

Cas Clinique

COLLÈGE DE MALADIES INFECTIEUSES

LE 28 OCTOBRE 2011

Rdt Ahmed Ben Saad

Dr Foued Bellazreg

**SERVICE DE MÉDECINE INTERNE ET
MALADIES INFECTIEUSES- CHU FH SOUSSE**

- Patient MH âgé de 72 ans
- BPCO post tabagique depuis 10 ans, stade IV (dyspnée de repos), traité par Formotérol – budésonide
- Pas de diabète, pas d'HTA, pas d'insuffisance cardiaque

HMA

- Consulte aux urgences, le 14 juin, pour :
- Expectorations purulentes et plus abondantes depuis 7 jours
- Aggravation de la dyspnée de repos + fièvre depuis 48 heures
- Pas de rhinorrhée, pas de conjonctivite

Examen Clinique

- Glasgow 15/15
- TA = 12/7, pouls = 85 b/mn, régulier
- T = 38.3°C
- FR = 24 c/mn; Pas de cyanose; Pas d'OMI
- Tirage inter costal et sus sternal
- Râles ronflants et sibilants diffus

Question 1

Diagnostic le plus probable ?

- Bronchite aigue

- Pneumopathie aigue communautaire

- Exacerbation de bronchite chronique (EABC)

- Grippe

Critères diagnostics d'une EABC

Majoration ou apparition d'un ou plusieurs symptôme(s) de la maladie :

- Toux
- Expectoration
- Dyspnée

SpIf(2003)
Afssaps (2005)

Question 2 :

Faut – il hospitaliser ce patient?

- Oui

- Non

Critères d'hospitalisation d'une EABC

- **Age supérieur à 70 ans**
- modification importante des symptômes habituels telle que l'apparition d'une **dyspnée de repos**
- BPCO sévère
- apparition de signes cliniques nouveaux tels qu'une cyanose ou des oedèmes périphériques
- présence de comorbidités
- apparition d'une arythmie
- diagnostic incertain
- manque de ressources à domicile

spilf 2006

- Le patient a été hospitalisé en Maladies Infectieuses

Question 3

Quel est l'examen complémentaire à demander en première intention?

- NFS

- Radio thorax

- GDSA

- Transaminases

- 2 HC



- Radio thorax : Distension thoracique, pas de foyer de pneumopathie alvéolaire
- NFS : GB = 11000, PNN = 8000 éltts/mm³,
Hb = 15 g/dl, plt = 200 000 elts/mm³
- GDASA : pH = 7.35
HCO₃⁻ = 30 mmol/L, PCO₂ = 50 mm Hg
PaO₂ = 70 mm Hg, SaO₂ = 95%

Question 4

Microorganisme(s) responsable(s)

- Pneumocoque

- *Haemophilus influenzae*

- Virus

- *Legionella pneumophila*

- *Escherichia coli*

- EABC : origine :
 - Non infectieuse : 50%
 - Infectieuse : 50 %, dont la moitié seulement seraient d'origine bactérienne

- En faveur de l'origine bactérienne :
 - Augmentation du volume et de la purulence de l'expectoration +++

- Patient a été hospitalisé en pneumologie il y a 4 mois pour EABC traitée par Amoxicilline – acide clavulanique

Q5 : Faut t-il faire un examen cytobactériologique des crachats (ECBC) chez ce patient?

- Oui

- Non

ECBC

- **Indications :**
- Antibiothérapie ou hospitalisation récentes (risque de BMR)
- Echec de l'antibiothérapie de première intention
- L'ECBC peut permettre d'adapter l'antibiothérapie en cas de modification de la flore bactérienne

Question 6

Antibiothérapie de première intention

- Céfixime (Oroken)

- Amox-Clav (Augmentin)

- Amoxicilline

- Erythromycine

- Doxycycline

Question 7

A-t-il des facteurs de risque d'infection par un PSDP?

- Oui

- Non

- **Facteurs de risque d'infection par un PSDP :**
- Age > 65 ans
- Antibiothérapie dans les 6 mois précédents
- Hospitalisation dans les 6 mois

- ECBC positif à pneumocoque :

péni G - I (CMI = 1 mg/L)

amox - I (CMI = 1 mg/L)

céfotaxime - S

érythromycine - R

lévofloxacine - S

Faut t -il changer l'ATB?

- Oui

- Non

car l'amoxicilline-acide clavulanique est efficace sur PSDP

- On a continué le traitement par augmentin
- Évolution favorable :
 - Apyrexie au bout de 48h
 - Diminution de la dyspnée
 - Expectorations devenues blanchâtres et moins abondantes

Question 8

Durée de l'antibiothérapie?

• 4 j

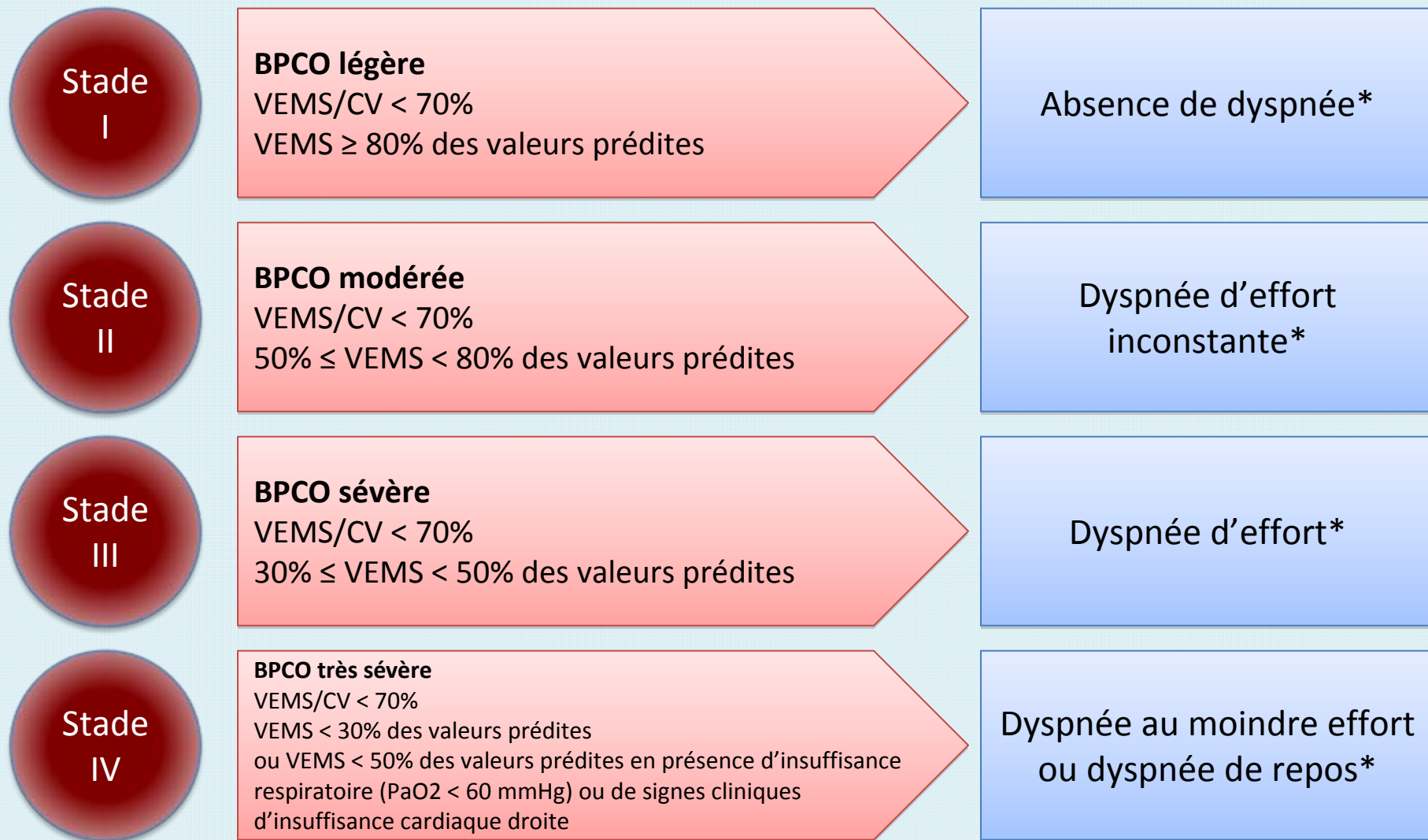
• 7 j

• 10 j

• 14 j

• 21 j

Stades de la BPCO d'après GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)



* Evaluée en dehors de toute exacerbation

Exacerbations de BPCO : Indications et Choix de l'ATB

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
En absence d'EFR connus	Résultats EFR connus		
Absence de dyspnée	VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS ≤ 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou cefpodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristnamycine (ou télichromycine)
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou céphalosporine de 3 ^{ème} génération injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine)

* L' émergence de souches sécrétrices de bêta lactamase dans la communauté devrait faire limiter leur utilisation.
Remarque : compte tenu des études, aucune hiérarchisation des molécules n' a pu être établie au sein de chaque groupe.

Exacerbations des Bronchopneumopathies Chroniques Obstructives

Pénicillines A	Amoxicilline PO : 1 g x 3/j Amoxicilline/acide clavulanique PO (rapport 8/1) : 1 g x 3/j (dose exprimée en amoxicilline)
Céphalosporine de deuxième génération orale	Céfuroxime-axétil PO : 250 mg x 2/j
Céphalosporines de troisième génération orales*	Cefpodoxime-proxétil PO : 200 mg x 2/j Céfotiam-hexétil PO : 400 mg x 2/j
Céphalosporines de troisième génération injectables	Ceftriaxone IV/IM/SC : 1 à 2 g x 1/j - Durée de traitement : 5 jours. Céfotaxime IV : 1 à 2 g x 3/j
Synergistine	Pristinamycine PO : 1 g x 3 / j ; à prendre au moment des repas – Durée de traitement : 4 jours
Kétolide	Télithromycine PO : 800 mg x 1/j – Durée de traitement : 5 jours
Macrolides	Azithromycine PO : 500 mg le premier jour, puis 250 mg les 4 jours suivants. Durée de traitement : 5 jours. Erythromycine : IV : 1 g x 3 à 4 / j ; PO : 1 g x 3 / j Clarithromycine PO (standard) : 500 mg x 2/j Clarithromycine PO (cp à libération prolongée) : 1 g x 1 / j. Durée de traitement : 5 jours Josamycine PO : 1 g x 2/j Roxithromycine PO : 150 mg x 2/j Spiramycine : IV : 1.5 MUI x 3/j ; PO : 6 à 9 MUI/j en 2 ou 3 prises
Fluoroquinolone anti-pneumococcique	Lévofloxacine PO : 500 mg x 1/j Moxifloxacine PO : 400 mg x 1/j

PO : per os (voie orale) ; IM : intra-musculaire ; IV : intraveineux ; SC : sous-cutané

* Le céfixime n'est pas conseillé compte tenu de son manque d'efficacité sur le pneumocoque

- Les fluoroquinolones anti-pneumococciques (FQAP) ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu une fluoroquinolone, quelle qu'en soit l'indication, dans les 3 derniers mois
- Il est recommandé de les utiliser avec prudence en institution (risque de transmission de souches résistantes) et chez les sujets âgés sous corticothérapie par voie générale (risque accru de tendinopathie).

- Durée de l'antibiothérapie dans l'EABC :
 - 7 à 10 jours
 - 5 jours si lévofloxacine ou kétolide
(télithromycine)
 - 4 jours si pristinamycine

Merci de votre attention