

Cas interactif



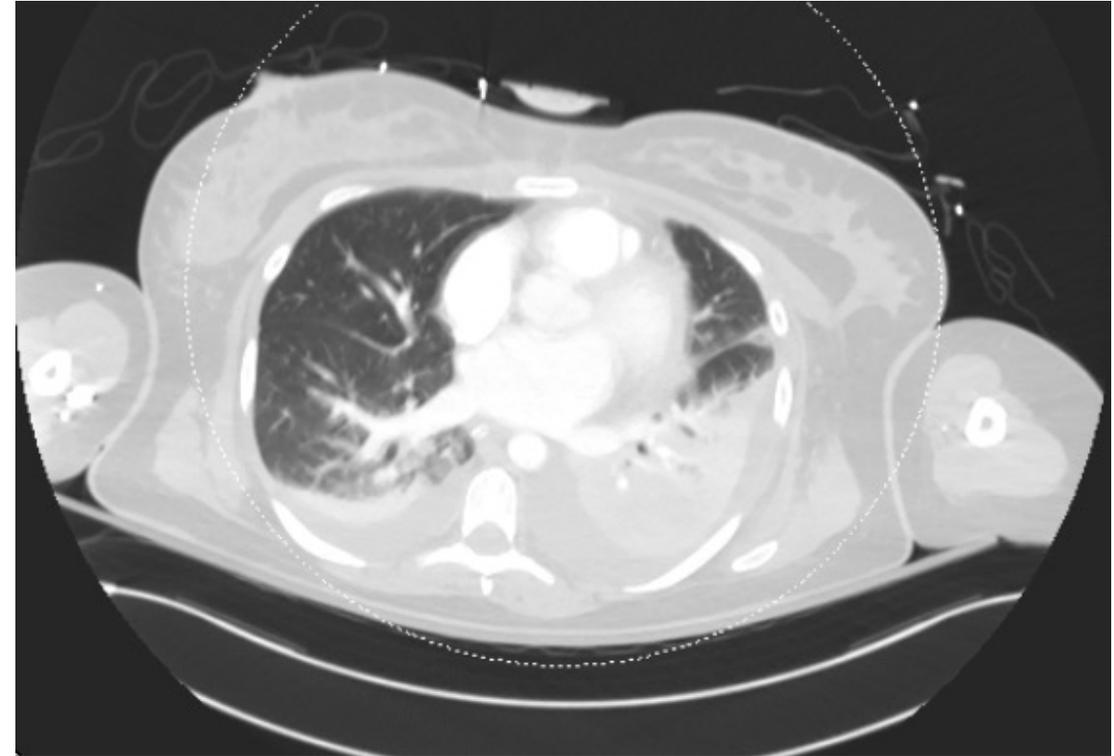
Séminaire d'infectiologie
pour les praticiens et praticiennes

29.06.2023



Événements

- **22.11.22** : asthénie, douleurs abdominales, nausées et vomissements
- **25.11.22 à 3h** : urgences déchoc
 - **4h** : ceftriaxone + métronidazole
 - **5h** : CT abdominal :
condensation basale gauche
+ clarithromycine et vancomycine
 - **7h** : patiente en choc, sous amines et intubée



➤ Choc septique avec insuffisance multi-organique (MOF)

Laboratoire

- **Sang :**

- Leucocytes 6 G/l dont 76% de PMN
- CRP 468 mg/l
- Hémoculture en cours

- **Urines :**

- Leucocyturie à 28 M/l
- Nitrites négatifs

- **LBA :**

- Leucocytes 600 M/l dont 46% de macrophages et 41% de PMN
- Examen direct :
 - cocci (AO), absence de filaments (fungifluor)
- Culture :
 - *S. hominis* 10² (= colonisant)

Ce que l'on sait de la patiente

- 37 ans
- état dépressif
- colonisation MRSA en mars 2022

A vous de jouer !



GO TO
menti.com

ENTER THE CODE
5589 9058

👤 0



Quel traitement antibiotique empirique donnez-vous?

Pour rappel, la patiente a déjà reçu avant de se choquer :

➤ ceftriaxone + métronidazole + clarithromycine + vancomycine

- ceftriaxone + clarithromycine
- co-amoxicilline + clarithromycine + vancomycine
- pipéracilline-tazobactam + lévofloxacine + vancomycine
- pipéracilline-tazobactam + lévofloxacine + linézolide



Quel traitement antibiotique empirique donnez-vous?

Pour rappel, la patiente a déjà reçu avant de se choquer :

➤ ceftriaxone + métronidazole + clarithromycine + vancomycine

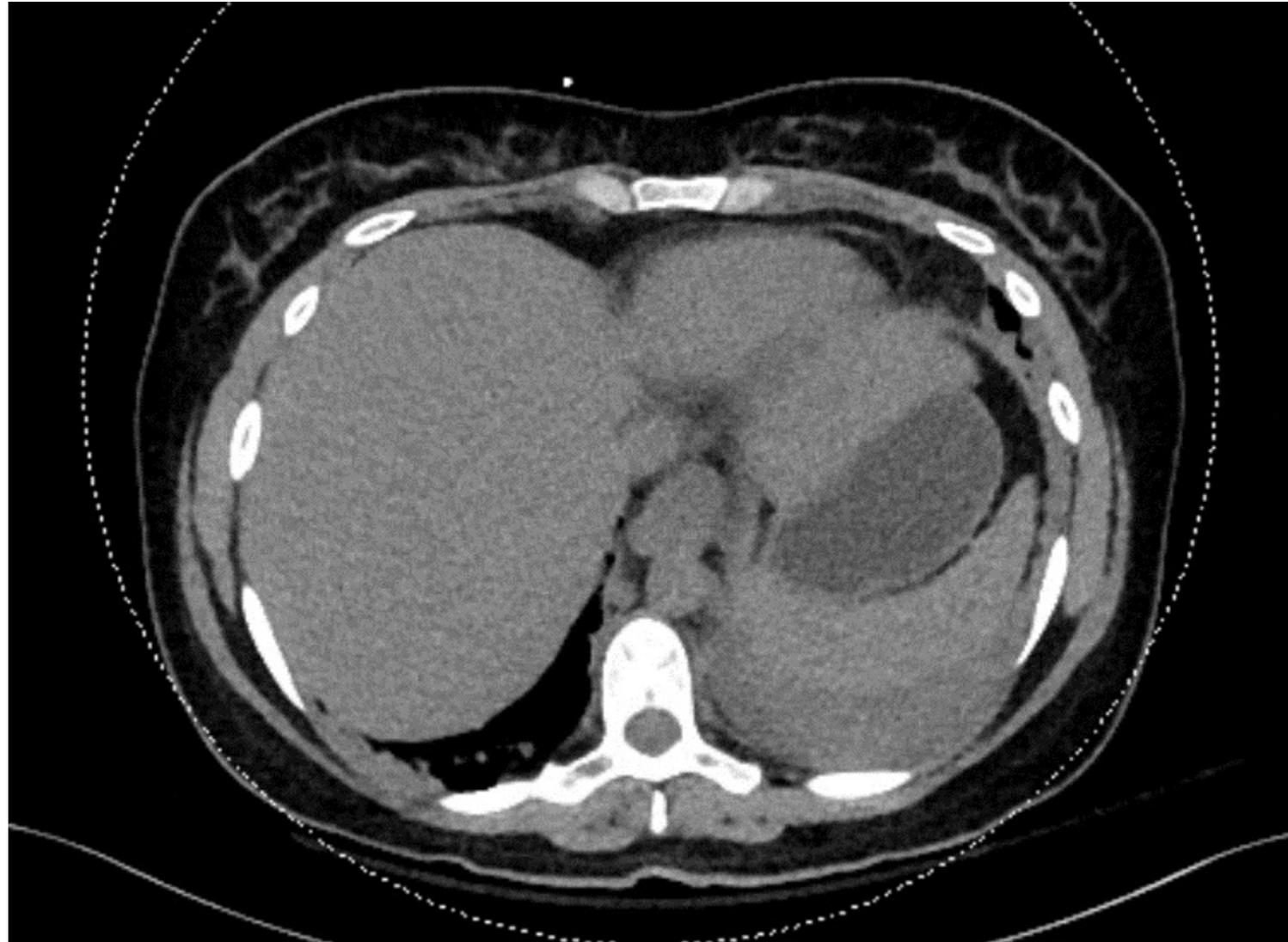
- ceftriaxone + clarithromycine
- co-amoxicilline + clarithromycine + vancomycine
- pipéracilline-tazobactam + lévofloxacine + vancomycine
- **pipéracilline-tazobactam + lévofloxacine + linézolide**



Evolution

- Persistance de la fièvre
- Majoration des besoins en amines

Relecture du CT abdominal du 25.11.22



Qu'avez-vous vu ?





Diagnostic différentiel

- Choc septique sur pneumonie d'acquisition communautaire
- Syndrome de choc toxique associé au stérilet
- Choc anaphylactique médicamenteux

Syndrome de choc toxique

Staphylococcique	Streptococcique
<i>Staphylococcus aureus</i> + exotoxines / entérotoxines NB: exotoxines = superantigènes	<i>Streptococcus pyogenes</i> + exotoxines
Décrit dans les années 70s : tampons menstruels Actuellement : post-opératoire, infections cutanées, ORL, osseuses, pulmonaires (après <i>Influenza virus</i>)	Infection invasive généralement secondaire à une infection cutanée, plus rarement à une atteinte génitale ou pulmonaire Syndrome du choc toxique dans 1/3 des infections invasives
Etat fébrile, choc, érythrodermie scarlatiniforme étendue ou palmo-plantaire suivie d'une desquamation, atteintes viscérales	Signes de choc 24-48h après le début de l'infection Etat fébrile, choc, éruption scarlatiniforme suivie d'une desquamation, diarrhées, défaillance multi-viscérale, syndrome de détresse respiratoire aigu
Hémocultures rarement positives (5% des cas)	Hémocultures souvent positives (60% des cas)
Anti-staphylococcique + clindamycine (2 ^e choix linézolide)	Pénicilline G /amoxicilline + clindamycine (2 ^e choix linézolide) + IVIG

Revenons à la patiente

- Stérilet retiré le 27.11.22 : absence de croissance à la culture

A vous de jouer !



Quel est le diagnostic microbiologique le plus probable?

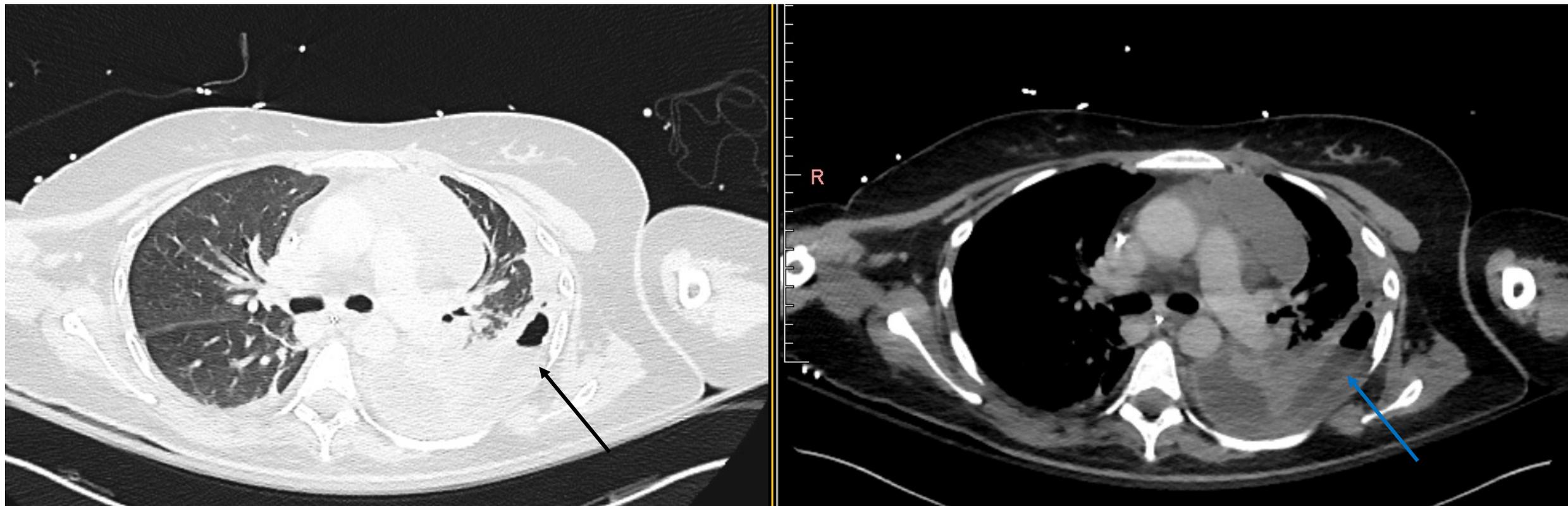


- Pneumonie d'acquisition communautaire à *Streptococcus pneumoniae*
- Choc toxique à *Staphylococcus aureus*
- Choc toxique à *Streptococcus pyogenes*
- Pneumonie d'acquisition communautaire à *Legionella* spp.
- Pneumonie d'acquisition communautaire à *Chlamydophila pneumoniae*

Microbiologie au 04.12.22

Colonisation cutanée : MRSA	Frottis gorge : PCR <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> et <i>Mycoplasma pneumoniae</i> négatives
Sang : <ul style="list-style-type: none">• Dépistage VIH –• Sérologies : HSV1 IgG+, HSV2 IgG-, CMV IgG+, EBV IgG+, Parvovirus B19 IgG +• PCR : Parvovirus B19 <math><10^2</math>, CMV-, EBV-, HSV-, HHV6-• Hémocultures : négatives	LBA : <ul style="list-style-type: none">• Exa. direct : cocci, absence de filaments fongiques• Cultures : <i>S. hominis</i> 10²• PCR <i>Chlamydomphila pneumoniae</i>, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Pneumocystis jirovecii</i>, <i>Legionella</i> spp., <i>M. tuberculosis</i>, <i>Aspergillus fumigatus</i> : non détectés• Panel viral immunosupprimé PCR : négatif• Galactomannanes : négatifs
Urines : <ul style="list-style-type: none">• Ag <i>L. pneumophila</i> + <i>S. pneumoniae</i> : négatifs• Culture : bactéries <math><10^2</math>	Frottis cervical et vaginal : <ul style="list-style-type: none">• PCR <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i> et <i>hominis</i>, <i>Ureaplasma parvum</i> et <i>urealyticum</i> : négatifs• Cultures : négatives Culture du stérilet : négative

Pendant ce temps...



Drainage thoracique

Liquide pleural	05.12.22	10.12.22
Leucocytes, M/L	1'928	13'230
Erythrocytes, M/L	141'873	17'228
Macrophages %	51	2
Lymphocytes %	8	1
PMN %	40	97
Examen direct	Bâtonnets Gram labiles	Absence de germes
Culture	Absence de croissance	Absence de croissance
PCR	<i>Legionella pneumophila</i> et BR négatives	En cours

Evolution

- Péjoration clinique malgré co-amoxicilline + lévofloxacine + linézolide
 - méropénème + lévofloxacine
 - arrêt du linézolide en raison d'une neuropathie

A vous de jouer !



Linézolide (K') :



- **contre-indiqué en cas de prise concomitante de tramadol ou de SSRI**
- peut-être pris au long cours
- **anti-Gram positif et certaines mycobactéries**
- peu onéreux

Linézolide

- Classe : oxazolidinone
- Activité anti-Gram positif (et certaines mycobactéries)
- Effets secondaires:
 - Syndrome sérotoninergique (si prise concomitante de tramadol, SSRI, IMAO)
 - Éruption cutanée
 - Perturbations des tests hépatiques
 - Acidose lactique
 - Myélosuppression
 - Neuropathie périphérique / optique (si traitement long)

Linézolide

- Indications reconnues par Swissmedic :
 - Pneumonies nosocomiales à Gram +
 - Infection compliquées de la peau et des tissus mous
 - Infection à *E. faecium* résistant à la vancomycine (VRE)
- Coût : environ 100 CHF / jour

Finalemment

- Liquide pleural du 10.12.22, PCR-BR : ***Streptococcus pyogenes***

	27.11.22	21.12.22
ASLO (S-Anti-streptolysine O) UI/ml	< 13	625

➤ Choc toxique à ***Streptococcus pyogenes***

- Poursuite de l'amoxicilline seule jusqu'à fin décembre 2022
- RAD 29 janvier 2023 (date d'entrée 25 novembre 2022...)

Remerciements : Dre L. El Mounaouar, Dr T.-T. Pham, Dr D. Neofytos, la patiente

Merci pour votre attention