

Cas Clinique IPOA précoce

DESC Maladies Infectieuses

Paris 13 octobre 2016

Philippe ROSSET Louis BERNARD

Tours

CRIOGO

- Le 26/10/2012 Monsieur D, âgé de 72 ans est vu en consultation par le Docteur V pour gonarthrose droite. Mr D pèse 110 kg pour 1,69 m. Il est diabétique, hypertendu, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé et présente des ulcères de jambe, bilatéraux, actuellement en voie de cicatrisation. Il a comme autres antécédents chirurgicaux : PTH gauche, une éventration. La marche est limitée à 500 m en raison principalement de douleur et d'un manque de souffle.
- Le Dr V fait prélever un dosage CRP afin d'éliminer toute arrière-pensée de sepsis
- Le 29/10/2012 le taux de CRP était à 36 mg/l

1 Quels sont les facteurs de risque d'infection sur prothèse de genou (chez ce patient et pour la population générale) ?

1 1 Quels sont les facteurs de risque d'infection sur prothèse de genou (chez ce patient et pour la population générale) ?

- **Préopératoire**

- **Terrain**: Immunosuppression/PR/ASA/BMI/Tabac/Vasculaire
- **Etat local**: peau/antécédents de chirurgie même site
- **Préparation cutanée**

Gestion pré-opératoire du risque infectieux

- Risque principal : au moment de l'incision
→ préparation cutanée
- Recommandations SF2H 2013

Douche préopératoire

- ✓ Pas de supériorité d'une spécialité / une autre pour la douche préopératoire (chlohexidine ou povidone iodée)
- ✓ Possibilité d'utiliser un savon doux (monodose)
- ✓ Pas d'obligation de réaliser un shampoing pour une pose de PTH
- ✓ Nombre de douches : pas plus de 2; au plus près de l'intervention
- ✓ Pas d'interaction entre le produit ayant servi à la douche et celui utilisé pour le champ



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection (Review)

Webster J, Osborne S

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2015, Issue 2

Champ opératoire

- ✓ Pas de preuve de la supériorité d'une spécialité / une autre pour la réalisation du champ (chlorhexidine ou povidone iodée) ; CHX2% ?
- ✓ ATS en phase alcoolique (preuves dans l'infection sur cathéter ; sèche plus rapidement)
- ✓ Séchage passif
- ✓ Pas de réaction croisée entre produits de contraste iodés et PVPi ni poissons / crustacés



Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery (Review)

Dumville JC, McFarlane E, Edwards P, Lipp A, Holmes A, Liu Z

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2015, Issue 4

Dépilation

- ✓ Pas en routine et *a minima*
- ✓ Tonte privilégiée
- ✓ Peu de données concernant la réduction de l' ISO ; intérêt : adhérence du champ



Preoperative hair removal to reduce surgical site infection (Review)

Tanner J, Norrie P, Melen K

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2011, Issue 11

La check-list

OMS: étude d'impact sur 8 sites et 8000 patients

	Avant C/L	Après C/L	P value
N patients	3733	3955	
Décès	1.5%	0.8%	.003
Tx complications ts types	11%	7%	< .001
Tx ISO	6.2%	3.4%	< .001
Tx Ré-interventions	2.4%	1.8%	.047

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Qualité de l'air au BO

- Normes AFNOR / recommandations SF2H 2015
 - ✓ ISO5 pour chirurgie prothétique et ISO7 sinon
 - ✓ Flux unidirectionnel en chirurgie orthopédique prothétique, incluant la table d'instruments
 - ✓ Ne jamais arrêter le traitement d'air
 - ✓ Champs / tenues : non tissé
 - ✓ Tenue : barbe et chevelure recouverte, avec cagoule ou coiffe à usage unique pour diminuer la contamination aérienne
 - ✓ Aucun intérêt d'un passage en fin de programme pour des patients « septiques » sur la survenue d'une ISO
 - ✓ Nécessité de bon comportement dans le bloc (porte fermée, mouvements et nombre de personnes en salle limités, ...)
 - ✓ Respecter le temps nécessaire à la décontamination entre deux intervention

1 1 Quels sont les facteurs de risque d'infection sur prothèse de genou (chez ce patient et pour la population générale) ?

- Préopératoire
 - Terrain: Immunosuppression/PR/ASA/BMI/Tabac
 - Etat local: peau/antécédents de chirurgie même site
 - Préparation cutanée
- Peropératoire
 - **Antibioprophylaxie**
 - **Durée de l'intervention**
 - **Technique opératoire/ ciment**
 - **Implantation de matériel**

1 1 Quels sont les facteurs de risque d'infection sur prothèse de genou (chez ce patient et pour la population générale) ?

- **Préopératoire**
 - Terrain: Immunosuppression/PR/ASA/BMI/Tabac
 - Etat local: peau/antécédents de chirurgie même site
 - Préparation cutanée
- **Peropératoire**
 - Antibioprophylaxie
 - Durée de l'intervention
 - Technique opératoire
 - Implantation de matériel
- **Postopératoire**
 - **Hématome**
 - **Souffrance/déhiscence de plaie**

Gestion du post-opératoire

- Intérêt des unités septiques : non
 - ✓ Pas de diminution du risque d'ISO en séparant septique et non septique
 - ✓ Les précautions « standard » (+/- complémentaires) suffisent
 - ✓ Intérêt : personnel plus habitué et sensibilisé
- Management des plaies
 - ✓ Drainage : système clos ; limiter la durée
 - ✓ Gestion des pansements

Facteurs de risque associés aux infections



→ Certains facteurs de risque d'infection sur prothèse sont identifiés :

- score ASA ;
- diabète ;
- obésité (IMC > 40) ;
- polyarthrite rhumatoïde ;
- temps opératoire (> 2,5 h) ;
- tabagisme actif ;
- hématome postopératoire ;
- délai entre fracture et intervention chirurgicale ;
- cirrhose ;
- traitement anticoagulant préopératoire (INR > 1,5).

Aucun facteur de risque ne permet de prédire la survenue d'infection précoce sur prothèse.

Recommandation 1

AE

La présence de ces facteurs de risque peut modifier le tableau clinique et biologique.

La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas modifier la démarche diagnostique.

L'absence de ceux-ci ne doit pas modifier la démarche diagnostique.

Delay in Diagnosis of Invasive Surgical Site Infections Following Knee Arthroplasty Versus Hip Arthroplasty

Sarah S. Lewis
CID 01 avril 2015

Délais de diagnostic de l'infection



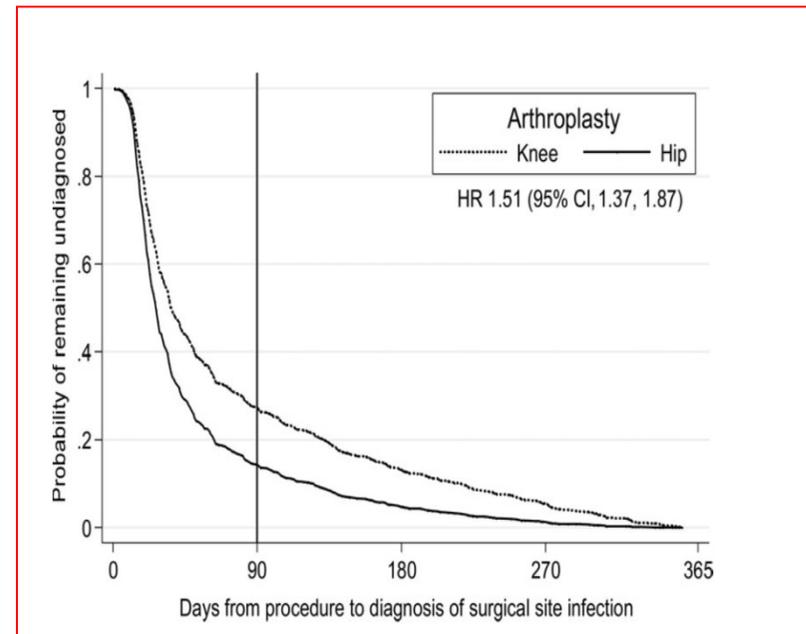
Impact Stratégie Chirurgicale

Etude rétrospective (2008–2011), 37 centres

- 661 cas d'IOA bactériennes
- Genou : 401 (61%)
- Hanche: 260 (39%)

Délais médian de diagnostic de SSI :

Hanche 25 jours vs Genou 42 jours



Pourquoi ?

- Germes moins virulents
- Facteurs sociaux
- Retour à domicile plus précoce

Le 12/01/2013 Monsieur D est revu par le Docteur V qui porte l'indication de prothèse totale de genou droit. Lors de cette consultation, Mr D apprend que son épouse souffre de furonculoses. Le Dr V fait réaliser un bilan préopératoire comprenant un ECBU, un dépistage de portage nasal de SAMS, un dépistage rectal de BMR, un bilan dentaire

2 Que pensez-vous du bilan préopératoire ?

2 Que pensez-vous du dépistage préopératoire ?

- Urine : **non**
- dents: Très discutabile
- dépistage BMR: non
- dépistage nasal SARM **non** recommandé

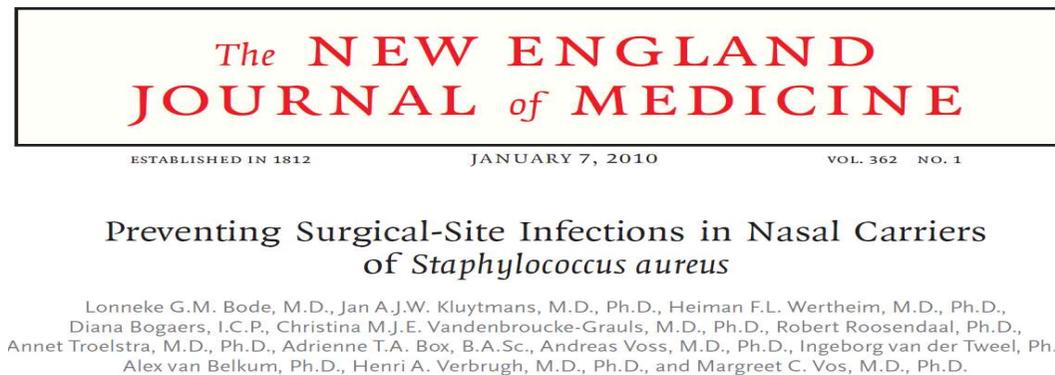
DEPISTAGE BMR SARM

Dépistage SAMS, SARM en orthopédie et décolonisation: Avis divergents

- **Effet positif**
 - **Réduction du portage de SARM mais pas du taux d'ISO** *Kalmeijer et al, CID 2002*
 - *Van Rijen, Cochrane 2008: effet (+): RR 0.6,*
 - *Bode et al, NEJM 2011: Taux d'ISO à S.aureus groupe mupirocin-chlorhexidine 3.4% vs 7.7%*
- **Absence de bénéfice en chirurgie générale**
 - *Perl, NEJM 2002*
 - *Kallen, ICHE 2005 Mupirocine vs. 0; ISO 8.4% vs. 8.1%*
 - *Harbarth, JAMA 2008 RT-PCR MRSA*

Décolonisation à *S. aureus* ?

- Intérêt de la décolonisation cutanée : impact sur la survenue d'ISO démontré en chirurgie cardiaque



- Pas de preuve de l'intérêt en orthopédie, à discuter en fonction de l'écologie du service
- Uniquement pour des chirurgies propres (classe 1)
- Pas d'intérêt en cas de plaie chronique, escarre, colonisation urinaire
- ...

Dépistage du *Staphylococcus aureus* en orthopédie

Recommandations SFHH 2004-SFILF 2009

Il n'est pas recommandé de faire un dépistage systématique à la recherche d'un portage nasal de *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SAMS) en vue de son éradication préopératoire, quel que soit le type de chirurgie.

Le dépistage nasal du SARM est recommandé chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie cardiaque ou orthopédique programmée, et venant de réanimation, de moyen ou long séjour ou en cas de lésions cutanées chroniques.

LES URINES

Urines en pré-opératoire de pose de prothèses ?

3 études

Suisse: Uckay I : BJJ 2014

Europe: Soussa R CID 2014

Chine: Gou W J Arthrop 2014



- Genève nov 2011-sept 2012
- 615 patients (386 PTH, 229 PTG)
- ECBU préop et postop (J3)
- Pas d'antibiothérapie si asymptomatique
- 105 exclus car symptomatique, autre infection...
- Surveillance 3 mois

Uckay I BJJ 2014

Urines pré et post opératoire (à J3)

Table I. Epidemiology of urinary abnormalities before and three days after TKR or THR

	On admission (n = 510)	Day 3 (n = 510)	p-value *
Leukocyturia	181 (35)	99 (19)	< 0.001
Positive nitrites	28 (5)	15 (3)	0.0043
Positive urine culture	182 (36)	208 (41)	0.094
Organism detected (n, %)	n = 182	n = 208	0.094
Covered by cefuroxime	119 (65)	22 (11)	< 0.001
<i>Escherichia coli</i>	53 (29)	46 (22)	0.459
<i>Klebsiella</i> spp.	4 (2)	5 (2)	0.100
Non-fermenting rods	2 (1)	14 (7)	0.004
Gram-positive colonisation	100 (55)	72 (35)	0.019
Coagulase-negative <i>Staphylococci</i>	9 (5)	23 (11)	0.012
<i>Enterococcus</i> spp	18 (10)	52 (25)	< 0.001

* chi-squared test

**Préop : 36% de Bactériurie asymptomatique
65% de bactéries S à l'antibioprophylaxie**

**Postop : 41% de Bactériurie asymptomatique
51% de changement de bactéries
seulement 5% d'infection**

Bactériurie asymptomatique et risque d'IPOA

Clinical Infectious Diseases Advance Access published June 6, 2014

MAJOR ARTICLE

- Porto, Barcelone, Firmley
- 2497 patients (1248 PTH, 1247 PTG)
- ECBU préop
- Antibiothérapie de la BAS laissée au choix de l'investigateur

Soussa R CID 2014

Bactériurie asymptomatique et risque d'IPOA

Table 4. Risk Factors for Prosthetic Joint Infection

Risk Factor	Patients, No. (%) ^a		Univariable Analysis		Multivariable Analysis	
	No PJI (n = 2454)	PJI (n = 43)	P Value	OR (95% CI)	P Value	OR (95% CI)
Age, mean (range), y	68.1 (21–96)	68.6 (51–87)	.72	...	...	...
Female sex	1551 (63.2)	21 (48.8)	.57	0.56 (.37–.84)	...	...
Knee location	1222 (49.8)	27 (62.8)	.12	1.70 (.76–3.83)	.003	1.39 (1.11–1.72)
Duration >75th percentile ^b	209 (21.7)	8 (33.3)	.21	1.80 (1.25–2.59)	...	...
Comorbid condition						
Obesity (BMI ≥ 30 kg/m ²) ^c	847 (37.9)	15 (37.5)	>.99	0.99 (.69–1.41)	...	...
Diabetes ^d	163 (16.8)	5 (20.8)	.58	1.30 (.48–3.54)	...	...
ASA score ≥3 ^e	368 (19.1)	13 (38.2)	.01	2.62 (1.66–4.14)	.08	2.12 (.91–4.95)
ASB	290 (11.8)	13 (30.2)	.001	3.23 (2.10–4.97)	.005	3.95 (1.52–10.26)
Postoperative UTI	24 (1.0)	2 (4.7)	.07	4.94 (.77–31.56)	.001	6.64 (1.24–35.64)

Abbreviations: ASA, American Society of Anesthesiologists; ASB, asymptomatic bacteriuria; BMI, body mass index; CI, confidence interval; OR, odds ratio; PJI, prosthetic joint infection; UTI, urinary tract infection.

- **Taux d'IPOA 1.7%.**
- **Plus d'IPOA si BAS + (4.3% vs 1.4%)**
- **Pas de différence d'IPOA si BAS traitée (3.9% vs 4.7% si TT(-))**

Recommandations 2015 de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte

Avant arthroplastie réglée de hanche, de genou (D-II) ou avant chirurgie cardio-vasculaire (D-III), il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires

Le 24/02/2013 : une implantation d'une PTG droite est effectuée. Une antibioprophylaxie est administrée

3 Quelles sont les modalités de l'antibioprophylaxie ?

L'antibioprophylaxie (ABP)

- est une prescription d'antibiotique : certaines chirurgies "propres" ou "propre-contaminées".
- **diminue d'environ 50 %** le risque d'infection du site opératoire.
- cible bactérienne doit être identifiée (flore endogène du patient / écologie de l'unité d'hospitalisation).
- administration **doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 minutes**.
- il faut un **médecin responsable** de la prescription de l'ABP. (anesthésiste, chirurgien...)
- dose initiale est le double de la dose usuelle. Chez l'**obèse** (IMC > 35kg/m²), dose doublée (dose habituelle de la prophylaxie **x 2**).
- durée de la prescription doit être la plus courte possible (**<48 heures**)

Environ 10 jours après la pose de la prothèse, lors d'un pansement à domicile, l'infirmière va constater une désunion de la cicatrice. Il existe un écoulement « séreux ». Le patient est apyrétique.

4 Quelle sera votre prise en charge ?

Repérage d'une infection précoce



Toute personne impliquée dans la prise en charge d'un patient opéré dans le mois précédent est susceptible de repérer les signes d'alerte faisant suspecter une infection précoce.

→ **Le patient et sa famille doivent être informés des principaux signes d'alerte :**

- incidents cicatriciels :
 - ❖ persistance ou apparition d'une inflammation locale,
 - ❖ absence et retard de cicatrisation, désunion, nécrose,
 - ❖ tout écoulement même non purulent ;
- réapparition ou aggravation de la douleur locale postopératoire ;
- dégradation de la récupération fonctionnelle ;
- épanchement douloureux (pour le genou) ;
- présence de signes généraux :
 - ❖ fièvre,
 - ❖ frissons.

La prise en charge d'une infection sur prothèse dans le mois suivant son implantation est une urgence médico-chirurgicale.

Classification utilisée

Tsukayama

- l'infection postopératoire précoce, moins d'un mois après l'intervention ;
- l'infection chronique, retardée se manifeste plus d'un mois après l'intervention ;
- l'infection aigue hématogène, en général tardive, dans un contexte bactériémique ;
- l'infection méconnue, révélée par la positivité des prélèvements bactériologiques peropératoires lors de la reprise d'une prothèse descellée considérée comme-aseptique.

Classification de Coventry

3 phases différentes:

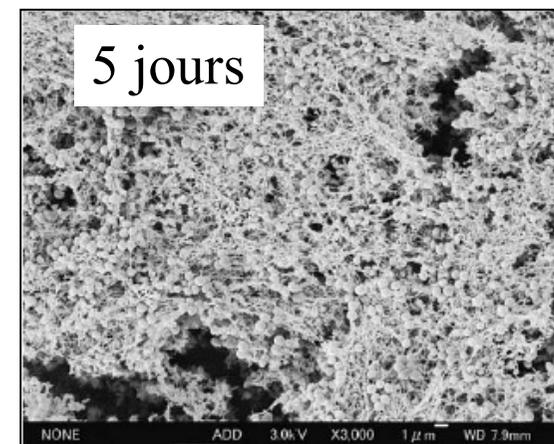
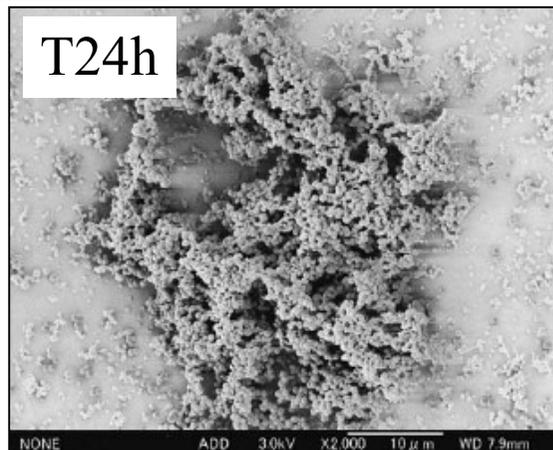
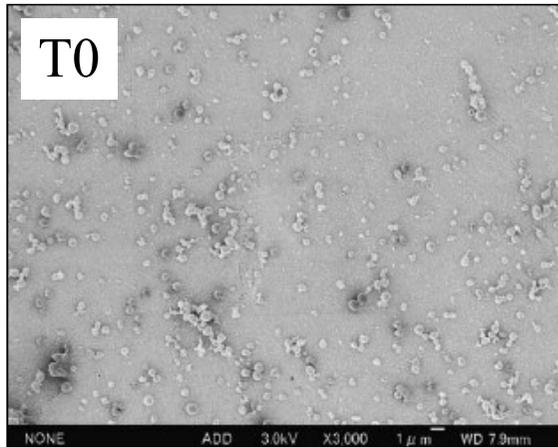
- | | |
|-----------|--|
| Type I: | aiguë et précoce
période post opératoire immédiate (< 1 mois) |
| Type II: | chronique
plus tardive
prothèse douloureuse. |
| Type III: | aiguë
tardive
voie hématogène
prothèse le plus souvent asymptomatique |

Classification de Zimmerli

N. Engl. J. Med. 2004, 351, 1645-54

- Stade 1
 - Précoce (3 mois)
- Stade 2
 - Retardée (3 à 24 mois)
- Stade 3
 - Tardive (> 1 an)
- Inconvénient
 - Ne relève pas le caractère aigu ou non de l'IPOA

Cinétique de colonisation du matériel par un biofilm



Nishimura S. J Orthop Sci. 2006 ;11:46-50.

Mr D est réhospitalisé devant la demande « présente » de son épouse. A l'admission, le patient est apyrétique, le genou est peu douloureux et augmenté de volume, la cicatrice est ouverte sur 2 cms et coule légèrement. Le Dr V réalise deux écouvillonnages par le fistule.

La culture microbiologique va mettre en évidence un *Bacillus* multirésistant sauf au cotrimoxazole et un *Staphylococcus epidermidis* métis. Un traitement par Bactrim est introduit et un méchage iodé quotidien de la cicatrice. L'évolution est initialement favorable puis la cicatrice s'ouvre sur une longueur plus importante. Le 15/04/2013, devant l'absence d'amélioration, le Dr V décide de faire un lavage-débridement.

5 Quelle est votre analyse de la prise en charge ?

Quelles sont les indications du lavage –débridement ?

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Débridement/rétention

- chirurgicale / sous arthrotomie
- méthode: luxation de la prothèse (hanche)
résection des tissus infectés
libération des adhérences
changement des inserts (polyéthylène)
Lavage : 5 à 10 litres Ringer lactate
fermeture sur redon
- réalisation: par le centre poseur (disponibilité/matériel)
- indication: infections postopératoires précoces < 1 mois (15 j)

Résultats du « lavage » dans les PTH

Symposium SOFCOT 2001 : % de succès

Délai de prise en charge	Infection aiguë, précoce	Infection secondaire, retardée
< 3 semaines	80 %	50 %
3 à 6 semaines	56 %	30 %
> 6 semaines	40 %	15 %

Pas de série prospective

Résultats globaux < aux changements de PTH

- **5 Quelle est votre prise en charge microbiologique ?**

Place des prélèvements superficiels



Il n'y a aucun intérêt à réaliser un prélèvement superficiel dont le résultat est par ailleurs difficilement interprétable (existence de faux positifs, faux négatifs, faibles valeurs prédictives) et risque d'entraîner une prise en charge inadaptée.

Recommandation 7

AE

Il est recommandé de ne pas réaliser de prélèvement superficiel.

Si le prélèvement superficiel a déjà été réalisé, il est recommandé de ne pas tenir compte de son résultat pour le diagnostic et le traitement.

Place de la ponction articulaire



Recommandation 9

AE

Lorsque le diagnostic est évident (signes cliniques locaux affirmant l'infection, cf. [recommandation 2](#)), la ponction n'est pas indispensable sauf si un traitement antibiotique probabiliste doit être instauré en urgence (sepsis grave) avant l'intervention.

Recommandation 12

AE

Il est nécessaire d'informer le laboratoire et de traiter sans délai les prélèvements au laboratoire.

L'acheminement, l'accueil du prélèvement au laboratoire, la qualité des cultures, les techniques additionnelles et la conservation des souches sont décrits en [annexe 3](#).

En cas de difficulté d'acheminement (supérieur à 2 h), il est recommandé d'ensemencer directement une partie du liquide articulaire sur flacons d'hémoculture.

L'analyse cytologique (recherche de polynucléaires neutrophiles altérés et de microcristaux) doit être systématique si les conditions le permettent.

**6 Quelle est votre antibioprophylaxie lors de la reprise ?
Introduisez-vous une antibiothérapie lors du débridement-
lavage ?**

Si oui, indiquer les molécules utilisées et leurs durées.

Recommandation 20

AE

Il est recommandé de prescrire : vancomycine et pipéracilline-tazobactam ou vancomycine et céphalosporine de 3^e génération (ceftriaxone ou cefotaxime) en attendant l'identification microbiologique.

Tableau 1. Proposition de traitement antibiotique probabiliste

ATB	Doses
Vancomycine*	1 000 mg IVL en 1 h (1 250 mg en 1 h - 1 h 30 si poids 80-100 kg ; 1 500 mg si poids > 100 kg)/12 h Réaliser un dosage du taux résiduel à la 72 ^e heure si le traitement est poursuivi pour adapter la dose (objectif de taux résiduel à 20-30 mg/L)
Pipéracilline-tazobactam	4 g IVL/8 h (toutes les 6 h si poids >100 kg)
Cefotaxime	2 g IVL/8 h (3 g/8 h si poids 70-100 kg ; 3 g/6 h si poids > 100 kg)
Ceftriaxone	2 g IVL/24 h (1,5 g/12 h si poids 70-100 kg ; 2 g/12 h si poids > 100 kg)

Recommandation 21

AE

Il est recommandé d'utiliser un aminosidé en association avec l'antibiothérapie probabiliste ou avec l'antibiothérapie adaptée si sepsis sévère ou choc septique (cf. bonnes pratiques d'utilisation des aminosides).

Recommandation 22

AE

Il est recommandé d'utiliser les antibiotiques suivants (cf. [tableau 2](#)) après identification du micro-organisme et obtention de l'antibiogramme : soit après une antibiothérapie probabiliste soit d'emblée si un micro-organisme a été isolé en préopératoire.

Il est recommandé d'adapter les doses au poids du patient et à sa fonction rénale.

ANTIBIOTHERAPIE ADAPTEE

	Traitement initial
Staphylocoques multisensibles ²	
Poids ≤ 70 kg	Oxacilline ou cloxacilline ³ IV 1,5 g/4 h OU Cefazoline ⁴ 1 g/6 h IV
Poids > 70 kg	Oxacilline ou cloxacilline ³ IV 2 g/4 h OU Cefazoline ⁴ 2 g/8 h IV

Entérobactéries sensibles¹⁰

Poids ≤ 70 kg	Cefotaxime 2 g/8 h IV OU Ceftriaxone 2 g/24 h IV
Poids > 70 kg	Cefotaxime 9 à 12 g/j IV en 3 à 6 injections OU Ceftriaxone 1,5 à 2 g/12 h IV

Streptocoques (sauf entérocoques)

Si poids ≤ 70 kg	Amoxicilline 1,5 g/4 h IV OU ceftriaxone ^{2,3} 2 g/24 h IV
Si poids > 70 kg	Amoxicilline 2 g/4 h IV OU ceftriaxone ^{2,3} 1,5 à 2 g/12 h IV

Recommandation 24

AE

Il est recommandé de réévaluer l'antibiothérapie entre les 48^e et 72^e heures de la prescription.

Tableau 2. Proposition de traitement antibiotique selon le micro-organisme retrouvé

	Traitement initial	Relais oral exclusif ¹
Staphylocoques multisensibles²		
Poids ≤ 70 kg	Oxacilline ou cloxacilline ³ IV 1,5 g/4 h OU Cefazoline ⁴ 1 g/6 h IV	Ofloxacin ^{5,6,7} à la dose de 200 mg 2x/j ET rifampicine ^{8,9} 900 mg 1x/j
Poids > 70 kg	Oxacilline ou cloxacilline ³ IV 2 g/4 h OU Cefazoline ⁴ 2 g/8 h IV	Ofloxacin ^{5,6,7} à la dose de 200 mg 3x/j ET rifampicine ^{8,9} 600 mg 2x/j
Entérobactéries sensibles¹⁰		
Poids ≤ 70 kg	Cefotaxime 2 g/8 h IV OU Ceftriaxone 2 g/24 h IV	Ofloxacin ^{5,6} à la dose de 200 mg 2x/j OU ciprofloxacine ⁶ 500 mg 2x/j
Poids > 70 kg	Cefotaxime 9 à 12 g/j IV en 3 à 6 injections OU Ceftriaxone 1,5 à 2 g/12 h IV	Ofloxacin ^{5,6} à la dose de 200 mg x3/j OU ciprofloxacine ⁶ 750 mg 2x/j

Tableau 2 (suite). Proposition de traitement antibiotique selon le micro-organisme retrouvé

	Traitement initial	Relais oral exclusif ¹
Streptocoques (sauf entérocoques)		
Si poids ≤ 70 kg	Amoxicilline 1,5 g/4 h IV OU ceftriaxone ^{2,3} 2 g/24 h IV	Clindamycine ⁴ 600 mg x3/j OU amoxicilline ⁵ 2 g 3x/j
Si poids > 70 kg	Amoxicilline 2 g/4 h IV OU ceftriaxone ^{2,3} 1,5 à 2 g/12 h IV	Clindamycine ⁴ 600 mgx4/j OU amoxicilline ⁵ 3 g 3x/j

Recommandation 23

AE

La durée optimale de l'antibiothérapie intraveineuse (initiale) n'ayant pas été évaluée dans la littérature, celle-ci est comprise entre 5 jours et 6 semaines en fonction des micro-organismes retrouvés et du terrain.

Des hémocultures positives nécessiteraient une antibiothérapie IV d'au moins 7 jours.

Recommandation 24

AE

Il est recommandé de réévaluer l'antibiothérapie entre les 48^e et 72^e heures de la prescription.

Recommandations

IDSA GUIDELINES

Diagnosis and Management of Prosthetic Joint Infection: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America^a

Douglas R. Osmon,¹ Elie F. Berbari,¹ Anthony R. Berendt,² Daniel Lew,³ Werner Zimmerli,⁴ James M. Steckelberg,¹ Nalini Rao,^{5,6} Arlen Hanssen,⁷ and Walter R. Wilson¹

CID 2013:56 (1 January)



Recommandations de pratique clinique *Infections ostéo-articulaires sur matériel* **(prothèse, implant, ostéosynthèse)**

Médecine et Maladies Infectieuses 2008

What is the management of MRSA Bone and Joint Infections?

- Debride and drain associated soft tissue abscesses (All)

Adults	Children
Vancomycin (BII) Daptomycin (BII) Linezolid (BII) Clindamycin (BIII) TMP-SMX + Rifampin (BII)	Vancomycin (All) Clindamycin (All) Daptomycin (CIII) Linezolid (CIII)

- Some experts recommend adding rifampin 300-450 BID (BIII)
 - Animal models, small human trials of MSSA osteo
 - Retrospective studies : cure rates of up to 80%; no benefit if debridement

Crompton J Chemotherapy 2009; Rayner Infection 2004; Rao DMID 2007; Euba AAC 2009;
Martinez-Aguilar PIDJ 2003, Pelroth Arch Int Med 2008; Van der Auwera AAC 1985, Norder SMJ 1986;
Priest SMJ 2005; Livorsi J Infect 2008