

NHIỄM NẤM CANDIDA KHỚP GỐI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Thị Bích Ngọc¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

Phạm Văn Tú² và Phạm Thu Hằng^{2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nhiễm nấm khớp là một bệnh lý hiếm gặp nhưng có thể xảy ra ở trẻ em, người cao tuổi và những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, với khả năng gây ra các hậu quả nghiêm trọng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Bệnh gây thách thức lớn trong chẩn đoán và điều trị do tính hiếm gặp, thiếu các đặc điểm lâm sàng điển hình và khó khăn trong việc phân lập, xác định tác nhân gây bệnh. Hiện nay, các nghiên cứu về sinh lý bệnh và các phương pháp điều trị vẫn còn hạn chế, dẫn đến thiếu các lựa chọn điều trị dựa trên bằng chứng. Thông thường, nhiễm nấm khớp biểu hiện dưới dạng viêm một khớp hoặc viêm ít khớp, trong đó khớp gối là vị trí hay gặp nhất. Chẩn đoán thường dựa vào việc phát hiện tác nhân gây bệnh qua các xét nghiệm bệnh phẩm, nuôi cấy dịch khớp và màng hoạt dịch. Điều trị thường kết hợp giữa liệu pháp nội khoa sử dụng thuốc kháng nấm và các can thiệp phẫu thuật khi cần thiết. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp ca bệnh nhiễm nấm Candida khớp gối tại Khoa Cơ Xương Khớp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Từ khoá: Viêm khớp do nấm, Candida, liệu pháp kháng nấm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm nấm khớp hiếm khi xảy ra, nhưng tỉ lệ mắc bệnh ngày càng tăng lên cùng với sự gia tăng của các bệnh nhân suy giảm miễn dịch bao gồm dùng thuốc ức chế miễn dịch, kháng sinh phổ rộng, HIV, đái tháo đường, ghép tạng, giảm bạch cầu hạt, nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài... Phân loại nhiễm nấm theo giải phẫu và vị trí tổn thương gồm có nhiễm nấm da – niêm mạc và nhiễm nấm sâu hay nhiễm nấm xâm lấn các cơ quan, trong đó nhiễm nấm khớp thuộc nhóm sau. Các nguyên nhân thường gặp gây nhiễm nấm khớp bao gồm *Candida* spp, *Sporothrix schenckii*, *Coccidioides immitis*, *Blastomyces dermatitis*, *Cryptococcus neoformans* và *Histoplasma capsulatum*. Nấm tồn tại dưới 3 dạng thường gặp là nấm men (nấm tế bào),

nấm sợi (nấm mốc) và nấm lưỡng hình, trong đó nấm *Candida* là phân lớp điển hình của nấm men và là căn nguyên nhiễm nấm thường gặp trên lâm sàng. Đường vào nhiễm nấm khớp có thể đến từ đường máu liên quan đến các bệnh toàn thân, tại chỗ từ các ổ nhiễm khuẩn kề cận, tiêm nội khớp, chọc hút dịch khớp, phẫu thuật khớp, thay khớp giả, chấn thương, gãy xương hở.¹

Chẩn đoán nhiễm nấm khớp gặp khó khăn do bệnh khởi phát âm thầm, tiến triển chậm và thiếu các dấu hiệu đặc trưng. Triệu chứng thường gặp nhất là đau tại chỗ, tiếp theo là các dấu hiệu viêm tại chỗ (sưng, đỏ, tràn dịch khớp), sốt và hạn chế vận động. Khớp thường bị ảnh hưởng nhiều nhất là các khớp chịu lực, ví dụ như khớp gối.² Tuy nhiên, không có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu giúp phân biệt viêm khớp do nấm với viêm khớp do vi khuẩn. Do đó, cần chẩn đoán mô bệnh học để làm rõ tác nhân gây bệnh trong những trường hợp nghi ngờ. Nhiễm trùng thầm lặng có thể gây khó

Tác giả liên hệ: Phạm Thu Hằng

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamhang14@gmail.com

Ngày nhận: 12/12/2025

Ngày được chấp nhận: 11/01/2026

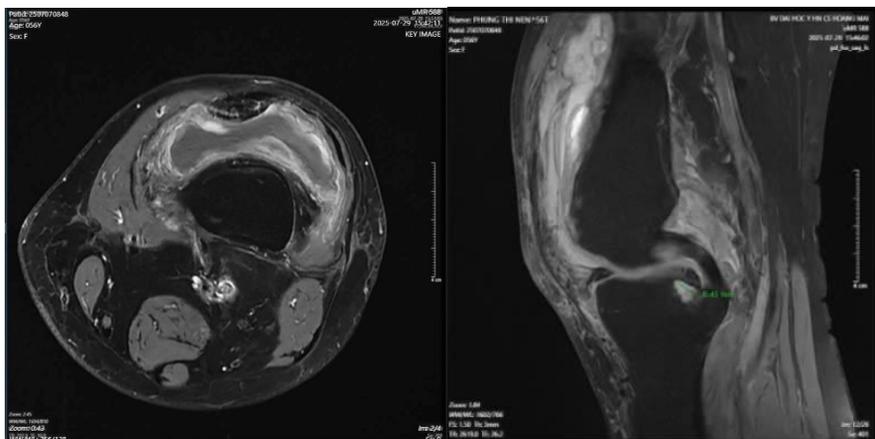
chẩn đoán do thiếu đáp ứng viêm toàn thân và không có đặc điểm hình ảnh điển hình đặc biệt ở người bệnh có yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, can thiệp khớp trước đó. Tuy nhiên, việc không có phản ứng màng xương và hình thành xương mới tại vị trí viêm tủy xương có thể gợi ý nguyên nhân do nấm.³ Vì vậy, chẩn đoán những trường hợp này phụ thuộc nhiều vào việc khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng. Diễn biến lâm sàng và kết quả điều trị sẽ khác nhau tùy thuộc vào chủng nấm cụ thể và các yếu tố liên quan đến vật chủ.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Người bệnh nữ 56 tuổi với tiền sử khỏe mạnh xuất hiện đau khớp gối 2 bên kiểu cơ học 1 năm nay. Cách vào viện 2 tuần, người bệnh sưng đau nóng khớp gối trái nhiều, đau kiểu viêm, đi khám tại bệnh viện tỉnh được chẩn đoán Viêm mủ khớp gối trái/ Thoái hoá khớp gối, đã được điều trị nội khoa kết hợp với phẫu thuật nội soi cắt lọc màng hoạt dịch và làm sạch khớp gối trái. Sau phẫu thuật 1 tuần, người bệnh sưng đau nóng đỏ khớp gối trái tăng lên,

không có lỗ rò, không chảy dịch tại vị trí vết mổ, không sốt vào viện khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Khám lúc vào viện, triệu chứng chủ yếu là sưng đau nhưng không nóng đỏ khớp gối trái, VAS 6/10, có dấu hiệu bập bềnh xương bánh chè, kèm theo có sốt 1 lần, nhiệt độ 38°C. Cơ quan bộ phận khác chưa phát hiện gì đặc biệt. Kết quả xét nghiệm có số lượng bạch cầu tăng 13,8 G/L, NEUT% 70,7%, CRPhs bình thường 0,27 mg/dL, máu lắng tăng cao 1h/2h 85/104 mm; glucose máu lúc đói 7,8 mmol/L, HbA1c 9.8%, cortisol máu 298, chức năng gan thận bình thường; HIV Ag/Ab âm tính. Hình ảnh siêu âm khớp gối trái có dịch khớp dày 5 mm, màng hoạt dịch dày không đều, thâm nhiễm khoang mỡ Hoffa. Hình ảnh X-quang khớp gối trái có thoái hoá nhẹ khớp gối độ I. Kết quả chụp MRI khớp gối trái cho thấy phản ứng viêm mạnh của màng hoạt dịch khớp kèm tràn dịch không đồng nhất khớp gối theo dõi dịch viêm mủ, có tình trạng phù tủy xương xương bánh chè, phù nề lan tỏa phần mềm quanh khớp gối, không có phá hủy xương rõ.



Hình 1. Hình ảnh tổn thương viêm màng hoạt dịch trên phim MRI khớp gối trái cho thấy tràn dịch khớp nhiều, màng hoạt dịch dày không đồng nhất dạng màng và phù tủy xương mức độ vừa, kèm phù mô mềm quanh khớp nhưng không có phá hủy xương rõ
(Mũi tên vàng dài chỉ vị trí tràn dịch khớp gối, dịch không đồng nhất; mũi tên vàng ngắn chỉ dày không đều lan tỏa màng hoạt dịch khớp gối; Bệnh nhân Phùng Thị N. 56 tuổi)

Chúng tôi tiến hành hút dịch khớp gối trái ra 4 ml dịch đổ đục làm xét nghiệm tế bào dịch khớp thấy số lượng bạch cầu 13,92 G/L; tỉ lệ bạch cầu trung tính 71%, số lượng hồng cầu 0,071 G/L; vi khuẩn nuôi cấy kết quả âm tính; vi nấm nuôi cấy kết quả ra *Candida parapsilosis* nhạy với nhiều thuốc kháng nấm Fluconazole, Voriconazole, Caspofungin, Micafungin, Amphotericin B. Mặc dù, cách lấy bệnh phẩm dịch khớp đã đảm bảo đúng quy cách, không để tạp nhiễm từ ngoài vào và kết quả nuôi cấy lần 1 ra được căn nguyên đã đủ để chẩn đoán bệnh, tuy nhiên để khẳng định chắc chắn căn nguyên vi sinh, chúng tôi tiến hành xét nghiệm dịch khớp gối trái lần 2 kết quả vi khuẩn nuôi cấy âm tính, nuôi cấy MGIT tìm vi khuẩn lao kết quả âm tính, vi nấm nuôi cấy kết quả ra *Candida parapsilosis* vẫn nhạy với 5 thuốc kháng nấm như trên.

Với các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng trên, người bệnh được chẩn đoán nhiễm nấm *Candida* khớp gối trái ở bệnh nhân sau mổ nội soi khớp – Đái tháo đường mới phát hiện. Điều trị nội khoa với thuốc kháng nấm Fluconazole 400mg/ ngày đường tĩnh mạch kết hợp NSAIDs, giảm đau, kiểm soát đường máu. Sau 3 tuần điều trị, người bệnh vẫn còn sưng đau khớp gối trái, VAS 5/10, đỡ đau ít, không sốt, không phát hiện ổ nhiễm trùng ở cơ quan khác. Kết quả xét nghiệm số lượng bạch cầu 7,3 G/L, NEUT% 63,6%, CRPhs 0,34 mg/dL. Người bệnh được chụp lại MRI khớp gối trái cho thấy hình ảnh dịch, dày không đều kèm tăng ngấm thuốc lan tỏa màng hoạt dịch khớp gối trái có giảm so với phim chụp trước điều trị nhưng không rõ rệt. Sau điều trị kháng nấm tĩnh mạch 3 tuần, triệu chứng lâm sàng cùng tổn thương khớp gối trái của người bệnh đáp ứng tương đối chậm, chúng tôi đã tiến hành hội chẩn cùng chuyên khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình quyết định phẫu thuật nội soi làm sạch và cắt lọc màng hoạt dịch viêm khớp gối trái lần 2. Chúng tôi

cũng đã một lần nữa tiến hành xét nghiệm dịch khớp gối lấy trong mổ nội soi có kết quả vi khuẩn nuôi cấy âm tính, PCR lao âm tính và làm mô bệnh học màng hoạt dịch là màng hoạt dịch viêm mạn tính. Người bệnh tiếp tục được dùng kháng nấm đường tĩnh mạch Fluconazole 400 mg/ ngày đủ 6 tuần, sau đó chuyển sang kháng nấm đường uống Fluconazole 300 mg/ ngày thêm 6 tuần. Sau tổng thời gian điều trị chống nấm 12 tuần, tình trạng khớp gối trái đỡ sưng đau nhiều, vận động thụ động và chủ động khớp tương đối tốt.

III. BÀN LUẬN

Nấm *Candida* là nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm khớp và viêm xương tuỷ xương do nấm.⁴ Trong số các loài nấm *Candida* thì *Candida albicans* chiếm tỷ lệ mắc viêm khớp do *Candida* cao nhất.⁵ Các bệnh lý nền, thường là bệnh lý của nhiễm nấm *Candida* lan tỏa, bao gồm phẫu thuật, bệnh lý huyết học ác tính, đái tháo đường, ghép tạng, chấn thương, vết thương hở và chạy thận nhân tạo. Những bệnh nhân này cũng đã dùng kháng sinh phổ rộng trước đó và có thể đã được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. Tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân không bị suy giảm miễn dịch do thuốc.⁶ Một nghiên cứu trước đây về nhiễm nấm khớp do *Candida* đã công bố cho thấy độ tuổi trung bình mắc bệnh là 40 tuổi (từ dưới 1 tháng đến 84 tuổi) và các đặc điểm nhân khẩu học, biểu hiện lâm sàng của viêm khớp do *Candida* tương tự như viêm khớp do vi khuẩn.⁵

Viêm khớp do nấm *Candida* hầu hết các trường hợp (khoảng 80%) thông qua từ đường máu, còn lại là do sau khi tiêm tại khớp, chấn thương. Viêm khớp do *Candida* có thể được chia thành hai hội chứng lâm sàng. Hội chứng thứ nhất bao gồm viêm một khớp đơn độc do nhiễm nấm trực tiếp từ da vào khớp (khoảng 20%), thường do nhiễm trùng trong quá trình phẫu thuật khớp, chọc hút dịch khớp hoặc tiêm

nội khớp. Các triệu chứng có thể xuất hiện muộn nhất là hai năm sau phẫu thuật ban đầu, với khoảng cách trung bình là 14 tháng. Hội chứng thứ hai bao gồm viêm một khớp hoặc nhiều khớp do biến chứng của nhiễm nấm *Candida* qua đường máu (khoảng 80%). Điều này được quan sát thấy ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch. Những bệnh nhân này, thường là trẻ sơ sinh, biểu hiện sốt, sưng đau nhiều khớp.⁷ Viêm khớp do *Candida* thường gặp ở các khớp chịu lực như là gối, háng, vai, cổ chân.⁸ Ca bệnh của chúng tôi xuất hiện viêm một khớp gối đơn độc, trên cơ địa có yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch là tiền căn đái tháo đường chưa được phát hiện và điều trị, ở thời điểm chẩn đoán mức HbA1c khá cao trên 9%, ngoài ra người bệnh cũng có yếu tố can thiệp phẫu thuật khớp gối trước đó. Bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ nhiễm nấm cao hơn người không mắc bệnh, đặc biệt khi kiểm soát đường huyết kém (HbA1c tăng), trong đó mức HbA1c càng cao càng liên quan đến tần suất và mức độ nhiễm nấm.⁹

Về lâm sàng, phần lớn các bệnh nhân (> 80%) có triệu chứng đau, khoảng 70% bệnh nhân có sưng khớp và chỉ có < 25% bệnh nhân có đỏ da tại chỗ. Khoảng 40% có hạn chế vận động và hầu hết các bệnh nhân không sốt khi có triệu chứng tại chỗ. Ca bệnh của chúng tôi có đủ triệu chứng lâm sàng điển hình của một khớp viêm: sưng, đau, nóng, đỏ khớp, hạn chế vận động khớp. Bệnh nhân chỉ xuất hiện một cơn sốt duy nhất và triệu chứng nhiễm trùng toàn thân không rõ ràng, diễn biến bệnh âm thầm, chính điều này khiến các nhà lâm sàng ít nghĩ đến một bệnh cảnh nhiễm trùng do vi khuẩn thông thường. Chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn các cơ quan chắc chắn khi có bằng chứng về nấm trên kết quả nhuộm soi trực tiếp hoặc nuôi cấy bệnh phẩm bằng phương pháp vô trùng như chọc dịch khớp, sinh thiết tổn thương các tạng nghi nhiễm nấm như gan,

lách, hạch... và kết hợp với bằng chứng lâm sàng của tổn thương cơ quan. Trong trường hợp soi tươi, nuôi cấy nấm âm tính (đặc biệt khi nuôi cấy nhiều lần âm tính) nhưng lâm sàng vẫn nghi ngờ thì có một số phương pháp chẩn đoán nhiễm nấm khác như là các phương pháp miễn dịch, sinh hoá, xét nghiệm huyết thanh học tìm kháng nguyên, kháng thể; phương pháp sinh học phân tử. Chẩn đoán xác định viêm khớp do *Candida* cần phải cấy phân lập ra nấm bằng dịch khớp hoặc mô bệnh học màng hoạt dịch. Nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm khớp do *Candida* là *C. albicans*, xảy ra ở khoảng 60% trường hợp, tiếp sau đó là *C. tropicalis* và *C. parapsilosis*. Về bilan viêm, tương tự như trong viêm tủy xương do nấm *Candida*, số lượng bạch cầu ngoại vi trung bình trong viêm khớp do *Candida* chỉ tăng nhẹ, dao động từ giảm bạch cầu hạt trung tính (< 500 tế bào/mm³) đến tăng bạch cầu (> 20.000 tế bào/mm³). Tốc độ máu lắng và CRP trung bình trong viêm khớp do *Candida* có xu hướng tăng vừa phải nhưng dao động rộng. Số lượng bạch cầu trong dịch khớp thường biểu hiện tình trạng tăng bạch cầu trung tính. Trên chẩn đoán hình ảnh, thường quan sát thấy hình ảnh phá hủy xương và tràn dịch khớp kèm phù nề phần mềm, phản ứng màng xương, viêm màng hoạt dịch và thoái hóa khớp.⁶ Các đặc điểm về cận lâm sàng bệnh nhân của chúng tôi cũng phù hợp với miêu tả trong y văn: bilan trong máu tăng vừa phải, MRI khớp gối có hình ảnh phù nề phần mềm cũng như viêm màng của màng hoạt dịch khớp. Hình ảnh tổn thương trên MRI khớp không đặc hiệu cho nhiễm nấm khớp, tuy nhiên những tổn thương đó gợi ý viêm khớp nhiễm trùng dạng mạn tính, trong đó nguyên nhân nấm hoặc lao khớp được xem là khả năng cao hơn so với nhiễm khuẩn cấp tính. Chúng tôi xác định chẩn đoán bằng 02 lần xét nghiệm nuôi cấy vi nấm dịch khớp độc lập đều ra tác nhân nấm *Candida* và cho kết quả kháng nấm

đồ tương tự.

Điều trị bệnh khớp do *Candida* bao gồm liệu pháp kháng nấm và phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử. Theo khuyến cáo của IDSA (Infectious Diseases Society of America) cập nhật năm 2016, Fluconazole là lựa chọn điều trị nội khoa đầu tay vì hầu hết *C. Albicans* vẫn còn nhạy cảm. Đối với viêm khớp nhiễm trùng, thời gian điều trị 6 tuần bằng fluconazole 400 mg/ngày (6mg/kg/ ngày) hoặc echinocandin (caspofungin 50 – 70 mg/ ngày, micafungin 100 mg/ ngày, hoặc anidulafungin 100 mg/ ngày) trong 2 tuần, sau đó là fluconazole đường uống trong ít nhất 4 tuần. Amphotericin B dạng lipid (3 – 5 mg/ kg/ ngày) là một lựa chọn thay thế khác, với liệu trình điều trị 2 tuần trước khi chuyển sang fluconazole. Đối với viêm tủy xương, thường cần thời gian điều trị fluconazole dài hơn 6 tháng. Ngoài ra, có thể sử dụng echinocandin hoặc Amp B liposome trong 2 tuần, sau đó là fluconazole 6-12 tháng, tùy thuộc vào sự cải thiện lâm sàng và hình ảnh học. Phẫu thuật dẫn lưu được chỉ định trong hầu hết các trường hợp viêm khớp nhiễm trùng. Trong trường hợp nhiễm nấm khớp giả, khuyến cáo nên loại bỏ khớp giả.¹⁰

Tương tự như case lâm sàng chúng tôi trình bày trên đây, có vài trường hợp cũng được báo cáo tương tự với các đặc điểm lâm sàng tương tự, điều trị chủ yếu vẫn là kháng nấm kết hợp với phẫu thuật cắt lọc làm sạch ổ khớp. Tác giả Hang Fang cùng cộng sự năm 2019 đã mô tả một trường hợp viêm khớp gối tái diễn do *Candida parapsilosis* ở bệnh nhân nam giới 56 tuổi có đái tháo đường và tiền sử tiêm corticosteroid nội khớp nhiều lần. Chẩn đoán được xác định nhờ nuôi cấy dịch khớp và mô học bệnh học màng hoạt dịch. Bệnh nhân được điều trị bằng nội soi làm sạch khớp kết hợp fluconazole 400 mg/ngày trong 12 tháng, đáp ứng tốt và không tái phát. Tác giả cũng tổng hợp 16 ca bệnh trong y văn giai đoạn 1979 –

2019, cho thấy viêm khớp do *C. parapsilosis* rất hiếm, thường gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc sau thay khớp, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu khiến chẩn đoán thường chậm trễ. Điều trị đòi hỏi phối hợp phẫu thuật và kháng nấm kéo dài. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nghĩ đến nguyên nhân nấm ở các trường hợp viêm khớp mạn tính tái diễn, đặc biệt khi có yếu tố nguy cơ.¹¹ Tác giả Maria N. Gamaletsou cùng cộng sự năm 2016 đã trình bày phân tích hệ thống 112 trường hợp viêm khớp do *Candida*, cho thấy đây là bệnh lý hiếm nhưng ngày càng gặp ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như suy giảm miễn dịch, sử dụng corticosteroid, phẫu thuật, kháng sinh kéo dài hoặc đặt thiết bị y khoa. *Candida albicans* là tác nhân thường gặp nhất, trong khi các nấm *Candida* không phải *albicans*, đặc biệt *C. parapsilosis*, cũng ngày càng gia tăng. Biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, tiến triển bán cấp với đau, sưng và hạn chế vận động, khiến chẩn đoán thường bị trì hoãn. Chẩn đoán xác định dựa vào nuôi cấy dịch khớp và mô bệnh học. Điều trị tối ưu là phối hợp kháng nấm kéo dài (thường fluconazole hoặc amphotericin B) và làm sạch khớp bằng phẫu thuật khi cần thiết. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện sớm viêm khớp do nấm ở bệnh nhân viêm khớp mạn tính, tái phát hoặc không đáp ứng điều trị thông thường.⁵

IV. KẾT LUẬN

Viêm khớp do nấm là một nhiễm trùng khớp hiếm gặp, bác sĩ lâm sàng nên nghi ngờ xem xét nhiễm nấm khớp và chỉ định cấy dịch khớp tìm căn nguyên nấm sớm khi bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ với phương pháp điều trị kháng sinh ban đầu và trên các đối tượng có yếu tố nguy cơ suy giảm miễn dịch hoặc có tiền sử can thiệp xâm lấn nội khớp. Việc chẩn đoán kịp thời có tầm quan trọng rất lớn để giúp bắt đầu điều trị kháng nấm kịp thời, ngăn ngừa phá hủy

sụn cũng như bảo tồn chức năng khớp. Chẩn đoán xác định viêm khớp do nấm dựa vào nuôi cấy dịch khớp và mô bệnh học màng hoạt dịch. Điều trị tối ưu là phối hợp kháng nấm kéo dài và làm sạch khớp bằng phẫu thuật khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bariteau JT, Waryasz GR, McDonnell M, et al. Fungal osteomyelitis and septic arthritis. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2014;22(6):390-401. doi:10.5435/JAAOS-22-06-390
2. mycology CKP and practice of clinical, 1996 undefined. Fungal disease of bone and joint. *cir.nii.ac.jp*. Accessed November 21, 2025. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573668924619719296>
3. Kohli R, Hadley S. Fungal arthritis and osteomyelitis. *Infect Dis Clin North Am*. 2005;19(4):831-851. doi:10.1016/j.idc.2005.08.004
4. Mishra A, Juneja D. Fungal arthritis: A challenging clinical entity. *World J Orthop*. 2023;14(2):55. doi:10.5312/WJO.V14.I2.55
5. Gamaletsou MN, Consortium for the IOM, Rammaert B, et al. Candida Arthritis: Analysis of 112 Pediatric and Adult Cases. *Open Forum Infect Dis*. 2016;3(1). doi:10.1093/OFID/OFV207
6. Gamaletsou MN, Rammaert B, Brause B, et al. Osteoarticular Mycoses. *Clin Microbiol Rev*. 2022;35(4):e00086-19. doi:10.1128/CMR.00086-19
7. Kong YX, Kong KO. Fungal arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2025;39(2):102058. doi:10.1016/J.BERH.2025.102058
8. Slenker AK, Keith SW, Horn DL. Two hundred and eleven cases of Candida osteomyelitis: 17 case reports and a review of the literature. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2012;73(1):89-93. doi:10.1016/J.DIAGMICROBIO.2012.02.004
9. Lao M, Li C, Li J, et al. Opportunistic invasive fungal disease in patients with type 2 diabetes mellitus from Southern China: Clinical features and associated factors. *J Diabetes Investig*. 2019;11(3):731. doi:10.1111/JDI.13183
10. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;62(4):e1-e50. doi:10.1093/CID/CIV933
11. Fang H, Huang L, Zhang R, et al. Recurrent arthritis caused by Candida parapsilosis: a case report and literature review. *BMC Infectious Diseases* 2019 19:1. 2019;19(1):631-. doi:10.1186/S12879-019-4255-1

Summary

CANDIDA SEPTIC ARTHRITIS OF THE KNEE: A CASE REPORT

Fungal arthritis is a rare condition that can occur in children, the elderly, and immunocompromised patients, with the potential to cause severe complications if not promptly diagnosed and treated. The disease presents significant challenges in diagnosis and management due to its rarity, lack of characteristic clinical features, and difficulty in isolating and identifying the causative pathogen. Current research on its pathophysiology and treatment strategies remains limited, resulting in few evidence-based therapeutic options. Fungal arthritis typically manifests as monoarthritis or oligoarthritis, most commonly affecting the knee joint. Diagnosis usually relies on pathogen identification through laboratory analysis, synovial fluid culture, and synovial membrane examination. Management generally involves a combination of medical therapy with antifungal agents and surgical intervention when indicated. We would like to report a case of Candida-induced knee arthritis managed at the Department of Rheumatology - Hanoi Medical University Hospital.

Keywords: Fungal arthritis, Candida, antifungal therapy.