

OBSERVATION CLINIQUE N°07-10

Histoire clinique

. **Mr. BI. A , 75 ans, est hospitalisé pour rectorragies.** Dans ses antécédents on note principalement : Adénocarcinome rectal opéré 9 ans avant, ablation d'un poly-adénome tubulo-muqueux avec dysplasie de bas grade un an avant, enfin angioplastie trois mois auparavant avec pose de trois Stent au niveau cardiaque et pontage avec pose de Stent au niveau des deux artères fémorales.

- Cinq jours auparavant, le patient est traité par de l'amoxicilline (Clamoxyl®) *per os* pour une broncho-pneumonie

- Son traitement habituel comprend Kardégic, Plavix et Sectral.

. **A son arrivée au petit matin** au service d'accueil des urgences le patient se présente avec une douleur abdominale brutale évoluant depuis 48 heures par paroxysmes douloureux associés à des vomissements, des faux besoins et une diarrhée glairo-sanglante.

L'abdomen reste souple et dépressible, mais sensible. Aucune masse n'est palpable. Les bruits hydro-aériques sont conservés. Le toucher rectal ne retrouve ni sang ni fécalôme. Le reste de l'examen est sans particularité.

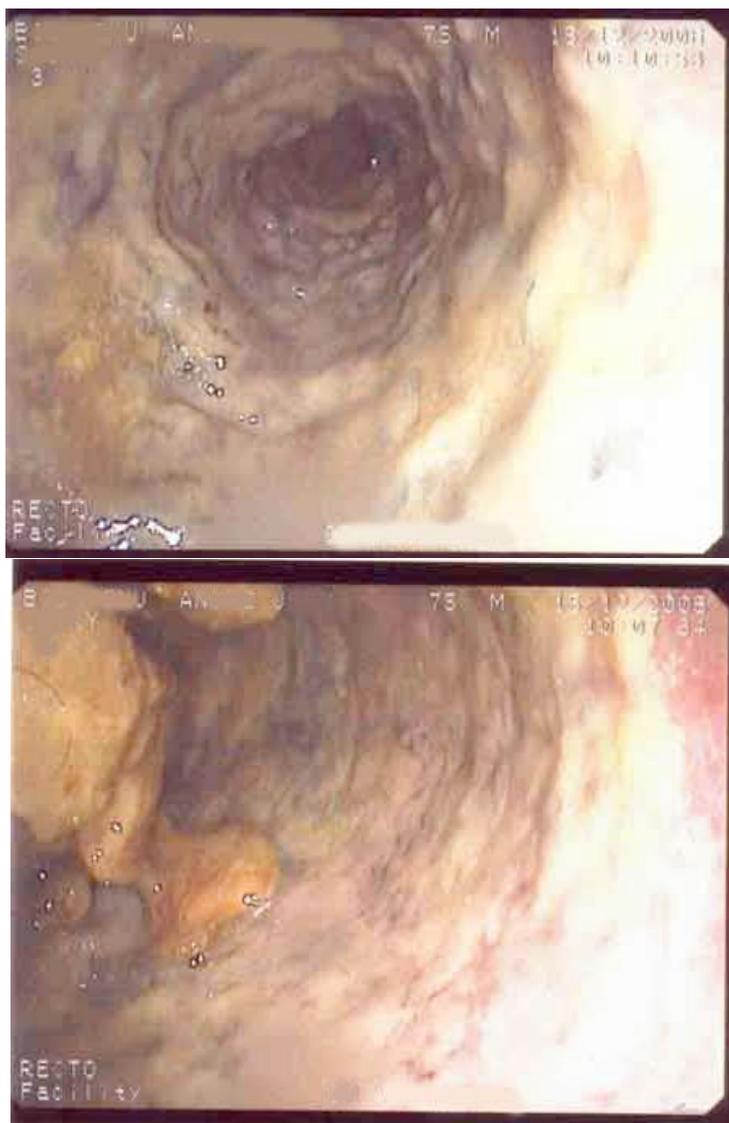
Le scanner abdomino-pelvien confirme l'existence de signes de colite s'étendant depuis la zone de suture colo-rectale jusqu'à l'angle colique gauche. Le rectum paraît respecté, avec un discret épanchement dans la gouttière pariéto-colique à gauche.

. **Au plan biologique** on retrouve :

- A J0 : 24070 GB/mm³ dont 22220 PNN, CRP = 27 mg/l, Fibrinogène= 5,35 g/l, Na : 135, K 3,3 mmol/l, et bilirubine, enzymes hépatiques et pancréatiques normales

. La **coproculture**, pratiquée le même jour, est liquide, comprenant à l'examen direct de nombreux leucocytes. La recherche de parasites est négative au direct et après enrichissement (MIF-concentration). La recherche de toxine de *Clostridium difficile*, effectuée en urgence, est négative.

. Parmi les autres examens demandés, notons la **recto-coloscopie pratiquée avec l'indication suivante**: bilan d'une diarrhée évoluant depuis trois jours avec un épisode de rectorragies modérées. Antécédents de colectomie segmentaire pour adénocarcinome rectal.



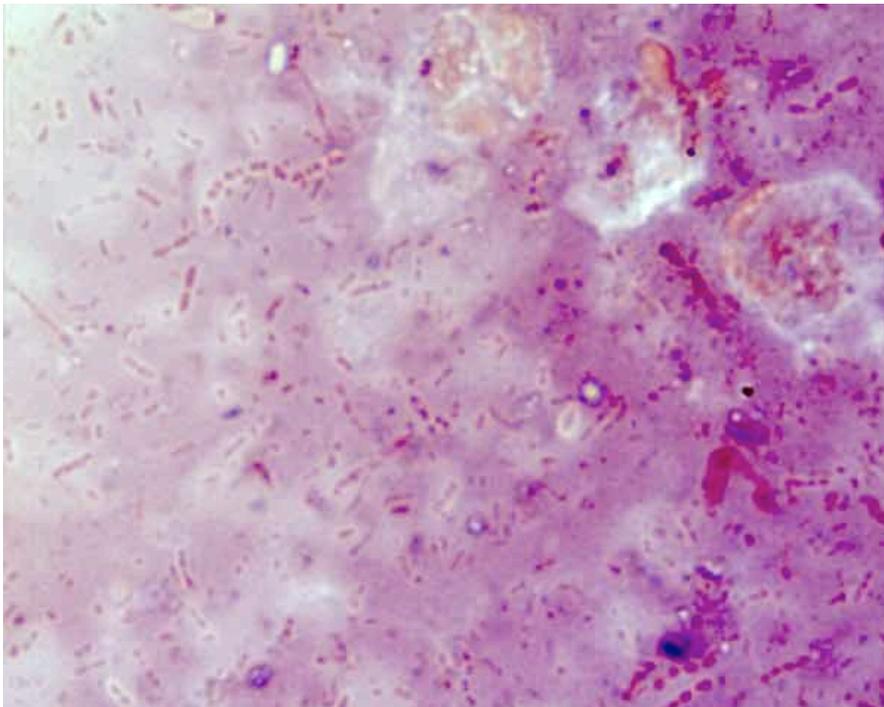
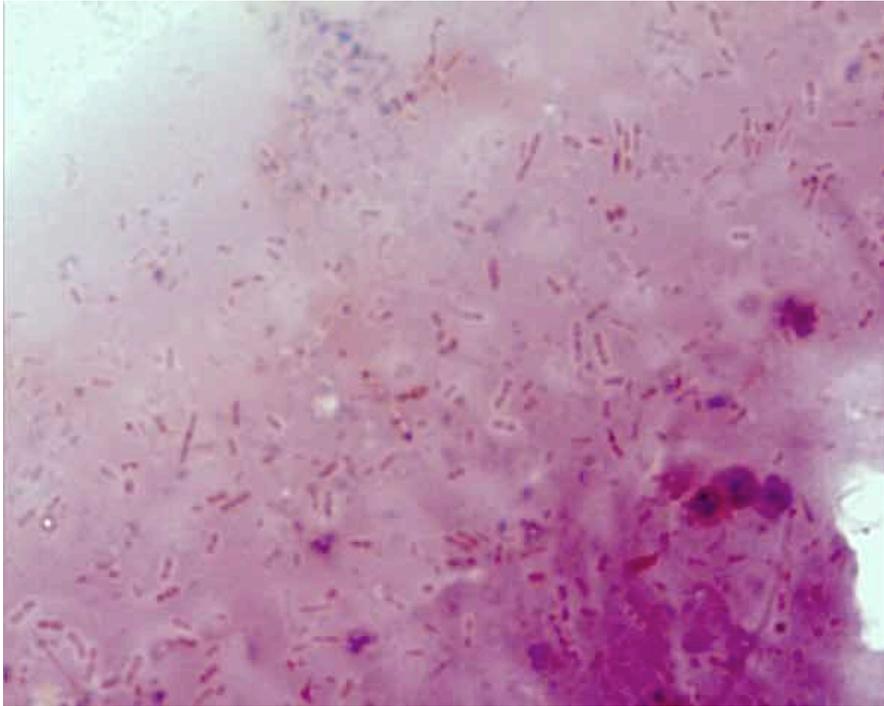
RESULTATS: progression possible jusqu'à 40 cm de la marge anale. On retrouve l'anastomose colo-colique termino-terminale bas-située, 3 à 4 cm au-dessus de l'ampoule rectale, au-dessus du canal anal. La muqueuse rectale paraît

endoscopiquement normale. Au niveau de l'anastomose, on note un aspect ulcéré de façon circulaire tout autour de l'anastomose. Dès le franchissement de l'anastomose, on note alors un aspect de colite grave avec un enduit blanchâtre, recouvrant toute la muqueuse de façon circulaire sur au moins 30 cm. Le pôle supérieur de ces lésions n'est pas visualisé. L'examen n'est conduit que jusqu'à 40 cm de la marge anale. **Biopsies multiples à visée à la fois histologique et bactériologique.**

CONCLUSION : aspect de colite grave remontant de façon circulaire à partir de l'anastomose au moins jusqu'à 40 cm de la marge anale. Aspect ulcéré de façon superficielle de l'anastomose. Ampoule rectale respectée.
Diagnostic : MICI ? colite infectieuse à *Clostridium* ? A confronter aux résultats histologiques

Examen microscopique ou direct

Voici la coloration de Gram réalisée à partir d'**une des biopsies coliques** du patient :



Polynucléaires :

Hématies :

Cellules :

Autres éléments :

Pas de germe visible

Flore polymicrobienne

Coques Gram-positif :

Coques Gram-négatif :

Bacilles Gram-positif :

Bacilles Gram-négatif :

Complément Gram : bactéries capsulées présence de spores

Éléments fongiques :

Éléments parasitaires :

Diagnostic bactériologique présumptif

Germe 1

Germe 2

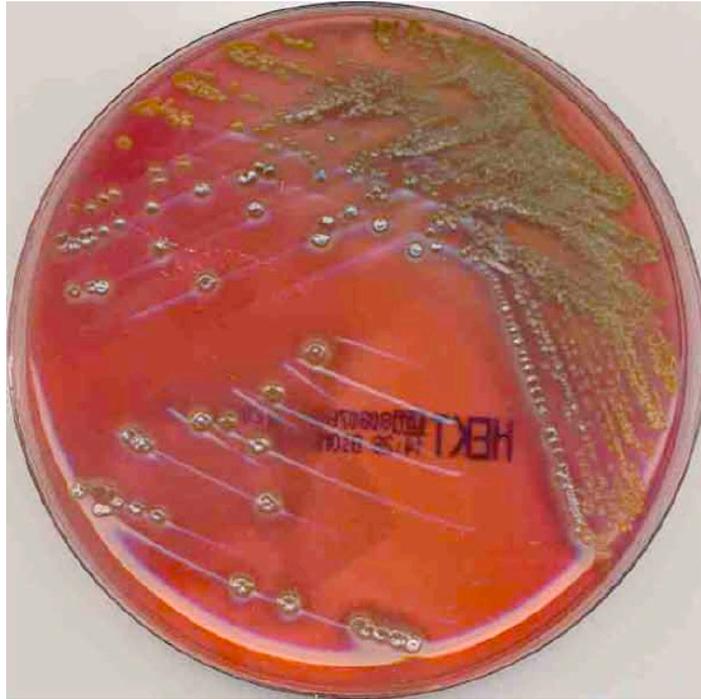
Germe 3

Valider

[Haut](#)

- Voici les **aspects de culture d'une des biopsies coliques** obtenues sur les **milieux sélectifs** suivants: Hektoen, BCP, Drigalski après 48 heures d'incubation à 37°C en atmosphère ambiante.

Hektoen



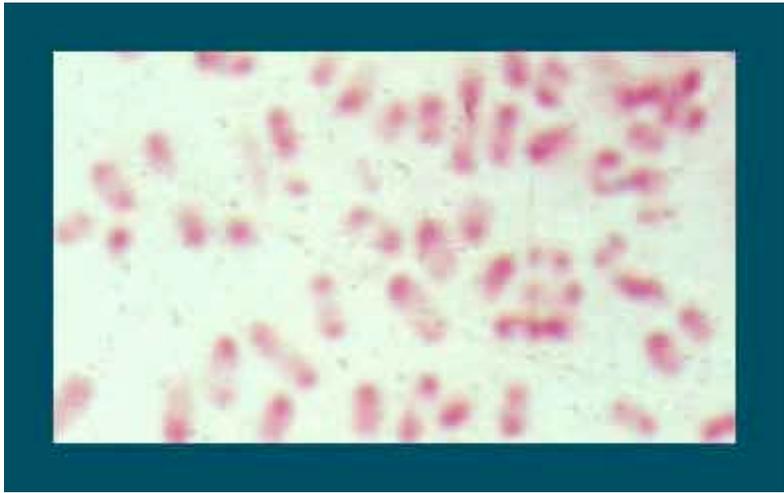
BCP



Drigalski



- Une **coloration de Gram** donne le résultat suivant (G X 1200):

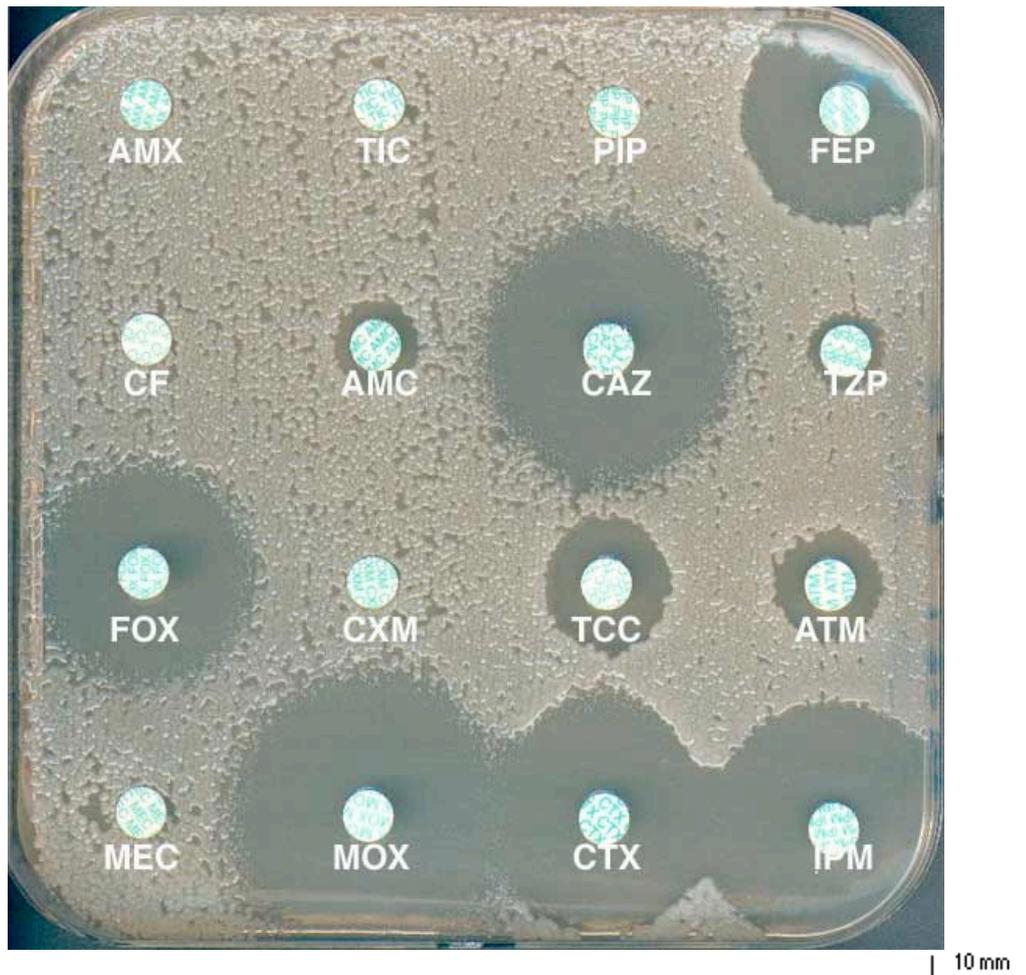


- **Certains caractères d'identification** de ce germe sont recherchés à l'aide d'une galerie d'identification biochimique API® 20E comme ci-dessous après 24 h d'incubation à 37°C:



[Veuillez lire l'antibiogramme avant la validation définitive](#)

La souche a été testée par la méthode des disques sur le milieu de Mueller-Hinton à 37°C en atmosphère ambiante pendant 24 h.



Liste des antibiotiques —●

B-Lactamines: Le tableau ci-dessous exprime la **sensibilité de cette souche en CMI (mg/l) et en catégorie clinique** avant interprétation (bruts):

Antibiotique	CMI (mg/L)	Catégorisation clinique
Amoxicilline	> 32	R
Amoxicilline + Acide clavulanique	> 32	R
Pipéracilline	> 32	R
Pipéracilline + Tazobactam	> 32	R
Ticarcilline	> 128	R
Ticarcilline + Acide clavulanique	32	R
Céfalotine	> 16	R
Céfamandole	> 16	R
Céfoxitine	1	S
Céfuroxime	> 32	R
Ceftazidime	0,25	S
Céfotaxime	0,06	S
Ceftriaxone	2	S
Céfépime	0,06	S
Latamoxef	0,03	S
Aztréonam	8	I
Imipénème	0,5	S

Voici la **deuxième boîte** de l'antibiogramme par diffusion:



Liste des antibiotiques —●

Autres antibiotiques: Le tableau ci-dessous exprime la **sensibilité de cette souche en CMI (mg/l) et en catégorie clinique** avant interprétation (bruts):

Antibiotique	CMI (mg/L)	Catégorisation clinique
Gentamicine	0,5	S
Tobramycine	0,5	S
Nétilmicine	1	S
Amikacine	1	S
Acide nalidixique	2	S
Ciprofloxacine	0,12	S
Colistine	2	S
Sulfamides	1	S
Triméthoprim	2	S
Cotrimoxazole		S

Pouvez-vous individualiser le comportement de cette souche vis-à-vis des antibiotiques étudiés ?

Pouvez-vous identifier le(s) phénotype(s) et/ou mécanisme(s) de résistance probable(s)?

β-lactamines	<input type="text"/>	Synergie AMC/TCC-C ₃ G	<input type="text"/>
Aminoglycosides	<input type="text"/>		
Quinolones- Fluoroquinolones	<input type="text"/>	Tétracyclines	<input type="text"/>
Cotrimoxazole	<input type="text"/>	Polypeptides	<input type="text"/>
Fosfomycine	<input type="text"/>	Chloramphénicol	<input type="text"/>
Nitrofuranes	<input type="text"/>	Rifampicine	<input type="text"/>