

Cas Clinique n° 3 – Lundi 17/09/2018

Un homme de 73 ans est admis pour fièvre et frissons.

Ses principaux antécédents sont une HTA et un pace maker mis en place 5 ans auparavant à l'issue d'un bilan de malaises.

Ses traitements habituels sont : aspirine 75 mg/j et amlodipine 10 mg/j

Il s'agit d'un patient habituellement autonome, actif, sans intoxication particulière.

Les symptômes ont débuté 7 jours auparavant par une asthénie inhabituelle, suivie d'une sensation de fièvre (température non mesurée), des accès de frissons bien tolérés et une anorexie.

L'examen clinique à l'admission retrouve :

T = 38.3°C, TA 125/75 mmHg, FC 90/min

Pas de point d'appel infectieux

Le bilan prélevé aux urgences retrouve une polynucléose neutrophile à 9 000/mm³, une CRP à 160 mg/L. Le reste est sans particularité (Rx thorax, ECBU, créatininémie, transaminases).

QS 1. Rédigez votre prescription d'hémocultures

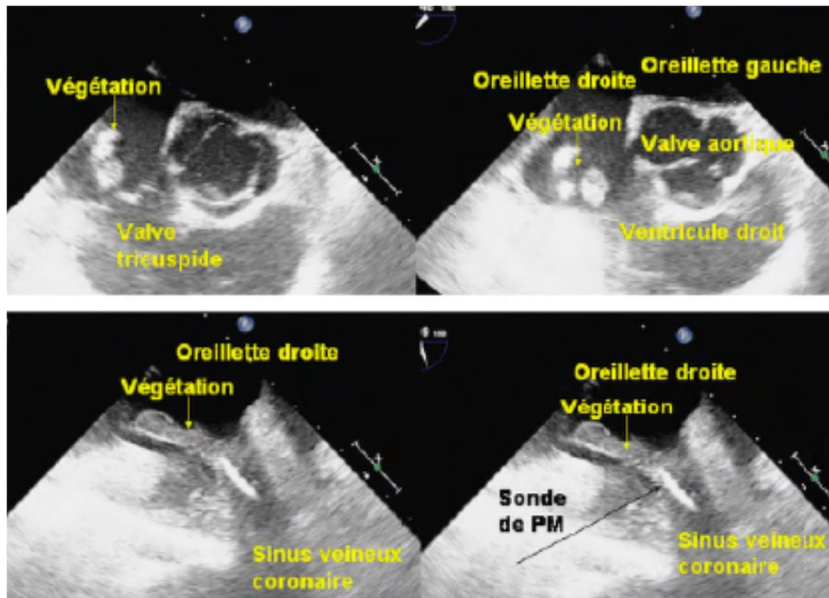
Celles-ci reviennent positives à cocci Gram + en amas (4 flacons), en moins de 12 h, aussi bien sur les flacons aéro- que anaérobies.

QS2. Quelles sont les propositions exactes parmi les suivantes ?

- a. Il s'agit du délai habituel de positivation des flacons d'hémocultures
- b. La rapidité de positivation des flacons est en faveur d'une endocardite
- c. *Staphylococcus aureus* ne pousse habituellement qu'en milieu aérobie
- d. Le délai écoulé depuis la mise en place de ce pace maker (5 ans) rend peu probable son implication dans le tableau
- e. Le fait que les hémocultures poussent à cocci Gram + plutôt que bacilles Gram - augmente très nettement la probabilité que le pace maker soit infecté

QS3. Rédigez votre prescription d'antibiotique(s)

L'échographie trans-oesophagienne retrouve une végétation de 18 mm sur la sonde auriculaire et une végétation de 3 mm sur la valve tricuspide (figure)..



QS4. Quelles sont les propositions exactes parmi les suivantes ?

- Le risque d'embolie pulmonaire symptomatique est majeur si l'extraction est réalisée par voie trans-cutanée
- La taille de la végétation (> 10 mm) impose une ablation chirurgicale des sondes
- En l'absence d'atteinte clinique du boîtier, celui-ci peut être conservé
- Il faut procéder à l'ablation de l'ensemble du matériel
- L'indication et les modalités d'implantation d'un nouveau matériel sont à discuter avec les cardiologues

QS5. Tout le matériel a pu être enlevé sans difficulté. Les hémocultures isolent un *Staphylococcus aureus* multi-sensible. Rédigez votre prescription : molécule(s), doses, durée (en précisant sera votre 'J0')

QS6. A la relecture du dossier médical datant de l'implantation initiale, les cardiologues confirment l'indication formelle d'un pace maker. Le patient reste monitoré en unité de surveillance cardiologique, mais une réimplantation de matériel est souhaitée 'dès que possible'. Quelles sont les principales règles à respecter dans ce contexte ?

QS7. Dix mois plus tard, le cardiologue vous appelle car le patient a développé une inflammation en regard du boîtier (photo), avec une sensation de collection en regard. Il est apyrétique, peu gêné, mais la ponction retrouve un staphylocoque à coagulase négative multi-sensible, à 2 reprises (2/2).

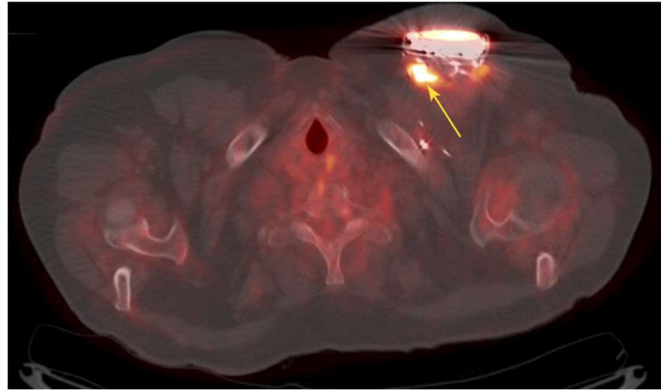


Quelle(s) proposition(s) vous parai(ssen)t exacte(s) ?

- a. Compte tenu du caractère superficiel et de l'absence de fièvre, un traitement local associé à une antibiothérapie adaptée peut permettre de 'sauver' le matériel en place
- b. Tout dépend du résultat des hémocultures, répétées, avant toute antibiothérapie : si elles restent stériles, une reprise chirurgicale locale peut suffire (lavage et/ou changement du boîtier)
- c. Le risque infectieux augmente à chaque nouvelle implantation de matériel
- d. L'ablation de tout le matériel, sondes comprises, est indispensable
- e. Il s'agit d'une infection nosocomiale qu'il faut déclarer

QS8. Le patient et le cardiologue ne sont pas d'accord avec vous. Ils proposent de réaliser un TEP, qui permettra de savoir ce qui fixe, et de cibler le matériel qui doit être enlevé. Qu'en pensez-vous ?

Finalement, ils préfèrent changer d'infectiologue plutôt que changer de pace maker. Ils réalisent donc la TEP qui montre une fixation nette au niveau du boîtier et d'une des sondes (photos).



QS9. Qu'en pensez-vous ?

- C'est normal que ça fixe, le matériel a été implanté il y a moins d'un an, l'examen n'a servi à rien
- La fixation de la sonde apporte une information nouvelle dont il faudra tenir compte pour le traitement
- On perd du temps avec ces examens, il va finir par devenir bactériémique et développer une nouvelle endocardite
- Aucune étude ne permet de dire ce qu'il faut faire des résultats de TEP chez les porteurs de pace maker

QS10. Le patient bénéficie finalement d'un nouveau remplacement de son matériel et les suites sont simples, cette fois. Faut-il prévoir une antibioprofylaxie au long cours compte-tenu des multiples complications récentes ?

QS11. Quelle antibioprofylaxie si son dentiste programme un détartrage ? Pourquoi ?

QS12. Citez les principales bactéries responsables d'endocardites sur sondes de pace maker