

Séance de DESC infections cardio-vasculaires – Lundi 12 Octobre 2020

Cas clinique 1.

Un patient de 66 ans est adressé aux urgences le 28/07 pour une dyspnée évoluant depuis 4 jours et s'aggravant progressivement.

Ses antécédents sont une HTA, un DNID, un triple pontage aorto-coronarien sur sténoses significatives de l'IVA, coronaire droite et tronc commun associé à un remplacement valvulaire aortique biologique en 2018.

Aux urgences, on retrouve une fièvre à 39°C, une polypnée à 32/minutes, une SaO₂ à 89% en AA, une tension artérielle à 110/40. Il n'existe pas de marbrure, le patient est conscient sans signe de focalisation ou syndrome méningé. L'auscultation retrouve des crépitaux bilatéraux. L'auscultation cardiaque est rendue difficile par une tachycardie à 125/min et les crépitaux mais il semble exister un souffle diastolique aortique.

Sur le bilan biologique, vous retrouvez une insuffisance rénale avec une créatinine à 250 umol/L.

Q1. Quel bilan microbiologique prescrivez-vous ?

Q2. Quelle antibiothérapie débutez-vous et dans quel délai ?

Le lendemain matin, votre laboratoire de microbiologie vous prévient que les hémocultures de votre patient sont positives à *Staphylococcus aureus*.

Q3. Proposez-vous une modification d'antibiothérapie ?

Une indication chirurgicale urgente a été décidée compte-tenu d'une fuite aortique importante constatée en ETT.

Q4. Proposez-vous un bilan pré-opératoire spécifique ? Si oui lequel ?

Le patient a été opéré, les suites ont été simples. La culture de la valve cardiaque est positive au même microorganisme que dans les hémocultures.

Q5. Quel traitement antibiotique envisagez-vous ? Molécules ? Durée ? Voie d'administration ?