

# 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



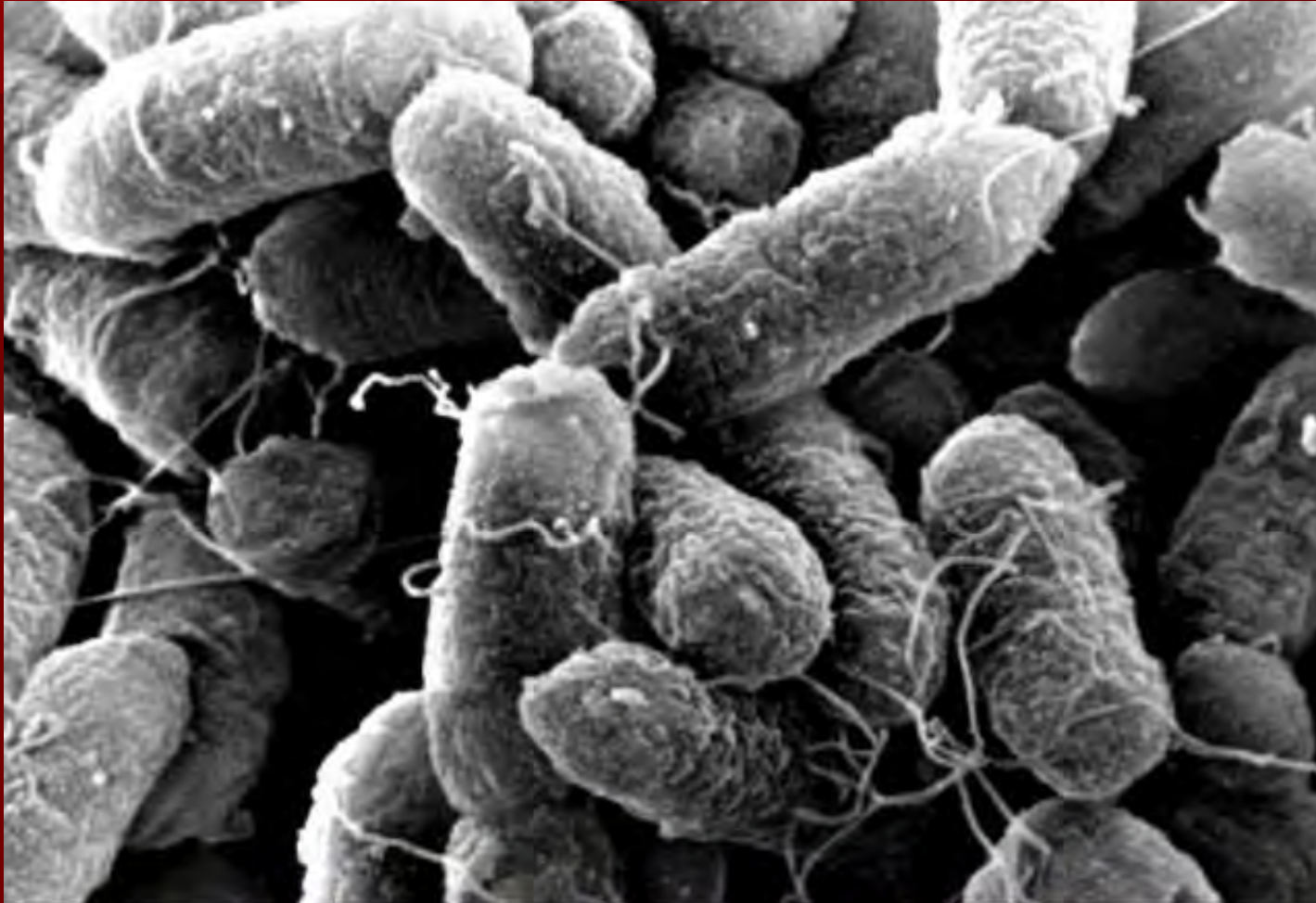
Nouvelle imagerie par CT scan



# Casuistique

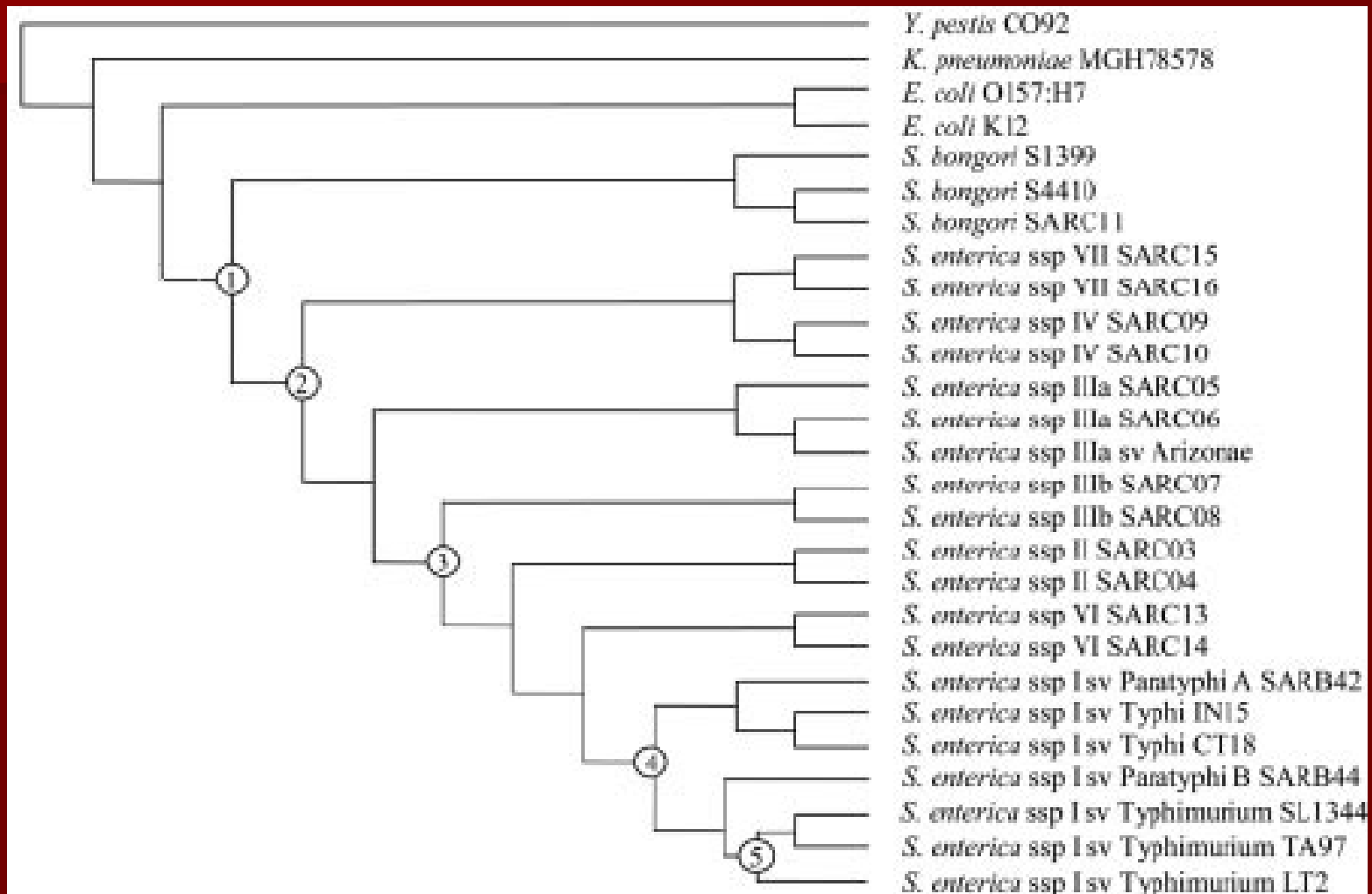
- Patient transféré aux soins continus
- Endoprothèse aortique percutanée en urgence
- 1 semaine plus tard, en électif:  
**remplacement de l'aorte infrarénale**
- Evolution simple, RAD après 22 jours
  - Avec Ceftriaxone 1 mois
  - Puis Ciprofloxacin pour 3 mois de plus

# Salmonella Enterica



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

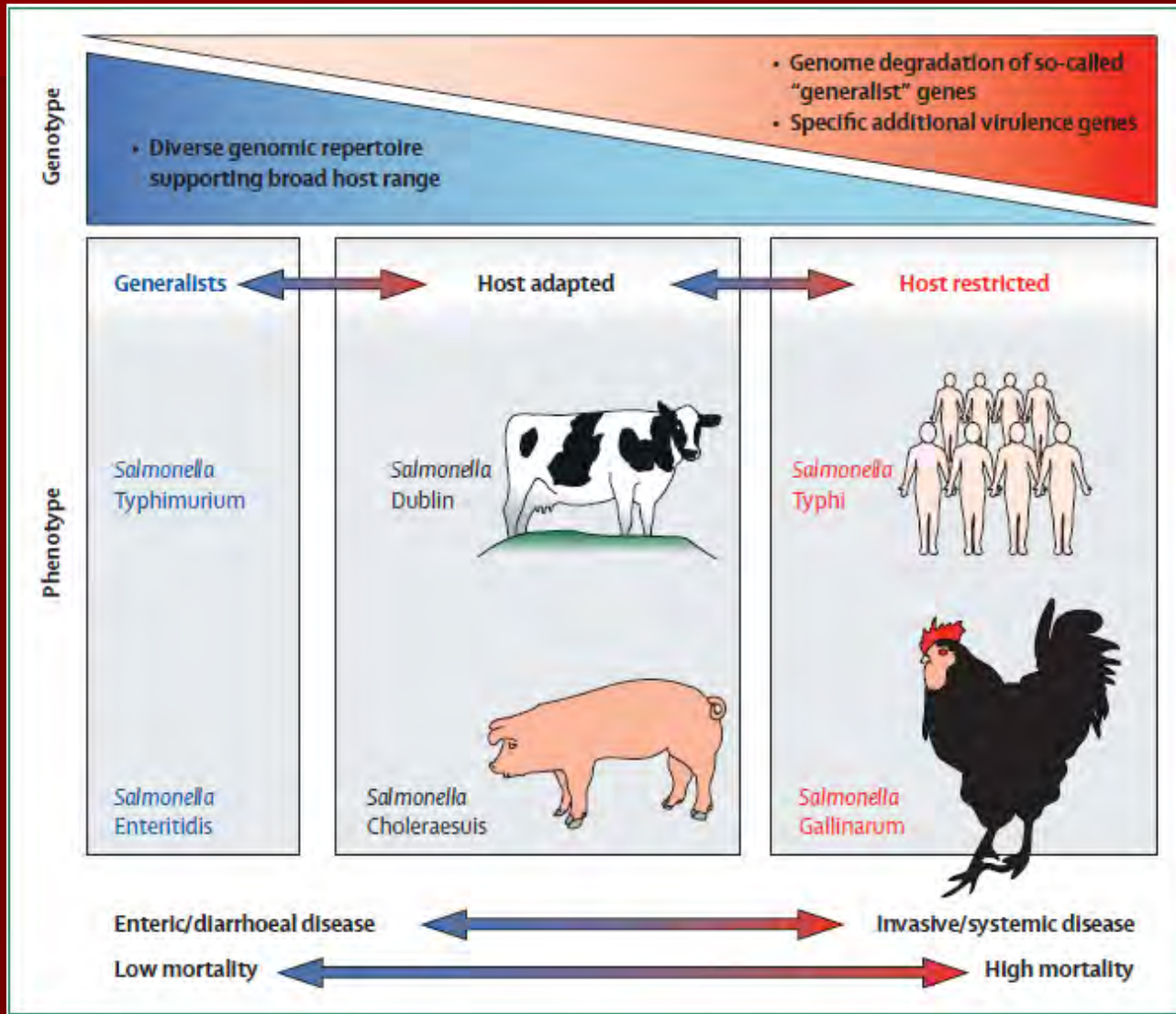
# Phylogénèse





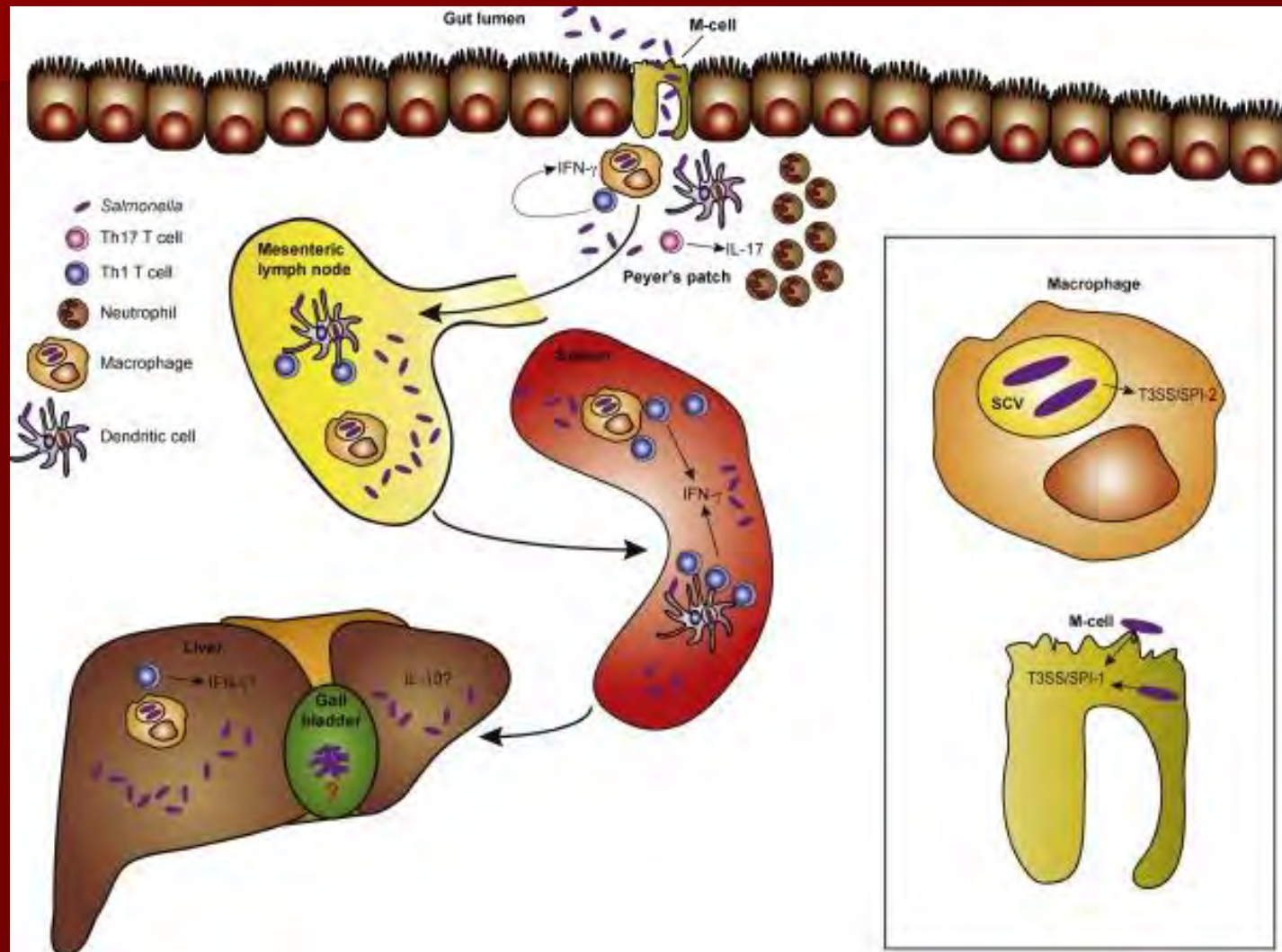
# Une espèce diverse

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

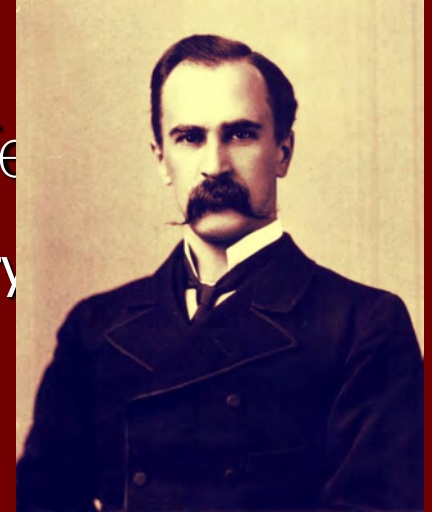
Sepsis sans foyer primaire identifié: entité nosologique distincte

- **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

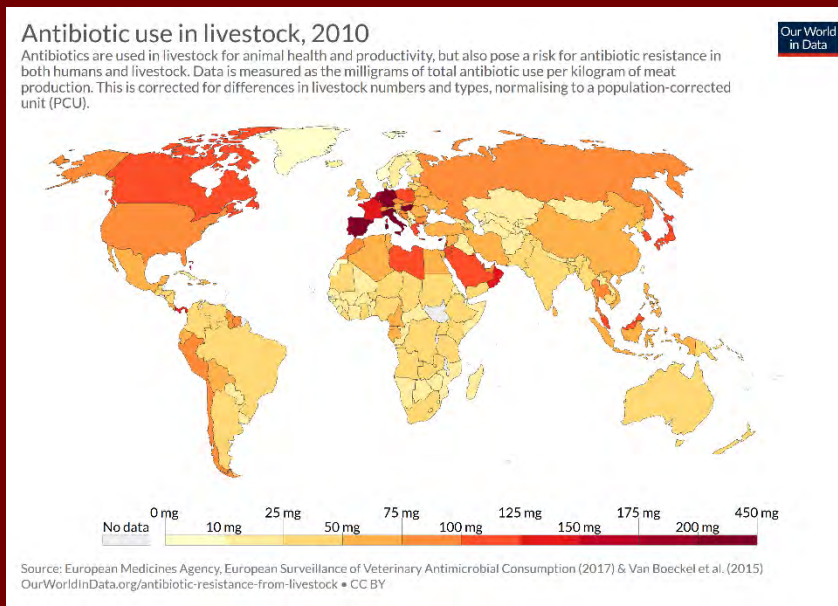
- Etat de portage: traiter si contact avec chaîne alimentaire, soins, personne imm/supp entourage



# Traitement

## ■ Choix de l'antibiotique:

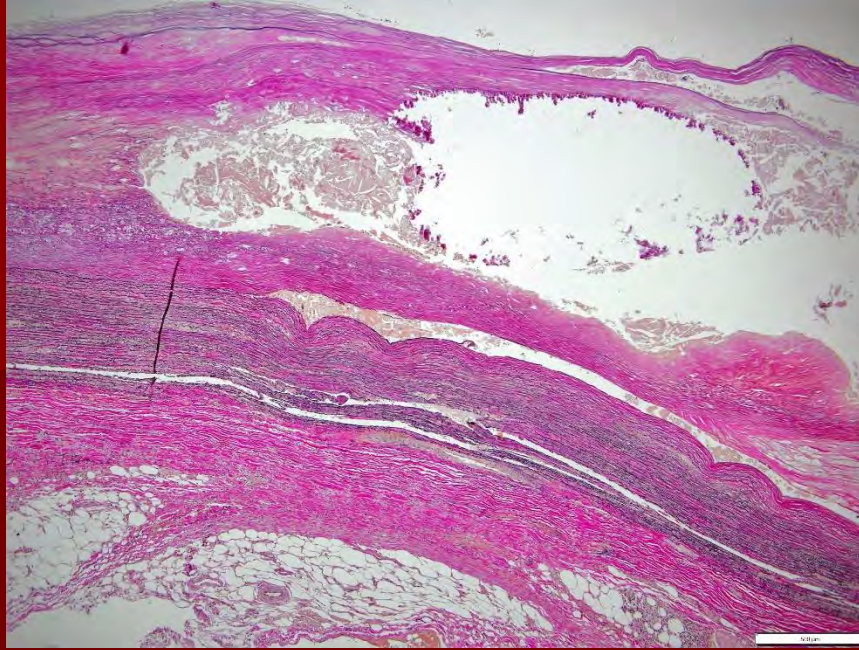
- Historiques: ampicilline, co-trimoxazole
- Quinolones encore préférées selon pays, mais résistances mondialement répandues
- Actuellement en Europe: C3G  
sauf si sensibilité prouvée aux quinolones



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