

Une infection très féminine...



Dr Thierry Seguin

Service Réanimation Polyvalente

CHU Toulouse Rangueil

Dans les jours précédents ...



- œ Mlle D, 17 ans, présente une fièvre à 39°C associée à des frissons
- œ Courbatures intenses
- œ Douleurs abdominales diffuses avec diarrhée et vomissements
- œ Pas de voyage récent
- œ Pas de symptômes similaires dans son entourage

Hospitalisée pour syndrome septique grave ...



☞ Examen clinique:

- ☞ Hypotension (PAS 75mmHg) avec tachycardie à 120/min après 2l de cristalloïde
- ☞ Polypnée à 30/min, saturation 90% en air ambiant
- ☞ Somnolence
- ☞ Crépitants bilatéraux des bases
- ☞ Ventre souple
- ☞ Érythème du tronc et des fesses

☞ Biologie:

- ☞ Acidose métabolique compensée, lactate 5mmol/l, BE-9
- ☞ GB 18000/mm³
- ☞ PCT 6.5 mmol/l
- ☞ Na 131 mmol/l
- ☞ K 3.2 mmol/l
- ☞ Urée 28mmol/l
- ☞ créatininémie 185 µmol/l
- ☞ Pq: 45000/mm³

Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique?



- A. Prélèvements bactériologiques
- B. Traitement antibiotique adapté aux résultats bactériologiques
- C. Remplissage en fonction d'un monitoring hémodynamique, puis si insuffisant catécholamines (noradrénaline +++)
- D. Ventilation non invasive
- E. IOT et ventilation mécanique après sédation

Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique?



- A. Prélèvements bactériologiques
- B. Traitement antibiotique adapté aux résultats bactériologiques
- C. Remplissage en fonction d'un monitoring hémodynamique, puis si insuffisant catécholamines (noradrénaline +++)
- D. Ventilation non invasive
- E. IOT et ventilation mécanique après sédation

Quel est votre choix antibiotique initial ?



- A. Amoxicilline -ac clavulanique +/- aminoside ou fluoroquinolone
- B. C3G +/- aminoside ou fluoroquinolone
- C. Tazocilline +/- aminoside ou fluoroquinolone
- D. C3G et macrolides
- E. Carbapeneme +/- aminoside ou fluoroquinolone et Vancomycine

Quel est votre choix antibiotique initial ?



- A. Amoxicilline -ac clavulanique +/- aminoside ou fluoroquinolone
- B. C3G +/- aminoside ou fluoroquinolone**
- C. Tazocilline +/- aminoside ou fluoroquinolone
- D. C3G et macrolides
- E. Carbapeneme +/- aminoside ou fluoroquinolone et Vancomycine**

Choc septique sans porte d'entrée évidente:

- Antibiothérapie large spectre, association synergique
- début **précoce** (dans les 3h), prélèvements bactériologiques simultanés
- couvrir les BMR ?

Dégradation hémodynamique malgré thérapeutique initiale



- œ Persistance hypotension avec PAM à 60 mmHg, tachycardie 110/min avec un IndexCardiaque à 4l/min/1.73m²
- œ lactate à 5.5 mmol/l, SVO₂ 55 mmHg sous NAD 5mg/h, dPP 12%
- œ pH 7.20 avec BE -10
- œ Anurie depuis 12h
- œ Thrombopénie 32000/mm³, Fibrinogène 1.2 g/l

Que faire de plus ?

Thérapeutiques adjudantes ?



- A. Hydrocortisone (dose substitutive)
- B. Protéine C activée (Xigris*)
- C. Inotrope positif (Dobutamine)
- D. Bicarbonates intraveineux
- E. Epuration extra-rénale

Thérapeutiques adjudantes ?



- A. Hydrocortisone (dose substitutive)**
- B. Protéine C activée (Xigris*)**
- C. Inotrope positif (Dobutamine)
- D. Bicarbonates intraveineux
- E. Epuration extra-rénale**

Bonne réponse aux traitements mais ...



- ❧ **Bactériologie:** hémoculture négative, AT négative, urine cocci gram +, perte purulente vaginale (cocci gram + en amas au direct)
- ❧ **Interrogatoire:** utilisation de tampon et règles abondantes, DDR 6j
- ❧ Erythème persistant au niveau périnée, fesses et tronc
- ❧ Ventre souple

Quel diagnostic retenez vous?



- œ Pyélonéphrite aiguë à staphylocoque
- œ Pneumopathie aiguë bactérienne
- œ choc toxinique staphylococcique
- œ pelvipéritonite
- œ Dermohypodermite périnéale

Une nouvelle orientation étiologique ?



- œ Pyélonéphrite aigue
- œ Pneumopathie aigue bactérienne
- œ **choc toxinique staphylococcique**
- œ Cystite bactérienne
- œ Salpingite

**Staphylococcus aureus méticilline Sensible sur tous
les prélèvements**

Définition: choc toxinique staphylococcique



- œ Syndrome infectieux dues à la sécrétion de toxines
 - œ Germes pathogènes (pyogènes)
 - œ Toxine produite par un nombre limité de souches
 - œ Action à distance du site d'infection
- œ Toxine agit comme un super-antigène :
 - œ Activation lymphocytaire non spécifique et polyclonale
 - œ Production massive de cytokines (Il1, TNF ...)
- œ contexte menstruel rare, mortalité faible (5 et 10% des cas),
Récidive fréquente
- œ Marquée par:
 - œ Erythème avec desquamation cutanée secondaire
 - œ Sepsis intense
 - œ Atteinte polyviscérale

Dans ce contexte clinique d'infection à staphylocoque
quelle est la toxine responsable?



- A. VETC
- B. Toxine de Panton Valentine
- C. TSST-1
- D. Exfoliatine ETA
- E. Enterotoxine

Dans ce contexte clinique d'infection à staphylocoque
quelle est la toxine responsable?



- A. VETC
- B. Toxine de Panton Valentine
- C. TSST-1**
- D. Exfoliatine ETA
- E. Enterotoxine

Quelle est votre attitude thérapeutique ?



- A. Poursuite antibiothérapie initiale pendant 14 j
- B. Modification plus ciblée des antibiotiques par pénicilline M seule
- C. Modification plus ciblée des antibiotiques par pénicilline M et ajout de Dalacine
- D. Modification plus ciblée des antibiotiques par pénicilline M et ajout de Gentamycine
- E. Modification antibiotiques par Zyvoxid*

Quelle est votre attitude thérapeutique ?



- A. Poursuite antibiothérapie initiale pendant 14 j
- B. Modification plus ciblée des antibiotiques par pénicilline M seule
- C. Modification plus ciblée des antibiotiques par pénicilline M et ajout de Dalacine**
- D. Modification plus ciblée des antibiotiques par pénicilline M et ajout de Gentamycine**
- E. Modification antibiotiques par Zyvoxid***

Recherche d'une activité anti-toxinique associée



Merci ...