

Quizz en infectiologie : à propos d'un cas d'infection sur terrain post-radique



JNI 11 juin 2015
N.Douiri, Y.Hansmann
Service des maladies infectieuses et tropicales
CHU Strasbourg

Introduction

- Infections sur terrain post-radique
 - Souvent graves
 - Non exceptionnelles
- Aucune donnée dans la littérature, aucun consensus
- Objectif :
 - Discuter de la prise en charge de ces infections
 - Place de la chirurgie

Mme R., 68 ans

- Antécédents :
 - Cancer du col utérin stade IIB traité par radio-chimiothérapie néo-adjuvante puis hystérectomie élargie en 2001 puis radiothérapie et curiethérapie adjuvante
 - Diabète de type 2 insulino-réquerant
 - G14P9
- Mode de vie :
 - Vit seule dans une caravane, entourée par ses enfants

urologiques

digestives

Complications post-radiques osseuses

Complications post-radiques

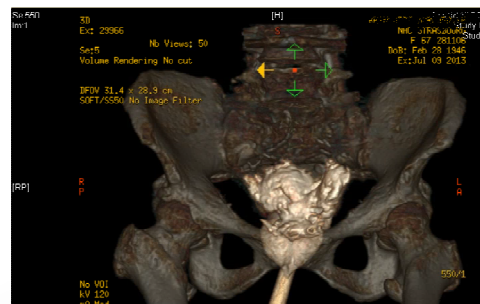
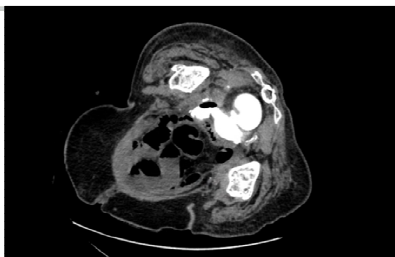
- Urologiques :
 - Pyélonéphrites à répétition avec multiples antibiothérapies
 - Cystite radique avec rétentions urinaires et incontinence
 - Mise en place d'une vessie de Bricker en janvier 2013
- Digestives :
 - Colite radique : douleurs abdominales chroniques, syndromes occlusifs et incontinence anale
 - Colostomie terminale avec moignon rectal en 2010
- Osseuses :
 - Ostéonécrose post-radique du bassin en 2012
 - Sacroplastie

Mars 2013

Première prise en charge dans le service des maladies infectieuses pour sepsis à point de départ :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Urinaire :<ul style="list-style-type: none">◦ ECBU positif à <i>E. Coli</i> (penicillinase de haut niveau)◦ Hémoculture positive à <i>E. Coli</i> avec le même profil de sensibilité | <ul style="list-style-type: none">• Digestif :<ul style="list-style-type: none">◦ Écoulement purulent rectal◦ Prélèvement de pus rectal : SARM, <i>E. faecalis</i>, <i>E. avium</i>, <i>S. epidermidis</i>, <i>B. fragilis</i> |
|---|---|

TDM abdomino-pelvien avec fistulographie



Q1

Qu'est-ce qui a été fait ?

- Diagnostic : Infection intra-abdominale
 - abcès pelvien fistulisé au moignon rectal dans un contexte de colite post radique
- Antibiothérapie à large spectre (carbapénèmes + glycopeptides)
- *E. avium* multi résistant

Q2

Qu'est-ce qui a été fait ?

Indication non retenue par le chirurgien après être passé voir la patiente

Car :

- Risque opératoire important
- Risque de persistance de la fistule dans ce contexte post-radique

Décision prise après discussion collégiale avec les chirurgiens digestifs, la patiente et sa famille

Evolution

- Récidives des épisodes infectieux à chaque arrêt de l'antibiothérapie
- Au total : une vingtaine d'hospitalisations soit près de 400 jours d'hospitalisation de juin 2011 à septembre 2014
- Sepsis parfois sévères avec passage en unité de soins intensifs

Q3

Qu'est-ce qui a été fait ?

Arguments POUR :

- Eviter les épisodes septiques notamment sévères
- Eviter la chirurgie
- Tenter d'obtenir la guérison

Arguments CONTRE :

- Emergence de BMR
- Risque d'infection de la voie d'abord
- Pas de décision précise quant à la durée du traitement : « à voir en fonction de l'évolution »

Novembre 2013, après un répit de 3 mois, toujours sous antibiotiques...

- Nouveau sepsis à point de départ urinaire avec IRA
 - Mise en évidence de *Stenotrophomonas maltophilia* résistant dans les urines
- Persistance de l'abcès pelvien fistulisé au moignon rectal
- Découverte d'une excrétion d' *E.faecium* résistant aux glycopeptides

Antibiogramme

Antibiogramme	1:Stenotrophomonas maltophilia	VASE
Ticarcilline	Résistant	
Piperacilline	Résistant	
Pipéracilline-tazobactam	Résistant	
Céfépime	Résistant	
Ceftazidime	Résistant	
Aztréonam	Résistant	
Imipénème	Résistant	
Méropénème	Résistant	
Gentamicine	Intermédiaire	
Amikacine	Résistant	
Tobramycine	Résistant	
Ciprofloxacine	SENSIBLE	
Bactrim-Eusaprim	Résistant	
Fusidomycine	Résistant	
Rifampicine	Intermédiaire	
Claventin (CMI par E-test)	: 6 µg/ml SENSIBLE	
Colimycine (CMI par E-test)	: 0.25 µg/ml SENSIBLE	
Tigecycline (CMI par E-test)	: 0.38 µg/ml Intermédiaire	

Q 4

Qu'est-ce qui a été fait ?

- Pas de consensus : Privilégier les associations en raison des risques de résistances : à discuter
- Dans notre cas :
 - Prescription de Claventin- Rifampicine
 - Hospitalisation en unité ERG
 - Reprise de l'antibiothérapie au long cours et mise en place d'une sonde rectale

Janvier 2014 : l'histoire se gâte..

- Récidive de l'écoulement rectal avec fièvre, frissons et douleurs lombaires
 - TDM : Collection pelvienne fistulisée avec atteinte osseuse lombo-sacrée
 - Prélèvement de pus rectal : *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S.epidermidis*, *E.faecium*

Q 5

Qu'est-ce qui a été fait ?

- Mise en place d' un « endosponge » dans la collection (pansement VAC) par voie endoscopique
- Traitements associés :
 - Antibiothérapie à large spectre par Carbapénème et Teicoplanine
 - Traitement par somatostatine associé

Septembre 2014

- Hospitalisation pour fièvre et douleurs pelviennes
- Majoration de l'écoulement rectal et apparition d'un écoulement vaginal
 - Mise en évidence d'une fistule complexe grêlo-rectale et grêlo-vaginale

Et finalement..

- Traitement chirurgical :
 - Iléostomie et drainage de la collection pelvienne
- Etat de choc septique en post-opératoire
 - Candidémie sur PAC
 - Défaillance multiviscérale
 - Décès

Conclusion

- Pas de données dans la littérature
- Place de la chirurgie
 - Risques opératoires importants
 - A quel moment faut-il l'envisager?
- Rôle de l'infectiologue ?
- Discussion multidisciplinaire