

# **Séminaire DESC MIT- 19 avril 2016**

## **« Infection et Gériatrie »**

### **Cas cliniques #3 et #4**

Pr Renaud Verdon,  
Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU  
de CAEN

- Il s'agit d'une patiente de 89 ans vivant en maison de retraite depuis 5 ans. Démence de type Alzheimer et incontinence urinaire. Poly-arthrosique. Elle pèse 60 kg.
- Elle a reçu de l'ofloxacine il y a 2 mois pour une raison indéterminée.
- Tt: amlodipine, paracétamol systématique, aspirine
- En raison d'urines malodorantes, l'IDE a effectué un ECBU chez cette patiente.

- L'IDE présente à un médecin de garde les résultats de l'ECBU et lui dit que la patiente va bien et n'a pas de fièvre.
- Urines troubles
- Leucocyturie: 80 000 /mm<sup>3</sup>
- Examen direct positif à Bacilles Gram négatif
- Culture: Enterobacter cloacae 10<sup>5</sup>/ mL

# ANTIBIOGRAMME (S)

Valeur(s) entre parenthèses : cout

Valeur(s) numérique(s) : CMI en mg/L

\*\* CMI déterminées par Etest Biomerieux

AVC : Absence de valeur critique

## ABG de l'Enterobacter cloacae

### 1. Enterobacter cloacae

Antibiotique	1	Antibiotique	1
Ampicilline (0,3-1,2 e/j)	R	Céfalexine	R
Amoxi+Ac.clavulanique (0,6-1,8 e/j)	R	Imipénème (23,2 e/j)	S
Ticarcilline	S	Aztreonam (54,3 e/j)	S
Ticar+Ac.clavulanique (27 e/j)	S	Amikacine (3,4 e/j)	S
Pipéra+Tazobactam (12-16 e/j)	S	Gentamicine (1,5 e/j)	S
Mécillinam	S	Cotrimoxazole (0,2-2,6 e/j)	S
Céfoxitine (25,7 e/j)	R	Ofloxacine (0,2-2,2 e/j)	S
Ceftriaxone (1,2 e/j)	S	Ciprofloxacine (0,14-4,4 e/j)	S
Ceftazidime (9 e/j)	S	Témocilline	S
Céfixime	S	Fosfomycine (34-68 e/j)	S
Céfépime	S	Nitrofuranes	S

- Penser à IU
- IU personne âgée: sémio spécifique
- On traite si IU + symptômes

- **Q1a- Quels signes d'infection urinaire recherchez-vous ?**
- **Q1b- En l'absence de tels signes, quel traitement proposez-vous ?**
- **Q1c- En présence de tels signes, quel traitement proposez-vous ?**

# Q1a- Signes à rechercher

- Sémio clinique indispensable en raison de la fréquence élevée des colonisations (20-50%)
- Signes de l'IU classique
- Ajouter à l'examen:
  - Critères de fragilité (Fried)

**Perte poids**

**Ralentissement marche**

**Perte endurance**

**Fatigue**

**Diminution activ. physiques**

# Q1a- Signes à rechercher

- Sémiologie identique au terrain sans particularité
- Ajouter:
  - Critères de **fragilité** de Fried L
  - **Présentations particulières**
    - **Confusion, majoration troubles cognitifs**
    - **Fièvre inexpliquée**
    - **Chute**
    - **Apparition ou aggravation de signes fonctionnels urinaires (impériosités, pollakiurie, incontinence)**



## Q1b- En l'absence de signes d'IU

- Tt: recommandations pour les IU communautaires
- Cas présent: *Enterobacter cloacae* complex
  - R naturelle à amoxi, amoxiclav, C1G, C2G (AmpC)
  - S à ticar, uréido, aztreonam, C3G, C4G, pénems, ainsi que: cotrimo, FQ, aminosides, cyclines
  - R acquise aux C3G: hyperproduction AmpC, pfs BLSE.
  - R acquise aux pénems: imperméabilité, EPC possible
  - R acquise aux autres classes: support plasmidique +++
- Souche sauvage; présence inhabituelle; contrôle ECBU; vérifier si uropathie; hydratation.

- Un renfort de l'hydratation avait été prescrit. Une sem. plus tard: confusion et douleurs des 2 fosses lombaires. Le médecin de garde est appelé. Il apprend qu'elle a une lithiase urétérale ancienne. Le bilan biologique du jour montre: PNN 9000/mm<sup>3</sup>, CRP 175 mg/L, créatininémie 140 μmol/L.
- Il prescrit une antibiothérapie par ceftriaxone 1 g x 1/j IVDL ou SC si IVDL impossible pour 10 jours.
- **Q2- Que pensez-vous de ce traitement ?**

## Q2- Tt de la PNA

- Risque de sélection par hyperproduction d'AmpC sous C3G
- Conseil:
  - céfépime entraîne un effet moins inducteur sur *ampC*  
+ association pour prévenir l'éventuelle sélection
  - céfépime + FQ ou aminoside
- La connaissance de l'uropathie sous-jacente doit faire prendre un avis rapide avec ce type de bactérie

- 2 sem. plus tard, la patiente est hospitalisée pour sepsis grave.
- L'écho montre une dilatation des voies urinaires à gauche. Une urétéropyélographie rétrograde et pose d'une sonde JJ sont effectuées à gauche.
- Elle est mise à nouveau sous ceftriaxone 1 g x 1/j + 450 mg une fois d'amikacine
- **Q3: que pensez-vous de cette antibiothérapie ?**

## Q3- Tt du sepsis grave sur PNA obstructive à E. cloacae complex

- Échec de la ceftriaxone à interpréter comme une possible sélection d'E. cloacae complex.
- Possibilité thérapeutique en urgence:
  - pénem + aminoside

- Vous êtes appelé à J2, les résultats de l'ECBU sont positifs à:
  - Streptococcus milleri  $10^5$ /mL, multisensible
  - Enterobacter cloacae  $10^6$ /mL
  - 1 hémoculture à l'admission pousse à un E. cloacae de même antibiotype

## ANTIBIOGRAMME (S)

Valeur(s) entre parenthèses : cout

Valeur(s) numérique(s) : CMI en mg/L

\*\* CMI déterminées par Etest Biomerieux

AVC : Absence de valeur critique

# ABG de l'Enterobacter cloacae n°2

### 1. Enterobacter cloacae complex

Antibiotique	1	Antibiotique	1
Ampicilline (0,3-1,2 e/j)	R >16,000	Ertapénème (36,8 e/j)	R 4,000
Amoxi+Ac.clavulanique (Urine)	R >16,000	Amikacine (3,4 e/j)	S <=2
Amoxi+Ac.clavulanique (autres)	R >16,000	Gentamicine (1,5 e/j)	R >8,000
Ticarcilline	R >64,000	Cotrimoxazole (0,2-2,6 e/j)	R >160,000
Pipéra+Tazobactam (12-16 e/j)	R >64,000	Acide Nalidixique	R >16,000
Céfoxitine (25,7 e/j)	R >32,000	Norfloxacin	R >8,000
Ceftriaxone (1,2 e/j)	R >32,000	Ofloxacin (0,2-2,2 e/j)	R >4,000
Ceftazidime (9 e/j)	R >32,000	Ciprofloxacine (0,14-4,4 e/j)	R >2,000
Céfixime	R >2,000	Nitrofuranes	S 32,000

- **Q5- Quel traitement proposez-vous ?**



- **Q4 et Q5- quel complément d'antibiogramme demandez-vous ? quel traitement ?**

Tester:

- autres pénems: imipenem, meropenem
- colistine
- Tigécycline
- BLSE ? EPC ?

Propositions thérapeutiques:

- imipénem + amikacine car bactériémie
- colistine si possible en association, selon ABG
- tigécycline selon ABG, mais expérience très limitée