



Cas clinique n°4

Candidémie



Mme V, 52 ans, hospitalisée en Hématologie pour rechute de LAM 2.
Chimiothérapie d'induction: Daunorubicine et Aracytine, 3 + 7 jours
(début le 28 février)

QUESTION 1:

**Quelle(s) principale(s) toxicité(s) attendez-vous?
(type, durée)**

Quels examens faites-vous?

(ou '*ont été faits en service d'hématologie*'?)



La patiente est sous Pipéracilline-Tazobactam depuis le 27/02 (en plus d'Acyclovir à doses préventives et Noxafil), puis sous Imipénem + Ciprofloxacine depuis le 03/02 (persistance fièvre, apparition de dyspnée, signes « d'œdème pulmonaire » à la radiographie, mise sous O2 à 2 puis 4 L/min.

QUESTION 2:
Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?
Quels examens?



Le 07/03, 1^{er} résultat d'hémoculture positive sur le cathéter veineux central à « Levure » (identification en attente); une heure après, nouvel appel du laboratoire de microbiologie: une autre hémoculture, toujours à levure, est positive en périphérie. Deux autres « couples » d'hémocultures reviendront positifs.

QUESTION 3:

Quelle(s) précision(s) demandez-vous?

Quels signes cliniques cherchez-vous?

D'autres examens sont-ils à faire?



La mucite buccale de la patiente nécessite des soins locaux très réguliers. Elle a une diarrhée non glairo-sanglante mais invalidante, qui a nécessité la pose d'un collecteur. Du fait d'une association hypotension persistante (fluctuante mais en aggravation), fièvre constamment $> 40^{\circ}\text{C}$, troubles métaboliques..., la patiente entre en réanimation-USCM le 10/03. De petites doses de noradrénaline sont introduites dès l'arrivée (0,5 mg/h IVSE). Les hémocultures ont identifié un *Candida albicans*.

QUESTION 5:

**Quelle(s) autre(s) précision(s) attendez-vous?
Quels diagnostics sont possibles?**



Idem, SAUF: Les hémocultures ont identifié un *Candida parapsilosis*.

QUESTION 5 bis:

**Quelle(s) autre(s) précision(s) attendez-vous?
Quels diagnostics sont possibles?**



AU TOTAL:

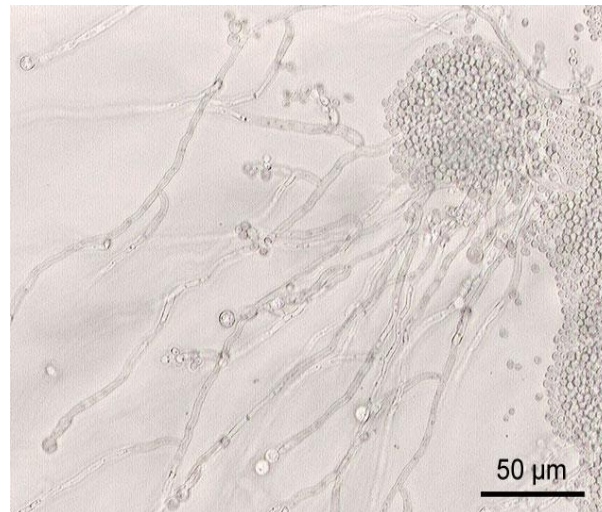
**QUEL DIAGNOSTIC ?
QUELLE STRATEGIE?**

Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America

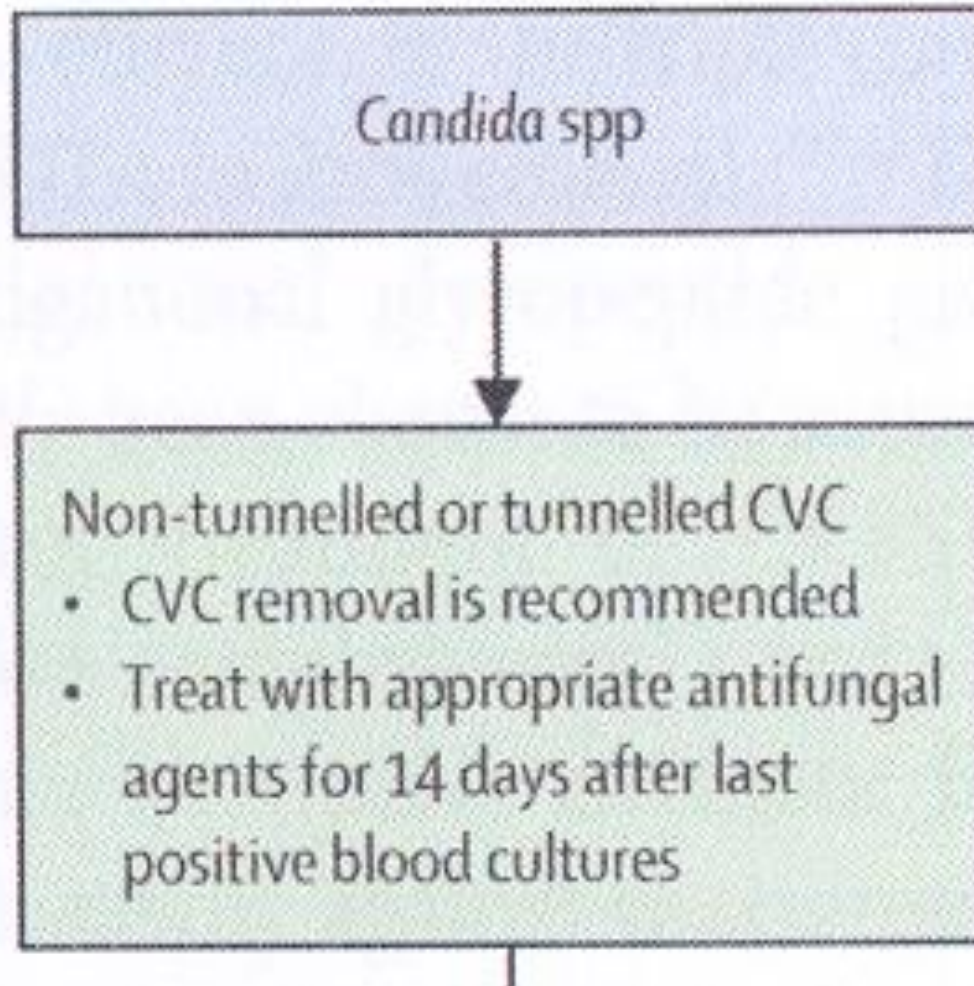
Leonard A. Mermel,¹ Michael Allon,² Emilio Bouza,³ Donald E. Craven,³ Patricia Flynn,⁴ Naomi P. O'Grady,⁵ Issam I. Raad,⁶ Bart J. A. Rijnders,¹⁰ Robert J. Sherertz,⁷ and David K. Warren⁸

¹Division of Infectious Diseases, Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island; ²University of Alabama-Birmingham Hospital, Birmingham, Alabama; ³Tufts University School of Medicine, Lahey Clinic Medical Center, Burlington, Massachusetts; ⁴St. Jude Children's Research Hospital, Children's Infection Defense Center, Memphis, Tennessee; ⁵National Institutes of Health, Critical Care Medicine Department, Bethesda, Maryland; ⁶Section of Infectious Diseases, University of Texas-Cancer Center, Houston; ⁷Section of Infectious Diseases, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina; ⁸Division of Infectious Diseases, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri; ⁹Servicio de Microbiología Clínica y E. Infecciosas Hospital General "Gregorio Marañón," Madrid, Spain; and ¹⁰Internal Medicine and Infectious Diseases, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

Levures:



Candida spp



Management and diagnostic guidelines for fungal diseases in infectious diseases and clinical microbiology: critical appraisal

Clin Microbiol Infect 2013; **19**: 1115–1121

TABLE 3. Comparison of the recommendations on the management of candidaemia/invasive candidiasis

	ECIL	ESCMID	IDSA
Follow up	Importance of an active search for dissemination of infection in leukemic patients following neutrophil recovery (ocular fundus + abdominal imaging) (no SoR) Step down therapy: NR	<u>Transoesophageal echocardiography B IIa</u> Fundoscopy B II If CVC, PICC or intravascular devices, search for thrombus B III Step-down to fluconazole after echinocandin after 10 days of IV, if species is susceptible, patient tolerates PO and patient is stable B II	Fundoscopy (no SoR) Transition from an echinocandin to fluconazole for non-neutropenic patients who have isolates likely to be susceptible to fluconazole A I