

Thém. n°16 - Cas clinique 2 – Quand l’oxa ne marche pas...

Vous recevez un avis téléphonique du médecin coordonnateur de l’EHPAD du soleil couchant le 11/01/2021 concernant M. G, âgé de 91 ans pour avis sur une adaptation d’antibiothérapie.

Il est veuf et est résident depuis une pose de prothèse de hanche droite sur fracture du col en avril dernier.

Ses principaux antécédents sont une insuffisance cardiaque sur Cardiopathie hypertrophique et ischémique avec coronaropathie stentée en 2014, un BAV 1, une insuffisance rénale chronique avec clairance de base à 50 mL/mn, un antécédent d’embolie pulmonaire en 2016, une probable maladie de Waldenström en abstention thérapeutique, une obésité (92 kg pour 1m70) et la mise en place de PTH bilatérale (gauche en 2004/ droite en avril 2020).

Le 07/01, apparition d’une fièvre avec désaturation motivant la mise sous oxygénothérapie et Amoxicilline + acide clavulanique (3g/j d’amoxicilline).

Devant majoration de l’oxygénorequérance avec une saturation à 88% sous 3L d’O2 à l’EHPAD et persistance de la fièvre, le patient est adressé aux urgences de l’hôpital local dans la soirée du 09/01.

Réalisation d’une PCR SARS-CoV2 qui revient finalement négative. La radiographie ne montre pas de foyer et est évocatrice d’OAP, le bilan montre des NT-proBNP à 9000 ng/mL et un syndrome inflammatoire avec CRP à 45 mg/L.

Après réalisation d’un ECBU, antibiothérapie par Ciprofloxacine 500 mg x 2/j devant une suspicion d’infection urinaire masculine et retour à l’EHPAD.

Le 11/01 le médecin est contacté car l’ECBU identifie un *Staphylococcus aureus* (antibiogramme en cours). Modification de l’antibiothérapie par cloxacilline. Le patient étant difficilement perfusable, le traitement est administré par voie orale à raison de 1 g x 3/j.

Vous êtes appelé le 12/01 pour conseil sur l’antibiothérapie à proposer devant la persistance de pics fébriles et suite à la réception de l’antibiogramme qui montre une résistance à l’oxacilline.

1/ Que proposez-vous à votre confrère ? (Demande de précisions ou investigations complémentaires, prise en charge thérapeutique)

2/ Que pensez-vous des prescriptions antibiotiques initiales ?

Vous hospitalisez le patient dans votre service le jour même.

Son traitement à l'entrée comporte Orbenine 1g x3/j, Eliquis 2,5 mg x 2/j, Kardegic 75mg/j, Furosémide 40 mg/j, Ramipril 10mg/j, Bisoprolol 5mg x 2/j, Atorvastatine 40 mg/j, Lorazepam 1mg le soir, Econazole creme.

Les constantes montrent : T°C 38,6°C, TA 165/86 mmHg, Pouls 97 bpm, SaO2 91%, FR 20/mn.

L'examen clinique retrouve des signes d'insuffisance cardiaque droite et gauche, des bruits du cœur irrégulier sans souffle perçu. L'abdomen est pléthorique, souple, dépressible, douloureux en hypochondre droit et flanc droit avec percussion lombaire douloureuse. L'examen neurologique retrouve un patient orienté, G15, sans déficit moteur ni sensitif. L'examen cutané retrouve des escarres talonnières bilatérales stade IV, pas de signe extracardiaque d'endocardite. Dans les limites de sa faisabilité, l'examen articulaire retrouve des articulations libres notamment des deux hanches sans limitation d'amplitude significative.

Le bilan biologique retrouve : NFS : Hb 117 g/L, Pq 310 G/L, GB 11,26 G/L, PN 7.26 G/L, LY 0.89 G/L

Na 138 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Albumine 31g/L, Créatinine 214 µmol/L (Clairance CKD-EPI 23 mL/mn), Urée 29.6 mmol/L, ASAT 54 U/L, ALAT 32 U/L, PhAl 377 U/L, GGT 284 U/L, Bili 11µmol/L, CRP 197.5 mg/L

Les hémocultures réalisées à l'entrée sont positives en 8 h à CG+ en amas.

L'antibiogramme de l'ECBU est le suivant :

| | Culture de Staphylococcus aureus Antibiogramme ci-joint |
|---------------------------------|---|
| BETALACTAMINES | |
| Pénicilline G | Résistant |
| Oxacilline | Résistant |
| AMINOSIDES | |
| Kanamycine | Sensible |
| Tobramycine | Sensible |
| Gentamicine | Sensible |
| MACROLIDES ET APPARENTES | |
| Erythromycine | Sensible |
| Clindamycine 2 | Sensible |
| Pristinamycine | Sensible |
| QUINOLONES | |
| Ofloxacine | Résistant |
| AUTRES | |
| Tétracycline | Sensible |
| Fosfomycine | Sensible |
| Rifampicine | Sensible |
| Acide fusidique | Sensible |
| Triméthoprime + Sulfamides | Sensible |
| GLYCOPEPTIDES | |
| Teicoplanine | CMI sur demande |
| Vancomycine | CMI sur demande |

3/ Que proposez-vous comme prise en charge thérapeutique (molécules, posologie) ?

4/ Que proposez-vous comme investigation(s) complémentaire(s) (biologie, bactériologie, imagerie) ?

Introduction de daptomycine adaptée à la fonction rénale : 1000mg/48h
CMI complémentaires :

| | |
|------------------|----------|
| | BMR |
| Teicoplanine CMI | 0.500 |
| Interprétation | Sensible |
| Vancomycine CMI | 1 |
| Interprétation | Sensible |
| Daptomycine CMI | 0.250 |
| Interprétation | Sensible |
| Linezolid CMI | 1.50 |
| Interprétation | Sensible |
| ----- | |

Dernière hémoculture positive : 13/01/2021

ETT le 20/01 : VG non dilaté, HVG modérée symétrique non obstructive à l'état basal.

FEVG normale 60%, minimales IM et IAo centrales. Pas d'image de végétation ou d'abcès visualisée.

Bio de contrôle 21/01 : Normalisation BH, Iono RAS, Créatinine 132 μ mol/L (Cl 44 mL/mn), CRP 78 mg/L, CPK 842 U/L

TEP TDM le 22/01 : met en évidence un aspect de spondylodiscite L4 – L5, une infiltration tissulaire hypermétabolique de la fosse iliaque droite s'étendant de la spondylodiscite jusqu'en région inguinale homolatérale, et associée à des adénopathies, un hypermétabolisme en cocarde para-sacrococcygien droit (abcès ? escarre ?), un aspect d'infection de PTH droite (franc foyers hypermétaboliques à l'interface os-prothèse), associée à un probable abcès péri-trochantérien ; l'absence d'argument pour une endocardite infectieuse

5/ Que proposez-vous ?