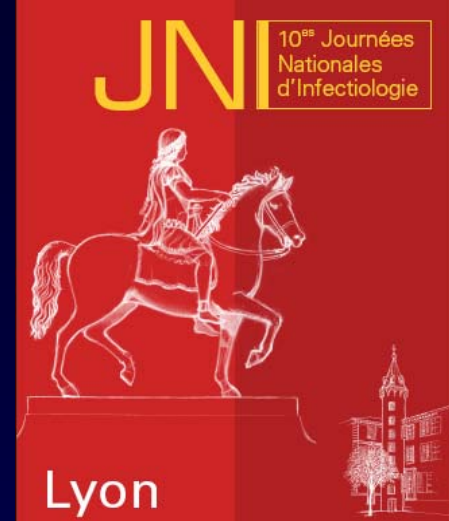


Candidoses invasives : nouvelles options thérapeutiques



Cas Clinique



G. HILBERT

Service de Réanimation médicale, CHU Bordeaux
EA 518, Université Bordeaux 2



Lyon 12/06/2009

Patient âgé de 34 ans

- **Anémie de Fanconi** (patient asymptomatique, sœur allogreffée)
 - **Splénectomie** post-traumatique, 4 ans auparavant
 - **Alcool-tabagisme**
 - **Traitement habituel : ORACILLINE** 2 Millions U/J
-
- Depuis 3 semaines : toux - dyspnée d'effort
 - Puis : **Hyperthermie à 39°C**
 - Ttt par **ROCEPHINE®**
puis **IZILOX®**

- **Hospitalisation pour ↑ Dyspnée, OMI, Hyperthermie à 38.5°C**
- **RP : Opacités alvéolaires péri-hilaires + base Droite**
- **Diagnostic : ICardiaque / Pneumopathie Communautaire**
- **Bilan infectieux**
- **Traitement Diurétique**
- **Traitement anti-infectieux probabiliste :**
Claforan® 2gX3 /J + Tavanic ® 500 mg X2 /J

Transfert en Réa. pour I Respiratoire A.

- $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 = 112$ $\text{PaCO}_2 = 129$ mmHg
pH = 7.18
- Insuffisance Cardiaque, surtout Droite
 - $T^\circ = 38.0^\circ\text{C}$
 - Encéphalopathie
- **J0 : INTUBATION - VM**

Bilan Réa J0

	J0
Leucocytes / PN (G/l)	4.28 / 2.09
Plaquettes (G/l)	70
ProCalcitonine ($\mu\text{g/l}$) [N < 0,5]	0.47
Créatinine ($\mu\text{mol/l}$) / Urée (mmol/l)	80 / 8.3
γGT (U/l) [N : 5-55] / PAL (U/l) [N : 40-130]	397 / 172
Troponine IC ($\mu\text{g/l}$) [N < 0,03]	0.08

- **ECHO CŒUR :**

HVG concentrique +++

Epanchement péricardique sans retentissement;

pas de valvulopathie; FE-VG 50%

Bilan infectieux complété, Ecouvillons

Bilan immuno.

- **Cathéter veineux central**

- **Cathéter radial**

- **Globe Vésical : Pose d'un Cysto-cath**

J3-J4 : Résultats des écouvillons réalisés à J0

Écouvillon Rectal :

Nombreux ***Escherichia Coli* BLSE**

Cytobactériologie Sécrétions Broncho-
Pulmonaires:

2.10^5 ***Candida albicans***

Écouvillon Nasal : Absence de ***SARM***

Apyrexie

Sevrage VM

J 6 : Hyperthermie à 38.5 °C

Douleurs abdominales mal systématisées

Pas de PnT. Sites Cathéters 'propres'

Echo cœur : pas d'endocardite

Bilan infectieux, Cartographie

Remplacement Cystocath.

	J0	J6	J7
Leucocytes / PN (G/l)	4.28 / 2.09	7.32 / 6.92	30.04 / 28.68
Plaquettes (G/l)	70	68	46
PCT (µg/l) [N < 0,5]	0.47	34.3	
Créat / Urée	80 / 8.3	78 / 7.2	92 / 11.8
γGT (U/l) / PAL (U/l) [N : 5-55] [N : 40-130]	397 / 172	579 / 236	

J 7 : TDM

- **Absence de foyer infectieux intra abdominal.**

- Vésicule biliaire alithiasique, à parois fines.

Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

- Pas de foyer de néphrite.

- Minime lame d'épanchement dans les récessus péritonéaux inférieurs.

- Epaissement de la paroi vésicale antérieure et bulles d'air en intra vésical en rapport avec la pose de cystocath récente.

Pas d'hématome secondaire à cette pose de cystocath.

- Lame d'épanchement pleural bilatéral.

J 8 : CHOC SEPTIQUE

2 Hémoc. (Périph. + Cath. central)

+ pour *E. Coli* BLSE

NORADRENALINE + DOBUTAMINE

Ablation Cathéter central

TIENAM[®] + AMIKLIN[®]

Cathé. central : *E.Coli* 1.10^2

2 Hemoc (Périph. + Cath. central) + pour *E. Coli* BLSE

Cathé central : *E.Coli* 1.10²

***E. Coli* BLSE :**

Cefotaxime, Cefepime, gentamicine, FIQ : R

Pipera. + Tazo., Ceftazidime : I

Imipeneme, Amikacine : S

J 11

- **Antibiothérapie** TIENAM[®] + AMIKLIN[®] **adaptée** sur *E. Coli* BLSE
- $\uparrow T^{\circ}$ à **39°C** Dobutamine sevrée, mais **NorAdré.**
 - CBU : ***Candida albicans*** < 10^3 UFC/ml
 - Rappel : CBC à J0 = $2 \cdot 10^5$ *Candida albicans*

	J7	J11
Leucocytes / PN (G/l)	30.04 / 28.68	16.52 / 14.85
PCT ($\mu\text{g/l}$) [N < 0,5]	34.3	11.4

Quelle attitude thérapeutique anti-infectieuse adopter ?

Invasive candidiasis in the intensive care unit

Crit Care Med 2006 Vol. 34, No. 3

Luis Ostrosky-Zeichner, MD, FACP; Peter G. Pappas, MD, FACP

Table 1. Risk factors for invasive candidiasis in the intensive care setting

Adult Intensive Care Patients	Neonatal and Pediatric Intensive Care Patients
<ul style="list-style-type: none"> Prolonged length of stay High acuity Diabetes Renal failure Hemodialysis Broad-spectrum antibiotics Central venous catheter Parenteral nutrition Immunosuppressive drugs Cancer and chemotherapy Severe acute pancreatitis <i>Candida</i> colonization at multiple sites Surgery Transplantation 	<ul style="list-style-type: none"> In addition to the adult risk factors Prematurity Low APGAR score Congenital malformations

APGAR, American Pediatric Gross Assessment Record.

Table is adapted from Refs. 14, 17–25.

Candida Score

Leon C. *Crit Care Medicine* 2006
Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2008

- Chirurgie 1
- Nutrition parentérale 1
- Sepsis sévère 2
- Colonisation multifocale 1

Leon C.

Crit Care Medicine 2009

Réa > 7 J

Table 4. Rates of invasive candidiasis according to the *Candida* score

Cutoff Value	Incidence Rate (%) (95% CI)	Relative Risk (95% CI)
<3	2.3 (1.1–3.5)	1
3	8.5 (4.2–12.7)	3.7 (1.8–7.7)
4	16.8 (9.7–23.9)	7.3 (3.7–14.5)
5	23.6 (12.4–34.9)	10.3 (5.0–21.0)

J12

1 HEMOCULTURE POSITIVE

à LEVURE

Quel traitement anti-infectieux ?

ANIDULAFUNGINE : ECALTA®

200 puis 100 mg IV / J

2 HEMOCULTURES POSITIVES à *CANDIDA ALBICANS*

Candida Albicans :

ECBU $1. 10^5$,
Cystocath, ECBC, Cathé. radial
Ecouvillons rectal et nasal

NATURE DE L'ECHANTILLON : Hémoculture

IDENTIFICATION : *Candida albicans*

DETERMINATION DE LA SENSIBILITE AUX ANTIFONGIQUES

(FUNGIFAST AFG ELITech)

NATURE DE L'ECHANTILLON : Hémoculture

SOUCHE DE : *Candida albicans*

Amphotéricine B (CMI)	<0,500	µg/ml
Flucytosine (CMI)	<4,000	µg/ml
Itraconazole (CMI)	<0,125	µg/ml
Fluconazole (CMI)	<8,000	µg/ml
Voriconazole (CMI)	<1,000	µg/ml

Echo cœur : absence d'endocardite

**Ablation du cathéter central et du
cathéter radial**

Quel traitement anti-candida ?

'DESESCALADE' ANIDULA. → FLUCONAZOLE ?

Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America

2009

C
I
D

Transition from an echinocandin to fluconazole is recommended for patients who have isolates that are likely to be susceptible to fluconazole (e.g., *Candida albicans*) and who are clinically stable (A-II).

- **Relais FLUCONAZOLE après 10 jours d' ANIDULAFUNGINE**
- **EVOLUTION FAVORABLE**
- **Transfert en Surveillance Continue, puis Bilan Cardio.**