**CAS CLINIQUE 1**

**Compte-Rendu d'Hospitalisation (CRH) : Prise en charge d’un sepsis sévère**

**Nom du patient** : [Nom du patient]  
**Date d'hospitalisation** : [Date d'entrée] au [Date de sortie]  
**Service** : Infectiologie  
**Motif d'hospitalisation** : Sepsis sévère à point de départ urinaire

**Motif d'Hospitalisation :**

Patiente âgée de 65 ans, admise aux urgences pour fièvre élevée à 40°C, altération de l’état général et signes cliniques évocateurs d’une infection urinaire. À son admission, la patiente présente une hypotension à 85/60 mmHg et une tachycardie à 120 bpm, orientant vers un sepsis sévère.

**Antécédents médicaux :**

* Diabète de type 2 traité par insuline
* Hypertension artérielle
* Hypothyroïdie post-chirurgicale (thyroïdectomie totale)
* Antécédent de pyélonéphrite

**Histoire de la maladie :**

La patiente a été admise pour une fièvre avec douleurs lombaires bilatérales et brûlures mictionnelles. Un examen clinique et des examens biologiques ont révélé un sepsis sévère à point de départ urinaire.

L’hémoculture et l’ECBU ont révélé une infection à **Escherichia coli** résistante aux bêta-lactamases à spectre étendu. Le bilan biologique montre une élévation de la procalcitonine à 10 ng/mL, une CRP à 150 mg/L, des leucocytes à 18 000/mm³, et une insuffisance rénale aiguë modérée avec une créatininémie à 190 µmol/L.

**Prise en charge :**

1. **Antibiothérapie empirique** : CEFTRIAXONE 2g/j, suivie d’un ajustement après antibiogramme, avec passage à la PIPERACILLINE-TAZOBACTAM 4,5g 3 fois par jour.
2. **Support hémodynamique** : Remplissage vasculaire et amines (Noradrénaline) en raison de l’hypotension persistante.
3. **Oxygénothérapie** : 4L/min sous lunettes pour saturation en oxygène à 92%.

**Examens complémentaires :**

* **ECBU** : Escherichia coli (> 1000 leucocytes/µL)
* **Hémocultures** : Escherichia coli dans 4/4 flacons
* **Bilan biologique** : Leucocytes 18 000/mm³, PCT 10 ng/mL, CRP 150 mg/L, créatininémie 150 µmol/L.

**Évolution :**

L’évolution sous traitement a été favorable avec normalisation des paramètres hémodynamiques après 48 heures, disparition de la fièvre et amélioration du bilan biologique (CRP à 30 mg/L à J5). La patiente a été transférée en hospitalisation conventionnelle pour la poursuite du traitement antibiotique de cette pyélonéphrite.

**Traitement à la sortie :**

* PIPERACILLINE-TAZOBACTAM 4,5g 3 fois/jour pendant 7 jours.
* Suivi en consultation d’infectiologie.

**Conclusion : Sepsis sévère à point de départ urinaire compliqué d’une insuffisance rénale aiguë modérée**

**Codage CIM-10 correct :**

**Proposition DP**

**a) A41.5 Sepsis à d’autres micro-organismes Gram**

**b) N17.9 Insuffisance rénale aiguë, sans précision**

**c) N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë**

**d) A49.9 Infection bactérienne, sans précision**

**Réponse :**

**Diagnostic principal :**

* 1. **N10 Néphrite tubulo-interstitielle aiguë**

**Diagnostics associés (DAS) :**

**A41.5** Sepsis à d’autres micro-organismes Gram

**N17.9** Insuffisance rénale aiguë, sans précision

**B96.2** Escherichia coli comme cause de maladies classées ailleurs

**U82.2+0** Résistance par bêta-lactamases à spectre étendu [BLSE], situation d’infection

**E11.90** Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication

**I10** Hypertension essentielle (HTA)

**E89.0** Hypothyroïdie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

**Choc Septique R57.2 à faire préciser par le Médecin**

**CAS CLINIQUE 2**

**Compte-Rendu d'Hospitalisation (CRH) : Prise en charge d’un sepsis sévère**

**Nom du patient** : [Nom du patient]  
**Date d'hospitalisation** : [Date d'entrée] au [Date de sortie]  
**Service** : Réanimation médicale  
**Motif d'hospitalisation** : Sepsis à point de départ abdominal (diverticulite compliquée)

**Motif d'Hospitalisation :**

Patiente de 72 ans, admise pour douleurs abdominales aiguës associées à une fièvre à 39,5°C et une hypotension marquée à 95/60 mmHg, tachycardie à 120 bpm. Le diagnostic initial de sepsis à point de départ digestif a été posé en urgence, sur un tableau évocateur d’une diverticulite compliquée d'abcès.

**Antécédents médicaux :**

* Diverticulose colique
* Diabète de type 2 sous insuline
* Antécédent de cholécystectomie

**Histoire de la maladie :**

La patiente a développé une douleur aiguë de la fosse iliaque gauche, accompagnée de vomissements et de fièvre. Un scanner abdominal a révélé une diverticulite sigmoïdienne avec abcès et possible perforation colique. Devant ce tableau, un diagnostic de sepsis a été posé.

**Prise en charge :**

1. **Antibiothérapie empirique** : Administration initiale de CEFTRIAXONE et METRONIDAZOLE IV, ajustée à la PIPERACILLINE-TAZOBACTAM après antibiogramme.
2. **Drainage percutané** : Un drainage de l'abcès abdominal a été réalisé sous guidage radiologique.
3. **Support hémodynamique** : Remplissage vasculaire avec colloïdes et cristalloïdes
4. **Oxygénothérapie** : Lunettes à 3L/min.

**Examens complémentaires :**

* **Scanner abdominal** : Diverticulite compliquée avec abcès et perforation probable.
* **Bilan biologique** : Leucocytose à 19 000/mm³, CRP à 250 mg/L, PCT à 15 ng/mL, créatinine à 140 µmol/L.

**Évolution :**

L’évolution a été marquée par une amélioration après 72 heures de traitement avec réduction de la fièvre et normalisation progressive des paramètres hémodynamiques. La patiente a été transférée en service de chirurgie pour une éventuelle résection sigmoïdienne.

**Traitement à la sortie :**

* PIPERACILLINE-TAZOBACTAM IV jusqu’à la chirurgie

**Conclusion : Sepsis d'origine abdominale (diverticulite compliquée)**

**Codage CIM-10 correct :**

**Proposition DP :**

**a) K57.2 Diverticulose du côlon, avec perforation et abcès**

**b) R65.0 Syndrome de réponse inflammatoire systémique d’origine infectieuse sans défaillance**

**c) K65.0 Péritonite aiguë**

**d) A41.9 Sepsis, sans précision**

**Réponse :**

**Diagnostic principal :**

* 1. **K57.2 Diverticulose du côlon, avec perforation et abcès**

**Diagnostics associés (DAS) :**

**E11.90** Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication

**R65.0** Syndrome de réponse inflammatoire systémique d’origine infectieuse sans défaillance d’organe

**CAS CLINIQUE 3**

**Compte-Rendu d'Hospitalisation (CRH) : Prise en charge d’un sepsis sur prothèse de hanche**

**Nom du patient** : [Nom du patient]  
**Date d'hospitalisation** : [Date d'entrée] au [Date de sortie]  
**Service** : Orthopédie et Infectiologie  
**Motif d'hospitalisation** : Sepsis sur prothèse de hanche

**Motif d'Hospitalisation :**

Patiente âgée de 68 ans, admise pour fièvre à 38,5°C, frissons, et douleur au niveau de la hanche droite après une prothèse totale de hanche réalisée il y a un mois. À l'admission, l’examen clinique révèle un gonflement et une sensibilité autour de la prothèse, ainsi qu’un épanchement articulaire.

**Antécédents médicaux :**

* Prothèse totale de hanche (intervention réalisée il y a un mois)
* Antécédents d'arthrose sévère
* Hypertension artérielle
* Diabète de type 2 insulino-requérant

**Histoire de la maladie :**

La patiente présente des signes de sepsis, avec une douleur croissante au niveau de la hanche droite, associée à une altération de l’état général. Les analyses de laboratoire montrent une leucocytose à 15 000/mm³, une CRP élevée à 100 mg/L, et une procalcitonine à 5 ng/mL. Un liquide synovial est prélevé et la culture révèle un Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM).

**Prise en charge :**

1. **Antibiothérapie empirique** : Début de traitement par CEFTRIAXONE IV, ajusté selon les résultats de l'antibiogramme.
2. **Drainage articulaire** : Réalisation d’un drainage du liquide synovial sous échographie, avec envoi en culture.
3. **Support hémodynamique** : Administration de fluides intraveineux et suivi des paramètres hémodynamiques.

**Examens complémentaires :**

* **Radiographies** : Mise en évidence d’un épanchement articulaire et d’éventuels signes d'infection autour de la prothèse.
* **Analyse du liquide synovial** : Culture positive pour Staphylococcus aureus SARM.
* **Bilan biologique** : Leucocytose à 15 000/mm³, CRP à 100 mg/L, PCT à 5 ng/mL, glycémie à 1.2 g/L.

**Évolution :**

Adaptation du traitement par VANCOMYCINE. Après 48 heures de traitement, la patiente présente une amélioration clinique avec réduction de la fièvre et des douleurs. Les marqueurs biologiques montrent une tendance à la normalisation (CRP à 50 mg/L). La patiente est préparée pour une éventuelle révision chirurgicale de la prothèse en fonction de l’évolution.

**Traitement à la sortie :**

* Poursuite de la VANCOMYCINE par voie IV jusqu’à la révision chirurgicale et poursuite de l’isolement
* Suivi en consultation de chirurgie orthopédique.

**Conclusion : Sepsis à Staphylococcus aureus sur prothèse de hanche**

**Codage CIM-10 correct :**

**Proposition DP :**

**a) T84.5 Infection de prothèse articulaire**

**b) M00.05 Arthrite due à Staphylococcus aureus**

**c) A41.0 Sepsis à staphylocoques dorés**

**d) A49.0 Infection à staphylocoques, siège non précisé**

**Réponse**

**Diagnostic principal :**

* 1. **M00.05 Arthrite due à Staphylococcus aureus**

**Diagnostics associés (DAS) :**

**T84.5** Infection de prothèse articulaire

**R65.0** Syndrome de réponse inflammatoire systémique d’origine infectieuse sans défaillance d’organe

**Y83.1** Intervention chirurgicale avec implantation d’une prothèse interne

**Y95** Facteurs nosocomiaux

**U82.100** Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM], situation d’infection

**E11.90** Diabète sucré de type 2 insulinotraité, sans complication

**I10** Hypertension essentielle (HTA)

**CAS CLINIQUE 4**

**COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION**

**IDENTITÉ DU PATIENT :**

* **Nom :** [Nom du patient]
* **Âge :** [Âge du patient]
* **Sexe :** [Sexe]
* **Date d'admission :** [Date d'admission]
* **Date de sortie :** [Date de sortie]

**MOTIF D'HOSPITALISATION :** Le patient a été admis pour une dyspnée sévère, une fièvre élevée et une altération de l'état général évoquant une pneumopathie sévère compliquée d'un sepsis et d'un choc septique.

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :**

* Diabète type 2 sous Metformine
* HTA traitée Bisoprolol
* Hypercholestérolémie traitée Atorvastatine

**EXAMEN CLINIQUE À L'ADMISSION :**

* **Température :** 39.5°C
* **Fréquence respiratoire :** 30 cycles/min
* **Fréquence cardiaque :** 120 bpm
* **Tension artérielle :** 85/50 mmHg (hypotension sévère)
* **Saturation en O2 :** 88% sous air ambiant
* **Conscience :** Altération légère de la conscience (Glasgow 13/15)
* **Auscultation pulmonaire :** Crépitants bilatéraux, prédominant à droite

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :**

* **Radiographie thoracique :** Opacités alvéolaires diffuses au niveau du lobe inférieur droit, évoquant une pneumopathie.
* **Scanner thoracique :** Confirme une pneumonie lobaire avec suspicion d'infiltration inflammatoire.
* **Hémocultures :** Négatives
* **CRP :** 230 mg/L
* **Lactates :** 4.5 mmol/L
* **Gaz du sang artériel :** Hypoxémie avec PaO2 à 55 mmHg
* **NFS :** Leucocytose à 18,000/mm³

**DIAGNOSTIC RETENU :**

* **Pneumopathie lobaire droite d'origine infectieuse** avec étiologie non identifiée.
* **Sepsis sévère** avec absence de documentation bactérienne (hémocultures négatives).
* **Choc septique** en lien avec la pneumopathie.

**PRISE EN CHARGE :**

1. **Réanimation initiale :**
   * Mise en place d'une voie veineuse centrale.
   * Remplissage vasculaire intensif avec solutés salins (3L en 6 heures).
   * Introduction de noradrénaline pour maintien de la pression artérielle moyenne (PAM > 65 mmHg).
2. **Traitement antibiotique empirique :**
   * **Ceftriaxone** (2 g/jour IV) et **Azithromycine** (500 mg/jour IV), couvrant les germes respiratoires usuels.
   * Adaptation prévue selon les résultats des cultures et des examens supplémentaires.
3. **Support respiratoire :**
   * Mise sous oxygénothérapie à haut débit, puis intubation orotrachéale et ventilation mécanique en raison de la dégradation de l'état respiratoire (syndrome de détresse respiratoire aiguë - SDRA).
4. **Surveillance :**
   * Monitorage continu des paramètres vitaux, gaz du sang, et fonction rénale.
   * Dosage des lactates sérique régulier.

**ÉVOLUTION :**

* Stabilisation progressive de l'état hémodynamique sous noradrénaline et réanimation liquidienne.
* Diminution des lactates au bout de 48 heures.
* Le patient reste sous antibiothérapie IV, avec amélioration clinique lente. L'extubation est prévue dès amélioration de l'état respiratoire.
* Aucune complication infectieuse secondaire détectée à ce stade.

**SORTIE DE RÉANIMATION :**

Le patient est transféré en service de médecine interne pour suivi après 10 jours en réanimation avec amélioration des paramètres vitaux et régression des signes infectieux. L'antibiothérapie est poursuivie selon le protocole.

**DIAGNOSTIC DE SORTIE :**

* **Pneumopathie lobaire droite avec germe non identifié**
* **Sepsis sévère**
* **Choc septique**

**TRAITEMENT À LA SORTIE :**

* Antibiothérapie par voie orale pour une durée totale de 14 jours.
* Surveillance médicale rapprochée avec consultations de suivi.

**Codage CIM-10 correct :**

**Proposition DP :**

**a) A41.9 Sepsis, sans précision**

**b) R57.2 Choc septique**

**c) J18.1 Pneumopathie lobaire, sans précision**

**d) A49.9 Infection bactérienne, sans précision**

**Réponse**

**Diagnostic principal :**

* 1. **R57.2 Choc septique**

**Diagnostics associés (DAS) :**

**J18.1 Pneumopathie lobaire, sans précision**

**A41.9 Sepsis, sans précision**

**J80 Syndrome de détresse respiratoire aigüe**

**E11.98 Diabète sucré de type 2 non insulinotraité ou sans précision, sans complication**

**I10 Hypertension essentielle (primitive)**

**E780 Hypercholestérolémie essentielle**