



# Cas cliniques

Dr Diane Sanderink  
Assistante spécialiste SMIT

1<sup>ère</sup> Journée d'Infectiologie Angevine  
15/05/2018

# Cas clinique n° 1

- Vous voyez en consultation M. R., 55 ans. Il est traité par oméprazole. Il n'a pas d'allergie. Il présente depuis 48h une fièvre à 39°C et une douleur de la fosse iliaque gauche. A l'examen, les constantes sont normales, il existe une 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



1 - 1. Vous adressez le patient aux Urgences

2 - 2. Vous prescrivez un bilan biologique

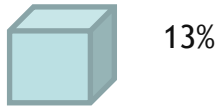
3 - 3. Vous prescrivez une échographie abdominale

4 - 4. Vous prescrivez une TDM abdominale injectée

5 - 5. Vous prescrivez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique par voie orale

# Cas clinique n° 1

1 - 1. Vous adressez le patient aux Urgences



2 - 2. Vous prescrivez un bilan biologique



3 - 3. Vous prescrivez une échographie abdominale



4 - 4. Vous prescrivez une TDM abdominale injectée



5 - 5. Vous prescrivez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique par voie orale



# Cas clinique n° 1

- Vous voyez en consultation M. R., 55 ans. Il est traité par oméprazole. Il n'a pas d'allergie. Il présente depuis 48h une fièvre à 39°C et une douleur de la fosse iliaque gauche. A l'examen, les constantes sont normales, il existe une 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

- *Diverticulose colique*: anomalie anatomique acquise du côlon caractérisée par la présence de diverticules
- *Maladie diverticulaire*:
  - Diverticulite et ses complications
  - Hémorragie d'origine diverticulaire
- *Diverticulite*: inflammation/infection d'origine diverticulaire
- *Diverticulite compliquée*: complications locales
  - Abscès, fistules, péritonites d'origine diverticulaire et sténoses

- Clinique

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

- Biologie

- Syndrome inflammatoire

- Imagerie

- TDM abdominale injectée: diagnostic positif, différentiel, complications

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

# Classification de Hinchey

- **Stade I:**
  - Ia: diverticulite non compliquée: présence de diverticules, épaissement de la paroi colique, infiltration de la graisse péri-colique
  - Ib: abcès péricolique
- **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 la (diverticulite non compliquée).
  
- 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



16

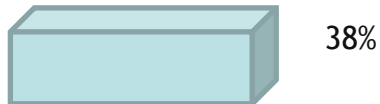
- 1 - Traitement ambulatoire
- 2 - Traitement symptomatique
- 3 - Antibiothérapie PO par amoxicilline-acide clavulanique
- 4 - Antibiothérapie PO par céfixime + métronidazole
- 5 - Antibiothérapie PO ciprofloxacine + métronidazole

## Question 2

1 - Traitement ambulatoire



2 - Traitement symptomatique



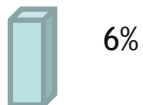
3 - Antibiothérapie PO par amoxicilline-acide clavulanique



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).
- 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

# 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

Novembre 2017

Classification ASA. 1 : patient normal ; 2 : patient avec anomalie systémique modérée ; 3 : patient avec anomalie systémique sévère ; 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ; 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention ; 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

# Traitement sans antibiotique

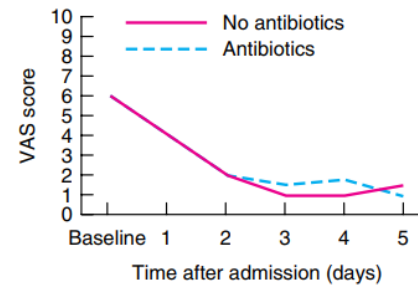
## ■ Etude randomisée multicentrique

- Diverticulite aigue non compliquée confirmée au TDM
- Antibiotique n = 314 vs traitement symptomatique n = 309

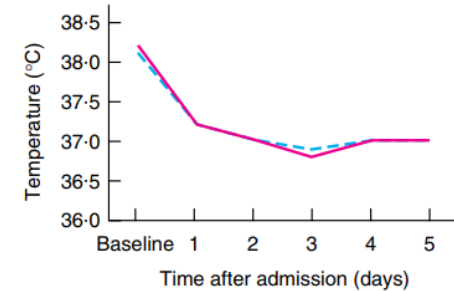
**Table 4** Complications, surgery, hospital stay and recurrent diverticulitis

	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  $\chi^2$  test, except ‡Student's *t* test.



**a** Abdominal pain



**b** Temperature

Daniels L. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. Br J Surg 2017

## 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



17

- 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

1 - Traitement symptomatique



2 - Antibiothérapie PO amoxicilline-acide clavulanique



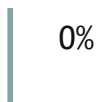
3 - Antibiothérapie IV amoxicilline-acide clavulanique



4 - Antibiothérapie pendant 7 jours



5 - Antibiothérapie pendant 10 jours



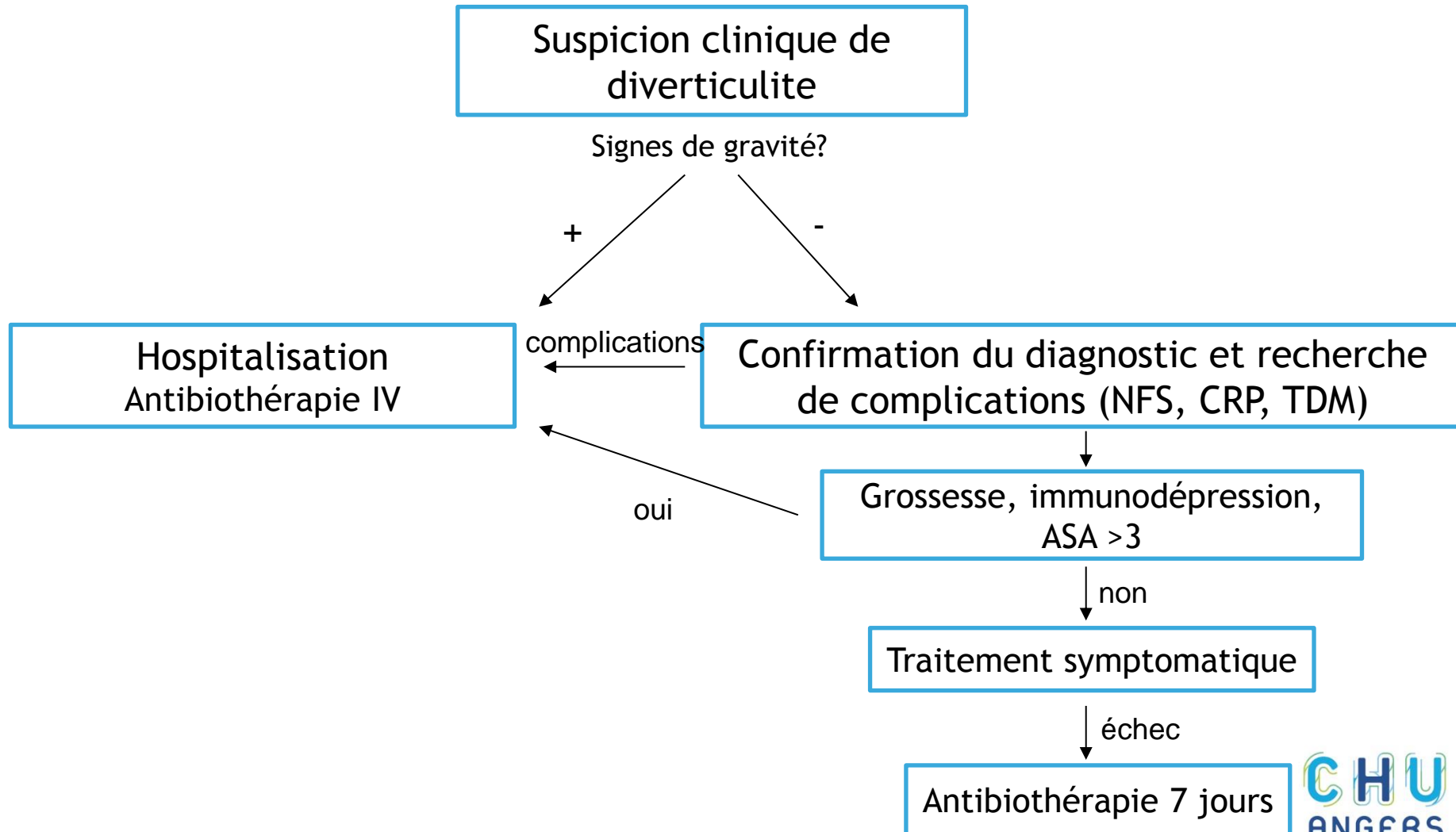
## Question 3

- 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

# Diverticulite non compliquée

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

# Synthèse diverticulite



## Question 4

- Mr R. revient vous voir 10 jours plus tard. Les symptômes avaient régressés, mais 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 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

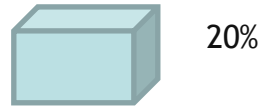


15

- 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

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 10 jours plus tard. Les symptômes avaient régressés, mais 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 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*: traitement

- 1<sup>er</sup> épisode non grave:
  - Métronidazole 500mg x 3/j 10 jours
- 1<sup>er</sup> épisode grave
  - Vancomycine PO 125 mg/6h 10 jours

# Colite à *Clostridium difficile*: signes de gravité

Catégorie	Signes et symptômes
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Fièvre</b> &gt; 38,5° C</li><li>• <b>Frissons</b></li><li>• <b>Instabilité hémodynamique</b></li><li>• <b>Insuffisance respiratoire</b> nécessitant une ventilation mécanique</li><li>• <b>Péritonite</b></li><li>• <b>Iléus colique</b></li></ul> <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"><li>• <b>Leucocytose</b> &gt; 15 000/mm<sup>3</sup></li><li>• <b>Créatininémie</b> &gt; 50% au dessus de la valeur de base</li><li>• <b>Lactatémie</b> ≥ 5 mmol/L</li><li>• Albuminémie &lt; 30 g/L</li></ul>
Coloscopie ou sigmoïdoscopie	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Colite pseudomembraneuse</b></li></ul>
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Distension colique</b> (diamètre &gt; 6 cm).</li><li>• <b>Épaississement de la paroi colique</b>, incluant un épaississement transmural hypodense.</li><li>• Densité de la <b>graisse péricolique</b>.</li><li>• <b>Ascite</b></li></ul>

- Tableau clinique compatible
- Présence de *Clostridium difficile* dans les selles
  - GDH (glutamate déshydrogénase)
- ET sécréteur de toxine
  - Mise en évidence d'une souche toxigène: 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.
  
- 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

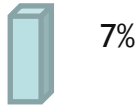


15

- 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

1 - Traitement hospitalier



2 - Traitement ambulatoire



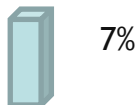
3 - Antibiothérapie par métronidazole PO 500 mg x3/j



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.
- 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<sup>er</sup> épisode non grave:
  - Métronidazole 500mg x 3/j 10 jours
- 1<sup>er</sup> épisode grave
  - Vancomycine PO 125 mg/6h 10 jours
- 1<sup>ère</sup> 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



# Facteurs associés à la récurrence

- Age  $\geq$  65 ans
- Poursuite d'une antibiothérapie
- Comorbidité
- Antécédent d'infection à *Clostridium difficile*
- Utilisation d'IPP
- Gravité initiale

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



# SITUATIONS CLINIQUES

## Adénopathies

# Situation 1

- M. M., 18 ans consulte pour une tuméfaction inguinale droite douloureuse apparue il y a 1 semaine, dont le volume se majore, associée à une fièvre à 38,8° et à une altération de l'état général.
- L'examen retrouve une adénopathie de 3 x 2 cm, fluctuante, douloureuse, érythémateuse.
- Formation agent de sécurité dans le cadre du service militaire volontaire. Chaton au domicile.
- Quels examens réalisez-vous?
  - 1. Sérologie syphilis
  - 2. Ponction ganglionnaire et culture bactériologique
  - 3. Ponction ganglionnaire avec PCR *Bartonella henselae*
  - 4. Sérologie *Bartonella henselae*
  - 5. Biopsie ganglionnaire



- 1 - Sérologie syphilis
- 2 - Ponction ganglionnaire et culture bactériologique
- 3 - Ponction ganglionnaire avec PCR Bartonella henselae
- 4 - Sérologie Bartonella henselae
- 5 - Biopsie ganglionnaire

# Situation 1

1 - Sérologie syphilis



2 - Ponction ganglionnaire et culture bactériologique



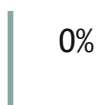
3 - Ponction ganglionnaire avec PCR Bartonella henselae



4 - Sérologie Bartonella henselae



5 - Biopsie ganglionnaire



# Situation 1

- M. M., 18 ans consulte pour une tuméfaction inguinale droite douloureuse apparue il y a 1 semaine, dont le volume se majore, associée à une fièvre à 38,8° et à une altération de l'état général.
- L'examen retrouve une adénopathie de 3 x 2 cm, fluctuante, douloureuse, érythémateuse.
- Formation agent de sécurité dans le cadre du service militaire volontaire. Chaton au domicile.
- Quels examens réalisez-vous?
  - 1. Sérologie syphilis
  - 2. Ponction ganglionnaire et culture bactériologique
  - 3. Ponction ganglionnaire avec PCR *Bartonella henselae*
  - 4. Sérologie *Bartonella henselae*
  - 5. Biopsie ganglionnaire

# Maladie des griffes du chat

## Epidémiologie

- *Bartonella henselae*
- Morsure/griffure chat(on), puces de chat
- Enfant, jeune adulte

## Diagnostic

- Indirect: sérologie
- Direct: PCR pus

## Clinique

- Incubation 2-3 semaines
- Adénite cervicale, axillaire, épitrochléenne, inguinale
- Signes généraux en général discrets
- Autres formes (endocardite, immunodéprimé)

## Traitement

- Efficacité non prouvée
- Azithromycine souvent proposée
- Ponctions itératives
- Evolution lente



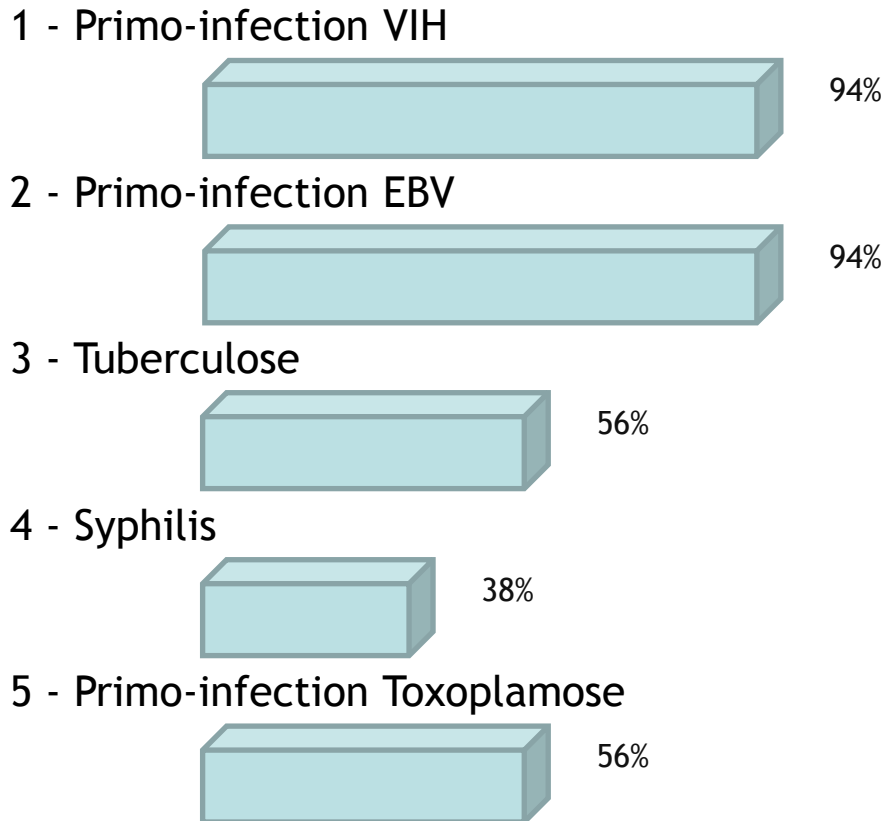
## Situation 2

- M. O., 17 ans. Pas d'antécédent. Originaire d'Algérie, en France depuis l'âge de 1 an.
- Depuis 1 mois, asthénie, perte de 2 kg et sueurs nocturnes. Adénopathies cervicales centimétriques, axillaires et inguinales infracentimétriques, non inflammatoires. Pas d'angine.
- Bilan biologique : hyperleucocytose à 22 G/l avec hyperlymphocytose à 13,8 G/l, 20% lymphocytes hyperbasophiles, pas d'anémie, pas de thrombopénie, ASAT 89 UI/L, ALAT 200 UI/l, CRP 24 mg/l
- Quels sont les diagnostics possibles?
  - 1. Primo-infection VIH
  - 2. Primo-infection EBV
  - 3. Tuberculose
  - 4. Syphilis
  - 5. Primo-infection Toxoplasmose



- 1 - Primo-infection VIH
- 2 - Primo-infection EBV
- 3 - Tuberculose
- 4 - Syphilis
- 5 - Primo-infection Toxoplasmose

# Situation 2



## Situation 2

- M. O., 17 ans. Pas d'antécédent. Originaire d'Algérie, en France depuis l'âge de 1 an.
- Depuis 1 mois, asthénie, perte de 2 kg et sueurs nocturnes. Adénopathies cervicales centimétriques, axillaires et inguinales infracentimétriques, non inflammatoires. Pas d'angine.
- Bilan biologique : hyperleucocytose à 22 G/l avec hyperlymphocytose à 13,8 G/l, 20% lymphocytes hyperbasophiles, pas d'anémie, pas de thrombopénie, ASAT 89 UI/L, ALAT 200 UI/l, CRP 24 mg/l
- Quels sont les diagnostics possibles?
  - 1. Primo-infection VIH
  - 2. Primo-infection EBV
  - 3. Tuberculose
  - 4. Syphilis
  - 5. Primo-infection Toxoplasmose

# Principales étiologies polyadénopathies

Infectieuses	Bactériennes	Mycobactéries, syphilis,
	Virales	Primo-infection EBV, CMV, VIH
	Parasitaires	Primo-infection toxoplasmose
Non infectieuses	Hémopathies	
	Maladies systémiques	
	Médicaments	

- NFS, CRP
- Sérologies EBV, CMV, VIH, toxoplasmose
- Sérologie syphilis
- Cytoponction/biopsie ganglionnaire

## Situation 3

- M. P., 28 ans. Pas d'antécédent. Agriculteur (élevage de bovins et caprins), chasseur (lièvre).
- Il y a 1 mois, panaris d'un doigt associé à des adénites au niveau épicondylien et axillaire, > 3cm, inflammatoires, avec fièvre et altération de l'état général.
- Mauvaise évolution sous antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique.
  
- Quel est votre diagnostic?
  - 1. Maladie des griffes du chat
  - 2. Pasteurellose
  - 3. Maladie de Lyme
  - 4. Tularémie
  - 5. Tuberculose



1 - Maladie des griffes du chat

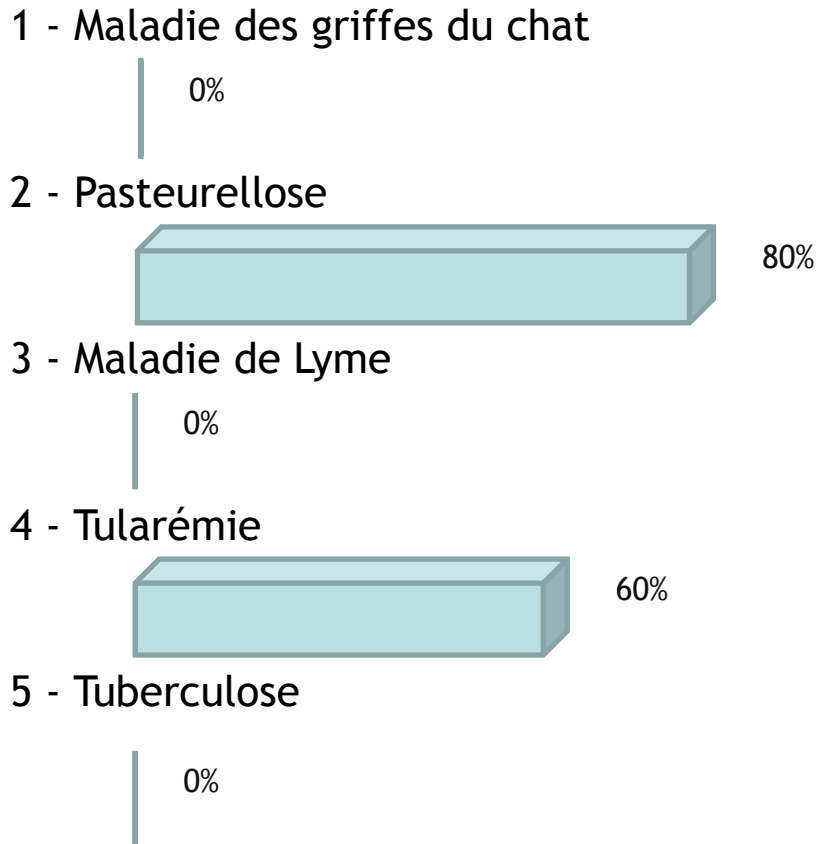
2 - Pasteurellose

3 - Maladie de Lyme

4 - Tularémie

5 - Tuberculose

# Situation 3





## Situation 3

- M. P., 28 ans. Pas d'antécédent. Agriculteur (élevage de bovins et caprins), chasseur (lièvre).
- Il y a 1 mois, panaris d'un doigt associé à des adénites au niveau épicondylien et axillaire, > 3cm, inflammatoires, avec fièvre et altération de l'état général.
- Mauvaise évolution sous antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique.
- Quel est votre diagnostic?
  - 1. Maladie des griffes du chat
  - 2. Pasteurellose
  - 3. Maladie de Lyme
  - 4. **Tularémie**
  - 5. Tuberculose

# Tularémie

## Epidémiologie

- *Francisella tularensis*
- Contact direct lièvre/lapin, plus rarement piqûre de tique
- Chasseurs

## Diagnostic

- Indirect: sérologie
- Direct: PCR pus (laboratoire niveau 3)

## Clinique

- Incubation quelques jours à 14 jours
- Forme ulcéro-ganglionnaire / ganglionnaire: lésion d'inoculation et adénopathie inflammatoire satellite
- Formes pulmonaire, septicémique

## Traitement

- Doxycycline 14 jours
- Alternative fluoroquinolones
- Aminosides dans les formes graves