

Aortite chez un patient âgé

Cas clinique et revue de la littérature

Linos Pantelakis

Jeudi de Formation Continue
Service de Médecine Interne
Hôpital de Sion

Casuistique

- Monsieur W, 77 ans, adressé par son MT pour des lombalgies + fièvre élevée
- Evaluation aux urgences:
 - douleur flanc gauche, fièvre 39°C
 - Bilan: CRP 72 mg/L
 - CT: discrète infiltration périaortique non spécifique (DD: panniculite)



Admission en médecine interne (Martigny) pour investigation d'une suspicion d'aortite

Casuistique

- Investigations intra-hospitalières:
 - Bilan auto-immun: FAN, ANCA, FR, VS
 - Hémocultures, VDRL
- Antibiothérapie empirique: Ceftriaxone
- Evolution: pics fébriles répétés quotidiens, **jusqu'à 40°C**
- J3: hémocultures positives pour S.Enteritidis



Nouvelle imagerie par CT scan



Casuistique

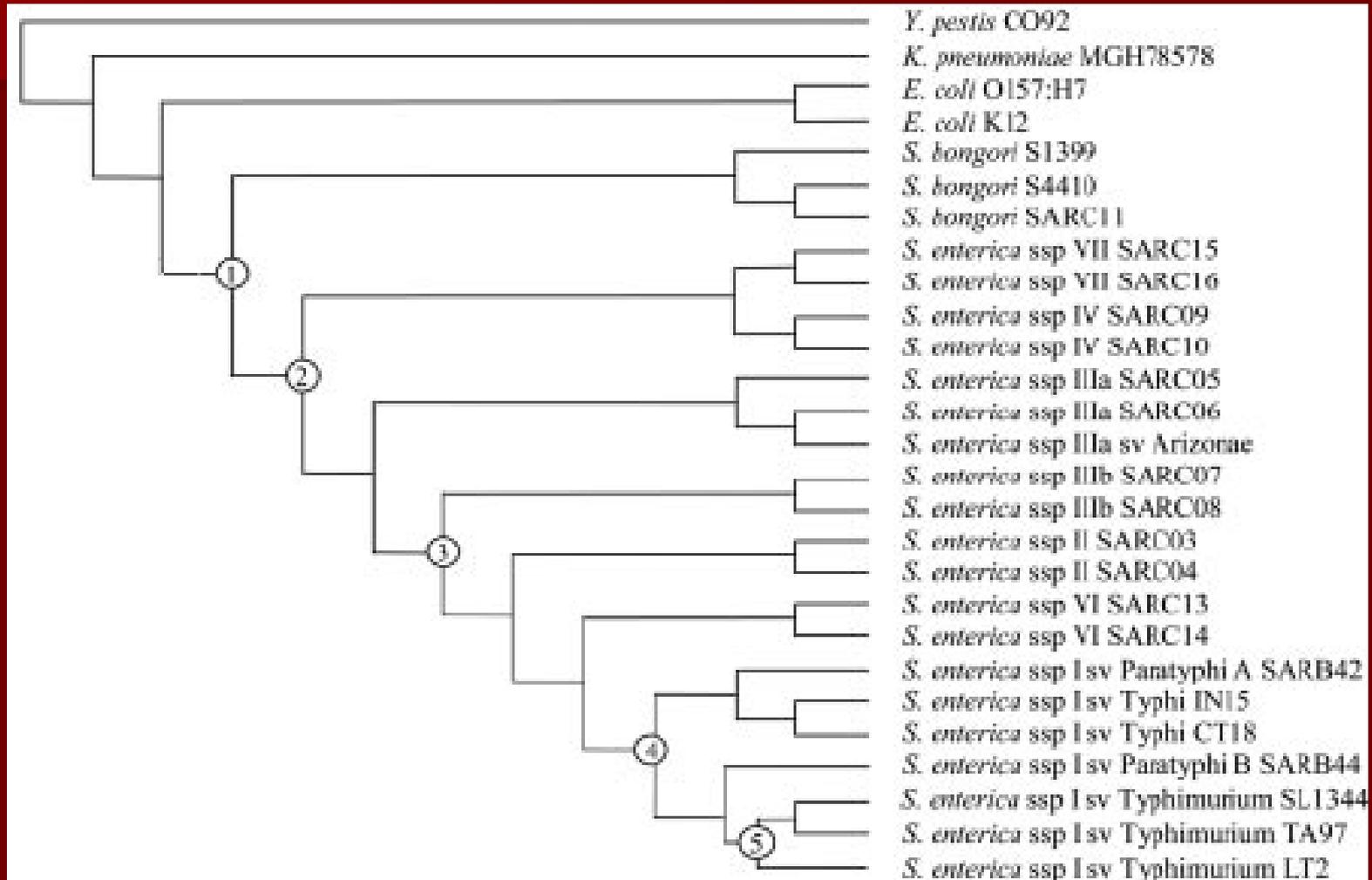
- Patient transféré aux soins continus
- Endoprothèse aortique percutanée en urgence
- 1 semaine plus tard, en électif:
remplacement de l'aorte infrarénale
- Evolution simple, RAD après 22 jours
 - Avec Ceftriaxone 1 mois
 - Puis Ciprofloxacine pour 3 mois de plus

Salmonella Enterica



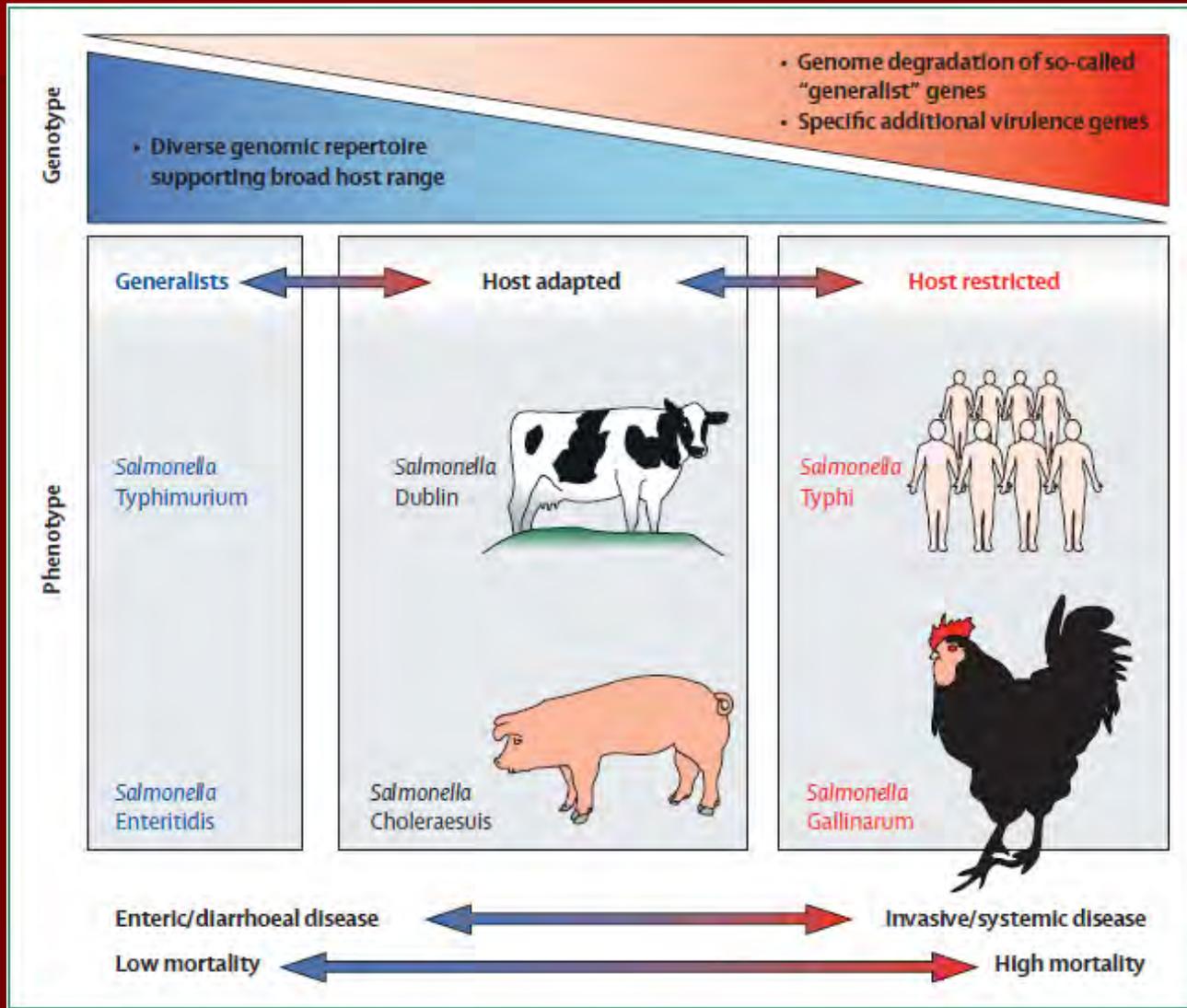
S. enterica **subsp** *enterica* **ser.** Typhi **under Scanning Electron Microscope**

Phylogénèse

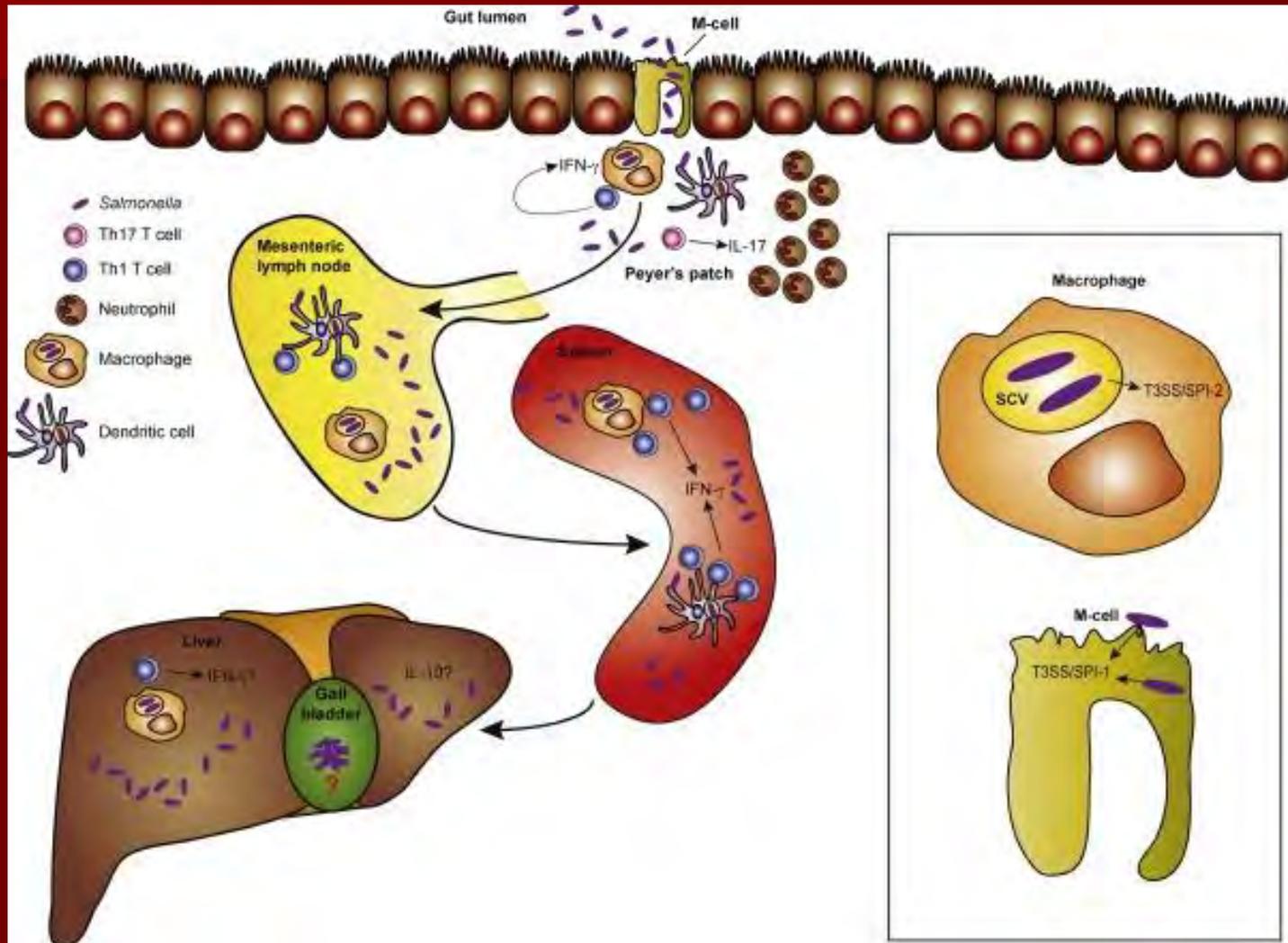


Une espèce diverse

Plus de 2500 sérovars actuellement connus



Pathogénèse de l'infection



Manifestations cliniques

1. Gastroentérite fébrile : 70% des infections

Evolution bactériémique dans 5% des cas

(toutes catégories confondues)

2. Infections focales extra-intestinales : 2-8 %

Pneumonie, empyème, ostéomyélite, abcès des tissus mous / hépatiques / spléniques, méningite (nouveau-né), cystite **hémorragique...**

+ endocardite, péricardite, infections endovasculaires

Manifestations cliniques

3. Bactériémie / sepsis :

FR: extrêmes d'âge (nourrissons, > 65 ans), imm/supp

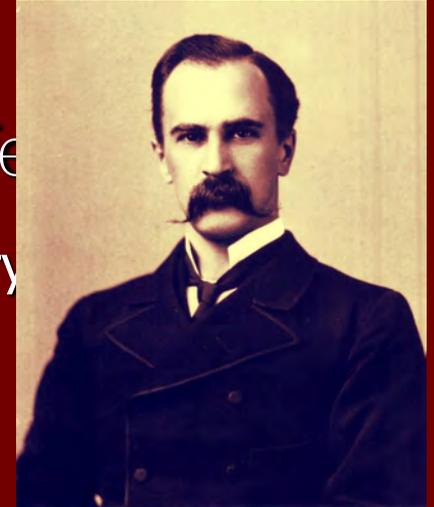
Sepsis sans foyer primaire identifié: entité nosologique distincte

- **motive une recherche d'immunosuppression (VIH)**
- problème de santé publique en Afrique (FR: dénutrition, TB/malaria, hygiène/ santé publiques, sérovars virulents)

Manifestations cliniques

4. Infections endovasculaires: 10 % des infections

- **3 types: inflammation simple, dilatation d'anévrisme existant, anévrisme de novo**
- Terme anévrisme mycotique: Osler 1885
- Pathogènes: S.Aureus > Salmonella > Streptocoques
- Localisation: aorte abdominale
- Mortalité: globalement 50-60%
 - Traitement médical seul 96%
 - Malgré prise en charge chirurgicale adéquate 35%



5. Portage asymptomatique

Déterminants du risque d'infection invasive à Salmonelle

- En général, facteurs d'immunosuppression classique
- Infections endovasculaires: risque athérosclérotique prime sur compétence immunitaire
 - 80% patients masculins, 100% ont > 45 ans
 - Seuls facteurs prédictifs positifs indépendants: HTA, DM
- Mécanismes: inflammation athéromateuse favorise pénétrations des bactéries dans la paroi vasculaire
mais... possible contribution immune

Traitement

■ Indications

- **Gastroentérite non compliquée: pas d'indication**

(réduction marginale de la durée des symptômes et augmente le portage) – **exceptions, signes d'évolution compliquée**

- Si infection prouvée à Salmonelle:

ATB en prévention d'une dissémination pour :

- extrêmes d'âge
- immunosupprimés
- maladie athéromateuse connue ou présumée

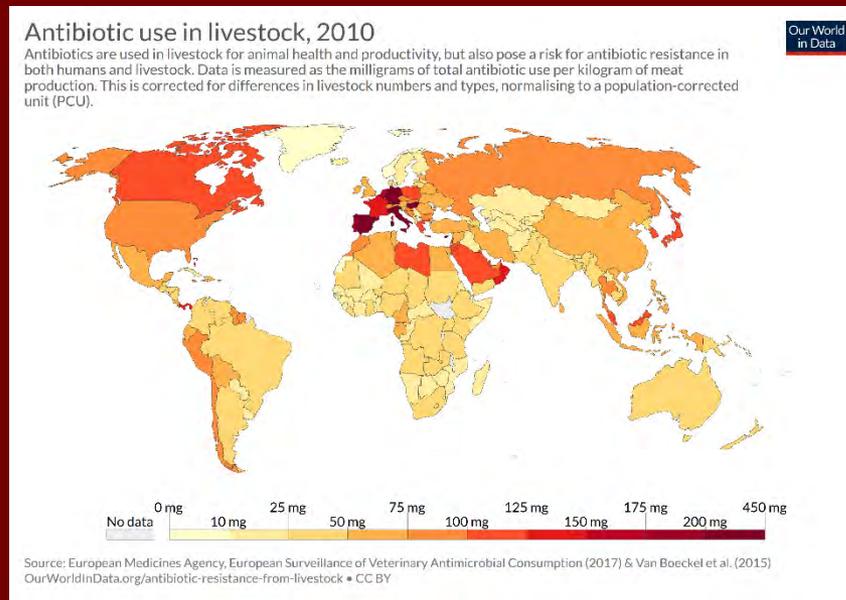
- Toute infection invasive

- Etat de portage: traiter si contact avec chaîne alimentaire, soins, personne imm/supp entourage

Traitement

■ Choix de l'antibiotique:

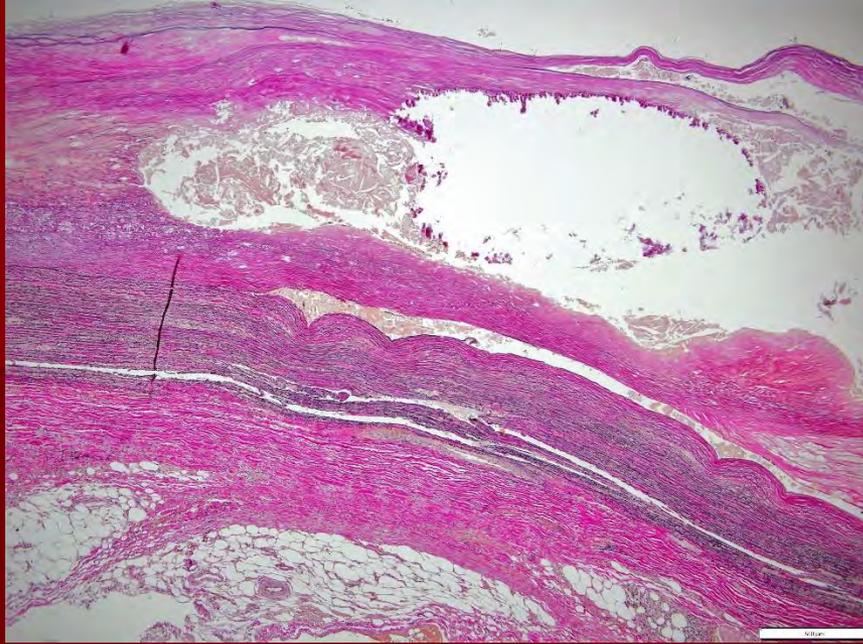
- Historiques: ampicilline, co-trimoxazole
- Quinolones encore préférées selon pays, mais résistances mondialement répandues
- Actuellement en Europe: C3G
sauf si sensibilité prouvée aux quinolones



Type d'infection	Indications à traiter	Schéma thérapeutique	Remarques
Entérite	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Atteinte sévère:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Plus de 10 diarrhées par jour • Fièvre élevée ou persistante • hospitalisation ➤ <u>Risque élevé d'invasion extraintestinale:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Âge < 12 mois et > 50 ans • Etat d'immunosuppression (HIV, transplantation, maladies auto-immunes, cirrhose, néoplasie sous chimiothérapie, traitement immunosuppresseur) • Maladie athéromateuse connue si > 50 ans • Matériel prothétique (cardiovasculaire ou ortho) ➤ <u>En institution</u>, afin de prévenir une contagion généralisée 	<p>1er choix: Ciprofloxacine 500 mg 2x/j</p>	<p>Si traitement oral impossible ou mal toléré: Ceftriaxone 1-2 g 1x/j</p>
		<p>2ème choix: Azithromycine 1g puis 500 mg 1x/j pendant 5-7 jours</p>	
		<p>Durée de traitement: - immunocompétents: 3-7 j - matériel prothétique: jusqu' à 14 j selon situation - immunosupprimés: 2-6 sem, voire plus (avis infectiologique)</p>	
Bactériémie	Toujours	<p>1er choix: Ceftriaxone 1-2g 1x/j IV</p>	<p>Rechercher un état d'immunosupp (HIV) Adapter le traitement au profil de susceptibilité</p>
		<p>2ème choix: Ciprofloxacine 400 mg 2x/j IV</p>	
		<p>Durée de traitement: - immunocompétents: 14 j - immunosupprimés: 4-6 sem</p>	
Foyer extradigestif y compris infections endovasculaires	Toujours	<p>Antibiotique: choix idem bactériémie + Débridement / drainage généralement indiqué</p>	<p>En cas d'infection de matériel prothétique: envisager traitement supprimeur à long terme (Co-trimoxazole, Ciprofloxacine)</p>
		<p>Durée du traitement: 6-12 sem selon: - âge - status immunologique - site de l'infection - persistance de tissus nécrotiques ou collections - matériel prothétique</p>	
Portage asympto	<ul style="list-style-type: none"> • Employés dans la chaîne alimentaire • Etat d'immunosuppression • Présence d'un proche sévèrement immunosupprimé au domicile 	Ciprofloxacine 500 mg 2x/j pendant 4 sem	Plusieurs cultures stériles sont nécessaires pour prouver l'éradication

Implications pour la pratique

- Les patients avec des lésions vasculaires prouvées ou présumées ont un risque augmenté d'une infection endovasculaire à salmonella non typhoïde
- Le diagnostic précoce d'aortite infectieuse requiert un haut degré de suspicion clinique et une connaissance des facteurs de risque
- L'aortite infectieuse entraîne une mortalité élevée et nécessite une prise en charge médico-chirurgicale
- Le traitement antibiotique de la salmonellose invasive repose actuellement sur les céphalosporines à spectre étendu et les fluoroquinolones



Questions / commentaires?

- Remerciements:
 - co-auteure J. Rarogova
 - correcteurs / superviseurs: P. Abbet, N. Troillet
 - documentation histologique: M. Abdou