

CAS CLINIQUE

INFECTION CUTANÉE

D. Descamps, Bactériologie
CH Béthune

E. Senneville, Maladies Infectieuses
CH Tourcoing

Lille, 19 Juin 2008



Cas clinique

- Mme J.F. X...ski 78 ans, vit en institution depuis 6 ans; elle s'y trouve très bien, le personnel est gentil
- Elle vit avec son canari (son mari est mort il y a 7 ans); elle n'a aucun traitement en dehors d'un Lasilix[®] 20mg par jour
- J.F. est alitée depuis 3 semaines à la suite d'une fracture du col fémoral gauche ostéo-synthésée par plaque-vis
- Elle est porteuse d'une escarre de décubitus au niveau sacré paramédian gauche découverte il y a maintenant 2 semaines



Cas clinique

- Depuis 48h J.F. « change » selon les ASH
- Effectivement, elle parle un peu moins souvent de son canari (Tino) qu'elle se reprochait pourtant d'avoir laissé tout seul aux « Acacias Bleus »
- De plus, elle fait entre 38°7 et 39°1 depuis hier soir avec des frissons; elle (re)parle maintenant en Polonais
- L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale; l'examen est inchangé excepté l'aspect de son escarre que vous trouvez « changée»
- C'est vendredi et il est déjà 18h

Cas clinique

- Vous venez de recevoir le bilan piqué ce matin en urgence:
 - 15.800 leucocytes/mm³ (91% PNN)
 - 110.000 plaquettes /mm³
 - CRP 310 mg/L
 - Créatinine sanguine 18 mg/L, urémie 0.90 g/L
 - ASAT/ALAT 90/110 UI/L
 - BU (non sondée) L+/N+, hémoc (2) prélevées

Photo de l'escarre de J.F.



Photo présentée avec la permission de la propriétaire

- Faîtes-vous un prélèvement de la plaie et si oui, lequel?

- Intérêt du prélèvement bactériologique seulement en cas de signes d'infection active
- plvt à « visée diagnostique » ≠ « visée épidémiologique »

- Technique de prélèvement adaptée au type de plaie, à la forme clinique et à la profondeur de l'infection.
- Avant toute antibiothérapie
- Après préparation de la plaie

Les Prélèvements

① **Superficiels:** - écouvillonnage de la plaie

② **Profonds:**

- aspiration à l'aiguille
- biopsie tissulaire
- biopsie osseuse



⌘ Les prélèvements bactériologiques ne sont indiqués qu'en cas d'infection établie **cliniquement**

⌘ Ne sont à faire que sur une **plaie débridée**



Préférer le curetage écouvillonnage

JP Lavigne



Quelle microbiologie en cause ?

- **Plaie récente** : cocci à Gram positif (staphylocoque doré, streptocoque β -hémolytique)
- **Plaie chronique** : idem + bacilles à Gram négatif +/- entérocoque et anaérobies
- Dermatophytes et levures exceptionnelles
- Bactéries à l'origine des "échecs" de couverture antibiotique :
 - SARM
 - BGN résistant aux pénicillines de spectre étroit (*Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp., ...)
 - *anaérobies*



Résumé microbiologie

- Microbiologie dominée par
 - le polymicrobisme
 - l'association aéro/anaérobie
- Tissus infectés mal vascularisés
- Patients fragiles
- Bactériémies fréquentes :
 - 79% en cas de sepsis et escarres de décubitus
 - 2^{ème} cause de bactériémie en long séjour

(Bowler, *Int J Dermatol* 1999;38:573-8; Muder, *Clin Infect Dis* 1992;14:647-54)



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- radiographie standard du bassin: *Nle*
- échographie des parties molles: *Nle*
- scanner sans injection: *infiltration des tissus sous- cutanés*
- IRMN: *RDV dans 6 semaines*
- scintigraphie couplée Te/Ga: *négociation en cours*



Faut-il prescrire des antibiotiques ?

- On ne traite que les plaies infectées
- On ne traite pas systématiquement les plaies aiguës, excepté certaines plaies par inoculation, notamment les morsures (Cummings, *Am J Emerg Med* 1995; 13:396-400)
- **Les antibiotiques doivent être réservés aux plaies chroniques infectées :**
 - ulcères de jambes (veineux, artériels)
 - escarres de décubitus
 - mal perforant plantaire



CHOIX DES MOLECULES DE 1^{ÈRE} INTENTION

Quelle est votre proposition de
traitement antibiotique pour J.F.?



Pré-requis de l'antibiothérapie

- large spectre (strepto/staph, entérobactéries +/- *Pseudomonas* spp., anaérobies); **BMR??**
- forte dose
- administration parentérale
- association (spectre, bactéricidie)
- prolongée (relais par voie orale)
- adaptée aux caractéristiques du patient



Principes de prescription

- Réduire les prescriptions aux seules situations d'infection avérée ou fortement suspectée
- Débuter l'administration après les prélèvements à visée microbiologique
- N'utiliser les fluoroquinolones, l'acide fusidique, la rifampicine, voire la clindamycine qu'en 2^{ème} choix (résistance bactérienne, utiles «plus tard» en cas d'ostéite)
- Utiliser les fortes posologies et les rythmes d'administration corrects des molécules



Antibiothérapie

Indication de traitement antibiotique

- 1) prélèvement à visée microbiologique
- 2) antibiothérapie **probabiliste**
- 3) adaptation du traitement
 - évolution favorable
 - l'antibiothérapie initiale doit être poursuivie
 - en cas de prescription initiale de molécules à spectre large (couverture des SARM et/ou des BGN multirésistants) et que ces pathogènes n'ont pas été isolés dans les prélèvements : **désescalade thérapeutique** vers des molécules à spectre plus étroit



Antibiothérapie

- évolution défavorable
 - vérifier l'adéquation entre les résultats des cultures et l'antibiothérapie initiale et adapter le cas échéant en couvrant les pathogènes isolés
 - lorsque aucun pathogène résistant n'a été mis en évidence sur les prélèvements, vérifier l'existence d'une extension de l'infection vers les tissus profonds et/ou une ischémie tissulaire, une inobservance du traitement ou toute autre cause d'échec
- même en l'absence de staphylocoque doré dans les prélèvements, il semble licite d'inclure cette bactérie dans le « pari » antibiotique



Antibiothérapie des plaies chroniques

- 1) infection de la plaie sans sepsis
 - Sans facteur de risque de SARM
 - en l'absence d'allergie
 - amoxicilline-acide clavulanique (1g/8h, PO)
 - allergie (vraie)
 - ceftriaxone (1g, IV-IM/j), + métronidazole (500mg, PO /8h)
 - allergie grave
 - clindamycine (300-450mg, PO/8h) + ofloxacine (200 mg, PO/12h)
 - Avec facteur de risque de SARM
 - TMP-SMX (400/80mg /8h, PO) + amoxicilline-acide clavulanique (1g/8h, PO)



Antibiothérapie des plaies chroniques

- 2) infection de la plaie avec sepsis :
 - Sans facteur de risque de BMR
 - en l'absence d'allergie
 - amoxicilline-acide clavulanique (2g/8h, IV) + aminoside* (gentamicine 3-5 mg/kg, IV DU/j)
 - allergie (vraie) aux β -lactamines
 - ceftriaxone (1g, IV-IM/j), ou céfotaxime (1g, IV/8h) + métronidazole (500mg, IV /8h) + aminoside* (gentamicine 3-5 mg/kg, IV DU/j)
 - allergie grave aux β -lactamines
 - clindamycine (300-450mg, IV/8h) + ofloxacine (200 mg, IV/12h) + aminoside (gentamicine 3-5 mg/kg, IV DU/j)
 - * remplacer par (lév)ofloxacine si insuffisance rénale



Antibiothérapie des plaies chroniques

- 2) infection de la plaie avec sepsis :
 - Avec facteur de risque de BMR
 - *Pseudomonas* spp.
 - [pipéracilline-tazobactam (4g, IV/8h) ou ticarcilline-acide clavulanique (5g, IV/8h)] ou [ciprofloxacine (400mg, IV/8h) + métronidazole (500mg, IV/8h) si allergie vraie grave] + amikacine (15 mg/kg, IV DU/j)
 - SARM
 - glycopeptide (vancomycine 15mg/kg PIV /60' puis 30-40mg/kg, SAPc /j ou téicoplanine 6 mg/kg, IV/12h X 3-5 doses puis DU/j) ou linézolide 600mg/12h ou daptomycine 4mg/kg/j + gentamicine (3-5 mg/kg, IV DU/j)



Antibiothérapie des plaies chroniques

- 3) infection de la plaie avec sepsis sévère ou choc septique :
 - [pipéracilline-tazobactam (4g, IV/8h) ou ticarcilline-acide clavulanique (5g, IV/8h)] ou [ciprofloxacine (400mg, IV/12h) + métronidazole (500mg, IV/8h) si allergie aux β -lactamines vraie grave]

+

 - glycopeptide (vancomycine 500mg PIV /30' puis 30-40mg/kg, SAPc /j ou téicoplanine 6 mg/kg, IV/12h X 3-5 doses puis DU/j)

+

 - gentamicine 3-5 mg/kg, IV DU/j



CONCLUSIONS

- Impliquer les infectiologues et les microbiologistes dans les situations difficiles
- Mettre en place une surveillance de l'écologie des services exposés à ce type de malades et de leur isolement +++
- Etablir des protocoles d'antibiothérapie

