

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : PANSU Nathalie

Titre : Cas clinique

L'orateur ne souhaite
pas répondre

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| <input checked="" type="radio"/> Consultant ou membre d'un conseil scientifique | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |
| <input checked="" type="radio"/> Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |
| <input checked="" type="radio"/> Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |
| <input checked="" type="radio"/> Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique | <input type="checkbox"/> OUI | <input checked="" type="checkbox"/> NON |

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Quand l'endoprothèse se complique.....

Nathalie PANSU

Service des maladies infectieuses et tropicales
CHU de Montpellier

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Responsable des avis transversaux le 31/05/19, vous recevez un appel du chirurgien vasculaire concernant Mr. B, 56 ans.

Ses principaux antécédents sont un **anévrisme aorto bi-iliaque opéré en juin 2017 avec mise à plat-greffe**, une cardiopathie ischémique stentée.

En avril 2019, **lombalgies inflammatoires**.

Fin mai 2019 : aggravation des douleurs, apyrétique. **CRP 140 mg/L**.

Scanner TAP : **spondylodiscite L4-L5 et L5-S1 avec collection contenant des bulles d'air fusant vers le psoas et la prothèse aortique**, de 7 cm de grand axe.



16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Parmi ces stratégies, la(les)quelle(s) choisiriez-vous ?

- Hémo-cultures
- Ponction biopsie disco vertébrale scanno-guidée
- Stratégie chirurgicale avec lavage de la prothèse
- Stratégie chirurgicale avec explantation de la prothèse

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Une stratégie chirurgicale avec explantation de la prothèse est décidée, prévue le 04/06.

Le 02/06, les hémocultures poussent à *Slackia exigua* (x2), *Parvimonas micra* (x2), *E. coli* (x1) et *Streptococcus anginosus* (x1).

Débutez vous une antibiothérapie probabiliste ?

Si oui, quand ?

Antibiothérapie probabiliste pré opératoire

- Indication : IPV non documentée **ET** existence d'un sepsis *
- Spectre incluant systématiquement :
 - BGN (dont BLSE si antécédents de colonisation ou infection)
 - *Pseudomonas aeruginosa*
 - *Staphylococcus* (dont SARM)
 - Anaérobies stricts
- L'intervention chirurgicale doit être réalisée le plus vite possible et au mieux dans les 48 h

* Selon nouvelle définition

Antibiothérapie probabiliste pré opératoire

Antibiotique	Dosage et voie	Commentaires
Sepsis avec ou sans colonisation ni infection à BGN résistant aux C3G connues dans les 3 mois OU Choc Septique sans colonisation ni infection à BGN résistant aux C3G connues dans les 3 mois		
Pipéracilline-tazobactam Ou Cefepime plus Métronidazole AVEC Daptomycine ET Amikacine	200 mg/kg/j en perfusion prolongée ou continue après 4 g de dose de charge. Maximum 16g/j 2gx3/j en perfusion prolongée ou continue après 2 g de dose de charge 500mgx3/j IV ou PO 10 mg/kg/j, IV une fois par jour 30 mg/kg/j en 1 perfusion IVL 30'	Si allergie pénicilline Second choix Vancomycine 40 mg/kg/j IV, en perfusion continue après dose de charge de 30mg/kg en 120mn
Choc septique ET colonisation connue ou antécédent d'infection BGN résistant aux C3G connu dans les 3 mois		
Méropénème AVEC Daptomycine ET Amikacine	100 mg/kg/j en 3 à 4 perfusions de 4h00 10 mg/kg/j, IV, une fois par jour 30 mg/kg/j en 1 perfusion IVL 30'	Si allergie Bétalactamine : avis d'expert Second choix Vancomycine 40 mg/kg/j IV, en perfusion continue après dose de charge de 30mg/kg en 120 mn

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Une antibiothérapie par PIPERACILLINE-TAZOBACTAM est débutée le 02/06.

Le 04/06, drainage des collections, **explantation de la prothèse**, remplacée par un **patch de péricarde tubulisé**.

Ajout de DAPTOMYCINE en post-opératoire immédiat.

Prélèvements per opératoires :

Culture de prothèse vasculaire : négative.

Prélèvement de la collection en arrière de l'aorte abdominale positif à :

- *E. coli*
- rares *Bilophila wadsworthia*
- *Sutterella wadsworthensis*
- *Eggerthella lenta*

Germe n° : 1				
Escherichia coli				
	SIR	Diam.critique (mm)	Diam (mm)	C.critiques (mg/L)
AMPICILLINE	Résistant	(14-14)	6	(8-8)
AMOXICILLINE	Résistant	(19-19)	6	(8-8)
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	S	(19-19)	19	(8-8)
TICARCILLINE	Résistant	(20-23)	6	(8-16)
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	S	(20-23)	24	(8-16)
PIPERACILLINE	Résistant	(17-20)	14	(8-16)
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	S	(17-20)	25	(8-16)
TEMOCILLINE *	S	(20-20)	24	(8-8)
CEFALEXINE	S	(14-14)	18	(16-16)
CEFOXITINE	S	(15-19)	26	(8-16)
CEFOTAXIME	S	(17-20)	31	(1-2)
CEFTAZIDIME	S	(19-22)	28	(1-4)
CEFPODOXIME	S	(21-21)	27	(1-1)
CEFEPIME	S	(21-27)	33	(1-4)
AZTREONAM	S	(21-26)	34	(1-4)
IMIPENEME	S	(16-22)	27	(2-8)
ERTAPENEME	S	(22-26)	34	(0,5-1)
GENTAMICINE	S	(14-17)	19	(2-4)
TOBRAMYCINE	S	(14-17)	22	(2-4)
NETILMICINE	S	(12-15)	23	(2-4)
AMIKACINE	S	(13-16)	19	(8-16)
ACIDE NALIDIXIQUE	Résistant	(14-19)	8	(16-16)
OFLOXACINE	Intermédiaire	(22-24)	22	(0,25-0,5)
LEVOFLOXACINE	Intermédiaire	(19-23)	22	(0,5-1)
CIPROFLOXACINE	Intermédiaire	(24-26)	24	(0,25-0,5)
FOSFOMYCINE	S	(19-19)	34	(32-32)
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	S	(11-14)	30	(2-4)
CHLORAMPHENICOL	S	(17-17)	33	(8-8)

Quel est le mécanisme de résistance aux beta-lactamines?

Pénicillinase de haut niveau

Que pensez vous de l'utilisation de la PIP/TAZO dans ce contexte?

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

L'antibiothérapie par TAZOCILLINE + DAPTOMYCINE est maintenue.

Proposez vous un relai par voie orale ?

Dans quel délai ?

Combien de temps ?



Proposition montpelliéraine :

TAZOCILLINE + DAPTOMYCINE jusqu'à J14
puis BACTRIM + CLINDAMYCINE, 6 semaines minimum

Collection :

E. coli
rares *Bilophila wadsworthia*
Sutterella wadsworthensis
Eggerthella lenta

Hémocultures :

Slackia exigua
Parvimonas micra
E coli
Streptococcus anginosus

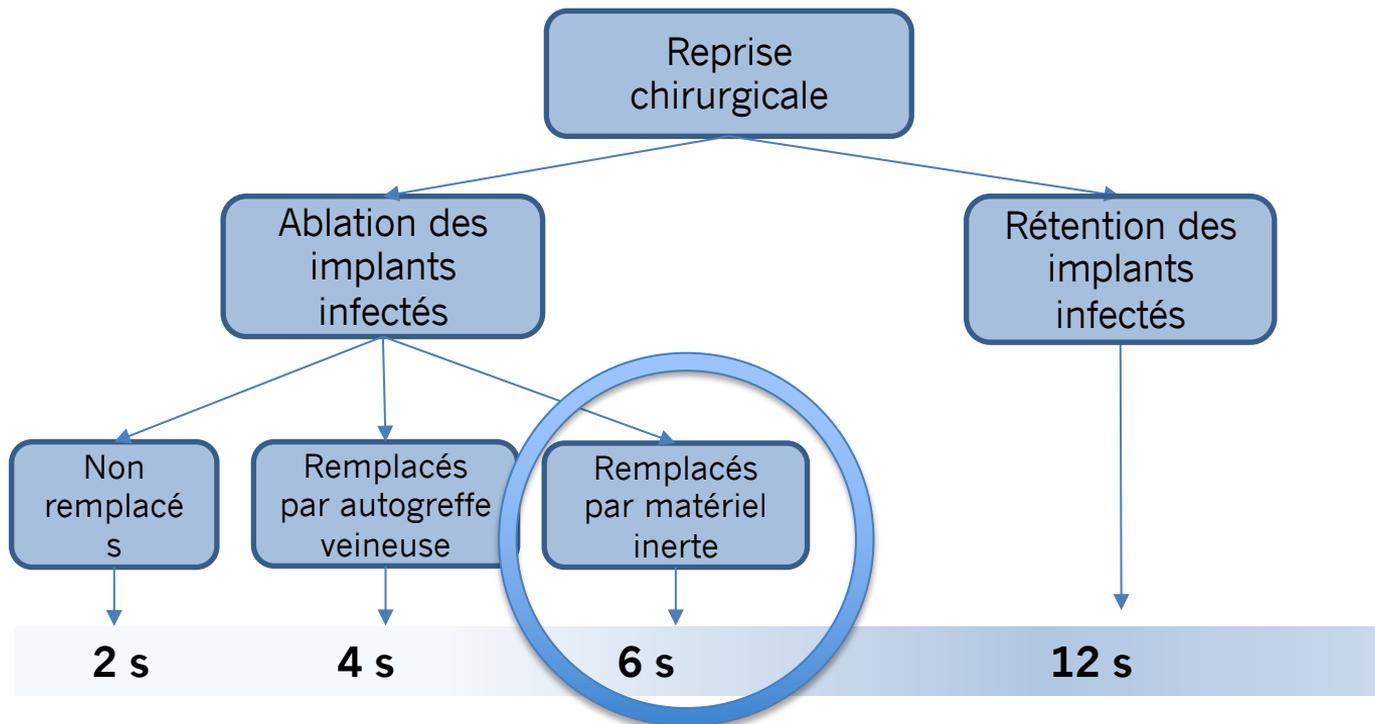
16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

MAP réalisée par la SPILF



16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Finalemment...

Le 20/06 (J16 post-op), sous TAZOCILLINE + DAPTOMYCINE : **brutale dégradation hémodynamique avec hypothermie, rectorragies, douleur abdominale brutale et défense.**

TDM objectivant une **volumineuse endofuite au sein de l'ancien sac anévrismal et une collection abcédée péri aortique** de 5 cm de diamètre.



16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Reprise au bloc : aspect **de désunion septique** de l'anastomose du jambage iliaque gauche.

Réfection de l'anastomose.

Pas de fistule digestive visualisée.

Pas de prélèvements per-opératoires.

TAZOCILLINE + AMIKACINE + DAPTOMYCINE + MICALFUNGINE

2/3 hémocultures périphériques positives à *E. coli*

	SIR	Diam.critique (mm)	Diam (mm)	C.critiques (mg/L)
AMPICILLINE	Résistant	(14-14)	6	(8-8)
AMOXICILLINE	Résistant	(18-18)	6	(8-8)
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	(18-18)	8	(8-8)
TICARCILLINE	Résistant	(20-23)	6	(8-16)
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	(20-23)	12	(8-16)
PIPERACILLINE	Résistant	(17-20)	6	(8-16)
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Résistant	(17-20)	10	(8-16)
TEMOCILLINE *	Résistant	(20-20)	18	(8-8)
CEFALEXINE	S	(14-14)	14	(16-16)
CEFOXITINE	S	(18-18)	26	(8-16)
CEFOTAXIME	S	(17-20)	27	(1-2)
CEFTAZIDIME	S	(19-22)	23	(1-4)
CEFPODOXIME	S	(21-21)	23	(1-1)
CEFEPIME	S	(21-27)	27	(1-4)
AZTREONAM	S	(21-28)	30	(1-4)
IMIPENEME	S	(16-22)	26	(2-4)
ERTAPENEME	S	(22-26)	27	(0.5-1)
GENTAMICINE	S	(14-17)	22	(2-4)
TOBRAMYCINE	S	(14-17)	23	(2-4)
NETILMICINE	S	(12-16)	23	(2-4)
AMIKACINE	S	(13-16)	23	(8-16)
ACIDE NALIDIXIQUE	Résistant	(14-16)	8	(16-16)
OFLOXACINE	Intermédiaire	(22-24)	23	(0.25-0.6)
LEVOFLOXACINE	Intermédiaire	(18-23)	22	(0.5-1)
CIPROFLOXACINE	Intermédiaire	(24-26)	24	(0.25-0.6)
FOSFOMYCINE	S	(18-18)	30	(22-32)
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	S	(11-14)	28	(2-4)
CHLORAMPHENICOL	S	(17-17)	30	(8-8)

Quel est le mécanisme de résistance aux BL?

Pénicillinase de haut niveau résistante aux inhibiteurs

« TRI »

ou

Oxacillinase

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Que proposez-vous en relai de la TAZOCILLINE ?

- Céphalosporine de 3^e génération
- Cefepime
- Ertapeneme
- Meropeneme
- Ceftazidime-avibactam

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

En réanimation, la TAZOCILLINE est relayée par du **CEFEPIME**. La DAPTOMYCINE et la MICAFUNGINE sont arrêtées après réception des prélèvements.

Il est transféré le 04/07 en maladies infectieuses.

Relai par BACTRIM forte (2cp x2/j) + CLINDAMYCINE (600 mgx3/j).

Le 09/07, violente douleur hypogastrique, fièvre, **hypotension à 70/50 mmHg**.

TDM : **majoration de la collection péri-aortique**.

Majoration des bulles d'air au sein des différentes collections.

Une fistule digestive avec l'anse grêle ne peut être exclue.

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Antibiothérapie par MEROPENEME + AMIKACINE + MICAFLUNGINE

3^e reprise chirurgicale....

Evacuation d'un hématome péri-aortique autour du duodénum. Test au bleu négatif.

Prélèvement de l'hématome et hémocultures positives à *E. coli*.

Germe n° : 1				
Escherichia coli				
	SIR	Diam.critique (mm)	Diam (mm)	C.critiques (mg/L)
AMPICILLINE	Résistant	(14-14)	6	(8-8)
AMOXICILLINE	Résistant	(18-18)	6	(8-8)
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	(18-18)	10	(8-8)
TICARCILLINE	Résistant	(20-23)	6	(8-16)
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	(20-23)	16	(8-16)
PIPERACILLINE	Résistant	(17-20)	6	(8-16)
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Résistant	(17-20)	12	(8-16)
TEMOCILLINE *	S	(20-20)	21	(8-8)
CEFALEXINE	Résistant	(14-14)	11	(16-16)
CEFOXITINE	S	(16-18)	23	(8-16)
CEFOTAXIME	S	(17-20)	26	(1-2)
CEFTAZIDIME	S	(18-22)	23	(1-4)
CEFPODOXIME	S	(21-21)	22	(1-1)
CEFEPIME	Intermédiaire	(21-27)	22	(1-4)
AZTREONAM	S	(21-26)	30	(1-4)
IMIPENEME	S	(18-22)	26	(2-6)
ERTAPENEME	S	(22-26)	26	(0,5-1)
GENTAMICINE	S	(14-17)	20	(2-4)
TOBRAMYCINE	S	(14-17)	19	(2-4)
NETILMICINE	S	(12-16)	22	(2-4)
AMIKACINE	S	(13-16)	20	(8-16)
ACIDE NALIDIXIQUE	Résistant	(14-18)	9	(16-16)
OFLOXACINE	Intermédiaire	(22-24)	23	(0,25-0,5)
LEVOFLOXACINE	Intermédiaire	(18-23)	22	(0,5-1)
CIPROFLOXACINE	Intermédiaire	(24-26)	24	(0,25-0,5)
FOSFOMYCINE	S	(18-18)	29	(23-32)
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	S	(11-14)	27	(2-4)

Que pensez vous du mécanisme de résistance de cet E. coli ?

- TEM
- Oxacillinase
- Pénicillinase de type SHV
- BLSE
- Céphalosporinase chromosomique déréprimée

Germe n° : 1				
Escherichia coli				
	SIR	Diam.critique (mm)	Diam (mm)	C.critiques (mg/L)
AMPICILLINE	Résistant	(14-14)	6	(8-8)
AMOXICILLINE	Résistant	(18-18)		(8-8)
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	(18-18)	10	(8-8)
TICARCILLINE	Résistant	(20-23)	6	(8-16)
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	(20-23)	16	(8-16)
PIPERACILLINE	Résistant	(17-20)	6	(8-16)
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Résistant	(17-20)	12	(8-16)
TEMOCILLINE *	S	(20-20)	21	(8-8)
CEFALEXINE	Résistant	(14-14)	11	(16-16)
CEFOXITINE	S	(16-18)	23	(8-16)
CEFOTAXIME	S	(17-20)	26	(1-2)
CEFTAZIDIME	S	(18-22)	23	(1-4)
CEFPODOXIME	S	(21-21)	22	(1-1)
CEFEPIME	Intermédiaire	(21-27)	22	(1-4)
AZTREONAM	S	(21-20)	30	(1-4)
IMIPENEME	S	(18-22)	25	(2-8)
ERTAPENEME	S	(22-28)	26	(0,5-1)
GENTAMICINE	S	(14-17)	20	(2-4)
TOBRAMYCINE	S	(14-17)	19	(2-4)
NETILMICINE	S	(12-16)	22	(2-4)
AMIKACINE	S	(13-16)	20	(8-16)
ACIDE NALIDIXIQUE	Résistant	(14-18)	9	(16-16)
OFLOXACINE	Intermédiaire	(22-24)	23	(0,25-0,5)
LEVOFLOXACINE	Intermédiaire	(18-23)	22	(0,5-1)
CIPROFLOXACINE	Intermédiaire	(24-26)	24	(0,25-0,5)
FOSFOMYCINE	S	(18-18)	29	(23-32)
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	S	(11-14)	27	(2-4)

Que pensez vous du mécanisme de résistance de cet E. coli ?

- TEM
- Oxacillinase
- Pénicillinase de type SHV
- BLSE
- Céphalosporinase chromosomique déréprimée

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Antibiotique	Pénicilline résistante aux inhibiteurs			
	0 et 1	2	3	5
	<i>Salmonella</i> spp. <i>P. mirabilis</i> <i>E. coli</i> <i>Shigella</i> spp.	<i>K. pneumoniae</i> <i>K. oxytoca</i> <i>C. koseri</i>	<i>Enterobacter</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Serratia marcescens</i> <i>Morganella morganii</i> <i>Hafnia alvei</i> ...	<i>P. vulgaris</i> <i>P. penneri</i>
	Absence de gènes de β-lactamase	Pénicilline de bas niveau constitutive	Céphalosporine de bas niveau, chromosomique et inducible par les β-lactamines	Céphalosporine inducible (Céfuroxime)
Amox	R	R	R	R
Amox + Ac Clav	R	R	R	R
Ticarcilline	R	R	R	R
Ticar + Ac Clav	R	R	R	R
Pipéracilline	I/R	I/R	I/R	I/R
Pip + Tazo	I/R	I/R	I/R	I/R
C1G	S	S	R	R
C2G	S	S	S/I/R	R
Céfoxitine (céphamycine)	S	S	S/I/R	S
C3G	S	S	S	S
C4G	S/I	S/I	S/I	S/I
Carbapénèmes	S	S	S	S

Non restauré par IBL

C1G sensibles (Groupe 0-2)

Ex: TRI, OXA (Céfépime souvent I si OXA)

AMPICILLINE	Résistant	6
AMOXICILLINE	Résistant	
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	S	19
TICARCILLINE	Résistant	6
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	S	24
PIPERACILLINE	Résistant	14
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	S	25
TEMOCILLINE *	S	24
CEFALEXINE	S	18
CEFOXITINE	S	28
CEFOTAXIME	S	31
CEFTAZIDIME	S	28
CEFPODOXIME	S	27
CEFEPIME	S	33
AZTREONAM	S	34

AMPICILLINE	Résistant	6
AMOXICILLINE	Résistant	
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	8
TICARCILLINE	Résistant	6
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	12
PIPERACILLINE	Résistant	6
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Résistant	10
TEMOCILLINE *	Résistant	19
CEFALEXINE	S	14
CEFOXITINE	S	26
CEFOTAXIME	S	27
CEFTAZIDIME	S	23
CEFPODOXIME	S	23
CEFEPIME	S	27
AZTREONAM	S	30

AMPICILLINE	Résistant	6
AMOXICILLINE	Résistant	
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	10
TICARCILLINE	Résistant	6
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	16
PIPERACILLINE	Résistant	6
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Résistant	12
TEMOCILLINE *	S	21
CEFALEXINE	Résistant	11
CEFOXITINE	S	28
CEFOTAXIME	S	28
CEFTAZIDIME	S	28
CEFPODOXIME	S	22
CEFEPIME	Intermédiaire	22
AZTREONAM	S	30



Rôle de la tazocilline ?
Acquisition de plasmides successifs ?



Rôle du CEFEPIME ?
Acquisition de plasmides successifs ?

Discussion avec le CNR : difficile de trancher, possible acquisition de plasmides mais séquence suspecte...

⇒ Problématiques actuelles :

- De plus en plus de souches R aux associations peni-inhibiteur, à la ceftazidime et parfois au céfépime qui hyperproduisent pour la plupart une pénicillinase.
- Emergence d'hyperproduction de pénicillinase chez les KP
- Rôle de pip-tazo comme agent de sélection dans l'émergence de souches hyper productrices de pénicillinases chez E. coli et chez K. pneumoniae ?

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Traitement par MEROPENEM.

1 mois plus tard, hématomèse brutale.

TDM : **volumineux caillotage intra jéjunal, intra-duodéal et intragastrique**, sans saignement actif visualisé, **semblant provenir de la collection péri aortique fistulisée au duodénum.**

4^e reprise chirurgicale ... Exclusion endovasculaire aorto-uni-iliaque droite associée à un **pontage sus-pubien prothétique fémoro-fémoral** et la mise en place d'un stent.

Pas de prélèvements per opératoires. Hémocultures stériles.

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Enfin, les choses se calment.. Les douleurs diminuent.

Le patient part en SSR sous MEROPENEM 6g/j

Il va mieux, reprend du poids.

Il persiste un syndrome inflammatoire avec CRP autour de 50 mg/l.

Contrôle scannographique le 11/10 : **majoration de la composante aérienne dans l'anévrisme périaortique et à l'origine des artères iliaques**. Contact étroit de cette collection avec le colon transverse, étiré vers cette collection.

Une reprise chirurgicale est inenvisageable.

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Il aimerait bien rentrer à domicile et supporte difficilement les passages infirmiers multiples... Que lui proposez-vous ?

- Relai par ERTAPENEM sous cutané
- Relai par ERTAPENEM IV
- Relai par C3G
- Relai per os par BACTRIM - CLINDAMYCINE
- Relai per os par BACTRIM seul
- Poursuite du MEROPENEM en 2 passages par jour
- Autres idées ?

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Un traitement par ERTAPENEM IV 2g/j en 1 passage est maintenu jusqu'en février.

Le syndrome inflammatoire et les imageries sont stables.

Un relai par BACTRIM - CLINDAMYCINE est réalisé.

Malheureusement, le traitement est **très mal toléré sur le plan digestif** et une **cytolyse** apparaît...

L'ERTAPENEM est repris, à la demande du patient.

Par la suite il déménage sur Tours...

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum



Après RCP, le traitement par ERTAPENEM est arrêté
et de la DOXYCYCLINE est mise en place le 7/09/20.

Quelle est votre expérience de la DOXYCYCLINE en traitement suspensif des
infections à BGN ?

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Le 23/10, il est hospitalisé pour de la **fièvre** au CHU de Tours.

Les hémocultures sont positives à :

E. coli pénicillinase de bas niveau

Enterococcus faecium amox-R

Candida glabrata fluconazole-R

Le scanner montre une stabilité de taille de la collection périprothétique, **une large fistulisation à une anse grêle** adhérente à ce sac, difficilement dissociables.



16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTION DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Devant l'absence d'alternative, décision de reprise chirurgicale (N°5...) : exclusion duodéno-jéjunale avec **lavage chirurgical de la prothèse**, sans changement du matériel prothétique **et interposition épiploïque**.

Prélèvements per-opératoires positifs à :
Hafnia alvei avec céphalosporinase dérégulée
E. coli pénicillinase de bas niveau
Candida glabrata résistant au FLUCONAZOLE

Traitement par CEFEPIME - TEDIZOLIDE - CASPOFUNGINE post-opératoire.

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Dans les suites, abcès de paroi avec fistulisation intrapéritonéale à la portion inféro-interne de la collection péri-prothétique....

Poursuite de CEFEPIME - TEDIZOLIDE - CASPOFUNGINE actuellement avec CEFEPIME en 2 passages /jour.

Mais patient demandeur d'une simplification....

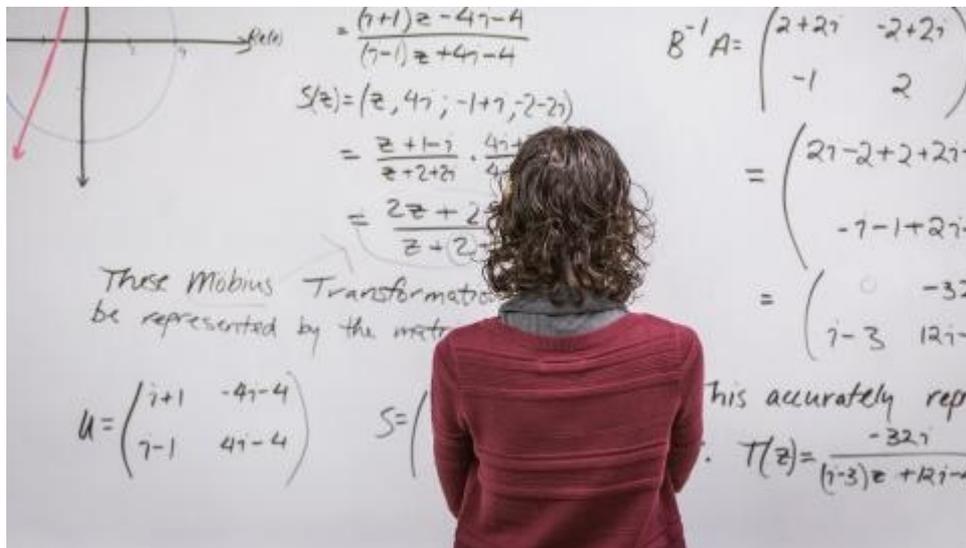
16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Des idées ??



16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Merci pour votre attention !

Et merci au Dr Dumont (laboratoire de bactériologie du CHU de Montpellier), au Dr Bouchet (infectiologue au CHU de Montpellier), au Dr Coustillières (infectiologue au CHU de Tours), au Dr Robin du CNR Résistances des Entérobactéries du CHU de Clermont-Ferrand

