

# Infection et Réanimation

## Cas clinique

*Afef HAMMAMI*

*Dr Takoua MERHABENE*

## ... *histoire*

- Homme âgé de 24 ans, toxicomane actif par voie IV présente des douleurs basithoraciques droites, une fièvre depuis 3 semaines avec asthénie, sueurs et frissons.



- Hospitalisation dans un service de pneumologie pour pyo-pneumothorax à germe non identifié.



- Antibiothérapie (*ceftriaxone, gentamycine et métronidazole*)
- Drainage thoracique

*... histoire*

- Aggravation de son état clinique...

**Admission en  
réanimation**



# *... examen à l'admission*

- *fièvre à 39,4°, conjonctives pâles, teint terreux,*
- *dl thoracique bi-basale et de HCDDT ↗ à l'inspiration profonde,*
- *râles ronflants aux 2 CP, abolition des MV à la base dte,*
- *FR à 25 /cpm, tirage sus sternal, contracture des SCM*
- *bruits de cœur bien perçus, pas de souffle, ni de BSA,*
- *pouls à 120/bpm, TA à 100/50 mm/Hg*
- *multiples cicatrices de scarification et présence de tatouage.*



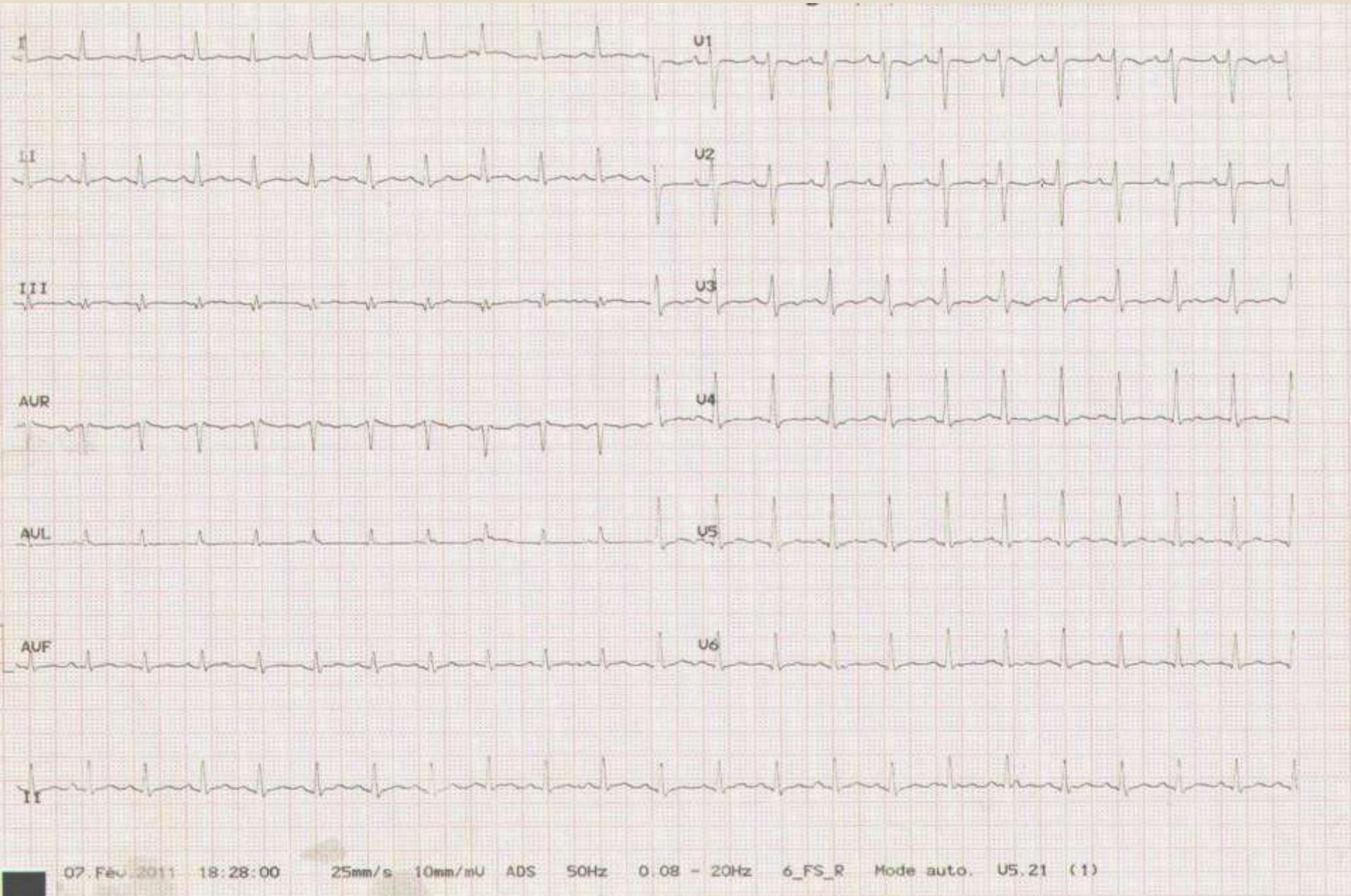
Collège de Réanimation Médicale – Octobre 2012

## *... biologie*

- **GB : 14600 /mm<sup>3</sup>**
- **Hb: 7,4 g/dl**
- **Plaquettes 72000 /mm<sup>3</sup>**
- **CRP : 140 mg/l**
- Créat : 114 umol/l
- **Urée : 23,3 mmol/l**
- SGOT : 25 mmol/l
- SGPT : 11 mmol/l
- CPK: 18 mmol/l
- **Na<sup>+</sup>: 128 mmol/l**
- K<sup>+</sup>: 3,77 mmol/l
- **Glycémie: 10,5 mmol/l**
- **TP: 51%**
- TCA:28/28

GDS sous 2l/min

- Ph: 7,4
- PaO<sub>2</sub> : 66 mmHg
- PaCO<sub>2</sub> : 27,4 mmHg
- HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 21,8 mmol/l
- PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> : 93,7



*... Au total*

**Patient âgé de 24 ans,  
toxicomane** présentant  
**un sepsis sévère** avec **IRA**,  
opacités alvéolo-interstitielles,  
**excavations** bilatérales,  
épanchement pleural bilatéral.



***Quels sont les  
examens  
complémentaires  
à réaliser afin  
d'étayer votre  
démarche  
diagnostique??***



- ❑ **ECBC, Ag.urinaires, RBK,  $\pm$ LBA....**
- ❑ **3 hémocultures à une heure d'intervalle (*isolement du germe*),**
- ❑ **ETT  $\pm$  ETO (*végétation??? fuite tricuspides?? Évaluation hémodynamique du cœur droit aigu avec mesure de la PAP, fonction VG, pressions de remplissage*),**
- ❑ **Scanner thoracique injecté (*recherche des emboles septiques*).**

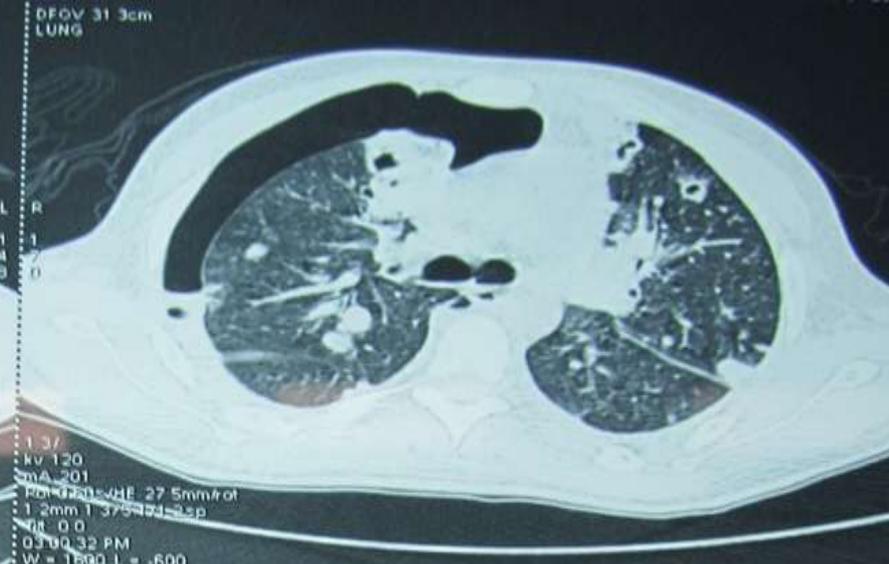
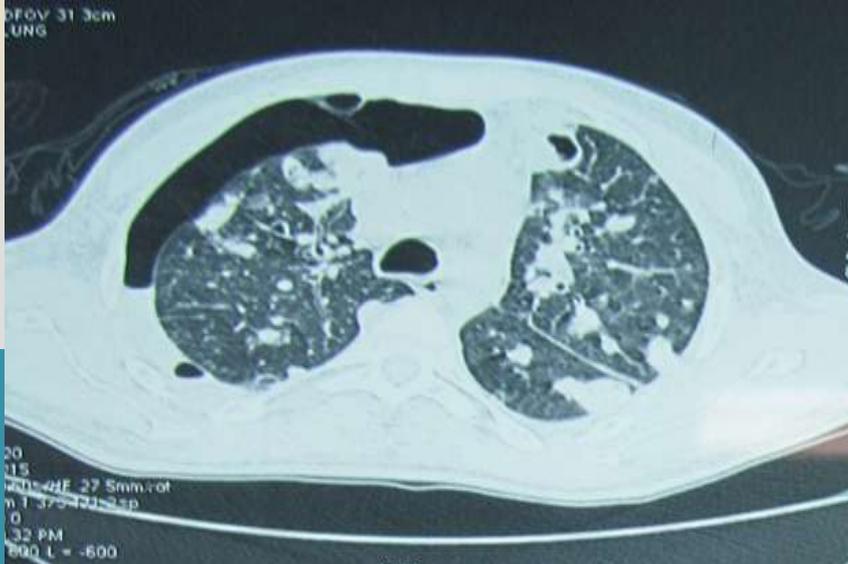


- **ETT**

Végétation sur la valve tricuspide

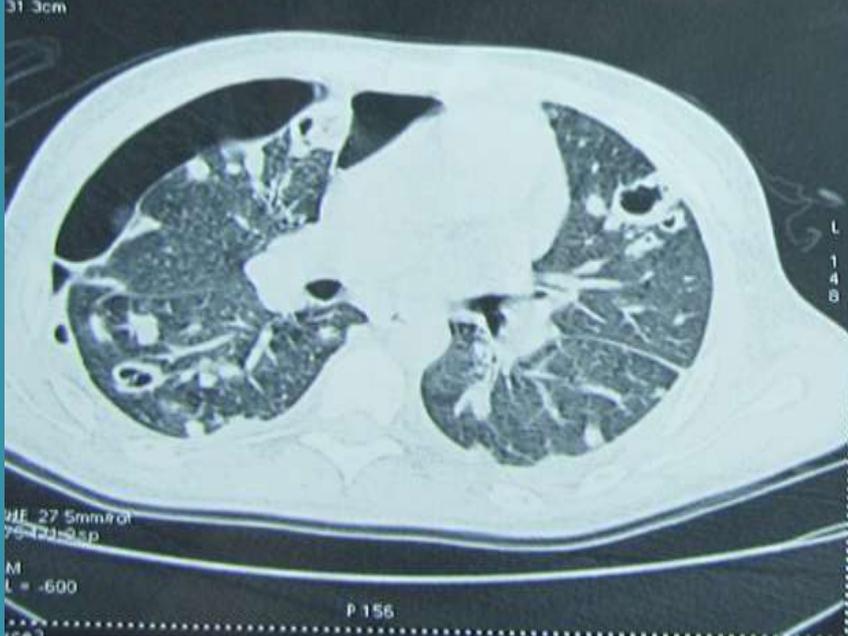
- **ETO**

Grosse végétation faisant 2,6 cm<sup>2</sup>  
avec fuite massive.



20  
15  
HE 27.5mm/rot  
1.375/121.2sp  
0  
03.00.32 PM  
W = 1600 L = -600  
P 156  
A 156  
Sce Imagerie Medicale CHU A MAM  
SOUFI WADDAH  
M 24 REA  
DoB  
Ex: Feb 07 2011

1.37/  
kv 120  
mA 201  
HE 27.5mm/rot  
1.2mm 1.375/121.2sp  
03.00.32 PM  
W = 1600 L = -600  
P 156  
A 156  
Sce Imagerie Medicale CHU A M  
SOUFI WADD  
M 24  
Ex: Feb 07



HE 27.5mm/rot  
1.375/121.2sp  
M  
L = -600  
P 156

1.37/  
kv 120  
mA 180  
HE 27.5mm/rot  
1.2mm 1.375/121.2sp  
03.00.32 PM  
W = 1600 L = -600  
P 156

## ... *TDM thoracique*

- Multiples nodules diffus aux 2 CP excavés pour la plupart, associés à des plages d'hyperdensité en verre dépoli prédominant au niveau des lobes inférieurs,
- Hydro-pneumothorax droit,
- Epanchement pleural gauche et péricardique de faible abondance.



***Quel est le  
diagnostic  
retenu ?***



# **Endocardite infectieuse du cœur droit, compliquée d'embolies pulmonaires septiques**



***Quelle est votre  
CAT en urgence ?***

**Traitement antibiotique empirique  
actif contre **S. aureus, y compris méti-R.****

**Vancomycine** : dose de charge de 15 mg/kg en 45 min  
puis 30 mg/kg/j en IVSE

Ou

**Teicoplanine**: dose de charge 6mg/kg/12h pd 3 fois  
puis 6-12 mg/kg/24h

+

**Gentamicine** : 5 mg/kg/j en 2 injections

+

**Drainage thoracique droit**



## *... Evolution*

- **J3:** Remplacement valvulaire tricuspide
- Culture de la valve tricuspide → SARM.
- **PO immédiat :** BAV complet
- **J5 PO :** ablation drains médiastinaux et pleural
- **J9 PO :** mise en place de sondes d'EES.
- **J11 PO:** BAV complet avec échappement fins à 65c/min ???

## *... Evolution*

*L'indication de la mise en place d'un Pacemaker s'impose cependant, la voie endocavitaire est contre-indiquée (risque dégénérescence de bioprothèse)*

*Seule la voie épiscopardique est possible mais après une antibiothérapie de 6 semaines minimum !!!*

## *... Evolution*

- **J32 d'ATB:** apyrexie, hémocultures toujours négatives et ventilation spontanée à l'air ambiant
- **J48:** arrêt de l'antibiothérapie et implantation d'un pace maker VVI épiscardique.
- **Dans les suites opératoires immédiates:** clochers fébriles de 39 à 40° avec des GB à la hausse et un bilan inflammatoire perturbé.



***Quels examens  
complémentaires  
faut-il pratiquer ?***

- **TDM thoracique** → amélioration scannographique de ses lésions pulmonaires
- **Echographie abdominale** normale.
- 3 **HC** (+) à staph et à l'ECBU (BGN)
- **Antibiothérapie empirique (Targo-Coli-Tienam)**

*Et alors ???*



**ETO**

Aspect d'endocardite sur la bioprothèse tricuspide avec grosse végétation très mobile.

Une masse échogène sur la face latérale de l'OD non mobile.

Des valves pulmonaires épaissies avec doute sur une végétation pulmonaire.

## *... Evolution*

- Remplacement valvulaire tricuspide par une bioprothèse bovine.
- L'exploration chirurgicale → abcès au niveau de l'ancienne valve qui est thrombosée
- **L'enquête bactériologique faite est revenue positive à staph ...**



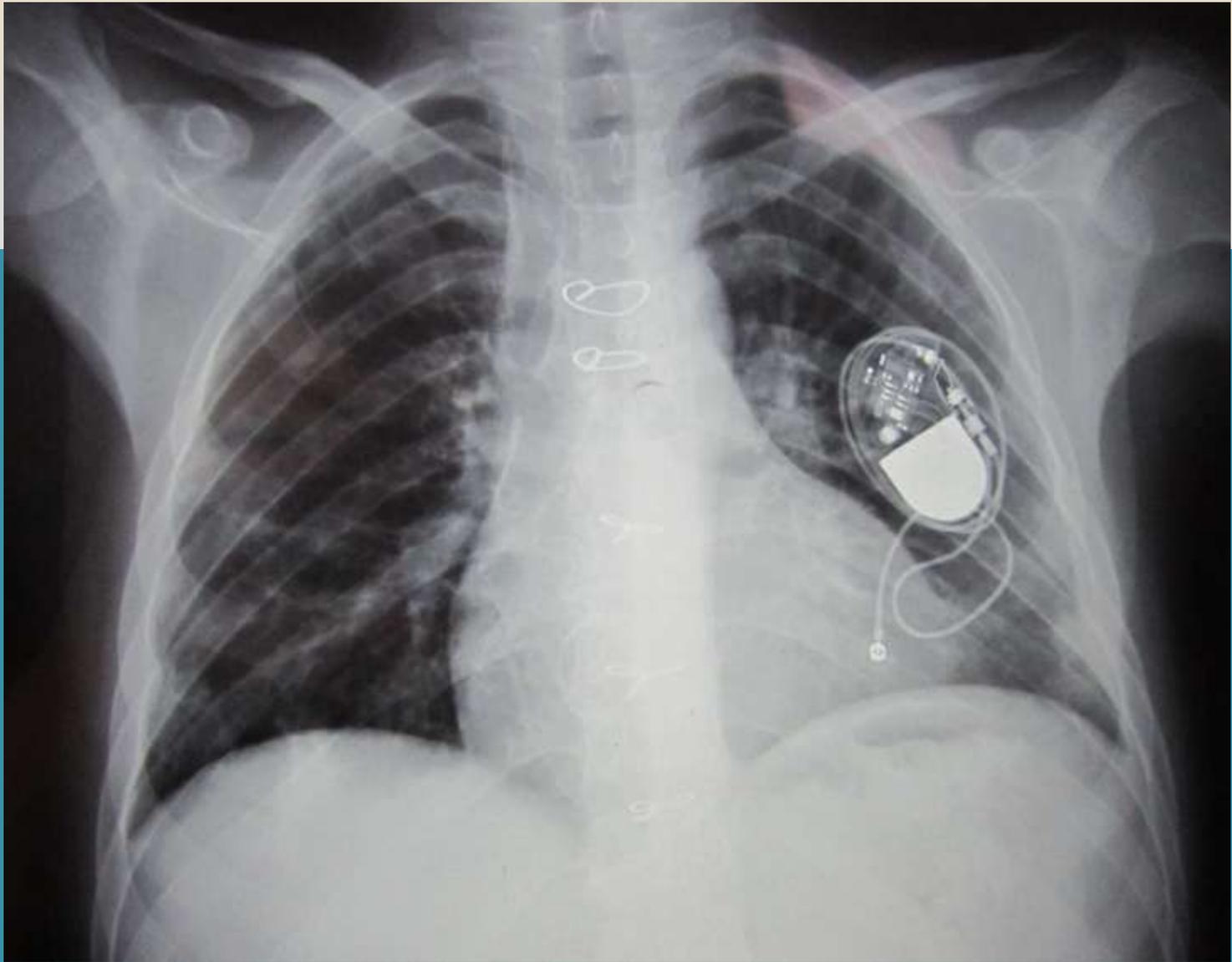


***Interprétez  
l'antibiogramme  
Quelle en est la  
conséquence pratique  
pour l'antibiothérapie?***

- Absence de résistance aux pénicillines M ( phénotype méticilline-S )
- Production de pénicillinase responsable d'une résistance à la pénicilline G, restauration de la sensibilité par les inhibiteurs , stabilité des pénicillines M et des céphalosporines vis à vis de la pénicillinase (> 90% des souches de Staphylocoques),
- Sensibilité aux glycopeptides, aux aminosides, aux macrolides et aux fluoroquinolones
- Sensibilité à la rifampicine, fucidine et fosfomycine, mais ces antibiotiques, ainsi que les fluoroquinolones, ne doivent JAMAIS être utilisés en monothérapie en raison du risque majeur de sélection de mutants résistants

## ... CAT et évolution

- Prescription de l'oxacilline à la posologie de 2g X 6 / jour + gentamicine 5mg/kg/j en 2 prises
- 6 semaines d'antibiothérapie totale
- **J4 PO** : Ablation du drain thoracique, extubation et sevrage des amines.
- **J11 PO**: Electrodes épiscopardiques enlevées après une télémétrie objectivant des seuils de stimulation à J10 PO.
- **J60 PO**: sortant à domicile sous Sintrom et Dépakine.



Merci pour



votre attention