

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie – Présentation de cas du 23 mars 2010

Cas d'ostéo-arthrite

Orateurs: Dr M. Lacour, Dr D. Ceroni

Présentation de cas (Dr Lacour). Un garçon de 1 an et demi, né par voie basse, poids de naissance 3350, sans antécédent médical particulier, se présente avec un état fébrile, un genou droit tuméfié, rouge et douloureux. Un diagnostic différentiel d'arthrite septique versus arthrite réactionnel est posé, l'enfant est envoyé à l'Hôpital.

Là, on constate effectivement un refus de charge, une tuméfaction du genou Droit, un léger érythème pharyngé. Les examens de laboratoire montrent une CRP à 14, une procalcitonine à 0,13, des leucocytes à 11,7. En l'absence de syndrome inflammatoire, une arthrite septique semble peu probable et l'enfant est renvoyé à domicile et reconvoqué le lendemain. A ce moment, il va mieux, pose le pied par terre. Le surlendemain, il refuse à nouveau de poser le pied par terre, la VS monte à 43 et il est décidé de faire une ponction articulaire Le liquide est séro-purulent, il y a absence de germe au Gram, la culture aérobie et anaérobie revient négative, mais la PCR est positive pour *Kingella kingae*.

Autre cas: un enfant de 2 ans vient pour des douleurs au pied, sans notion de traumatisme, avec un état fébrile fluctuant. Il n'y a pas de rougeur, pas de chaleur, pas de tuméfaction, pas de limitation des mouvements mais une douleur à l'écrasement. Le bilan inflammatoire complet y compris bilan rhumatologique est négatif. Un traitement d'anti-inflammatoire amène un soulagement, mais il y a récurrence à l'arrêt du traitement. Il y a également un état fébrile persistant. La scintigraphie osseuse montre une hypercaptation des tissus mous. L'IRM montre une atteinte du cuboïde avec signe d'abcès(il est normal que la scintigraphie osseuse n'a rien montré, à cet âge l'a le cuboïde est cartilagineux) Il a été opéré, un matériel nécrotique a été retiré, la culture était négative mais la PCR positive pour *K. kingae*.

Kingella kingae: 25 cas ont été colligés en 3 ans, détecté par PCR. Avant, la maladie était mal reconnue, en effet la culture est laborieuse et nécessite des milieux particuliers.

En 1960, Elizabeth King isole une bactérie, tout d'abord comme appartenant au groupe *Moraxella*, puis reconnue comme groupe à part. C'est un coccobacille gram négatif à croissance lente, faisant partie du groupe HACEK (*Haemophilus*, *Actinobacillus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*, *Kingella*).

Il existe un portage asymptomatique: 6 à 10% des enfants de moins de 4 ans sont porteurs au niveau pharyngé. Une altération des muqueuses permet au germe de passer dans le sang, pouvant causer sepsis, endocardite et ostéo-arthrite surtout en dessous de 3 ans.

Facteurs de virulence:

- toxine RTX (recherchée par PCR), avec effet cytotoxique sur l'endothélium, respiratoire, la synovie.
- toxine KTX (effets sur leucocytes)
- présence de pili sur le germe facilitant son adhésion.

C'est le germe le plus fréquent à l'origine d'ostéo-arthrite chez l'enfant de moins de 4 ans, souvent négligé vu son aspect peu inflammatoire, peu inquiétant, peu de perturbation des tests biologiques, peu d'atteinte radiologique. Les cultures sont souvent peu productives

Dans les ostéo-arthrites classiques, la température est élevée, il y a un important syndrome inflammatoire (CRP a plus de 100), une leucocytose marquée. A Genève, 11/25 cas d'arthrite à *K. kingae* avaient une CRP normale. La culture est positive dans 30 à 50% des aspirations osseuses, 40 à 50% des liquides synoviaux (mais rendement moins bon chez l'enfant de moins de 3 ans) La culture nécessite un milieu Bactec, une croissance lente (3 à 5 jours)

De 2007 à 2009, il y a eu 45 cas d'ostéo arthrite à Genève. Il y a eu 30 diagnostic bactériologique. Il y a eu 25 cas de *K kingae*, diagnostiqué par PCR (recherche de toxine RTX)

Donc:

- *K kingae* est probablement le germe le plus fréquent d'ostéo-arthrite
- les signes cliniques sont souvent trompeurs
- le germe n'est en général pas détectable avec les cultures classiques. Il faut continuer de faire des cultures standards, mais aussi des PCR large spectre.

Traitement par amoxicilline, même p.o. sur 3 semaines.

Compte rendu du Dr V. Liberek
Transmis par le laboratoire MGD

vliberek@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch