

# ABCÈS PULMONAIRE À *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ET *ACHROMOBACTER* *XYLOSOXIDANS* ?

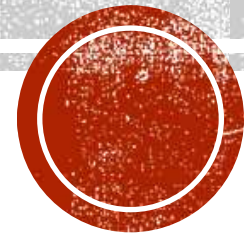
10<sup>ème</sup> Rencontre de Réanimation et d'Infectiologie de Strasbourg

Mardi 10 avril 2018

Pr O. COLLANGE - B. LORDIER

Réanimation Chirurgicale Polyvalente

Nouvel Hôpital Civil - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



# HISTOIRE DE LA MALADIE

- Patiente née en 1994
- **Mucoviscidose** diagnostiquée à l'âge de 3 ans
- Diabète de type 1
- Foie dysmorphique avec plages de stéatoses et veinopathie portale oblitérante
- Splénomégalie kystique
- Thrombophilie : facteur VIII en excès, déficit en protéine S
- Anorexie mentale
- Colonisation pulmonaire à *Pseudomonas Aeruginosa*, *Achromobacter Xylooxidans*, *Staphylococcus Aureus*, *E. Coli* BLSE, *Aspergillus Fumigatus*



# HISTOIRE DE LA MALADIE

- **Grefe** bi pulmonaire et hépatique en juin 2017
- Complications post greffe en décembre 2017
  - **Lymphome B** monomorphe orbitaire gauche EBV induit
    - → Chimiothérapie par R-COP et RITUXIMAB ; METHOTREXAT intra-téchale (22/12/17)
    - → Chimiothérapie par R-CHOP et METHOTREXAT (30/12/17)
  - **Abcès de paroi thoracique** à *Aspergillus Fumigatus* (lyse 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> côte gauche)
    - → Mise à plat de l'abcès ; pansement de type VAC



# TOMODENSITOMÉTRIE LYMPHOME ORBITAIRE GAUCHE



# HISTOIRE DE LA MALADIE

- **Pancytopenie fébrile** ; sepsis ; oligurie
  - → TAZOCILLINE ; CIFLOX ; TARGOCID ; GENTAMYCINE ; VFEND
  - → ROVALCYTE en attente (aplasie médullaire)
- Hospitalisation en Réanimation Chirurgicale Polyvalente le 6 janvier 2018



# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- **Insuffisance rénale aiguë** KDIGO 3
  - Probablement multifactorielle
    - Sepsis ; traitement anti infectieux ; chimiothérapie
  - Epuration extra - rénale continue
- Anurie durant tout le séjour en réanimation



# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- **Lymphome B** orbitaire gauche EBV induit
  - 1 nouvelle cure de chimiothérapie type R-CHOP (16/01/18)
  - Pas d'autre cure envisageable
  - Hématologues : réponse clinique satisfaisante (diminution de la masse orbitaire) mais traitement insuffisant pour espérer une guérison complète



# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- Virémie à CMV
- Résistance au ROVALCYTE
- Instauration d'un traitement par FOSCAVIR





# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- **Aspergillose pariétale thoracique**
  - Indication théorique à une chirurgie thoracique lourde
  - Bithérapie antifongique par CANCIDAS et VORICONAZOLE
  - Réfection de pansement type VAC bihebdomadaire



# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- Plusieurs épisodes de **choc septique** sur pneumopathie
- **SDRA**
- Prélèvements respiratoires multiples



# LAVAGE BRONCHO ALVÉOLAIRE

## 25 JANVIER 2018

- *Achromobacter Xylosoxidans* 10<sup>E6</sup> UFC/ml
- *Pseudomonas Aeruginosa* souche muqueuse 10<sup>E5</sup> UFC/ml
- *Pseudomonas Aeruginosa* 10<sup>E5</sup> UFC/ml
- *Staphylococcus Haemolyticus* 10<sup>E4</sup> UFC/ml
- *Enterococcus Faecium* 10<sup>E4</sup> UFC/ml



# ANTIBIOGRAMME

## **Pseudomonas aeruginosa souche muqueuse**

Ticarcilline SENSIBLE  
Ticarcilline-ac.clavulanique SENSIBLE  
Pipéracilline Résistant  
Pipéracilline-tazobactam SENSIBLE  
Ceftazidime SENSIBLE  
Céfépime SENSIBLE  
Aztréonam SENSIBLE  
Imipénème Résistant  
Méropénème Intermédiaire  
Gentamicine SENSIBLE  
Amikacine Intermédiaire  
Tobramycine SENSIBLE  
Ciprofloxacine SENSIBLE  
Lévofloxacine SENSIBLE

## **Pseudomonas aeruginosa**

Ticarcilline SENSIBLE  
Ticarcilline-ac.clavulanique SENSIBLE  
Pipéracilline SENSIBLE  
Pipéracilline-tazobactam SENSIBLE  
Ceftazidime SENSIBLE  
Céfépime SENSIBLE  
Aztréonam SENSIBLE  
Imipénème Résistant  
Méropénème Intermédiaire  
Gentamicine SENSIBLE  
Amikacine SENSIBLE  
Tobramycine SENSIBLE  
Ciprofloxacine Résistant  
Lévofloxacine Résistant  
Tazocilline (CMI par UMIC) : 1.0 µg/ml SENSIBLE  
Ceftolozane/tazobactam (CMI par E-test) : 0.25 µg/ml SENSIBLE  
Ceftazidime/avibactam (CMI par E-test) : 0.125 µg/ml SENSIBLE  
Tigécycline (CMI par E-test) : 16 µg/ml Utilisation déconseillée



# ANTIBIOGRAMME

## **Achromobacter xylosoxidans**

Tazocilline (CMI par UMIC) : 0.5 µg/ml Utilisable avec précaution (à dose standard)

Ceftolozane/tazobactam (CMI par E-test) : > 256 µg/ml Utilisation déconseillée

Ceftazidime/avibactam (CMI par E-test) : 12 µg/ml Utilisation déconseillée

Méropénème (CMI par E-test) : 8 µg/ml Utilisable avec précaution (à forte dose)

Tigécycline (CMI par E-test) : 2.0 µg/ml Utilisation déconseillée

Bactrim (CMI par E-test) : 0.125 µg/ml Utilisable avec précaution

Colimycine (CMI par UMIC) : 8.0 µg/ml Utilisation déconseillée



# LAVAGE BRONCHO ALVÉOLAIRE

## 1 FÉVRIER 2018

- *Pseudomonas Aeruginosa* souche muqueuse 10<sup>E2</sup> UFC/ml
- *Achromobacter Xylooxidans* 10<sup>E2</sup> UFC/ml
- *Staphylococcus Epidermidis* 10<sup>E2</sup> UFC/ml
- *Enterococcus Faecium* 10<sup>E2</sup> UFC/ml



# LAVAGE BRONCHO ALVÉOLAIRE

## 16 FÉVRIER 2018

- *Pseudomonas Aeruginosa* souche muqueuse 10<sup>E2</sup> UFC/ml
- *Staphylococcus Haemolyticus* 10<sup>E2</sup> UFC/ml



# LAVAGE BRONCHO ALVÉOLAIRE

## 5 MARS 2018

- Prélèvements purulents poumon droit et gauche
- Aspect blanchâtre de la muqueuse bronchique (lobaire inférieure gauche)
  - Infection fongique ?
  - Fistulisation d'un abcès ?
- **Cultures négatives** (bactériologie et parasitologie)





# FIBROSCOPIE BRONCHIQUE

## 5 MARS 2018



# FIBROSCOPIE BRONCHIQUE

## 5 MARS 2018



# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- **Abcès intra-parenchymateux** lobaire inférieur gauche (TDM du 16/02/18)
- Non accessible à un drainage radiologique ou chirurgical
- Décision d'un traitement probabiliste par MERONEM et CEFTAZIDIME - AVIBACTAME
- Poursuite du traitement par TARGOCID ; CANCIDAS ; VORICONAZOLE ; VFEND ; FOSCAVIR



# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- Réévaluation scannographique le 05/03/18
- Selon les radiologues : évolution défavorable de l'abcès
- Selon les chirurgiens thoraciques : évolution favorable de l'abcès

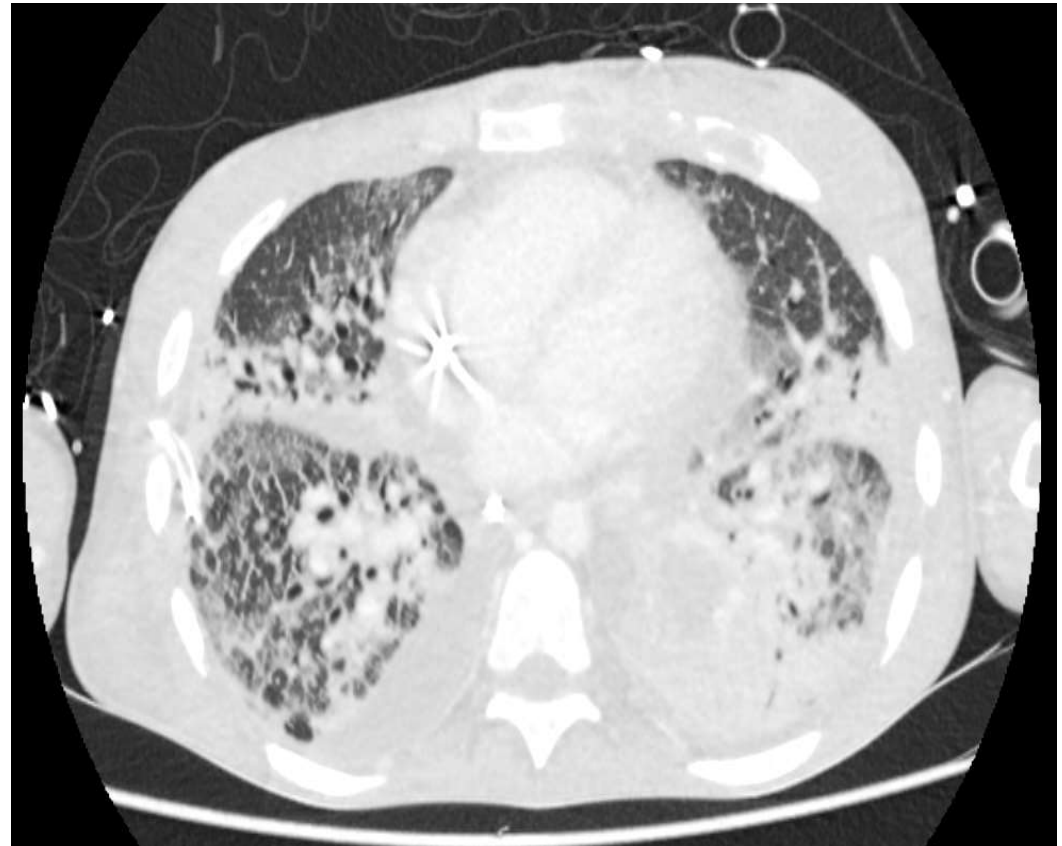


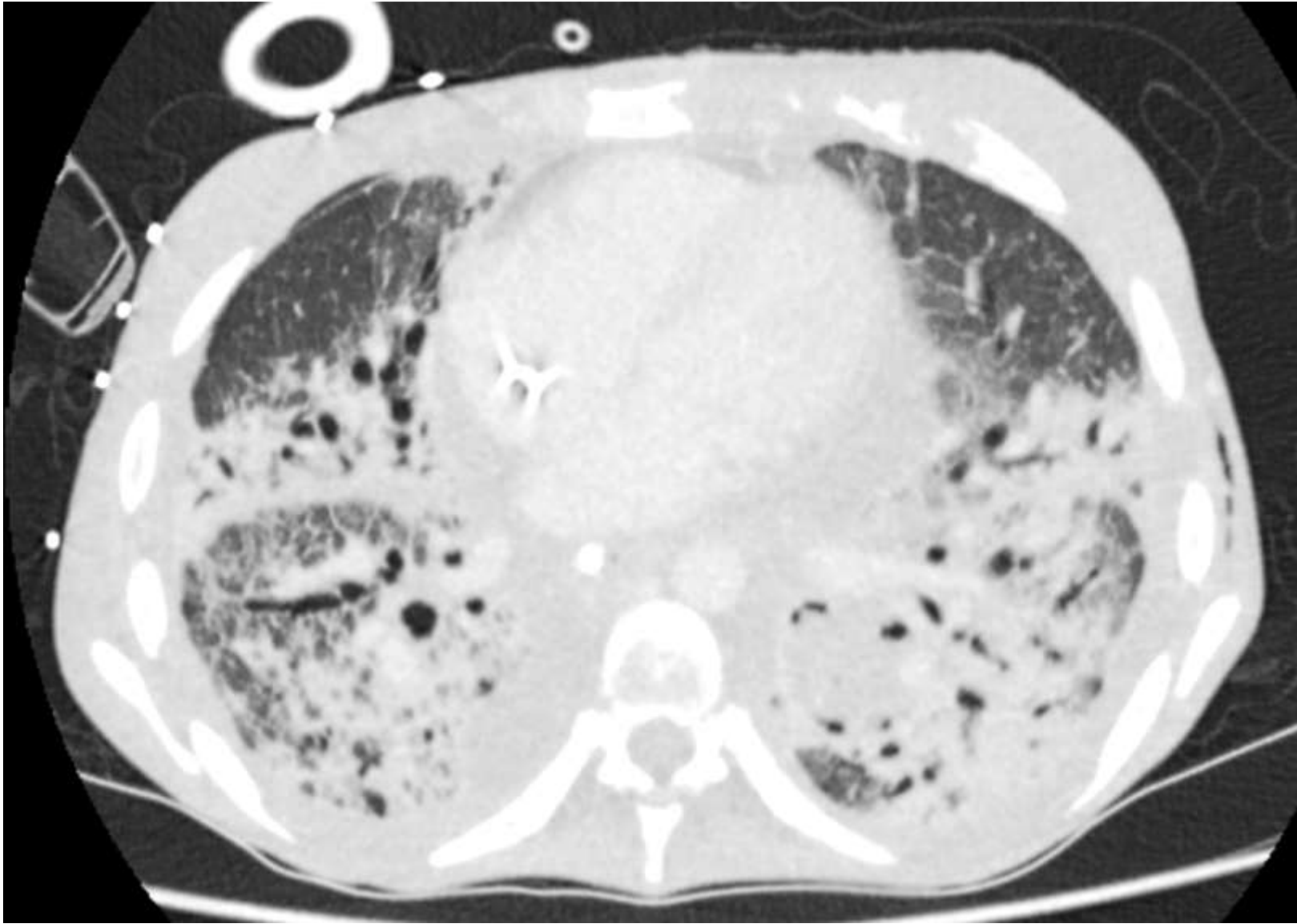
# RADIOGRAPHIE THORACIQUE

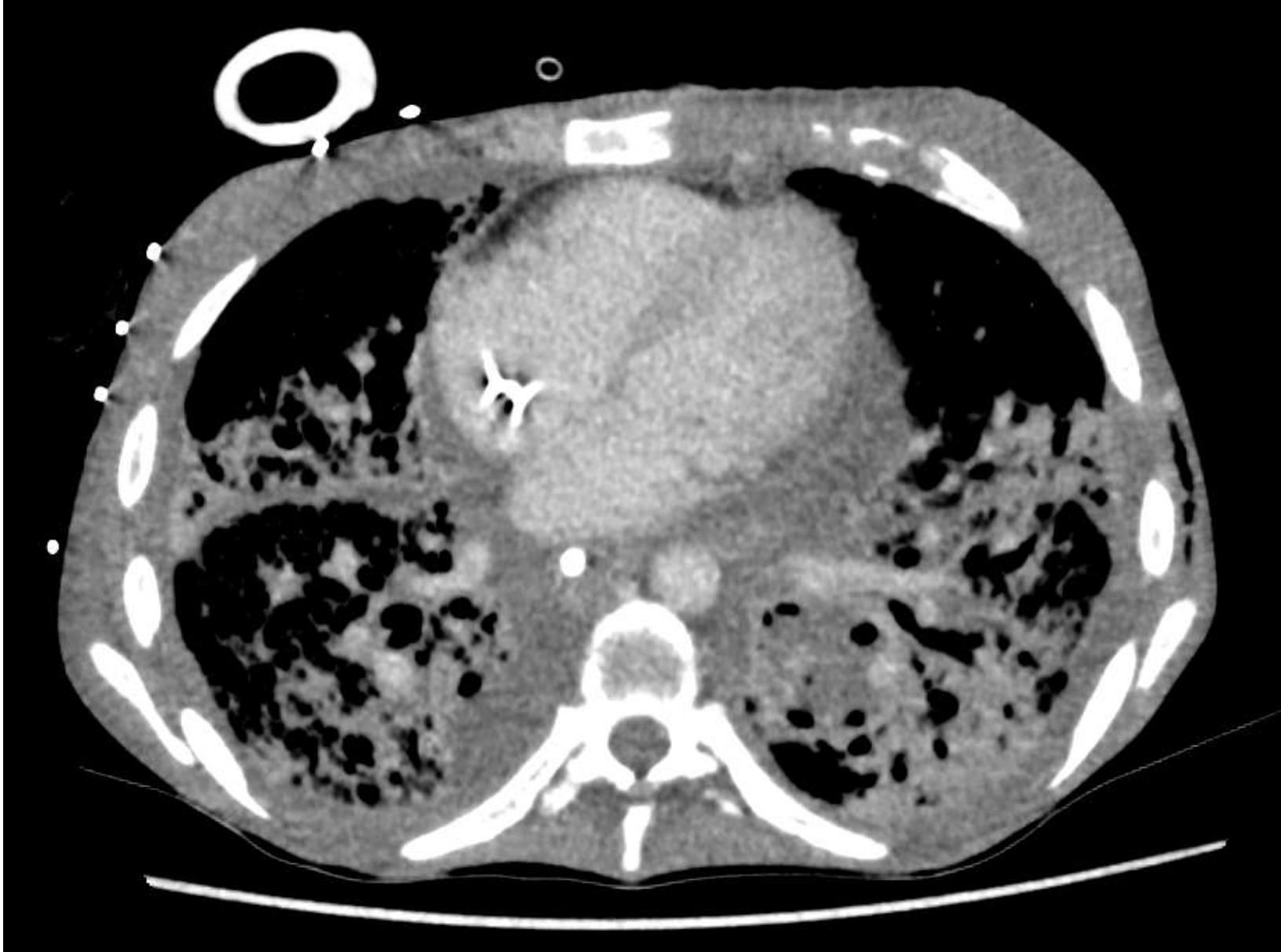


# TOMODENSITOMÉTRIE

## 12 FÉVRIER 2018









# EVOLUTION EN RÉANIMATION

- **Réunion pluridisciplinaire** le 09/03/18 devant l'apparition d'un nouvel état de choc septique associé à une dégradation respiratoire (SDRA)
- Traitement maximaliste déjà entrepris
- Pas d'autre ressource thérapeutique envisageable
- Echappement thérapeutique, SDRA réfractaire, décès le 14/03/18

