

Séminaire Mars 2026

Pr Eric Senneville

Dr Benoit Gachet

Service universitaire de maladies infectieuses – CH Tourcoing



Centre Hospitalier
de Tourcoing

Sommaire

01

**Objectifs
& Introduction**

02

Cas Clinique

03

Conclusion

Cas número 1



Résection col M1

Streptococcus dysgalactiae sur 3/3 prélèvements
Corynebacterium striatum sur 1/3 prélèvements

	Corynebacterium striatum		Streptococcus dysgalactiae	
	CMi	E-Test	CMi	E-Test
Benzylpénicilline	I		S	
Amoxicilline	S	0.5	S	
Céfotaxime			S	
Gentamicine	S			
Gentamicine HC			S	
Tétracycline	S		R	
Minocycline			R	
Erythromycine			R	
Clindamycine	R		R	
Pristinamycine			S	
Rifampicine	S		S	
Lévofloxacine			I	
Ciprofloxacine	I			
Téicoplanine			S	
Vancomycine	S		S	
Cotrimoxazole	S		S	
Fosfomycine			S	
Linézolide	S		S	

Quelle antibiothérapie mettez-vous en place ?

- Amoxicilline monothérapie
- Linézolide monothérapie
- Rifampicine + Lévofloxacine
- Amoxicilline + Lévofloxacine
- Autre ?

Fermeture de la plaie sous traitement

- Mais apparition nouvelle plaie



Que suspectez-vous ?



Suspicion de séquestre

Culture de l'exostose

- Ablation du séquestre au bloc opératoire

	Staphylococcus capitis		Staphylococcus caprae		Staphylococcus caprae	
	CMi	E-Test	CMi	E-Test	CMi	E-Test
Oxacilline	S	<= 0.25	S	<= 0.25	S	<= 0.25
Gentamicine	S	<= 0.5	S	<= 0.5	S	<= 0.5
Kanamycine	S	<= 4	S	<= 4	S	<= 4
Tétracycline	S	<= 1	S	<= 1	S	<= 1
Erythromycine	S	0.5	S	<= 0.25	S	<= 0.25
Clindamycine	S	0.25	S	0.25	S	<= 0.12
Quinu/Dalfopristine	S	<= 0.25	S	<= 0.25	S	<= 0.25
Rifampicine	S	<= 0.03	S	<= 0.03	S	<= 0.03
Lévofloxacine	I	0.25	I	0.25	I	0.25
Téicoplanine	S	1	S	1	S	1
Vancomycine	S	1	S	<= 0.5	S	<= 0.5
Daptomycine	S	1	S	0.5	S	0.5
Cotrimoxazole	S	<= 10	S	<= 10	S	<= 10
Acide fusidique	R	> 16	R	16	R	
Fosfomycine	R	> 64	R	> 64	R	> 64
Linézolide	S	2	S	1	S	1

Mettez-vous en place une antibiothérapie ?

- Oui
- Non

Suivi du patient

- A 6 semaines parfaitement cicatrisé, ré-épithélialisation du mal perforant plantaire
- Chaussage adapté avec chaussure orthopédique



Cas número 2

Quel diagnostic suspectez-vous ?

- DT2 équilibré sous ADO
- HTA essentielle sous monothérapie
- A l'interrogatoire : aucun facteur déclenchant mis en évidence, apparition des lésions depuis 6 semaines, douloureuses.



Surprise du Pyo !

MICROBIOLOGIE

Examen cytot bactériologique d'un prélèvement superficiel

Nature de prélèvement : Orteil -

Examen direct

Hématies	Absence
Leucocytes	Absence
Flore	Très nombreux Bacilles à Gram négatif Très nombreux Cocci à Gram positif

Culture

<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Nombreux
-------------------------------	----------

Flore cutanée banale
associée

Traitement

- A priori pas d'antibiotique en première ligne :
 - Bains de pied de permanganate de potassium sachet de 0.25g (brûlures lors de l'utilisation du bain de pied, arrêté par le patient)
 - Sorbact absorption 10*20cm
 - Compresse et bandes protéger le pansement
- Récidive à 6 mois :
 - Evolution défavorable sous traitement local,
 - Craquage : prescription de CIPROFLOXACINE 750mg X2/jour – 7 jours
- Revu par la dermatologue :
 - Eczématisation avec dermocorticoïdes
- Evolution partiellement favorable à 2 semaines – affaire à suivre

Cas número 3

Quelle décharge ?

1. Botte plâtrée ?
2. Ransart ?
3. Aïe aïe aïe le médio-pied



Quelle décharge ?

- Botte plâtrée ?
- Ransart ?
- Aïe aïe aïe le médio-pied



Plaie stagnante M2 – protocole Convaniox (pansement au monoxyde d'azote) 2 mois



M3



M4

Evolution à 6 mois

