

CAS CLINIQUE N° 2

Dr. L.Ammari, P. Tiouiri Benaissa H

Collège des Maladies Infectieuses

Monastir , le 3 Avril 2009

- Monsieur Adel âgé de 23 ans originaire de Sejnane admis le 11 Août 2008 pour exploration **d'une fièvre.**

- **Antécédents:** il est suivi pour tétralogie de Fallot réparée en 2003.

- **Symptomatologie :**

début brutal le 2 Août 2008 :

fièvre précédée de frissons

des douleurs basi-thoraciques G, dyspnée

une toux productive de crachats hémoptoïques.

■ A l'examen :

T° 38,8

Souffle systolique au foyer tricuspide

Cyanose labiale

hippocratisme digital

pas de signe de lutte respiratoire

Examen pulmonaire normal

Présence de caries dentaires

pas de splénomégalie ni hépatomégalie

- **La radio de thorax :**

Silhouette cardiaque normale

image hydro-aérique arrondie apicale gauche

- **Hémogramme :**

Leucocytes : 11800 /mm³, Hb : 12,7 g/dl

plaquettes : 280000 /mm³

- **La VS :** 65 mm 1^{ère} heure ,

- **CRP :** 121 mg/l

- **Les hémocultures (2) :**

streptococcus du groupe C sensible à la pénicilline G

- **Échographie cardiaque transthoracique :**

- Tétralogie de Fallot avec une hypoplasie de la voie pulmonaire
- une végétation en choux fleur sur des valves tricuspides épaissies
- Insuffisance tricuspidiennne modérée

Dg : Endocardite droite certaine à porte d'entrée buccodentaire avec localisation septique pulmonaire

Le 15 Août 2008 :

Ttt : ampicilline 8 g/j + Gentamycine 160 mg/j (10 j)

Évolution initiale :

- apyrexie dès 5 jours de traitement
- Disparition de la toux
- Veinites itératives aux points d'injection
- thrombose ilio-fémorale gauche traitée par AVK

Le 15 Septembre 2008 (J29) :

réapparition de la fièvre à 39°C

l'auscultation pulmonaire est normale

l'examen abdominal est normal

le souffle cardiaque est inchangé,

pas de signes de défaillance hémodynamique

Les mollets sont souples

l'examen cutané est normal, pas de signes évolutifs de
veinite

l'examen neurologique est normal

* **Hémocultures** : négatives

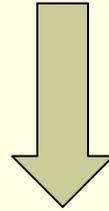
* **Echographie cardiaque** (1 mois) : Pas de végétations

* **NFS** : GB : 12000/mm³, PNN : 9700/mm³,
Eosinophilie: 1200/mm³ Hb : 12g/dl

* **Insuffisance rénale** : créatinémie : 25 mg/l

* **VS** : 12 mm 1^{ère} heure, **CRP** : 56 mg/l

Une fièvre aux antibiotiques est suspectée



Allergie aux bêtalactamines

QUELLE EST L'ANTIBIOTHERAPIE DE RELAIS ?

Fluoroquinolones ?

Fosfomycine ?

Glycopeptides ?

Synergistines ?

Rifampicine ?

PRISTINAMYCINE : SPECTRE

COCCI Gram Positif

Staphylocoques

Streptococcus pyogènes

S.Pneumoniae

E. Faecium

COCCI Gram Négatif

B.catarrhalis

Neisseria

Bordetella pertussis

(*coccobacille*)

BACILLE Gram Négatif

Legionella

BACILLE Gram Positif

Corynebacterium

Bacillus anthracis

Anaérobies

Actinomyces

C.perfringens

Bacteroides fragilis

Eubacterium

Fusobacterium

Peptostreptococcus

Propionibacterium acnes

AUTRES

Chlamydia

Coxiella

M.hominis

M.pneumoniae

U.urealyticum

PRISTINAMYCINE : SPECTRE

Espèces naturellement résistantes

COCCI Gram Positif

E.Faecalis
Rhodococcus equi

BACILLE Gram Positif

Acinetobacter
Pseudomonas
Entérobactéries
Pasteurella

Anaérobies

Veillonella

Le 17 Septembre 2008 : J25 de ttt

Modification de l'antibiothérapie: **pristinamycine (3g/j)**

Le 21 Septembre 2008 :

J31 de ttt

J7 Pristinamycine

- Patient apyrétique
- Hémiplégie droite, aphasie, douleurs abdominales
- paralysie faciale droite centrale
- Le souffle cardiaque inchangé
- pas de signes d'insuffisance cardiaque

- TDM cérébral en urgence 21/Sep/ 2008 :

Hypodensité pariétale gauche

- Échographie cardiaque transoesophagienne:

pas de végétations

Insuffisance tricuspидienne modérée

- Échographie abdominale:

zone d'hypodensité au niveau de la rate

évoquant un infarctus splénique

- Angio-TDM cérébrale :

Thrombose totale de l'artère carotide interne et
de ses ≠ segments
+ thrombose de l'artère cérébrale moyenne
homolatérale

Faut-il changer l'antibiothérapie ?

Pourquoi ?

CAT : Modification de l'antibiothérapie : j31

remplacement de la pristinamycine par
fosfomycine + rifampicine
(en raison de sa diffusion cérébrale)

Évolution :

Récupération du déficit moteur,
apyrexie stationnaire

Réapparition de veinites aux points d'injection

⇒ recours à la voie orale J51 :

Rifampicine + Pristinamycine

Durée totale du ttt : 64 jours

TDM cérébral : stabilité des lésions cérébrales

PRISTINAMYCINE : INDICATIONS

- **Famille des streptogramines**
- **Indiquée dans les infections broncho-pulmonaires, sinusiennes, ostéo-articulaires, cutanées**
à l'exclusion des localisations neuro-méningées
- **Prophylaxie des endocardites en cas d'allergie aux bêtalactamines**

PRISTINAMYCINE

- **Absorption digestive** : bonne et rapide
- **Distribution** : excellente diffusion dans divers tissus. Elle ne passe pas dans le LCR.
- **Effets secondaires** :
 - * tr.digestifs : vomissements, épigastralgie, colite pseudo-membraneuse.
 - * Signes cutanées: pustulose éxanthématique aigue généralisée, purpura vasculaire, eczéma
 - * Signes d'hypersensibilité : urticaire, choc anaphylactique

CONCLUSION

- **Les indications des synergistines : variées**
- **Alternative thérapeutique en cas d'allergie aux bêtalactamines**
- **Peu d'effets indésirables**