

# Cas clinique – JRPI 2021

Louise BRONNER  
DES Maladies Infectieuses & Tropicales



# Mr V. Jean Pierre 75 ans



## Antécédents :

- Epilepsie partielle temporale gauche pharmaco-résistante
- AOMI
- Arythmie
- Mélanome
- Neuropathie périphérique axonale sensitivo-motrice

**Traitements à domicile :** Keppra, Tégretol, Kardegic, Telmisartan/Amlodipine, Calcidose, Tahor , Nebivolol

## Mode de vie :

Le patient vit seul, **veuf depuis quelques jours...**  
pas d'intoxication alcoolo-tabagique.

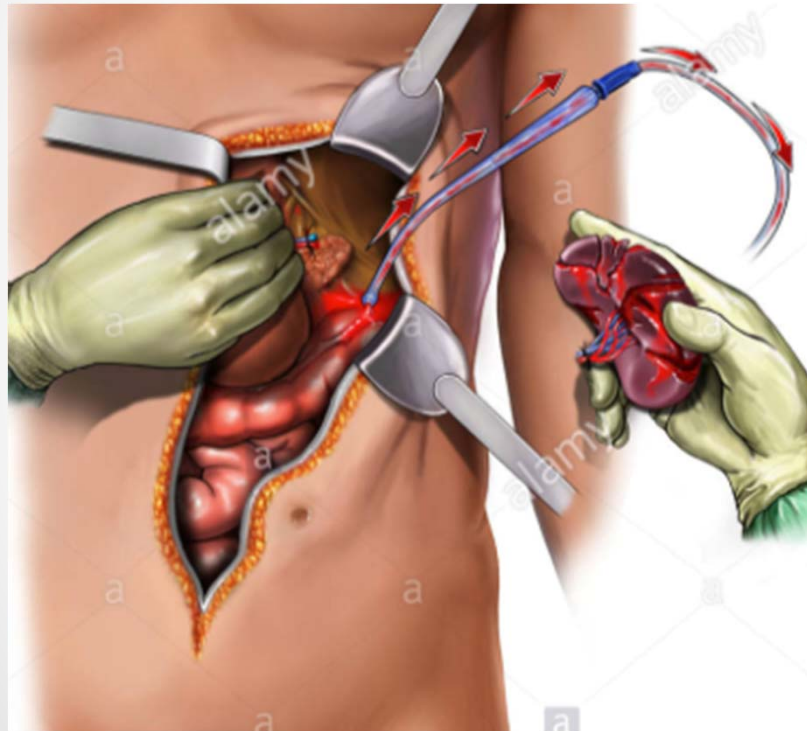
22/04/21 : Hospitalisation en neurologie pour des myoclonies imputables au Tégretol et hyponatrémie à 122 mmol/L sur une probable prise de neuroleptique.

Le 24/04/2021, le patient s'est infligé une **plaie pénétrante de l'abdomen** avec un tuteur de plante dans un contexte de deuil avec perte récente de son épouse.





# Prise en charge chirurgicale

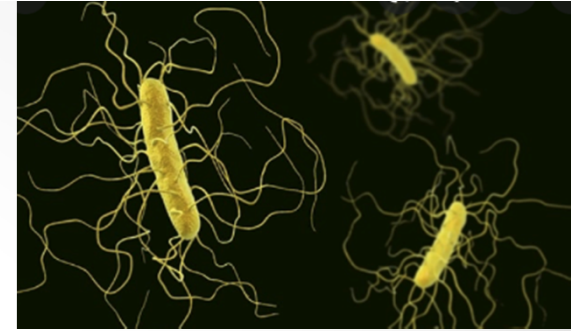


- Retrait de l'objet (un bout de tuteur de 20 cm)
- Hémostase de la plaie hépatique du lobe gauche,
- Hémostase des branches de la veine gonadique gauche
- Ligature de l'artère gastro-épiploïque droite
- Suture d'une plaie transfixiante du colon transverse
- Splénectomie d'hémostase

Antibiothérapie post opératoire par AUGMENTIN (25/04 au 30/04)

Puis relais par ORACILLINE

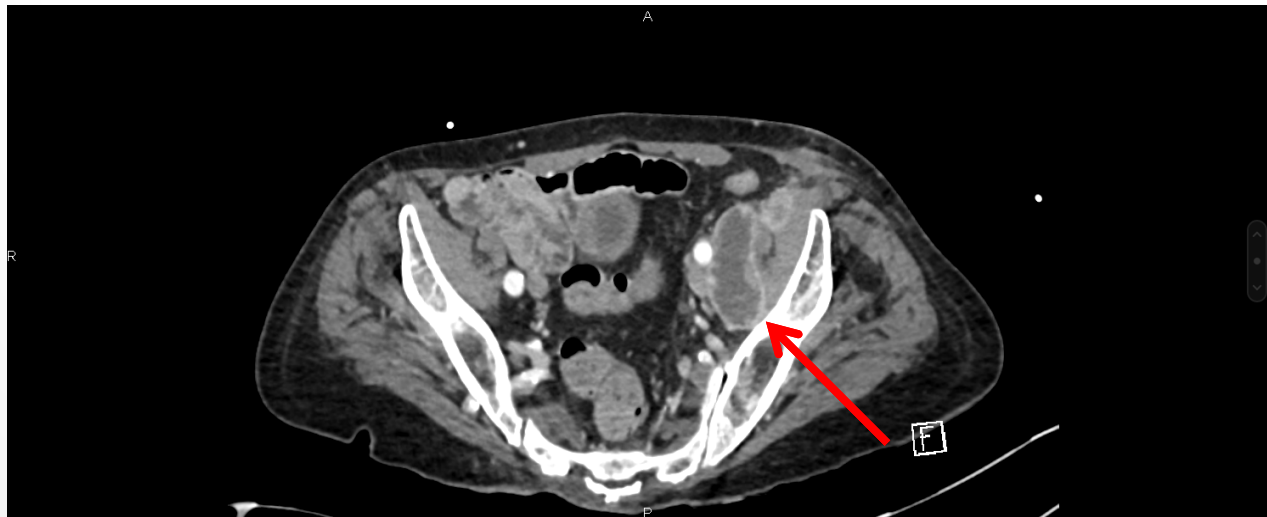
## Dans les suites :



- 05/05/21 : Bactériémie à point de départ urinaire à *Pseudomonas aeruginosa* traité par CEFTAZIDIME, relayé par CIPROFLOXACINE
- 17/08/21 : Infection urinaire à *Klebsiella aerogenes* traité par TEMOCILLINE
- 20/08/21 : Infection à *Clostridium Difficile* traité par VANCOMYCINE per os  
Arrêt des diarrhées, mais persistance d'une hyperthermie à 38,5°C



# Scanner AP injecté :





1<sup>er</sup> drainage de l'abcès le 03/09 et mise en place drain

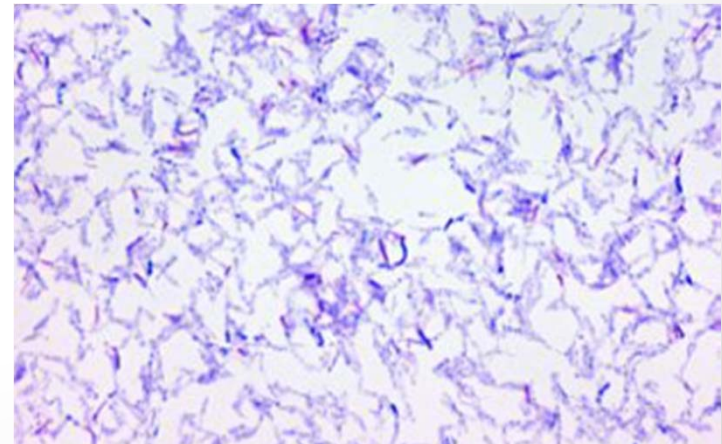


Mise en place d'une antibiothérapie par MEROPENEM 2g x 3 en post drainage

Ajout CASPOFUNGINE le 05/09 devant persistance d'une hyperthermie



Culture positive à  
**Mycobacterium Fortuitum**

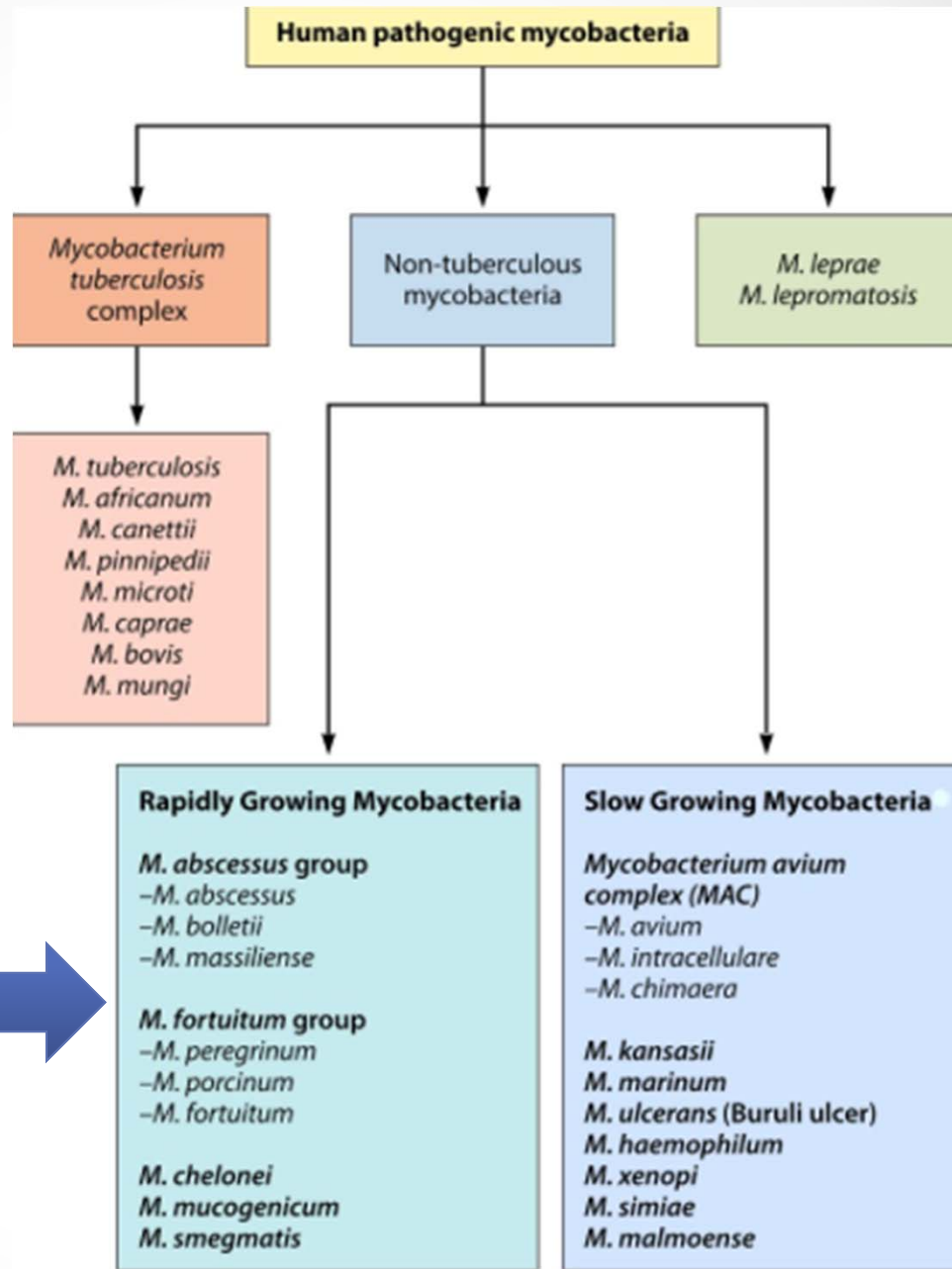


# Prise en charge

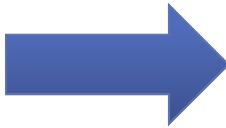
- Traitement probabiliste sur avis CNR: TIENAM, AMIKLIN, MOXIFLOXACINE +/- TIGECYCLINE (16/09/21)
- Confusion : Encéphalopathie sous TIENAM  
Arrêt TIENAM et Switch par MEROPENEM (24/09/21)
- Discussion d'une **prise en charge chirurgicale** associée :
  - Récusé d'une prise en charge chirurgicale devant le risque per opératoire
  - Drainage interventionnel pour diminuer l'inoculum (21/09/21)

# Classification des mycobactéries

Environ 500 cas/an en France



<7 jours





# Mycobactéries à croissance rapide

- Inoculation directe (traumatisme, chirurgie, procédures de cosmétiques, injections )
- Avec de l'eau contaminé

*Nontuberculous Mycobacteria : Skin and Soft Tissue Infections*  
Tania M. Gonzalez-Santiago, MD, Lisa A. Drage, MD\*

M fortuitum	M abscessus and M chelonae
Lésion unique sur une lésion traumatique ou post chirurgicale	Multiples nodules ou abcès
Patient jeune et immunocompétent	Patients agés, immunodéprimé (pathologie respiratoire, SIDA, AntiTNF, transplantation,...)

Espèces	Cutanée et tissu mou	Disséminée	Pulmonaire	Lympha-dénopathie
<i>Chelonae spp. abscessus</i>	Typique			
<i>Avium intracellulare</i>	Rare	Typique <sup>1</sup>	Typique	Possible (enfants)
<i>Chelonae spp. chelonae</i>	Typique	Rare		
<i>Fortuitum</i>	Typique	Rare	Rare	
<i>Genavense</i>		Typique <sup>1</sup>		Rare
<i>Gordonae</i>	Rare	Rare		
<i>Haemophilum</i>	Typique	Typique <sup>1</sup>		
<i>Kansasii</i>	Rare	Rare <sup>1</sup>	Typique	Rare
<i>Marinum</i>	Typique	Rare		
<i>Scrofulaceum</i>		Rare	Rare	Typique
<i>Simiae</i>		Rare <sup>1</sup>	Rare	
<i>Szulgai</i>	Typique		Rare	
<i>Ulcerans</i>	Typique			
<i>Xenopi</i>		Rare	Rare	



Lésions cutanées polymorphes :

- Papulo-nodulaires
- Ulcérations
- Cellulites
- Lupus tuberculeux

TABLE 1: The drug susceptibility results of 37 RGM isolates.

Antimicrobial Agent	MIC( $\mu$ g/ml)		<i>M. abscessus</i> (n=20)			MIC( $\mu$ g/ml)		<i>M. fortuitum</i> (n=17)		
	range	MIC 90	R	I	S	range	MIC 90	R	I	S
Macrolides										
CLR	0.0625-64	32	4 (20%)/7(35%)	0 (0%)/0 (0%)	16 (80%)/13(65%)	32-64	32	16 (94%)/17(100%)	0 (0%)/0 (0%)	1 (6%)/0(0%)
AZM	0.125-128	2	2 (10%)	0 (0%)	18 (90%)	8-128	32	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Rifamycins										
RFB	0.5-8	4	15 (75%)	-	5 (25%)	1-8	4	16 (94%)	-	1 (6%)
RIF	64-256	128	20 (100%)	-	0 (0%)	32-256	128	17 (100%)	-	0 (0%)
Aminoglycosides										
STR	32-128	64	20 (100%)	-	0 (0%)	16-128	32	17 (100%)	-	0 (0%)
GEN	0.5-64	32	14 (70%)	1 (5%)	5 (25%)	4-64	32	4 (24%)	9 (53%)	4 (24%)
KAN	4-16	8	16 (80%)	-	4 (20%)	4-32	16	16 (94%)	-	1 (6%)
TOB	2-32	8	12 (60%)	3 (15%)	5 (25%)	16-64	16	0 (0%)	0 (0%)	17 (100%)
NEO	0.5-64	16	13 (65%)	-	7 (35%)	2-8	2	0 (0%)	-	17 (100%)
AMK	0.5-64	32	2 (10%)	9 (45%)	9 (45%)	2-8	4	0 (0%)	0 (0%)	17 (100%)
Fluoroquinolones										
MXF	0.0625-16	8	19 (95%)	0 (0%)	1 (5%)	0.0625-8	2	10 (59%)	5 (29%)	2 (12%)
CIP	0.125-128	64	19 (95%)	0 (0%)	1 (5%)	0.125-256	128	8 (47%)	0 (0%)	9 (53%)
LVX	0.125-32	16	19 (95%)	0 (0%)	1 (5%)	0.125-32	16	7 (41%)	0 (0%)	10 (59%)
Cephalosporins										
FOX	16-256	64	2 (10%)	10 (50%)	8 (40%)	16-128	32	15 (88%)	0 (0%)	2 (12%)
CMZ	2-256	128	11 (55%)	5 (25%)	4 (20%)	2-64	8	2 (12%)	0 (0%)	15 (88%)
Tetracyclines										
TCY	2-256	64	9 (45%)	3 (15%)	8 (40%)	1-8	4	0 (0%)	12 (70%)	5 (30%)
DOX	0.5-256	128	14 (70%)	2 (10%)	4 (20%)	0.5-256	128	15 (88%)	0 (0%)	2 (12%)
MNO	0.125-128	64	11 (55%)	3 (15%)	6 (30%)	0.25-32	16	14 (82%)	1 (6%)	2 (12%)
Glycylcycline										
TGC	0.0625-16	8	8 (40%)	6 (30%)	6 (30%)	0.0625-4	0.5	0 (0%)	1 (6%)	16 (94%)
Sulfonamides										
SOX	2-256	128	18 (90%)	-	2 (10%)	16-256	128	14 (82%)	-	3 (18%)
Carbapenems										
IMP	1-256	64	13 (65%)	2 (10%)	5 (25%)	2-32	16	2 (12%)	12 (70%)	3 (18%)
Oxazolidinones										
LNZ	2-128	16	3 (15%)	1 (5%)	16 (80%)	8-32	16	3 (18%)	12 (70%)	2 (12%)
Lincosamides										
CLI	8-256	128	20 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	256	256	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Penicillins										
OXA	256	256	20 (100%)	-	0 (0%)	256	256	17 (100%)	-	0 (0%)
Polypeptides										
TEC	0.5-256	128	17 (85%)	1 (5%)	2 (10%)	128-256	128	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
VAN	256	256	20 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	256	256	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

*In vitro* susceptibility of *Mycobacterium abscessus* and *Mycobacterium fortuitum* Isolates to 30 Antibiotics, Yaojie Shen , *BioMed Reserch International*, 2018

# Prise en charge

Formes cutanées ou sous cutanée	Formes sévères ou disséminées	
<p>Per os Au moins 2 antibiotiques parmi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Azithromycine</li><li>• Fluoroquinolones</li><li>• Cyclines</li><li>• Bactrim</li></ul>	<p>IV avec 2 ou 3 antibiotiques Durée 1 mois</p> <p>Relais PO avec 2 à 3 antibiotiques</p>	<p><b><u>Probabiliste :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aminosides</li><li>• Carbapénèmes</li><li>• Cefoxitine / Cefmétazole</li><li>• Tigécycline</li><li>• Linézolide</li></ul>
<p>6 à 12 mois de traitement</p>		

Résistance aux antituberculeux classiques :  
Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol, etc..



Resistance aux Macrolides  
Gène Erm (erythromycin-resistant methylase)  
Associé au risque d'induction de résistance au  
• macrolides, sous Clarithromycine

*Nontuberculous Mycobacteria : Skin and Soft Tissue Infections*  
Tania M. Gonzalez-Santiago, MD, Lisa A. Drage, MD\*

# Chez notre patient

Traitement IV : (16/09/21)

CARBANENEMES, AMIKLIN,  
MOXIFLOXACINE + TIGECYCLINE

Actuellement : MEROPENEM +  
AMIKLIN + MOXIFLO +  
DOXYCYCLINE

Projet de relais PO par :  
MOXIFLOXACINE + DOXYCYCLINE  
+ AZITHROMYCINE

Evolution :

TDM de contrôle le 01/10 : régression partielle  
des collections

Antibiogramme		
1. <i>Mycobacterium fortuitum</i>		
	Résultat	CMI en mg/L
<b>Aminosides</b>		
Amikacine	S à dose standard	1
<b>Tétracyclines</b>		
Doxycycline	S à dose standard	0,125
<b>Macrolides</b>		
Clarithromycine	S à dose standard	
<b>Sulfamides et associations</b>		
Triméthoprim/Sulfaméthoxazole	S à dose standard	0,25
<b>Quinolones</b>		
Ciprofloxacine	S à dose standard	0,125
Moxifloxacine	S à dose standard	0,25

- **M fortuitum** :
  - Lésion unique sur une lésion traumatique ou post chirurgicale
  - Patient jeune et immunocompétent



Toujours faire  
un antibiogramme



+ Avis du CNR des  
mycobactéries  
atypiques

- **M abscessus** and **M chelonae** :
  - Multiples nodules ou abcès
  - Patients agés, immunodéprimé (pathologie respiratoire, SIDA, Anti-TNF, transplantation,...)



Merci de votre attention