

# CAS CLINIQUE

**L Legout\*, M Froidure, G Ducrot, N Van Nieuwenhuyse, T Challan Belval, D Leduc, F Boucher, T Ferry**

Service d'infectiologie

Service d'orthopédie

**CH Alpes-léman, Contamines sur Arve**

**Et le CRIOAC de Lyon**



# MR C. M, 53 ANS

- ▶ ATCD : IDM, dyslipidémie, HTA, surcharge pondérale
- ▶ Allergie=0
- ▶ **Anamnèse:**
  - AT le 22-10-2015 : trauma direct sur le pied (pièce métallique 1200 kg) -> prise en charge Hôpital St Claude (Jura)
    - Écrasement des orteils 2 au 5 avec fractures
    - Parage et embrochage des orteils + greffe de peau des zones arrachées+ Augmentin



# EVOLUTION DÉFAVORABLE À L' HÔPITAL ST CLAUDE -> TRANSFERT CRIOAC LYON

- reprise à J+2 pour réfection du pansement
  - J + 8 : fièvre à 38.5°C + nécrose des tissus, greffe non prise
- > 3-11-2015 : ablation orteils + parage de la peau + Tazocilline
- > 4-11-2015 : nouveau parage + VAC
- **Evolution défavorable –Transfert CRIOAC le 23-11-2015 (RCP)**
    - 25-11-2015: ablation des broches restantes, régularisation des phalanges restantes + PBO + ATB post-op = Tazocilline + vancomycine



# TRANSFERT AU CH ALPES LÉMAN, CONTAMINES SUR ARVE LE 3-12-2015 POUR LE SUIVI DE CETTE PLAIE COMPLEXE ET RAPPROCHEMENT FAMILIAL

- ▶ **PBO du 25-11-2015:**  
*Acinetobacter Baumanii*  
résistant à ceftazidime (5/5)+  
*streptococcus agalactae* R à  
la clindamycine (5/5) +  
*Achromobacter Xylosoxidans*  
(1/5)
  - ▶ Relais le 8-12-2015 par Bactrim forte 1X3/j + Levofloxacin 750 mg/j
  - ▶ Bonne évolution de la plaie sous VAC, amélioration des troubles sensitifs, paramètres infectieux N-> **sortie en SSR le 18-12-2015**



Radio du 27-11

# SUIVI CRIOAC DU 17-12-2016



Doute sur une fistule

22-03-2016-5ieme journée d'échange CRIOAC



# SUIVI CRIOAC DU 17-12-2016



Décision RCP : 6s ATB, greffe de peau le 4-01 + PBO + ATB post-op : 6  
2003-2016 Dernière journée d'échange CRIOAC rajout Targocid

# EVOLUTION APRÈS GREFFE DE PEAU DE PEAU MINCE + LAMBEAU -> SSR -> CH ALPES LEMAN

- ▶ **PBO du 4-0-2016: Enterobacter cloacae multi-R** sensible à l'imipenem, doripenem, meropenem, ertapenem, amikacine, colistine, Résistant C3G, tygecycline, fosfomycine, tazocilline, ofloxacine
- ▶ **Le 9-01-2016: Modification de l'antibiothérapie** par Tienem 1gX3 + amiklin (2j) + levofloxacine 750 mg/j + Bactrim forte 1cpX3/j
- ▶ **Localement : Evolution satisfaisante sous Jelonet**
- ▶ **Mais apparition allergie cutanée -> CH alpes Léman -> stop ATB le 14-01-2016**

# VISIOCONFÉRENCE CH ALPES-LÉMAN –CRIOAC DU 22-01-2016

## ➤ **Discussion sur le nouveau schéma ATB**

Introduction d'un autre penem sous couvert anti-histaminique en association avec la colistine ?

Test d'autres combinaisons ATB ?

Quid de la temocilline ?

## **Décision collégiale RCP CRIOAC-CHAL :**

Introduction Meronem 2gX3/j puis 10 jours plus tard Colistine 3M x3/j

# ALLERGIES CROISÉES : CARBAPENEMES

## (MERONEME, ERTAPENEM, DORIPENEME, IMIPENEME)

- dérivés de la thienamycine, noyau dihydropyrrole stable
- **Incidence des réactions allergiques aux carbapenemes est < 3%** (Prescott et al. Clin infect dis 2004)
  - Incidence réaction croisée péni-carba =9-11% (Prescott et al. Pharmacother 2007, Ariza et al. J invest alergol clin immunol 2015)
  - Risque d'allergie croisée péni-carba =10-25% si le patient rapporte une allergie à la péni
  - Risque d'allergie croisée cephalo-imipenem = 11%
  - Pas de data concernant le risque d'allergie croisée peni-ertapenem mais st chimique similaire de l'ertapenem (noyau betalactam) au péni
- **pas de data concernant le risque d'allergie croisée imipenem-meroneme**
  - Certains auteurs recommandent un protocole de désensibilisation ( Bauer et al. J allergy clin immunol 2003; Gorman et al. Ann Pharmacother 2003)

# EVOLUTION FINALE BONNE APRÈS 3 MOIS D'ATB (CONTRÔLE RADIO-CLINIQUE DU 25-02)



# PATIENT À L'ANNONCE DE L'ARRÊT DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE





MERCI POUR VOTRE ATTENTION