



Prise en charge d'une bactériémie à *Staphylococcus aureus* compliquée d'un foyer profond secondaire

Dr Gabriela ILLES

Infectiologue

CH Mont de Marsan

Douleur de genou droit

H, 81 (29/05/2017) -> consultation d'orthopédie -> douleur genou D

- 2 PTH depuis > 23 ans avec douleurs chroniques (années) -> PTH D

Cliniquement :

- pas de signes d'infection en regard de la PTH D
- pas de douleur -> interlignes fémoro tibiaux D

Hypothèses diagnostiques :

- douleurs projetées de la PTH D
- douleurs dues à l'arthrose fémoro tibiale interne débutante

Pas de radiographie de hanche faite par le médecin traitant, ni de biologie.

Prise en charge : 3 séances de visco-supplémentation de son genou D + bilan radiographique de sa hanche.

Les autres ATCD :

- HTA
- IRC avec clairance 52 ml/min (2004)
- OCT 2017 : IRA post Vancomycine et clairance 10 ml/min
- Adénocarcinome de prostate -> radiothérapie+hormonothérapie (2003)
- Insuffisance urinaire totale -> sphincter artificiel (janv 2016)
- Avril 2016, sphincter non fonctionnel
- Cystocath « à vie » pour dérivation des urines
- **Allergie : clindamycine.**

Préparez-vous à voter

Internet

1

2

*Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur*

SMS

1

<https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.

2

Les votes sont anonymes



QCM1 :Quelle est votre attitude diagnostique?

- A. Scintigraphie à leucocytes marqués en 1ère intention
- B. TepScanner
- C. TDM injecté avec coupe sur les hanches
- D. Chirurgie exploratrice de la hanche D
- E. Ponction exploratrice hanche D

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Votes: 0

 Fermé

*Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur
<https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.*



QCM1 :Quelle est votre attitude diagnostique?

A. Scintigraphie à leucocytes marqués en intention

B. TepScanner

C. TDM injecté avec coupe sur les hanches

D. Chirurgie exploratrice de la hanche D

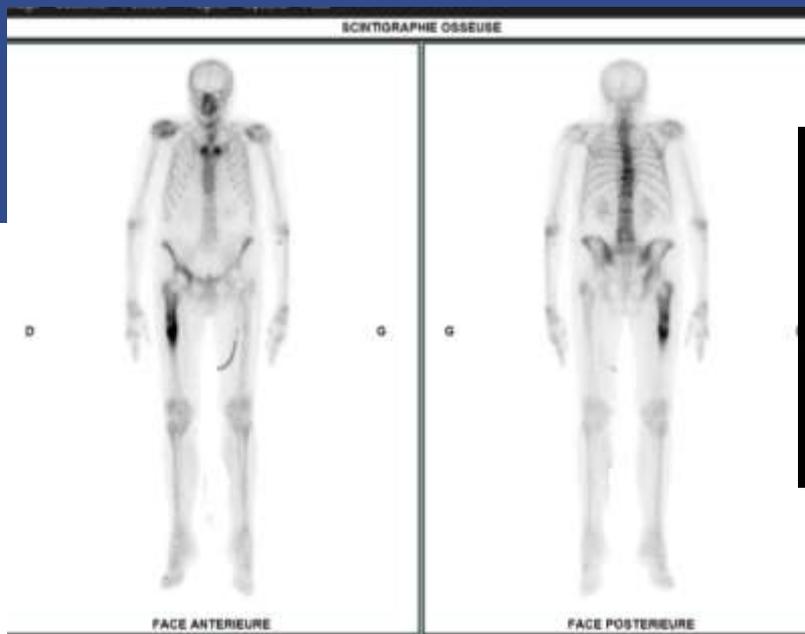
E. Ponction exploratrice hanche D

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



 Fermé



24/10/2017 Scintigraphie osseuse : fixation PTH D et descellement.

9/11/2017 Ponction-aspiration au bloc : liquide purulent (chirurgie ambulatoire, patient à son domicile).

14/11/2017 Scintigraphie à leucocytes marqués: descellement septique des deux versants de la PTH D, avec extension du processus septique en regard avec infiltration (collection abcédée ?) étendue au sein des tissus mous profonds au contact de la corticale fémorale postérieure.

QCM 2 : Quelle prise en charge conseillez-vous en tant qu'infectiologue? (avis demandé le 13/11/17)

- A. Attendre les résultats définitifs de bactériologie avant de contacter le patient et de prendre une décision
- B. Hospitalisation en chirurgie et dépose de la PTH en urgence
- C. Hospitalisation en Infectiologie pour faire une évaluation globale du patient
- D. Présenter le dossier en RCP IOA uniquement avec les éléments du dossier informatique
- E. Voir le patient en consultation d'infectiologie

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Votes: 0

 Fermé

*Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur
<https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.*

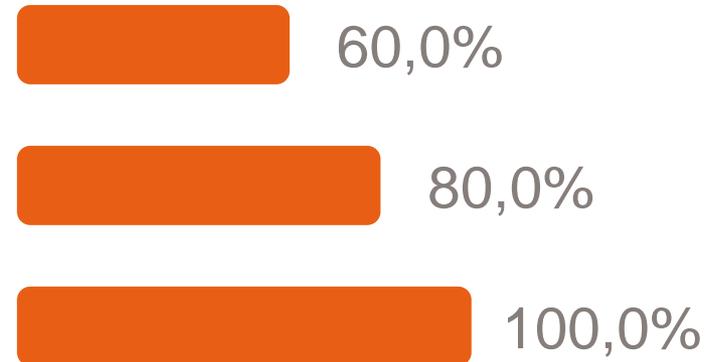


QCM 2 : Quelle prise en charge conseillez-vous en tant qu'infectiologue? (avis demandé le 13/11/17)

- A. Attendre les résultats définitifs de bactériologie...
- B. Hospitalisation en chirurgie et dépôt PTH en urgence
- C. Hospitalisation en Infectiologie pour faire une évaluation globale du patient
- D. Présenter le dossier en RCP IOA uniquement avec les éléments du dossier informatique
- E. Voir le patient en consultation d'infectiologie en urgence

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



● Fermé

Synthèse du dossier et prise en charge (1)

- Avril 2017 (Urologie) : IU masculine à SARM : 6 jours de Vancomycine 1 g x 2/j IV
- Pas d'hémoculture. Pas d'infectiologue sur l'établissement.
- Pose de SAD car rétention aigue d'urine
- Depuis :
 - CRP stable (40 mg/l), sans fièvre lors des différentes H en Urologie
 - Traitements : ceftriaxone, fluoroquinolones, vancomycine, **courte durée**
 - ECBU sur SAD puis cystocath (+) entérobactéries +/- SARM
- Suite avis Infectiologie du 13/11/17 : hospitalisation directe en Infectiologie. Patient apyrétique, extrêmement douloureux hanche D, sous fortes doses de morphine, perte de 10 kg en 2 mois (77 kg=> 67 kg, T:185 cm), confus et agité. CRP : 197 mg/l, clairance à 40 ml/min. Ponction du 9/11/17 : SARM.

Synthèse du dossier et prise en charge (2)

- Hémocultures systématiques (apyrexie) : 2 (+)/3 SARM.
- ETT : pas d'endocardite infectieuse.
- IRM cérébrale : normale.
- TDM TAP injecté : pyélo-urétérite G, pas d'autre foyer profond.
- ECBU sur cystocath changé (signes urinaires fonctionnels) :
Proteus mirabilis et *Klebsiella oxytoca*
- CRP : 197 mg/l, clairance 40 ml/min.
- Récusé sur le plan anesthésique pour l'instant.
- Dossier préparé pour RCP IOA (2 fois/mois)

Antibiogramme SARM

Staphylococcus aureus méticilline résistant

- Sensible aminosides
- **Résistant FQ**
- Sensible rifampicine
- Sensible macrolides
- Sensible triméthoprim
- Sensible acide fucidique
- Sensible linezolid
- Sensible vancomycine (CMI < 0.5)

QCM3 :Quelle prise en charge médico-chirurgicale?

- A. Chirurgie en urgence avec changement en 1 temps de la PTH
- B. Chirurgie en 2 temps : dépose PTH, traitement antibiotique (ATB) de 6 semaines et repose après 6 semaines de fenêtre d'ATB
- C. Bactériémie à SARM : traitement ATB à débiter immédiatement : vancomycine IVSE + rifampicine
- D. Bactériémie à SARM : vancomycine IVSE + gentamicine
- E. Bactériémie à SARM : daptomycine 10-12 mg/kg/j

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

Votes: 0

 Fermé

*Cette présentation k4vote a été chargée sans le add-in k4vote.
Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur
<https://k4dashboard.sendsteps.com/info>.*



QCM3 :Quelle prise en charge médico-chirurgicale?

A. Chirurgie en urgence avec changement de temps de la PTH

B. Chirurgie en 2 temps : dépose PTH, traitement...

C. Bactériémie à SARM : traitement ATB à débuter immédiatement : vancomycine IVSE...

D. Bactériémie à SARM : vancomycine IVSE + gentamicine

E. Bactériémie à SARM : daptomycine 10-12 mg/kg + rifampicine

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

 60,0%

 80,0%

 100,0%

 Fermé

Prise en charge médico-chirurgicale

31/10/2017

1) Bactériémie à SARM avec infection secondaire de la PTH D.

- Traitement par daptomycine 700 mg I.V./j J0=14/11/2017 -> 23/11/2017 inclus.
- Chirurgie décalée, état clinique fragile du patient, veinites à répétition
- Bilan endocardite négative, IRM cérébrale normale, hémoculture de contrôle négative, CRP à 14.5 mg/l, clairance créatinine à 40 ml/min. **CMI dalbavancine demandée : 0.125**
- Daptomycine changée par **dalbavancine 1500 mg** : le **24/11/2017** puis le **1/12/2017**.
- **CRP négative**. Amélioration de l'état général et renutrition du patient.
- Anesthésie OK
- Changement en 1 temps de la PTH D le 14/12/2017 avec liquide « sale » en per-opératoire; culture per-opératoire positif au même SARM.
- **Dalbavancine 1500 mg** le **14/12/17** et le **21/12/2017 (CMI 0.047)**



14/12/2017

- ## 2) Infection urinaire à *Proteus mirabilis* et *Klebsiella oxytoca* sur Cystocath : cefotaxime 30/11/2017-> 02/12/2017 puis cotrimoxazole 04/12/2017- 18/12/2017.



Suivi fin mai 2018

- Hanche indolore, patient qui marche, P:76 kg
- CRP négative, clairance créatinine 55 ml/min.
- 5/04/2018 Scintigraphie leucocytes marqués : pas de fixation.
- Le problème : le Cystocath qui est changé tous les 6 semaines...et les retentions aiguës d'urine



4/06/2018

