

# Is dit een septische arthritis?

Casus acute voor Prof. Dr. Craenen van Koen Thomeer

*Woensdag 8 oktober 2003, 9h15*

*Praktijk van dr. Dhooghe en dr. Vandevelde, Wijgmaal, Vlaams-Brabant*

*Benjamin, een jongen van 9 jaar, komt met zijn moeder op consultatie wegens het vermoeden van een griep. Hij was reeds verleden week (tijdens het weekend) ziek geweest: een snotneus met wat keelpijn, maar dat was spontaan overgegaan met wat Dafalgan. Hij was hiervoor zelfs niet op consultatie geweest. Deze keer is het toch wel 'erger', aangezien hij volgens de moeder ook koorts maakt (38,4° rectaal) en hij sinds deze nacht toch hevige spierpijnen heeft aan het linker bovenbeen. Er was nog geen pijnstilling genomen. Verdere anamnese toont ons geen bijzonderheden. De moeder vermoedt een normale griep met spierpijn.*

*Bij het klinisch onderzoek zien we een bleke jongen met een algemeen zieke indruk. Hij mankt als hij naar de onderzoekstafel stapt en om de onderzoekstafel op te raken doet hij dit nogal 'onhandig' en vraagt uiteindelijk een trapje om er op te raken. Auscultatie van de longen en het hart zijn normaal. Keel ziet licht rood, amandelen normaal, oren normaal. Auscultatie van de buik geeft een normale peristaltiek, palpatie geeft een lichte drukpijn peri-umbilicaal. Percussie is normaal. Er is geen gerefereerde pijn bij het hoesten naar de buik, wel lichtjes naar de linker heup. De rechter heup is normaal, goede beweeglijkheid. Testes zijn aanwezig, op dezelfde hoogte en niet pijnlijk. De linker heup is een ander verhaal: er is pijn bij druk op de grote trochanter, er is beweeglijkheidsbeperking (er is niet specifiek gezocht naar de beperking van abductie, adductie, interne en externe rotatie, flexie, extensie, ... aangezien de patiënt dit te pijnlijk vindt). De temperatuur was 38,0° onder de oksel.*

Wij waren in het begin al op onze hoede voor de diagnose 'griep' aangezien de jongen toch duidelijk mankte. We hebben het klassieke klinisch onderzoek eerst uitgevoerd, om geen zaken over het hoofd te zien en ook om het meest pijnlijke als laatste uit te voeren. Onderzoek van de testes vonden we belangrijk aangezien een torsio soms een gerefereerd pijn geeft en de patiënt dan ook een atypische gang heeft (om zo min mogelijk pijn te hebben). Onze enige differentieel diagnose toen was een septische arthritis: we hebben dat patiënt dan ook onmiddellijk doorverwezen naar de dienst Spoedgevallen/Orthopedie van het Heilig Hartziekenhuis Leuven. Daar konden ze op echo zien dat er vooral vocht was rond het heupgewricht, de diagnose was toen gesteld: transiënte synovitis oftewel coxitis fugax. We hadden hieraan kunnen denken, aangezien dit een veel lagere koorts geeft dan septische arthritis.

Ik heb aan de hand van de literatuur een differentieel diagnose gemaakt met wat uitleg over de pathologie:

## **Transiënte Synovitis**

Meest frequente oorzaak van manken bij kinderen. Leeftijd vooral van 2 tot 10 jaar en ook vooral jongens. Het kind is gewoonlijk systemisch goed, maar klaagt van pijn in de knie of heup. Bij het klinisch onderzoek zijn vooral de inwendige rotatie en abductie beperkt. Een RX toont geen afwijkingen, wel nuttig is de echo dat een vochtuitstorting rond de heup vertoont. Bij twijfel aan de diagnose en ook bij hevige pijn wordt een punctie verricht, dit om de druk te verminderen en tevens uitsluitel te geven over een mogelijke infectie (om een septische arthritis uit te sluiten).

De juiste etiologie van transiënte synovitis is niet bekend, maar treed meestal op enkele dagen na een virale infectie van de bovenste luchtwegen of van het gastro-intestinaal stelsel. Men vermoedt dat het proces ter hoogte van de heup een immunreactie is aangezien er nog nooit een virus geïsoleerd is uit het vocht.

De behandeling is op de eerste plaats relatieve rust. Bij duidelijke bewegingsbeperking van de heup is enkele dagen tractie aangewezen, bij voorkeur in lichte abductie en flexie. Soms kunnen antiflogistica gebruikt worden om de pijn te verminderen.

Normaal duurt de transiënte synovitis 8 à 10 dagen, soms kan ze langer duren en zelf na een paar maanden kunnen de symptomen recidiveren.

Aangezien een transiënte synovitis het eerste symptoom is van een Legg-Calvé-Perthes is het aangeraden een RX te doen na 6 à 8 weken om een Legg-Calvé-Perthes uit te sluiten.

### **Legg-Calvé-Perthes**

Indien de synovitis langer dan 8 à 10 dagen moet men denken aan een beginnende Legg-Calvé-Perthes. Een RX is zo vroeg meestal nog niet diagnostisch, maar een scintigrafie kan dan uitsluitsel geven. Een NMR is ook mogelijk. Het is zeker niet te laat als een Legg-Calvé-Perthes drie weken later zou gediagnosticeerd worden, dus men kan afwachtende houding aannemen tot de mogelijke transiënte synovitis opklaart.

De meest frequentie leeftijd is tussen 5 en 7 jaar. Jongens worden 3 tot 5 maal meer aangetast dan meisjes.

De oorzaak is een avasculaire necrose van de femurkop waarvan de etiologie niet gekend is (ideopatisch).

De behandeling is specialistisch en houdt ofwel bedrust met RX opvolging in ofwel heelkunde.

De prognose is beter bij jongere kinderen.

### **Septisch artritis**

Meestal bij kinderen jonger dan 5 jaar en kan voorkomen in de heup of de knie. Het kind is systemisch meestal zwaar ziek en probeert het zieke gewricht immobiel te houden. Het gewricht is meestal warm, gezwollen en gevoelig, dit is echter niet zichtbaar bij de heup. Bij vermoeden moet dit snel doorgestuurd worden naar het ziekenhuis.

Aspiratie is beste diagnosemiddel.

Als behandeling moet de etter verwijderd worden uit het gewricht: bij de heup is dit een open drainage, bij de andere gewrichten is dit arthroscopisch. Daarna moeten hoge doses antibiotica gegeven worden in functie van de ettercultuur. Het gewricht moet ook in tractie gezet worden.

Bij laattijdige diagnose is de prognose slecht.

### **Posttraumatische vocht- of bloeditstorting**

Volgens anamnese

### **Mono-articulaire reuma**

Uitzonderlijk

### **Low grade infectie**

Zeer zeldzaam

Literatuur:

Leerboek kinderorthopedie, G. Fabry (red.), 2002, Garant

Oxford handbook of general practice, Simon et al, 2003, Oxford Press