

19° JOURNEE DES REFERENTS

EN ANTIBIOTHERAPIE

MERCREDI 12 JUIN 2024

DEAUVILLE



CAS CLINIQUE

CLAIRE BRIERE-BELLIER
PH – CH DE BAYEUX

MME JACQUELINE S., 77 ANS



Veuve depuis 1986

vit seule

parfaitement autonome

pas d'animaux, pas de tabac, 1 verre d'alcool/ jour, pas d'activité à risque particulier.

60 kg / 160 cm

Antécédents médicaux :

- HTA
- dyslipidémie
- goître thyroïdien

N'a pas vu son médecin traitant depuis 2011!

Traitement habituel : aucun

ADRESSÉE AUX URGENCES LE 25/01/2023



Chute à domicile la nuit du 24 au 25/01 vers 1h, en allant aux toilettes.

Chute précédée d'une sensation de vertiges, pas de céphalées, pas de palpitations, pas de douleur thoracique, a passé la nuit au sol. A priori pas de perte de connaissance.

AUX URGENCES LE 25/01/2023 (J1)



Cliniquement : Apyrétique, pas de trouble hémodynamique ni respiratoire, patiente très confuse sans signe neurologique focal, AC/FA rapide > 150 bpm, urines puriformes.

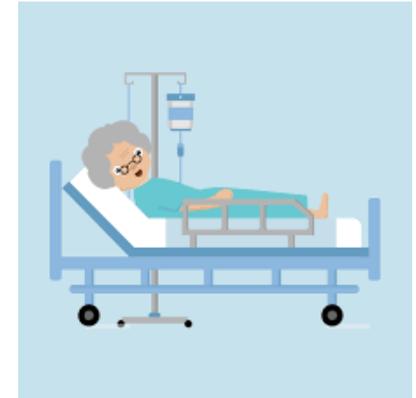
Prise en charge :

- Traitement de l'AC/FA par Cordarone + bêta-bloquant, anticoagulation par apixaban
- Traitement probabiliste d'une probable pyélonéphrite aiguë par Ceftriaxone 1 g/j après ECBU / hémocultures
- Hospitalisation en médecine à orientation cardiologique.

Biologie :

- Hémoglobine à 13 g/dl, VGM à 81 FL. Leucocytes normaux. Thrombopénie à 142 G/l.
 - Pas de stigmate de CIVD
 - syndrome inflammatoire biologique avec CRP > à 400 mg/l
 - hypercalcémie à 2,7 mmol/l (corrigée / albumine), pas d'autre trouble ionique, créatinine 46 μ M, cytolysé hépatique 3N
- TDM cérébrale sans injection normale

PRISE EN CHARGE INITIALE 26/01/2023 (J2)



AEG. Fébrile à 38.3°. Pas de signe de choc.

Signes de déshydratation.

Sur le plan neurologique : vigilance normale mais confusion avec une patiente incohérente, désorientée sur le plan spatio temporel (se croit chez elle à l'anniversaire de son petit-fils). Réponse inadaptée aux ordres simples. Anisocorie avec dilatation de la pupille gauche. Réflexe photomoteur bilatéral présent et normal. Pas d'autre anomalie à l'examen neurologique. Pas de céphalées ni de syndrome méningé.

Examen cardio-vasculaire normal à part l'AC/FA bien tolérée.

Douleurs de hanche D à la mobilisation avec une hanche en rotation interne.

J2 SUITE



Bilan biologique :

- Insuffisance rénale aiguë avec une créatinine à 107 $\mu\text{mol/l}$, urée à 19 mmol/l
- pas de trouble ionique à part l'hypercalcémie stable à 2,7 mM
- Syndrome inflammatoire biologique marqué avec une CRP 492 mg/l .
- TSH effondrée < 0,008 $\mu\text{UI/ml}$, T4 libre 21
- Cytolyse hépatique 3N

Appel du laboratoire pour informer que les hémocultures prélevées aux urgences (4 flacons / 4) poussent à Cocci à Gram + en amas. L'ECBU pousse à E. coli.

L'antibiothérapie est modifiée pour de la Cloxacilline 12 g / jour et vous êtes appelé(e) pour avis.

1ÈRE CONSULTATION



Au plan neurologique : somnolente mais se réveille à la stimulation, a tendance à se rendormir, ralentie avec des persévérations verbales, ne comprend pas tous les ordres, répond à côté, désorientée dans le temps et dans l'espace. Ne suit pas du regard, 2 yeux un peu rouges surtout le gauche, anisocorie avec une pupille G + large que la D, les 2 sont réactives. Pas de signe de focalisation par ailleurs. Pas vraiment de raideur méningée mais évaluation difficile.

Pas de souffle cardiaque, pas d'insuffisance cardiaque, plutôt « sèche », pas de signe périphérique d'endocardite

Hanche D très douloureuse à la mobilisation.

Multiplés petites lésions d'eczéma / prurigo des jambes et du dos.

QUELLE PRISE EN CHARGE POUR MME S. ?

- ❖ Examens paracliniques ?
- ❖ Adaptation de l'antibiothérapie ?
- ❖ Appel à d'autres spécialistes ?



SYNTHÈSE MÉDICALE J2

- ❖ Patiente avec peu d'antécédents et auparavant autonome
- ❖ Bactériémie à Staphylocoque probablement doré et a priori méti-S
- ❖ AC/FA rapide secondaire à une hyperthyroïdie + contexte septique
- ❖ Etat neurologique inquiétant
- ❖ Suspicion d'arthrite aiguë de hanche D et/ou abcès du psoas
- ❖ 2 yeux un peu rouges

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ET HIÉRARCHIE

❖ Etat neurologique inquiétant

- Indication à TDM injectée +/- IRM ; accord endocrinologue pour injection d'iode sous couvert de néomercazole
- +/- PL en fonction des données du scanner, à distance des anticoagulants
- Avis réanimateur car défaillance monoviscérale mais risque de dégradation

❖ Suspicion d'arthrite aiguë de hanche D et/ou abcès du psoas

- => TDM TAP + bassin injectée qui permettra de faire un bilan des localisations infectieuses secondaires
- Pas d'appel du chirurgien car chirurgie orthopédique urgente non raisonnable vu l'état neurologique, l'AC/FA rapide et les anticoagulants.

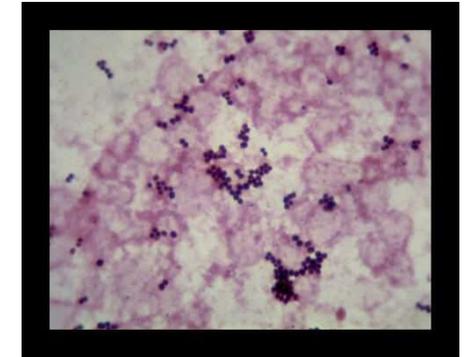
❖ Yeux rouges ?? Acuité visuelle non évaluable

- Cs ophtalmo dès que possible (pas d'ophtalmo sur place et trop précaire pour un transport en Cs au CHU pour l'instant) pour rechercher une endophtalmie

❖ ETT dès que possible (endocardite ? + Bilan AC/FA)

❖ Surveillance hémocultures à chaque bilan et au moins / 48h

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES J2



- ❖ TDM TAP et cérébrale avec injection 26/1:
 - RAS au niveau cérébral
 - thorax : ne tient pas l'apnée, pas d'anomalie importante
 - abdo-pelvien : calculs non obstructifs au niveau du rein droit, possible séquelle de pyélonéphrite, pas d'abcès ni de signe embolique
 - coxarthrose majeure, pas d'épanchement intra-articulaire
 - pas d'anomalie musculaire jusqu'aux genoux
- ❖ ETT au lit : RAS, en AC/FA rapide
- ❖ Hémocultures : SASM, multi-S sur l'antibiogramme (sauf péni G)

Vous maintenez la Cloxacilline 12 g/jour.

La situation clinique est grave... Y a-t-il une indication à une bi-antibiothérapie ? Est-ce que vous ajoutez un aminoside ? De la rifampicine ? Autre ?



ANTIBIOTHÉRAPIE / INFECTIONS GRAVES À SASM

❖ Combinaison avec la Rifampicine ?

- Intérêt probable pour l'éradication des infections sur matériel
- Attention aux interactions + tolérance
- Risque à la phase initiale : émergence de mutants Rifam-R si début en phase bactériémique

❖ Combinaison avec un aminoside ?

- Pas de bénéfice évident
- Néphrotoxicité avérée même si traitement bref

❖ En pratique : consensus pour dire qu'une monothérapie suffit pour traiter une bactériémie à SASM, hors endocardite sur matériel

PL 27/1

Confirmation d'une localisation méningée...

Que faites-vous ?

- Modifiez-vous l'antibiothérapie ?
- Ajoutez-vous une corticothérapie ?



Biochimie des liquides de ponction

		Valeurs de référence	Antériorités
Chlorurorachie	117 mmol/L	118 à 132	
<small>Potentiométrie indirecte (ALINITY-ABBOTT) - LCR</small>			
Résultat téléphoné à Mme DEROBERT IDE de M3 par LM le 27/01/23 à 13h20.			
Acide lactique (LCR)	> 13.4 mmol/L	<2.4	
<small>Méthode enzymatique (ALINITY-ABBOTT) - LCR</small>			
Résultat téléphoné à Mme DEROBERT IDE de M3 par LM le 27/01/23 à 13h20.			
Protéïnorachie	1 899,81 mg/L	150 à 400	
<small>Méthode turbidimétrique (ALINITY-ABBOTT) - LCR</small>			
Résultat téléphoné à Mme DEROBERT IDE de M3 par LM le 27/01/23 à 13h20.			
Glycorachie	0,38 mmol/L	2.2 à 3.9	
<small>Hexokinase (ALINITY-ABBOTT) - LCR</small>			
Résultat téléphoné à Mme DEROBERT IDE de M3 par LM le 27/01/23 à 13h20.			

Examen cyto-bactériologique d'un liquide céphalo-rachidien

Aspect	Trouble
x Chimie	
Glycorachie	
Protéïnorachie	
Chlorurorachie	
x Cytologie	
Hématies	765 /mm ³
Leucocytes	1 125 /mm ³
<i>Formule des éléments si taux de leucocytes > 10/mm³</i>	
Polynucléaires neutrophiles.....	95 %
Polynucléaires éosinophiles.....	0 %
Polynucléaires basophiles.....	0 %
Lymphocytes.....	1 %
Monocytes.....	4 %
x Coloration de Gram	
Nombreux cocci Gram positif	
x Bactériologie	
<small>Identification des bactéries par spectrométrie de masse MALDI-TOF réalisée dans le cadre d'un contrat de prestation avec le CHU de Caen</small>	
Cultures POSITIVES :	
Staphylococcus aureus : Rares colonies	

RECOMMANDATIONS MÉNINGITE A STAPH ?

Médecine et maladies infectieuses 49 (2020) 367–398



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



2018 update of the 17th consensus conference (2008) on anti-infective agents

Management of acute community-acquired bacterial meningitis
(excluding newborns). Short text[☆]



*Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion
du nouveau-né). Texte court*

B. Hoen^{a,1}, E. Varon^{b,1}, T. Debroucker^{c,1}, B. Fantin^{d,1}, E. Grimprel^{e,1}, M. Wolff^{f,1},
X. Duval^{g,*}, The Expert and reviewing group^Δ

^a Infectious diseases, CHU de Guadeloupe, Guadeloupe

^b Microbiology, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

^c Neurology, centre hospitalier général, Saint-Denis, France

^d Internal medicine, hôpital Beaujon, Clichy, France

^e Pediatrics, hôpital Trousseau, Paris, France

^f Infectious disease ICU, hôpital Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

^g Service des maladies infectieuses et tropicales, centre d'investigation clinique, hôpital Bichat–Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France



Tableau 7

Répartition des microorganismes dans la cohorte des méningites de l'adulte COMBAT, en fonction des résultats de l'examen direct du liquide cébrospinal.

Microorganismes identifiés à la culture	Total (N=403) n (%)	Examen direct positif (N=294)				Examen direct négatif (N=109) n (%)
		Cocci Gram positif (N=204) n (%)	Cocci Gram négatif (N=63) n (%)	Bacille Gram positif (N=6) n (%)	Bacille Gram négatif (N=21) n (%)	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	211 (52,4)	179 (87,7)	0	0	0	32 (29,4)
<i>Streptococcus non pneumoniae</i>	23 (5,7)	13 (6,4)	0	0	0	10 (9,2)
<i>Neisseria meningitidis</i>	89 (22,1)	1 (0,5)	58 (92,1)	0	1 (4,8)	29 (26,6)
<i>Haemophilus influenzae</i>	18 (4,5)	0	0	0	8 (38,1)	10 (9,2)
<i>Listeria monocytogenes</i>	20 (5,0)	0	1 (1,6)	6 (100,0)	0	13 (11,9)
<i>Escherichia coli</i>	4 (1,0)	0	0	0	4 (19,0)	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	8 (2,0)	3 (1,5)	0	0	0	5 (4,6)
Autres microorganismes	20 (5,0)	6 (2,9)	0	0	8 (38,1)	6 (5,5)
Microorganisme non identifié	10 (2,5)	2 (1%)	4 (6,3%)	0	0	4 (3,6%)

Staphylococcus aureus ???

Tableau 6Traitement de 1^{re} intention des méningites bactériennes aiguës en fonction de l'examen direct du LCS (en cas de LCS trouble : initier l'antibiothérapie sans attendre les résultats de l'examen direct).

	Antibiotique	Dosage ^a
1. Examen direct/PCR positifs Suspicion de pneumocoque (cocci Gram+)	Céfotaximeou	300 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h ^b
	ceftriaxone	100 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions
	Céfotaximeou	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h ^b
	ceftriaxone	75 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions ^c
	Amoxicilline+	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue
	gentamicine	5 mg/kg/jour IV chez l'adulte, en 1 perfusion unique journalière
		5-8 mg/kg chez l'enfant
	Céfotaximeou	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h ^b
	ceftriaxone	75 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions ^c
	Céfotaximeou	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h ^b
2. Examen direct/PCR négatifs Sans argument en faveur d'une listériose	Céfotaximeou	300 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h ^b
	ceftriaxone	100 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions ^c
	Céfotaximeou	300 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h ^b
	ceftriaxone	100 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions ^c
	+ amoxicilline	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue
	+ gentamicine	5 mg/kg/jour IV chez l'adulte, en 1 perfusion unique journalière
	5-8 mg/kg chez l'enfant	

RECOMMANDATIONS MENINGITE A STAPH ?

Clinical Infectious Diseases

IDSA GUIDELINE



2017 Infectious Diseases Society of America's Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventilator-Associated Pneumonia and Meningitis*

Alan R. Tunkel,¹ Rodrigo Hasbun,² Adarsh Bhimraj,³ Karin Byers,⁴ Sheldon L. Kaplan,⁵ W. Michael Scheld,⁶ Diederik van de Beek,⁷ Thomas P. Bleck,⁸ Hugh J. L. Garton,⁹ and Joseph R. Zunt¹⁰

VI. Once a Pathogen is Identified, What Specific Antimicrobial Agent(s) Should be Administered?

Recommendations

41. For treatment of infection caused by methicillin-susceptible *S. aureus*, nafcillin or oxacillin is recommended (strong, moderate). If the patient cannot receive beta-lactam agents, the patient can be desensitized or may receive vancomycin as an alternative agent (weak, moderate).

❖ Recommandations existent sur les méningites et ventriculites nosocomiales à Staphylocoque, mais :

- Est-ce que c'est transposable à une méningite communautaire par voie hématogène ?
- Est-ce que OXAcilline = CLOXAcilline ?

DONNÉES DE LA LITTÉRATURE MÉNINGITE STAPHYLOCOQUE DORÉ

- ❖ Essentiellement des séries de cas cliniques
- ❖ ATB utilisés / SASM : pénicilline M +/- rifampicine, cotrimoxazole, fosfomycine
- ❖ Pas de corticothérapie

Review > [Medicine \(Baltimore\)](#). 2010 Mar;89(2):117-125. doi: 10.1097/MD.0b013e3181d5453d.

Staphylococcus aureus meningitis: case series and literature review

Javier Aguilar¹, Varinia Urday-Cornejo, Susan Donabedian, Mary Perri, Robert Tibbetts, Marcus Zervos

> [J Infect](#). 2023 Mar;86(3):239-244. doi: 10.1016/j.jinf.2023.01.022. Epub 2023 Jan 20.

Community-acquired Staphylococcus aureus meningitis in adults

Thijs M van Soest¹, Maria Birgitte Søndermølle², Matthijs C Brouwer¹, Nora Chekrouni¹, Anders Rhod Larsen³, Andreas Petersen³, Nina M van Sorge⁴, Henrik Nielsen², Diederik van de Beek¹, Jacob Bodilsen⁵; DASGIB study group

Review > [Eur J Clin Microbiol Infect Dis](#). 2002 Dec;21(12):864-8. doi: 10.1007/s10096-002-0814-1. Epub 2002 Dec 10.

Clinical study of 44 cases of Staphylococcus aureus meningitis

V Pintado¹, M A Meseguer, J Fortún, J Cobo, E Navas, C Quereda, I Corral, S Moreno

QUID DE LA CEFAZOLINE ?

❖ Données pharmacocinétiques :

- Petits effectifs, essentiellement des méningites post-op, à staph doré ou blanc
- Obtention de concentrations cibles avec des perfusions continues de cefazoline à dose élevée > 8g/jour

❖ Très peu de données cliniques

- Extrapolation de données concernant les abcès épiduraux
- Méningites : petits effectifs, essentiellement des méningites post-op, à staph doré ou blanc, utilisation d'associations d'antibiotiques (quinolones notamment)

En pratique, utilisation controversée

SUITE PRISE EN CHARGE

- ❖ Poursuite cloxacilline 12 g/ jour soit 200 mg/kg/jour en monothérapie
- ❖ L'équipe infirmière trouve que 6 perfusions de 2 grammes de cloxacilline, ça fait beaucoup de soins surtout la nuit, et vous demande si on peut faire moins de perfusions ou passer à la seringue électrique. **Que lui répondez-vous ?**



ADMINISTRATION CLOXACILLINE

❖ Antibiotique temps-dépendant

❖ RCP :

- 8 à 12 g/jour (selon l'indication), répartis en 4 à 6 administrations journalières. Perfusion unitaire de 2 grammes maximum.
- => 12 g / jour nécessitent forcément des perfusions de 2 grammes toutes les 4h

❖ Perfusion continue :

- Recommandations françaises 2016, en cours de révision (P. Longuet et al., MMI 2016) :

Stabilité 24h à 25°C dans du G5% (stabilité altérée dans du NaCl 0,9%), concentration max 50 mg/ml (12 g ↔ 240 ml) => utilisation pompe volumétrique

- STABILIS (www.stabilis.org) :

Stabilité 24h dans NaCl ou G5% à 20-25°C dans une seringue à une concentration de 125 mg/l (G. Loeuille et al. Antibiotics 2022) (Preuve C+)

=> 6 grammes dans 48 ml ce qui permet de passer 12 g / jour en 2 seringues de 6g/48 ml

EVOLUTION 31/1/2021(J6)

- ❖ Toujours fébrile
- ❖ Amélioration neurologique rapidement favorable. Plus d'œil rouge et a priori pas de baisse d'acuité visuelle.
- ❖ Amélioration des douleurs de hanche D => échographie : pas d'épanchement.
- ❖ Apparition de douleurs interscapulaires d'horaire mécanique
- ❖ Les hémocultures poussent toujours...
- ❖ ETT : suspicion de végétation sur la valve mitrale confirmée par une ETO (végétation mesurée à maximum 8 mm de grand axe au niveau du versant atrial de P1 avec une fuite mitrale grade I associée).

Modifiez-vous votre prise en charge pour la bactériémie persistante ? L'endocardite ?



BACTÉRIÉMIE PERSISTANTE : QUELLE PRISE EN CHARGE ?

❖ Modifier le traitement antibiotique ?

- Nombreuses petites séries (SARM surtout) avec des résultats parfois spectaculaires, mais la causalité manque
- Exemple pour SASM : céfazoline + ertapénème

❖ **Consensus : il faut contrôler la porte d'entrée et les foyers profonds +++++**

- Outre la recherche d'endocardite, toutes les recommandations insistent sur le traitement de la porte d'entrée (« source control ») et des foyers secondaires qu'il faut donc rechercher activement
- Examens proposés :
 - IRM cérébrale si troubles neurologiques ou endocardite
 - IRM rachidienne (> J7) orientée par les symptômes
 - TDM thorax / abdo orienté par les symptômes
 - Pas de consensus pour TDM TAP systématique ni pour TEP scan
 - Echo-doppler veineux si la porte d'entrée est un cathéter (pas de consensus)

❖ **Pas d'indication sauf exception à modifier l'antibiothérapie.**

ANTIBIOTHÉRAPIE ENDOCARDITE À SASM SUR VALVE NATIVE

2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis

Recommendation Table 8 — Recommendations for antibiotic treatment of infective endocarditis due to *Staphylococcus* spp.

IE caused by methicillin-susceptible staphylococci

In patients with NVE due to methicillin-susceptible staphylococci, (flu)cloxacillin or cefazolin is recommended for 4–6 weeks using the following doses.^{264,314,316–318}

Adult antibiotic dosage and route

(Flu)cloxacillin ^c	12 g/day i.v. in 4–6 doses
Cefazolin ^d	6 g/day i.v. in 3 doses

SUITE DE LA PRISE EN CHARGE J6

BACTÉRIÉMIE PERSISTANTE + ENDOCARDITE + MÉNINGITE

- ❖ Poursuite cloxacilline 12 g / jour en monothérapie
- ❖ Pas d'indication à une chirurgie cardiaque
- ❖ On renouvelle le bilan d'extension de la bactériémie / endocardite :
 - TDM CTAP injectée
 - IRM rachidienne
 - Programmation TEP scan mais délai long...
- ❖ On continue les hémocultures / 48h et on surveille l'état cardiaque

ÉVOLUTION 6/2/2024 (J12)

- ❖ Toujours fébrile, pas d'élément clinique nouveau
- ❖ Les hémocultures poussent toujours...
- ❖ IRM rachidienne : collection épidurale antérieure de T7 à S1 refoulant la moëlle et les racines de la queue de cheval
- ❖ TDM TAP : épanchement pleural D de faible abondance qui ne semble pas communiquer avec le rachis (pas de collection pararachidienne) avec une zone de poumon collabée au contact. Pas d'embolie, pas d'abcès profond.
- ❖ Que faites-vous ?



ABCÈS ÉPIDURAL

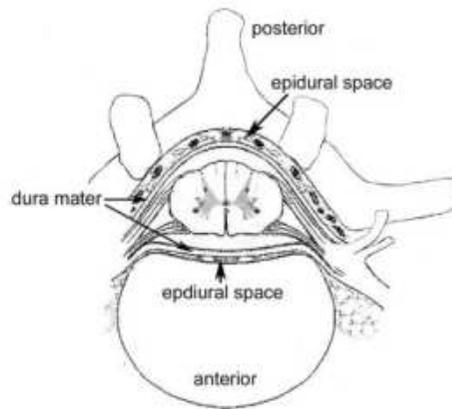
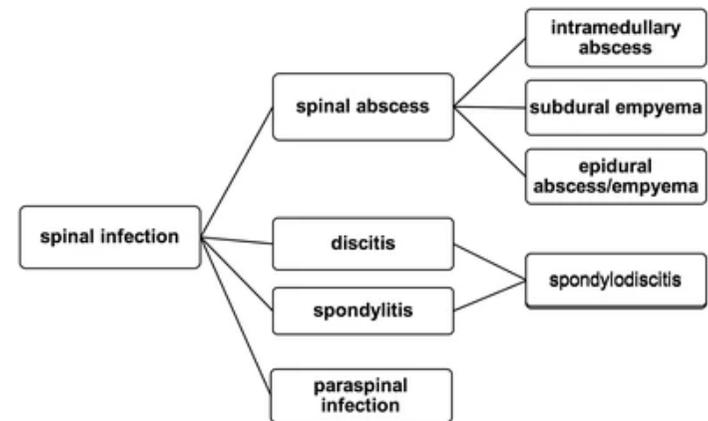
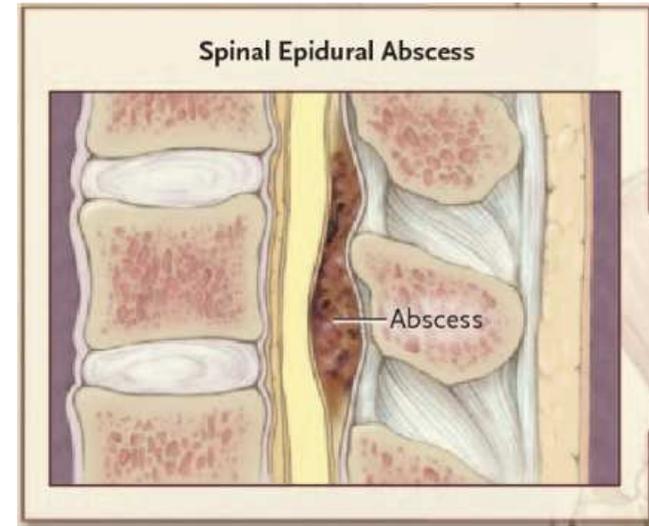


Figure 1. Cross-section through a vertebra. Epidural space.

Espace épidural = espace séparant la face externe de la dure-mère spinale du canal spinal. Il est occupé par de la graisse et par des plexus veineux extra-rachidiens et traversé par les racines des nerfs spinaux entourés des prolongements méningés.



PRISE EN CHARGE ABCÈS ÉPIDURAL

- ❖ Pas de consensus établi
- ❖ Traitement médico-chirurgical recommandé dans la plupart des situations
- ❖ Mais un traitement médical seul est possible / à discuter si :
 - Détection précoce et absence de signe neurologique, sous réserve d'une surveillance neurologique rapprochée car aggravation possible sous traitement médical seul
 - Diagnostic tardif avec signes neurologiques > 3 jours
 - Risque chirurgical élevé

DISCUSSION THERAPEUTIQUE 6/2/2024

❖ Abscess épidural :

- Probablement diagnostiqué tardivement à l'IRM (douleurs interscapulaires le 31/1 : J7 d'évolution ??)
- Pas de signe neurologique
- Il est possible que ce soit la collection épidurale qui soit responsable de la bactériémie persistante mais sans certitude
- Décision de traitement médical seul
- Pas d'indication à modifier l'antibiothérapie

EVOLUTION 14/2 (J20)

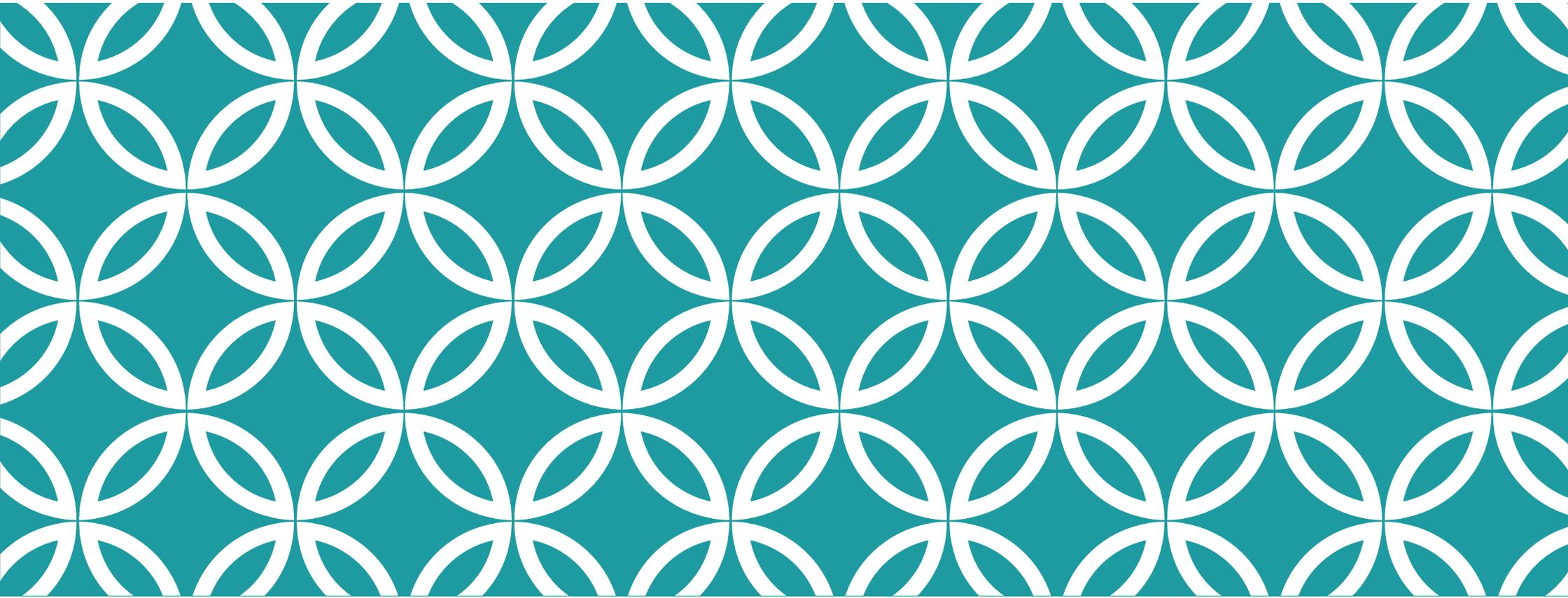
- ❖ Enfin apyrétique, récupération cognitive complète, amélioration douleurs rachidiennes, pas de signe de compression médullaire
- ❖ Dernière hémoculture positive le 7/2 soit 14 jours de bactériémie
- ❖ ETT de contrôle le 10/02 : pas de végétation visualisée, valve mitrale calcifiée, pas de perforation / fuite / abcès
- ❖ TEP scanner le 17/02 : *Pas d'argument métabolique pour la présence d'un foyer infectieux profond. Hypermétabolisme possiblement médullaire antérieur du rachis thoracique bas et lombaire, à explorer par un examen complémentaire dédié type IRM.*
- ❖ Ajout rifampicine 600 mg x 1 / jour dans l'hypothèse d'une spondylodiscite de contigüité ou foyer ostéo-articulaire occulte (discutable)
- ❖ Autres problématiques
 - Hyperthyroïdie : goître multi-nodulaire toxique, contrôle sous néomercazole
 - Retour en rythme sinusal après correction de l'hyperthyroïdie et du problème infectieux
 - Prise en charge dermatologique (porte d'entrée)

EVOLUTION 21/2/2023 (J27)

- ❖ Départ en SSR avec poursuite de la bi-antibiothérapie par cloxacilline IV et rifampicine PO
- ❖ Durée d'antibiothérapie théorique : 4-6 semaines pour l'endocardite, pas codifié pour l'abcès épidual. Est-ce qu'on se base sur le J1 de l'antibiothérapie ou la 1^{ère} hémoculture négative ???
- ❖ Relais oral ???

EVOLUTION FINALE

- ❖ Suivie régulièrement en consultation au décours
- ❖ Guérison sans séquelle
- ❖ Elle aura besoin « un jour » d'une prothèse de hanche : délai à attendre ???



MME PIERRETTE P., 85 ANS



MME PIERRETTE P., 85 ANS

Patiente autonome sans trouble cognitif

ATCD :

- Rétrécissement aortique serré
- PR + fibrose pulmonaire, sous Cortancyl + Arava

Hospitalisée le 25/8/2022 pour fièvre sans point d'appel avec insuffisance cardiaque aiguë.

Diagnostic de bactériémie à SASM.

Porte d'entrée = dermabrasions des genoux

A J1, insuffisance rénale aiguë avec une créatinine qui est passée de 76 à 308 $\mu\text{mol/l}$

EVOLUTION (1)

- ❖ Mise sous Cefazoline à dose adaptée à la fonction rénale (1g / jour)
- ❖ ETT + ETO : pas d'argument pour une endocardite
- ❖ Bonne évolution clinique sous antibiothérapie, récupération progressive fonction rénale, négativation des hémocultures à J4, mais persistance d'une fébricule intermittente
- ❖ TDM TAP injecté le 5/9 : multiples emboles spléniques...
- ❖ On considère donc qu'elle a probablement une endocardite et on fait, à titre systématique, un scanner cérébral injecté le 15/9 : abcès cérébral
- ❖ Poursuite Cefazoline, discussion ajout ATB à bonne diffusion intra-cérébrale : ajout levofloxacin bien qu'elle ait une corticothérapie au long cours... (anorexie persistante et dénutrition donc crainte des nausées sous rifampicine)
- ❖ Sort en HAD le 16/9

EVOLUTION (2)

- ❖ 22/9 : tendinopathie achilléenne bilatérale => arrêt TAVANIC
- ❖ 22/9 : Consultation ophtalmologique pour une baisse d'acuité visuelle évoluant depuis une quinzaine de jours : endophtalmie bilatérale => injections de vancomycine intravitréenne.
- ❖ 23/9 : agranulocytose brutale (PNN à 0,3 g/L) faisant suspecter une origine immunoallergique (céphalosporines ou quinolones)
 - Switch pour linezolide (pour la diffusion intracérébrale) + rifampicine
 - Sortie d'agranulocytose le 25/9.
 - Pharmacovigilance : imputabilité plutôt du TAVANIC pour des raisons de délai
- ❖ 6/10 : Réapparition de cytopénies touchant les trois lignées (Thrombopénie à 77 G/l, neutropénie à 1,22 G/l, anémie à 7,6 g/dl) en faveur d'une toxicité du Linezolide à J13. Arrêt du Linezolide. Remise sous Orbénine 12 g/jour + rifampicine.
- ❖ Nausées majeures sous Rifampicine, ne s'améliorant pas malgré un passage par voie I.V. et une diminution de la dose à 600 mg/jour. Dosage préalable de la Rifampicinémie (sous Rifadine 500 mg fois 2/jour per os), au pic : 12 mg/l donc en zone thérapeutique. => arrêt
- ❖ Poursuite antibiothérapie par Orbénine seule jusqu'à fin octobre 2022

EVOLUTION (3)

- ❖ Pas de récurrence infectieuse à l'arrêt de l'antibiothérapie
- ❖ Multiples poussées d'insuffisance cardiaque
- ❖ TAVI en 02/2023
- ❖ Va bien...

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



WORMANDIS

