



Cas cliniques

Dr Hélène Cormier

Assistante spécialiste

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales CHU Angers

Journée nantaise de formation en infectiologie des médecins généralistes 25/05/2018

Cas clinique n° 1

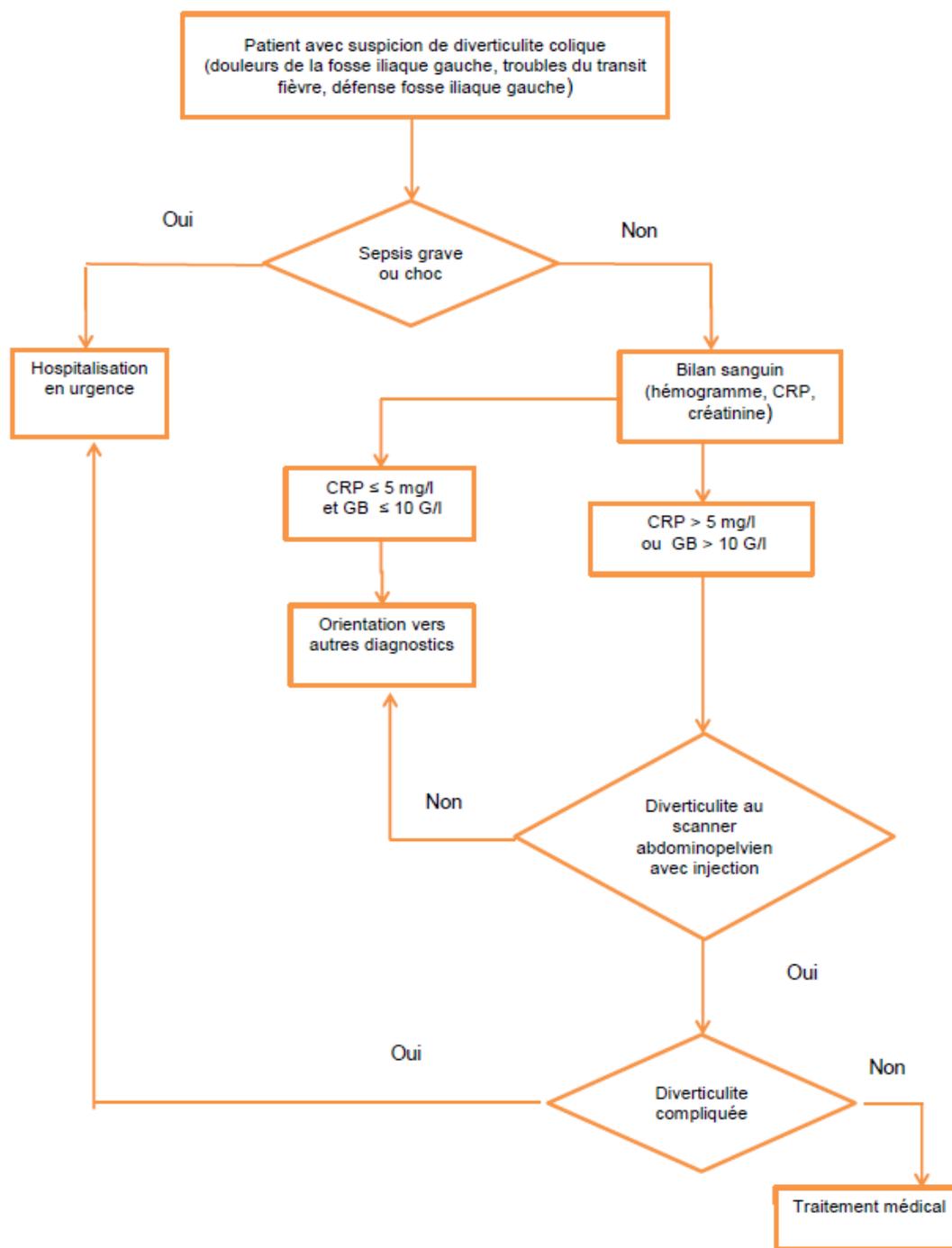
- Vous voyez en consultation M. R., 55 ans.
- Pas d'antécédent notable. Pas d'allergie.
- Traitement par oméprazole.
- Depuis 48h : fièvre à 38,3° C et une douleur de la fosse iliaque gauche. A l'examen, les constantes sont correctes, sensibilité de la fosse iliaque gauche à la palpation.
- Vous suspectez une diverticulite.

- Quelle est votre attitude?
 - 1. Vous adressez le patient aux Urgences
 - 2. Vous prescrivez un bilan biologique
 - 3. Vous prescrivez une échographie abdominale
 - 4. Vous prescrivez une TDM abdominale injectée
 - 5. Vous prescrivez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique par voie orale

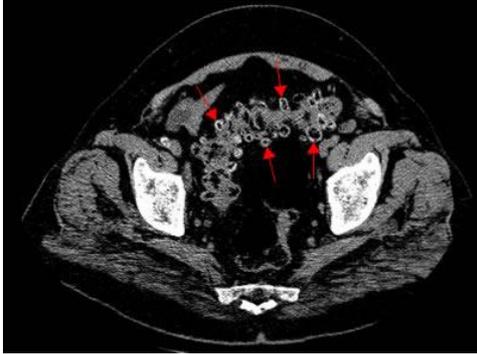
Cas clinique n° 1

- Vous voyez en consultation M. R., 55 ans.
- Pas d'antécédent notable. Pas d'allergie.
- Traitement par oméprazole.
- Depuis 48h : fièvre à 38,3°C et une douleur de la fosse iliaque gauche. A l'examen, les constantes sont correctes, sensibilité de la fosse iliaque gauche à la palpation.
- Vous suspectez une diverticulite.

- Quelle est votre attitude?
 - 1. Vous adressez le patient aux Urgences
 - 2. Vous prescrivez un bilan biologique
 - 3. Vous prescrivez une échographie abdominale
 - 4. Vous prescrivez une TDM abdominale injectée
 - 5. Vous prescrivez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique par voie orale



Définitions



Maladie chronique acquise du côlon
caractérisée par la présence de diverticules
aux points de faiblesse de la paroi colique
généralement au niveau du sigmoïde

- **Maladie diverticulaire:**
 - Diverticulite et ses complications
 - Hémorragie d'origine diverticulaire
- **Diverticulite:** inflammation/infection d'origine diverticulaire
 - *perforation digestive*, qui reste le plus souvent cloisonnée dans la graisse péricolique
 - 15-20% patients
- **Diverticulite compliquée:**
 - Abscesses, fistules, péritonites d'origine diverticulaire et sténoses

■ Clinique

→ Fièvre, douleur en fosse iliaque gauche, troubles du transit

¹ VPP 66% VPN 98% TDM redresse 37% des diagnostics.

■ Biologie

→ Syndrome inflammatoire aspécifique

■ Imagerie

→ TDM abdominale injectée: diagnostic positif, différentiel, complications

→ Echographie abdominale: performances inférieures au TDM, mais intérêt si TDM ne peut être obtenu rapidement

1. Toorenvliet BR, Bakker RF, Breslau PJ, Merkus JW, Hamming JF. Colonic diverticulitis: a prospective analysis of diagnostic accuracy and clinical decision-making. *Colorectal Dis* 2010;12(3):179-86



Classification TDM de Hinchey

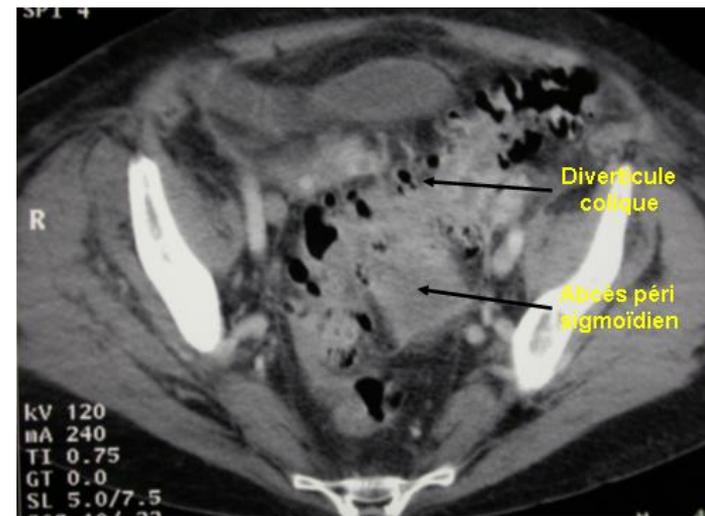
■ Stade I:

- Ia: diverticulite non compliquée: présence de diverticules, épaissement de la paroi colique, infiltration de la graisse péri-colique
- Ib: abcès péri-colique

■ Stade II: abcès pelvien, abdominal ou rétro-péritonéal (péritonite localisée)

■ Stade II: péritonite généralisée

■ Stade IV: péritonite stercorale



Question 2

- La TDM confirme le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne, stade Ia (diverticulite non compliquée).
- Il revient vous voir le lendemain de sa sortie. (ordonnance de paracétamol).
- Que faites-vous?
 - 1. Traitement ambulatoire
 - 2. Traitement symptomatique
 - 3. Antibiothérapie PO par amoxicilline-acide clavulanique
 - 4. Antibiothérapie PO par céfixime + métronidazole
 - 5. Antibiothérapie PO ciprofloxacine + métronidazole

Question 2

- La TDM confirme le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne, stade Ia (diverticulite non compliquée).
- Il revient vous voir le lendemain de sa sortie des urgences. (ordonnance de paracétamol).

- Que faites-vous?
 - 1. Vous appelez le chirurgien
 - 2. Traitement symptomatique
 - 3. Antibiothérapie PO par amoxicilline-acide clavulanique
 - 4. Antibiothérapie PO par céfixime + métronidazole
 - 5. Antibiothérapie PO ciprofloxacine + métronidazole

Question 2

- La TDM confirme le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne, stade Ia (diverticulite non compliquée).
- Il revient vous voir le lendemain de sa sortie des urgences. (ordonnance de paracétamol).

- Que faites-vous?
 - 1. Vous appelez le chirurgien
 - 2. **Traitement symptomatique**
 - 3. Antibiothérapie PO par amoxicilline-acide clavulanique
 - 4. Antibiothérapie PO par céfixime + métronidazole
 - 5. Antibiothérapie PO ciprofloxacine + métronidazole

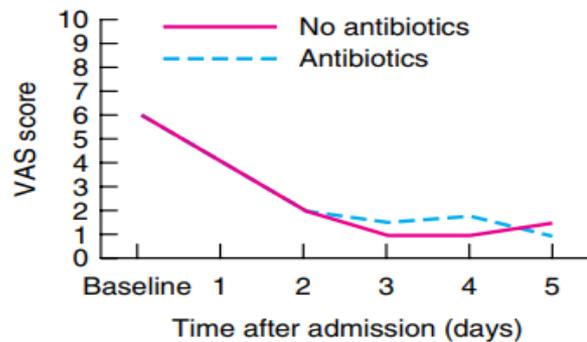
Traitement diverticulite aigue non compliquée (la)

■ Etude randomisée multicentrique 2012 Suède et Islande

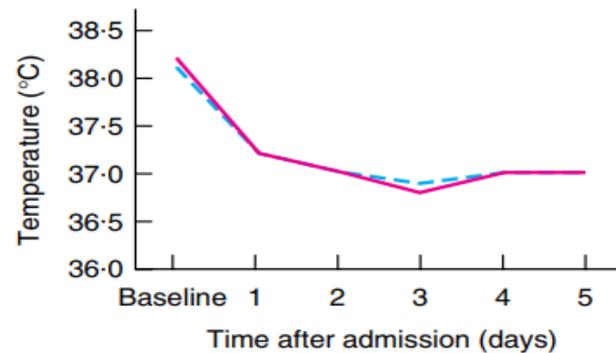
Table 4 Complications, surgery, hospital stay and recurrent diverticulitis

	No antibiotics (n = 309)	Antibiotics (n = 314)	P†
Complications	6 (1.9)	3 (1.0)	0.302
Sigmoid perforation	3 (1.0)	3 (1.0)	0.985
Abscess	3 (1.0)	0 (0)	0.080
Sigmoid resections	7 (2.3)	5 (1.6)	0.541
During hospital stay	1 (0.3)	3 (1.0)	0.324
During follow-up	6 (1.9)	2 (0.6)	0.148
Hospital stay (days)*	2.9(1.6)	2.9(1.9)	0.717‡
Recurrent diverticulitis	47 of 290 (16.2)	46 of 292 (15.8)	0.881

Values in parentheses are percentages, unless indicated otherwise; *values are mean(s.d.). †Pearson's χ^2 test, except ‡Student's *t* test.



a Abdominal pain



b Temperature

Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis

A. Chabok¹, L. Pahlman², F. Hjern³, S. Haapaniemi⁴ and K. Smedh¹, for the AVOD Study Group

Diverticulite non compliquée

- En l'absence de de signes de gravité, d'immunodépression, de score ASA>3 et de grossesse: **traitement symptomatique sans antibiotique**
- En l'absence de comorbidité, de contexte social défavorable : **traitement ambulatoire**

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique

Dernières recommandations : 2006

11850 colectomies « prophylactiques » / an

7/1000 décès (80/an)

25% morbidité

Question 3

- M. R. revient vous voir 3 jours plus tard.
- Il reste douloureux et fébrile.

- Quelle est votre attitude?
 - 1. Traitement symptomatique
 - 2. Antibiothérapie PO amoxicilline-acide clavulanique
 - 3. Antibiothérapie IV amoxicilline-acide clavulanique
 - 4. Antibiothérapie pendant 7 jours
 - 5. Antibiothérapie pendant 10 jours

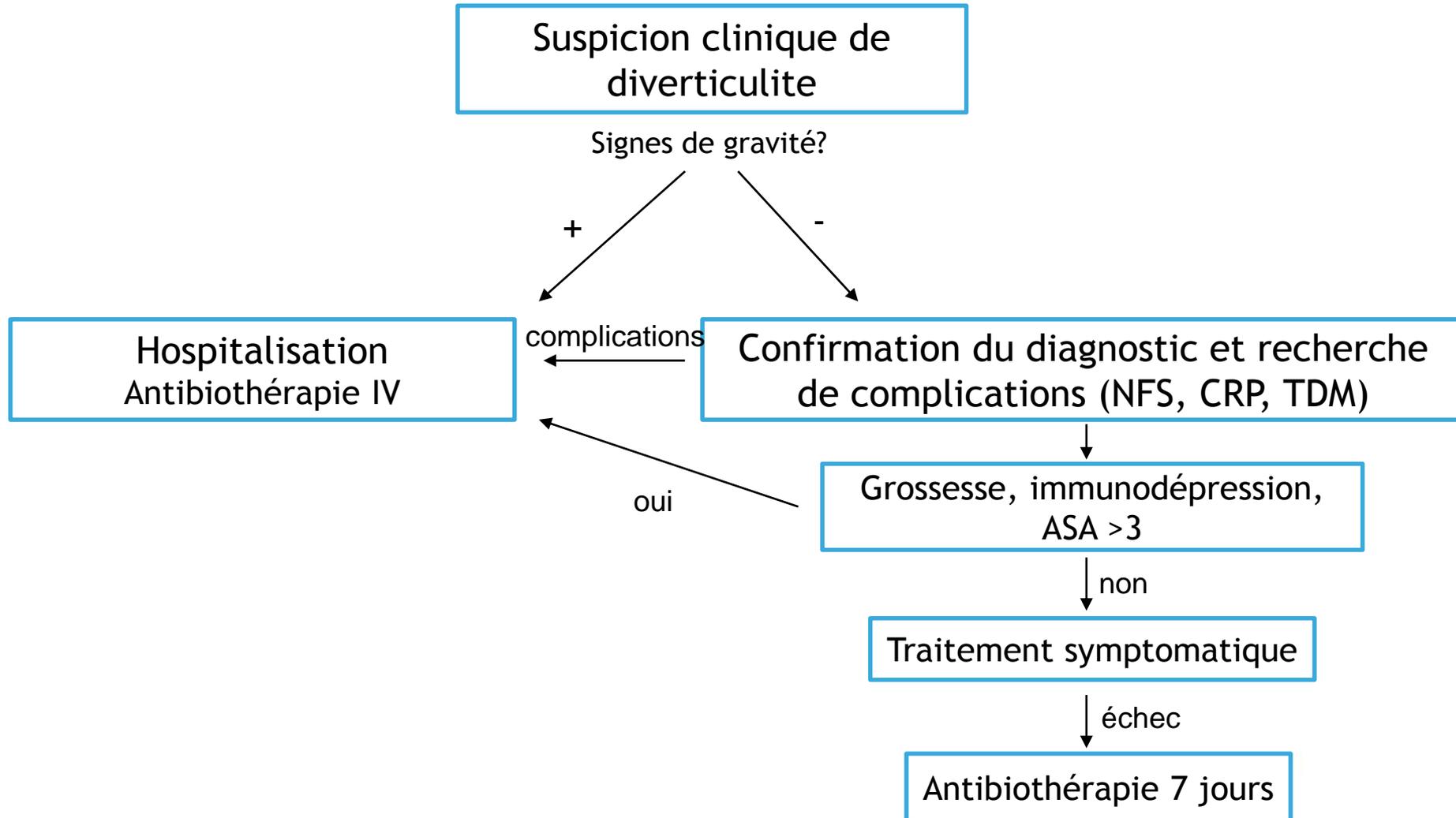
Question 3

- M. R. revient vous voir 3 jours plus tard.
- Il reste douloureux et fébrile.

- Quelle est votre attitude?
 - 1. Traitement symptomatique
 - 2. Antibiothérapie PO amoxicilline-acide clavulanique
 - 3. Antibiothérapie IV amoxicilline-acide clavulanique
 - 4. Antibiothérapie pendant 7 jours
 - 5. Antibiothérapie pendant 10 jours

- En cas de non réponse au traitement symptomatique, une **antibiothérapie par voie orale ne dépassant pas 7 jours est recommandée : amoxicilline et acide clavulanique**
- en cas d'allergie prouvée, une fluroquinolone associée au métronidazole.

Synthèse diverticulite



Question 4

- Mr R. revient vous voir 2 semaines plus tard.
- Les symptômes avaient totalement régressé
- Depuis 48h : il présente une diarrhée avec 6 épisodes de selles liquides par jour. Il est fébrile à 39°C, la pression artérielle est à 85/45 mmHg. L'abdomen est sensible dans son ensemble sans défense.

Question 4

- Quels sont les facteurs de risques de diarrhées à *C. difficile* chez M. R.?

- Vous voyez en consultation M. R., 55 ans.
- Pas d'antécédent notable. Pas d'allergie.
- Traitement par oméprazole.

- 1. âge
- 2. Antibiothérapie récente
- 3. Sexe masculin
- 4. diverticulose colique
- 5. IPP au long cours

Question 4

- Quels sont les facteurs de risques d'infection à *C. difficile* chez M. R?
 - 1. âge
 - 2. Antibiothérapie récente
 - 3. Sexe masculin
 - 4. diverticulose colique
 - 5. IPP au long cours

Facteurs de risques

Patient

- **Age > 65 ans (2/3 des ICD >65 ans)**
- **Co-morbidités** (cancer, insuf. rénale, diabète..)
- Immunodépression (hématologie, greffés..)
- ATCD d'ICD
- Faible taux d'Ac anti toxines

*Déséquilibre
de flore*

- **ATB < 3 mois (X le risque par 7)**
- Chimiothérapie
- IPP
- Lavements, laxatifs...

*Exposition à
C. difficile*

- **Hospitalisations répétées, longs séjours**
- Voisin de chambre contaminé
- Chambre précédemment occupée par un patient ICD+
- Pression de colonisation

McFarland et al, NEJM1999; Loo V., NEJM 2012

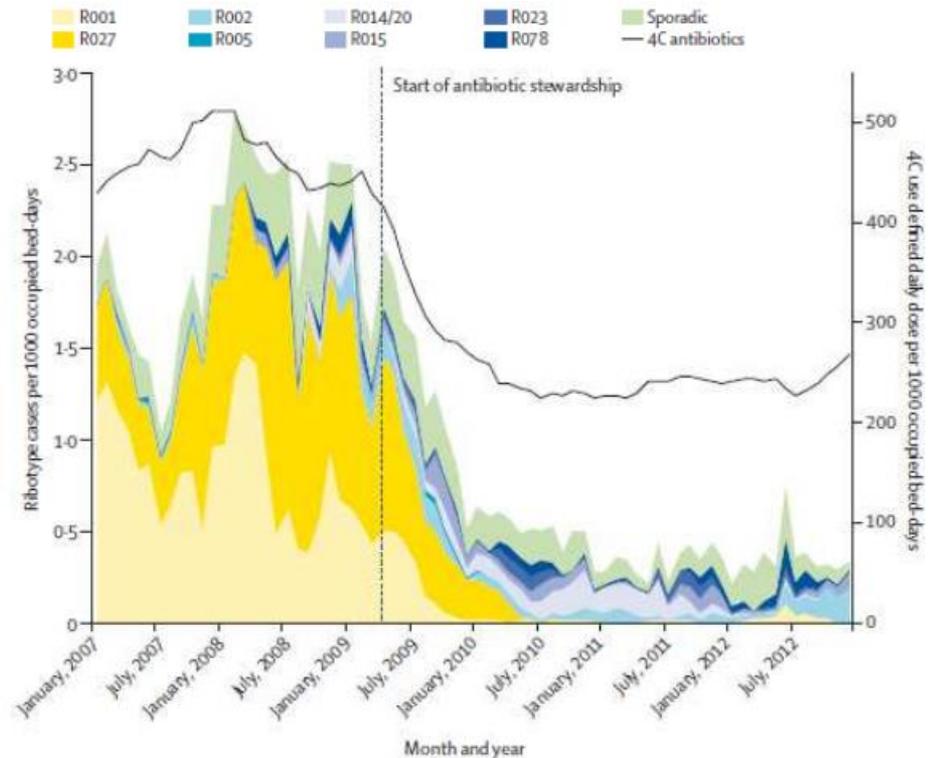
- Antibiotiques

Important	Intermédiaire	Faible
Céphalosporine (Amoxicilline, +/- clavulanate)	Autres pénicillines	Tétracyclines
Clindamycine	Macrolides	Sulfamides
Fuoroquinolones	Sulfamides	Métronidazole

- Association d'ATB, voie orale, durée d'ATB augmentent le risque
- Une seule dose suffit (antibioprophylaxie)

Facteurs de risque - antibiothérapie

- Ecosse, 1997-2012
- Programme national de réduction (-50%) de la ciprofloxacine, de la clindamycine, des céphalosporines et de l'amoxicilline-acide clavulanique (2009)
- réduction relative de 68 % de l'incidence des ICD hospitalières et de 45% des ICD communautaires



Question 4

- Mr R. revient vous voir 3 semaines plus tard.
- Les symptômes avaient totalement régressé
- Depuis 48h : il présente une diarrhée avec 6 épisodes de selles liquides par jour. Il est fébrile à 39°C, la pression artérielle est à 85/45 mmHg. L'abdomen est distendu, sensible dans son ensemble sans défense.

- Que faites vous?
 - 1. Vous prescrivez une coproculture avec recherche de *Clostridium difficile* et reverrez le patient avec le résultat
 - 2. Vous adressez le patient aux Urgences
 - 3. Antibiothérapie par métronidazole PO 500 mg x3/j
 - 4. Antibiothérapie par vancomycine PO 125 mg/6h
 - 5. Antibiothérapie par fidaxomicine PO 200 mg/12h

Question 4

- Mr R. revient vous voir 2 semaines plus tard.
- Les symptômes avaient totalement régressé
- Depuis 48h : il présente une diarrhée avec 6 épisodes de selles liquides par jour. Il est fébrile à 39°C, la pression artérielle est à 85/45 mmHg. L'abdomen est distendu, sensible dans son ensemble sans défense.

- Que faites vous?
 - 1. Vous prescrivez une coproculture avec recherche de *Clostridium difficile* et reverrez le patient avec le résultat
 - 2. Vous adressez le patient aux Urgences
 - 3. Antibiothérapie par métronidazole PO 500 mg x3/j
 - 4. Antibiothérapie par vancomycine PO 125 mg/6h
 - 5. Antibiothérapie par fidaxomicine PO 200 mg/12h

Colite à *Clostridium difficile*: signes de gravité

Catégorie	Signes et symptômes
Examen physique	<ul style="list-style-type: none">• Fièvre > 38,5° C• Frissons• Instabilité hémodynamique• Insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation mécanique• Péritonite• Iléus colique <p><i>La présence de sang dans les selles est rare dans les ICD et sa corrélation avec le niveau de gravité n'est pas claire.</i></p>
Examens biologiques	<ul style="list-style-type: none">• Leucocytose > 15 000/mm³• Créatininémie > 50% au dessus de la valeur de base• Lactatémie ≥ 5 mmol/L• Albuminémie < 30 g/L
Coloscopie ou sigmoïdoscopie	<ul style="list-style-type: none">• Colite pseudomembraneuse
Imagerie	<ul style="list-style-type: none">• Distension colique (diamètre > 6 cm).• Épaississement de la paroi colique, incluant un épaississement transmural hypodense.• Densité de la graisse péricolique.• Ascite

Diapositives du Groupe Recommandation SPILF (2016) à partir des recommandations de l'ESCMID (2014)

FORME CLINIQUE - diarrhée simple

- Diarrhée modérée à abondante survenant pendant l'antibiothérapie ou dans les 2 semaines suivant son arrêt
- Absence de signes généraux
- Endoscopie : muqueuse normale ou érosive sans pseudomembrane
- Guérison après simple retrait de l'ATB dans 25% des cas

FORME CLINIQUE - Colite pseudomembraneuse

- **Pathologie grave de début brutal**

- diarrhée profuse (> 7 selles /j)
- fièvre (75%) - douleurs abdominales (70%)
- hyperleucocytose (40%) - déshydratation
- hypoalbuminémie

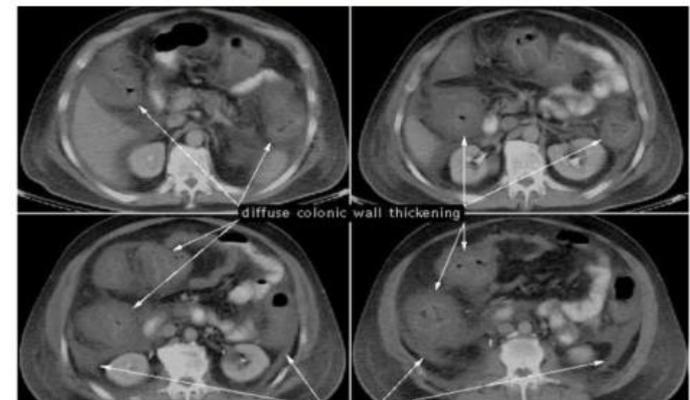
- **Endoscopie** : pseudomembranes (colon + rectum)

- plaques jaunes friables (qq mm à 2 cm)



- **Complications** (~ 10%)

- mégacolon toxique perforation, choc septique, ileus, ascite
- Colectomies (1%)

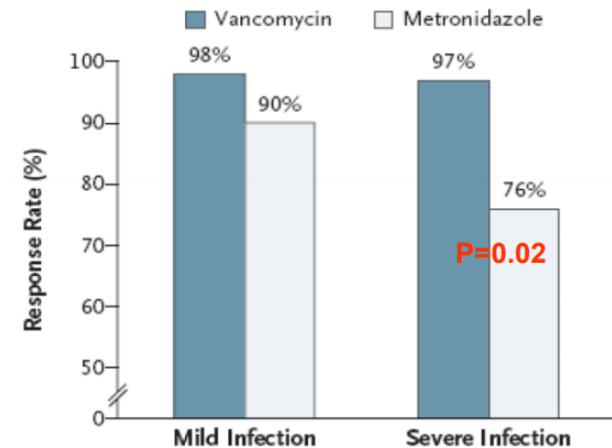


Colite à *Clostridium difficile*: traitement

- 1^{er} épisode non grave:
 - Métronidazole 500mg x 3/j 10 jours
- 1^{er} épisode grave
 - Vancomycine PO 125 mg/6h 10 jours

Recommandations ESCMID (2014)

- Etude prospective randomisée double aveugle (150 patients) (1994-2002)
- Suivi pendant 21 jours
- Guérison : amélioration ou disparation des symptômes à J+6 et test négatif pour la toxine A à J10
- Définition de la sévérité: ≥ 2 points
 - Age > 60 ans : 1 pt
 - T > 38°3 : 1 pt
 - Alb. < 2.5 mg/dl 1 pt
 - Leuco > 15000/mm³ 1pt
 - CPM : 2 pts
 - ICU 2 pts



- Tableau clinique compatible
- Présence de *Clostridium difficile* dans les selles
 - GDH (glutamate déshydrogénase)
- ET sécréteur de toxine
 - Mise en évidence d'une souche toxinoène: méthodes moléculaires (PCR)
 - Mise en évidence des toxines libres: EIA toxines A+B

Question 5

- M. R. a été pris en charge en Réanimation pour une colite à *Clostridium difficile* sévère, traitée par Vancomycine PO par la SNG et en lavement + métronidazole IV devant impossibilité de prise PO.
- Il consulte de nouveau 15 jours après sa sortie pour une récurrence des diarrhées. Il n'y a pas de signe de gravité. Le bilan biologique est normal. Vous suspectez une rechute infectieuse à *C. difficile*.
- Quelle prise en charge proposez-vous?
 - 1. Traitement hospitalier
 - 2. Traitement ambulatoire
 - 3. Antibiothérapie par métronidazole PO 500 mg x3/j
 - 4. Antibiothérapie par vancomycine PO 125 mg/6h
 - 5. Antibiothérapie par fidaxomicine PO 200 mg/12h

Question 5

- M. R. a été pris en charge en Réanimation pour une colite à *Clostridium difficile* sévère, traitée par Vancomycine PO par la SNG et en lavement + métronidazole IV devant impossibilité de prise PO.
- Il consulte de nouveau 15 jours après sa sortie pour une récurrence des diarrhées. Il n'y a pas de signe de gravité. Le bilan biologique est normal. Vous suspectez une rechute infectieuse à *C. difficile*.
- Quelle prise en charge proposez-vous?
 - 1. Traitement hospitalier
 - 2. Traitement ambulatoire
 - 3. Antibiothérapie par métronidazole PO 500 mg x3/j
 - 4. Antibiothérapie par vancomycine PO 125 mg/6h
 - 5. Antibiothérapie par fidaxomicine PO 200 mg/12h

Colite à *Clostridium difficile*: traitement

- 1^{ère} récurrence / risque de récurrence
 - Vancomycine PO 125 mg/6h 10 jours
 - Fidaxomicine PO 200 mg/12h 10 jours
- Récurrences multiples
 - Transplantation de microbiote intestinal
 - Fidaxomicine PO 200 mg/12h 10 jours
 - Vancomycine à doses dégressives/schéma pulsé

Récurrence

- Traitements recommandés: Vancomycine ou Fidaxomicine
- Problématiques:
 - Médicaments soumis à prescription hospitalière
 - Rétrocédables
 - Prix de la fidaxomicine

	Vancomycine per os 125 mgx4/j	Métronidazole per os (IV possible) 500 mgx3/j	Fidaxomicine (depuis fin 2012) 200 mgx2/j
Spectre	Moyen	Large	Etroit
Action sur le microbiote	+	+++	+/-
Absorption	Non	Oui	Non
Effets secondaires	Rares	Neuropathies périphériques, effet antabuse, goût métallique	Rares
Concentrations fécales (/g de selles)	3100 µg/g	0.4-14.9 µg/g	1433.3 µg/g
CMI ₉₀	0.75-2 µg/ml	0.2-2 µg/ml	0.125 µg/ml
Souches résistantes	3% souches espagnoles (CMI 4-16 µg/ml)	6.3% CMI >16 µg/ml (hétérorésistance)	Très rares
Impact clinique	Non	???	-
Coût (10 jours)	\$ 61	\$ 5	1300 €

C. difficile en médecine générale

Étude Communodiff

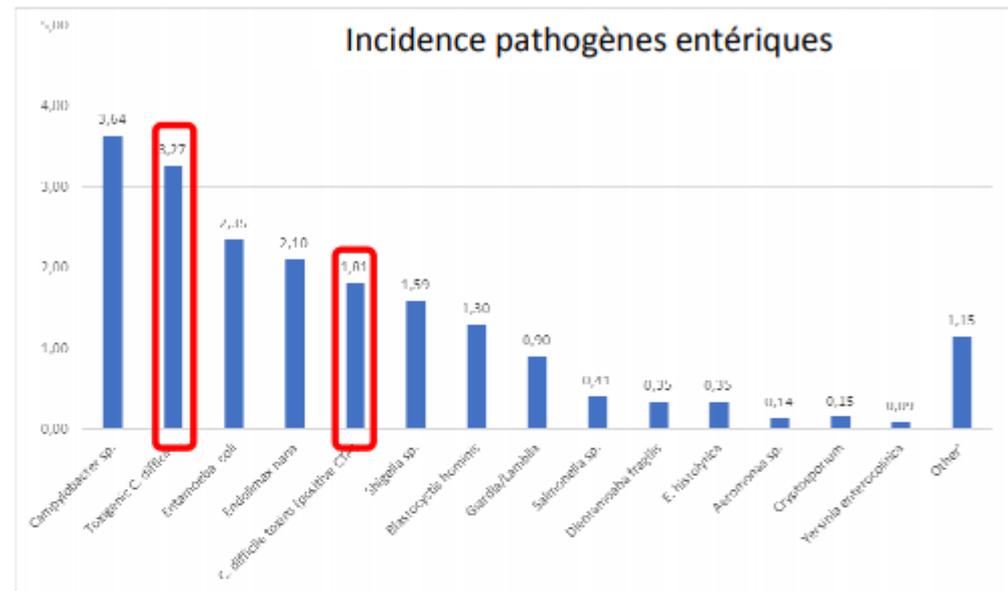
2541 patients

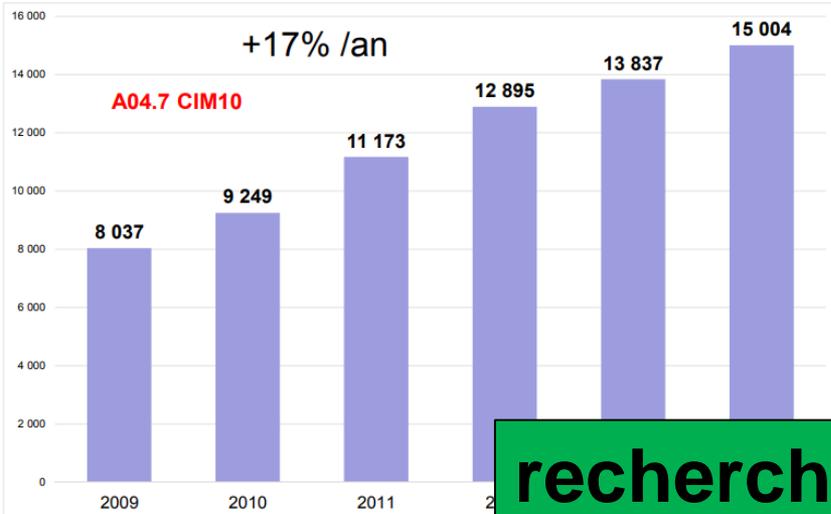
83 patients CT+

66 patients CT+
≥ 3 ans

43 patients sans
hospitalisation <12
semaines

17 patients
sans ATB
et < 65 ans et sans autre
entéropathogène



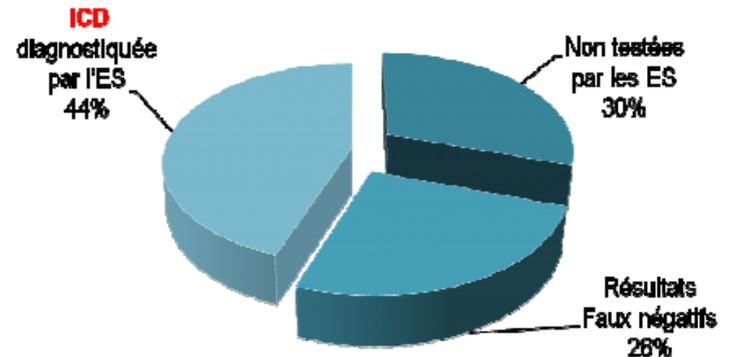


recherche de *C. difficile*

prévalence de *C. difficile* dans toutes les selles diarrhéiques envoyées au laboratoire, indépendamment de la demande du clinicien

- Analyse de 651 selles (70 ES) par le CNR
- 9.7% des échantillons positifs à *C. difficile* toxigène

DIAGNOSTIC DES ICD EN FRANCE



55,6% des ICD NON diagnostiquées par l'ES

Cas clinique n° 3

- Originaire de Guyane, consulte au Cegidd pour un écoulement urétral.
- Il est apyrétique, en bon état général.
- Il est très gêné depuis 3-4 jours par un écoulement urétral purulent et des brulûres mictionnelles.
- Il vous déclare être en relation stable avec la même partenaire depuis 4 mois (elle est dans la salle d'attente également et présente les mêmes symptômes).

Cas clinique n ° 3

■ A l'examen :



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- Urétrite gonococcique
- Urétrite à *C.trachomatis*
- Balano-posthite à *Candida albicans*
- Urétrite herpétique
- syphilis

Cas clinique n ° 3

■ A l'examen :



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- Urétrite gonococcique
- Urétrite à *C.trachomatis*
- Balano-posthite à *Candida albicans*
- Urétrite herpétique
- syphilis

Cas clinique n° 3

- Quel bilan réalisez-vous?

■ Quel bilan réalisez-vous?

- Prélèvement urétral :
 - Examen cyto bactériologique pour examen direct, culture et antibiogramme
 - PCR *Neisseria gonorrhoeae* sur prélèvement urétral ou 1^{er} jet d'urine (en 2^{ème} intention, si conditions d'acheminement défavorables, refus du patient du prélèvement)
 - PCR *C. trachomatis* sur prélèvement urétral ou 1^{er} jet d'urine (coinfection possible)

- Bilan sérologique :

Sérologies VIH, VHB si non vacciné, syphilis, **à répéter selon délai d'exposition**

- **Proposez vous un traitement ?**
 - Non
 - Oui, dès la suspicion clinique
 - Oui, après la confirmation diagnostique

■ Proposez vous un traitement ?

- Non
- Oui, dès la suspicion clinique
 - Il s'agit d'une pathologie le plus souvent bénigne mais douloureuse
 - Le traitement d'emblée favorise l'observance et diminue ainsi le risque que le patient soit perdu de vue et donc la transmission.
- Oui, après la confirmation diagnostique

■ Quel traitement probabiliste proposez-vous?

- Ciprofloxacine 500mg en une prise
- Cefixime 400 mg en une prise
- Ceftriaxone 500mg IM
- Vancomycine 500 mg per os
- Azythromycine 1g en prise unique

■ Quel traitement probabiliste proposez-vous?

- Ciprofloxacin 500mg en une prise
- Cefixime 400 mg en une prise
- Ceftriaxone 500mg IM
- Vancomycine 500 mg per os
- Azythromycine 1g en prise unique
 - 2 arguments :
 - Bithérapie sur gonocoque serait plus efficace et réduirait le risque d'émergence de résistance (avis d'expert)
 - 15-40% de coinfections avec *C.trachomatis* (*support des recommandations françaises*)

Cas clinique n° 3

■ Quels conseils donnez-vous au patient ?

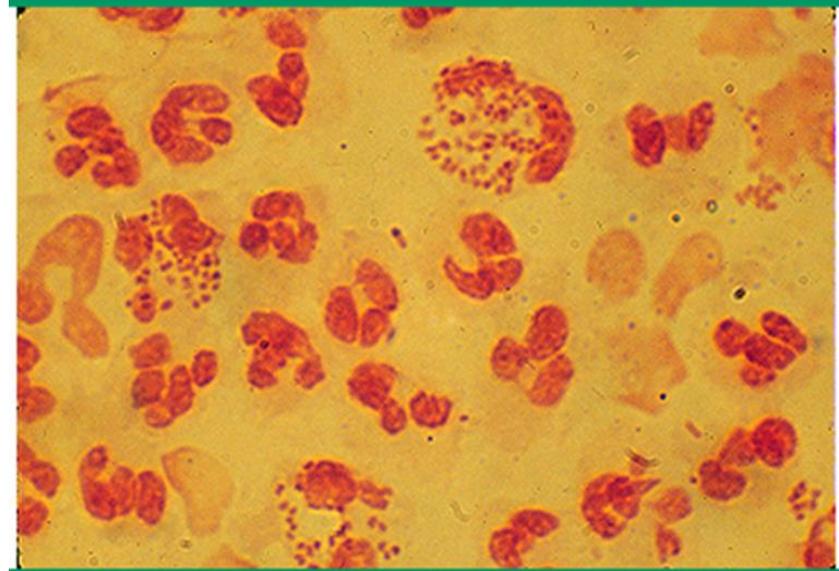
- Traitement de la partenaire
- Evolution prévisible
- Consultation de contrôle à J7
- Rapports sexuels protégés pendant 7 jours

Cas clinique n° 3

L'examen direct est le suivant :

Qu'en pensez-vous?

Cela confirme-t-il l'hypothèse?



Cas clinique n° 3

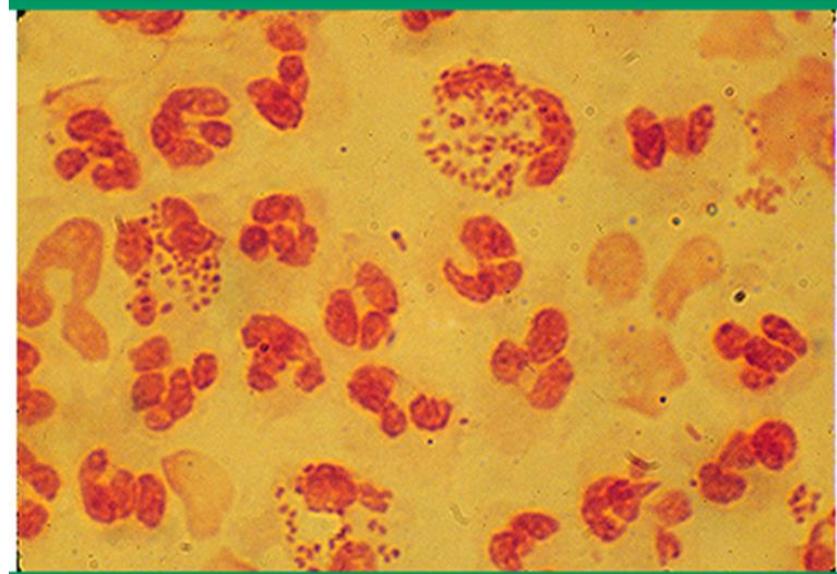
L'examen direct est le suivant :

Qu'en pensez-vous?

**Cocci GRAM négatif
intracellulaires**

Cela confirme-t-il l'hypothèse?

Oui



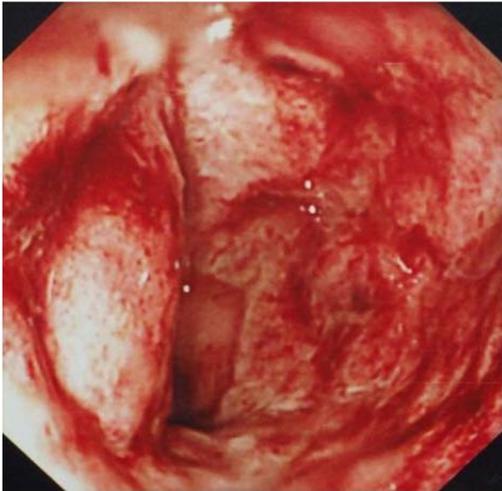


24 ans

Diarrhées sanglantes depuis 4 mois, douleur à la défécation, et perte de poids de 3kg.

Pas d'antécédent personnel ou familial notable.

Sigmoidoscopie sous AG :



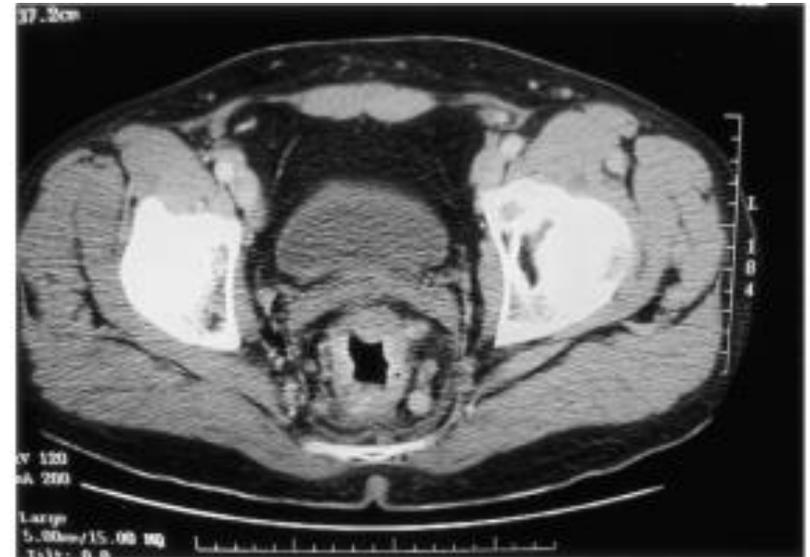
Fissure anale postérieure,
inflammation diffuse du rectum et
de la partie inférieure du sigmoïde

Histologie : ulcérations, infiltrat
inflammatoire chronique,
granulome, pas d'abcès.

-> en faveur d'une maladie de
Crohn

Traitement : mesalazine 800 mg/j
et prednisolone 30 mg/jour





Consulte au CEGGID 4 mois plus tard en demandant un test HIV.

Bilan IST

Test HIV +. CD4 25/mm³ CV VIH 159000 copies

TPHA 1/1280 VDRL ½

Ag HbS – Ac anti-HbS + Ac anti-HbC –

Sérologie VHC –

PCR *Chlamydia trachomatis* - dans les urines

Rectoscopie : muqueuse érythémateuse et hémorragique

Hypothèses :

A Donovanose

B Crohn sévère résistant à la première ligne de ttt

C lymphogranulomatose vénérienne

D infection opportuniste autre

LYMPHOGRANULOME VENERIEN ou Maladie de Nicolas Favre

Clinique en trois stades successifs:

1
u
2
p
3
v
re
v



naux, ou

ectite

vaire,

vesico vaginales, élephantiasis de la
éral; **cancérisation possible**

D
L
H



s (



ng x2/jour pendant trois semaines

T



-  depuis 2012
- 84% HSH
 - +99% 2013- 2015
- Hétéro + 64% même période
- 70% de co-infection VIH (HSH++)
- Augmentation sérotype non-L
- Cas de rectite non-L chez la femme

