

SEPSIS BACTERIEMIQVES A BACILLES GRAM NEGATIF

Pr D.E ABDENNOUR

Faculté de Médecine Constantine

Les sepsis à Bacilles Gram négatif avec bactériémies sont fréquentes et graves en raison de l'usage de plus en plus fréquent des antibiotiques à large spectre notamment en consultations ambulatoires, de la résistance des germes à de nombreux antibiotiques, de leur survenue chez des malades souvent affaiblis par une affection pré-existante.

1) ETIOLOGIE :

a)- Les bactéries en cause :

Ce sont essentiellement les entérobactéries.

E.coli, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Proteus, Morganella, Providentia, Citrobacter, Salmonella.

Ainsi que d'autres bacilles à Gram négatif :

Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter...

b) les portes d'entrée :

Les portes d'entrée sont multiples notamment chez les malades hospitalisés. Les plus fréquentes sont :

➤ **Portes d'entrée extra-hospitalières :**

- urinaires : pyélonéphrite, lithiase ou malformation des voies excrétrices...
- génitales : avortements ou accouchements septiques
- digestives : toute lésion intestinale infectée
- hépatobiliaire : angiocholite sur lithiase, cancer, cirrhose...
- les autres portes d'entrée sont rares.
- dans certains cas, aucune porte d'entrée n'est retrouvée.

➤ **Portes d'entrée hospitalières :**

- Cutanées : cathéters vasculaires, plaies, brûlures...
- Urinaires : sondage vésical, cystoscopie, manœuvres de dilatation uréthrales, interventions urologiques
- Génitales : interventions sur un foyer infectieux pelvien
- Biliaires : chirurgie, cathétérisme rétrograde
- Digestives : chirurgie
- Pulmonaires : ventilation artificielle
- Parentérales : les portes d'entrée parentérales sont devenues depuis quelques années de plus en plus fréquentes : cathétérisme veineux, cardiaque... de même que les manœuvres de réanimation.

2) TABLEAU CLINIQUE :

Il y a tous signes cliniques observés au cours des bactériémies à point de départ thrombophlébitique :

- fièvre d'installation brutale, frissons, splénomégalie, altération de l'état générale, mais parfois s'y associent dans ce cas des diarrhées et une altération de l'état de conscience.

La particularité essentielle des bactériémies à BGN est la fréquence de survenue du choc infectieux. La recherche de la porte d'entrée doit être systématique et rapide. Un ECBU et une échographie doivent être faits sans retard.

Les localisations métastatiques sont représentées par les atteintes pulmonaires, les endocardites aiguës, les abcès hépatiques, les arthrites, les méningites...

- Les atteintes pulmonaires : précoces, elles se manifestent sous forme d'infiltrats parenchymateux uniques ou multiples, uni ou bilatéraux, plus ou moins étendus, microabcès, abcès du poumon, pleurésies, pyopneumothorax.

- L'endocardite aiguë : elle est grevée d'une forte mortalité, peut survenir sur cœur lésé ou sur cœur sain. La symptomatologie est celle des endocardites avec une plus grande sévérité sémiologique : embolies septiques cutanées multiples, avec purpura vésiculo-pustuleux, bulles nécrotico-hémorragiques, hémorragies sous-unguéales ou sous conjonctivales...

- L'abcès hépatique : se manifeste par un syndrome de suppuration profonde avec ébranlement hépatique douloureux, réaction pleurale sus-jacente, confirmé par l'échographie.

- Les arthrites touchant les grosses et les petites articulations, les ostéites, ostéomyélites, spondylodiscites...

3) LE CHOC SEPTIQUE:

Véritable urgence médicale, le choc septique est une insuffisance circulatoire aiguë représentant la réponse systémique de l'organisme à la présence de micro-organismes notamment les BGN et caractérisée par une pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg malgré un remplissage adéquat, associée à des dysfonctions d'organes.

C'est une complication gravissime qu'il faut redouter et guetter au cours de tout sepsis grave avec bactériémie à BGN. Sa fréquence est d'environ 15 à 40 % des cas des bactériémies BGN.

Son diagnostic est basé sur des éléments de surveillance simples : Pression Artérielle, toutes les heures.

Les signes cliniques sont ceux d'une insuffisance cardio-circulatoire aiguë qui fait suite souvent à un pic fébrile à 40°C et de frissons. C'est alors que la TA chute rapidement pour devenir imprenable, le pouls rapide, filant, imprenable, les extrémités deviennent froides et cyanosées, la respiration accélérée et superficielle en l'absence d'une infection pulmonaire, l'état de conscience s'altère et la diurèse diminue considérablement (anurie ou oligurie) enfin, un syndrome hémorragique se constitue (purpura, hémorragies digestives...).

Sur le plan biologique à côté de l'hyper leucocytose témoignant de l'infection bactérienne, il existe un état d'acidose, d'hypocoagulabilité sanguine, une insuffisance rénale fonctionnelle avec une atteinte organique surtout si le choc est traité tardivement.

4) L'EVOLUTION :

L'évolution des bactériémies à BGN dépend de l'identification de la porte d'entrée qu'il faut traiter, de la survenue d'un état de choc et de son évolution (le taux de mortalité par cette complication est de 40 % à 75 %) et de la nature du germe et sa sensibilité aux antibiotiques.

5) DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Repose sur les hémocultures faites avec une asepsie rigoureuse et avant toute antibiothérapie ainsi que les prélèvements bactériologiques au niveau de la porte d'entrée et éventuellement de certaines localisations

métastatiques accessibles à la ponction. Si le germe est isolé, un antibiogramme sera systématiquement réalisé.

6) TRAITEMENT ETIOLOGIQUE :

- Traiter la porte d'entrée qui peut être médicale ou médico-chirurgicale.
- Mettre en route un traitement antibiotique de première intention, qui doit tenir compte de l'origine de la bactériémie et surtout de son caractère nosocomiale ou communautaire. Certaines localisations secondaires peuvent également contribuer à suspecter la nature du germe et donc l'antibiotique le mieux approprié.

Habituellement et compte tenu de la sensibilité des germes en cause dans les Sepsis à BGN dans nos régions, on choisit en première intention une céphalosporine de première génération comme la céfazoline en association avec un aminoside le plus souvent la gentamycine. Dans les formes sévères ou quand on craint la présence d'un germe peu sensible, on fait appel à une céphalosporine de troisième génération. En cas d'infection hospitalière présumée, on fait appel d'emblée à une céphalosporine de troisième génération ou bien à la Pipéracilline en association avec l'Amikacine, ou à l'association fluoroquinolone - amikacine. En cas de suspicion de *P. aeruginosa*, on utilise la céftazidime ou céfitime ou pipéracilline en association avec l'amikacine.

La durée du traitement est de trois à quatre semaines par voie générale.

L'ATBgramme permet d'apprécier la sensibilité des germes.

7) TRAITEMENT DU CHOC SEPTIQUE :

- Prendre un abord veineux de gros calibre, passer un flacon de plasmagel en 15 mn, répéter la même opération si nécessaire si le pouls n'est toujours pas perceptible, passer en suite un flacon de bicarbonaté si la Ph est inférieur à 7,2 et si on ne dispose pas de gazométrie, s'aider des signes cliniques d'acidose pour tamponner au bicarbonaté.

- Oxygénothérapie par sonde nasale à raison de 6 à 10 litres/mn

La surveillance se fait toutes les 15 mn par la mesure de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, la surveillance de l'ischémie cutanée, les signes clinique d'IVG, le niveau de conscience et toutes les heures par la mesure de la diurèse.

Si amélioration, il faut poursuivre le remplissage.

S'il n'y a pas d'amélioration, transférer le malade en réanimation. Sinon, envisager l'adjonction de drogues vaso-actives ou l'expansion volémiques sous surveillance de la PVC. Les drogues utilisées pour améliorer la situation hémodynamique sont la Dopamine à raison de 20 microgrammes/kg/mn éventuellement associée à la Dobutamine à raison de 5 à 15 microgrammes/kg/mn.

8) AUTRES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES:

A ces traitements de fond, il peut s'avérer utile de rétablir l'équilibre hydro-électrolytique, de corriger la glycémie ou une éventuelle insuffisance rénale, de transfuser le malade...