



Cours d'Automne de Chimiothérapie
Anti Infectieuse et de Vaccinologie
05 – 07 Octobre 2020

Les Pensières
74290 Veyrier-du-Lac



Cas cliniques 'nouveaux ATB'

Liens d'intérêt 2015-2020

■ Conseil scientifique / financement recherche ou congrès

- Gilead
- Coreviome
- Mylan
- Pfizer
- Shionogi
- Eumédica
- MSD

Cas clinique 1

- Mr K, 47 ans
- ATCD
 - DNID, AOMI, Mal perforant plantaire
 - FA => AVK
- Séjour prolongé SSR (soins mal perforant)
- AEG fébrile depuis 3 jours + lésions cutanées
- Admission
 - T = 39° C, TA = 110/60 mmHg
 - Souffle IM 3/6 non connu

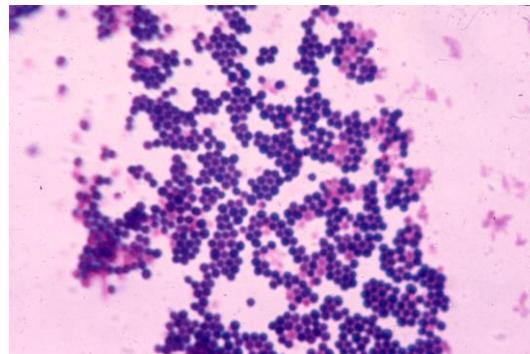


Echocardiographie (ETT)

- Fuite mitrale 2/4
- FEVG 50%
- Végétation feuillet antérieur 10 mm



2 hémocultures: CG+ amas (délai culture 14 h)



Antibiogramme 1 SIR

Espece etudiee
OXACILLINE
ERYTHROMYCINE
PRISTINAMYCINE
LINEZOLIDE
CLINDAMYCINE
AMIKACINE
KANAMYCINE
TOBRAMYCINE
GENTAMICINE
NETILMICINE
TETRACYCLINE
CIPROFLOXACINE
FOSFOMYCINE
COTRIMOXAZOLE
AC FUSIDIQUE
RIFAMPICINE

Staphylococcus aureus
Résistant
Résistant
Sensible
Sensible
Sensible
Résistant
Résistant
Sensible
Sensible
Sensible
Sensible
Résistant
Sensible
Sensible
Sensible
Sensible

B.M.R. : S. aureus résistant à la métiline (SARM)
Patient nécessitant les Précautions Complémentaires
figurant au Guide de l'Hygiène du CHU.
En cas d'utilisation clinique,
une CMI aux glycopeptides doit être réalisée.
Contacter le Laboratoire.

Commentaire

CMI ATB

bactérie AE étudiée
ATB n°1 :
CMI n°1
Sensible selon CASFM 2016.
ATB n°2 :
CMI n°2
Sensible selon CASFM 2016.
ATB n°3 :
CMI n°3
Sensible selon CASFM 2016.

Staphylococcus aureus
Vancomycine
0,750
Teicoplanine
0,500
Daptomycine
0,250

HEMOCULTURE

nat. du prélèvement	Sang périphérique
Flacon H	H1
Date du PVT	03/02/2017
Heure du PVT	23h30
Code à barres aéro	449293535956
Code à barres ana	446580848417
Culture aérobie	positive
Heure incubation AE	14

CMI ATB

bactérie AE étudiée	Staphylococcus aureus
ATB n°1 :	Ceftaroline
CMI n°1	0,500
Sensible selon EUCAST-CASFM 2016.	
ATB n°2 :	Céftobiprole
CMI n°2	0,750
Sensible selon EUCAST-CASFM 2016.	

C'est du SARM (CMI vanco 0,75 mg/L; dapto 0,25 mg/L)

Quel(s) traitement(s) prescrivez vous ?

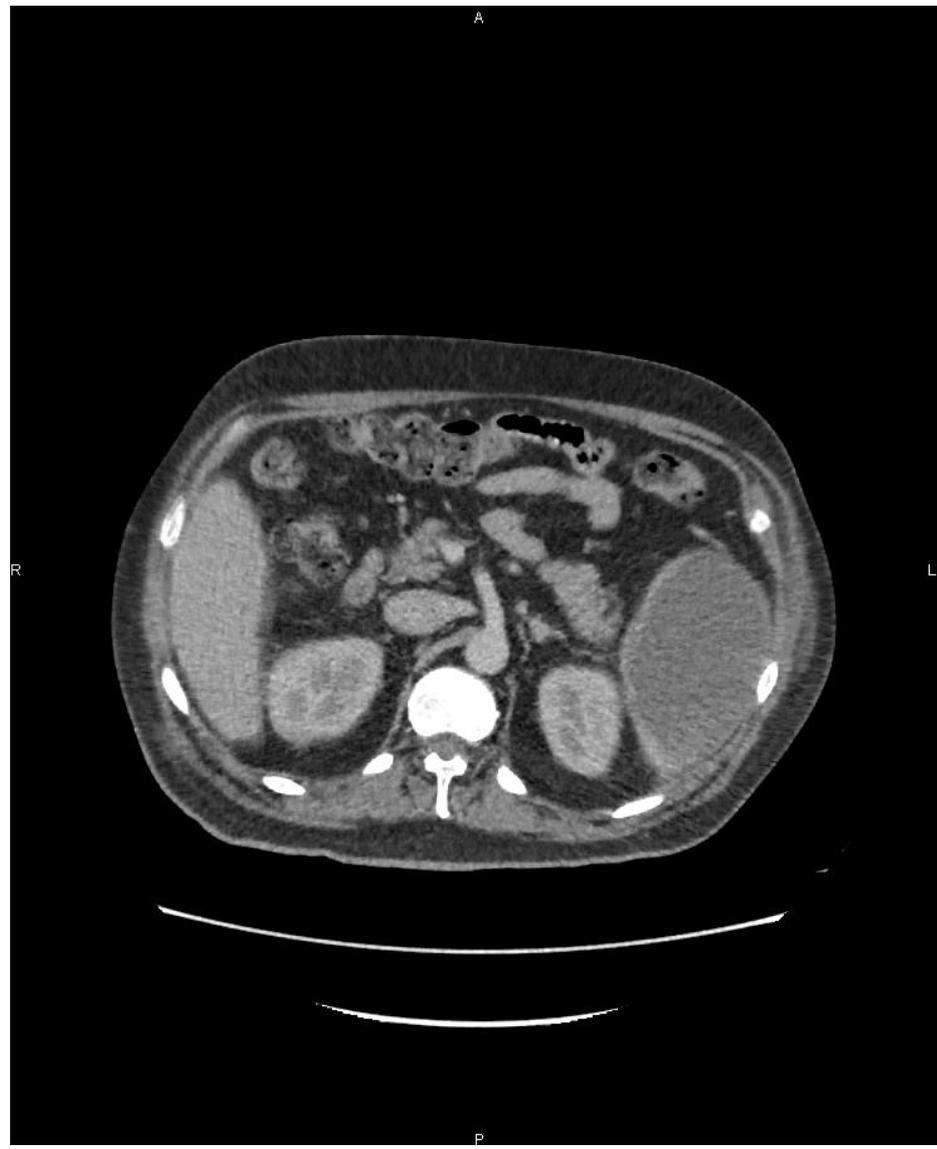
1. vancomycine
2. vancomycine + gentamicine
3. daptomycine + gentamicine
4. triméthoprime-sulfaméthoxazole + clindamycine
5. daptomycine
6. céfaroline

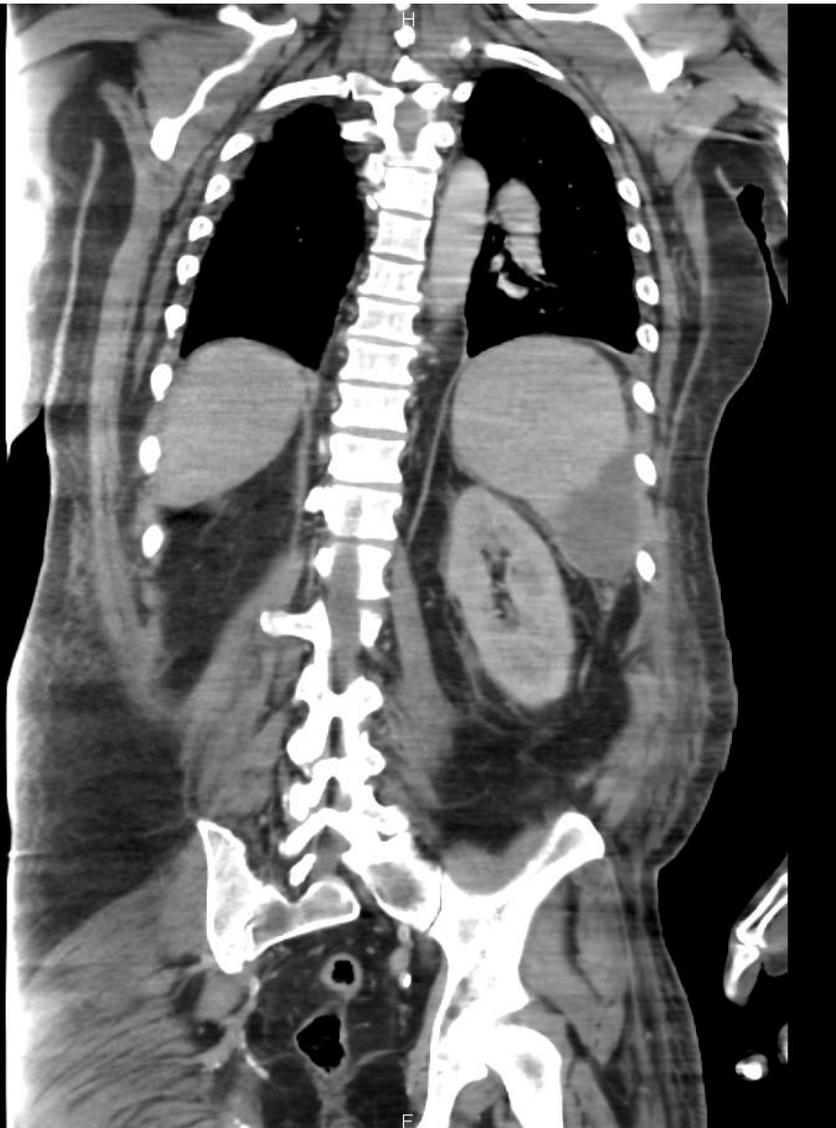
A J8 de monothérapie par vancomycine IVSE bien dosée (cc équilibre, 25-30 mg/L), le patient reste fébrile (38-38,5° C) et les hémocultures restent positives

Questions

Examens complémentaires ?

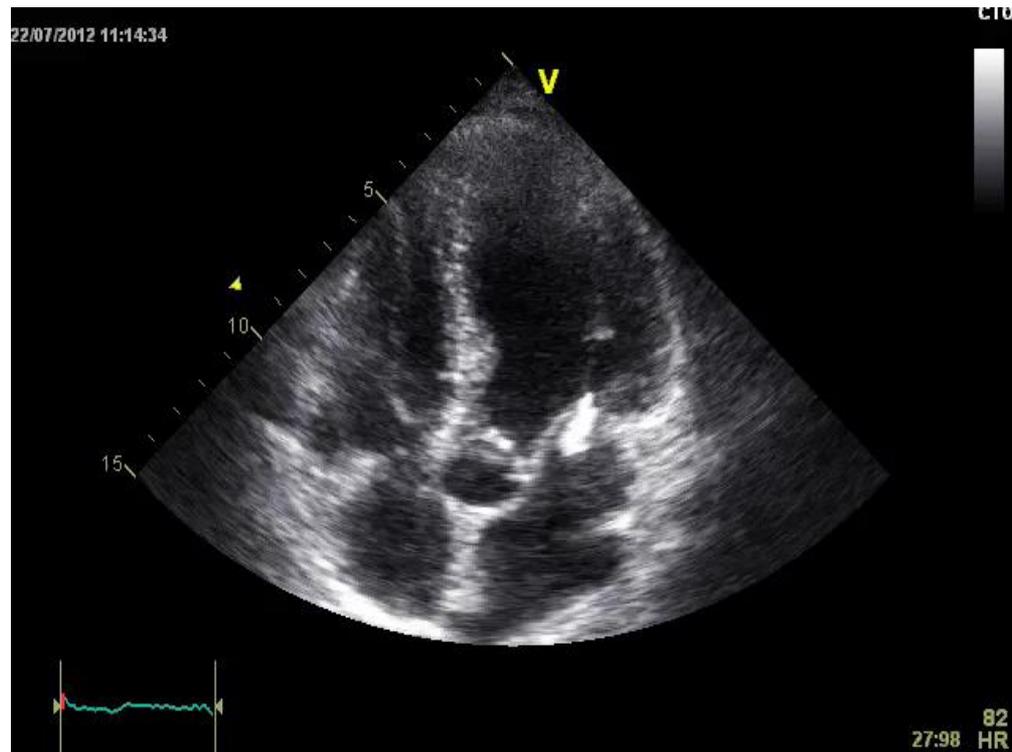
Changement(s) d'ATB ?





Le patient est splénectomisé à J9. Les prélèvements per-opératoires retrouvent ce même SARM, CMI = 0,75 mg/L

Il développe une IM grade 4/4, avec une végétation de 10 mm sur l'ETT de J10.



Remplacement valvulaire J14:

Les constatations per-opératoires retrouvent un abcès périvalvulaire. Une prothèse mécanique est implantée. Les prélèvements per-opératoires poussent à SARM.

Les suites post-opératoires sont plutôt favorables, sous vancomycine IVSE (cc équilibre 25 mg/L) + gentamicine (3 mg/kg x 1/j), mais :

- Le patient reste fébrile (38-38,5° C)
- Les hémocultures restent positives (J14 post-op, soit J21 !)

Stop vanco

=> Daptomycine 10 mg/kg/j

+ ceftaroline 600 mg x 3/j

+ gentamicine 3 mg/kg x 1/j

7 jours plus tard, les hémocultures sont toujours +

Antibiogramme 1 SIR

Espece etudiee	Staphylococcus aureus
OXACILLINE	Résistant
ERYTHROMYCINE	Résistant
PRISTINAMYCINE	Sensible
LINEZOLIDE	Sensible
CLINDAMYCINE	Sensible
AMIKACINE	Résistant
KANAMYCINE	Résistant
TOBRAMYCINE	Sensible
GENTAMICINE	Sensible
NETILMICINE	Sensible
TETRACYCLINE	Sensible
CIPROFLOXACINE	Résistant
FOSFOMYCINE	Sensible
COTRIMOXAZOLE	Sensible
AC FUSIDIQUE	Sensible
RIFAMPICINE	Sensible

HEMOCULTURE

nat. du prélèvement	Sang périphérique
Flacon H	30
Date du PVT	06/03/2017
Heure du PVT	08h20
Code à barres aéro	449293547986
Code à barres ana	446580660621
Culture aérobie	positive
Heure incubation AE	25

Commentaire

B.M.R. : S. aureus résistant à la méticilline (SARM)
Patient nécessitant les Précautions Complémentaires
figurant au Guide de l'Hygiène du CHU.
En cas d'utilisation clinique,
une CMI aux glycopeptides doit être réalisée.
Contacter le Laboratoire.

CMI ATB

bactérie AE étudiée	Staphylococcus aureus
ATB n°1 :	Vancomycine
CMI n°1	0,750
Sensible selon CASFM 2016.	
ATB n°2 :	Teicoplanine
CMI n°2	0,500
Sensible selon CASFM 2016.	
ATB n°3 :	Daptomycine
CMI n°3	0,250
Sensible selon CASFM 2016.	

CMI ATB

bactérie AE étudiée	Staphylococcus aureus
ATB n°1 :	Ceftaroline
CMI n°1	0,500
Sensible selon EUCAST-CASFM 2016.	
ATB n°2 :	Céftobiprole
CMI n°2	0,750
Sensible selon EUCAST-CASFM 2016.	

Cas clinique 2

- **Baptiste D.**

- 26 ans, photo-reporter de guerre en Lybie
- ‘balle perdue’ => lésion médullaire C5
 - ➔ tétraplégie (avril 2011)
- Hospitalisation prolongée à Benghazi
- Multiples complications urologiques
 - Lithiases obstructives (max 11 mm, intra-pyélique)
 - Sondes JJ (depuis 01/2012)
 - Infections Urinaires itératives, parfois fébriles
 - ATB ‘divers & variés’



- 31/10/2012, Urgences Rennes pour fièvre + hématurie

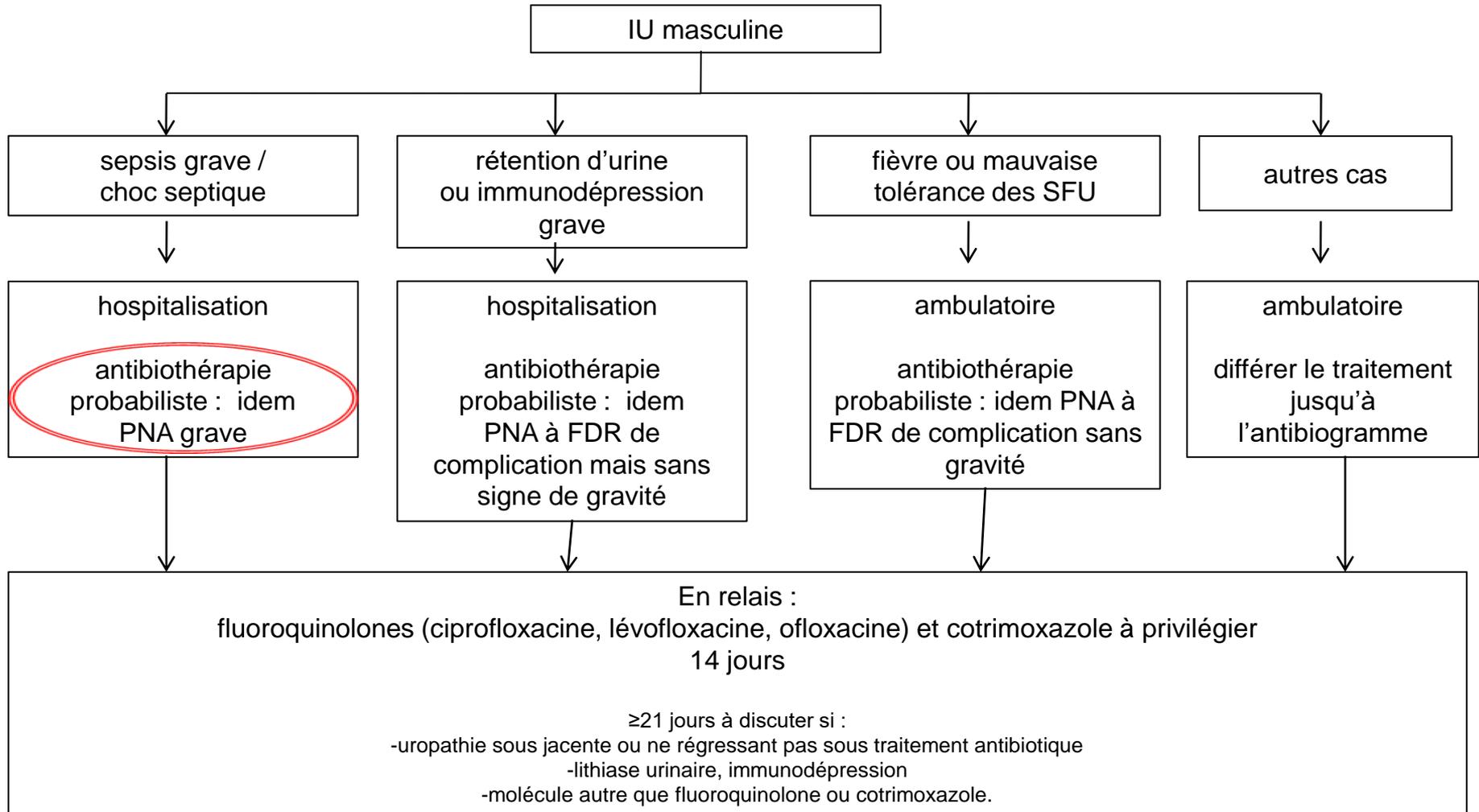
Cas clinique

- **Sepsis** (TA 80/50 mmHg)
 - CRP 250 mg/L, PNN 12 000/mm³, créatinine 85 μM
 - ECBU => BGN
 - TDM injecté :

Conduite à tenir ?



IU masculine



PNA grave

Traitement probabiliste

- C3G IV (céfotaxime ou ceftriaxone) + amikacine
- si allergie : aztréonam + amikacine
- si [sepsis grave ou geste urologique] ET [antécédent d'IU ou colonisation urinaire à EBLSE dans les 6 mois]
 - carbapénème (imipénème, méropénème) + amikacine
- en cas d'allergie aux carbapénèmes : aztréonam + amikacine
 - Si choc septique ET [IU ou colonisation urinaire à EBLSE dans les 6 mois, ou antibiothérapie par péni + inhibiteur, C2G, C3G ou fluoroquinolones dans les 6 mois, ou voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE, ou hospitalisation < 3 mois, ou vie en long séjour]
 - carbapénème (imipénème, méropénème) + amikacine
- en cas d'allergie aux carbapénèmes : aztréonam + amikacine

Relai adapté aux résultats de l'antibiogramme

- Arrêt carbapénème dès que possible
- Poursuite en parentéral si critère de sévérité persistant
- Puis relai oral : idem PNA sans signe de gravité

Durée totale de traitement : 10 à 14 jours

Traitement initial

- **Imipénème 1 g x 3/j**
- **Amikacine 25 mg/kg x 1/j**
- **Remplissage**

→ **TA 120/75 mm Hg**

Isolement contact strict, dépistage EPC

Résultats ECBU ?

Antibiogramme de *K. pneumoniae*

ECBU +++

- 10^6 UFC/mL
- *K. pneumoniae*

Boîte 1

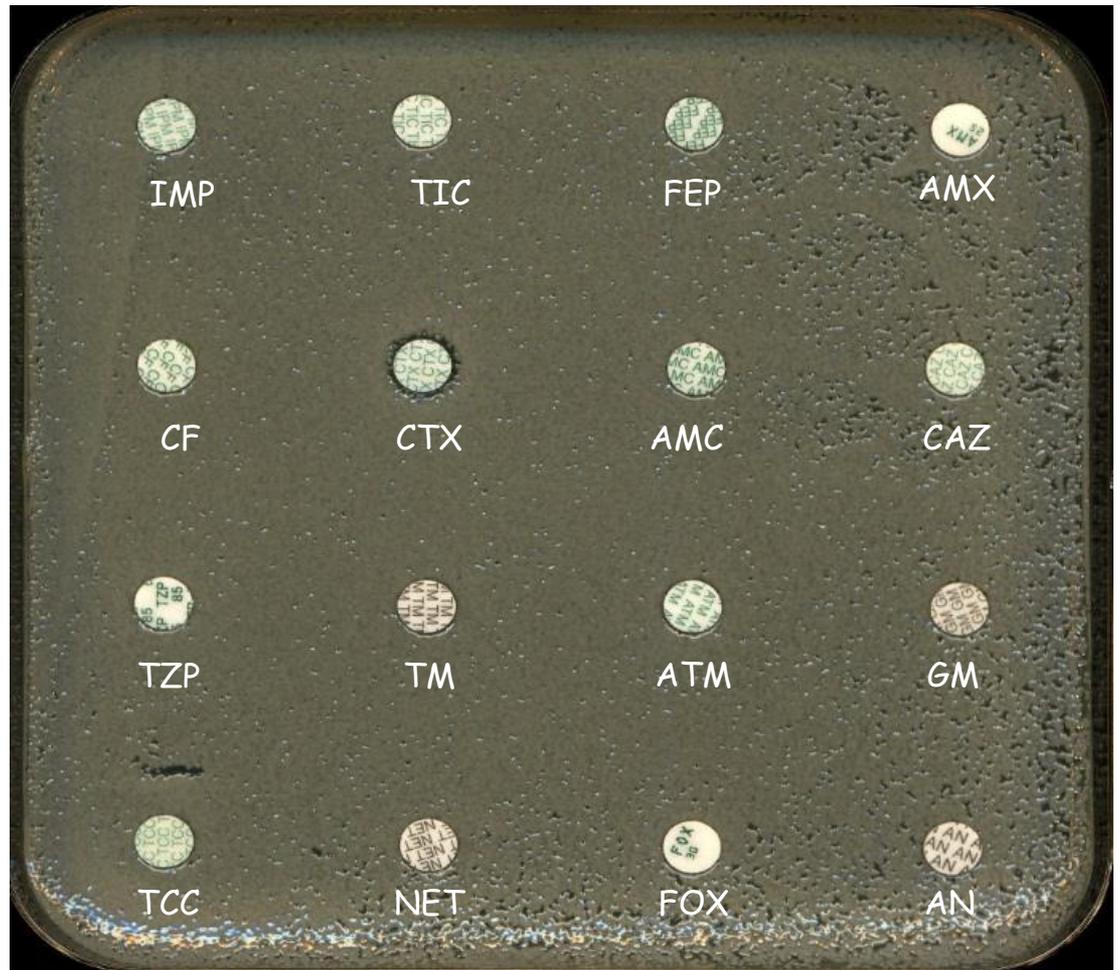
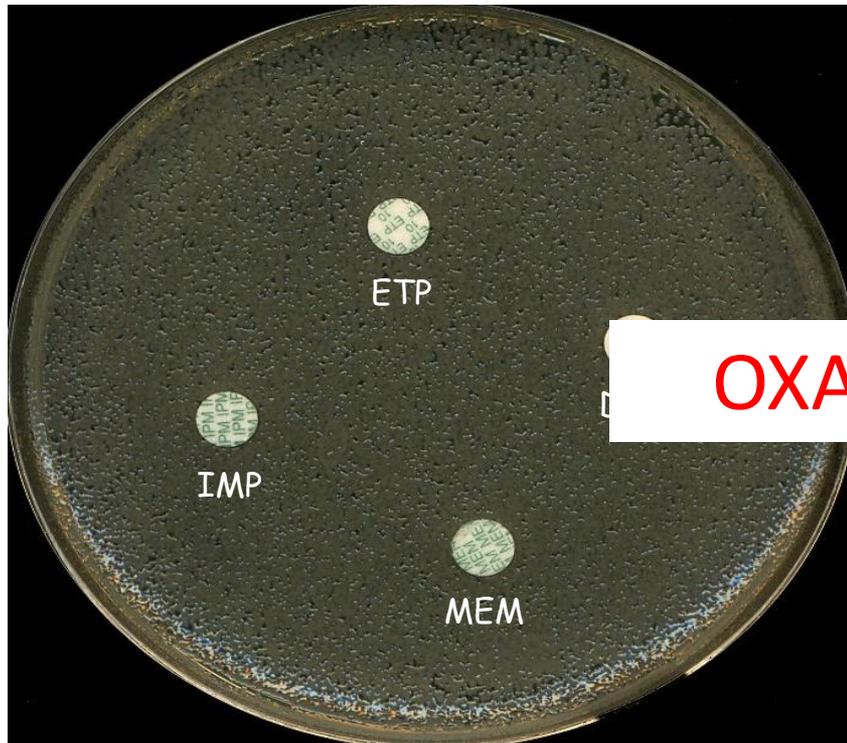


Image Vincent Cattoir

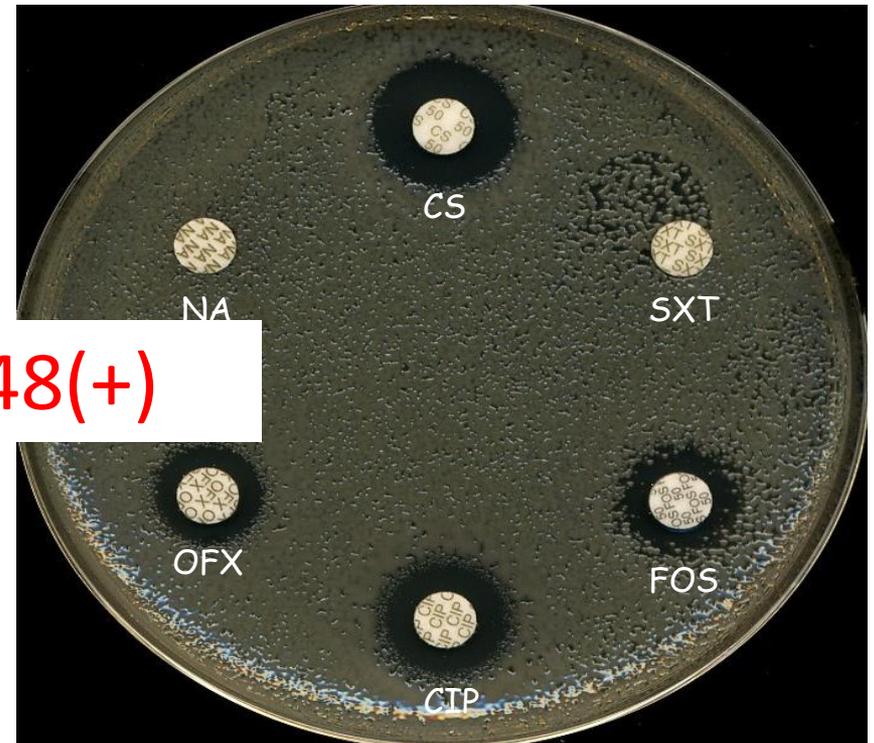
Antibiogramme de *K. pneumoniae*

Boîte Carbapénèmes



- IMP >32 mg/L (R)
- MEM >32 mg/L (R)
- ETP >32 mg/L (R)

Boîte 2



- Colimycine 0,25 mg/L (S)
- Tigécycline 1 mg/L (S)

OXA-48(+)

Cas clinique

- **STOP imipénème et amikacine**
- **Colistine: 9 M UI (dose de charge), puis 4,5 M UI x 2/j**
- **Tigécycline: 100 mg, puis 50 mg x 2/j**

⇒ **Apyrexie / Changement sondes JJ à H24**

Suite prise en charge par CHU Lyon (infectiologues + urologues)

Cas clinique - Epilogue

- **Pancréatite aiguë à la tigécycline => stop**
- **Résistance à la colistine => EPC 'toto-R'**
- **Colonisation urinaire & respiratoire chronique**
- **Ré-éducation 'à domicile' (isolement +++)**
- **Décédé en 2013**