

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<sup>èmes</sup> 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:

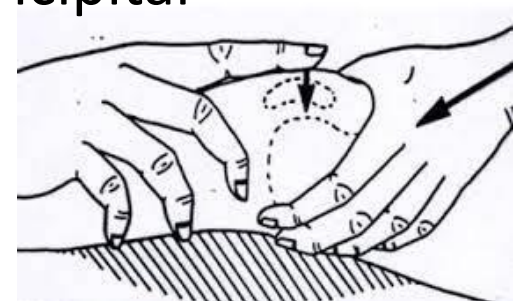
- Apparition **spontanée** des douleurs
- 2 jours après un **traumatisme mineur**
- Aggravation progressive des douleurs
- Gonflement du genou droit
- **Marche impossible**
- **Fièvre** non chiffrée + **frissons**



# Cas clinique

## Examen physique:

- TA = 13/7 ; Pouls = 82 bpm
- Température: **39,2°**
- Impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit
- Genou droit en flessum 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:  $\leq 8$

## 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



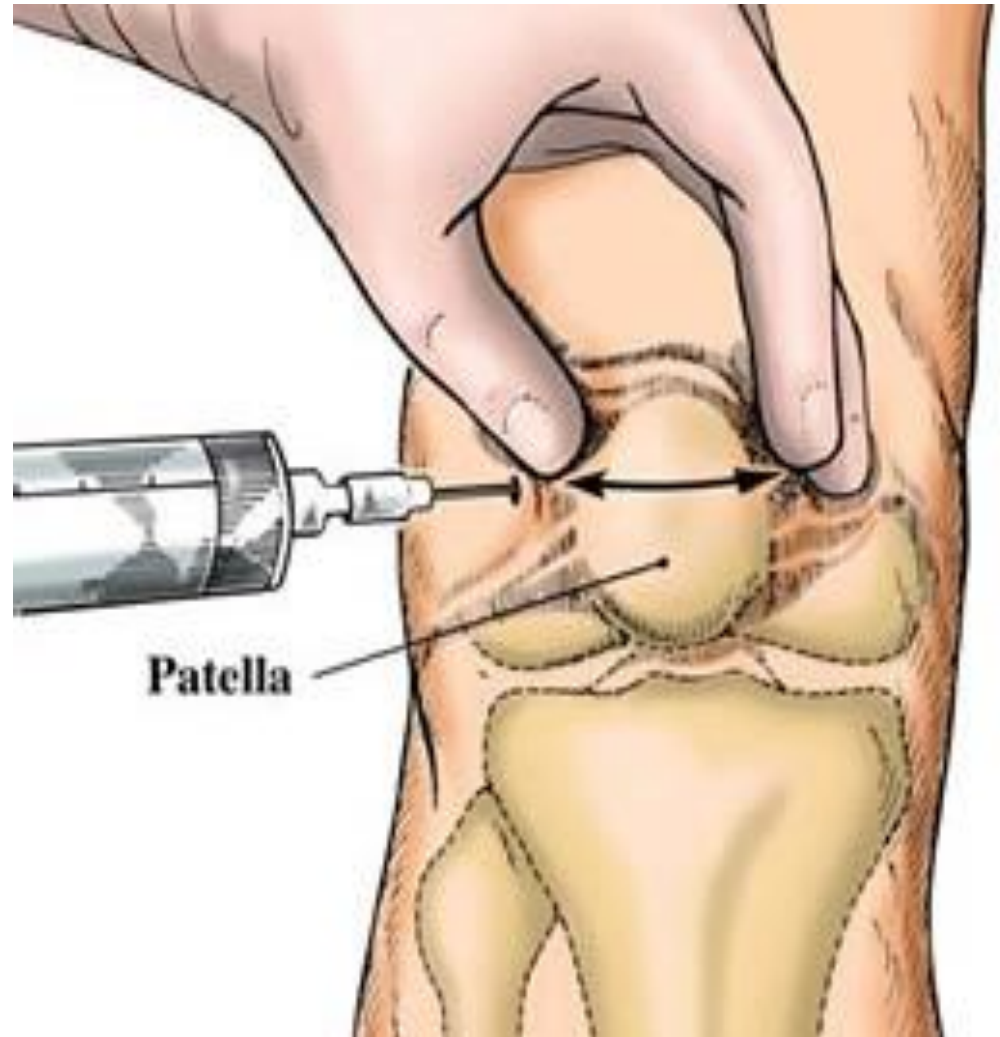
# Question 1

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 ?

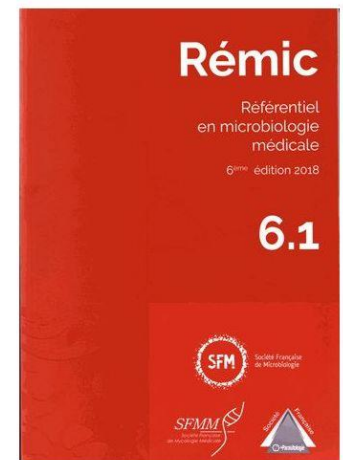
Laboratoire de microbiologie

# Diagnostic bactériologique des arthrites septiques (1)

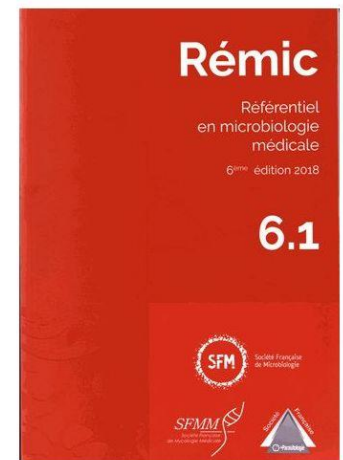
- **Précautions au laboratoire:**
  - Ensemencement de l'échantillon
  - Observations des géloses
  - Repiquage des milieux liquides



**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 <sup>3</sup> )	<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)



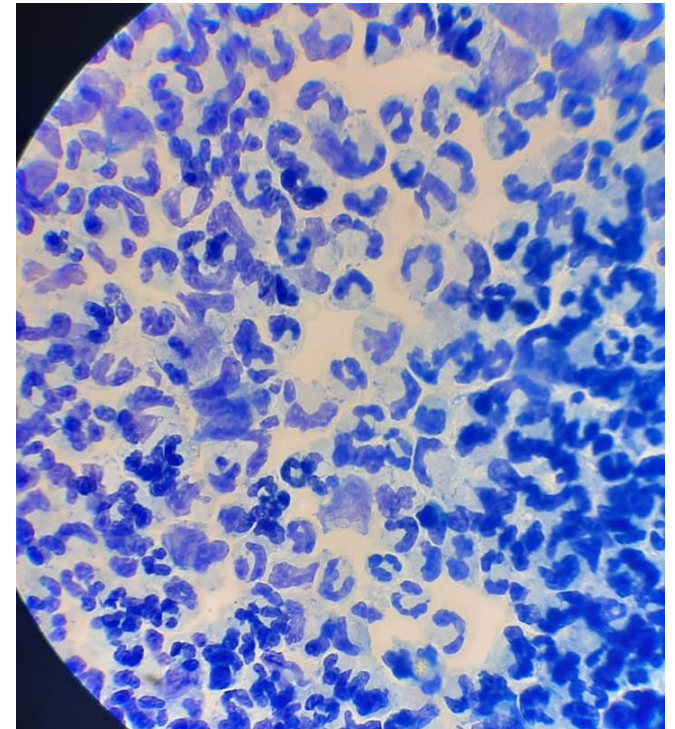
Milieux de culture	Conditions d'incubation	Durée d'incubation	observation
Gélose au sang	Aérobie 37°C	≥7j (10-14j)	Tous les jours
Gélose au chocolat	5% de CO <sub>2</sub> 37°C	≥7j (10-14j)	Tous les jours
Gélose au sang	Anaérobie 37°C	≥7j (10-14j)	Toutes les 48h
Milieu liquide d'enrichissement	Aérobie 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/mm<sup>3</sup>
- 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"><li>1. <i>S. aureus</i></li><li>2. <i>S. pyogenes</i></li><li>3. Autres strepto groupables</li><li>4. <i>S. pneumoniae</i></li></ol>
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)

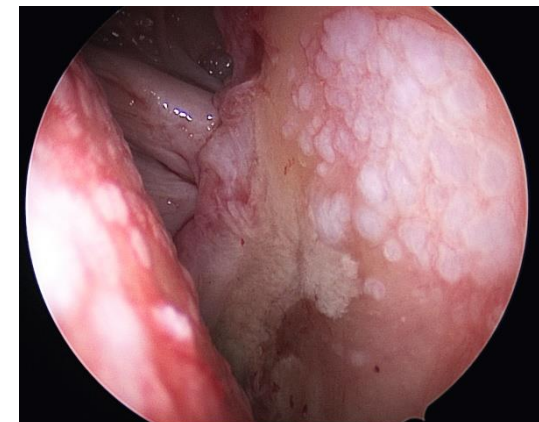
- **Modalités:**

## 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<sup>☆</sup>**



*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

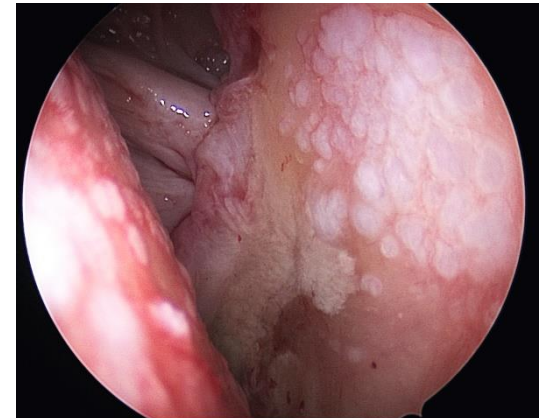


**ANTIBIOTHERAPIE + DRAINAGE ARTICULAIRE**

**+ 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

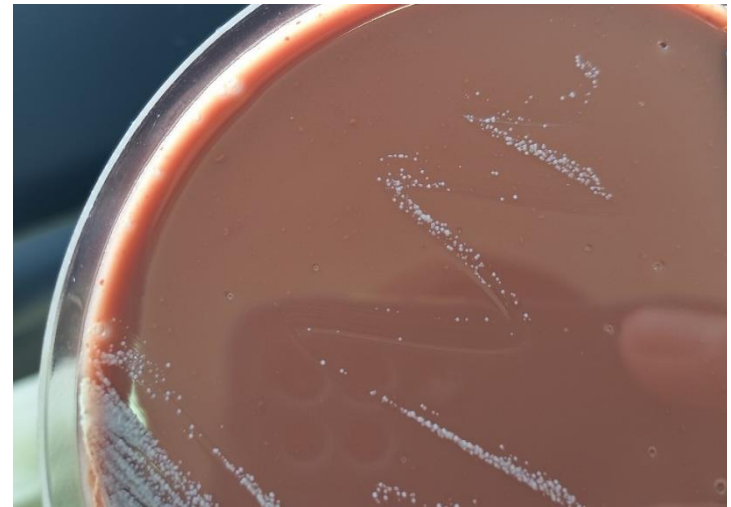
# Cas clinique

Après 48h, au laboratoire de Microbiologie:

- Hémostures: négatives en cours
- Culture du liquide articulaire et des prélèvements peropératoires:

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

**Germe?**



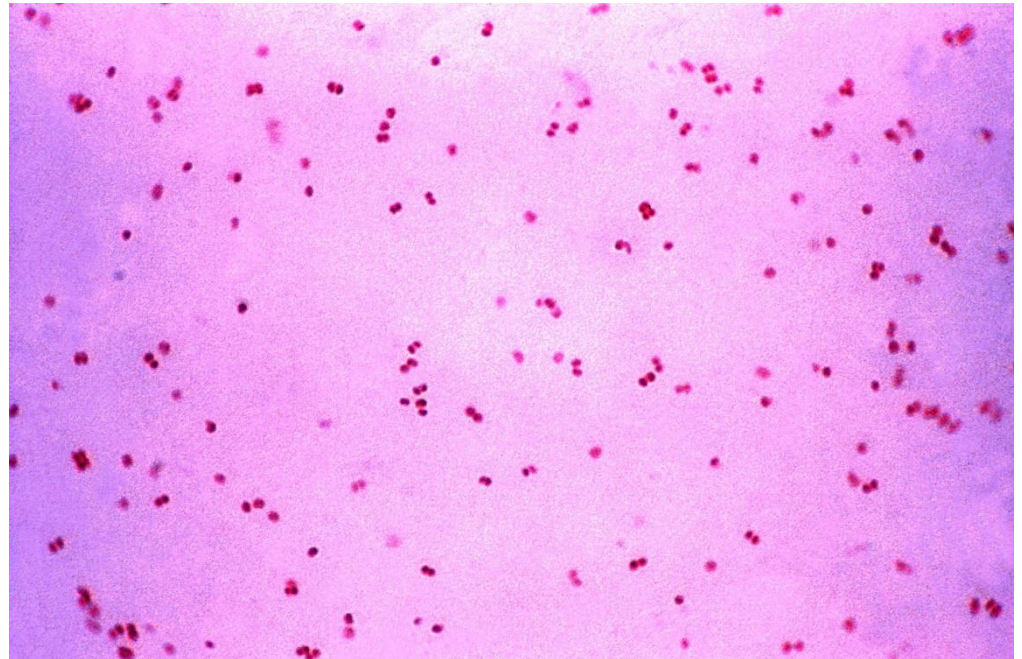
# Cas clinique

- 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:



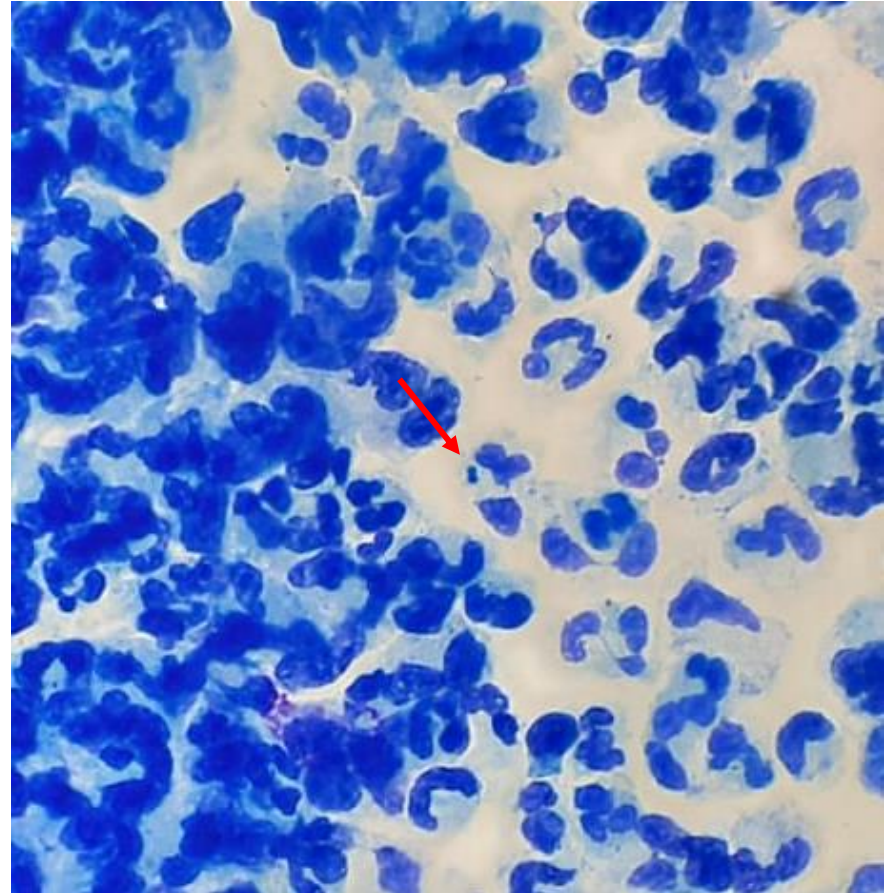
***Neisseria gonorrhoeae***

# 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<sup>ème</sup> 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% CO<sub>2</sub>, 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<sup>ème</sup> génération est mieux détectée avec le céfixime.</p>								
Pénicilline G <sup>1</sup>	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 &gt; 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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	1 <sup>1</sup>			-			
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~~ semaines (7 à 10 jours)
- 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  $\beta$ -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**