

Et si on se passait de  
chirurgie?

Dans certains cas, TRES sélectionnés...

# Un homme de 74 ans

- Juillet 2023 :
  - Fièvre depuis 1 semaine : amoxicilline-acide clavulanique MG, puis apparition de douleurs de la fosse lombaire droite
  - Urgences, 38°C, douleurs de la fosse lombaire droite à la palpation
- Bilan biologique : PNN, CRP 90 mg/L, hémocultures prélevées
- Histoire récente : parotidite collectée en Tunisie en Mars 2023, mise à plat et amoxicilline-acide clavulanique 7 jours
- ATCD : - AAA : endoprothèse aorto-iliaque fenêtrée Aout 2022  
- IDM stenté, BPCO

→ RAD sans traitement, surveillance...

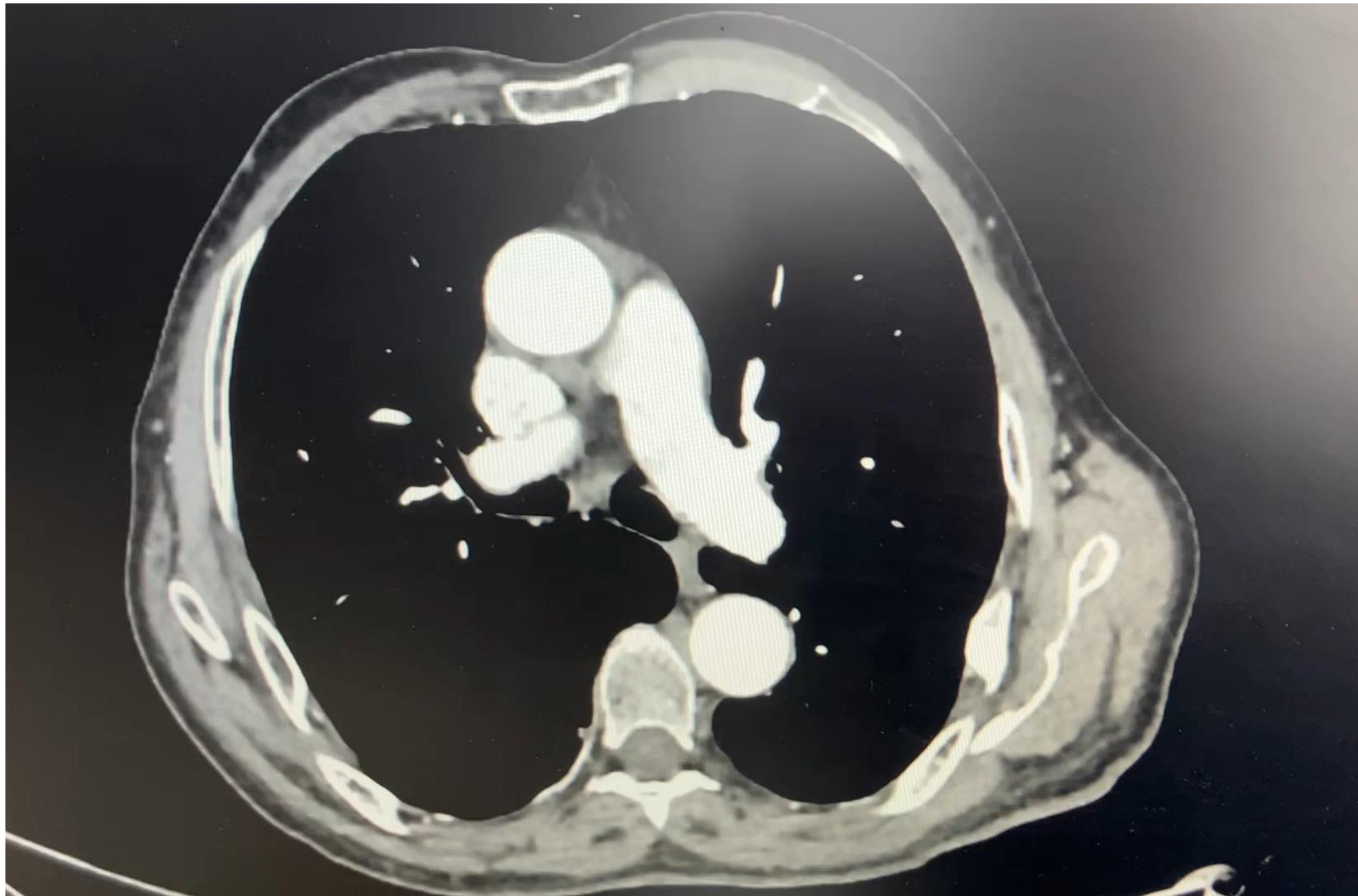
# Les hémocultures poussent à SAMS !

- Retour aux urgences...
- Quel examen d'imagerie de 1<sup>ère</sup> intention faire pour rechercher une IPV?
  1. TEP-TDM
  2. Scintigraphie aux leucocytes marqués
  3. AngioTDM
  4. AngioIRM
  5. Echographie-doppler de l'aorte

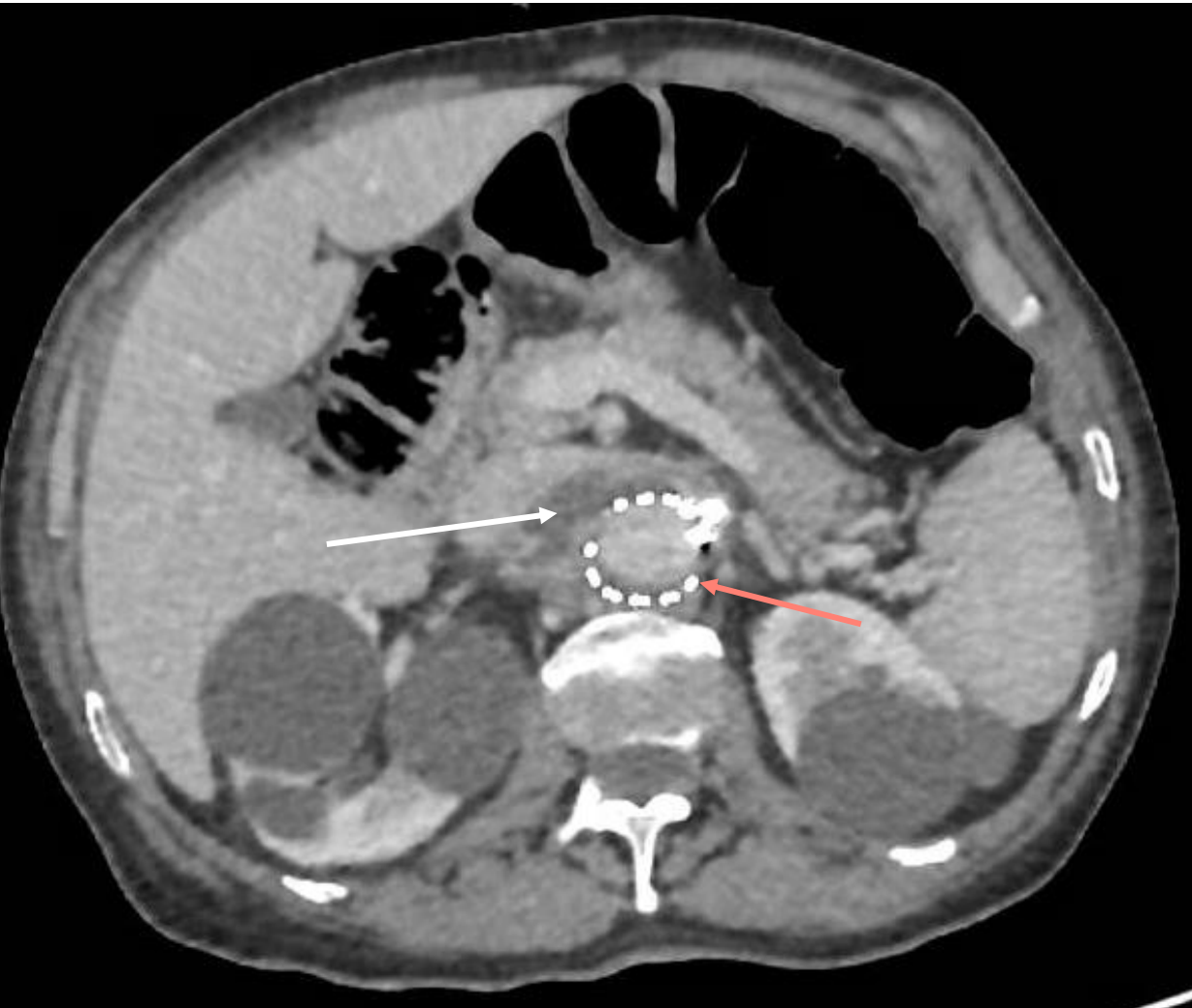
# Les hémocultures poussent à SAMS!

- Retour aux urgences...
- Quel examen d'imagerie faire pour rechercher une IPV?
  1. TEP-TDM
  2. Scintigraphie aux leucocytes marqués
  3. **AngioTDM**
  4. AngioIRM
  5. Echographie-doppler de l'aorte

AngioTDM



# AngioTDM – images-clés



# Votre prise en soins?

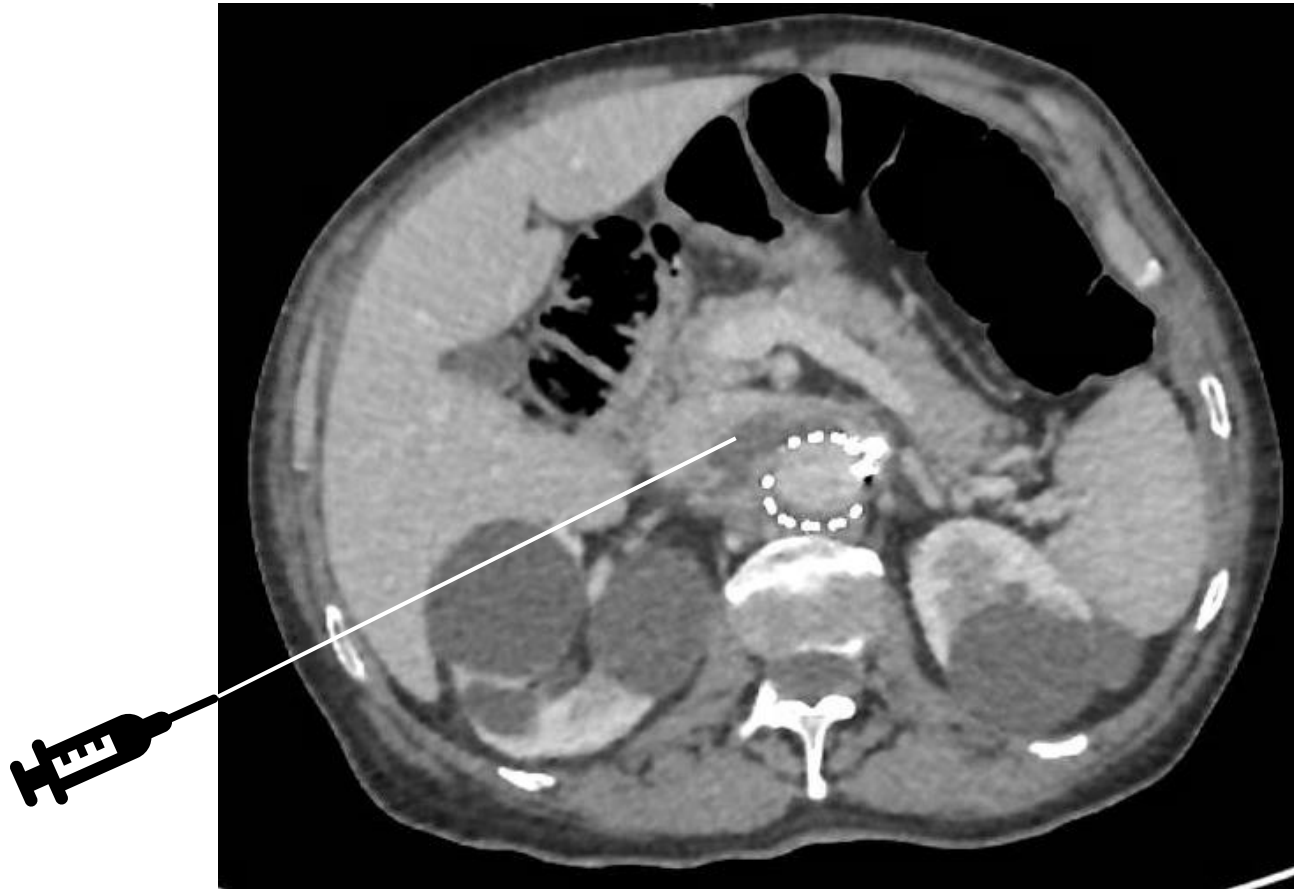
1. Dépose chirurgicale de l'endoprothèse fenêtrée
2. Traitement antibiotique seul
3. Phagothérapie locale et par voie systémique
4. Drainage radiologique de la collection
5. ETT +/- ETO à la recherche d'une endocardite

# Votre prise en soins?

1. Dépose chirurgicale de l'endoprothèse fenêtrée
2. Traitement antibiotique seul
3. Phagothérapie locale et par voie systémique : à discuter si échec ATB
4. Drainage radiologique de la collection
5. ETT +/- ETO à la recherche d'une endocardite



# Ponction +/- drainage péri-aortique sous TDM



# Absence d'endocardite, ATB?

- Quel relais ATB?
  1. Poursuite du traitement IV au moins 6 sem
  2. Rifampicine + cotrimoxazole
  3. Rifampicine + doxycycline
  4. Clindamycine + doxycycline
  5. Relais suppressif après 3 mois de curatif

| <i>Staphylococcus aureus</i> |                  |            |
|------------------------------|------------------|------------|
|                              |                  | CMI (mg/l) |
| Pénicilline G                | <b>Résistant</b> | > 0.250    |
| Ampicilline                  | <b>Résistant</b> |            |
| Oxacilline                   | Sensible         | 1          |
| Ceftaroline                  | Sensible         | 0.500      |
| Kanamycine                   | Sensible         | <= 8       |
| Tobramycine                  | Sensible         | <= 1       |
| Gentamicine                  | Sensible         | <= 1       |
| Erythromycine                | Sensible         | <= 0.250   |
| Clindamycine                 | Sensible         | <= 0.250   |
| Ciprofloxacine               | <b>Résistant</b> | > 4        |
| Lévofloxacine                | <b>Résistant</b> | > 4        |
| Tétracycline                 | Sensible         | <= 0.500   |
| Tigécycline                  | Sensible         | <= 0.125   |
| Fosfomycine                  | Sensible         | <= 16      |
| Acide fusidique              | <b>Résistant</b> | > 8        |
| Triméthoprime                | Sensible         | <= 1       |
| Cotrimoxazole                | Sensible         | <= 0.500   |
| Linézolide                   | Sensible         | 1          |
| Nitrofurantoïne              | Sensible         | <= 16      |
| Teicoplanine                 | Sensible         | <= 0.500   |
| Vancomycine                  | Sensible         | 1          |
| Daptomycine                  | Sensible         | 0.500      |

*Staphylococcus aureus*

CMI (mg/l)

# Absence d'endocardite, ATB

- Quel relais ATB?
  1. Poursuite du traitement IV au moins 6 sem
  2. Rifampicine + cotrimoxazole : **se discute**
  3. Rifampicine + doxycycline : **se discute**
  4. **Clindamycine + doxycycline**
  5. **Relais suppressif après 3 mois de curatif**

|                 |                  |          |
|-----------------|------------------|----------|
| Pénicilline G   | <b>Résistant</b> | > 0.250  |
| Ampicilline     | <b>Résistant</b> |          |
| Oxacilline      | Sensible         | 1        |
| Ceftaroline     | Sensible         | 0.500    |
| Kanamycine      | Sensible         | <= 8     |
| Tobramycine     | Sensible         | <= 1     |
| Gentamicine     | Sensible         | <= 1     |
| Erythromycine   | Sensible         | <= 0.250 |
| Clindamycine    | Sensible         | <= 0.250 |
| Ciprofloxacine  | <b>Résistant</b> | > 4      |
| Lévofloxacine   | <b>Résistant</b> | > 4      |
| Tétracycline    | Sensible         | <= 0.500 |
| Tigécycline     | Sensible         | <= 0.125 |
| Fosfomycine     | Sensible         | <= 16    |
| Acide fusidique | <b>Résistant</b> | > 8      |
| Triméthoprim    | Sensible         | <= 1     |
| Cotrimoxazole   | Sensible         | <= 0.500 |
| Linézolide      | Sensible         | 1        |
| Nitrofurantoïne | Sensible         | <= 16    |
| Teicoplanine    | Sensible         | <= 0.500 |
| Vancomycine     | Sensible         | 1        |
| Daptomycine     | Sensible         | 0.500    |

Il est réhospitalisé 7 jours après pour la ponction

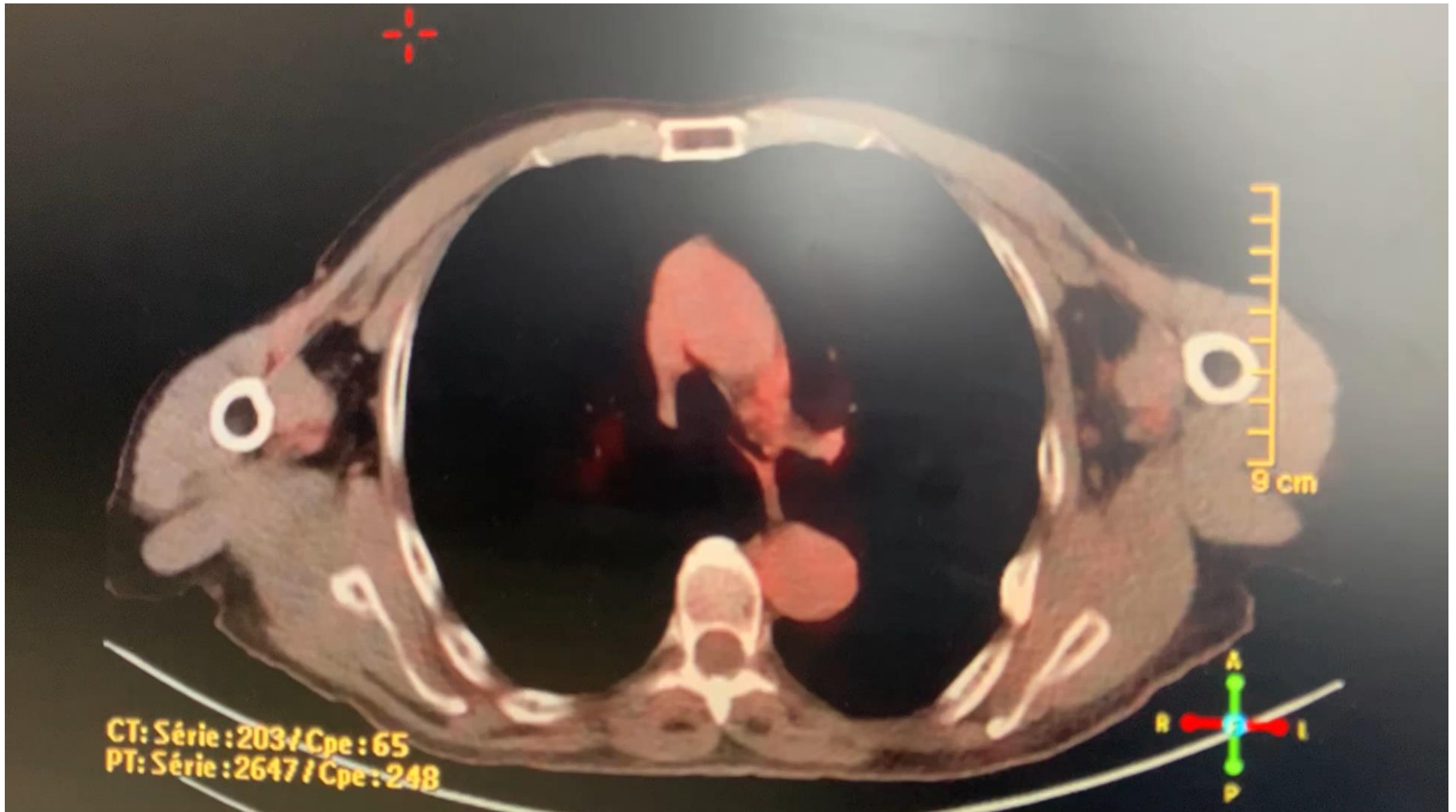
- L'abcès a quasiment disparu!



# ATB suppressive après 3 mois

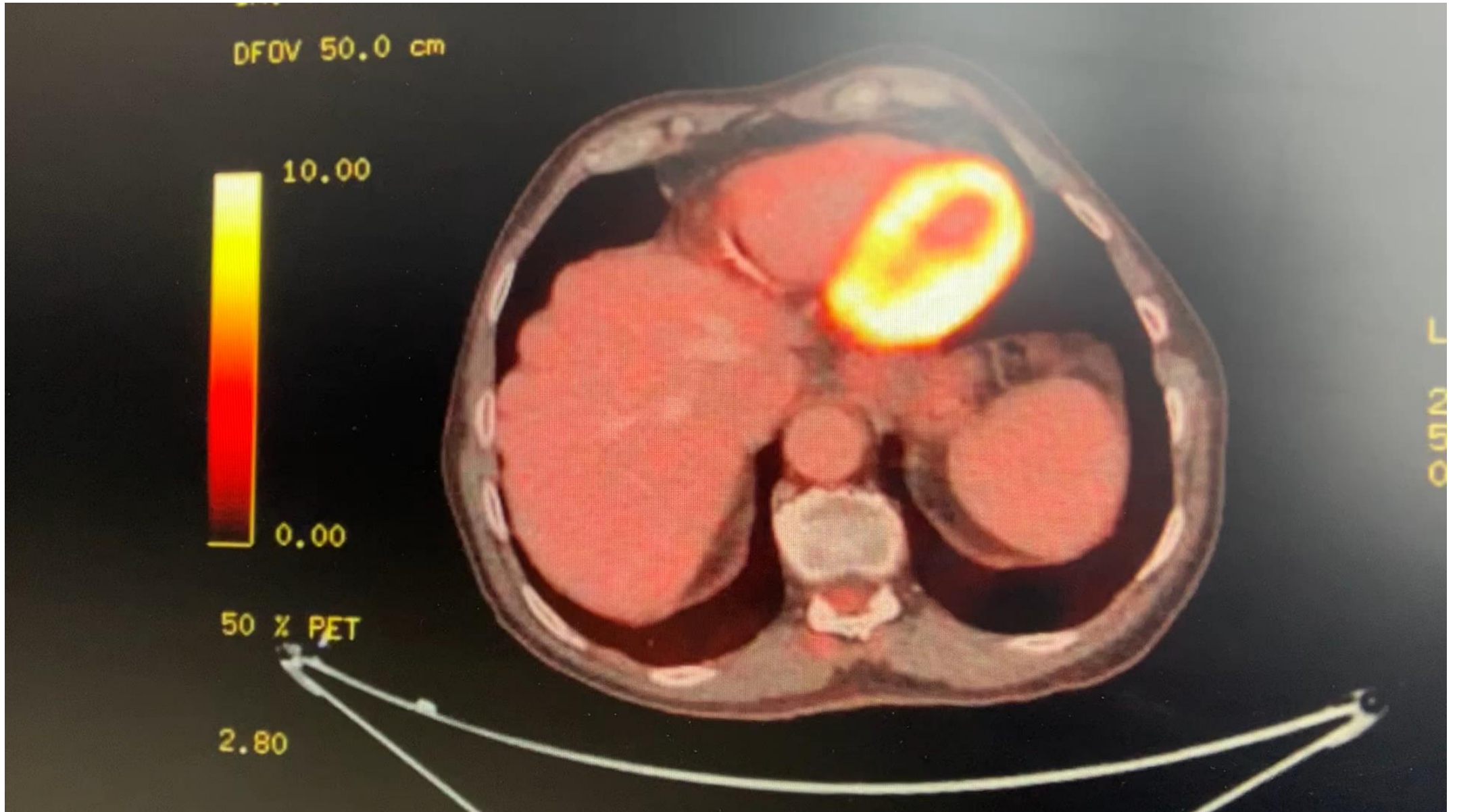
- Doxycycline → photosensibilité
- Clindamycine → troubles digestifs
- Cotrimoxazole : OK
  
- Arrêt après 7 mois d'ATB suppressive lors d'un épisode de diarrhées en Tunisie
  
- Consultation 2 mois après l'arrêt : il va bien...
  
- Koikonfait?

Suivi : TEP janvier 2024





# Suivi : TEP juin 2024



# Evolution

- A 11 mois du début des antibiotiques et 2 mois de l'arrêt des ATB, pas de signes de récidence
- Nouvelle TEP en décembre 2024...



# Conclusions

- IPV sans dépose possible : récusé.e sur le plan chirurgical ou anesthésique
- Indication à une ATB curative 3 mois puis suppressive
- Durée ATB suppressive?
  - A évaluer en fonction des situations, toutes très particulières
  - Expérience CHU Bordeaux : arrêt dans de rares cas, guidée par la TEP, surveillance rapprochée
  - Si récurrence, cela peut être catastrophique... à bien évaluer!