

# Cas clinique

**Dr E. Senneville, S. N'Guyen, L. Legout**

Service Régional des Maladies Infectieuses  
CH de Tourcoing

# Cas

- ? Mrs H. Kimberly, 64 ans
- ? Diabète connu depuis plus de 10 ans
- ? Appel pour malaise, nausées
- ? À l'examen par ailleurs normal, il existe une lésion du pied gauche

? Quel est le grade PED **I**S de Kimberley ?

### **Grade 3**

Erythème > 2 cm plus un des éléments du grade 2

**OU**

Infection touchant les structures profondes (abcès, ostéite, arthrite, fasciite)

**ET**

Absence de signe de sepsis

# Qui envisage de prescrire des antibiotiques chez Kimberly ?



# Dans le cas de Kimberly, quel traitement prescririez-vous?

1. oxacilline
2. céphalexine
3. amoxicilline-acide clavulanique
4. lévofloxacine
5. acide fusidique
6. ceftriaxone

# Quelle microbiologie en cause ?

## ? Mal perforant plantaire diabétique

- L. Wheat , Arch Int Med 1986 - prélèvements superficiels, 94 patients

? <b>Staphylococcus aureus</b>	<b>46%</b>	? P. vulgaris	7%
? <b>Staphylococcus epidermidis</b>	<b>39%</b>	? <b>Morganella morganii</b>	<b>15%</b>
? <b>Enterococcus sp.</b>	<b>35%</b>	? Enterobacter aerogenes	7%
? Streptococcus bovis	2%	? E. cloacae	4%
? <b>streptocoque du groupe B</b>	<b>15%</b>	? Serratia marcescens	1%
? streptocoque du groupe A	3%	? <b>Pseudomonas aeruginosa</b>	<b>19%</b>
? <b>Streptococcus sp. autres</b>	<b>18%</b>	? <b>Pseudomonas sp.</b>	<b>5%</b>
? corynébactéries	28%	? Acinetobacter sp.	10%
? <b>E. coli</b>	<b>17%</b>	? Peptostreptococcus magnus	11%
? Klebsiella pneumoniae	8%	? <b>Peptostreptococcus sp. autres</b>	<b>35%</b>
? K. oxytoca	7%	? Bacteroides fragilis	5%
? Citrobacter freundii	6%	? <b>Bacteroides sp. autres</b>	<b>16%</b>
? C. diversus	2%	? Clostridium sp.	1%
? <b>Proteus mirabilis</b>	<b>24%</b>		

## ? Particularités

- plaies récentes superficielles : infections mono-microbiennes (streptocoque  $\beta$ -hémolytique, staphylocoque doré)

# Spectre utile de quelques molécules usuelles : plaies superficielles récentes

Atb / pathogène	staphylocoque	streptocoque	entérocoque	entérobactérie	anaérobies	Pyocyanique
amoxicilline	---	+++	+++	+/-	+/-	---
oxacilline	+++	++	---	---	---	---
C1G	+++	++	---	+/-	---	---
amox-clavu	++	+++	+++	++	+++	---
pristinamycine	+++	+++	---	---	++	---
acide fusidique	+++	++	---	---	+/-	---
ceftriaxone	++	+++	---	+++	---	---
FQ (oflo/cipro)	+++	+/-	---	+++	---	+++ (cipro)



# Spectre utile de quelques molécules usuelles : plaies superficielles récentes

Atb / pathogène	staphylocoque	streptocoque	entérocoque	entérobactérie	anaérobies	Pyocyanique
amoxicilline	---	+++	+++	+/-	+/-	---
oxacilline	+++	++	---	---	---	---
C1G	+++	++	---	+/-	---	---
amox-clavu	++	+++	+++	++	+++	---
pristinamycine	+++	+++	---	---	++	---
acide fusidique	+++	++	---	---	+/-	---
ceftriaxone	++	+++	---	+++	---	---
FQ (oflo/cipro)	+++	+/-	---	+++	---	+++ (cipro)

# Spectre utile de quelques molécules usuelles : plaies chroniques

Atb / pathogène	staphylocoque	streptocoque	entérocoque	entérobactérie	anaérobies	Pyocyanique
amoxicilline	---	+++	+++	+/-	+/-	---
oxacilline	+++	++	---	---	---	---
C1G	+++	++	---	+/-	---	---
amox-clavu	++	+++	+++	++	+++	---
pristinamycine	+++	+++	---	---	++	---
acide fusidique	+++	++	---	---	+/-	---
ceftriaxone	++	+++	---	+++	---	---
FQ (oflo/cipro)	+++	+/-	---	+++	---	+++ (cipro)

# Quand faire un prélèvement?

---

1. Toujours
2. Si une infection est suspectée
3. Jamais
4. Pour diagnostiquer définitivement l'existence ou non d'une infection
5. Pour dépister la présence de bactéries multi-résistantes
6. Lorsqu'une antibiothérapie est indiquée

# Quel type de prélèvement faut-il réaliser?

1. Écouvillon
2. Écouvillon après débridement de la plaie
3. Biopsie tissulaire des berges de l'ulcère
4. Biopsie tissulaire du fond de l'ulcère après débridement
5. Biopsie du fond de l'ulcère par peau saine

# Antibiothérapie : prescription

- ? **Restreindre les prescriptions** aux seules situations d'infection avérée ou fortement suspectée ++++
- ? Débuter l'administration après les prélèvements à visée microbiologique
- ? Est le plus souvent de type « probabiliste »
- ? Tenir compte du risque de sélection des BMR pour chacune des classes antibiotiques +++

# Antibiothérapie : prescription

- ? N'utiliser les fluoroquinolones, l'acide fusidique, la rifampicine, voire la clindamycine qu'en **alternative** (sélection de résistance bactérienne, utiles « plus tard » en cas d'ostéite) + + + +
- ? Respect des doses et fréquence des prises
- ? Fragilité rénale particulière de ces patients
- ? Discuter avec le patient des objectifs thérapeutiques
- ? Surveillance du traitement

# Pour quelle durée?

1. 5 jours
2. 7-14 jours
3. 1 mois
4. 2 à 3 mois

# Conclusions

- ? Impliquer les infectiologues et microbiologistes dans les situations difficiles
- ? Ne pas négliger la part chirurgicale
- ? Équipe multidisciplinaire
- ? Mettre en place une surveillance de l'écologie des services exposés à ce type de malades
- ? Etablir des protocoles d'antibiothérapie
- ? Mettre en place des mesures d'isolement des malades +++