

41^e

REUNION INTERDISCIPLINAIRE DE
CHIMIOThÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE

LUNDI 13 & MARDI 14
DÉCEMBRE 2021

PALAIS DES CONGRÈS • PARIS



Mon année en 3 patients

Infectiologie en Réanimation

Dr Fabrice Bruneel

Service de Réanimation - CH de Versailles
Université Paris - Saclay



41^e

REUNION INTERDISCIPLINAIRE DE
CHIMIOThÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE

LUNDI 13 & MARDI 14
DÉCEMBRE 2021

PALAIS DES CONGRÈS • PARIS



RICAI

Je déclare les liens d'intérêt potentiels suivants :

Novartis, Icomed, MSD, ViiV Healthcare, Gilead, Pfizer, Correvio

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

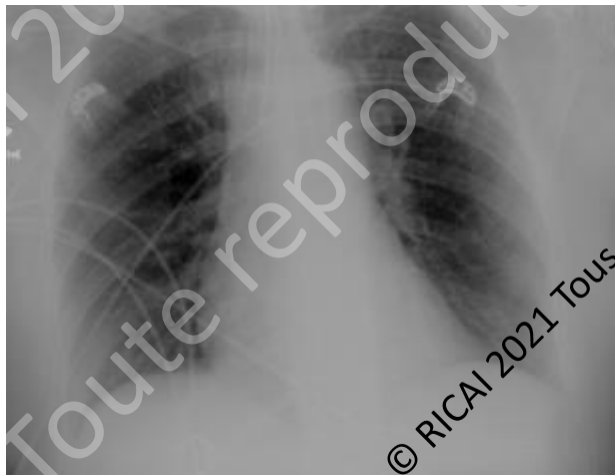
© RICAI 2021 Tous droits réservés.

Patiente de 64 ans : choc et coma

- **Origine uruguayenne, en France depuis longtemps**
- **Antécédents**
 - LED avec polyarthrite, SAPL biologique, Cortancyl[®] 10mg + Kardégic[®]
 - Déficit en IgA compliqué de pneumonies communautaires
 - Hypothyroïdie substituée
 - Vertiges (notion d'hydrocéphalie ancienne)
 - Mariée, 2 enfants, autonome, vaccinée COVID 2 doses
 - Dernier voyage en Uruguay il y a 6 mois : hospitalisée pour une PAC

- **Histoire récente :**

- 7 jours avant : asthénie, vomissements, céphalées
- Traitement 2j plus tard par Rovamycine® pour PAC suspectée...
- 2j plus tard : inconsciente au domicile => SAMU : choc, GCS 3, anisocorie, SpO₂ à 90% en vs air ambiant, 38.7°C
- Remplissage, ↓ anisocorie, IOT, NAD à 3mg/h, céfotaxime : 3g iv
- Transfert scanner cérébral sans injection puis réanimation



Quels examens ?



- **Tableau de DMV dominée par choc, coma et anurie**
- **Deux hémocultures et ponction lombaire :**
 - 240 GR et 486 éléments/mm³ (74% PNN)
 - Protides : 3,3 g/l - Sucre 3 mmol/L (glycémie 5) – Lactate 14 mmol/l
 - ED bactério et Ag pneumocoque négatifs
 - PCR (HSV, VZV, entérovirus) en attente
- **Biologie sang :**
 - lactate 4,8 – créat 332 – CPK 55000 – GB 12500 – plaq 358000 – PCT 150
 - COVID négatif sur aspiration bronchique



? **Diagnostics donc Traitements** ?



- Dexaméthasone 10mgx4/j
- Cefotaxime : 300mg/kg/j
- Amoxicilline : 200mg/kg/j
- Aciclovir : 600mgx3/j
- Gentamicine : 6mg/kg



- Méningite pneumocoque
- Pneumo / méningocoque
- *Listeria monocytogenes*
- HSV, VZV ... (?)
- *Listeria monocytogenes*

Culture LCS et PCR + à *Listeria monocytogenes*
DMV compliquant une méningite à *Listeria*

Nombreuses complications, évolution favorable...



Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study

Lancet Infect Dis 2017;
17: 510-19

	Maternal (n=107)	Bacteraemia (n=427)	Neurolisteriosis (n=252)	Difference in means or proportions between bacteraemia and neurolisteriosis (95% CI)	p value for bacteraemia vs neurolisteriosis
Septic shock	0	5/427 (1%)	5/252 (2%)	-1 (-3 to 1)	0.512§

	Neurological presentation at baseline* (n=252)
CSF parameters‡	
White blood count (cells per μL ; median IQR)	457 (174-1117)
Polymorphonuclear to nucleated cells ratio (IQR)§	65 (39-82)
Protein (g/L; median IQR)	2.1 (1.4-3.2)
CSF to blood glucose ratio (IQR)¶	0.31 (0.22-0.51)
CSF examination	
Direct examination positive	74/235 (32%)
Culture positive	197/235 (84%)
PCR positive	10/16 (63%)



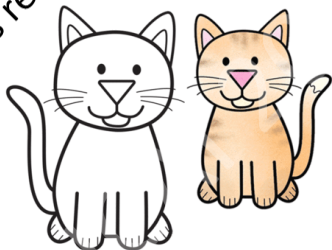
Hémocultures positives
158/252 = 63%

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.
© RICAI 2021. Tous droits réservés.

Patient de 81 ans : fièvre puis DMV

- **Antécédents**

- Diabète de type 2 traitée par Metformine[®]
- Ulcère duodéal d'évolution favorable (sclérose, 4CG, IPP)
- Cardiopathie ischémique traitée par IEC et Kardégic[®]
- Marié, 4 enfants, bonne autonomie, 1 chien, 2 chats et 1 perroquet



• Histoire récente :

- 4 jours avant : hospitalisation en médecine pour fièvre sans porte d'entrée, traitement empirique par Rocéphine[®]
- A J4 aggravation : somnolence, anémie, persistance fièvre, puis coma
- Transfert en nuit profonde dans notre service
- Coma sans signe focal => intubation / choc (lactate 5,7 mmol/l) => KTC KTA NAD
- Insuffisance rénale aiguë, anémie, thrombopénie
- Hémoc, DXM/C3/amoxicilline/aciclovir, TDM cérébral et TAP # normaux
- PL : protides 1,3g/l, normales par ailleurs, ED-, PCR en attente
- MAT évoquée : haptoglobine ↓, bilirubine et LDH ↑ ; mais pas de SCZ

Hypothèses ?



Examens ?

• **Au matin (H6 après admission) => on reprend tout :**

- DMV persistante + fièvre : choc septique, ventilation mécanique en FiO₂ 40%, coma profond, IRénA, atteinte hépatique, atteinte hémato
- A 17 jours d'une transfusion de 4CG
- **Hypothèse d'un paludisme post transfusionnel**
- Frottis/GE positif à *Plasmodium falciparum* (15%)
- Quinine IV mais aggravation rapide => mort encéphalique



- Enquête transfusionnelle : 4 donneurs dont une d'origine africaine, en France depuis 4 ans (donc pas de sérologie au moment du don), asymptomatique mais positive pour *P. falciparum* en sérologie, GE et PCR (même souche)
- Un mois plus tard : toujours asymptomatique et toujours positive seulement en PCR => traitement et négativation de la PCR
- **Suite à ce cas : sérologie paludisme systématique chez tout patient donneur de sang et originaire d'une zone impaludée quelle que soit la durée écoulée depuis le retour du pays**

Bien que très rare, connaître le paludisme accidentel pour y penser en cas de fièvre inexpliquée (thrombopénie)

Patient de 55 ans : dermatohypodermite

• Antécédents

- Ulcère perforé opéré à 25 ans / Chirurgie de sternum
- HTA / Hernie hiatale / arthrose
- Pic IgG kappa « calme » depuis 2013
- Episode infectieux (diarrhées) traité en 2015 à Bicêtre (?)
- Vit en Cote d'Ivoire depuis 1984 ; marié, 2 enfants, directeur de vente dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, vacciné COVID, pas de prophylaxie



• Histoire récente :

- J1 (Abidjan) : chute avec effractions cutanées jambe G lors d'un trail
- J7 : en vacances en France où il présente fièvre, frissons, vomissements sans autre signe abdominal, grosse jambe G douloureuse
- En ville : 12000 GB, CRP 174 mg/l, lymphopénie 360, BH normal, TDR paludisme négatif, COVID -, ni anémie ni thrombopénie
- A J10 : SAU pour persistance du tableau + asthénie et PA 70/40 mmHg
- Remplissage (2,5L), 2 Hémoc, RPNle, jambe stable, Tazocilline[®] + Flagyl[®]
- Aggravation brutale au SAU : frissons, choc, tachycardie, lactate \nearrow à 10
- Passage en réanimation pour choc septique sur dermohypodermite

Hypothèses ?



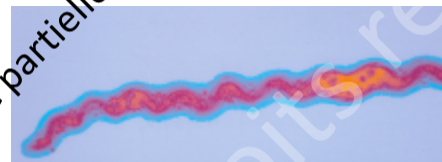
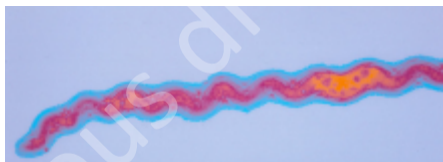
Examens ?

• **En réanimation (J10 - J12) => évolution favorable :**

- Rajout de Zyvoxid à visée anti-toxinique
- Sevrage en 36h de la NAD et normalisation rapide du lactate
- TDM TAP : RAS et TDM jambe G : pas d'argument pour fasciite nécrosante
- ETT : FEVG normale, profil hyperkinétique
- Hémocultures, frottis/GE, COVID, portage BHR, ECBU, copro : négatifs
- Hypothèse 1 : infection cutanée + choc toxinique (?)
- Hypothèse 2 : infection bilio-digestive
- **Hypothèse 3 : va s'avérer la bonne !**



Leptospirose confirmée par PCR sang + à J3 du début des signes



- Notion de chute dans un borbier de vase + effractions cutanées
- Discussion d'une réaction d'Herxheimer à la 1^{ère} injection de Tazocilline®
- Transfert en MIMIT : troponine ↑, coronarographie normale, possible note de myocardite, évolution favorable

Penser leptospirose si infection/sepsis/choc/DMV dans les suites d'un contact avec eau douce (souillée)



Bonne RICAI et Bonnes Fêtes