**Madame** 1965, hospitalisée depuis le 07/06 et sort le 15/06du Service d’Infectiologie.

**Motif d’Hospitalisation** :

Patiente âgée de 53, transférée du service de traumatologie pour infection du site opératoire sur ostéosynthèse d’une fracture unicondylienne du tibia droit à SAMS

**Antécédents**:

Arthrodèse C3-C4, C5-C6 sur névralgie cervico brachiale avec discopathie.

Appendicectomie.

Tabagisme sevré depuis 7 ans

**Comorbidités** :

Aucune

**Mode de vie:** Autonome au domicile

**Histoire de la maladie** :

La patiente est suivi par le Dr RRR en raison d’une chute en ski en avril dernier ayant occasionné une fracture unicondylienne du tibia droit traitée par ostéosynthèse à foyer ouvert (plaque interne + vis per cutanée) le 04/04.

A la consultation du Dr RRR le 25/05, la patiente présente un écoulement par un orifice de la cicatrice avec un genou inflammatoire.

Le 06/06 elle consulte le Dr RRR pour une aggravation clinique avec un flessum et une flexion limitée à 90 degré associé à 38°2 C, une tachycardie marquée et un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 150 mg/l, avec un écoulement purulent via la fistule cutanée.

Elle présente un état de sepsis avec une insuffisance rénale aigue débutante.

La patiente est prise en charge au bloc opératoire le même jour pour un lavage, prélèvements et parage du site opératoire.

La patiente est mise sous antibioprophylaxie par CUBICIN + TAZOCILLINE en, post opératoire en attendant le résultat des prélèvements infectieux.

Les prélèvements profonds révèlent une infection à Staphylocoque Méti-S de type MLSB, la patiente est donc transférée en Infectiologie pour suite de la prise en charge.

**Examens**  :

Bilan biologique :

CRP à 236 mg/l, ionogramme sanguin normal, ASAT à 36 UI/l, ALAT à 41 UI/l, GGT à 113 UI/l, phosphatase alcalines à 179 UI/l, créatinine à 200 µmol/L.

Leucocytes à 6.6 G/l, avec formule leucocytaire normale.

Electrophorèse de l’Hb retrouve un tracé électrophorétique dans les limites de la normale.

Bilan microbiologique :

Sérologies VIH, VHC négatives

Sérologie VHB : profil de patiente vaccinée

Hémocultures positives à *Staphylococcus aureus Méti*-S de type MLSB

Prélèvements de l’ostéite au bloc du 04/06 positifs à *Staphylococcus aureus Méti*-S de type MLSB

Iconographie :

Aucune

**Evolution :**

Au cours de l’hospitalisation, après RCP d’infection ostéo-articulaire, la patiente est mise dans un premier temps sous CEFAZOLINE avant de rentrer dans le protocole CLOXACILLINE du Dr zzzz.

Le protocole se déroule du 08/06 au 14/06. L’injection de CLOXACILLINE s’est faite par Midline qui est retiré à la fin du protocole. Le protocole se déroule sans effet secondaire.

Amélioration rapide du sepsis et amendement de l’insuffisance rénale aigue.

A noter simplement une sensation de brulure à l’injection de la deuxième perfusion de CLOXACILLINE.

Après 7 jours de CLOXACILLINE nous procédons à un relai per os par LEVOFLOXACINE 500 mg : 1.5 cp à midi (dosage résiduel ce jour à réadapter) et RIFADINE 300 mg : 3 gélules le soir.

L’antibiothérapie durera au minimum 6 semaines.

Rééducation avec appui autorisé.

CONCLUSION :

Sepsis sur infection du site opératoire sur ostéosynthèse d’une fracture unicondylienne du tibia droit à SAMS

La patiente sort ce jour pour retour à domicile.