



Une ténosynovite septique secondaire à une infiltration de corticoïde : A propos d'un cas.

Septic Tenosynovitis Following Corticosteroid Injection: A Case Report.

Savadoogo Binta¹, Abassiri Kantiga Aida Eudoxie², Sougué Charles³, Kenagnon Aimé Davy Sèvy⁴,
Kaboré Fulgence², Zabsonré/Tiendrébéogo Wendlasida Joëlle Stéphanie², Ouédraogo Dieu-Donné²

¹ Hôpital saint Camille, Ouagadougou, Burkina Faso

²Service de rhumatologie Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

³Service de Médecine interne Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

⁴Département de médecine du Centre Hospitalier Universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso.

Auteur correspondant : Dr Savadoogo Binta, Hôpital saint Camille, Ouagadougou, Burkina Faso

E-mail: savadoogo_binta@yahoo.fr

Reçu le 15 Novembre 2025, accepté le 07 Mars 2026 et mise en ligne le 04 Juillet 2026

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

La ténosynovite septique des fléchisseurs est une affection rare mais grave pouvant compromettre le pronostic fonctionnel de la main. Les complications infectieuses secondaires aux infiltrations de corticoïdes sont exceptionnelles mais doivent être connues. Nous rapportons le cas d'une patiente de 68 ans, sans antécédents particuliers, consultant pour une douleur mécanique chronique de la main droite associée à une tuméfaction douloureuse du pouce. L'échographie objectivait une ténosynovite du long fléchisseur du pouce sans argument initial en faveur d'une origine infectieuse. Une infiltration échoguidée de bétaméthasone a été réalisée dans des conditions d'asepsie rigoureuses.

Quatre jours après le geste, la patiente présentait une aggravation des douleurs, une fièvre à 38 °C, une augmentation de la tuméfaction locale et un syndrome inflammatoire biologique avec hyperleucocytose et élévation de la CRP. Les prélèvements bactériologiques sont restés négatifs. Devant la suspicion de ténosynovite infectieuse, une antibiothérapie associant amoxicilline-acide clavulanique et ofloxacine a été instaurée pendant quatre semaines, permettant une régression rapide des signes cliniques et une cicatrisation complète sans séquelles à trois mois.

Cette observation souligne l'importance d'éliminer une infection avant toute infiltration et d'évoquer une complication septique devant toute exacerbation inflammatoire post-procédure afin d'instaurer un traitement précoce et adapté.

Mots clés : infiltration corticoïde, complication infectieuse, ténosynovite.

ABSTRACT

Septic flexor tenosynovitis is a rare but serious condition that may compromise the functional outcome of the hand. Infectious complications following corticosteroid injections are exceptional but should be recognized. We report the case of a 68-year-old woman with no significant medical history who presented with chronic mechanical pain of the right hand associated with painful swelling of the thumb. Ultrasonography revealed tenosynovitis of the flexor pollicis longus tendon, with no initial evidence suggestive of an infectious etiology. An ultrasound-guided betamethasone injection was performed under strict aseptic conditions.

Four days after the procedure, the patient developed worsening pain, fever (38°C), increased local swelling, and biological signs of inflammation, including leukocytosis and elevated C-reactive protein levels. Bacteriological cultures remained negative. Given the suspicion of infectious tenosynovitis, antibiotic therapy combining amoxicillin-clavulanic acid and ofloxacin was initiated for four weeks, resulting in rapid clinical improvement and complete healing without functional sequelae at three months of follow-up.

This case highlights the importance of excluding an underlying infection before performing any corticosteroid injection and considering a septic complication in the presence of worsening inflammatory symptoms following the procedure, in order to ensure prompt diagnosis and appropriate treatment..

Key words: *corticosteroid injection, infectious complication, septic tenosynovitis.*

1. Introduction

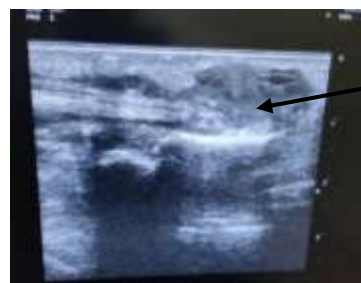
La ténosynovite infectieuse des fléchisseurs est une infection bactérienne grave dans l'espace fermé des gaines des tendons fléchisseurs digitaux [1,2]. Elle se manifeste le plus souvent sous la forme d'une ténosynovite des fléchisseurs de la main et du poignet, reconnaissable aux signes de Kanavel [3]. Elle représente 20 % des infections de la main et peut entraîner des complications compromettant la fonction du doigt, voire celle de la main, si elle n'est pas traitée rapidement [4]. La ténosynovite des fléchisseurs est la plus courante [5]. Elle a été décrite par Karnaval depuis 1912 comme une douleur à la palpation le long du tendon fléchisseur, le doigt maintenu en flexion, une douleur lors de l'extension passive du doigt et un gonflement fusiforme du doigt [6]. Elle peut être causée par la propagation hématogène, cependant, l'inoculation locale par des lacerations, des plaies de perforation et des morsures sont des causes beaucoup plus courantes [2]. Les complications post infiltrations sont rares mais ne sont pas à minimiser [7,8]. Les patients doivent être informés des effets secondaires et des risques de l'infiltration, et invités à consulter rapidement dès l'apparition de signes infectieux [8]. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une ténosynovite du long fléchisseur du pouce découverte après une infiltration de corticoïdes.

2. Observation

Il s'agissait d'une patiente de 68 ans sans antécédents pathologiques connus, reçue en consultation de rhumatologie pour une douleur de la main droite chronique, d'apparence mécanique. Il n'y avait pas de signes généraux, mais comme signes extra articulaires elle signalait une toux grasse aiguë. Il n'y avait pas de traitement antérieur.



Infiltration péri tendineuse



Ténosynovite

Figure 1: Échographie du Canal carpien montrant

Figure 2 : Ténosynovite long fléchisseur du pouce



Figure 3: Radiographie normale de face des mains



Figure 4: image à 4 jours post infiltration

À l'examen, on notait une tuméfaction douloureuse de la face palmaire du pouce et en regard de la face antérieure du poignet, une augmentation de la chaleur locale. La mobilisation du pouce était difficile.

À la biologie, l'hémogramme était normal avec les leucocytes à $4860/\text{mm}^3$, la CRP à 12 mg/l , l'uricémie normale à $257 \mu\text{mol/ml}$, les facteurs rhumatoïdes négatifs à $13,4\text{U/l}$, les anticorps antiCCP2 négatifs à $0,01\text{U/l}$ et la créatininémie normale à $44 \mu\text{mol/l}$.

L'échographie des mains et des poignets montrait une image hypoéchogène péri-tendineuse au niveau du canal carpien et un aspect hypoéchogène du long fléchisseur du pouce. Les figures 1 et 2 montrent les images échographiques.

La radiographie des mains de face ne montrait pas de lésions osseuses. La figure 3 représente la radiographie de face des mains.



Figure 5: Image à 3 mois montrant une cicatrisation du doigt

Le diagnostic d'une ténosynovite dégénérative par hyper sollicitation a été posé. La patiente a bénéficié d'un traitement par infiltration échoguidée de Betaméthasone 2mg injectable dans la gaine du long fléchisseur du pouce après aseptie. Nous avons effectué le geste après un lavage à 2 temps avec de la Bétadine jaune sous repérage échographique en utilisant un cache sonde et un gel stérile. Quatre jours après le geste, la patiente revient avec une aggravation de sa douleur, une fièvre à 38°C avec à l'examen une augmentation de la tuméfaction de la face antérieure du pouce, une chaleur locale en voie de fistulisation de la tuméfaction. L'hémogramme notait une hyperleucocytose ($12000/\text{mm}^3$). La CRP était à 48mg/l , l'uricémie à $262 \mu\text{mol/ml}$. Les prélèvements bactériologiques (écouvillonnage, hémocultures et l'examen des crachats) ne mettaient pas en évidence de germe. Un traitement par de l'amoxicilline + acide clavulanique 6g à raison de 100 mg par kg par jour associé à de l'Ofloxacine 400 mg par jour pendant 4 semaines et des soins locaux permettaient une régression au bout d'une semaine puis une cicatrisation. L'évolution à 3 mois était sans séquelles. Les figures 4 et 5 montrent la régression puis cicatrisation.

3. Discussion

Ce cas montre qu'une complication peut survenir après un geste sous échographie malgré que l'infiltration écho guidée soit plus précise. Ce risque est rare mais n'est pas à minimiser [7,8]. Cela pose un double problème au rhumatologue, surtout en l'absence de preuve bactériologique bien que dans de nombreuses études, le *Staphylococcus aureus* a été trouvé dans jusqu'à 75% des cultures positives dans les ténosynovites à pyogène [9].

Le premier défi est la difficulté diagnostique surtout diagnostic différentiel. En effet le caractère mécanique de la douleur et la CRP qui n'était pas très élevée avant l'infiltration, l'hémogramme qui est revenue normale laisserait penser à une ténosynovite dégénérative. De plus après une infiltration, une recrudescence douloureuse peut être liée à une ténosynovite microcristalline aiguë induite par les cristaux de corticoïdes ("steroid flare") [10]. Les études portant sur les infiltrations de la main, du poignet et de l'épaule rapportent une incidence du flare post-injection de 32,8 à 35,3 %. Une étude sur les flares après infiltration pour ténosynovite de De Quervain et doigt à ressort retrouve que la plupart des flares survenaient 1 à 2 jours après l'injection, duraient en moyenne 2 jours, et n'impactaient pas la résolution symptomatique à long terme [10].

Cependant une ténosynovite septique peut être révélée ou aggravée par un geste infiltratif [8]. La littérature spécifiquement dédiée à la fréquence des ténosynovites septiques post-infiltration est très limitée. Une étude rétrospective sur 10 ans a recensé 18 infections sur 2307 procédures donnant une incidence de 0,99 % pour la ténosynovite infectieuse des fléchisseurs [11]. Seul l'amélioration antibiothérapie après un pansement dans notre cas clinique a permis de poser le diagnostic de ténosynovite septique.

Le second défi est la difficulté de la preuve bactériologique. Malgré le caractère inflammatoire de la douleur et le syndrome inflammatoire biologique apparu après l'infiltration les prélèvements bactériologiques et les hémocultures sont revenues négatives. La négativité des cultures dans un contexte post-infiltration n'est pas rare. Une étude rétrospective de 51 cas de ténosynovite pyogène des fléchisseurs a noté que les germes les plus fréquemment isolés étaient *E. faecalis* (18,6 %), *S. aureus* méticillino-résistant (16,9 %), *E. coli* (5,1 %) et *S. epidermidis* (5,1 %) [12]. Cette étude montre que la culture était négative dans 47,5 % des cas [12].

4. Conclusion

Les ténosynovites septiques sont rares. Toute symptomatologie inflammatoire locale exacerbée au décours d'une infiltration doit faire évoquer une complication infectieuse et doit faire l'objet d'une investigation pour mettre en évidence le germe en cause pour débiter le plus rapidement le traitement. La rareté de l'infection tenosynoviale post infiltration fait l'intérêt de ce cas clinique. Il faut toujours éliminer une ténosynovite septique avant tout geste infiltratif.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Osipchuk D, Riddell J. Bilateral Infectious Extensor Tenosynovitis: A Case Report. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jun 7];7. <https://doi.org/10.5811/CPCEM.1317>
2. Chapman T, Ilyas AM. Pyogenic Flexor Tenosynovitis: Evaluation and Treatment Strategies. *The Journal of Hand Surgery*. 2019;44:981–5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.04.011>
3. Osipchuk D, Riddell J. Bilateral Infectious Extensor Tenosynovitis: A Case Report. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine* [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 29];7. <https://doi.org/10.5811/CPCEM.1317>
4. Mamane W, Lippmann S, Israel D, Ramdhian-Wihlm R, Temam M, Mas V, et al. Infectious flexor hand tenosynovitis: State of knowledge. A study of 120 cases. *Journal of Orthopaedics*. 2018;15:701–6. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2018.05.030>
5. St Clair JW, Bragg K, Mattingly JL, Collado J, Beel BC, Siddiqui AA, et al. Infectious Extensor Tenosynovitis of the Hallucis Longus Tendon: A Case Report. *Cureus* [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 29]; <https://doi.org/10.7759/cureus.60384>
6. Kennedy CD, Huang JI, Hanel DP. In Brief: Kanavel's Signs and Pyogenic Flexor Tenosynovitis. *Clin Orthop Relat Res*. 2016;474:280–4. <https://doi.org/10.1007/s11999-015-4367-x>
7. Çelik G, Bal A, Hale Hekim H. A rare side effect after local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome: Acute horseshoe abscess. *Turk J Phys Med Rehab*. 2025;71:406–10. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2025.15536>
8. Shah N, Mulgrew S, Laing T. Acute horseshoe abscess of the hand after corticosteroid injection to treat trigger thumb. *BMJ Case Reports*. 2018;2018:bcr-2018-225535. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-225535>
9. Chapman T, Ilyas AM. 5 Points on Pyogenic Flexor Tenosynovitis of the Hand. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. Belle Mead, N.J.; 2017;46:E207–12.
10. Kamel SI, Rosas HG, Gorbachova T. Local and Systemic Side Effects of Corticosteroid Injections for Musculoskeletal Indications. *American Journal of Roentgenology*. 2024;222:e2330458. <https://doi.org/10.2214/AJR.23.30458>
11. Stewart CN, Ward CM. Infectious Flexor Tenosynovitis Following Trigger Finger Release: Incidence and Risk Factors. *Hand (New York, N.Y.)*. 2022;17:529–33. <https://doi.org/10.1177/1558944720930298>
12. Altamirano-Arcos C, Chavez-Serna E, Romero Caballero R, Rodriguez-Rodriguez CE, Martinez-Wagner R. Factors associated to amputation in pyogenic flexor tenosynovitis in a tertiary referral center in Mexico. *Int Surg J*. 2023;11:31–6. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20233919>