

Société Tunisienne de Pathologies Infectieuses

Société Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Collège de Maladies Infectieuses, Microbiologie et Parasitologie-Mycologie

Collège de Chirurgie Orthopédique



STPI
Société Tunisienne
de Pathologie Infectieuse



CAS CLINIQUE

Dr Youssef MALLAT

Dr Siwar FRIGUI



collège MIM-PM

7^{èmes} rencontres en Infectiologie

Hammamet, 05/03/2022



Cas clinique

- Homme
- 28 ans
- Sans antécédents

- Douleur inflammatoire aiguë du genou droit évoluant depuis 3 jours



Cas clinique

Interrogatoire:

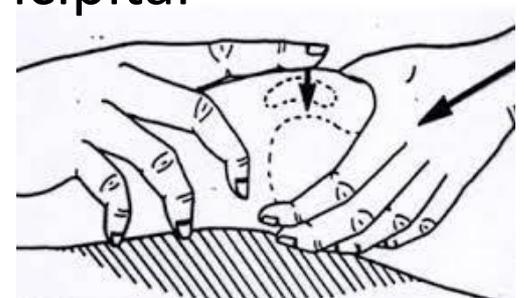
- Apparition **spontanée** des douleurs
- 2 jours après un **traumatisme mineur**
- Aggravation progressive des douleurs
- Gonflement du genou droit
- **Marche impossible**
- **Fièvre** non chiffrée + **frissons**



Cas clinique

Examen physique:

- TA = 13/7 ; Pouls = 82 bpm
- Température: **39,2°**
- Impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit
- Genou droit en flectum irréductible
- Comblement du cul-de-sac sous quadricipital
- **Choc rotulien positif**
- Pas de lésions cutanées ni ADP



Cas clinique

RESULTATS DES ANALYSES

SANG

C. R. P. 186 mg/l N: ≤ 8

NUMERATION FORMULE SANGUINE

| | | | | | |
|----------------------|------|-------------|--------|------|---------------------|
| Hématies | 5,76 | $10^{12}/l$ | | N: | 4,6 - 6,2 |
| Hémoglobine | 16,3 | g/dl | | N: | 13 - 18 |
| Hématocrite | 49,0 | % | | N: | 40 - 52 |
| VGM | 85,1 | f | | N: | 82 - 97 |
| CCMH | 33,3 | % | | N: | 32 - 36 |
| TCMH | 28,3 | pg/cellule | | N: | 27 - 32 |
| IDR | 13,4 | % | | N: | 11,5 - 14,5 |
| Erythroblastes | 0,0 | % | | | |
| Leucocytes | 13,5 | $10^9/l$ | | N: | 4 - 10 |
| Formule leucocytaire | | | | | |
| PN.Neutro | 70,9 | % | Soit : | 9,57 | $10^9/l$ N: 1,7-7 |
| PN.Eo | 0,6 | % | Soit : | 0,08 | $10^9/l$ N: < 0,5 |
| PN.Baso | 0,3 | % | Soit : | 0,04 | $10^9/l$ N: < 0,1 |
| Lympho | 18,5 | % | Soit : | 2,50 | $10^9/l$ N: 1,5 - 4 |
| Mono | 9,3 | % | Soit : | 1,25 | $10^9/l$ N: 0,1 - 1 |
| IG | 0,4 | % | Soit : | 0,05 | $10^9/l$ |
| Plaquettes | 178 | $10^9/l$ | | N: | 150 - 400 |

Cas clinique





Question 1

Le diagnostic d'une arthrite septique est suspecté, quelle est votre conduite immédiate?

- A. Demander un dosage de la procalcitonine
- B. Faire une échographie articulaire pour confirmer le diagnostic
- C. Faire une ponction exploratrice en respectant une asepsie chirurgicale
- D. Ponctions-lavages itératifs
- E. Prélever une série d'hémocultures

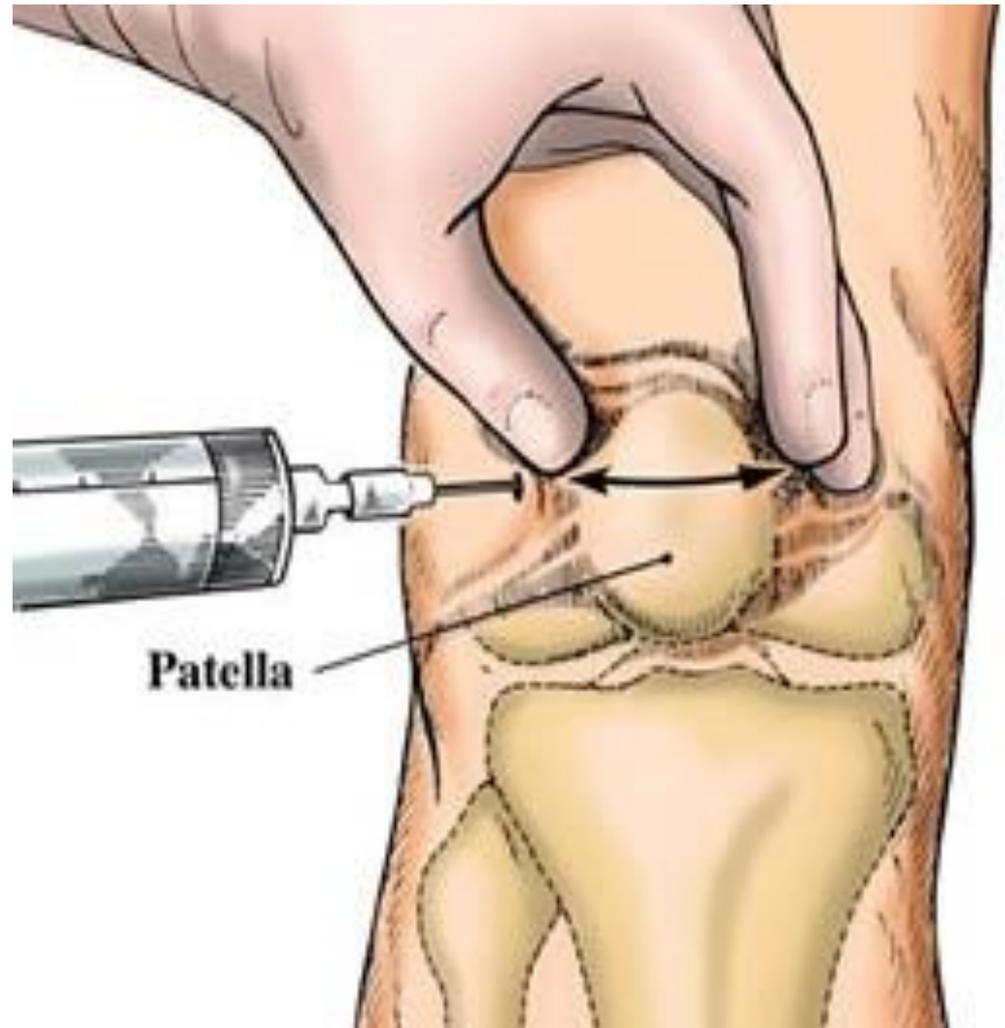


Question 1

Le diagnostic d'une arthrite septique est suspecté, quelle est votre conduite immédiate?

- A. Demander un dosage de la procalcitonine
- B. Faire une échographie articulaire pour confirmer le diagnostic
- C. Faire une ponction exploratrice en respectant une asepsie chirurgicale
- D. Ponctions-lavages itératifs
- E. Prélever une série d'hémocultures

La ponction articulaire





Question 2

Concernant le prélèvement du liquide articulaire:

- A. Il doit être réalisé avant toute antibiothérapie
- B. Une partie du liquide articulaire doit être recueillie dans un tube hépariné ou citraté
- C. Il est recommandé d'ensemencer directement 2 flacons d'hémocultures (aérobie/anaérobie)
- D. Il doit être acheminé au laboratoire à température ambiante dans les 2 heures suivant la ponction
- E. Il peut être conservé à +4°C si un acheminement immédiat n'est pas possible



Question 2

Concernant le prélèvement du liquide articulaire:

- A. Il doit être réalisé avant toute antibiothérapie
- B. Une partie du liquide articulaire doit être recueillie dans un tube hépariné ou citraté
- C. Il est recommandé d'ensemencer directement 2 flacons d'hémocultures (aérobie/anaérobie)
- D. Il doit être acheminé au laboratoire à température ambiante dans les 2 heures suivant la ponction
- E. Il peut être ~~conservé à +4°C~~ si un acheminement immédiat n'est pas possible : milieu de transport

Cas clinique

- Patient hospitalisé
- Série d'hémocultures prélevées
- Ponction articulaire faite en urgence



Aspect macroscopique ?

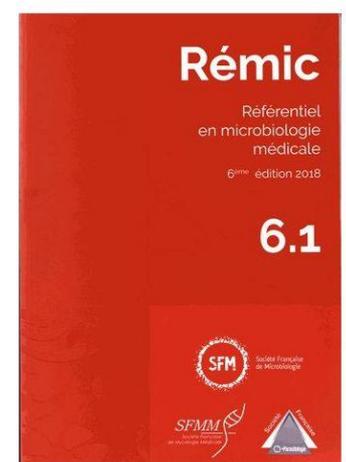
Laboratoire de microbiologie

Diagnostic bactériologique des arthrites septiques (1)

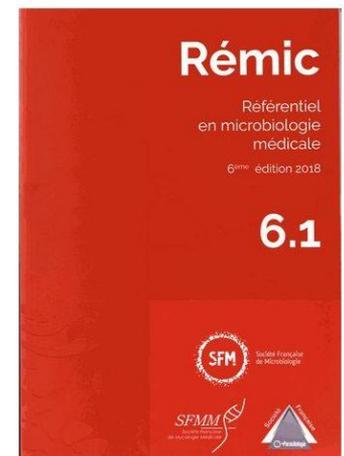
- **Précautions au laboratoire:**
 - Ensemencement de l'échantillon
 - Observations des géloses
 - Repiquage des milieux liquides



Sous PSM type 2

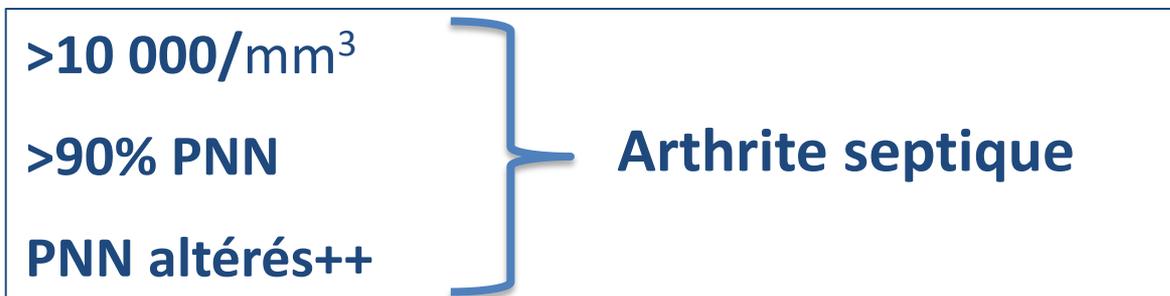


Diagnostic bactériologique des arthrites septiques (2)



- **Examen direct:**

- Aspect macroscopique: jaune citrin, trouble, purulent...
- Quantification des leucocytes (à partir du tube anti-coagulé, en tenant compte de la dilution)
- Coloration au bleu de méthylène: formule leucocytaire
- Coloration de Gram: recherche de bactéries
(Se=6% - Sp=99%)



Diagnostic bactériologique des arthrites septiques (3)

TABLEAU 22-2

Interprétation des liquides articulaires.

| | <i>Normal</i> | <i>Septique</i> | <i>Inflammatoire non bactérien</i> | <i>Tuberculose</i> |
|--------------------------------|---------------|-----------------|------------------------------------|--------------------|
| Aspects | Jaune clair | Trouble | ± trouble | Trouble |
| Coagulation spontanée | - | + | + | + |
| Cristaux | - | - | ± | - |
| Leucocytes (/mm ³) | <200 | >2000 à 50 000 | 2000 à 50 000 | Environ 5000 |
| Polynucléaires (%) | <25 | >80 | Environ 50 | 50 |
| Examen direct | - | + | - | + (Ziehl) |
| Protéine (g/l) | <20 | >50 | >50 | >50 |

Diagnostic bactériologique des arthrites septiques (4)

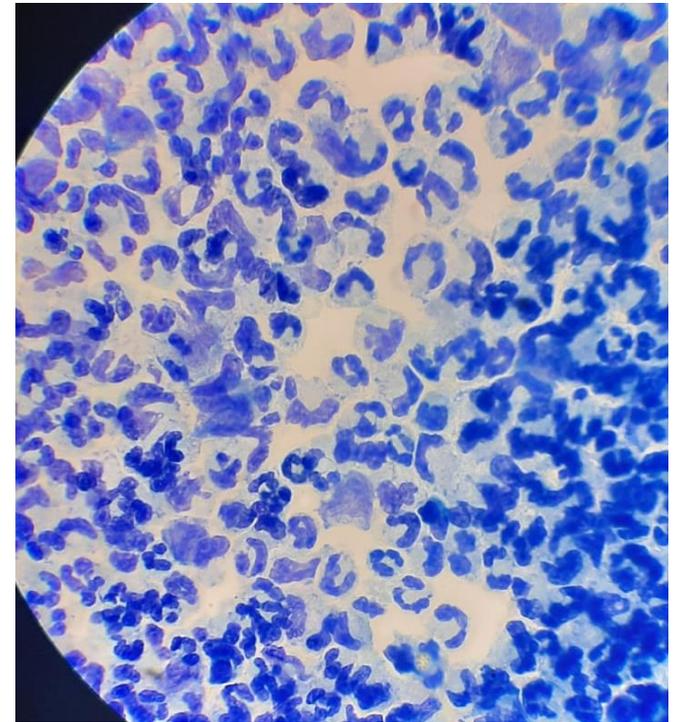


| Milieux de culture | Conditions d'incubation | Durée d'incubation | observation |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------|---|
| Gélose au sang | Aérobie 37°C | ≥7j (10-14j) | Tous les jours |
| Gélose au chocolat | 5% de CO ₂ 37°C | ≥7j (10-14j) | Tous les jours |
| Gélose au sang | Anaérobie 37°C | ≥7j (10-14j) | Toutes les 48h |
| Milieu liquide d'enrichissement | Aérobie 37°C | 14j | Tous les jours Repiquage systématique à J14 et si aspect trouble |

Cas clinique

Résultat de l'examen direct:

- Aspect : trouble
- Leucocytes = 246 000/mm³
- 94% PNN
- Examen Direct : négatif
- Culture: en cours





Question 3

Devant ce tableau clinique, quels sont les germes à évoquer?

- A. *Staphylococcus aureus*
- B. *Streptococcus pyogenes*
- C. *Salmonella enterica*
- D. *Neisseria gonorrhoeae*
- E. *Streptococcus pneumoniae*



Question 3

Devant ce tableau clinique, quels sont les germes à évoquer?

- A. *Staphylococcus aureus*
- B. *Streptococcus pyogenes*
- C. *Salmonella enterica* (drépanocytose)
- D. *Neisseria gonorrhoeae*
- E. *Streptococcus pneumoniae*

Arthrite septique de l'adulte: épidémiologie microbienne

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Sujet adulte | | <ol style="list-style-type: none">1. <i>S. aureus</i>2. <i>S. pyogenes</i>3. Autres strepto groupables4. <i>S. pneumoniae</i> |
| Selon le contexte clinique | Sujet jeune sexuellement actif | <i>N. gonorrhoeae</i> |
| | Sujet âgé | BGN |
| | Inoculation directe | <i>P. aeruginosa</i> Anaérobies |
| | Dépanocytose | <i>Salmonella enterica</i> |



Question 4

Au vu de ces résultats, quelle serait votre conduite à tenir?

- A. Oxacilline IV
- B. Un drainage chirurgical
- C. Ponctions – lavages itératifs
- D. Glaçage, immobilisation et anti-inflammatoires
- E. Amoxicilline- acide clavulanique + Gentamicine IV



Question 4

Au vu de ces résultats, quelle serait votre conduite à tenir?

- A. Oxacilline IV
- B. Un drainage chirurgical
- C. Ponctions – lavages itératifs
- D. Glaçage, immobilisation et anti-inflammatoires
- E. Amoxicilline- acide clavulanique + Gentamicine IV

Principes généraux de l'antibiothérapie d'une arthrite septique aiguë (1)

- **Probabiliste après prélèvement bactériologique**

- Bonne diffusion articulaire

- Bactéricide

- Association +++:

Bêta-lactamine + aminoside

---> efficacité prouvée

- Voie IV au début

- A réévaluer à H72 + adapter à l'antibiogramme

Tableau 4. Traitement antibiotique empirique de l'arthrite bactérienne aiguë, sans prothèse articulaire

(Adapté de réf').

MRSA: staphylocoque doré résistant à la méthicilline.

Standard

Amoxicilline + acide clavulanique

2,2 g i.v. 4-6x/j

plus

Aminoglycoside

(par exemple gentamycine 3-5 mg/kg i.v. 1x/jour)

Allergie à la pénicilline

Remplacer amoxicilline + acide clavulanique par:

clindamycine 450-600 mg i.v. 4x/j

ou

vancomycine 1 g i.v. 2x/jour

Prévalence MRSA \geq 10%

Remplacer amoxicilline + acide clavulanique par:

vancomycine 1g i.v. 2x/jour

Principes généraux de l'antibiothérapie d'une arthrite septique aiguë (2)

- Relais per os si évolution favorable:
 - *Ponctions articulaires négatives en culture*
 - *Apyrexie*
 - *Absence de localisations secondaires*
- Durée totale: 4 à 6 semaines en tout (IV + PO) depuis le dernier prélèvement positif
- Surveillance de l'efficacité de l'antibiothérapie: clinique + biologique
- Surveillance de la toxicité des antibiotiques

Drainage articulaire (1)



- **Moyens:**

- Ponctions itératives +/- guidées (Rhumatologues)
- Ponctions chirurgicales (souvent arthroscopiques) + lavage, synovectomie (Orthopédistes)

→ **Résultats équivalents**

Ponction chirurgicale indiquée surtout en cas de:

- Non amélioration clinique 2 à 5 jours du début du traitement
- Hupercellularité persistante du liquide articulaire sur ponctions itératives
- Cultures demeurant positives sous antibiothérapie
- Atteinte radiologique destructrice

Drainage articulaire (2)



- **Buts:**
 - Diminuer la pression intra-articulaire
 - Limiter les adhérences
 - Evacuer le matériel nécrotique et les débris bactériens
 - Evacuer les enzymes et les médiateurs de l'inflammation:
 - Inhibent l'effet des antibiotiques
 - Provoquent des lésions ostéoarticulaires

Drainage articulaire (3)

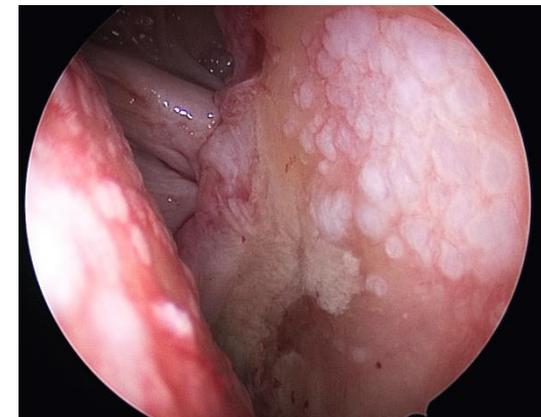
- **Modalités:**

Drainage Médical:

Ponctions quotidiennes +/- lavage au sérum

Drainage chirurgical: Arthroscopie / Arthrotomie

- Drainage et nettoyage efficaces
- Effondrer les poches purulentes
- Supprimer les adhérences
- Faire le bilan des lésions
- Réséquer les franges synoviales nécrosées



Drainage articulaire (4)



Arthrite septique à pyogène de l'adulte

J.-J. Dubost, A. Tournadre, M. Soubrier, J.-M. Ristori

PONCTIONS ITERATIVES, ARTHROSCOPIE OU ARTHROTOMIE ?

Ponction VS Chirurgie

Pas de preuves de supériorité

Drainage médical:



*Meilleurs résultats fonctionnels
Plus de mortalité*



**Le type de drainage est conditionné
par l'équipe médicale ou chirurgicale**

Drainage articulaire (5)

Symposium SFA 2005

L'arthrite septique du genou

Knee septic arthritis

J.-Y. Jenny *, A. Lortat-Jacob **, P. Boisrenoult ***, D. Zerkak ****, N. Pujol **, J.-M. Ziza ****, J. Gaudias *

Revue rétrospective de 78
dossiers + littérature

- Centre d'Orthopédie et de Traumatologie Strasbourg
- Service d'Orthopédie, Hôpital Ambroise-Paré
- Service d'Orthopédie, Hôpital André-Mignot
- Service de Rhumatologie Hôpital Ambroise-Paré

Conclusion:

Indications larges de lavage arthroscopique + synovectomie

Traitement agressif au moindre doute > Retard de traitement efficace
responsable de mauvais résultats

Drainage articulaire (6)

COPYRIGHT © 2017 BY THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY, INCORPORATED

Open Compared with Arthroscopic Treatment of Acute Septic Arthritis of the Native Knee

Brenton P. Johns, MBBS, Mark R. Loewenthal, MBBS, FRACP, and David C. Dewar, MBBS, FRACS, FAOrthoA

Investigation performed at the Bone and Joint Institute and the Department of Immunology and Infectious Diseases, Royal Newcastle Centre and John Hunter Hospital, Newcastle, Australia

Level of Evidence: Therapeutic Level III.

ARTHROSCOPIE:

Le traitement le plus efficace

Meilleur secteur de mobilité

Supériorité confirmée



Phase aiguë
Reprises

Drainage articulaire (7)

Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 101 (2015) 47–50



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Efficacité sur l'infection du traitement arthroscopique des arthrites septiques sur articulations natives[☆]



Efficacy of arthroscopic treatment for resolving infection in septic arthritis of native joints

Niveau de preuve. – Niveau IV, série rétrospective.

F. Aïm*, J. Delambre, T. Bauer, P. Hardy

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt, France

L'ARTHROSCOPIE: L'intervention la plus adaptée à la prise en charge des arthrites septiques

→ Lavage – Synovectomie – Drainage



latrogénie très faible

Résultats:

Plan infectieux
Plan fonctionnel

ARTHROSCOPIE



Ponctions itératives
Arthrotomie

Il faut savoir proposer rapidement une arthroscopie itérative devant une évolution non immédiatement favorable

Autres moyens thérapeutiques

- **Traitement de la douleur**
- **Traitement Physique**
 - Proscrire l'immobilisation stricte
 - Genou: attelle pour lutter contre l'attitude vicieuse
 - Hanche: traction collée...
 - Décharge à la phase aiguë
(reprise progressive de l'appui à S2 – S4)
 - Mobilisation passive puis active dès que la douleur le permet



Recap

Traitement de l'arthrite septique

ANTIBIOTHERAPIE + DRAINAGE ARTICULAIRE

+ Immobilisation + Traitement de la douleur

- **ARTHROSCOPIE +++**

- Indication facile de reprise de l'arthroscopie



Cas clinique

Notre patient a été opéré en urgence avec :

- Arthrotomie
- Prélèvements bactériologiques per-opératoires
- Drainage
- Synovectomie à minima
- Débridement (fausses membranes, adhérences, ...)
- Lavage abondant au sérum physiologique
- Fermeture sur un drain de Redon de gros calibre

Cas clinique

- Antibiothérapie parentérale:
 - Au bloc après les prélèvements
 - Amoxicilline-acide clavulanique 2g x 3 /j
+ Gentamicine 240mg /j
- Analgésie
- Attelle genouillère amovible + rééducation passive dès J1

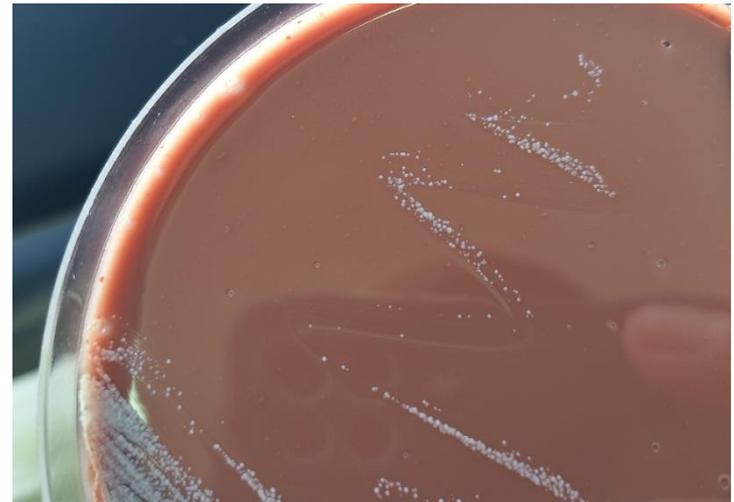
Cas clinique

Après 48h, au laboratoire de Microbiologie:

- Hémocultures: négatives en cours
- Culture du liquide articulaire et des prélèvements per-opératoires:

Colonies fines de couleur grisâtre ayant poussé sur la **gélose PolyViteX uniquement**, avec **aspect dissocié de la culture**

Germe?



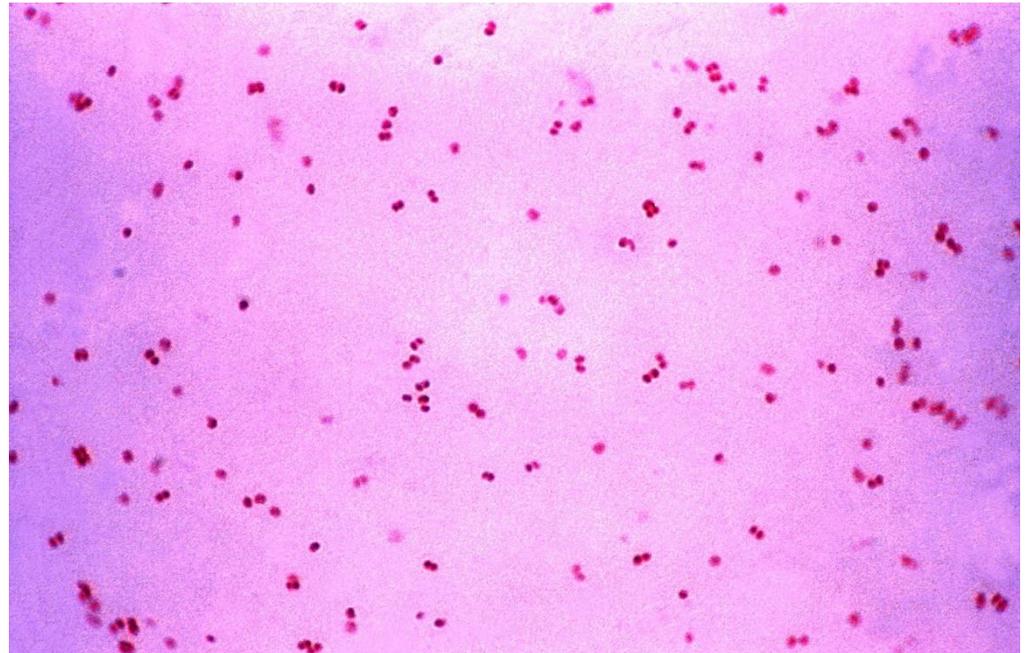
Cas clinique

- Coloration de Gram:

Diplocoques à Gram négatif en « grains de café »

- Oxydase +
- Catalase +

**Comment confirmer
votre suspicion?**



Cas clinique

- Identification par Api NH au bout de 2 heures:



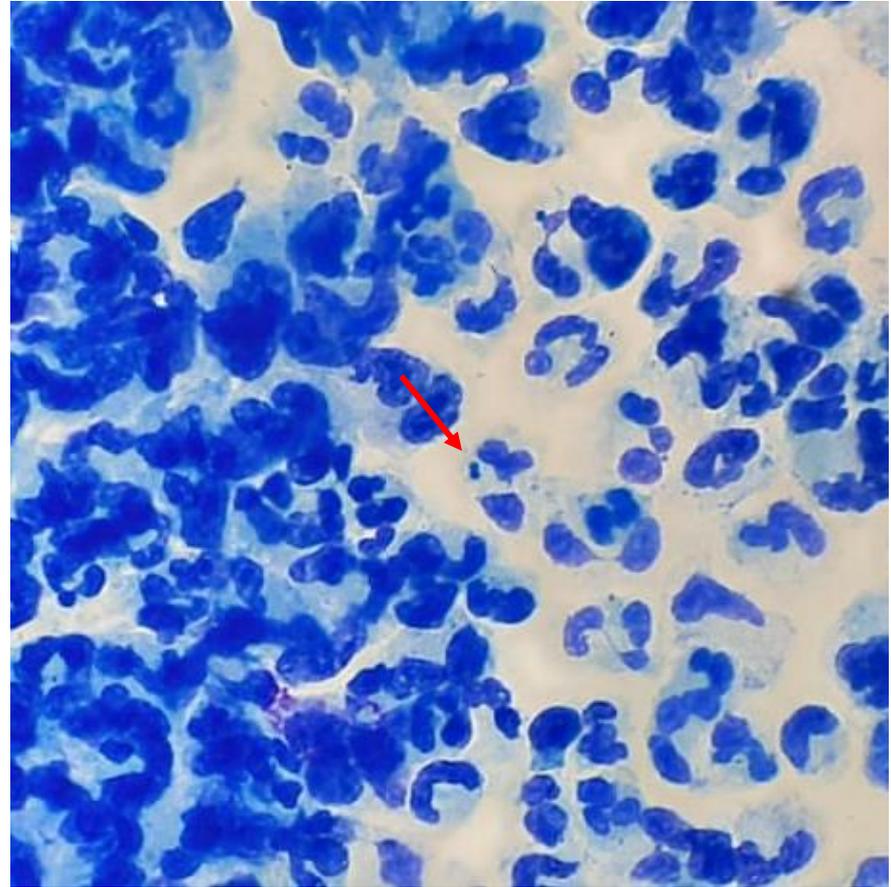
Neisseria gonorrhoeae

Arthrites gonococciques: diagnostic

- **Culture:**
 - **Méthode de référence**
 - Très bonne spécificité
 - Etudier la sensibilité aux ATB+++
 - Mais faible sensibilité ($\approx 50\%$)
--> germe fragile et exigeant
- **PCR:**
 - Meilleure sensibilité ($\approx 80\%$)
 - Bonne spécificité
 - Résultat rapide
 - Mais coût élevé

Cas clinique

La relecture attentive de la lame colorée au bleu de méthylène identifiait quelques rares diplocoques en grain de café



Cas clinique

CAT immédiate ?

Cas clinique

La production de bêta-lactamase doit être détectée par une technique chromogénique dès l'isolement. Elle confère la résistance à la pénicilline G, aux amino-, carboxy- et uréido-pénicillines.

La détection d'une sensibilité diminuée aux pénicillines sera effectuée en routine par détermination de la CMI de la pénicilline G sur gelose chocolat PolyViteX® ; si la méthode E-test® est utilisée, ensemercer par écouvillonnage.

Pour les souches ne produisant pas de bêta-lactamase, la sensibilité aux amino, carboxy et uréido-pénicillines peut être déduite de la sensibilité à la pénicilline déterminée par mesure des CMI.

La diminution de sensibilité aux céphalosporines de 3^{ème} génération est mieux détectée avec le céfixime.

La production de bêta-lactamase doit être détectée par une technique chromogénique dès l'isolement!

Cas clinique

Le test à la céfinase est revenu positif: souche productrice de pénicillinase



Péni G?

Amoxicilline?

Amoxicilline-acide clavulanique?

Cas clinique

Le test à la céfinase est revenu positif: souche productrice de pénicillinase



Péni G-R
Amoxicilline-R
~~Amoxicilline-acide clavulanique~~



Question 5

Concernant l'étude de la sensibilité aux antibiotiques:

- A. La méthode de diffusion en milieu gélosé est recommandée
- B. Le milieu MHF est utilisé
- C. La méthode des disques est recommandée pour certains ATB
- D. La méthode E-test est utilisée pour la détermination des CMI
- E. La diminution de la sensibilité aux C3G est détectée par la CMI du céfixime



Question 5

Concernant l'étude de la sensibilité aux antibiotiques:

- A. La méthode de diffusion en milieu gélosé est recommandée
- B. Le milieu ~~MHF~~ est utilisé (milieu PolyViteX)
- C. La méthode des disques est recommandée pour certains ATB
- D. La méthode E-test est utilisée pour la détermination des CMI
- E. La diminution de la sensibilité aux C3G est détectée par la CMI du céfixime

Gonocoque: antibiogramme

5. 18. *Neisseria gonorrhoeae*

Méthode par diffusion en milieu gélosé.

Milieu : gélose chocolat PolyViteX®.

Inoculum : 0,5 McFarland.

Incubation : proche de 5% CO₂, 35°C±2°C, 20±4H. En cas de croissance insuffisante après 20±4H, prolonger l'incubation de 20h supplémentaires.

Contrôle de qualité : EP.

| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | |
|---|----------------------|
| Liste standard | Liste complémentaire |
| Céfixime (dépistage) Pénicilline G Ceftriaxone Azithromycine Spectinomycine Ciprofloxacine | Tétracycline |

**Antibiogramme en CMI E-test®
sur gélose PolyVitex®**

Gonocoque: antibiogramme

| Antibiotiques | Concentrations critiques (mg/L) | | | Charge du disque (µg) | Diamètres critiques (mm) | | | Notes Chiffres arabes pour les commentaires portant sur les concentrations critiques (CMI) Lettres pour les commentaires portant sur les diamètres critiques d'inhibition |
|---|---------------------------------|----------------|-----|-----------------------|--------------------------|-----|-----|--|
| | S ≤ | R > | ZIT | | S ≥ | R < | ZIT | |
| <p>La production de bêta-lactamase doit être détectée par une technique chromogénique dès l'isolement. Elle confère la résistance à la pénicilline G, aux amino-, carboxy- et uréido-pénicillines.</p> <p>La détection d'une sensibilité diminuée aux pénicillines sera effectuée en routine par détermination de la CMI de la pénicilline G sur gélose chocolat PolyViteX® ; si la méthode E-test® est utilisée, ensemencer par écouvillonnage.</p> <p>Pour les souches ne produisant pas de bêta-lactamase, la sensibilité aux amino, carboxy et uréido-pénicillines peut être déduite de la sensibilité à la pénicilline déterminée par mesure des CMI.</p> <p>La diminution de sensibilité aux céphalosporines de 3^{ème} génération est mieux détectée avec le céfixime.</p> | | | | | | | | |
| Pénicilline G ¹ | 0,06 | 1 | | - | - | - | | <p>1. La production de bêta-lactamases doit être détectée par une technique chromogénique. Les souches productrices de bêta-lactamases doivent être catégorisées résistantes à la pénicilline G et aux aminopénicillines.</p> <p>Si la CMI pour la ceftriaxone est proche de 0,125 mg/L, une posologie de 500 mg est suffisante pour une éradication du site génital mais pas du site pharyngé.</p> <p>Des échecs ayant été décrits en localisation pharyngée, pour obtenir une éradication lorsque la CMI à la ceftriaxone est > ou = 0.125 mg/L, il convient d'utiliser soit la ceftriaxone à la posologie de 1g, soit une association 250 mg de ceftriaxone + 1g d'azithromycine.</p> <p>Les souches résistantes au cefixime et/ou à la ceftriaxone étant rares, il convient de les adresser au CNR.</p> |
| Amoxicilline ¹ | 0,25 | 2 | | - | - | - | | |
| Cefixime | 0,125 | 0,125 | | | | | | |
| Céfotaxime | 0,125 | 0,125 | | | | | | |
| Ceftriaxone | 0,125 | 0,125 | | | | | | |
| Spectinomycine | 64 | 64 | | | | | | |
| Chloramphénicol | 4 | 16 | | | | | | |
| Tétracycline | 0,5 ¹ | 1 ¹ | | - | - | - | | |
| Minocycline | 0,5 | 1 | | - | - | - | | |
| Azithromycine | 0,25 | 0,5 | | - | - | - | | |
| Ciprofloxacine | 0,03 | 0,06 | | - | - | - | | |

Cas clinique

| Antibiotiques | Concentrations critiques (mg/L) | CMI (mg/L) | Résultat interprété |
|----------------|---------------------------------|------------|---------------------|
| Pénicilline G | 0,06-1 | 2 | Résistant |
| Céfixime | 0,125 | 0,075 | Sensible |
| Ceftriaxone | 0,125 | 0,032 | Sensible |
| Céfotaxime | 0,125 | 0,032 | Sensible |
| Ciprofloxacin | 0,03-0,06 | 0,75 | Résistant |
| Spectinomycine | 64 | Non testé | - |
| Azithromycine | 0,25-0,5 | Non testé | - |

Gonocoque et antibiotiques

- Résistances naturelles aux glycopeptides et triméthoprim
- Résistances acquises décrites pour toutes les familles d'ATB utilisés en thérapeutique
- Accumulation de mutations chromosomiques et acquisition de matériels génétiques mobiles

Gonocoque et antibiotiques

- Dès 1957: Résistance de bas niveau à la **pénicilline**
- Vers 1976: Résistance par production de pénicillinase
- 1980: Résistance aux **cyclines**
- Fin des années 90: Diminution de la sensibilité puis résistance vraie au **fluoroquinolones**
- Vers 2006: Diminution de la sensibilité aux **C3G**
- 2016: Résistance vraie aux C3G
- 2018: **1ères souches décrites résistantes aux C3G et hautement résistante à l'azithromycine (Royaume-Uni)**



Question 6

Le diagnostic d'arthrite gonococcique est:

- A. Certain
- B. Probable
- C. Possible



Question 6

Le diagnostic d'arthrite gonococcique est:

- A. Certain
- B. Probable
- C. Possible

Arthrites gonococciques: classification

- **Arthrite gonococcique certaine:** *Neisseria gonorrhoeae* isolé en culture ou par PCR à partir d'un échantillon non muqueux (hémoculture, liquide articulaire, biopsie de peau ou tout autre site normalement stérile)
- **Arthrite gonococcique probable :** arthrite gonococcique clinique et réponse typique à l'antibiothérapie, associée à l'isolement de *N. gonorrhoeae* par culture ou PCR au niveau muqueux (urogénital, pharyngé ou anorectal).
- **Arthrite gonococcique possible :** arthrite gonococcique clinique et réponse typique au traitement antibiotique, sans documentation microbiologique.

Cas clinique

- J3 post-opératoire:
 - $T^{\circ}=37,9^{\circ}\text{C}$
 - CRP=119 mg/L
 - Liquide drainage propre
 - Cicatrice propre

- Reprise de l'interrogatoire:
 - Pas d'ATCD d'urétrite
 - Relations sexuelles non protégées avec des femmes uniquement



Question 7

Quelle est votre conduite à tenir?

- A. Arrêter l'antibiothérapie probabiliste
- B. Mettre le patient sous ceftriaxone 1g/j IV pendant 4 semaines
- C. Faire les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis
- D. Rechercher une co-infection à *Chlamydia trachomatis* par PCR sur les urines
- E. Dépister les partenaires et éduquer le patient concernant la protection contre les IST



Question 7

Quelle est votre conduite à tenir?

- A. Arrêter l'antibiothérapie probabiliste
- B. Mettre le patient sous ceftriaxone 1g/j IV pendant ~~4~~ **7 à 10 jours** semaines
- C. Faire les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis
- D. Rechercher une co-infection à *Chlamydia trachomatis* par PCR sur les urines
- E. Dépister les partenaires et éduquer le patient concernant la protection contre les IST

Arthrites gonococciques: antibiothérapie (1)

- Commencer par une C3G IV:
 - **Ceftriaxone 1g/j**
 - Céfotaxime 1g/ 8 heures

- Si allergie aux β -lactamines:
 - Spectinomycine 2g x 2/j en IM

Arthrites gonococciques: antibiothérapie (2)

- Relais per os:
Possible après 48h d'ATB IV avec bonne évolution
 - Céfixime 400mg x2/j
 - Amoxicilline 1g x4/j
 - Lévofloxacine 500mg x1/j
- Durée totale du traitement: 7 à 10 jours
 - Durée très courte (≠ aux autres arthrites septiques)

Cas clinique

- Pour notre patient:
 - Arrêt de l'amoxicilline-acide clavulanique
 - Mis sous ceftriaxone 1g/j IV
- Evolution rapidement favorable
 - Apyrexie durable à partir de H24 du début du traitement par ceftriaxone
 - Liquide de drainage séro-hématique
 - Régression quasi-complète des signes locaux (J4)
 - CRP= 32 mg/L (J7)

Cas clinique

- Total de 10j de ceftriaxone IV
- Maintien de l'apyrexie
- Pas d'épanchement articulaire
- Restitution ad-integrum de la fonctionnalité du genou droit
- Bilan des IST: pas de co-infections

Conclusion

- Arthrite septique :
URGENCE diagnostique et thérapeutique
 - ➔ DRAINAGE
 - ➔ ANTIBIOTHERAPIE
- Penser au **gonocoque** devant toute arthrite septique chez un **sujet jeune sexuellement actif** (même sans urétrite!)
- Arthrite gonococcique:
 - Difficulté diagnostique (germe fragile et exigeant)
 - Evolution rapidement favorable sous ATB appropriée
 - Ne pas oublier de dépister les autres IST chez le patient et ses partenaires



Merci