

Cas clinique

# Monoarthrite à *Streptococcus pyogenes* dans les suites d'une septoplastie : intérêt de la décontamination nasale en préopératoire

## *Monoarthritis to Streptococcus pyogenes after nasal septoplasty: Interest of the nasal decontamination in preoperative*

S. Gardes<sup>a,\*</sup>, M. Hellot<sup>a</sup>, S. Tringali<sup>b</sup>, J.-P. Larbre<sup>c</sup>, F. Biron<sup>d</sup>, G. Llorca<sup>c</sup>, R. Girard<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unité d'hygiène et d'épidémiologie, groupement hospitalier Sud, centre hospitalier Lyon-Sud, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite, France

<sup>b</sup> Service d'otorhinolaryngologie, de chirurgie cervicofaciale et otoneurochirurgie, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite, France

<sup>c</sup> Service de rhumatologie, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite, France

<sup>d</sup> Service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

Reçu le 10 décembre 2008 ; accepté le 13 novembre 2009

Disponible sur Internet le 16 décembre 2009

### Résumé

La septoplastie nasale est une intervention très courante en chirurgie ORL. Les complications infectieuses de cette intervention sont rares et le plus souvent bénignes. Nous rapportons ici le cas d'un patient hospitalisé en chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une fracture du nez avec luxation de la cloison septale dans la fosse nasale. Ce patient a été opéré pour une réduction de cette fracture avec septoplastie. Douze heures après l'intervention le patient a présenté une arthrite septique à *Streptococcus pyogenes*. Les pistes de prévention sont présentées.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Arthrite ; Décontamination nasale ; Septoplastie ; *Streptococcus pyogenes*

### Abstract

The nasal septoplasty is a very current intervention in otorhinolaryngology surgery. The infectious complications of this intervention are rare and mostly mild. We report here the case of a patient hospitalized in ambulatory surgery within a fracture of the nose with luxation of the septum in the nasal fossa. This patient was operated for a reduction of this fracture with septoplasty. Twelve hours after the intervention the patient presented septic arthritis due to *Streptococcus pyogenes*. The tracks of prevention are presented.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Arthritis; Nasal decontamination; Septoplasty; *Streptococcus pyogenes*

## 1. Introduction

Le *Streptococcus pyogenes* (SP) est un cocci à Gram positif dont l'habitat est le rhinopharynx, la peau et l'anus. La transmission du SP est essentiellement directe par voie aérienne ou cutanée à partir d'une personne malade ou porteuse.

En France, de 2002 à 2004, l'Institut national de veille sanitaire a observé une augmentation des infections invasives à SP (bactériémie, fièvre puerpérale, dermohypodermes nécrosantes) ce qui a justifié la publication de recommandations en

milieu communautaire [1]. En 2000, aux États-Unis, 1,5 % des infections invasives à SP surviennent en postopératoire immédiat et l'incidence des infections invasives du post-partum à SP est de 0,06 cas sur 1000 naissances. La mortalité des infections invasives à SP est de 12 à 13 %.

Parmi différents cas d'infections nosocomiales inhabituels, l'histoire récente d'un patient pris en charge dans notre établissement nous a conduit à renforcer notre stratégie de prévention du risque infectieux et il nous a paru utile de rapporter ce cas.

## 2. Présentation du cas

M. V., 52 ans, était atteint d'une fracture du nez avec luxation de la cloison septale dans la fosse nasale. Il a été hospitalisé

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sophie.gardes@chu-lyon.fr (S. Gardes).

en chirurgie ambulatoire pour réduction de cette fracture, survenue dix jours auparavant, avec septoplastie. Au moment de l'intervention, le patient présentait une rhinite pour laquelle aucun traitement n'avait été mis en œuvre en préopératoire. Un méchage a été réalisé à la fin du geste suivi d'un déméchage dans l'après-midi.

Le patient n'a jamais présenté de signe d'infection locale au niveau du site opératoire, ni en postopératoire immédiat, ni à j1 lors de son retour aux urgences, ni au cours des visites suivantes.

Le patient présentait des antécédents de chirurgie du pied droit dans l'enfance pour pied bot et de fracture de la cheville gauche jamais opérée (attitude vicieuse).

Dans la nuit qui a suivi l'intervention, il a présenté de la fièvre à 39,9 °C associée à des douleurs, un œdème et à une tuméfaction de la cheville droite. La CRP était de 339 mg/l. Les globules blancs étaient à 20 450/mm<sup>3</sup> et les polynucléaires neutrophiles de 19 080/mm<sup>3</sup>. Trois hémocultures ainsi que le prélèvement de liquide articulaire de la cheville ont permis d'isoler un SP.

Le SP isolé sur les hémocultures et le liquide articulaire était sensible aux antibiotiques suivants : ampicilline, érythromycine, lincomycine, pristinamycine, tétracycline, lévofloxacine ; et de sensibilité intermédiaire aux aminosides testés : gentamycine et kanamycine.

Le patient a été traité initialement par vancomycine et amikacine et pénicilline A intraveineuses (suspicion d'arthrite à *Staphylococcus aureus* [SA] résistant à la méticilline) pendant 48 heures puis au vu des résultats bactériologiques par gentamycine et pénicilline A en intraveineuse. Devant l'absence d'amélioration clinique, un nouveau traitement par pénicilline A et ofloxacine intraveineuses est débuté. Cette association sera relayée par voie orale par pénicilline A et pristinamycine qui sera maintenue pendant six mois permettant une remise à la marche progressive. La pénicilline A sera maintenue seule pendant encore deux mois. La durée du traitement antibiotique est basée sur l'évolution clinique du patient et le dosage des anticorps anti-streptococciques du patient qui à deux mois de l'intervention sont élevés respectivement anticorps antistreptolysine O (ASLO) à 600 et anticorps antistreptodornase (ASDN) à 1600.

Un IRM a permis d'éliminer un foyer infectieux lié à une fracture de la base du crâne ou du massif facial.

Le diagnostic retenu était celui d'arthrite septique à SP à point de départ ORL, la bactérie ayant migré avant l'intervention ou à l'occasion du geste chirurgical.

### 3. Discussion

#### 3.1. Quelle est l'origine du sepsis ?

Deux explications peuvent être avancées sur l'origine du SP :

- la première est la présence d'une colonisation ou d'une infection débutante à SP en regard du foyer de fracture ;
- la seconde est l'inoculation directe de la bactérie lors de l'acte chirurgical par des gouttelettes de Pflügge provenant des opérateurs.

L'hypothèse d'une contamination par un opérateur a été exclue en raison de l'absence d'autres cas d'infections du site opératoire à SP et du port de masque constant lors des différents audits réalisés dans les blocs opératoires.

Le patient présentait des signes cliniques de rhinite en préopératoire notés dans le dossier de soins et lors de la visite de pré-anesthésie. Ces éléments sont en faveur d'une infection présente en préopératoire.

Les rhinites sont des infections banales majoritairement d'origine virale (*Rhinovirus*, *Influenza virus*, *Para-influenza virus*) ou allergique. La persistance des signes cliniques (plus de dix jours) est en faveur d'une origine bactérienne. Ici, sept jours séparent la consultation de pré-anesthésie de l'intervention. Il est probable que SP ait été à l'origine de la rhinite.

L'origine du sepsis est le déclenchement d'une bactériémie à point de départ nasal soit provoqué ou majoré par l'acte chirurgical soit présent avant l'intervention, avec greffe bactérienne articulaire. La survenue de bactériémie transitoire peropératoire lors d'une septoplastie a été démontrée, accompagnée ou non de manifestations cliniques [2].

#### 3.2. Fallait-il traiter la rhinite avant l'intervention ?

Les recommandations sur la gestion préopératoire du risque infectieux sont de différer une intervention lorsqu'un patient présente un foyer infectieux [3]. En l'absence d'étude comparative dans la littérature, la Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou recommande :

- la mise en œuvre d'un traitement antibiotique en préopératoire uniquement en cas d'infection rhinosinusienne aiguë avec signes généraux ou sur certains terrains particuliers (mucoviscidose, immunodépression, chimiothérapie, radiothérapie, valvulopathie) ;
- de s'abstenir de tout traitement antibiotique en cas d'infection rhinosinusienne chronique [4].

L'existence d'une rhinite préopératoire sans signe général ne justifiait pas la mise en œuvre d'un traitement préopératoire, au regard des recommandations.

#### 3.3. Faut-il modifier nos protocoles d'antibioprophylaxie ?

Au regard des recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie en milieu chirurgical de la SFAR, aucune antibioprophylaxie n'est préconisée pour ce type d'intervention en dehors des situations spécifiques de prévention de l'endocardite infectieuse [5].

Des études récentes confirment cette décision. Une autre étude conclut à l'absence de différence sur les infections postopératoires entre les trois groupes de patients selon qu'ils ne bénéficient d'aucun traitement antibiotique, d'une antibioprophylaxie seule ou associée à une antibiothérapie postopératoire [6].

L'incidence des complications infectieuses est rare et ne requiert pas d'antibioprophylaxie systématique. L'antibioprophylaxie est recommandée dans certaines situa-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3413290>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3413290>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)