.....	10
Description clinique :.....	13
Description biologique et documentation microbiologique.....	16
Description de la prise en charge : prise en charge chirurgicale et antibiothérapie	21
Evolution au terme de la prise en charge :	22
Description par centre :.....	23
1/ Centre hospitalier de Beuvry :.....	23
2/ Service de traumatologie au centre hospitalier régional universitaire de Lille :.....	25
3/ Centre hospitalier de Tourcoing.....	27
4/ Service de rhumatologie du centre hospitalier de Lomme saint Philibert :.....	29

Description par sous-groupe :	32
1/ Groupe : ponction oui :	32
2/ Absence de bactériologie :	34
3/ Sous-groupe : bactériologie stérile :	36
Discussion :	38
Clinique des bursites septiques :	38
Examen para clinique des bursites septiques :	39
Flore microbiologique des bursites septiques : étude de la flore et antibiogramme. Conséquence de prise en charge :	40
Proposition de prise en charge générale.	41
Prise en charge chirurgicale :	42
Limites et forces de l'études :	42
Conclusion	43
Annexes	44
Annexe 1 : Principales bourses constantes ou adventicielles. (1)	44
Annexe 2 : Détails des codes PMSI utilisés.....	45
Annexe 3 : Tableau 57 des maladies professionnelles : Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.	46
Annexe 4 : Algorithme thérapeutique pour bursite septique et aseptique des bursites patellaires et olécraniennes selon Baumbach. (16)	47
Bibliographie	48

Index des figures :

Figure 1: Anatomie des bourses séreuses du genou. (4)	2
Figure 2 : Anatomie des bourses séreuses au niveau du coude. (5)	3
Figure 3 : Flow Chart général.....	10
Figure 4 : Répartition en fonction du service.....	11
Figure 5 : Répartition en fonction des centres.....	11
Figure 6 : Répartition annuelle.....	12
Figure 7 : réalisation de ponction de bursite.	17
Figure 8 : Bactériologie générale.....	19
Figure 9 : Répartition des streptocoques.....	19
Figure 10 : Antibiothérapie de sortie	22
Figure 11 : Flow chart du centre de Beuvry.....	23
Figure 12 : Description de l'enquête bactériologique de Beuvry.....	24
Figure 13 : Antibiothérapie de Sortie de Beuvry.....	24
Figure 14 : Description de l'enquête bactériologique du service de traumatologie au centre hospitalier régional universitaire de Lille	25
Figure 15 : Description de l'antibiothérapie de sortie du service de traumatologie au centre hospitalier régional universitaire de Lille	26
Figure 16 : Flow chart du centre de Tourcoing.....	27
Figure 17 : Antibiothérapie de sortie du centre de Tourcoing	28
Figure 18 : Flow chart de Saint Philibert	29
Figure 19 : Description de l'enquête bactériologique du centre de saint Philibert.....	30
Figure 20 : Antibiothérapie de sortie du centre de Saint Philibert	31
Figure 21 : Description des germes retrouvés à la ponction de la bourse	33
Figure 22 : Antibiothérapie de sortie du groupe ponction « oui ».....	33
Figure 23 : Répartition selon les services	34
Figure 24 : Antibiothérapie de sortie du groupe : « absence de documentation bactériologique »	35
Figure 25 : Répartition selon les services du groupe « bactériologie stérile »	36
Figure 26 : Antibiothérapie de sortie du groupe « bactériologie stérile »	37

Index des tableaux :

Tableau 1 : Description des facteurs de risques d'immunodépression	13
Tableau 2 : Utilisation antérieure d'antibiothérapie ou d'anti inflammatoire non stéroïdien.....	13
Tableau 3 : Articulation atteinte et sa latéralité.....	14
Tableau 4 : Description de la porte d'entrée	14
Tableau 5 : Description du tableau clinique d'entrée.....	15
Tableau 6 : Description des arthrites.....	15
Tableau 7 : Description de la biologie.....	16
Tableau 8 : Résultats des hémocultures réalisées.....	16
Tableau 9 : Description de l'aspect de la ponction de la bursite.....	17
Tableau 10 : Modalités de l'enquête bactériologique.....	18
Tableau 11 : Description des antibiogrammes.....	20
Tableau 12 : Description de la prise en charge chirurgicale	21
Tableau 13 : Description des antécédents du centre de Beuvry.....	23
Tableau 14 : Description des facteurs de risque d'immunodépression du centre de saint Philibert.	29
Tableau 15 : Description des facteurs d'immunodépression du groupe ponction « oui »	32
Tableau 16 : Classification clinique selon Ho (9,5,18)	39

Abréviations

AAC	Association Amoxicilline - Acide clavulanique
AMC	Amoxicilline - Acide clavulanique
AMX	Amoxicilline
BS	Bursite(s) Septique(s)
CFX	Céfalexine
CIM -10	Classification internationale des maladies, 10ème révision
Cit. freund	Citrobacter freundii
Clo. spp	Clostridium.spp
CLX	Cloxacilline
CM	Clindamycine
CRO	Ceftriaxone
DO	Doxycycline
FA	Acide fusidique
LOM	Lévofloxacine
LZD	Linézolide
OFX	Ofloxacine
OXA	Oxacilline
Pas. multoc	Pasteurella. Multocida
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
Pro. acnes	Propionibacterium.acnes
PT	Pristinamycine
RA	Rifampicine
Sal. derby	Salmonella derby
SASM	Staphylococcus aureus sensible à la méticilline
SRIS	Syndrome de réponse inflammatoire systémique
Sta. aureus	staphylococcus aureus
Sta. coag Neg	Staphylococcus à coagulase négative
Sta. epider	Staphylococcus epidermidis
Sta. lugdun	Staphylococcus lugdunensis
Sta. MetiR	Staphylococcus résistant à la méticilline
Str.A pyog	Streptococcus A pyogenes
Str.B agal	Streptococcus B agalactia
Str.beta h	Streptococcus beta haemolyticus
Str.C	Streptococcus du groupe
Str. dysga	Streptococcus dysgalactiae
Str. non gr	Streptocoque non groupables
Str. pyogen	Streptococcus pyogenes
SXT	Cotrimoxazole Sulfaméthoxazole
TZP	Pipéracilline et Tazobactam

Résumé :

Introduction :

Evoquées sur des éléments clinico-biologiques, les bursites septiques patellaires et olécraniennes ne font pas l'objet de consensus thérapeutiques ou diagnostiques. L'objectif est de mettre en avant les modalités des prises en charge dans le nord pas de calais des bursites septiques.

Méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique du le 1er janvier 2008 au 31 décembre 2017 incluant les patients avec une bursite olécrânienne ou patellaire avec ou sans documentation bactériologique. Les patients ayant bénéficié d'une antibiothérapie avant ou au décours de la prise en charge spécialisée ont été inclus dans l'étude. Nous avons recueilli des données épidémiologiques, cliniques, biologiques et bactériologiques ainsi que les données de l'antibiothérapie et de la prise en charge chirurgicale.

Résultats :

Sur 246 cas, près de la moitié des cas ont bénéficiés d'une ponction de la bourse pathologique (137/246). Le *staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM) fut retrouvé dans 63% des cas. L'étude des antibiogrammes a mis en évidence une sensibilité similaire à la fois à l'amoxicilline-acide clavulanique (AAC), à la céphalosporine de 1ère génération (C1G) et à la pristinamycine (77,8%). Dans 66,3%, la prise en charge se faisait en milieu hospitalier. Une prise en charge chirurgicale fut nécessaire dans 26,8% des cas, associant une excision et/ ou un drainage. Dans 46,72% des cas, une antibiothérapie par AAC fut instaurée.

Conclusion :

Notre étude met en évidence l'hétérogénéité de prise en charge des bursites septiques. La microbiologie de cette entité est dominée par SASM. L'étude des antibiogrammes montre une sensibilité quasi identique des germes à l'association AAC, pristinamycine et C1G. L'antibiothérapie le plus utilisée reste l'association AAC. L'étude des antibiogrammes autorise des alternatives thérapeutiques par la céfalexine ou pristinamycine. Le recours à la chirurgie reste minoritaire dans notre étude. Compte tenu de l'évolution favorable des bursites septiques avec une prise en charge médicale, notre étude ne plaide pas pour une intervention chirurgicale initiale.

Introduction.

Anatomie

Les bourses séreuses sont des espaces virtuels, faisant partie du système articulaire. Elles peuvent prendre le nom de bourses dites de glissement ou conjonctives. Elles prennent le terme d'hygroma en cas de pathologie bursale. Le nombre des bourses avoisine la centaine, souvent de localisation périphérique. (1–3)

Les bourses sont principalement constituées de tissu synovial associée à du tissu conjonctif. La vascularisation des bourses séreuses est peu importante. Elles permettent le coulissement des structures péri articulaires lors des mouvements. Leur caractéristique est liée à leur localisation, souvent au contact de l'os. Elles permettent d'assurer une interface entre l'os et un tendon, un ligament ou un muscle ou tout simplement à la peau. (1–3)

Il existe trois types de bourses : les bourses superficielles, et les bourses profondes et celles dite adventitielles. Leurs développements se font soit avant soit après la naissance. Les bourses superficielles se développent après la naissance sur les mouvements et la fonctionnalité de l'articulation concernée. La bourse dans le cadre de l'hallux valgus est un exemple de bourse souvent adventicielle. *Cf annexe 1*

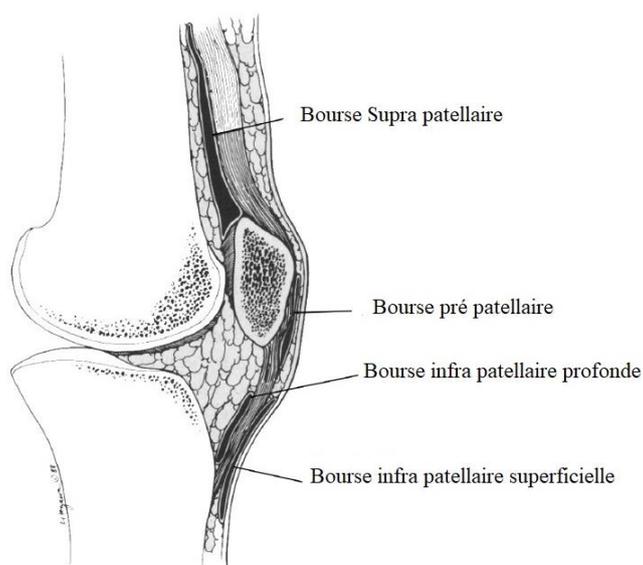


Figure 1: Anatomie des bourses séreuses du genou. (4)

Au genou, on distingue plusieurs bourses : (1)

- Pré patellaire ou patellaire.
- Sous patellaire superficielle et profonde.
- La patte d'oie profonde et superficielle.
- Gastrocnémien médial et latéral.
- Sous ligament collatéral médial.
- Entre le ligament collatéral latéral et biceps fémoral.
- Entre le ligament collatéral latéral et le tendon poplité.



Figure 2 : Anatomie des bourses séreuses au niveau du coude. (5)

Au coude, on retrouve principalement : (1)

- La bourse rétro olécraniennne ou olécraniennne.
- En regard du tendon distal du biceps brachial.
- Les épicondylariennes latérale et médiale.
- La tricupitale.

Etiologie des bursites

Les bourses peuvent être le siège de pathologie aigue, ou chronique. Les bursopathies aigues comprennent les microtraumatiques, infectieuses et microcristallines.

Les bursites microcristallines rentrent dans le cadre des maladies goutteuses. (4–6) On retrouve de manière caractéristique des bursites olécraniennes. La perception de nodule en son sein évoque des tophus en sous cutané de nodules. Dans certains cas, nous pouvons retrouver en sous cutanée des tophus, en regard de l'hygroma.

Les manifestations aigues des arthropathies micro cristallines à cristaux d'apathite et prédominant au niveau des épaules se manifestant par une tendinite calcifiante. L'arthropathie de pyrophosphate de calcium sont de localisations périphériques en regard des insertions capsulaires, ligamentaires.

Les bursites micro traumatiques (2) sont en général en lien avec des micro traumatismes. Les bursopathies du coude et du genou sont fréquents dans certaines professions et rentrent dans le cadre de maladie professionnelles, du tableau 57 maladie dites des affections périarticulaires. Cf annexe 3

Distinction entre bursites septiques et arthrite septiques

Les bursites aiguës infectieuses ou bursites septiques (BS) font partie des infections de l'appareil locomoteur pris en charge en ambulatoire.

En pratique clinique, la distinction entre l'arthrite septique et la BS se fait notamment sur la recherche de l'épanchement articulaire et sur l'étude de la mobilité articulaire.

Dans les arthrites septiques, l'examen clinique met en avant une douleur inflammatoire articulaire, souvent fébrile, avec une impotence fonctionnelle marquée. Au niveau du genou, l'examen physique mettrait en évidence un épanchement articulaire associant une tuméfaction globale de l'articulation avec diminution ou disparition des reliefs anatomiques. Il est souvent noté à une attitude antalgique tel un flessum et la palpation d'un épanchement articulaire.

Dans les pathologies bursales, la mobilité articulaire est conservée notamment la mobilité passive. Il est retrouvé une tuméfaction extra articulaire, assez souvent inflammatoire et douloureuse. En fonction des étiologies suspectées, le caractère fébrile peut être retrouvé.

Développement échographique (7,8)

De plus, avec le développement de l'échographie en rhumatologie clinique, il est possible de déterminer la co existence ou non d'un épanchement articulaire. Dans les bursopathies, on verrait une distension de la bourse avec ou sans œdème péri bursale, associée à une diminution de la paroi de la bourse.

En cas de pathologie infectieuse, peuvent être identifiées une échogénicité mixte, des débris internes mobiles, des foyers hypoéchogène, une hyperémie de la paroi et des tissus adjacents. Néanmoins, aucun signe échographique permettrait de distinguer une pathologie infectieuse des autres hormis la présence d'air au sein de la bourse.

Micro bactériologie

Sur le plan infectieux, il est communément admis, que la preuve bactériologique est nécessaire pour confirmer l'origine septique. La ponction de la bourse intra bursale permet dans la plupart des cas d'identifier le germe incriminé. Selon les études, on retrouve un taux de ponction positive avoisinant les 75%. Ainsi, dans la majorité des cas, on retrouve le *staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM) au terme de l'enquête bactériologique. (9)

Antibiothérapie

Sur le plan thérapeutique, l'instauration d'une antibiothérapie est généralement admise et effectuée. L'utilisation des bêtalactamines notamment l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique est instaurée préalablement ou au décours de la démarche diagnostique, permettant de couvrir la résistance à l'amoxicilline seule du *staphylococcus aureus*. La durée de l'antibiothérapie est généralement de 21 jours. Le recours à la chirurgie est généralement rare. Les indications chirurgicales reconnues sont sur la sévérité clinique.

Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est faire l'état des lieux de la prise en charge des bursites aiguës rétro olécraniennes et pré patellaires dans le Nord Pas de Calais aux vues de l'absence de consensus sur les modalités de prise en charge, compte tenu de l'hétérogénéité de prise en charge.

Méthode :

Caractéristiques de l'étude :

Nous avons réalisé une étude de cohorte, rétrospective, observationnelle, multicentrique, incluant les patients pour bursites septiques pris en charge du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2017.

Population étudiée :

Nous avons effectué notre étude dans différents centres qui sont les suivants :

- Le centre hospitalier de Lille (tous services confondus).
- Le centre hospitalier de Tourcoing (Service de maladie infectieuse et traumatologie),
- Le centre hospitalier de Beuvry (Rhumatologie, urgences et traumatologie).
- Le centre hospitalier de Saint Philibert à Lomme (Rhumatologie).

Nous avons utilisé les codes CIM-10 du PMSI pour retrouver les dossiers. Ce sont principalement : *Cf annexe 2*

- M.70.2 : les bursites olécranienues.
- M.70.3 : autres bursites du coude.
- M.70.4 : bursites pré patellaires.
- M. 70.5 : autre bursite du genou.
- M 71 : bursites localisées au bras et avant-bras, jambes.

Par ailleurs, nous avons inclus les codes et leurs variantes :

- M. 730 : bursites gonococciques.
- M. 731 : bursites syphilitiques.

Les dossiers informatiques comme papier furent étudiés.

Au centre de Beuvry, nous avons récupéré les explorations microbiologiques étiquetées « liquides articulaires ». Les liquides comprenaient à la fois des ponctions intra articulaires et des bursites. Nous avons croisé à la fois les dossiers récupérés par le listing des liquides et les dossiers médicaux sortis par le PMSI, afin de confirmer à la fois la localisation de la ponction et ainsi, le diagnostic.

Critères d'inclusion :

Les patients inclus devaient :

- Avoir un âge supérieur à 18 ans.
- Présenter une bursite localisée en regard du genou ou du coude.
- Avoir des stigmates infectieux supposés ou confirmés par une ponction de la bourse en question.
- Au cas où une ponction ne fut pas réalisée, l'instauration au décours de la prise en charge spécialisée d'une antibiothérapie quelle que soit sa nature.

Critères de non inclusion :

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Absence d'argument pour une origine infectieuse.
- Diagnostic différentiel.
- Présence d'une prothèse articulaire.
- Infection de prothèse supposée et/ ou concomitante.
- Arthrite septique concomitante.
- Absence de trace dans le dossier médical d'une ponction que ce soit sa réalisation ou son résultat.

Caractéristiques recueillies :

Les critères cliniques recueillis sont :

- L'âge du patient.
- La profession du patient.
- Les antécédents du patient : antécédent oncologique, diabète de type 1 ou 2, une insuffisance rénale, un rhumatisme inflammatoire chronique, hépatopathie de type cirrhose, bronchopneumopathie chronique obstructive, cardiopathie.
- Un traitement immunosuppresseur : biothérapie, corticothérapie concomitante, immunomodulateur, ...
- La notion d'exogénose : présente ou ancienne.

Par ailleurs, nous avons cherché si le patient avait bénéficié d'une thérapeutique antérieure, notamment :

- Anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens quel que soit sa nature.
- Ou une antibiothérapie probabiliste au préalable.

Nous avons recueilli différentes généralités de prise en charge :

- Centre de prise en charge.
- Le service ayant procédé à la prise en charge.
- Prise en charge hospitalière ou ambulatoire.
- Durée de prise en charge.

De plus, nous avons recueilli :

- L'articulation atteinte et la latéralité.
- La date de début des symptômes.
- La porte d'entrée imputée.
- L'existence ou non d'une arthrite de contiguïté (septique ou réactionnelle).
- La description clinique du premier épisode : fièvre, douleur, signe inflammatoire, pus ou écoulement, œdème, érysipèle, ulcère ou intertrigo.

Concernant la paraclinique, nous avons recueilli :

- La biologie avec : le nombre de leucocytes par mm³, le nombre de polynucléaires neutrophiles par mm³, le dosage de la CRP (par mg/L) et la créatinine (par mg/L).
- La réalisation ou non d'une ponction de la bursite et de son aspect avec : la cytologie de la ponction : avec le nombre de leucocytes par mm³, les résultats de l'examen direct avec la présence de germes, de cristaux et de la culture.
- La recherche d'hémoculture, stérile ou positive.
- Les prélèvements bactériologiques per opératoires.

Si la ponction de la bourse se révélait positive, l'identification du germe était précisée.

Dans le cas où la culture était positive, nous avons recueilli l'antibiogramme suivant :

- Amoxicilline (AMX)
- Association amoxicilline-acide clavulanique (AAC)
- Céphalosporines de 1^{ère} génération (C1G)
- Céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G)
- Érythromycine.
- Pristinamycine.
- Lincomycine.
- Ofloxacine.
- Ciprofloxacine.
- Lévofloxacine.

Nous avons aussi précisé le caractère sensible, intermédiaire et résistant.

Sur le plan thérapeutique, nous avons précisé :

- Pour l'antibiothérapie, la molécule en dénomination commune internationale.
- Pour la prise en charge chirurgicale, la réalisation d'une excision associée ou non à un drainage.

Concernant le suivi, étaient précisé :

- La dernière de prise de contact avec une équipe médicale quel que soit le motif.
- La réalisation d'une chirurgie secondaire.
- La rémission : absence d'infection ultérieure.
- Le décès du patient et s'il était en lien avec l'infection.

Afin de préciser le suivi des patients, nous avons consulté, dans l'ensemble du dossier médical, toutes les consultations des patients, que ce soit lors des consultation(s), hospitalisation(s), et les passage(s) aux urgences quel que soit le motif. Ceci sur l'ensemble des sites participatifs.

Par ailleurs, nous avons distingués différents sous-groupes :

- Le groupe ayant bénéficié d'une ponction de la bourse en question.
- Le sous-groupe qui n'a pas de documentation bactériologique.
- Et la bactériologie revenue stérile.

Analyses statistiques :

Une analyse descriptive des données recueillies a été réalisée. Les statistiques descriptives des variables continues étaient exprimées en moyenne avec leur écart-type ou en médiane avec distance interquartile lorsqu'elles étaient de distribution non normale. Les variables qualitatives étaient exprimées en fréquences et pourcentages.

Cadre légal :

Cette étude a été déclarée et acceptée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous la référence 2209834 v0.

Résultats :

Description générale :

Au final, nous avons analysé 1939 dossiers (389 dossiers de CHRU Lille, 978 dossiers du CHR de Béthune, 36 dossiers venant du service de maladie infectieuse du CH de Tourcoing, 495 dossiers venant du service d'orthopédie du CH de Tourcoing et 41 dossiers du service de rhumatologie du CH de Lomme de saint Philibert). Il y avait 466 doublons et 1236 furent exclus pour différents motifs notamment, l'absence d'argument pour une origine infectieuse ou un diagnostic erroné.

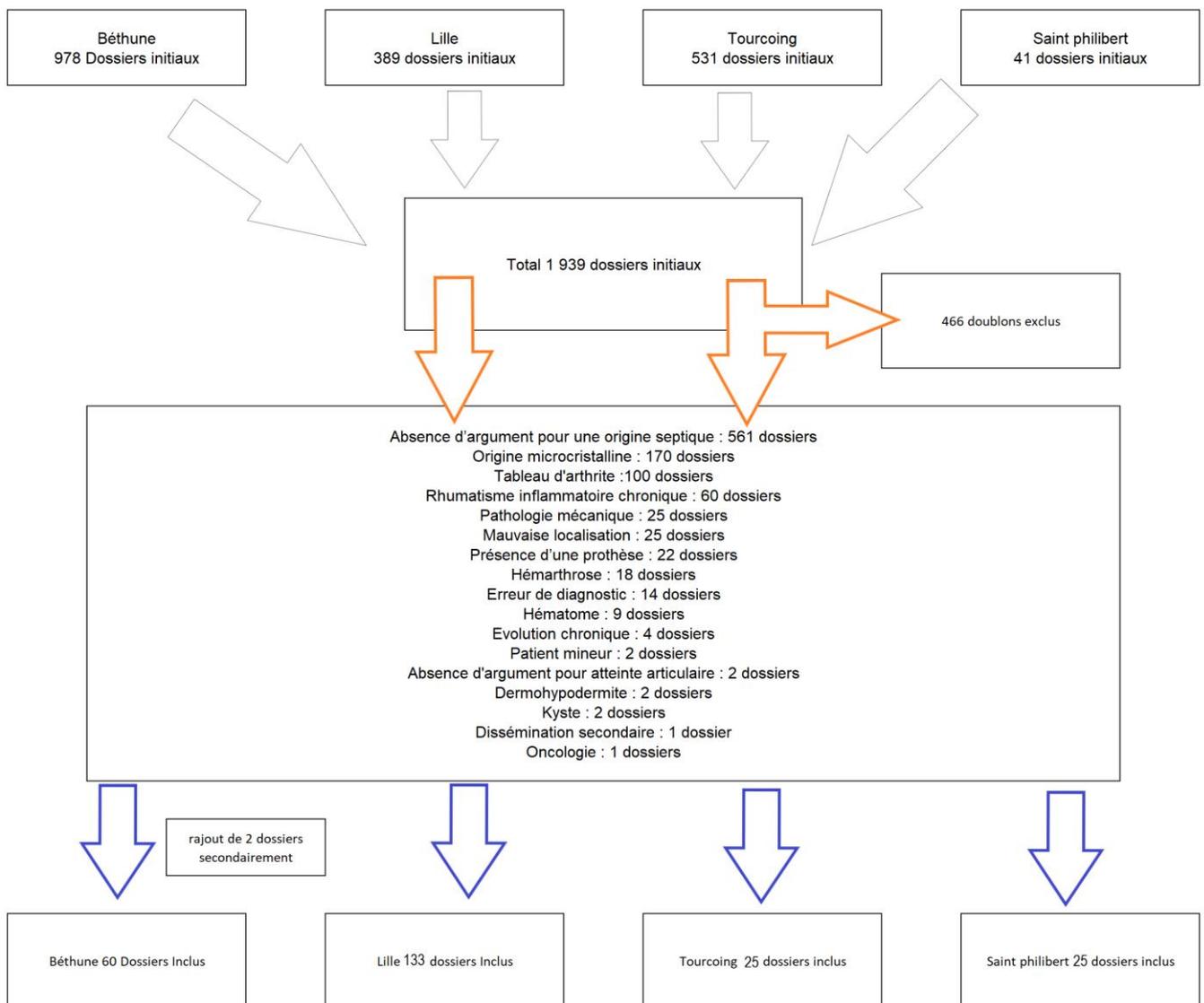


Figure 3 : Flow Chart général.

Ainsi, notre base de données comportait 246 cas, répartis de la manière suivante :

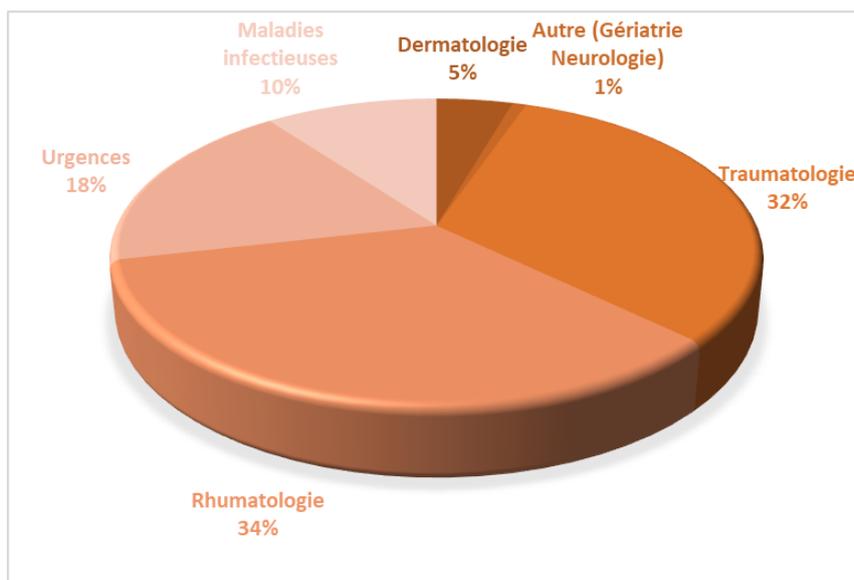


Figure 4 : Répartition en fonction du service.

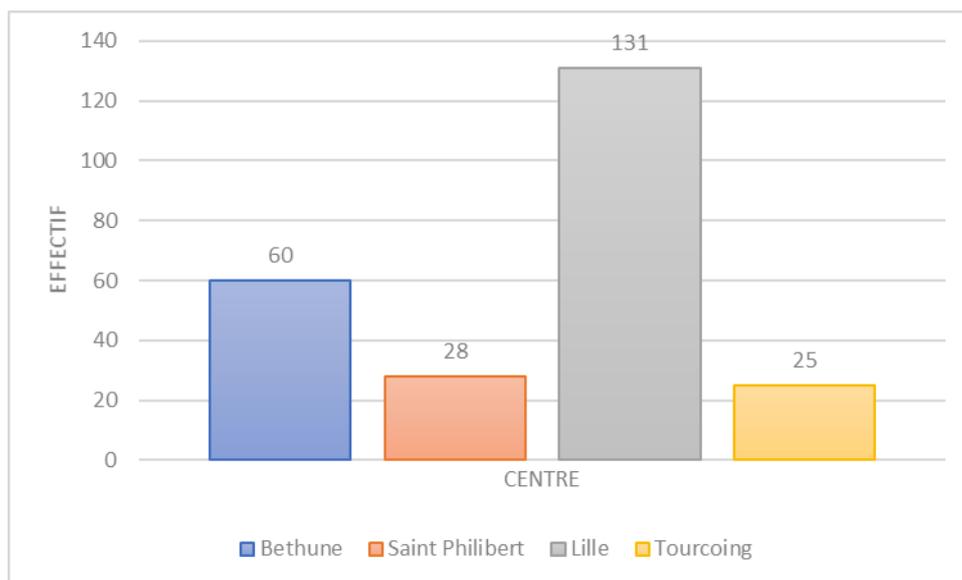


Figure 5 : Répartition en fonction des centres.

Nous avons remarqué une répartition particulière. Hormis le mois de janvier, il semblerait que les BS surviennent particulièrement au cours de la période estivale.

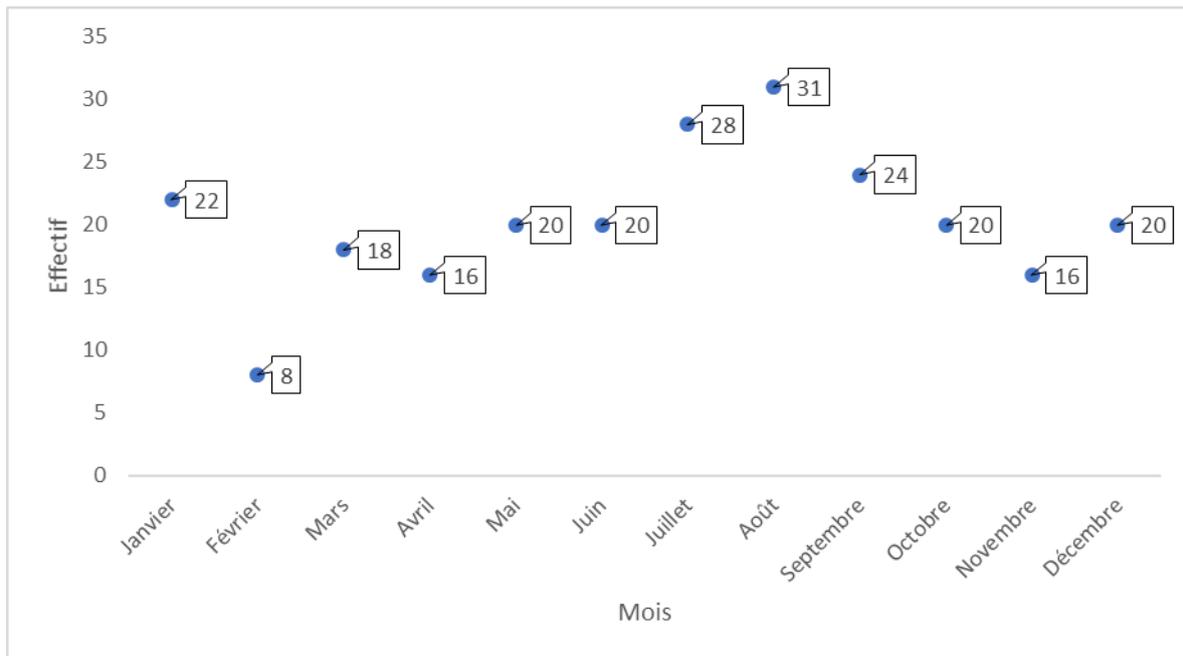


Figure 6 : Répartition annuelle.

Notre population était d'âge médian de 47,5 ans [37.0-59.0], de sexe masculin (89,0%). La situation professionnelle était variable. La profession était précisée chez 104 patients. Le milieu du bâtiment était largement prédominant (40,3%, soit 42/104).

Description clinique :

De manière générale, peu de facteurs d'immunodépression furent retrouvés.

Terrain	Effectif : 246
Antécédent oncologique.	5 soit 2,03%.
Diabète.	24 soit 9,76%.
Insuffisance rénale.	7 soit 2,87%.
Rhumatisme inflammatoire chronique.	1 soit 0,41%.
Traitement Immunosuppresseur.	8 soit 3,25%.
Cirrhose.	2 soit 0,81%.
Bronchopneumopathie chronique obstructive.	3 soit 1,22%.
Cardiopathie.	23 soit 9,35%.
Exogénose.	35 soit 14,63%.

Tableau 1 : Description des facteurs de risques d'immunodépression

Environ 15% de notre cohorte a bénéficié d'une prise en charge antérieure, notamment des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou d'une antibiothérapie au préalable.

Antibiothérapie antérieure :	Effectif : 246
Non	203 soit 82,5%
Oui	43 soit 17,5%

Anti-inflammatoires non stéroïdiens antérieure :	Effectif : 246
Non	206 soit 83,7%
Oui	40 soit 16,3%

Tableau 2 : Utilisation antérieure d'antibiothérapie ou d'anti inflammatoire non stéroïdien.

Le genou était siège de la BS dans 56.1% des cas, généralement du côté droit (46.7%)

Type :	Effectif : 246
Coude	103 soit 41,9%
Genou	138 soit 56,1%

Cote :	Effectif : 246
Droite	115 soit 46,7%
Gauche	126 soit 51,2%

Tableau 3 : Articulation atteinte et sa latéralité.

A gauche, le genou était l'articulation prédominante (53.2%). A droite, c'était l'articulation atteinte dans 61.7%

Une porte d'entrée fut retrouvée dans la moitié des cas, cutanée notamment.

Porte d'entrée :	Effectif : 246
Cutané (non spécifiée)	117 soit 47,6%
Eczéma	1 soit 0,41%
Plaie	7 soit 2,85%
Non Renseigné	121 soit 49,2%

Tableau 4 : Description de la porte d'entrée suspectée.

Le tableau clinique était marqué par une apyrexie (71,1%). La douleur était présente dans 85% des cas souvent accompagnées de signes inflammatoires locaux (82,1%). L'aspect œdématié était présent dans la moitié des cas (52,0%)

	Effectif : 246
Fièvre :	71 soit 28,9%
Douleur :	209 soit 85,0%
Signe inflammatoire :	202 soit 82,1%
Pus :	28 soit 11,4%
Œdème :	128 soit 52,0%
Érysipèle :	70 soit 28,5%
Plaie :	3 soit 1,22%
Ulcère :	7 soit 2,85 %
Intertrigo :	14 soit 5,69%

Tableau 5 : Description du tableau clinique d'entrée.

Une arthrite fut retrouvée dans 11,4 % des cas. Le caractère septique fut confirmé par une ponction intra articulaire dans 2,44% des cas.

Arthrite de continuité :	Effectif : 246
Non	150 soit 61,0%
Oui	28 soit 11,4%
Non Renseigné	68 soit 27,6%

Type :	Effectif : 246
Réactionnelle	16 soit 6,50%
Septique	6 soit 2,44%
Non Renseigné	224 soit 91,1%

Tableau 6 : Description des arthrites.

Description biologique et documentation microbiologique

Sur le plan biologique, était présent un syndrome inflammatoire biologique comme suit :

		Effectif : 246
Leucocytes Initial (par mm3)	11600 [9190 ;15000]	157
CRP Initial (mg par litre)	73.0 [29,5;137]	168
Neutrophiles Initial (par mm3)	8050 [5874 ;11075]	62

Tableau 7 : Description de la biologie.

Dans notre cohorte, nous retrouvons 16 cas dont la CRP est inférieure à 10 mg/L, soit environ 5%

Les hémocultures sont revenues positives dans 1,22% des cas soit 3 cas sur 246.

Hémocultures :	Effectif : 246
Négatif	231 soit 93,9%
Positif	3 soit 1,22%
Non Renseigné	12 soit 4,88%

Tableau 8 : Résultats des hémocultures réalisées.

Sur les 3 hémocultures, une est revenue positive au Streptocoque A pyogenes. Nous n'avons pas pu récupérer les résultats des 2 autres hémocultures. Il s'agissait de bursites septiques à staphylococcus aureus.

La traçabilité de la ponction reste variable. 38,2 % des bursites ponctionnées furent notés dans le dossier. Dans la plupart des dossiers, les résultats de la ponction étaient présents dans le dossier sans que la ponction de la bourse ne soit mentionnée.

Ainsi, si nous combinons à la fois les bursites ponctionnées et tracées comme telle et la bactériologie mise en évidence par la ponction de bursite, nous retrouvons le diagramme de flux suivant :

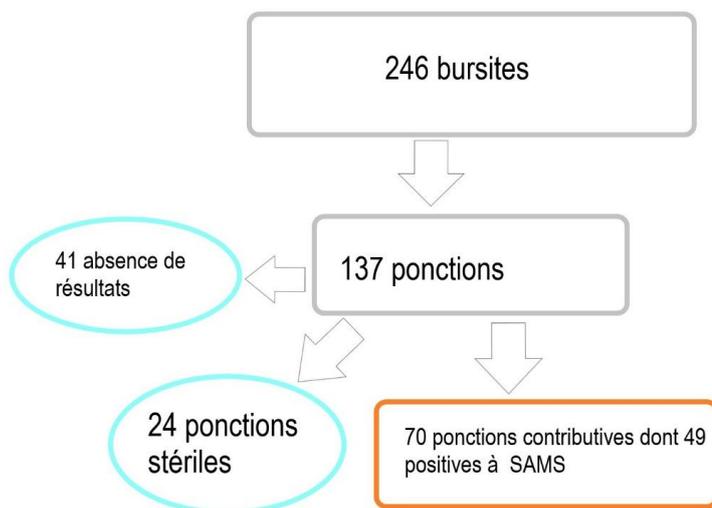


Figure 7 : Réalisation de ponction de bursite.

Dans le sous-groupe « absence de résultat », il est probable que certaines soient des ponctions blanches, c'est-à-dire des ponctions effectivement faites mais n'ayant pas pu récupérer de liquide.

Ainsi, 55,7 % des bursites furent ponctionnées, dont 17,6% sont revenues stériles. Près de la moitié des ponctions (51%) sont revenues positives à *staphylococcus aureus* sensible à la méticilline.

L'aspect de la ponction était peu renseigné (pas de renseignement sur 78,9%). Environ 30% des ponctions avaient un aspect purulent.

Aspect de la ponction :	Effectif : 52
Hématique	5 soit 9,6%
Hémorragique	13 soit 25%
Citrin	7 soit 13,5%
Citrin trouble	11 soit 21,1%
Purulent	16 soit 30,8%

Tableau 9 : Description de l'aspect de la ponction de la bursite.

L'examen bactériologique avait mis en évidence des germes au direct dans 15.4% des cas. Par ailleurs, 122% des cas, des cristaux furent visualisés.

La recherche bactériologique était médiée comme suivant :

Enquête bactériologique :	Effectif : 246
Absence de documentation bactériologique.	82 soit 33,7%
Hémoculture et liquide de ponction.	3 soit 0,12%
Prélèvement peropératoire.	18 soit 7,32%
Liquide articulaire.	7 soit 2,85%
Liquide articulaire et prélèvement peropératoire.	1 soit 0,41%
Liquide articulaire et liquide de ponction.	9 soit 3,66%
Liquide articulaire et liquide de ponction et prélèvement peropératoire.	2 soit 0,81%
Liquide de ponction.	123 soit 50,0%
Liquide de ponction et prélèvement peropératoire.	2 soit 0,81%

Tableau 10 : Modalités de l'enquête bactériologique.

Au terme de l'enquête bactériologique, est surtout mis en évidence le staphylococcus aureus sensible à la métiline, suivi du groupe des streptocoques comme suivant :

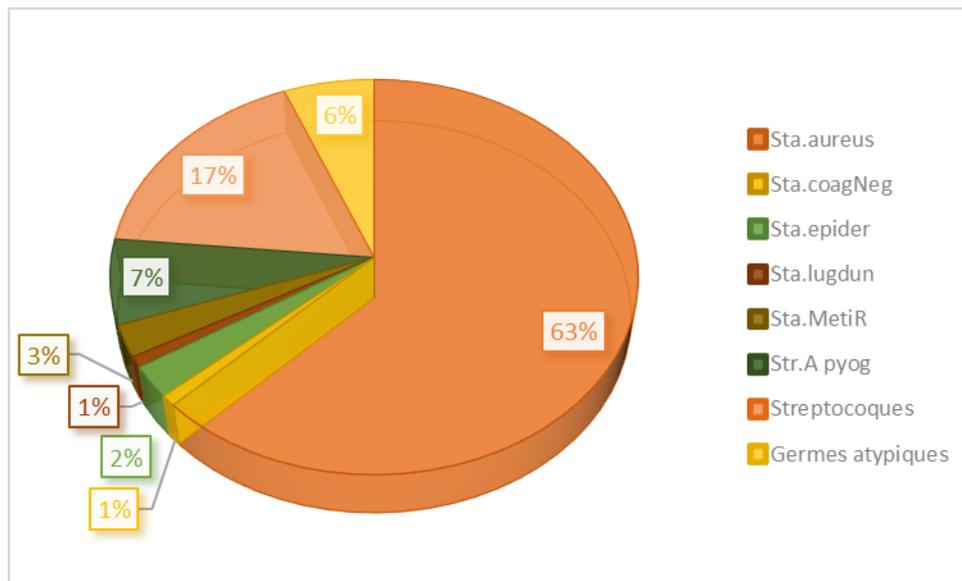


Figure 8 : Bactériologie générale.

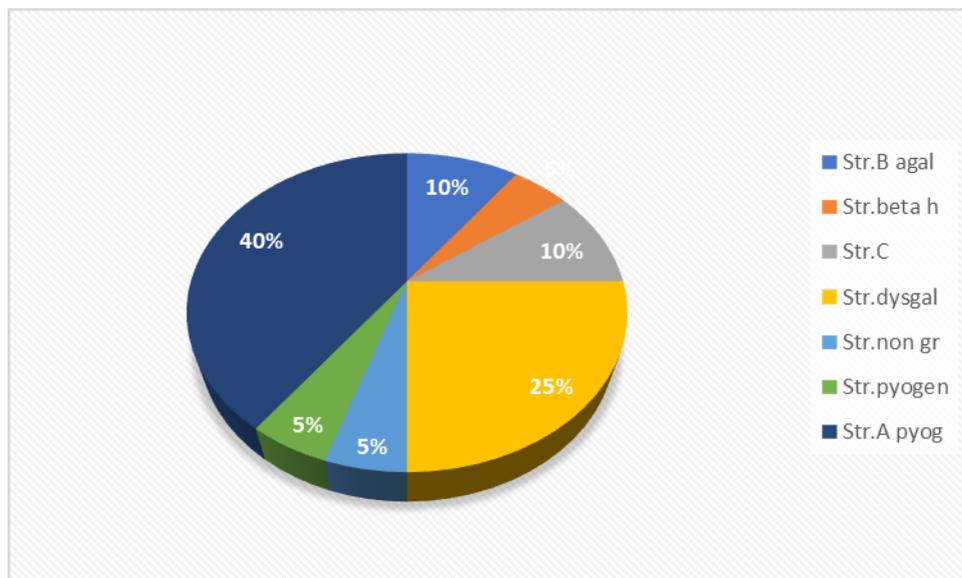


Figure 9 : Répartition des streptocoques.

Par ailleurs, nous retrouvons :

- Propionibacterium. acnes
- Salmonella derby
- Citrobacter freundii
- Clostridium. spp
- Corynebacterium. spp
- Pasteurella. Multocida

Concernant les 6 cas d'arthrites septiques concomitantes, nous avons retrouvés :

- Le Staphylococcus aureus sensible à la méticilline,
- Le Streptocoques du groupe C,
- Le Streptococcus A pyogenes,
- Le Staphylococcus epidermidis.

Au terme de l'enquête bactériologique, 37 cas revenus stériles soit 15%.

L'antibiogramme a pu être récupéré sur 108 documentations bactériologiques.

Voici ci-dessous les résultats :

	Sensibilité	Intermédiaire	Résistance
Amoxicilline	39/108 soit 36,1%		49/108 soit 45,4%
Association AAC	85/108 soit 78,7%		3/108 soit 2,8%
Céphalosporines de 1 ^{ère} génération	85/108 soit 78,7%		3/108 soit 2,8%
Céphalosporines de 3 ^{ème} génération	86/108 soit 79,6%		2/108 soit 1,9%
Pristinamycine	84/108 soit 77,8%		1/108 soit 0,9%
Érythromycine	73/108 soit 67,6%	1/108 soit 0,9%	12/108 soit 11,1%
Lincomycine	84/108 soit 74,1%		0/108 soit 0%
Ofloxacine	80/108 soit 73,1%		0/108 soit 0%
Ciprofloxacine	79/108 soit 73,1%		1/108 soit 0,9%
Lévofloxacine	79/108 soit 73,1%		1/108 soit 0,9%

Tableau 11 : Description des antibiogrammes.

L'étude des antibiogrammes a mis en avant la sensibilité similaire à l'association AAC, aux céphalosporines de 1^{ère} génération et la pristinamycine.

Description de la prise en charge : prise en charge chirurgicale et antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, la bursite fut prise en charge en milieu hospitalier (66,3% contre 31,7%).

La médiane de durée d'hospitalisation était de 4 jours [1,00;8,00]. Une prise en charge chirurgicale était nécessaire dans 26,8% des cas. 17,9% des cas ont eu une excision de la bourse pathologique et 21,5% des cas un drainage de celle-ci.

Prise Charge chirurgicale :	Effectif : 246
Non	174 soit 70,7%
Non Renseigné	6 soit 2,44%
Oui	66 soit 26,8%

Excision :	Effectif : 246
Non	202 soit 82,1%
Oui	44 soit 17,9%

Drainage :	Effectif : 246
Non	193 soit 78,5%
Oui	53 soit 21,5%

Tableau 12 : Description de la prise en charge chirurgicale.

Dans les suites de la prise en charge, une antibiothérapie par l'association Amoxicilline-acide clavulanique fut instaurée dans 47% des cas. Par ailleurs, chez 11% des patients, nous n'avions pas pu récupérer l'antibiothérapie.

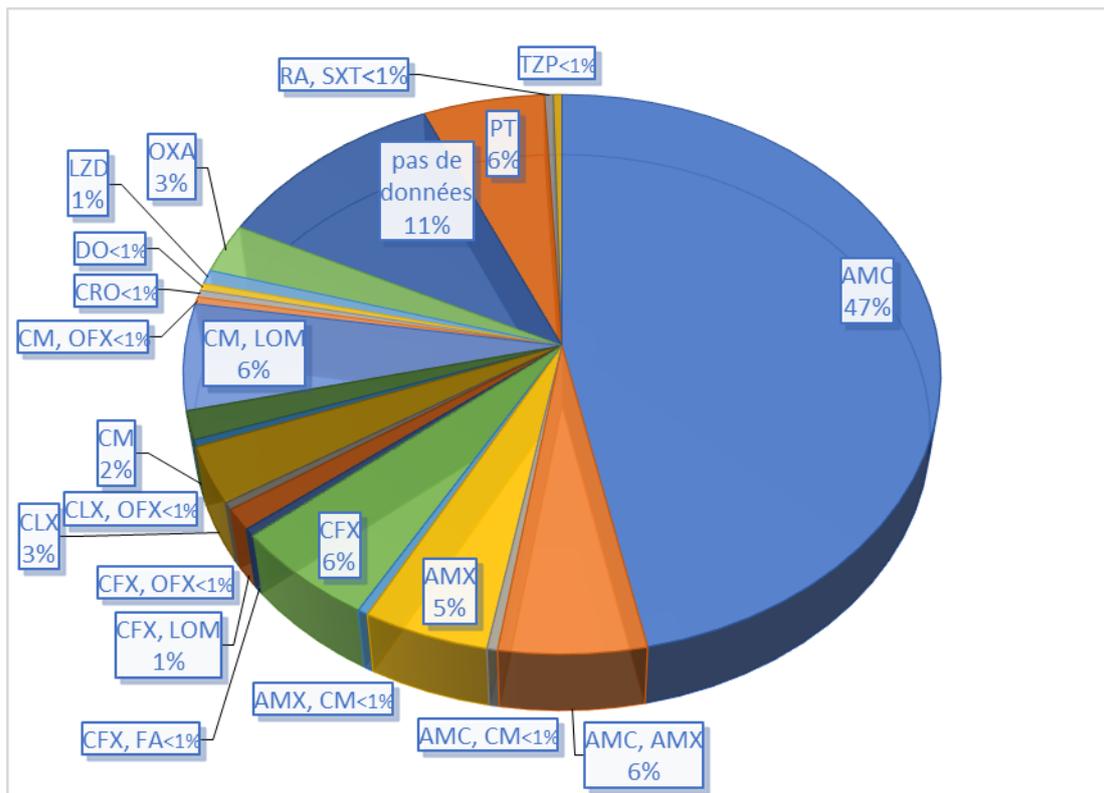


Figure 10 : Antibiothérapie de sortie

Evolution au terme de la prise en charge :

De manière générale, l'évolution était favorable dans la plupart des cas (76,8%). Dans notre cohorte, nous avons 1 cas récidivant.

Compte tenu de la manière dont nous avons recueilli le suivi, le délai de suivi était de 22 jours de médiane avec [7,00;59,0].

Description par centre :

1/ Centre hospitalier de Beuvry :

Voici le flow chart de Beuvry :

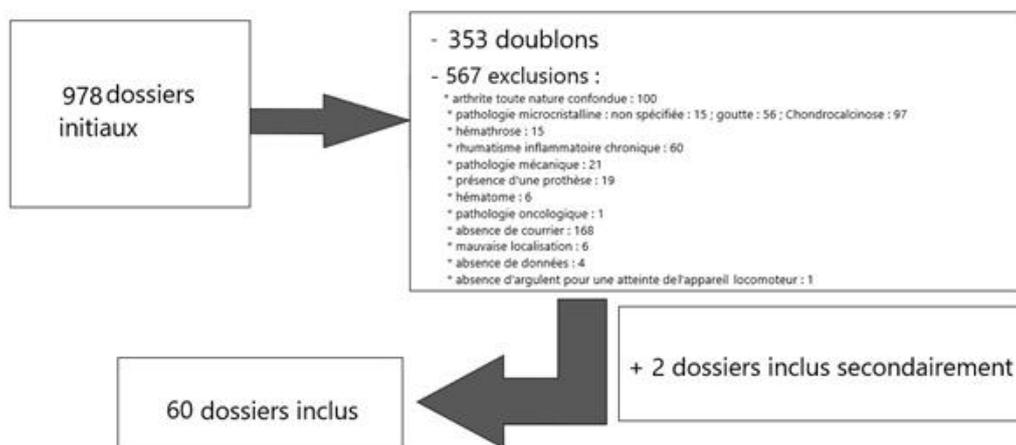


Figure 11 : Flow chart du centre de Beuvry.

Ainsi, 60 dossiers fut inclus. Il s'agissait de patients de sexe masculin dans 90% des cas, d'âge médian de 56 ans [43,8 ; 66]. Le genou était siège de l'infection dans 63,3%.

Peu d'antécédents furent retrouvés :

Néoplasie	1,7%
Exogénose	21,7%
Diabète	16,7%
Insuffisance rénale	0,1%
Rhumatisme inflammatoire chronique	0%
Traitement immunosuppresseur	3,3%
Hépatopathie	1,7%
Bronchopneumopathie chronique obstructive	0%
Cardiopathie	16,7%

Tableau 13 : Description des antécédents du centre de Beuvry

Le tableau clinique était marqué par la présence de la fièvre dans 36,7% des cas, de douleur et de signes inflammatoires locaux dans 91,7%. L'articulation était œdématisée dans 55%. Un érysipèle était associé dans 25% des cas. Une arthrite septique était retrouvée à l'entrée dans 0,05% des cas. Une porte d'entrée cutanée fut retrouvée dans 53,3%.

Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire biologique fut retrouvé. Sur 56 patients, les leucocytes avaient une médiane de 12 100 par mm³ [9 100 ; 15 520] et sur 60 patients, la CRP avait une médiane de 68 mg par litre [20,25 ; 128,75].

La prise en charge était en milieu hospitalier dans 66,7% des cas. La durée médiane de séjour était de 6 jours [1 ; 8,5]. Le patient était pris en charge en rhumatologie dans 73,3% des cas. Le restant était pris en charge par le service d'urgence.

La ponction fut réalisée dans 90% des cas. Voici les résultats de la ponction. Nous pouvons constater la prédominance du staphylococcus aureus sensible à la métilcilline (58%). Par ailleurs, nous retrouvons 20% des ponctions revenues stériles. Sur cette population, 13,3% des cas avaient bénéficié d'une antibiothérapie au préalable.

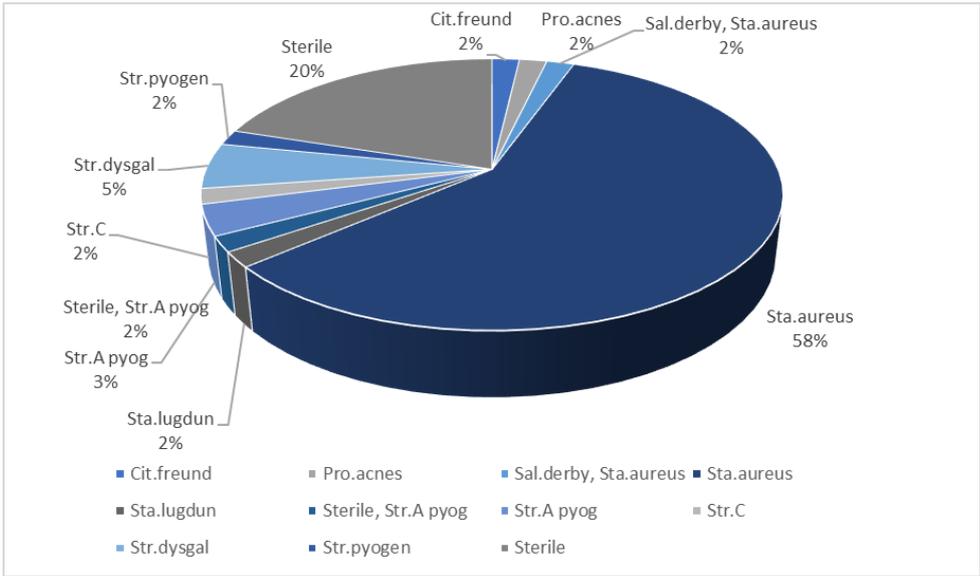


Figure 12 : description de l'enquête bactériologique de Beuvry.

L'antibiothérapie de sortie était comme suit :

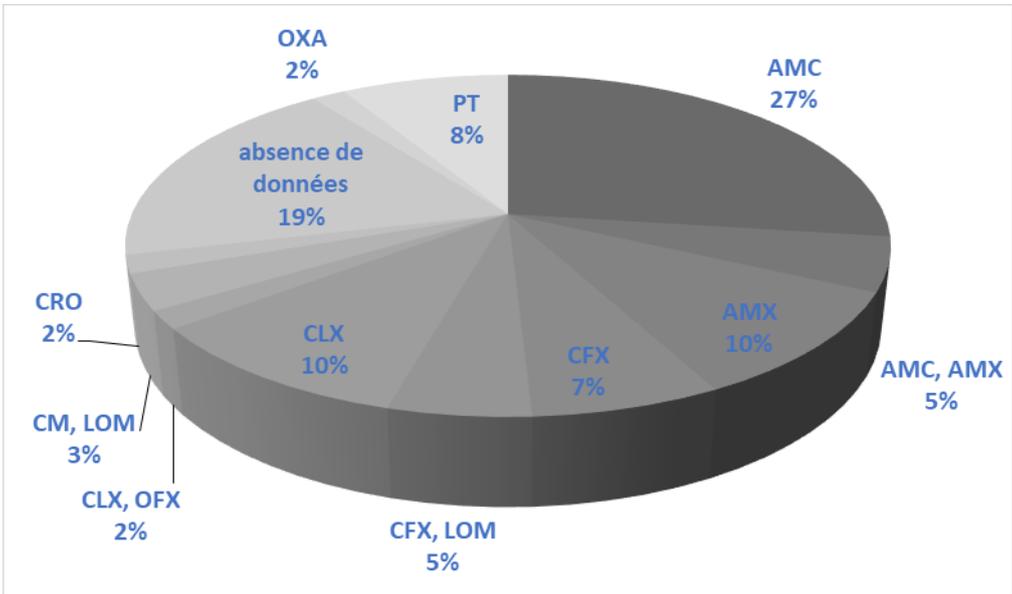


Figure 13 : Antibiothérapie de Sortie de Beuvry.

Une prise en charge chirurgicale était nécessaire pour 15% des cas avec la réalisation d'une excision dans 10% cas et d'un drainage dans 8,3%.

Sur 60 patients, une rémission fut observée dans 85,0% des cas. Sur 43 patients, la médiane de suivi était de 11 jours [2,5 ;22].

2/ Service de traumatologie au centre hospitalier régional universitaire de Lille :

Dans notre étude, 73 patients ont été pris en charge dans le service de traumatologie à Lille.

Il s'agissait de patient de sexe masculin dans 90,4% des cas d'âge médian de 44,5 ans [36 ;55]. La bursite concernant le genou dans 41,1% des cas. Les antécédents étaient peu retrouvés. Une porte d'entrée cutanée fut retrouvée dans 28,8%.

L'examen clinique retrouvait une fièvre dans 15,1% des cas, des douleurs dans 65,8%, des signes inflammatoires locaux dans 60,3%. L'articulation était œdématisée dans 39,7% des cas. Un érysipèle était retrouvé dans 13,7% des cas.

La biologie étant peu renseignée, nous n'avons pu déterminer la présence d'un syndrome inflammatoire biologique.

La ponction de la bourse fut réalisée dans 5,5% des cas. Une prise en charge chirurgicale fut réalisée dans 46,6% des cas avec la réalisation d'une excision dans 35,6% et un drainage dans 38,4% des cas. Ainsi la documentation bactériologique se faisait principalement par les prélèvements opératoires.

Ainsi, nous retrouvons principalement le staphylococcus aureus sensible à la méticilline. 13% de résultat revenait stérile. A noter près de 20% des cas avaient bénéficié d'une antibiothérapie au préalable.

Voici les résultats des prélèvements :

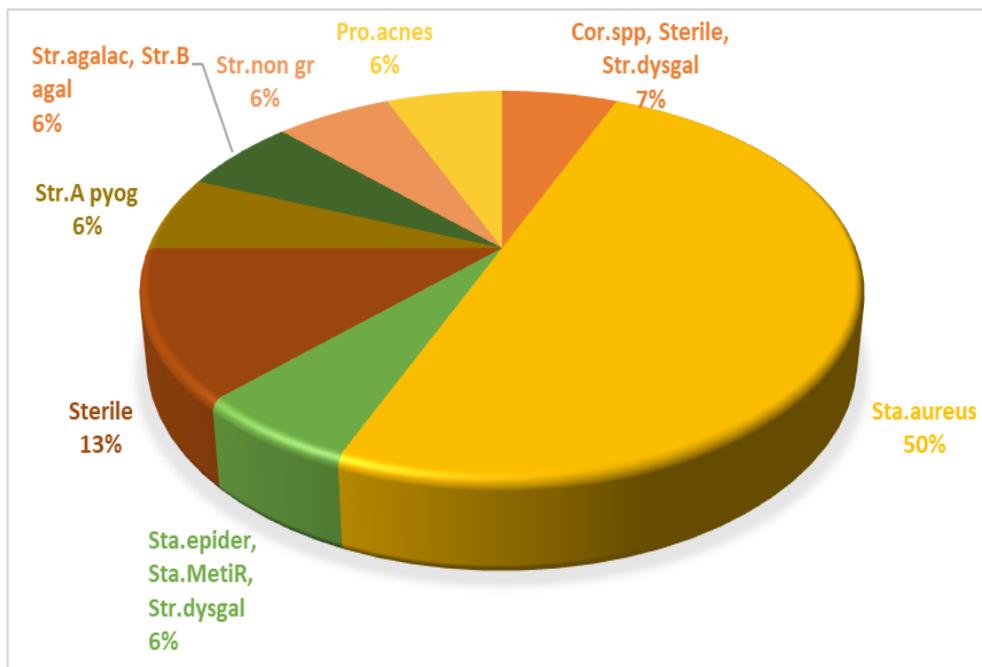


Figure 14 : Description de l'enquête bactériologique du service de traumatologie au centre hospitalier régional universitaire de Lille.

L'antibiothérapie de sortie comprenait principalement l'association AAC.

Voici les détails de l'antibiothérapie de sortie :

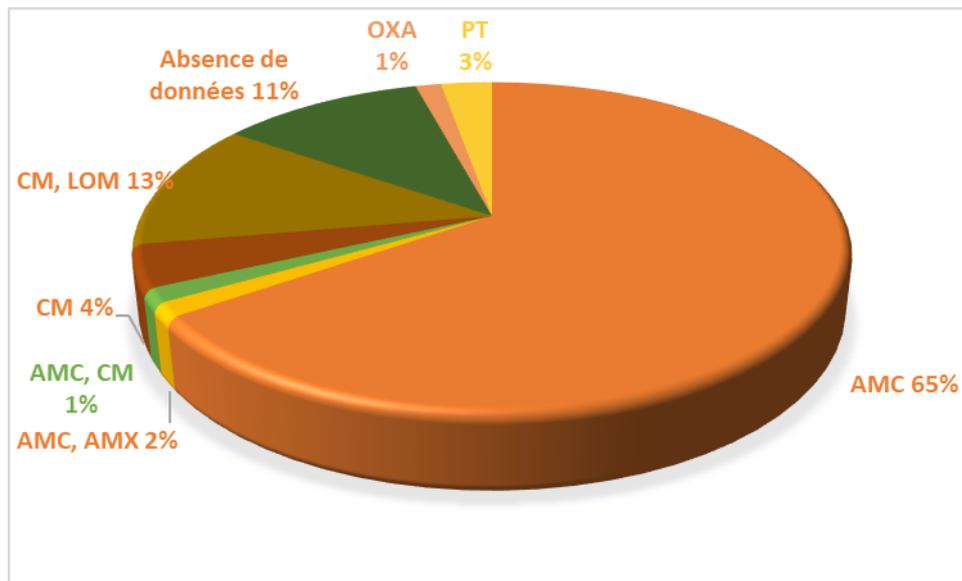


Figure 15 : Description de l'antibiothérapie de sortie du service de traumatologie au centre hospitalier régional universitaire de Lille.

Une rémission a pu être observée dans 69,9% des cas. Sur 48 patients, la médiane de suivi était de 18 jours [5,5 ; 40].

3/ Centre hospitalier de Tourcoing

Voici le Flow chart de Tourcoing. :

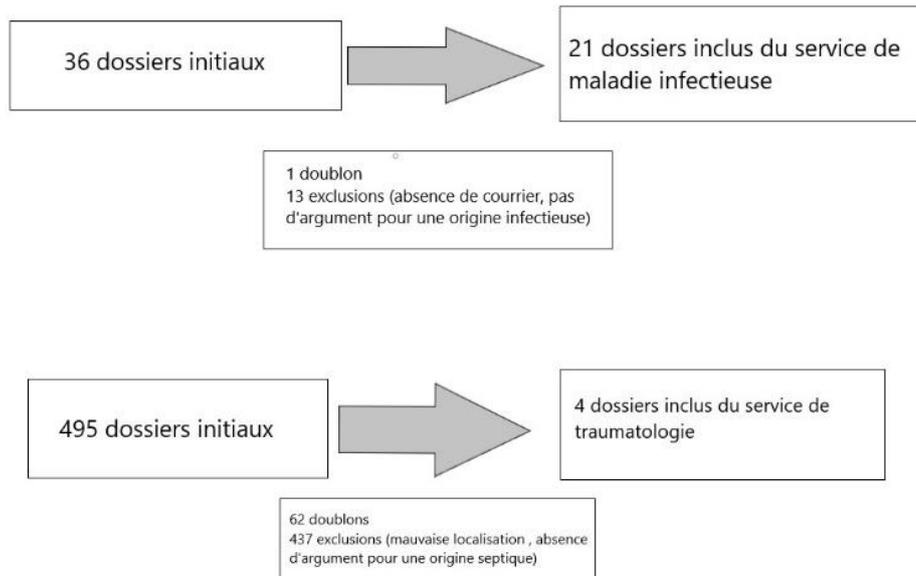


Figure 16 : Flow chart du centre de Tourcoing

Ainsi, 25 dossiers furent inclus, 21 venant du service de maladie infectieuse et 4 cas venant du service de traumatologie.

IL s'agissait de patient de sexe masculin dans 84% des cas d'âge médian de 50 ans [34 ;54]. Le genou était le siège de l'affection dans 64% des cas.

Le terrain des patients était marqué par l'absence de facteur de risque clinique. Deux patients avaient un antécédent diabétique, trois un traitement immunosuppresseur, un une cardiopathie. Près de 24% des cas avaient bénéficié d'une antibiothérapie au préalable.

L'examen clinique révélait une fièvre dans 48% des cas, une douleur dans 92%, des signes inflammatoires locaux dans 84%, l'aspect œdématié fut retrouvé dans 76%. Dans 40% des cas, un érysipèle fut associé.

Sur le plan biologique, sur 22 patients, les leucocytes étaient de nombre médian de 13 740,5 par mm³ [9 975 ; 15 397, 5]. Sur 22 patients, la CRP avait une médiane de 94,5 mg par litre [42 ;182].

La ponction fut réalisée dans 32% des cas, retrouvant un staphylococcus aureus dans 50% des cas. La culture fut stérile dans 25% des cas. Le reste de la documentation bactériologique a mis en évidence un streptocoque pyogenes dans 12% des cas, et un streptocoque beta hémolytique dans 13% des cas.

La prise en charge fut en milieu hospitalier dans 96% des cas avec une durée médiane de séjour de 7 jours [4 ;9].

Une prise en charge chirurgicale était nécessaire dans 40% des cas avec une excision dans 16% des cas et un drainage dans 32%.

L'antibiothérapie de sortie était l'association amoxicilline-acide clavulanique qui reste l'option thérapeutique prédominante.

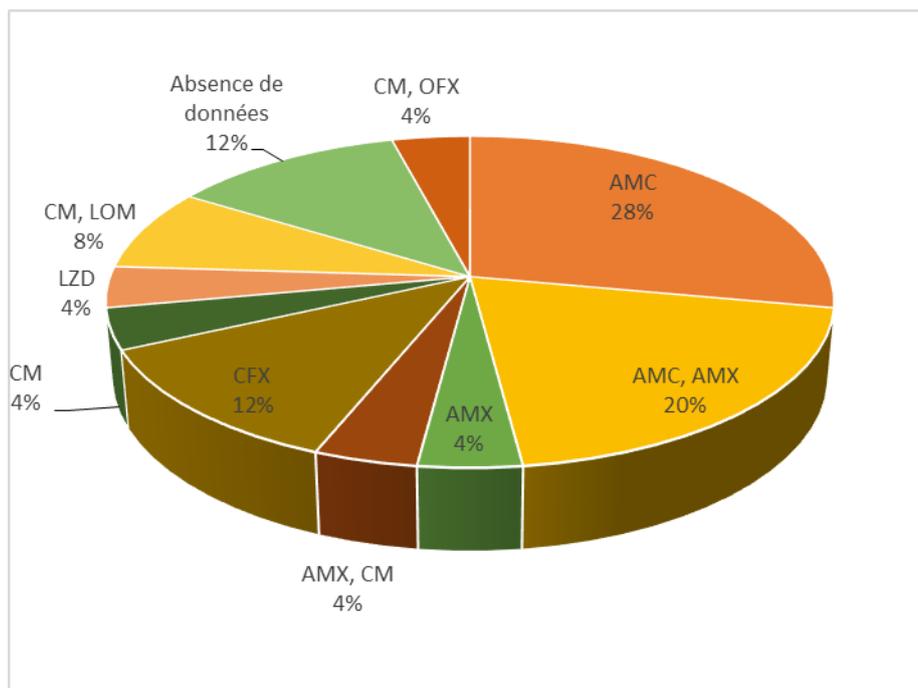


Figure 17 : Antibiothérapie de sortie du centre de Tourcoing.

Une rémission fut observée chez l'ensemble des cas avec une durée de suivi médiane de 10 jours [6,5 ;47] chez 23 patients.

4/ Service de rhumatologie du centre hospitalier de Lomme saint Philibert :

Voici le flow chart de Saint Philibert :

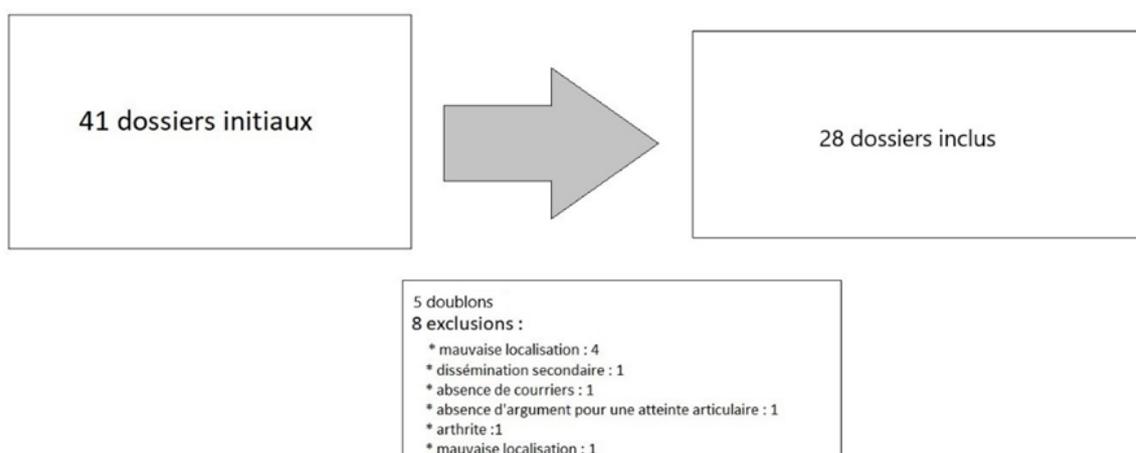


Figure 18 : Flow chart de Saint Philibert.

A Saint Philibert, nous avons pris en compte le service de rhumatologie. La durée médiane d'hospitalisation était de 5 jours [4,75 ; 8].

Les patients étaient de sexe masculin dans 92,9% d'âge médian de 55 ans [43 ;68,3]. Peu de facteur de risque fut retrouvé.

Néoplasie	10,7%
Exogénose	32,1%
Diabète	10,7%
Insuffisance rénale	3,6%
Rhumatisme inflammatoire chronique	3,6%
Traitement immunosuppresseur	3,6%
Hépatopathie	0%
Bronchopneumopathie chronique obstructive	7,1%
Cardiopathie	10,7%

Tableau 14 : Description des facteurs de risque d'immunodépression du centre de saint Philibert.

Le genou était l'articulation atteinte dans 78,6% des cas. A l'examen clinique, Un cas d'arthrite septique fut retrouvé au diagnostic. Le tableau clinique était marqué par la présence de fièvre dans 35,7% des cas, de douleur et de signes inflammatoires locaux dans 96,4%. Un aspect œdématié de l'articulation fut retrouvé dans 39,3% des cas. Un érysipèle fut associé dans 39,3% de cas.

Sur 27 patients, un syndrome inflammatoire biologique fut retrouvé de manière générale avec des leucocytes médian de 11 200 par mm³ [9 700 ; 14 200] de et une CRP médiane de 68 mg par litre [28 ; 120]

La ponction de la bourse fut réalisée dans 73,1% des cas.

La bactériologie fut la suivante :

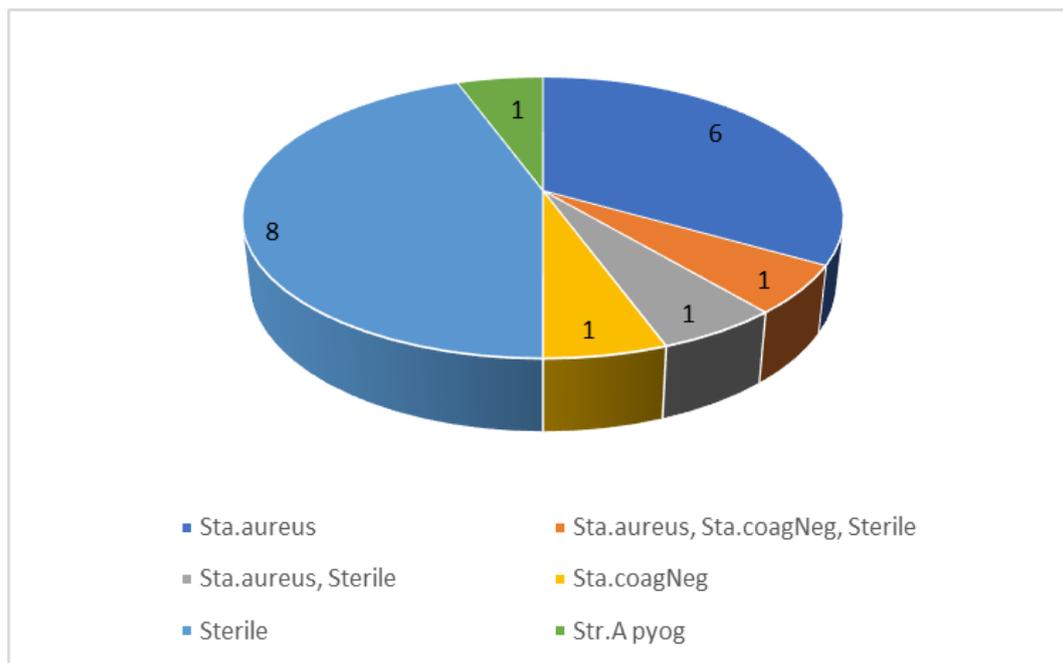


Figure 19 : Description de l'enquête bactériologique du centre de saint Philibert.

L'antibiothérapie de sortie fut comme suit :

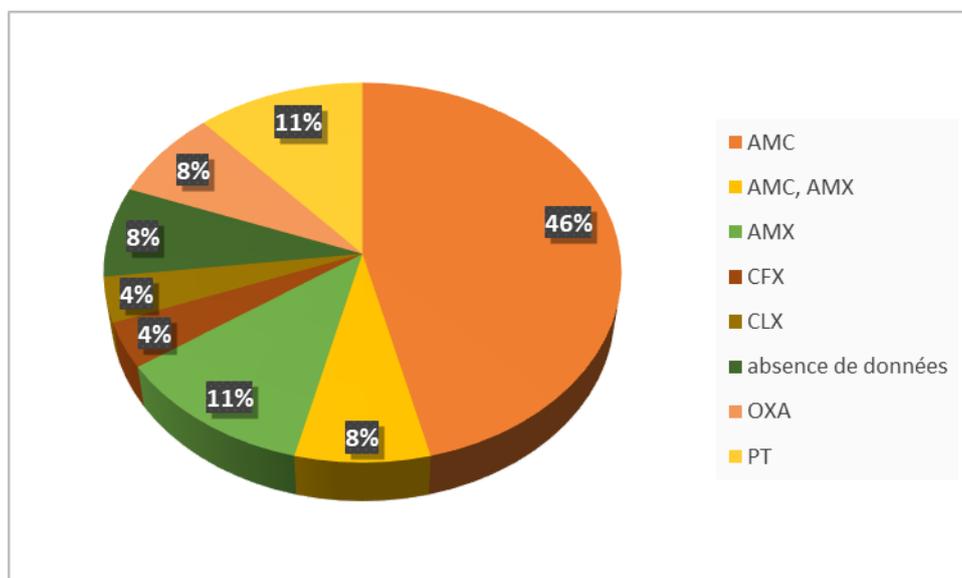


Figure 20 : Antibiothérapie de sortie du centre de Saint Philibert.

La rémission fut observée dans 88% des cas sur une médiane de suivi de 34,5 jours [11,8 ;79,2]

Description par sous-groupe :

1/ Groupe : ponction oui :

Concernant les 137 cas qui ont bénéficié une ponction de la bourse pathologique, nous retrouvons les éléments suivants.

Il s'agissait des hommes dans 88,3% des cas d'âge médian de 53 ans [41 ; 61]. Le genou était l'articulation majoritairement concernée (60,6%).

Peu d'antécédents furent retrouvés. Voici les détails des antécédents étudiés :

Néoplasie	2,2%
Exogénose	18,2%
Diabète	10,2%
Insuffisance rénale	4,4%
Rhumatisme inflammatoire chronique	0,7%
Traitement immunosuppresseurs	3,6%
Hépatopathie	0,7%
Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,2%
Cardiopathie	10,2%

Tableau 15 : description des facteurs d'immunodépression du groupe ponction « oui »

Une antibiothérapie fut administrée au préalable dans 17,5% des cas. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 16,8%.

A l'examen clinique d'entrée, nous retrouvons la fièvre dans 31,4% des cas, des douleurs dans 91,2% des cas. Les signes inflammatoires locaux dans 91,2% des cas. L'aspect œdématisé fut retrouvé dans 55,5% des cas. L'érysipèle fut associé dans 29,9%. Une porte d'entrée cutanée fut retrouvée dans 55,5% des cas. Une arthrite fut retrouvée dans 10,9% des cas (15/137) avec une arthrite septique dans 26,7% des cas (4/15).

Sur le plan biologique, les leucocytes étaient de nombre médian de 11 600 par mm³ [9 000 ; 15 000], chez 108 cas. La CRP avait une médiane de 68 mg par litre [26,5 ; 126,5] chez 114 patients.

Une prise en charge était en milieu hospitalier dans 67,2% des cas avec une durée médiane de séjour de 5 jours [1 ;9] chez 135 patients.

Une prise en charge chirurgicale fut réalisée dans 21,2% des cas avec une excision dans 12,4% des cas et un drainage dans 18,2% des cas

Sur le plan bactériologique, nous avons des résultats sur 96 prélèvements. Nous pouvons mettre en évidence la prédominance du staphylococcus aureus sensible à la méticilline. Et de la même manière, près de 30% des ponctions sont revenus stériles.

Voici les résultats de ce sous-groupe :

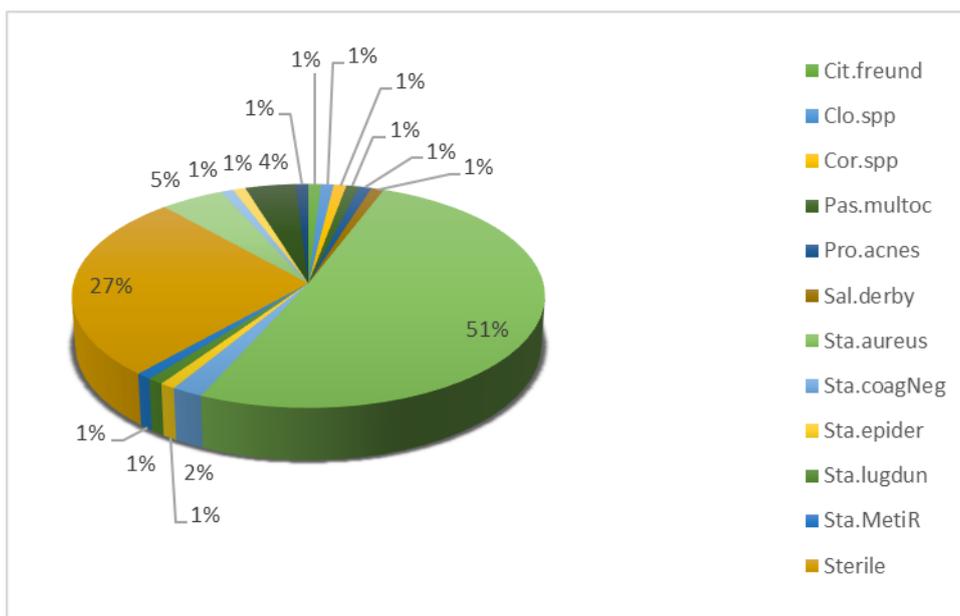


Figure 21 : Description des germes retrouvés à la ponction de la bourse.

Sur le plan thérapeutique, l'association amoxicilline-acide clavulanique fut instaurée dans 40.9% des cas. Par ailleurs, 13,1% des cas n'avaient pas bénéficié d'une antibiothérapie au décours de la prise en charge.

Voici ci-dessous les détails de l'antibiothérapie :

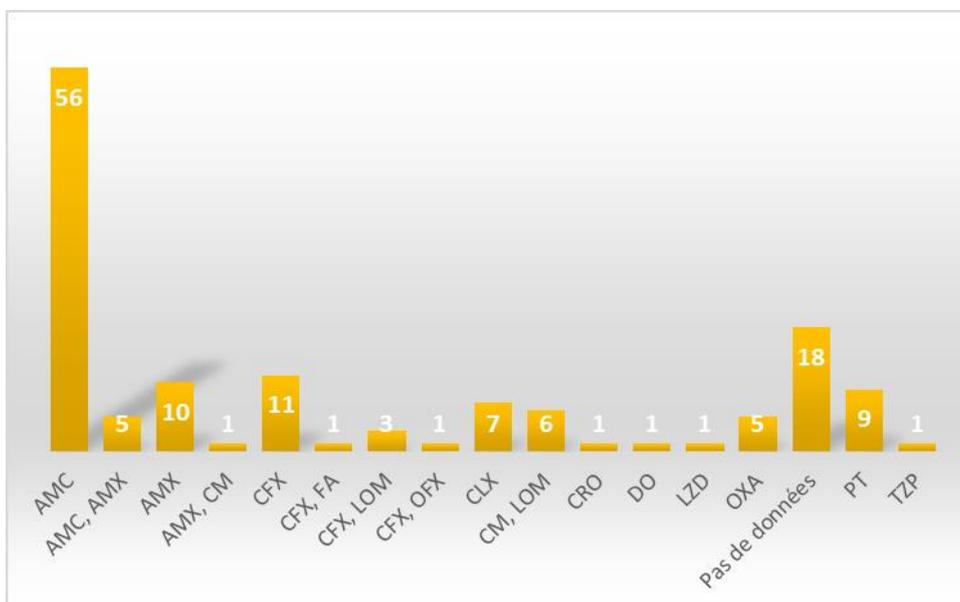


Figure 22 : Antibiothérapie de sortie du groupe ponction « oui ».

La rémission fut constatée dans 75,2% des cas avec un délai médiane de suivi de 19 jours [5 ;37.3] chez 90 patients.

2/ Absence de bactériologie :

Dans notre cohorte nous distinguons près de 33% de cas (82/246) non documentés, répartis dans les services de la manière suivante :

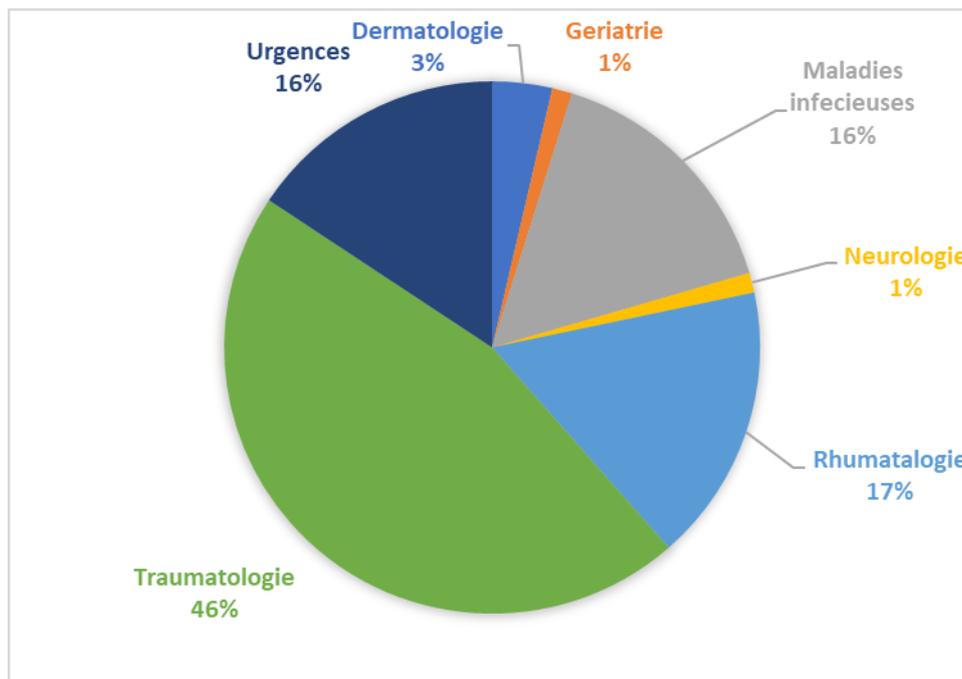


Figure 23 : Répartition selon les services.

14,6 % des cas avaient bénéficié d'une antibiothérapie au préalable. Une porte d'entrée cutanée fut retrouvée dans 48,6% des cas.

Le coude intéressait 50,0% des cas comme le genou. Le tableau clinique était marqué par la présence de fièvre dans 25,6% des cas, des douleurs dans 80,4%, des signes inflammatoires locaux dans 72,0%. L'articulation était œdématisée dans 47,8% des cas. L'érysipèle était présent dans 30,4% des cas. Une arthrite était associée dans 10,8% des cas (7/82, dont 1 cas décrits comme septique).

Sur le plan biologique, les leucocytes étaient de nombre médian de 12 000 par mm³ [10 000 ; 13 965].

La CRP était de 80 mg par litre [34 ;147]

La prise en charge de l'épisode était en milieu hospitalier dans 57,3% avec une durée médiane d'hospitalisation de 2 jours [1 ;5], sur un effectif de 78 patients.

Une prise en charge chirurgicale fut réalisée dans 20,7% des cas avec une excision dans 14,6% et un drainage dans 13,4%.

Sur le plan thérapeutique, l'association amoxicilline-acide clavulanique fut instauré dans 63,4% des cas.

Voici ci-dessous le détail de l'antibiothérapie :

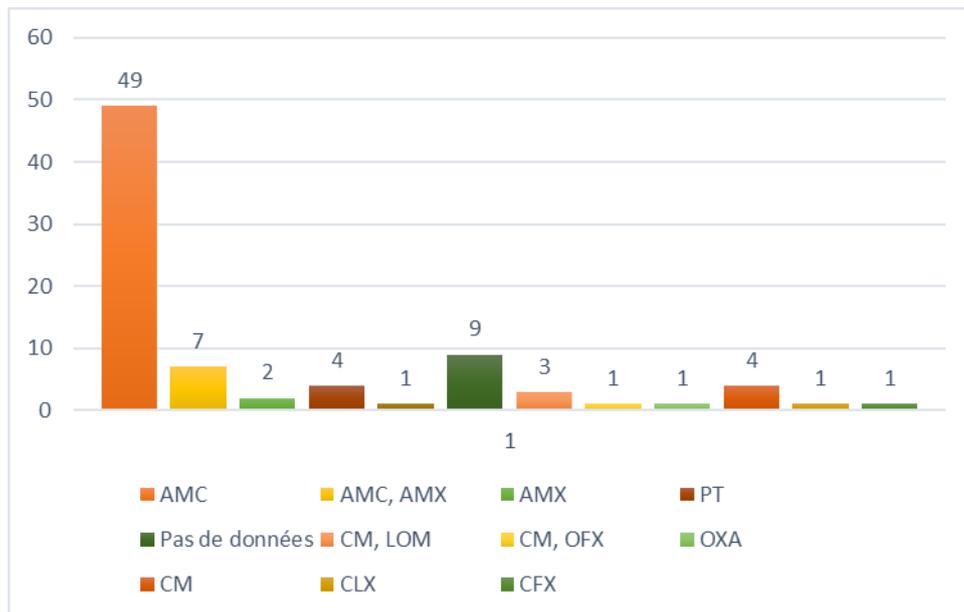


Figure 24 : Antibiothérapie de sortie du groupe : « absence de documentation bactériologique ».

Une rémission a pu être observée dans 67,5% des cas. Sur 63 cas, la médiane de suivi était de 10,5jours [4 ; 33,3]

3/ Sous-groupe : bactériologie stérile :

Au terme de l'enquête bactériologique, nous retrouvons 37 cas revenus stériles.

Les services prenant en charge les patients étaient principalement les services de rhumatologie. Voici les détails des services :

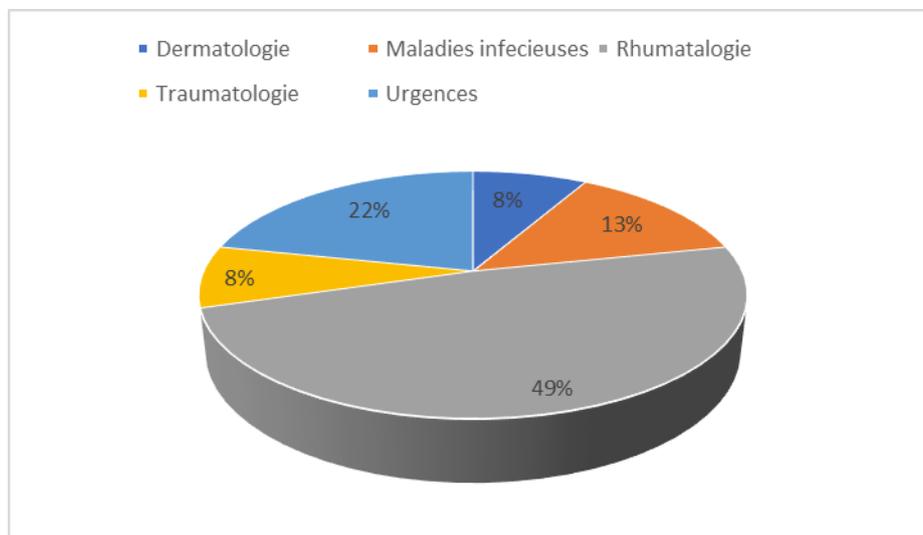


Figure 25 : Répartition selon les services du groupe « bactériologie stérile ».

Nous ne retrouvons que très peu d'antécédents. La notion d'exogénose est retrouvée dans près de 2% des cas (18,9%). Une antibiothérapie fut administrée au préalable dans 24,3% des cas.

Les patients étaient des hommes dans 86,5% d'âge médian de 50 ans [35 ; 56]. Le genou était siège de l'affection dans 73,0% des cas.

L'examen clinique était marqué par la présence de fièvre dans 37,8% des cas, d'une douleur dans 83,8% des cas. Les signes inflammatoires locaux étaient présents dans 83,8%. Un aspect œdématisé était retrouvé dans 51,4% des cas. Un érysipèle était retrouvé dans 62,2% des cas. Une porte d'entrée cutanée dans 48,6% des cas. Une arthrite fut retrouvée dans 10,8% des cas.

Chez 31 cas, la biologie était comme suit. Les leucocytes étaient de nombre médian 10 550 par mm^3 [8 325 ; 15 125]. La CRP avait une médiane de 40 mg/L [16,5 ; 95].

La prise en charge fut réalisée en milieu hospitalier dans 75,7% des cas, avec durée d'hospitalisation médiane de 5 jours [2,8 ; 9] sur 36 patients.

Une prise en charge chirurgicale fut réalisée dans 27,0% des cas, avec une excision dans 21,6% et un drainage dans 24,3% des cas.

L'antibiothérapie de sortie restait l'association amoxicilline-acide clavulanique dans 27,0% des cas. On retrouvait la pristinamycine dans 16,2% des cas. L'abstention thérapeutique fut retrouvée dans 18,9%.

Voici les détails de l'antibiothérapie :

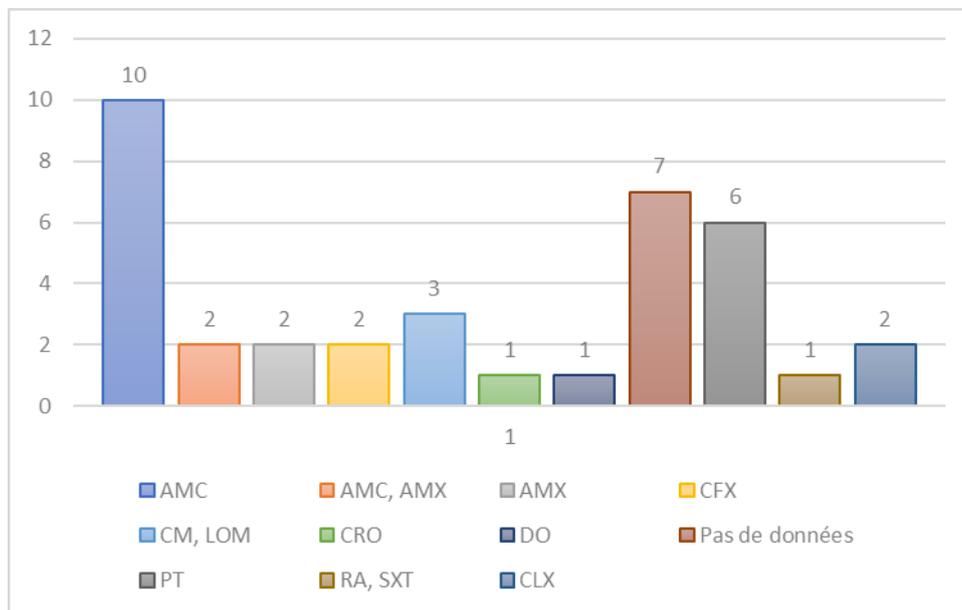


Figure 26 : Antibiothérapie de sortie du groupe « bactériologie stérile ».

Une rémission fut observée chez 94,6% des cas avec une durée médiane de suivi de 13 jours [3,5 ; 32,75] chez 30 patients.

Discussion :

L'objectif de notre étude était de faire l'état des lieux de la prise en charge des bursites septiques dans le Nord et le Pas de Calais compte tenu de la disparité des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques.

Nous avons inclus 246 bursites, principalement des bursites patellaires dans 138 cas. Les hommes étaient les principaux concernés (89,0%) sans comorbidités notables. Nous n'avons pas retrouvé de facteur de risque d'immunodépression, notable hormis l'exogénose.

Sur le plan biologique, était retrouvé un syndrome inflammatoire biologique avec des leucocytes médians de 11 600 par mm³ et une CRP médiane de 73,0 mg/L. Les hémocultures étaient stériles dans 93,9%.

Environ 55,7% de notre cohorte a pu bénéficier d'une ponction, dont 20% sont revenues stériles.

Concernant la bactériologie, une documentation fut donc retrouvée dans près de la moitié des cas révélant une large prédominance du staphylococcus aureus sensible à la méticilline (63%). Le reste de la bactériologie est dominée par des germes commensaux cutanés comme le staphylococcus à coagulase négative.

L'étude des antibiogrammes met en avant la sensibilité des germes à l'association amoxicilline-acide clavulanique (78,7%) mais aussi, aux céphalosporines de 1^{ère} génération comme la céfalexine (78,7%), ou la pristinaamycine (77,8%)

Sur le plan thérapeutique, une large majorité des cas soit 70% n'a pas bénéficié de temps chirurgical. Si cela s'avérait nécessaire, une excision (17,9%) et drainage (21,5%) ont été réalisées.

L'antibiothérapie privilégiée restait l'association amoxicilline-acide clavulanique dans 47%.

Le suivi des cas est marqué par une évolution favorable dans 76,8% des cas, avec une rechute observée.

Clinique des bursites septiques :

La clinique de la bursite est caractérisée par l'absence d'épanchement intra articulaire. En effet, par définition, la bursite reste une localisation extra articulaire. Le tableau clinique est marqué par une douleur avec une collection liquidienne patellaire ou olécranienne avec une conservation des amplitudes articulaires. Les signes inflammatoires sont marqués par une augmentation de la chaleur locale. (2)

Dans notre cohorte, le tableau clinique, semblable à d'autres cohorte, était marqué par l'absence de fièvre (71,1%), la présence d'une douleur (85,0%) associée à des signes inflammatoires locaux (82,1%). La porte d'entrée était retrouvée dans près de la moitié des cas.

La présence de la fièvre reste variable selon les études, allant de 20 % jusqu'à 70%. La cohorte de Gómez-Rodríguez et al. (10) a mis en évidence une fièvre dans 71% des cas. Chez Lévy-Weil et al.(11), la clinique était marquée par une fièvre dans 65% des cas associée à des signes inflammatoires locaux, notamment la douleur. L'équipe de Lieber et al. (12) a mis en évidence une fièvre dans 16.1% dans les BS olécraniennes et 30,8% des cas chez les BS patellaires. A Besançon, l'équipe de Mathieu et al (13) a mis en évidence une fièvre dans 22% des cas.

Néanmoins, l'ensemble des études confirment l'absence d'orientation possible entre les bursites septiques et non septiques avec uniquement la clinique. (7,14–16)

Certaines équipes (12,16), ont recherché des arguments pour un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) défini par :

- Température supérieure à 38°C ou inférieure à 36°C.
- Fréquence cardiaque supérieur à 90 battements par minute.
- Fréquence respiratoire supérieur à 20 cycles par minute.

Par exemple, chez Lieber(12), 22,6% des BS olécraniennes répondaient à la définition du SRIS de même que 30,8% des BS patellaires.

Par ailleurs, l'équipe de Ho et al. (9,5,18) a suggéré une classification clinique associée à un orientation thérapeutique :

Type de bursite septique		Traitement
Sévère	Infection étendue avec érysipèle intense ou plaie infectée Signes systémiques : fièvre, frissons, hyperleucocytose > 10 000/mm ³	Hospitalisation et antibiothérapie par voie veineuse
Modérée	Inflammation locale modérément sévère, avec ou sans plaie cutanée mineure et signes systémiques	Antibiothérapie orale et suivi en externe
Légère	Inflammation locale légère à modérée, habituellement sans lésion cutanée ou signes systémiques	Antibiothérapie orale et suivi en externe

Tableau 16 : classification clinique selon Ho (9,5,18).

Examen para clinique des bursites septiques :

Ainsi, afin de poursuivre la différentiation, nous retrouvons assez souvent la réalisation d'une biologie avec notamment la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique.(2,3,7,16–18)

Dans notre étude, le syndrome inflammatoire fut retrouvé dans la plupart des cas avec une CRP moyenne de 73 mg/L.

Dans la littérature, le syndrome inflammatoire biologique reste variable. Lieber et al (12) avait mis en évidence un syndrome inflammatoire biologique avec une élévation de la CRP en moyenne de 117,6 mg/L dans les bursites olécraniennes et de 132,9 mg/L dans les patellaires. Chez Gomez (10), une hyperleucocytose est présent dans 76% des cas. A l'hôpital de Saint-Mandé, Jamakorzyan (19) et al. a mis en évidence une CRP moyenne de 55,8 mg par litre.

Dans la littérature, nous retrouvons de manière récurrente l'intérêt de la ponction de la bourse pathologique afin de confirmer l'étiologie septique.(2,3,7,16,18,20). Dernis (3) met en avant l'intérêt de la ponction de la bursite notamment pour l'isolement bactériologique. Bard (2) recommande la réalisation de celle-ci avec une aiguille de 16 ou 18 gauge. Lourmeau (7) souligne l'intérêt de l'échoguidage de la ponction.

Dans notre étude, environ 50% de notre cohorte a bénéficié d'une ponction. Dans la cohorte de Mathieu(13), près de 75% de leur cohorte ont bénéficié d'une ponction de la bourse. Dans la plupart des étude, la ponction de la bourse était un critère d'inclusion, en raison de l'intérêt de celle-ci pour la confirmation de l'origine infectieuse (11,12).

**Flore microbiologique des bursites septiques : étude de la flore et antibiogramme.
Conséquence de prise en charge :**

Dans notre étude, le germe responsable était le staphylococcus aureus sensible à la méticilline (63%), suivi du groupe des streptocoques. Nous avons retrouvé 3 cas de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline sur l'ensemble de notre étude.

Dans notre étude, le *staphylococcus aureus* était le germe retrouvé dans 63% des cas. Compte tenu de la résistance croissante du *staphylococcus aureus* aux pénicillines, l'antibiothérapie devra prendre en compte cette données. (21)

Dans notre étude, nous avons voulu caractériser le degré de résistance à différents antibiotiques. L'association amoxicilline acide clavulanique couvre 78% de l'ensemble des germes retrouvés dans notre étude. Une alternative thérapeutique serait la pristinamycine (77.8%)

Compte tenu de la forte utilisation de l'association AAC, nous avons voulu proposer une alternative acceptable notamment la céfalexine. Dans notre étude, nous retrouvons sensiblement le même degré de sensibilité (78,7%). Ainsi, l'utilisation de celle-ci serait tout à fait acceptable que l'association amoxicilline acide clavulanique.

L'équipe de Cea-Pereiro (9) s'est intéressée sur les différences entre les bursites causée par le staphylococcus aureus et celles médiées par d'autres germes. Ils avaient mis en évidence staphylococcus epidermidis, staphylocoque à coagulase négative, streptococcus pyogenes, candida, Enterococcus faecalis, Escherichia coli et enterobacter agglomerans.

L'enquête bactériologique retrouve dans la plupart des cas, un staphylococcus aureus sensible à la méticilline. (10–13,22,23) .

De manière similaire à notre étude, on peut par ailleurs retrouver d'autres germes cutanés comme :

- Staphylococcus à coagulase négatif.
- *Staphylococcus epidermidis*.
- Des germes du groupe streptocoques.

Rarement, peut être impliqué : (7,9)

- La tuberculose.
- Des germes mycotiques comme Candida.

Nous n'avons pas mis en évidence de tels germes.

Proposition de prise en charge générale.

Etant donné l'absence de consensus thérapeutique et diagnostique, de nombreux articles proposent la stratégie à adopter que ce soit en terme diagnostique ou thérapeutique.

L'équipe rhumatologique espagnol du Dr Martinez-Taboda (24), a présenté différentes stratégies thérapeutiques dans les bursites septiques patellaires ou olécraniennes. Le diagnostic était retenu si la microbiologie était contributive. Dans le cas où l'antibiothérapie était instaurée au préalable, le diagnostic était retenu si le tableau clinique était caractéristique en l'absence d'étiologies possibles et la réponse aux antibiotiques. Le travail montre trois stratégies thérapeutiques : la cloxacilline seule, la cloxacilline associée à la rifampicine, la cloxacilline avec la gentamicine. Sur le plan microbiologique, le staphylococcus aureus était responsable dans 90% des cas sans qu'une résistance à la cloxacilline ne fut retrouvée. Le choix de la stratégie thérapeutique était souvent basé sur l'expérience médicale et la sévérité de la clinique.

L'équipe chirurgie orthopédique suisse de Perez et al.(23) en prenant en compte les complications liées aux abords veineux, le confort du patient et les coûts de la prise en charge, a voulu mettre en avant l'application pratique d'une antibiothérapie de courte de durée associée à une bursectomie chirurgicale, réalisée de manière systématique dans le 2 à 4 jours du début de prise en charge. Le caractère septique comprenait une suspicion clinique en l'absence de diagnostic différentiel, la mise en place d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale en vue d'une étiologie infectieuse et la présence de pus lors de la bursectomie. Ainsi, sur 343 bursites patellaires et olécraniennes, le staphylococcus aureus était mis en évidence dans 85% dont 3 cas résistant à la méticilline. L'antibiothérapie la plus employée était l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique. Dans près la moitié des cas, une bursectomie en un temps était réalisée. Au terme de la prise en charge il n'y avait pas de récurrence observée.

Dans la littérature, nous retrouvons des propositions pour la prise en charge générale.

L'algorithme de Baumbach (16) (*cf. annexe 4*) a proposé une ligne de prise en charge dans le cas de la bursite de moins d'une semaine. La première partie se concentre sur l'examen clinique avec l'état vaccinal contre le tétanos, le recherche d'argument pour un SRIS. Sur le plan paraclinique, sont réalisées, une exploration biologique, des radiographies dans les 2 plans de l'articulation en question avec une échographie et la réalisation d'une ponction de la bourse.

Au cas où la ponction révélerait un germe, l'absence de SRIS permettrait une prise en charge ambulatoire avec une antibiothérapie de 10 jours alors que sa présence imposerait une prise en charge hospitalière.

La consultation de suivi serait faite à 10 jours avec une réévaluation clinique et plus ou moins une ponction de celle-ci.

La discussion d'une prise en charge chirurgicale a lieu si la bursite persiste au terme des 10 jours.

Prise en charge chirurgicale :

Sur le plan chirurgical, les indications divergent.

Dans la littérature, nous retrouvons : (7)

- Une bursite réfractaire ou récidivante
- Signes sévères d'infection
- Complications cutanées
- Présence de corps étrangers
- Immunodépression
- Drainage à l'aiguille non possible.

Nous retrouvons à la fois des études avec une voie endoscopique ou à ciel ouvert.

L'équipe coréenne de Rhyou (25) s'est intéressée aux résultats cliniques de la voie endoscopique. L'indication chirurgicale était posée si les symptômes perduraient malgré un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdiens et antibiothérapie pendant 2 à 3 jours. Au terme de l'étude, sur 15 cas, 1 cas a présenté une complication de type nécrose cutanée. Ils n'ont pas mis en évidence de complication chirurgicale ou de récurrence de l'épisode.

Uçkay et al (26) se sont intéressés à la bursectomie en un ou deux temps que ce soit au niveau du coude ou du genou. Compte tenu de la récurrence après un drainage à ciel ouvert, une voie d'abord différente semble être nécessaire pour l'équipe de Uçkay. Ainsi, se sont-ils intéressés à une bursectomie à ciel ouvert avec une fermeture en un ou deux temps. Une comparaison avec randomisation des deux techniques face-face a mis en évidence une diminution des complications locales de la bursectomie en un temps par rapport aux deux temps. L'équipe met aussi en avant, une réduction du temps de séjour, de la charge de travail des infirmières, et du coût de prise en charge.

Limites et forces de l'études :

Notre étude a pour principale force son caractère multi centrique avec une diversité de prise en charge.

Il s'agit à notre connaissance de la première étude incluant des patients pris en charge à la fois par des équipes médicales et chirurgicales. D'autre part, nous avons pu mettre en exergue les différences de prise en charge, en l'absence de consensus et de recommandations.

Du fait son caractère rétrospectif est responsable de perte de donnée.

Contrairement à ce que préconise l'équipe de Baumbach, les patients n'étaient pas revus systématiquement à 10 jours. Vu l'absence de suivi systématique, nous avons aucun recul sur l'évolution favorable ou non. Nous pouvons retenir tout de même une évolution favorable compte tenu du caractère multicentrique de notre étude.

Le critère d'inclusion était le diagnostic du clinicien même en cas ou non de ponction stérile. Malheureusement, nous ne pouvons pas ignorer un certain nombre de sur diagnostic que nous ne pouvons pas quantifier.

Par ailleurs, les cas colligés ont été pris en charge en milieu hospitalier, ne reflétant qu'une partie de la pathologie.

Conclusion

Notre étude a donc montré l'hétérogénéité de prise en charges des bursites septiques patellaires et olécraniennes.

La réalisation de la ponction de la bursite septique reste variable. La documentation bactériologique est largement dominée par le staphylococcus aureus méticilline sensible.

L'étude des antibiogrammes montre une sensibilité quasi identique des germes à l'association amoxicilline-acide clavulanique, pristinamycine et céphalosporines de 1^{ère} génération.

L'antibiothérapie le plus utilisée reste l'association amoxicilline-acide clavulanique. L'étude des antibiogrammes autorise des alternatives thérapeutiques comme la céfalexine ou la pristinamycine.

Le recours à la chirurgie reste minoritaire dans notre étude. L'indication de celle-ci reste variable selon les équipes. Compte tenu de l'évolution favorable des bursites septiques avec une prise en charge médicale, notre étude ne plaide pas pour une intervention chirurgicale initiale.

Annexes

Epaule	<ul style="list-style-type: none"> • Sous acromio deltoïdienne • Coracoïdienne • Entre subscapulaire et capsule • Entre infra épineux capsule • Sus acromiale • Coraco brachiale • Scapulo thoracique • Entre le grand pectoral et le chef long du biceps brachial
Coude	<ul style="list-style-type: none"> • Rétro olécranienne • Tendon distal du biceps brachial • Epicondyliennes latérale et médiale • Tricipitale
Poignet – main	<ul style="list-style-type: none"> • Entre radius et long abducteur du pouce
Hanche	<ul style="list-style-type: none"> • Ilio psoas • Trochantérienne superficielle en regard du grand glutéal • Moyen glutéal • Ischiatique • Obturateur interne
Genou	<ul style="list-style-type: none"> • Pré patellaire ou patellaire • Sous patellaire superficielle et profonde • La patte d'oie et superficielle • Gastrocnémien médial et latéral • Sous ligament collatéral médial • Entre le ligament collatéral latéral et biceps fémoral • Entre le ligament collatéral latéral et le tendon poplité.
Cheville pied	<ul style="list-style-type: none"> • Rétro calcanéenne • Rétro achilléenne • Talonnière • Malléolaire médiales et latérales • Intercapitométatarsiennes • Sous capito métatarsiennes
Rachis	<ul style="list-style-type: none"> • Inter épineuse • Para épineuse

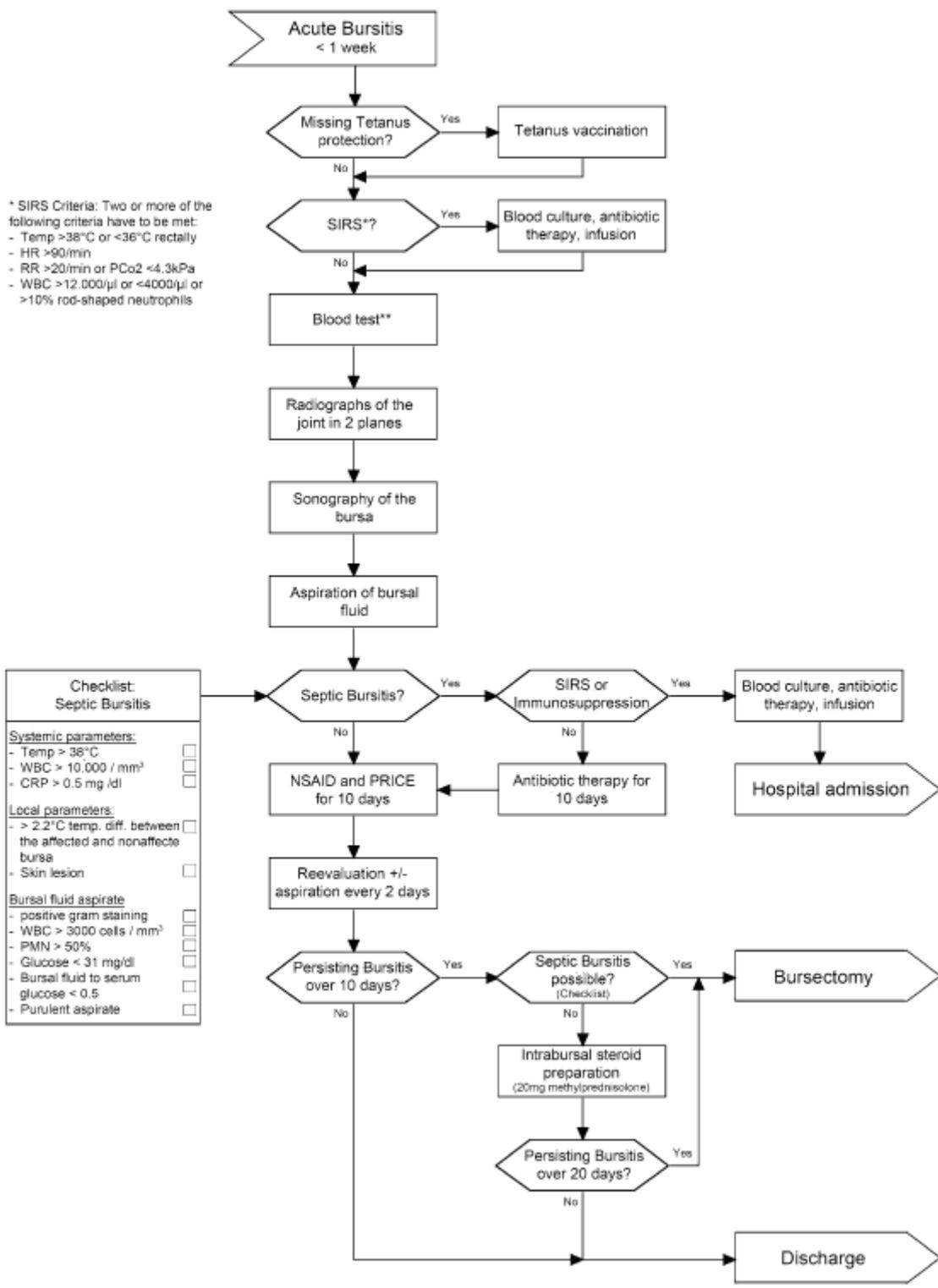
Annexe 1 : Principales bourses constantes ou adventicielles. (1)

M. 70,2	Bursite olécrânienne	
M. 70,3	Autres bursites du coude	
M. 70,4	Bursite pré patellaire	
M. 70,5	Autre bursite du genou	
M. 70,6	Bursite trochantérienne	
M71,12	Autres bursites infectieuses	Bras
M71,52	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,82	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,92	Bursite sans précision	
M71,13	Autres bursites infectieuses	Avant-bras
M71,53	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,83	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,93	Bursite sans précision	
M71,15	Autres bursites infectieuses	Région pelvienne et cuisse
M71,55	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,85	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,95	Bursites sans précision	
M70,46	Bursite pré patellaire	Articulation du genou
M70,56	Autres bursites du genou	
M71,16	Autres bursites infectieuses	Jambe
M71,56	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,86	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,96	Bursite sans précision	
M71,18	Autres bursites infectieuses	Autres localisations
M71,58	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,88	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,98	Bursite sans précision	
M71,19	Autres bursites infectieuses	Siège non précisée
M71,59	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,89	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,99	Bursite sans précision	
M71,10	Autres bursites infectieuses	Sièges multiples
M71,50	Autres bursites, non classées ailleurs	
M71,80	Autres affections des bourses séreuses précisées	
M71,90	Bursites sans précision	
M70,22	Bursite olécranienne	Articulation du coude
M70,32	Autres bursites du coude	

Annexe 2 : Détails des codes PMSI utilisés.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- B -		
Coude		
Hygroma : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude. - forme aiguë ; - forme chronique.	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
- D -		
Genou		
Hygroma aigu du genou.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
Hygroma chronique du genou.	90 jours	

Annexe 3 : Tableau 57 des maladies professionnelles : Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.



* SIRS Criteria: Two or more of the following criteria have to be met:
 - Temp >38°C or <36°C rectally
 - HR >90/min
 - RR >20/min or PCo2 <4.3kPa
 - WBC >12.000/µl or <4000/µl or >10% rod-shaped neutrophils

Annexe 4 : Algorithme thérapeutique pour bursite septique et aseptique des bursites patellaires et olécraniennes selon Baumbach. (16)

Bibliographie

1. Bard H, Morvan G, Vuillemin V. Bursopathies : les formes topographiques. Elvier Masson SAS. avr 2014;9(2):1-6.
2. Bard H, Morvan G, Vuillemin V. Bursopathies : étiopathogénie, diagnostic et traitement. Elsevier Masson SAS. 3 janv 2014;9(1):01-7.
3. Dernis E, Puéchal X. Bursites et ténosynovites septiques : diagnostic et traitement. Rev Rhum. avr 2006;73(4):345-50.
4. Bardin T, Richette P. Rhumatismes apatitiques. Presse Médicale. sept 2011;40(9):850-5.
5. Richette P. Actualités des arthropathies microcristallines. Presse Médicale. sept 2011;40(9):828-9.
6. Lioté F. Diagnostic d'une arthropathie microcristalline. Presse Médicale. sept 2011;40(9):869-76.
7. Lormeau C, Cormier G, Sigaux J, Arvieux C, Semerano L. Prise en charge des bursites septiques. Rev Rhum. mai 2019;86(3):255-61.
8. Turecki MB, Taljanovic MS, Stubbs AY, Graham AR, Holden DA, Hunter TB, et al. Imaging of musculoskeletal soft tissue infections. Skeletal Radiol. 1 oct 2010;39(10):957-71.
9. Cea-Pereiro JC, Garcia-Meijide J, Mera-Varela A, Gomez-Reino JJ. A Comparison between Septic Bursitis caused by Staphylococcus aureus and those caused by other Organisms. Clin Rheumatol. 1 janv 2001;20(1):10-4.
10. Gómez-Rodríguez N, Méndez-García MJ, Ferreiro-Seoane JL, Ibáñez-Ruán J, Penelas-Cortés Bellas Y. [Infectious bursitis: study of 40 cases in the pre-patellar and olecranon regions]. Enferm Infecc Microbiol Clin. mai 1997;15(5):237-42.
11. Lévy-Weil FE, Sollet JP, Scanvic A, Djennane S, Ighilahriz O, Feldmann JL. Traitement des bursites septiques: étude rétrospective à partir de 39 cas. Rev Rhum. 6 déc 2006;73(10-11):043-1044.
12. Lieber SB, Fowler ML, Zhu C, Moore A, Shmerling RH, Paz Z. Clinical characteristics and outcomes of septic bursitis. Infection. 29 mai 2017;45(6):781-6.
13. Mathieu S, Prati C, Bossert M, Toussiroit É, Valnet M, Wendling D. Bursites aiguës prépatellaires et olécraniennes, étude rétrospective, observationnelle de 46 cas. Rev Rhum. 24 juill 2011;78(4):398-9.
14. McAfee JH, Smith DL. Olecranon and prepatellar bursitis. Diagnosis and treatment. West J Med. nov 1988;149(5):607-10.
15. Aaron DL, Patel A, Kayiaros S, Calfee R. Four Common Types of Bursitis: Diagnosis and Management: J Am Acad Orthop Surg. juin 2011;19(6):359-67.
16. Baumbach SF, Lobo CM, Badyine I, Mutschler W, Kanz K-G. Prepatellar and olecranon bursitis: literature review and development of a treatment algorithm. Arch Orthop Trauma Surg. 1 mars 2014;134(3):359-70.
17. Reilly D, Kamineneni S. Olecranon bursitis. J Shoulder Elbow Surg. janv 2016;25(1):158-67.
18. Blackwell JR, Hay BA, Bolt AM, Hay SM. Olecranon bursitis: a systematic overview. Shoulder Elb. 1 juill 2014;6(3):182-90.

19. Communications orales. Rev Rhum. 28 juin 2016;82(S1):A57-134.
20. Hanrahan JA. Recent Developments in Septic Bursitis. Curr Infect Dis Rep. 1 oct 2013;15(5):421-5.
21. George Ho J, Su EY. Antibiotic therapy of septic bursitis. Arthritis Rheum. juill 1981;24(7):905-11.
22. García-Porrúa C, González-Gay MA, Ibañez D, García-País MJ. The clinical spectrum of severe septic bursitis in northwestern Spain: a 10 year study. J Rheumatol. mars 1999;26(3):663-7.
23. Perez C, Huttner A, Assal M, Bernard L, Lew D, Hoffmeyer P, et al. Infectious olecranon and patellar bursitis: short-course adjuvant antibiotic therapy is not a risk factor for recurrence in adult hospitalized patients. J Antimicrob Chemother. 1 mai 2010;65(5):1008-14.
24. Martinez-Taboada VM, Cabeza R, Cacho PM, Blanco R, Rodriguez-Valverde V. Cloxacillin-based therapy in severe septic bursitis: retrospective study of 82 cases. Jt Bone Spine Rev Rhum. déc 2009;76(6):665-9.
25. Rhyou IH, Park KJ, Kim KC, Lee J-H, Kim SY. Endoscopic Olecranon Bursal Resection for Olecranon Bursitis: A Comparative Study for Septic and Aseptic Olecranon Bursitis. J Hand Surg Asian-Pac Vol. juin 2016;21(02):167-72.
26. Uçkay I, von Dach E, Perez C, Agostinho A, Garnerin P, Lipsky BA, et al. One- vs 2-Stage Bursectomy for Septic Olecranon and Prepatellar Bursitis: A Prospective Randomized Trial. Mayo Clin Proc. 1 juill 2017;92(7):1061-9.

AUTEUR : Nom : NGUYEN

Prénom : Kim

Date de Soutenance : Lundi 28 juin 2019

Titre de la Thèse : Caractéristiques et prise en charge des bursites : étude rétrospective multicentrique à propos de 246 cas.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : médecine

DES + spécialité : rhumatologie

Mots-clés : bursite septique, patellaire, olécranienne, ponction, antibiothérapie

Résumé :

Introduction :

Evoquées sur des éléments clinico-biologiques, les bursites septiques patellaires et olécraniennes ne font pas l'objet de consensus thérapeutiques ou diagnostiques. L'objectif est de mettre en avant les modalités des prises en charge dans le Nord et le Pas de calais des bursites septiques.

Méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2017 incluant les patients avec une bursite olécrânienne ou patellaire avec ou sans documentation bactériologique. Les patients ayant bénéficié d'une antibiothérapie avant ou au décours de la prise en charge spécialisée ont été inclus dans l'étude. Nous avons recueilli des données épidémiologiques, cliniques, biologiques et bactériologiques ainsi que les données de l'antibiothérapie et de la prise en charge chirurgicale.

Résultats :

Sur 246 cas, près de la moitié des cas ont bénéficiés d'une ponction de la bourse pathologique (137/246). Le staphylococcus aureus sensible à la méticilline (SASM) fut retrouvé dans 63% des cas. L'étude des antibiogrammes a mis en évidence une sensibilité similaire à la fois à l'amoxicilline-acide clavulanique (AAC), à la céphalosporine de 1ère génération (C1G) et à la pristinaamycine (77,8%). Dans 66.3%, la prise en charge se faisait en milieu hospitalier. Une prise en charge chirurgicale fut nécessaire dans 26.8% des cas, associant une excision et/ ou un drainage. Dans 46,72% des cas, une antibiothérapie par AAC fut instaurée.

Conclusion :

Notre étude met en évidence l'hétérogénéité de prise en charge des bursites septiques. La microbiologie de cette entité est dominée par SASM. L'étude des antibiogrammes montre une sensibilité quasi identique des germes à l'association AAC, pristinaamycine et C1G. L'antibiothérapie le plus utilisée reste l'association AAC. L'étude des antibiogrammes autorise des alternatives thérapeutiques par la céfalexine ou pristinaamycine. Le recours à la chirurgie reste minoritaire dans notre étude. Compte tenu de l'évolution favorable des bursites septiques avec une prise en charge médicale, notre étude ne plaide pas pour une intervention chirurgicale initiale.

Composition du Jury :

Président : Pr Bernard CORTET

Asseseurs :

Monsieur le Docteur COQUERELLE Pascal

Monsieur le Professeur FLIPO René-Marc

Monsieur le Professeur SENNEVILLE Éric

Monsieur le Professeur MIGNAUD Henri