

## CAS CLINIQUE N°2

---

En tant que consultant d'infectiologie et référent de votre établissement, un de vos collègues d'un service de médecine interne vous expose la situation suivante.

Mme Spounz, 75 ans, a été hospitalisée quelques heures en réanimation pour un choc septique puis dans ce service de médecine pour une pneumonie à pneumocoque (bactériémie) non hypoxémiant d'évolution rapidement favorable sous amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) puis ceftriaxone.

Au 6<sup>ème</sup> jour, une fièvre réapparaît associée à une diarrhée profuse ; la recherche de *C. difficile* et ses toxines est positive ; votre confrère vous indique que « dans le contexte de cas groupés de diarrhée à *C. difficile* ces 2 derniers mois », le métronidazole (Flagyl®) a été introduit et la ceftriaxone poursuivie. La patiente a été sondée. L'évolution est bonne avec disparition progressive de la diarrhée et de la fièvre.

Il y a 3 jours un ECBU pratiqué retrouvait *Enterobacter cloacae* 10<sup>6</sup> UFC/mL

L'antibiogramme de *E. cloacae* est le suivant :

Amoxicilline	R
Amoxicilline/ac clavulanique	R
Pipéracilline/tazobactam	R
Céfoxitine	R
Ceftazidime	R
Ceftazidime/avibactam	S
Imipénème	R
Méropénème	R

Le bactériologiste indique que ce profil correspond à celui d'une KPC (les CMI sont en cours).

Votre confrère a suivi les conseils en prescrivant ceftazidime-avibactam.

Votre confrère demande combien de temps faut-il poursuivre ceftazidime-avibactam sachant que la patiente est apyrétique et maintenant capable de faire sa toilette, manger à table, que la diarrhée fait place à une légère constipation.

Vous poursuivez l'entretien et apprenez que cette dame :

- a eu une cystite à *E coli*, 10 jours avant l'hospitalisation traitée efficacement par Ciprofloxacine,
- a une hypertension traitée,
- souffre d'une colopathie fonctionnelle (dernière coloscopie normale il y a 2 ans).

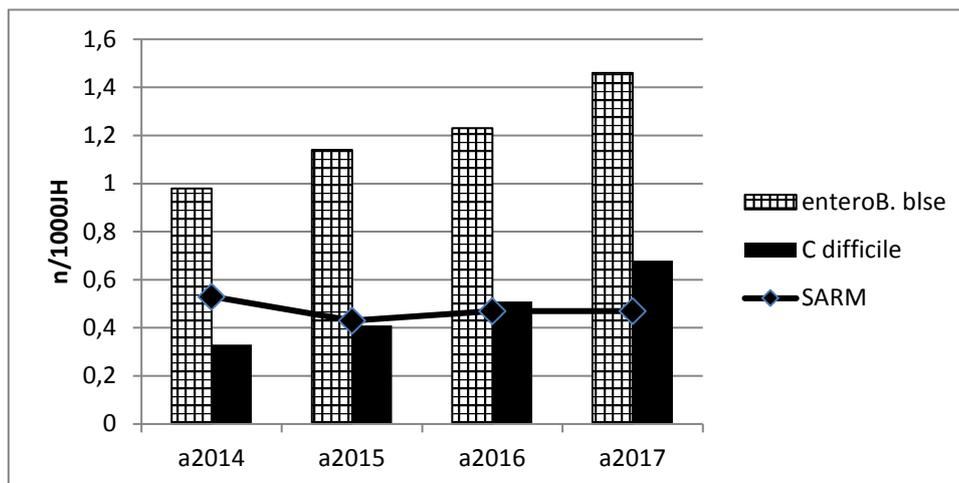
Le traitement de ce jour est : ceftazidime-avibactam, métronidazole, irbésartan (Aprovel®), énoxaparine sodique (Lovenox®), ésoméprazole.

**1- Commentez cette prise en charge de la diarrhée à *C. difficile*.**

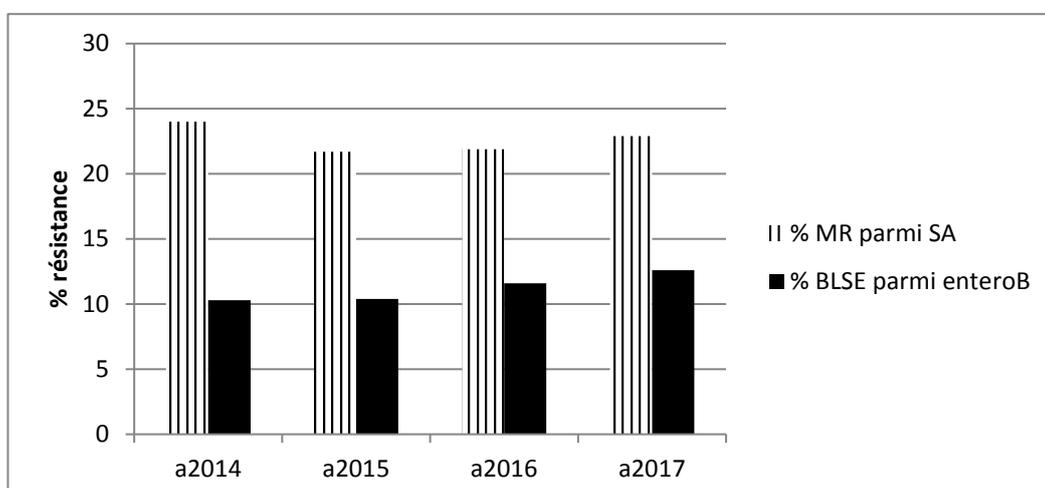
**2- Commentez la prise en charge de l'infection urinaire.**

En tant que référent vous avez en tête les données de surveillance de ce service de médecine ; ces données d'épidémiologie bactérienne, de résistance et d'exposition antibiotique sont résumées ci-dessous.

Épidémiologie bactérienne							
Souches / 1000 JH							
Année	SARM	Entéro-bactérie BLSE	% BLSE nosoco-miale	Entéro-bactérie C3G-R non BLSE	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> cefta- ou imi-R	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> cipro-R	<i>C. difficile</i>
2014	0,53	0,98	0,56	1,01	0,25	0,9	0,33
2015	0,43	1,14	0,61	0,93	0,19	0,51	0,41
2016	0,47	1,23	0,63	1,2	0,13	0,46	0,51
2017	0,47	1,46	0,48	1,29	0,18	0,35	0,68



Résistance		
Année	% MR parmi <i>S. aureus</i>	% BLSE parmi les entérobactéries
2014	24	10,3
2015	21,7	10,4
2016	21,9	11,6
2017	22,9	12,6

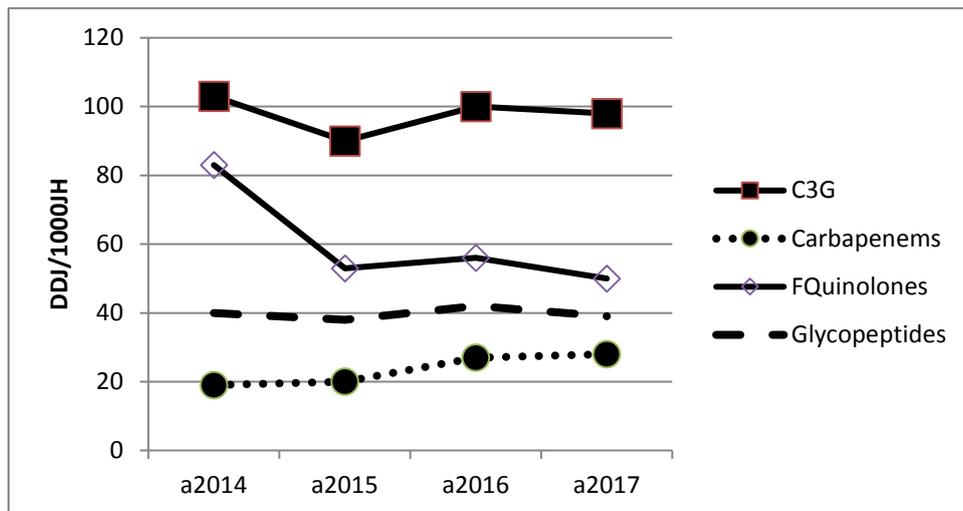


3- Commentez ces données microbiennes.

4- En intégrant l'histoire clinique de cette dame, que pourriez-vous en déduire (avec toute prudence) de ces données concernant les pratiques antibiotiques et d'hygiène de ce service de médecine ?

Voici les données consommation/résistance du service de médecine interne.

Exposition antibiotique					
DDJ/1000JH					
Année	Total Atb	C3G	Carbapénèmes	Fluoroquinolones	Glycopeptides
2014	895	103	19	83	40
2015	898	90	20	53	38
2016	870	100	27	56	42
2017	895	98	28	50	39



5- Commentez : que manque-t-il pour mieux décrire l'exposition antibiotique pour tenter de déduire les pratiques de prescriptions de ce service ? que pouvez-vous anticiper comme résultats concernant les beta lactamines ?

6- Au bout du compte, que pourriez-vous tenter de proposer à ce médecin concernant la prise en charge des infections dans ce service ? Tentez de classer et hiérarchiser.