

# Une aortite compliquée...

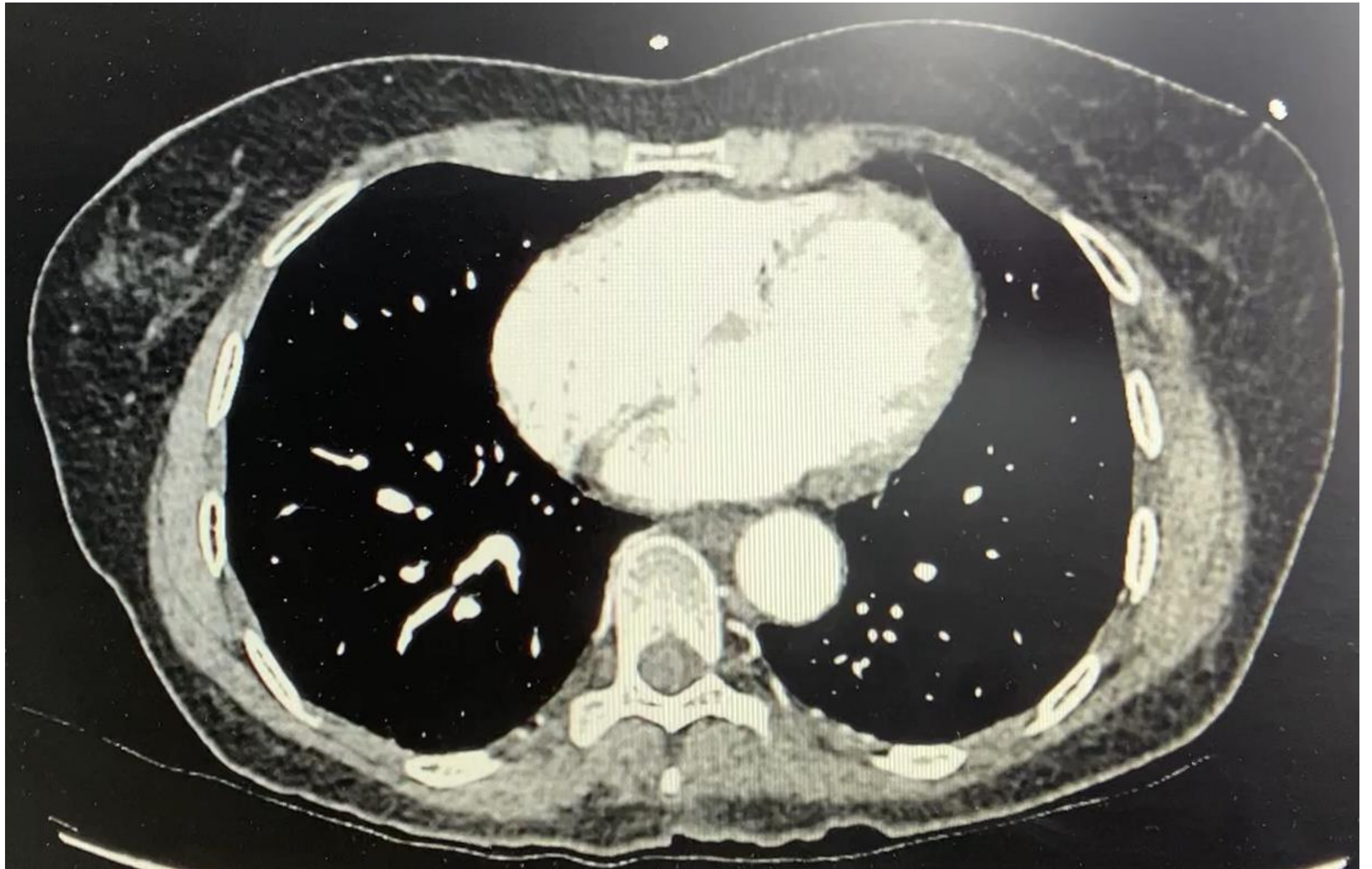
Infections cardio-vasculaires – 1<sup>er</sup> Octobre 2024

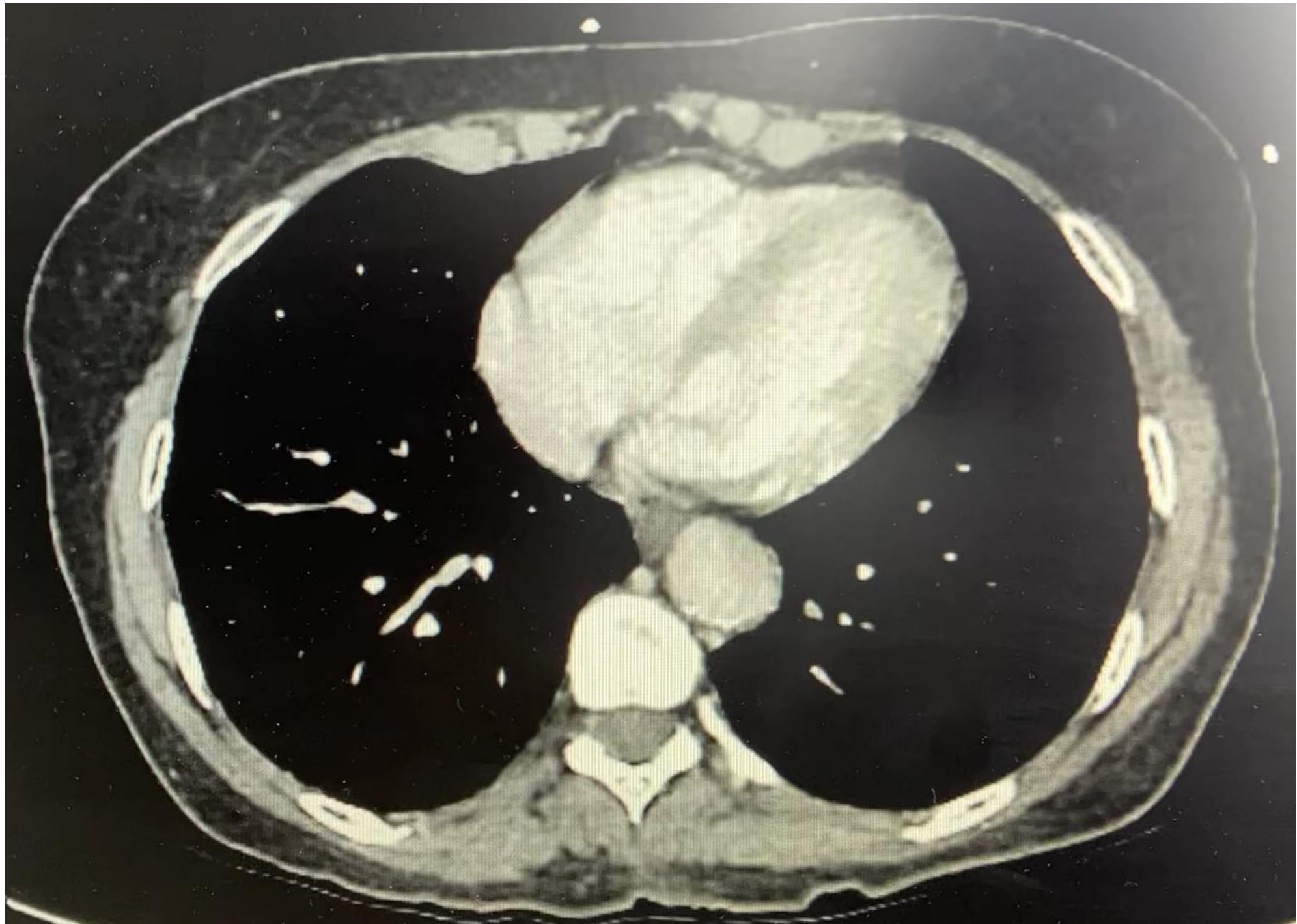
Dr Mathilde Puges – SMIT CHU Bordeaux

# Une patiente de 63 ans

- Urgences

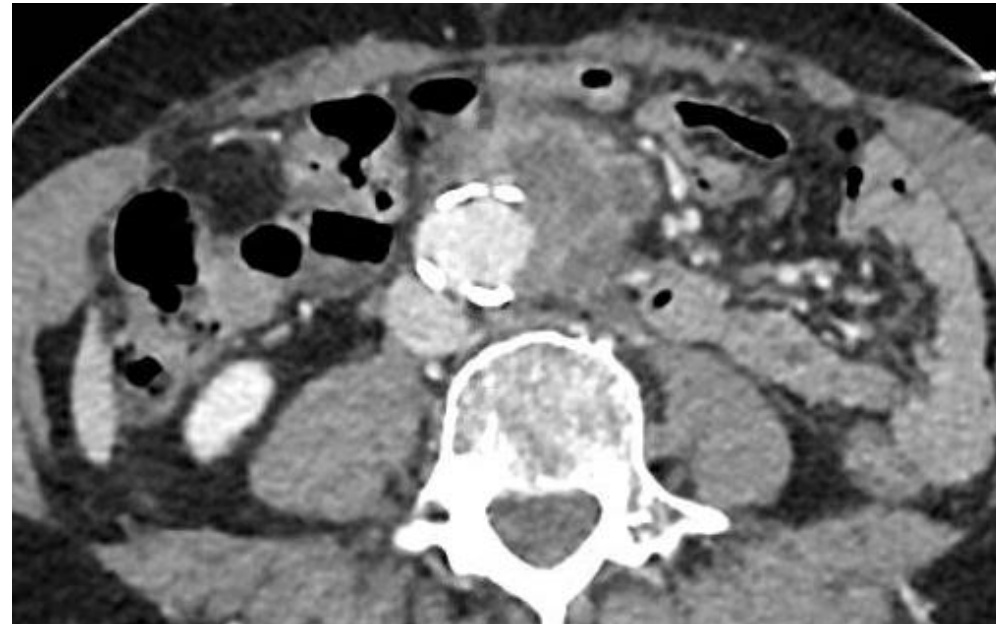
- Douleurs lombaires gauches irradiant en hypogastre depuis 10 jours avec des épisodes de frissons
- Dans les suites d'un épisode de Covid, toux importante → douleurs épigastriques qui persistent
- Examen clinique : masse pulsatile douloureuse épigastrique
- Bilan biologique : CRP 1,3 mg/L, PNN normaux, monocytose 0,73 G/L
- Suspicion de colique néphrétique : TDM abdominal

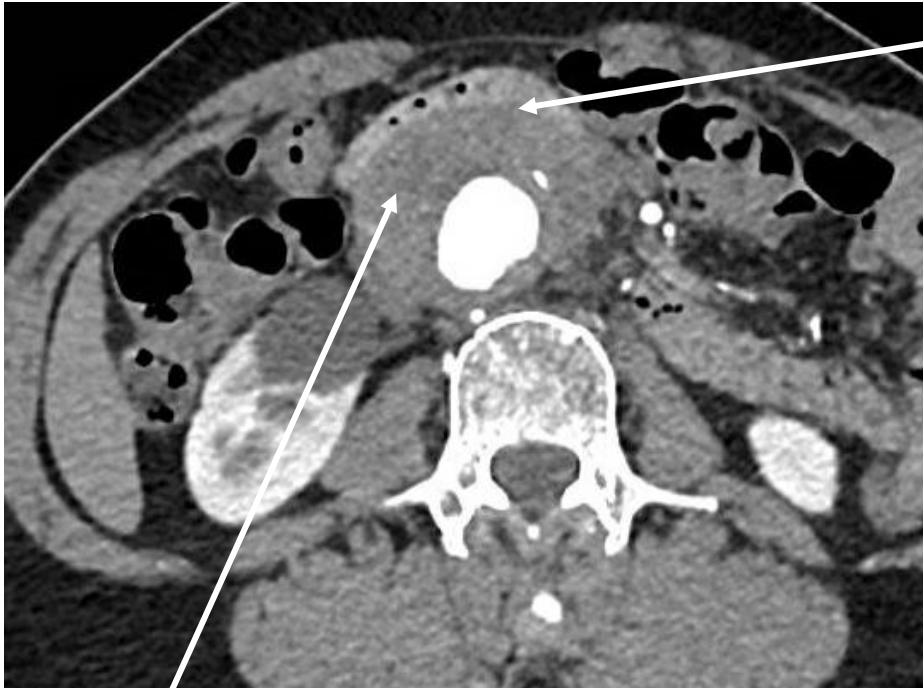






Images-clés  
de l'angioTDM



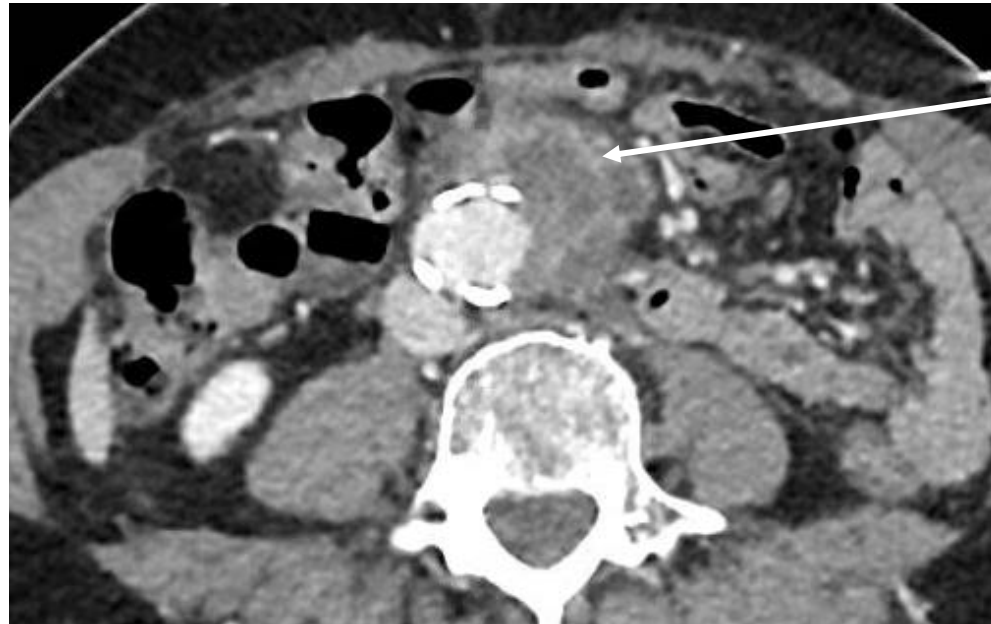


Contact digestif

## Images-clés de l'angioTDM



Anévrisme thrombosé



Réhaussement de la  
paroi anévrysmale

Votre diagnostic?

# Suspicion d'aortite avec FAD

- Votre prise en soins?
  1. TEP-TDM pour confirmer le diagnostic
  2. Surveillance angioTDM pour évaluer l'évolutivité
  3. FOGD pour confirmer la fistule aorto-duodénale
  4. Pose d'une endoprothèse aortique pour éviter la rupture
  5. Traitement chirurgical en semi-urgence



# Suspicion d'aortite avec FAD

- Votre prise en soins?
  1. TEP-TDM pour confirmer le diagnostic
  2. Surveillance angioTDM pour évaluer l'évolutivité
  3. FOGD pour confirmer la fistule aorto-duodénale
  4. Pose d'une endoprothèse aortique pour éviter la rupture
  5. **Traitement chirurgical en semi-urgence**

Votre bilan pré-opératoire  
étiologique?

# Votre bilan pré-opératoire étiologique?

- Hémocultures endocardite 2 à 3 paires
- ETT
- Autres bilans?
  - Pas de voyages récents, pas d'animaux, aide soignante en EHPAD

# Indication opératoire confirmée

- Traitement anti-infectieux probabiliste?
  1. Oui en pré-opératoire après les hémocs
  2. Oui en per-opératoire après les prélèvements
  3. Non, après réception des prélèvements (CRP neg, PNN normaux)

# Indication opératoire confirmée

- Traitement anti-infectieux probabiliste?
  1. Oui en pré-opératoire après les hémocs
  2. Oui en per-opératoire après les prélèvements
  3. Non, après réception des prélèvements (CRP neg, PNN normaux)

## Quel traitement?

1. Béta-lactamine large spectre anti Pyo + anti-SARM
2. Cefotaxime + gentamicine
3. Caspofungine + gentamicine + (pipé-tazo ou cefotaxime-MNZ )

# Indication opératoire confirmée

- Traitement anti-infectieux probabiliste?
  1. Oui en pré-opératoire après les hémocs
  2. Oui en per-opératoire après les prélèvements
  3. Non, après réception des prélèvements (CRP neg, PNN normaux)

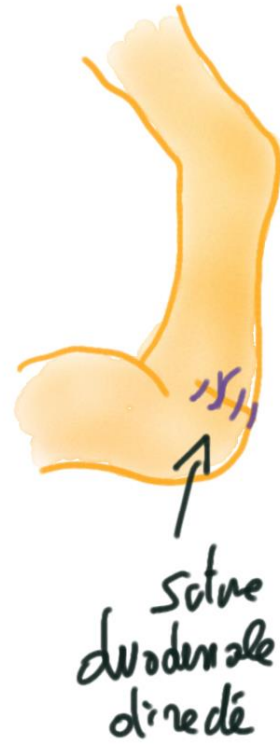
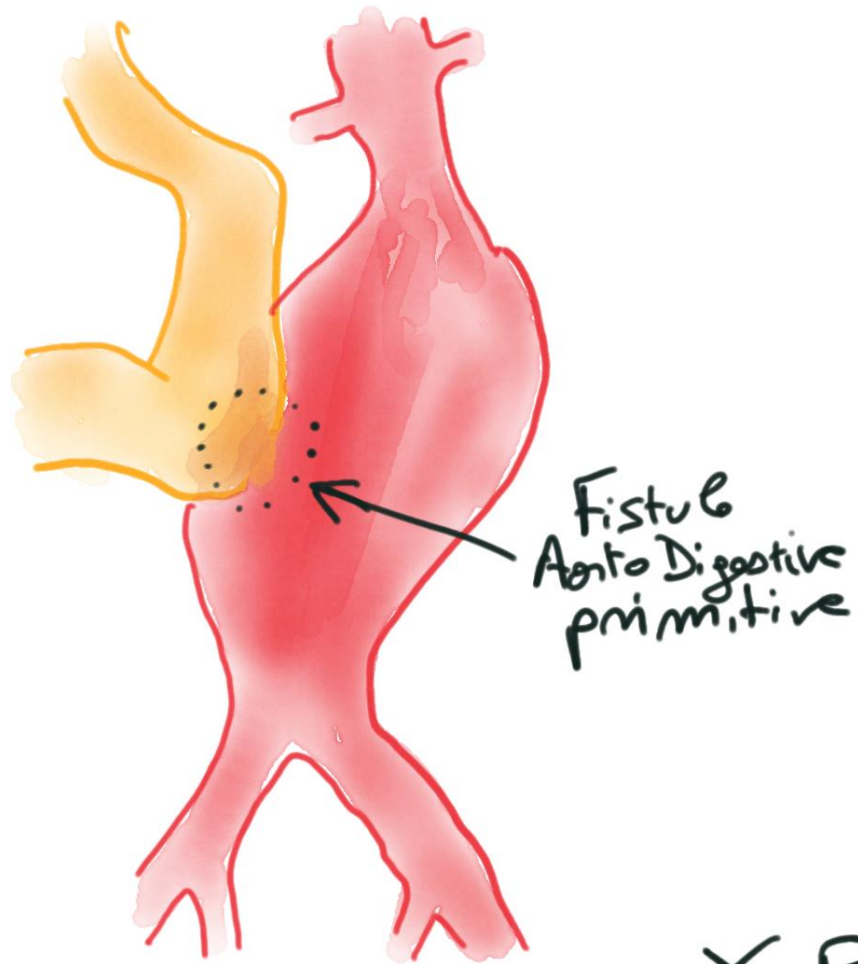
## Quel traitement?

1. Béta-lactamine large spectre anti Pyo + anti-SARM
2. Cefotaxime + gentamicine
3. Caspofungine + gentamicine + (pipé-tazo ou cefotaxime-MNZ )

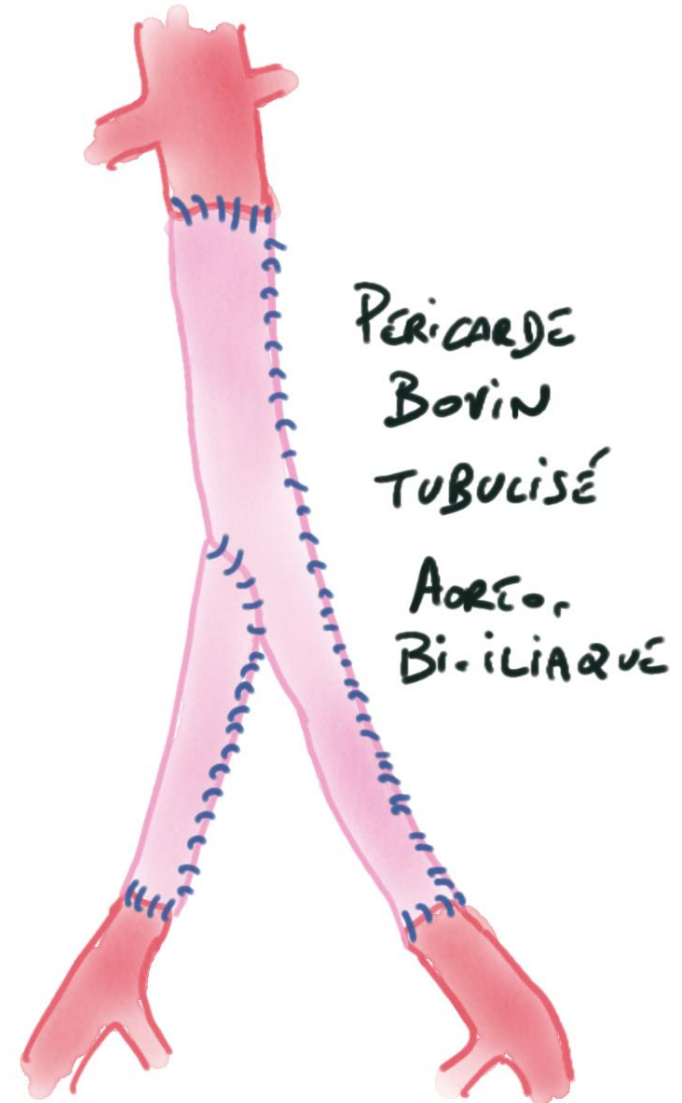
Traitement chirurgical

Attention aux yeux...

Et en dessin...



X BÉRAUD





# Prélèvements peropératoire positifs

- *Escherichia coli*
  - *Proteus mirabilis*
  - *Streptococcus anginosus*
  - *Candida albicans*
  - *Actinomyces odontolyticus*
- 
- Relais par amoxicilline – fluconazole, durée ?

# Prélèvements peropératoire positifs

- *Escherichia coli*
- *Proteus mirabilis*
- *Streptococcus anginosus*
- *Candida albicans*
- *Actinomyces odontolyticus*
  
- Relais par amoxicilline – fluconazole, durée 6 semaines
  
- Devant la fistule aorto-duodénale primitive, bilan complémentaire?



Vraiment pas de  
bilan complémentaire ???

# Fistules et *Coxiella burnetii*

- Fistules
  - Aorto-digestives secondaires et primitives
  - Artério-veineuses
  - Artério-respiratoires
  - Artério-cutanées

--> Sérologie *Coxiella burnetii* ! et PCR sur biopsie si positive

# Résultats

- Sérologie *Coxiella* envoyée au CNR :
  - Phase 1 : IgG 800, IgA 200
  - Phase 2 : IgG 400, IgA 200
- PCR *Coxiella burnetii* sur la paroi aortique positive
- Traitement?
  - Doxycycline + HCQ 2 ans
  - Doxycycline 2 ans
  - Surveillance sérologie et résiduelle de doxycycline

## **I. Critère de certitude :**

Culture, PCR, immunohistochimie ou FISH positif sur tissu vasculaire (prothèse ou anévrisme) ou abcès péri-artériel ou spondylodiscite de contiguïté (à proximité de l'aorte)

### **Critères majeurs**

#### **A. Evidence d'atteinte vasculaire ou maladie vasculaire à très haut risque :**

- CT scan : anévrisme ou prothèse vasculaire + abcès périartériel, fistule ou spondylodiscite.
- PET-scan montrant une fixation spécifique sur un anévrisme ou une prothèse vasculaire.

#### **B. Microbiologie :**

Culture positive ou PCR sur sang ou d'un embole ou sérologie avec IgG de phase I  $\geq 6400$

### **Critères mineurs**

**a** Prédiposition vasculaire sous-jacente (anévrisme ou prothèse vasculaire)

**b** Sérologie : Anticorps IgG de phase I  $\geq 100 < 6400$

**e** Embole chez un patient avec une maladie aortique (anévrisme ou prothèse)

**Infection vasculaire certaine**

I

A+B

**Infection vasculaire possible :**

A + b (quel que soit a ou e)

B + a (quel que soit b ou e)

# Evolution

- Evolution clinique favorable après 6 semaines d'amox-fluco-doxy puis doxycycline seule
- TEP à venir en octobre à 7 mois de traitement

# Conclusions

- Bien connaître les signes devant évoquer une aortite infectieuse, se méfier des anévrysmes douloureux
- Urgence diagnostique, thérapeutique et parfois chirurgicale
- Toujours se poser l'indication opératoire, contacter immédiatement le chirurgien : signes de rupture ou de fissuration, fistule digestive...
- Surveillance angioTDM en l'absence de chirurgie
- Attention à la fièvre Q, surtout si fistule
  - Y compris en l'absence de facteurs de risque !