

Les hémocultures pour le médecin généraliste : Un intérêt en ville ?

Dr Thomas Douillard
Maladie infectieuse – Réanimation
CH Saint Brieuc



Diapositive 1

1

Vincent Valade; 12/01/2020

Cas clinique 1 :
Monsieur PM, 61 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents :

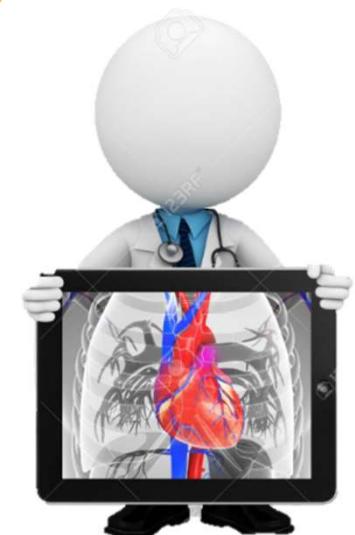
- ➔ hypertension artérielle,
- ➔ tabagisme actif,
- ➔ bioprothèse aortique sur bicuspidie aortique + mise en place de stimulateur cardiaque sur BAV3 post opératoire

Traitements :

- Kardegec
- Ramipril
- Simvastatine
- Bisprolol

Histoire de la maladie : Patient fébrile depuis 10 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Il ne présente pas d'altération de l'état général, n'a pas de plainte fonctionnelle.

A l'examen clinique, la tolérance hémodynamique est bonne, vous retrouvez une discrète pharyngite sans autres points d'appel infectieux. Les aires ganglionnaires sont libres.



Cas clinique 1 :
Monsieur PM, 61 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, tabagisme actif, bioprothèse aortique sur bicuspidie aortique, + mise en place de stimulateur cardiaque sur BAV3 post opératoire

Traitements : Kardeigic, Ramipril, Simvastatine, Bisprolol

Histoire de la maladie : Patient fébrile depuis 10 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Il ne présente pas d'altération de l'état général, n'a pas de plainte fonctionnelle.

A l'examen clinique, la tolérance hémodynamique est bonne, vous retrouvez une discrète pharyngite sans autres points d'appel infectieux. Les aires ganglionnaires sont libres.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous à ce stade?

- A) Infection virale type grippe ou COVID
- B) Lymphome
- C) Endocardite infectieuse
- D) Angine bactérienne
- E) Maladie de Lyme



Cas clinique 1 :
Monsieur PM, 61 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, tabagisme actif, bioprothèse aortique sur bicuspidie aortique, + mise en place de stimulateur cardiaque sur BAV3 post opératoire.

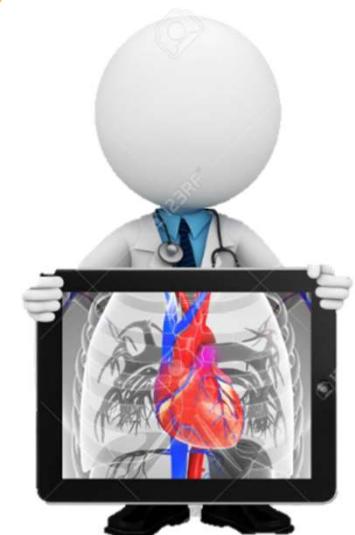
Traitements : Kardeigic, Ramipril, Simvastatine, Bisprolol

Histoire de la maladie : Patient fébrile depuis 10 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Il ne présente pas d'altération de l'état général, n'a pas de plainte fonctionnelle.

A l'examen clinique, la tolérance hémodynamique est bonne, vous retrouvez une discrète pharyngite sans autres points d'appel infectieux. Les aires ganglionnaires sont libres.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous à ce stade?

- A) Infection virale type grippe ou COVID
- B) Lymphome
- C) Endocardite infectieuse
- D) Angine bactérienne
- E) Maladie de Lyme



Cas clinique 1 :
Monsieur PM, 61 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, tabagisme actif, bioprothèse aortique sur bicuspidie aortique, + mise en place de stimulateur cardiaque sur BAV3 post opératoire.

Traitements : Kardeic, Ramipril, Simvastatine, Bisprolol

Histoire de la maladie : Patient fébrile depuis 10 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Il ne présente pas d'altération de l'état général, n'a pas de plainte fonctionnelle.

A l'examen clinique, la tolérance hémodynamique est bonne, vous retrouvez une discrète pharyngite sans autres points d'appel infectieux. Les aires ganglionnaires sont libres.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences



Cas clinique 1 :
Monsieur PM, 61 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, tabagisme actif, bioprothèse aortique sur bicuspidie aortique, + mise en place de stimulateur cardiaque sur BAV3 post opératoire.

Traitements : Kardeigic, Ramipril, Simvastatine, Bisprolol

Histoire de la maladie : Patient fébrile depuis 10 jours. Il n'a pas voyagé récemment. Il ne présente pas d'altération de l'état général, n'a pas de plainte fonctionnelle.

A l'examen clinique, la tolérance hémodynamique est bonne, vous retrouvez une discrète pharyngite sans autres points d'appel infectieux. Les aires ganglionnaires sont libres.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences



Cas clinique 2 :
Monsieur OH, 54 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédent : Ethylisme chronique

Traitements : 0

Histoire de la maladie : M. OH vous consulte pour la première fois depuis 7 ans. Il présente des sensations fébriles fluctuantes depuis trois semaines avec asthénie et amaigrissement, des épigastralgies avec pyrosis.

Examen clinique : il est apyrétique, hypertendu à 150/100mmHg, l'examen clinique retrouve une circulation veineuse collatérale et un doute sur une ascite. Ce dernier refuse d'aller à l'hôpital parce qu'il « a plein de chose de prévu sur les prochains jours ».



Cas clinique 2 :
Monsieur OH, 54 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédent : Ethylisme chronique

Traitements : 0

Histoire de la maladie : M. OH vous consulte pour la première fois depuis 7 ans. Il présente des sensations fébriles fluctuantes depuis trois semaines avec asthénie et amaigrissement, des épigastralgies avec pyrosis.

Examen clinique : il est apyrétique, hypertendu à 150/100mmHg, l'examen clinique retrouve une circulation veineuse collatérale et un doute sur une ascite. Ce dernier refuse d'aller à l'hôpital parce qu'il « a plein de chose de prévu sur les prochains jours ».

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous à ce stade?

- A) Cirrhose éthylique
- B) Infection de liquide d'ascite
- C) Endocardite infectieuse
- D) Syndrome de sevrage
- E) Bactériémie simple



Cas clinique 2 :
Monsieur OH, 54 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédent : Ethylisme chronique

Traitements : 0

Histoire de la maladie : M. OH vous consulte pour la première fois depuis 7 ans. Il présente des sensations fébriles fluctuantes depuis trois semaines avec asthénie et amaigrissement, des épigastralgies avec pyrosis.

Examen clinique : il est apyrétique, hypertendu à 150/100mmHg, l'examen clinique retrouve une circulation veineuse collatérale et un doute sur une ascite. Ce dernier refuse d'aller à l'hôpital parce qu'il « a plein de chose de prévu sur les prochains jours ».

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous à ce stade?

- A) Cirrhose éthylique
- B) Infection de liquide d'ascite
- C) Endocardite infectieuse
- D) Syndrome de sevrage
- E) Bactériémie sans endocardite



Cas clinique 2 :
Monsieur OH, 54 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédent : Ethylisme chronique

Traitements : 0

Histoire de la maladie : M. OH vous consulte pour la première fois depuis 7 ans. Il présente des sensations fébriles fluctuantes depuis trois semaines avec asthénie et amaigrissement, des épigastralgies avec pyrosis.

Examen clinique : il est apyrétique, hypertendu à 150/100mmHg, l'examen clinique retrouve une circulation veineuse collatérale et un doute sur une ascite. Ce dernier refuse d'aller à l'hôpital parce qu'il « a plein de chose de prévu sur les prochains jours ».



Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences

Cas clinique 2 :
Monsieur OH, 54 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédent : Ethylisme chronique

Traitements : 0

Histoire de la maladie : M. OH vous consulte pour la première fois depuis 7 ans. Il présente des sensations fébriles fluctuantes depuis trois semaines avec asthénie et amaigrissement, des épigastralgies avec pyrosis.

Examen clinique : il est apyrétique, hypertendu à 150/100mmHg, l'examen clinique retrouve une circulation veineuse collatérale et un doute sur une ascite. Ce dernier refuse d'aller à l'hôpital parce qu'il « a plein de chose de prévu sur les prochains jours ».



Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences

Cas clinique 3 :
Madame AG, 82 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents :

- ➔ hypertension artérielle,
- ➔ Diabète
- ➔ FA rapide

Traitements :

- Kardegec
- Valsartan
- Simvastatine
- Bisprolol
- Metformine

Histoire de la maladie : Vous êtes appelé par l'aide-ménagère au sujet d'une patiente de 82 ans. Elle est altérée depuis 4 jours et a des difficultés de mobilisation. L'aide-ménagère évoque « une notion de fièvre » depuis 3 jours.

A l'examen clinique, la patiente est alité, elle est fébrile à 38,6° C, hypertendu à 180/100 mmHg et vous notez une hémiplégie droite ainsi qu'une désorientation temporelle.



Cas clinique 3 :
Madame AG, 82 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète, FA rapide

Traitements : Kardeic, Valsartan, Simvastatine, Bisprolol, Metformine

Histoire de la maladie : Vous êtes appelé par l'aide-ménagère au sujet d'une patiente de 82 ans. Elle est altérée depuis 4 jours et a des difficultés de mobilisation. L'aide-ménagère évoque « une notion de fièvre » depuis 3 jours.

A l'examen clinique, la patiente est alité, elle est fébrile à 38,6° C, hypertendu à 180/100 mmHg et vous notez une hémiplégie droite ainsi qu'une désorientation temporelle.

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité à ce stade?

- A) AVC ischémique post embolique
- B) AVC sur endocardite infectieuse
- C) Etat de mal épileptique larvé
- D) Hématome sous dural
- E) Méningo encéphalite infectieuse



Cas clinique 3 :
Madame AG, 82 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète, FA rapide

Traitements : Kardeic, Valsartan, Simvastatine, Bisprolol, Metformine

Histoire de la maladie : Vous êtes appelé par l'aide-ménagère au sujet d'une patiente de 82 ans. Elle est altérée depuis 4 jours et a des difficultés de mobilisation. L'aide-ménagère évoque « une notion de fièvre » depuis 3 jours.

A l'examen clinique, la patiente est alité, elle est fébrile à 38,6° C, hypertendu à 180/100 mmHg et vous notez une hémiplégie droite ainsi qu'une désorientation temporelle.

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité à ce stade?

- A) AVC ischémique post embolique
- B) AVC sur endocardite infectieuse
- C) Etat de mal épileptique larvé
- D) Hématome sous dural
- E) Méningo encéphalite infectieuse



Cas clinique 3 :
Madame AG, 82 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète, FA rapide

Traitements : Kardeic, Valsartan, Simvastatine, Bisprolol, Metformine

Histoire de la maladie : Vous êtes appelé par l'aide-ménagère au sujet d'une patiente de 82 ans. Elle est altérée depuis 4 jours et a des difficultés de mobilisation. L'aide-ménagère évoque « une notion de fièvre » depuis 3 jours.

A l'examen clinique, la patiente est alité, elle est fébrile à 38,6° C, hypertendu à 180/100 mmHg et vous notez une hémiplégie droite ainsi qu'une désorientation temporelle.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences



Cas clinique 3 :
Madame AG, 82 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète, FA rapide

Traitements : Kardeic, Valsartan, Simvastatine, Bisprolol, Metformine

Histoire de la maladie : Vous êtes appelé par l'aide-ménagère au sujet d'une patiente de 82 ans. Elle est altérée depuis 4 jours et a des difficultés de mobilisation. L'aide-ménagère évoque « une notion de fièvre » depuis 3 jours.

A l'examen clinique, la patiente est alité, elle est fébrile à 38,6° C, hypertendu à 180/100 mmHg et vous notez une hémiplégie droite ainsi qu'une désorientation temporelle.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences



Cas clinique 4 :
Monsieur KK, 68 ans

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Antécédents :

- ➔ hypertension artérielle,
- ➔ Diabète de type 2 insulino requérant
- ➔ OH 2 verres par jour
- ➔ Tabac 40 PA
- ➔ 3 polypes réséqués lors de sa dernière coloscopie il y a 4 ans, contexte familiale de cancer du colon.

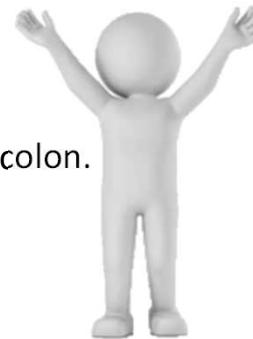
Traitements :

- Valsartan
- Simvastatine
- Toujeo

Histoire de la maladie : AEG depuis 2 mois avec quelques épisodes de frissons au domicile, perte de 5 kg, anorexie, troubles digestifs avec diarrhées et essoufflement à l'effort se majorant depuis 2 semaines.

Le patient avait consulté votre remplaçant il y a 10 jours qui lui a prescrit un scanner TAP que vous venez de recevoir et qui ne retrouve pas de lésion d'allure cancéreuse. La biologie qu'il avait fait retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, des leucocytes à 13 G/l, une insuffisance rénale modérée avec une créatinine à 90 µmol/l, un bilan hépatique sans particularité. L'electrophorèse des protéines est en faveur d'une inflammation et d'une hypoalbuminémie. L'hémoglobine à 10g/dL, La ferritine est à 400, la transferrine est dans les normes et le coefficient de saturation est augmenté. La TSH est dans les normes, les Ac anti nucléaire sont à 1/80, le FR à 4.

A l'examen clinique, L'auscultation retrouve des crépitants des deux bases, un souffle cardiaque que vous n'aviez pas noté à la précédente consultation, quelques oedèmes des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathie palpée, pas de toux, quelques douleurs à la palpation abdominale et quelques céphalées.



Cas clinique 4 : Monsieur KK, 68 ans

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète de type 2 insulino requérant, OH 2 verres par jour, 3 polypes réséqués lors de sa dernière coloscopie il y a 4 ans, contexte familiale de cancer du colon, tabagisme 40 PA

Traitements : Valsartan, Simvastatine, Toujeo

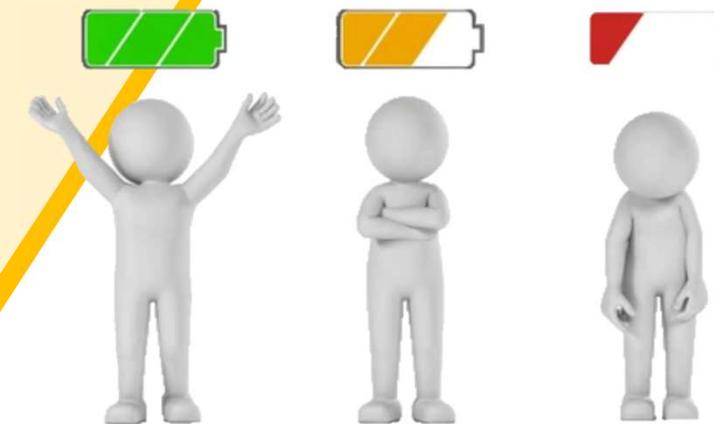
Histoire de la maladie : AEG depuis 2 mois avec quelques épisodes de frissons au domicile, perte de 5 kg, anorexie, troubles digestifs avec diarrhées et essoufflement à l'effort se majorant depuis 2 semaines.

Le patient avait consulté votre remplaçant il y a 10 jours qui lui a prescrit un scanner TAP que vous venez de recevoir et qui ne retrouve pas de lésion d'allure cancéreuse. La biologie qu'il avait fait retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, des leucocytes à 13 G/l, une insuffisance rénale modérée avec une créatinine à 90 µmol/l, un bilan hépatique sans particularité. L'électrophorèse des protéines est en faveur d'une inflammation et d'une hypoalbuminémie. L'hémoglobine à 10g/dL, La ferritine est à 400, la transferrine est dans les normes et le coefficient de saturation est augmenté. La TSH est dans les normes, les Ac anti nucléaire sont à 1/80, le FR à 4.

A l'examen clinique, L'auscultation retrouve quelques crépitaux des deux bases, un souffle cardiaque que vous n'aviez pas noté à la précédente consultation, quelques oedèmes des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathie palpée, pas de toux, quelques douleurs à la palpation abdominale, et quelques céphalées.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous à ce stade?

- A) Ça classiquement c'est un cancer
- B) J'appelrai bien mon pote interniste sur ce coup là, il pourrait bien avoir un truc à la Dr House
- C) Ce ne serait pas une fièvre Q cette histoire ?
- D) Mais attendez je n'ai pas cherché le VIH encore...
- E) Oula des symptômes cardiaques, des frissons et de l'inflammation, ça collerait bien avec une endocardite infectieuse...



Cas clinique 4 : Monsieur KK, 68 ans

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète de type 2 insulino requérant, OH 2 verres par jour, 3 polypes réséqués lors de sa dernière coloscopie il y a 4 ans, contexte familiale de cancer du colon, tabagisme 40 PA

Traitements : Valsartan, Simvastatine, Toujeo

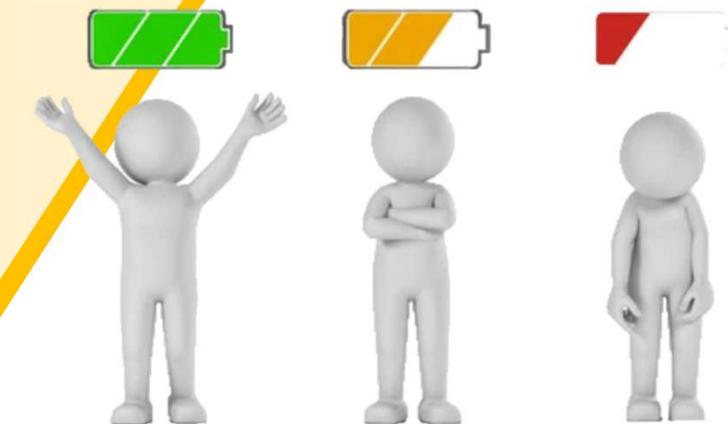
Histoire de la maladie : AEG depuis 2 mois avec quelques épisodes de frissons au domicile, perte de 5 kg, anorexie, troubles digestifs avec diarrhées et essoufflement à l'effort se majorant depuis 2 semaines.

Le patient avait consulté votre remplaçant il y a 10 jours qui lui a prescrit un scanner TAP que vous venez de recevoir et qui ne retrouve pas de lésion d'allure cancéreuse. La biologie qu'il avait fait retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, des leucocytes à 13 G/l, une insuffisance rénale modérée avec une créatinine à 90 µmol/l, un bilan hépatique sans particularité. L'électrophorèse des protéines est en faveur d'une inflammation et d'une hypoalbuminémie. L'hémoglobine à 10g/dL, La ferritine est à 400, la transferrine est dans les normes et le coefficient de saturation est augmenté. La TSH est dans les normes, les Ac anti nucléaire sont à 1/80, le FR à 4.

A l'examen clinique, L'auscultation retrouve quelques crépitaient des deux bases, un souffle cardiaque que vous n'aviez pas noté à la précédente consultation, quelques oedèmes des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathie palpée, pas de toux, quelques douleurs à la palpation abdominale, et quelques céphalées.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous à ce stade?

- A) Ça classiquement c'est un cancer...
- B) J'appelrai bien mon pote interniste sur ce coup là, il pourrait bien avoir un truc à la Dr House
- C) Ce ne serait pas une fièvre Q cette histoire ?
- D) Mais attendez je n'ai pas cherché le VIH encore...
- E) Oula des symptômes cardiaques, des frissons et de l'inflammation, ça collerait bien avec une endocardite infectieuse...



Cas clinique 4 : Monsieur KK, 68 ans

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète de type 2 insulino requérant, OH 2 verres par jour, 3 polypes réséqués lors de sa dernière coloscopie il y a 4 ans, contexte familiale de cancer du colon, tabagisme 40 PA

Traitements : Valsartan, Simvastatine, Toujeo

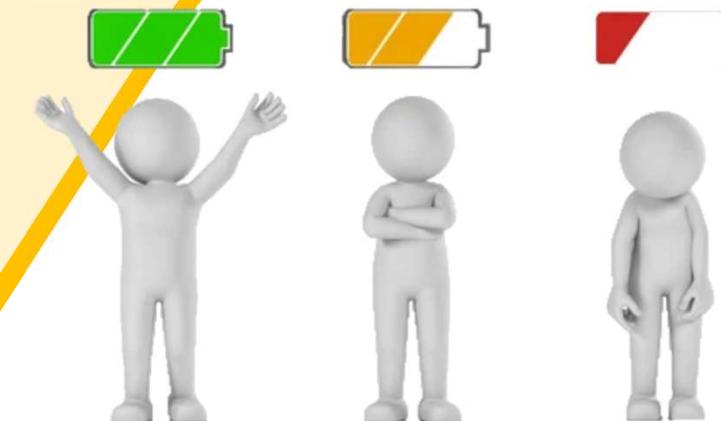
Histoire de la maladie : AEG depuis 2 mois avec quelques épisodes de frissons au domicile, perte de 5 kg, anorexie, troubles digestifs avec diarrhées et essoufflement à l'effort se majorant depuis 2 semaines.

Le patient avait consulté votre remplaçant il y a 10 jours qui lui a prescrit un scanner TAP que vous venez de recevoir et qui ne retrouve pas de lésion d'allure cancéreuse. La biologie qu'il avait fait retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, des leucocytes à 13 G/l, une insuffisance rénale modérée avec une créatinine à 90 µmol/l, un bilan hépatique sans particularité. L'électrophorèse des protéines est en faveur d'une inflammation et d'une hypoalbuminémie. L'hémoglobine à 10g/dL, La ferritine est à 400, la transferrine est dans les normes et le coefficient de saturation est augmenté. La TSH est dans les normes, les Ac anti nucléaire sont à 1/80, le FR à 4.

A l'examen clinique, L'auscultation retrouve quelques crépitaient des deux bases, un souffle cardiaque que vous n'aviez pas noté à la précédente consultation, quelques oedèmes des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathie palpée, pas de toux, quelques douleurs à la palpation abdominale, et quelques céphalées.

Quelle prise en charge proposeriez vous

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences



Cas clinique 4 : Monsieur KK, 68 ans

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète de type 2 insulino requérant, OH 2 verres par jour, 3 polypes réséqués lors de sa dernière coloscopie il y a 4 ans, contexte familiale de cancer du colon, tabagisme 40 PA

Traitements : Valsartan, Simvastatine, Toujeo

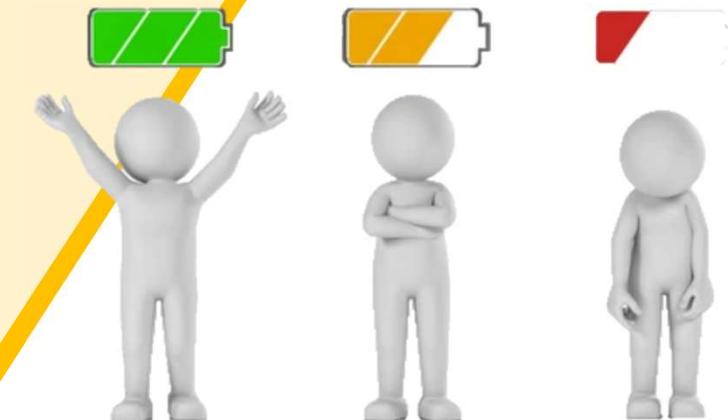
Histoire de la maladie : AEG depuis 2 mois avec quelques épisodes de frissons au domicile, perte de 5 kg, anorexie, troubles digestifs avec diarrhées et essoufflement à l'effort se majorant depuis 2 semaines.

Le patient avait consulté votre remplaçant il y a 10 jours qui lui a prescrit un scanner TAP que vous venez de recevoir et qui ne retrouve pas de lésion d'allure cancéreuse. La biologie qu'il avait fait retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, des leucocytes à 13 G/l, une insuffisance rénale modérée avec une créatinine à 90 µmol/l, un bilan hépatique sans particularité. L'électrophorèse des protéines est en faveur d'une inflammation et d'une hypoalbuminémie. L'hémoglobine à 10g/dL, La ferritine est à 400, la transferrine est dans les normes et le coefficient de saturation est augmenté. La TSH est dans les normes, les Ac anti nucléaire sont à 1/80, le FR à 4.

A l'examen clinique, L'auscultation retrouve quelques crépitants des deux bases, un souffle cardiaque que vous n'aviez pas noté à la précédente consultation, quelques oedèmes des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathie palpée, pas de toux, quelques douleurs à la palpation abdominale, et quelques céphalées.

Quelle prise en charge proposeriez vous

- 1) Hémoculture ambulatoire
- 2) Autre prise en charge ambulatoire
- 3) Consultation spécialisée
- 4) Hospitalisation programmée
- 5) Adresser aux urgences



Cas clinique 4 : Monsieur KK, 68 ans

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

Antécédents : hypertension artérielle, Diabète de type 2 insulino requérant, OH 2 verres par jour, 3 polypes réséqués lors de sa dernière coloscopie il y a 4 ans, contexte familiale de cancer du colon, tabagisme 40 PA

Traitements : Valsartan, Simvastatine, Toujeo

Histoire de la maladie : AEG depuis 2 mois avec quelques épisodes de frissons au domicile, perte de 5 kg, anorexie, troubles digestifs avec diarrhées et essoufflement à l'effort se majorant depuis 2 semaines.

Le patient avait consulté votre remplaçant il y a 10 jours qui lui a prescrit un scanner TAP que vous venez de recevoir et qui ne retrouve pas de lésion d'allure cancéreuse. La biologie qu'il avait fait retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, des leucocytes à 13 G/l, une insuffisance rénale modérée avec une créatinine à 90 µmol/l, un bilan hépatique sans particularité. L'électrophorèse des protéines est en faveur d'une inflammation et d'une hypoalbuminémie. L'hémoglobine à 10g/dL, La ferritine est à 400, la transferrine est dans les normes et le coefficient de saturation est augmenté. La TSH est dans les normes, les Ac anti nucléaire sont à 1/80, le FR à 4.

A l'examen clinique, L'auscultation retrouve quelques crépitations des deux bases, un souffle cardiaque que vous n'aviez pas noté à la précédente consultation, quelques oedèmes des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathie palpée, pas de toux, quelques douleurs à la palpation abdominale, et quelques céphalées.

Finalement, les hémocultures reviennent positives à *Streptococcus gallolyticus* (ex *Bovis*).

Hospitalisation en maladie infectieuse, majoration des signes de décompensation cardiaque à J1. L'ETT réalisée en urgence met en évidence une endocardite aortique avec destruction valvulaire quasi complète.

Prise en charge chirurgicale en urgence pour changement de valve.

Grâce à vos hémocultures l'antibiothérapie a pu être adaptée dès l'entrée et le patient a fini par rentrer au domicile au bout d'un mois.

La coloscopie sera réalisée 2 mois plus tard et retrouvera 3 nouveaux polypes, porte d'entrée probable de cette bactériémie.





Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

On a donc des situations où la pratique des hémocultures
en ville fait sens ... mais à utiliser à bon escient !

*Règle d'or : Après
l'heure c'est plus
l'heure... Pour le
patient septique*

*TER ou TGV il ne
faut pas se tromper
de billet... Savoir
repérer les signes
évocateurs de
bactériémie chez les
populations à
risque*

*Finalement c'est
facile de ne pas
louper le train...
d'hémocultures !*



1) Les hémocultures souvent il faut les laisser aux urgentistes



50 000 patients avec une analyse des mesures prioritaires impactant sur la mortalité
=> Antibiothérapie ++ à ne pas retarder si sepsis = HOSPITALISATION

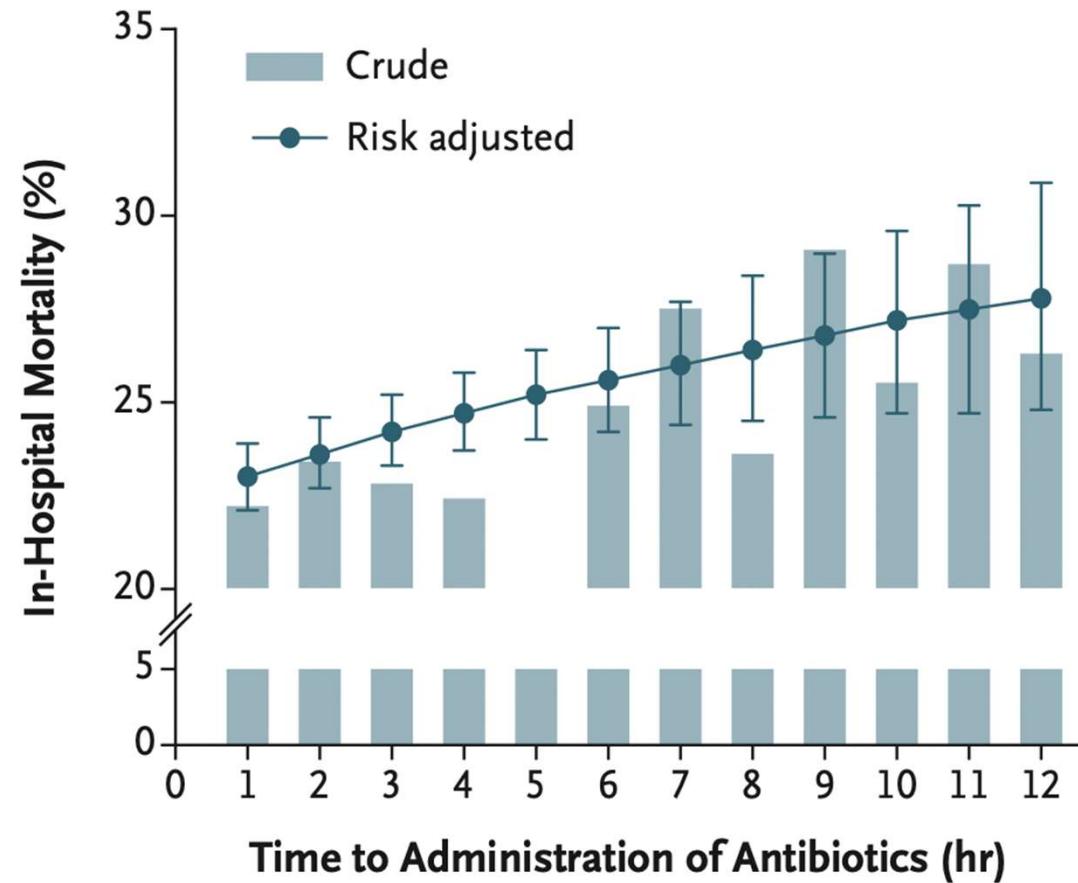
Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

B Administration of Antibiotics





Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

On a donc des situations où la pratique des hémocultures
en ville fait sens ... mais à utiliser à bon escient !

*Règle d'or : Après
l'heure c'est plus
l'heure... Pour le
patient septique*

*TER ou TGV il ne
faut pas se tromper
de billet... Savoir
repérer les signes
évocateurs de
bactériémie chez les
populations à
risque*

*Finalement c'est
facile de ne pas
louper le train...
d'hémocultures !*



2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

WHO NEEDS A BLOOD CULTURE? A PROSPECTIVELY DERIVED AND VALIDATED PREDICTION RULE

Nathan I. Shapiro, MD, MPH,*† Richard E. Wolfe, MD,*† Sharon B. Wright, MD, MPH,†‡
Richard Moore, MD,* and David W. Bates, MD, MSc†§||

The Journal of Emergency Medicine, Vol. 35, No. 3, pp. 255–264, 2008

Copyright © 2008 Elsevier Inc.

Printed in the USA. All rights reserved

0736-4679/08 \$—see front matter

- Patient admis au urgences 2000-2001
- 3900 patient dont 305 épisodes de bactériémies
- Crédation d'un score pour l'indication ou non des hémocultures au SAU

Table 3. Decision Rule

Major Criteria	Minor Criteria (1 point each)
<p>Suspect endocarditis (3 points)</p> <p>Temperature $> 39.4^{\circ}\text{C}$ (103.0°F) (3 points)</p> <p>Indwelling vascular catheter (2 points)</p>	<p>Temperature 38.3–39.3°C (101.0–102.9°F)</p> <p>Age > 65 years</p> <p>Chills</p> <p>Vomiting</p> <p>Hypotension (systolic blood pressure < 90 mm Hg)</p> <p>White blood cell count $> 18,000$ cells/mm³</p> <p>Bands $> 5\%$</p> <p>Platelets $< 150,000$ cells/mm³</p> <p>Creatinine > 2.0 mg/dL</p>

Either 1 major criterion or 2 or more minor criteria is an indication to obtain a blood culture. If these are not present, a blood culture is not indicated by the rule.

2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

WHO NEEDS A BLOOD CULTURE? A PROSPECTIVELY DERIVED AND VALIDATED PREDICTION RULE

Nathan I. Shapiro, MD, MPH,*† Richard E. Wolfe, MD,*† Sharon B. Wright, MD, MPH,†‡
Richard Moore, MD,* and David W. Bates, MD, MSc†§||

The Journal of Emergency Medicine, Vol. 35, No. 3, pp. 255–264, 2008
Copyright © 2008 Elsevier Inc.
Printed in the USA. All rights reserved
0736-4679/08 \$—see front matter

Facteur de risque
d'endocardite ++

Surtout si dure depuis
quelques jours

Pensez toxicomanie IV en
ville

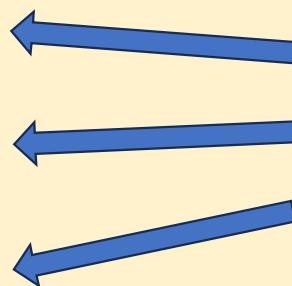


Table 3. Decision Rule

Major Criteria

Suspect endocarditis (3 points)
Temperature $> 39.4^{\circ}\text{C}$ (103.0°F) (3 points)
Indwelling vascular catheter (2 points)

Minor Criteria (1 point each)

Temperature $38.3\text{--}39.3^{\circ}\text{C}$ (101.0–102.9°F)	Age > 65 years
Chills	
Vomiting	
Hypotension (systolic blood pressure < 90 mm Hg)	
White blood cell count $> 18,000$ cells/mm 3	
Bands $> 5\%$	
Platelets $< 150,000$ cells/mm 3	
Creatinine > 2.0 mg/dL	

Either 1 major criterion or 2 or more minor criteria is an indication to obtain a blood culture. If these are not present, a blood culture is not indicated by the rule.

2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

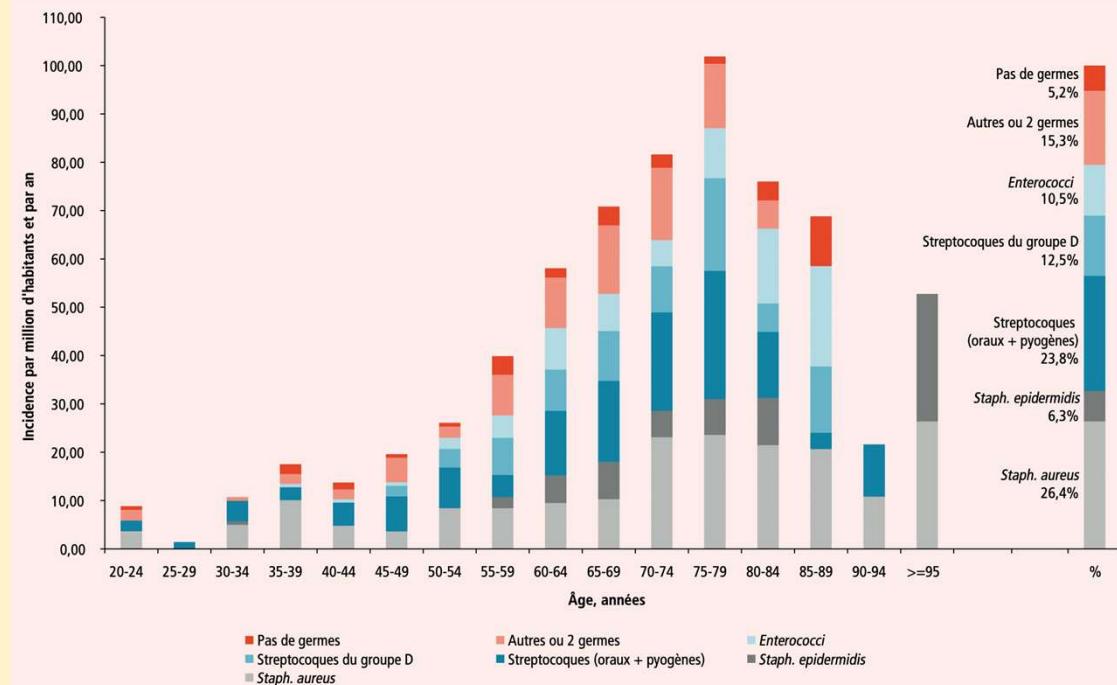
Conclusion

Focus endocardite

Épidémiologie de l'endocardite infectieuse en France (*)

par M. REVEST¹, T. DOCO-LECOMpte², B. HOEN (bruno.hoen@univ-fcomte.fr)³, F. ALLA⁴, C. SELTON-SUTY⁵, X. DUVAL⁶,
au nom de l'Association pour l'étude et la prévention de l'endocardite infectieuse (AEPEI)

Fig. 2 - Incidence de l'endocardite infectieuse par âge et selon le microorganisme responsable, France, 2008.



2/3 d'hommes et plutôt âgé

3 à 10 pour 100 000 habitants par an en France dont donc RARE

MAIS *En augmentation* du fait des formes nosocomiales et de l'augmentation des implantations de matériel intra cardiaque ET du vieillissement de la population

20-25% de mortalité

Le podium des germes :

- *Streptocoques* : 35-40%
- *Staphylocoques* : 30-35% dont 25% de *S.aureus*
- *Enterocoques* : 10%



2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Groupe à risque d'endocardite

Enjeu majeur vu
l'augmentation
des poses

- patients ayant un antécédent d'EI ;
- patients porteurs de prothèses valvulaires cardiaques ou de matériaux prothétiques utilisés pour la réparation des valves cardiaques, qu'ils soient implantés chirurgicalement ou par méthode transcutanée **TAVI** (clip valvulaire, etc.) ;
- patients atteints d'une cardiopathie congénitale répondant à l'un des critères suivants : cardiopathie congénitale cyanogène complexe (ventricule unique, syndrome d'Eisenmenger, etc.), cardiopathie congénitale complexe traitée à l'aide d'un matériel prothétique (anastomose systémico-pulmonaire, tube prothétique ou autre prothèse), placé chirurgicalement ou par méthode transcutanée, jusqu'à six mois après la réparation ou à vie s'il reste une dérivation résiduelle.
- patients porteurs de dispositifs d'assistance ventriculaire gauche.



+ usagers de drogue IV

+ AEG fébrile qui dure

Antibiotic therapy and prophylaxis of infective endocarditis
– A SPILF-AEPEI position statement on the ESC 2023 guidelines

Vincent Le Moing^{a,*}, Éric Bonnet^b, Vincent Cattoir^{c,d,e},
Catherine Chirouze^f, Laurene Deconinck^b,
Xavier Duval^b, Bruno Hoen^b, Néhémie Issa^b,
Raphaël Lecomte^{b,k}, Pierre Tattevin^b, Asmaa Tazi^{m,n},
François Vandenesch^{b,p}, Christophe Strady^q

2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Symptômes « classiques »
d'endocardite

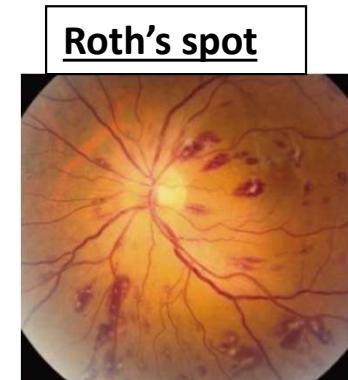
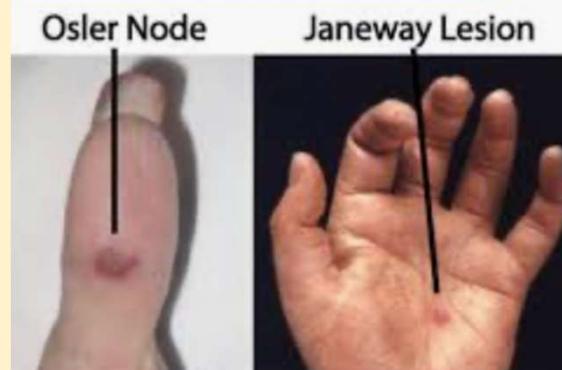


Forme frustre avec fièvre
nue/arthralgie

- Fièvre > 38°C + AEG +/- sepsis
- « Nouveau » souffle cardiaque
- Dyspnée/symptômes d'insuffisance cardiaque
- Embole septique : AVC fébrile, purpura janeway, nodule d'osler, tache de roth...

NB : Critères de Duke « clinique » (esc 2015)

2. Fever defined as temperature >38°C.
3. Vascular phenomena (including those detected by imaging only): major arterial emboli, septic pulmonary infarcts, infectious (mycotic) aneurysm, intracranial haemorrhage, conjunctival haemorrhages, and Janeway's lesions.
4. Immunological phenomena: glomerulonephritis, Osler's nodes, Roth's spots, and rheumatoid factor.



2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

L'endocardite, une seule entité ?

Non!

Une seule appellation pour des
maladies bien différentes !

• Endocardite subaiguë d'Osler

- Streptocoques, enterocoques, Staph coag neg, HACEK
- Maladie peu bruyante sur le plan infectieux
- Souvent opérée: retard diagnostic (> 3 mois)



*Une place pour la médecine générale
pour le diagnostic de ces endocardites
« subaiguës »*



• Endocardite aiguë: faut aller vite !

- *Staphylococcus aureus*, pneumocoque (entérobactéries)
- Confirmer rapidement le diagnostic
- Optimisation de l'antibiothérapie



*Tableau bruyant, l'admission au SAU ne
fait souvent aucun doute*



2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

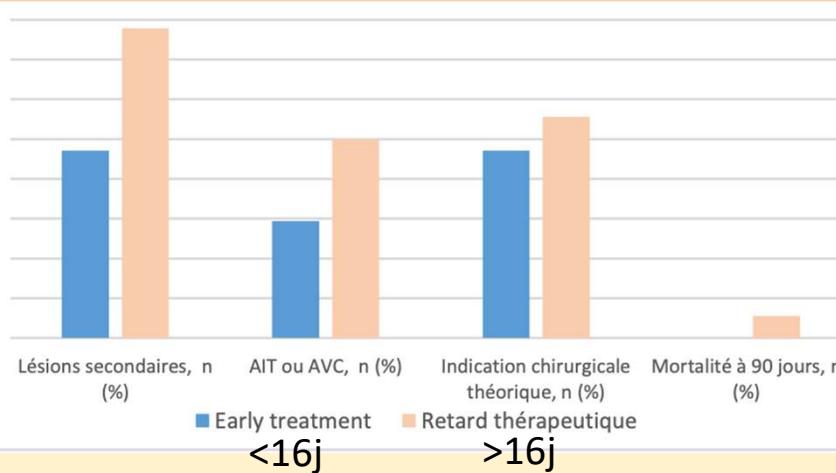
Cas cliniques

DDAY Facteurs de risque et impact du délai thérapeutique dans la prise en charge des endocardites infectieuses

Marie Prime¹, Morgane Guet¹, Raphaël Lecomte¹, Colin Deschanvres¹, Magali Michel², Thierry Le Tourneau², Christelle Volteau³
François Raffi¹, David Boutouille¹, Benjamin Gaborit¹

¹ SMIT, CHU de Nantes (France), ² Cardiologie, CHU de Nantes (France), ³ Plateforme de méthodologie et de biostatistiques, CHU de Nantes

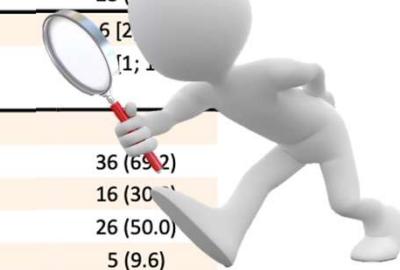
Figure 2 : Complications pour les endocardites à autres germes



Délai médian de diagnostic = 16j (pour les endocardites subaiguë)

Table 1. Caractéristiques des 52 patients hospitalisés pour des endocardites à S. aureus ou autres germes.

	S. Aureus	Autres germes	Total
Age, années, moyenne (SD)	67.3 (9.1)	63.3 (18.7)	64.6 (16.2)
Sexe masculin, n (%)	13 (76.4)	25 (71.4)	38 (73)
Acquisition communautaire, n (%)	12 (70.1)	33 (94.2)	45 (85)
Acquisition nosocomiale ¹ , n (%)	5 (29.4)	3 (8,5)	8 (15)
<i>Streptococci</i>	0 (0)	16 (45,7)	16 (30.8)
<i>Enterococci</i>	0 (0)	7 (20.0)	7 (13.5)
Autres germes	0 (0)	12 (34.3)	12 (23.1)
Comorbidités			
Index de comorbidité de charlson (SD)	4.4 (2.4)	3.2 (2.1)	3.6 (2.3)
Groupe à haut risque ² , n (%)	5 (29,4)	20 (57.1)	25 (48)
Valve prothétique, n (%)	5 (29.4)	19 (54.3)	24 (46.1)
Antécédent d'endocardite, n (%)	2 (11.8)	4 (11.4)	6 (11.5)
Premiers symptômes			
Fièvre, n (%)	15 (88.2)	22 (63.0)	37 (71.2)
Dyspnée, n (%)	5 (29.4)	14 (40.0)	19 (36.5)
Perte de poids, n (%)	4 (23.5)	12 (34.3)	16 (30.1)
Douleur abdominale, n (%)	8 (47.0)	9 (25.7)	17 (32.7)
Douleur articulaire, n (%)	5 (29,4)	7 (20.0)	12 (23.1)
Douleur dorsale, n (%)	3 (17.6)	9 (25.7)	12 (23.1)
Parcours de soins initial			
Médecin généraliste, n (%)	4 (23.5)	21 (60.0)	25 (48.1)
Service des urgences, n (%)	7 (41.2)	9 (25.7)	16 (30.8)
Cardiologue, n (%)	2 (11.8)	2 (5.7)	4 (7.7)
Antibiothérapie ambulatoire, n (%)	1 (5.9)	6 (17.1)	7 (13.5)
Hémocultures ambulatoires, n (%)	1 (5.9)	9 (25.7)	10 (19)
ETT ambulatoire, n (%)	1 (5.9)	9 (25.7)	10 (19)
1 ^{ère} ETT non contributive, n (%)	9 (52.9)	19 (54.3)	28 (53.8)
Délai avant la 1 ^{ère} ETT ³ , médiane [IQR]	7 [2; 10.5]	5,5 [2; 17]	6 [2; 17]
Délai avant les 1 ^{ères} hémoculture ⁴ , médiane [IQR]	1 [0; 4]	5 [1; 18]	1 [1; 18]
Complications			
Lésions secondaires, n (%)	14 (82.4)	22 (63.0)	36 (69.2)
AIT ou AVC, n (%)	2 (11.8)	14 (40.0)	16 (30.8)
Indication chirurgicale théorique ⁶ , n (%)	8 (47.1)	18 (51.4)	26 (50.0)
Mortalité à 90 jours, n (%)	4 (23.5)	1 (2.9)	5 (9.6)



2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Plus de risque de
symptômes frustres initiaux
par défaut de médiateurs de
l'inflammation ...

Plus de susceptibilité aux
infection bactérienne que la
population générale ...

Des infections plus grave par
défaut de défense
naturelle...

Et des bactéries plus
résistante d'acquisition
hospitalière

Immunodépression

**Les hémocultures sont une bonne
aide chez ces patients sans
orientations initiales, pour éviter la
perte de temps et adapter au plus vite
l'antibiothérapie**



2) Quand y penser en ville en l'absence d'indication à une admission au SAU ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Research Letter

FREE

Prevalence of Immunosuppression Among US Adults, 2013

Rafael Harpaz, MD, MPH¹; Rebecca M. Dahl, MPH¹; Kathleen L. Dooling, MD, MPH¹

Table. Self-reported Immunosuppressed Status

	No. (%) (n = 951)	Prevalence per 100 US Population, % (95% CI)
Currently immunosuppressed	951 (2.8) ^a	2.7 (2.4-2.9)

[Home](#) | [JAMA](#) | Vol. 331, No. 10

Research Letter

FREE

Prevalence of Immunosuppression Among US Adults

Melissa L. Martinson, PhD¹; Jessica Lapham, PhD¹

En 2021

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

Table. Self-Reported Status of Immunosuppression for 2021

	Unweighted data, No. (%)		Weighted prevalence per 100 US population, % (95% CI)
	Total sample (N = 29 164)	Had immunosuppression (n = 2123)	
Had immunosuppression		2123 (7.2) ^a	6.6 (6.2-6.9)

X2
dreamtime



Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Pas cher

Impact carbone 2.5 kg si neg et 5 kg CO2 si +





Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

On a donc des situations où la pratique des hémocultures
en ville fait sens ... mais à utiliser à bon escient !

*Règle d'or : Après
l'heure c'est plus
l'heure... Pour le
patient septique*

*TER ou TGV il ne
faut pas se tromper
de billet... Savoir
repérer les signes
évocateurs de
bactériémie chez les
populations à
risque*

*Finalement c'est
facile de ne pas
louper le train...
d'hémocultures !*



1) Pendant un pic fébrile ?

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

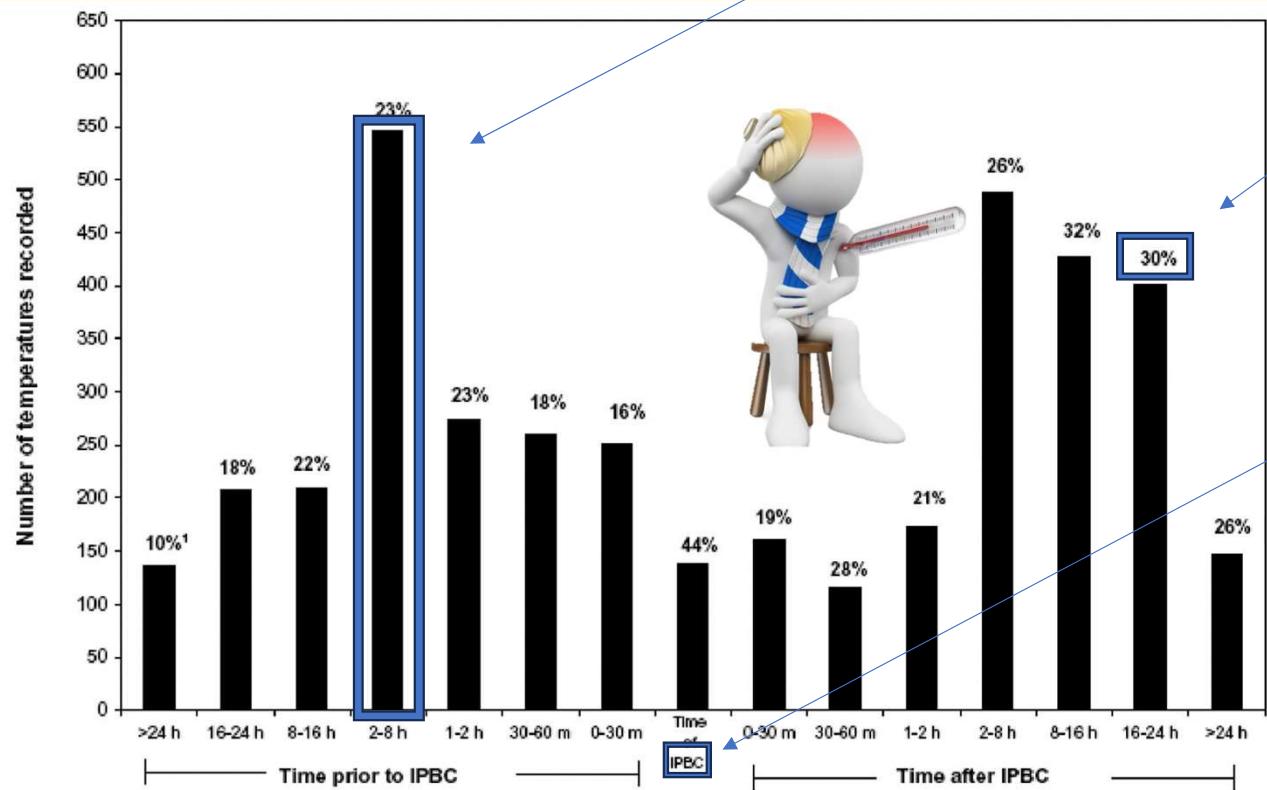
Conclusion

JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Apr. 2008, p. 1381-1385
0095-1137/08/081381-0 doi:10.1128/JCM.02033-07
Copyright © 2008, American Society for Microbiology. All Rights Reserved.

Vol. 46, No. 4

Timing of Specimen Collection for Blood Cultures from Febrile Patients with Bacteremia¹

Stefan Riedel,¹ Paul Bourbeau,² Brandi Swartz,² Steven Brecher,³ Karen C. Carroll,⁴ Paul D. Stamper,⁴ W. Michael Dunne,⁵ Timothy McCardle,⁵ Nathan Walk,⁵ Kristin Fiebelkorn,⁶ David Sewell,⁷ Sandra S. Richter,¹ Susan Beekmann,¹ and Gary V. Doern^{1*}



Nombre de prise de température dans le timing notifié

Pourcentage des cas ou la température max est obtenu dans le timing notifié

IPBC = index positive blood culture



1) Pendant un pic fébrile ?

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Apr. 2008, p. 1381–1385
0095-1137/08/081381-0 doi:10.1128/JCM.02033-07
Copyright © 2008, American Society for Microbiology. All Rights Reserved.

Vol. 46, No. 4

Timing of Specimen Collection for Blood Cultures from Febrile Patients with Bacteremia[†]

Stefan Riedel,¹ Paul Bourbeau,² Brandi Swartz,² Steven Brecher,³ Karen C. Carroll,⁴ Paul D. Stamper,⁴ W. Michael Dunne,⁵ Timothy McCordle,⁵ Nathan Walk,⁵ Kristin Fiebelkorn,⁶ David Sewell,⁷ Sandra S. Richter,¹ Susan Beekmann,¹ and Gary V. Doern^{1*}



TABLE 3. Distribution of T_{\max} s at various intervals before and after the time of collection of an IPBC sorted according to the specific cause of the bacteremia^a

		No. of temps recorded at each time interval (% temps that were T_{\max} s) among isolates of:					
		CONS	<i>Enterococcus</i> spp.	<i>E. coli</i>	<i>Enterobacter cloacae</i>	<i>P. aeruginosa</i>	<i>K. pneumoniae</i>
More than 24 h to 1 h prior to the T-IPBC	<i>S. aureus</i>	342 (23)	169 (22)	146 (20)	173 (20)	24 (25)	61 (18)
One hour prior to 1 h after the T-IPBC		222 (23)	88 (16)	85 (22)	121 (23)	23 (22)	41 (29)
One hour to >24 h after the T-IPBC		425 (29)	183 (30)	153 (29)	232 (27)	34 (32)	72 (26)
							127 (25)

^a CONS, coagulase-negative staphylococci. *P* values for the number of temperatures recorded at each time interval were 0.619 for *S. aureus*, 0.113 for CONS, 0.389 for *Enterococcus* spp., 0.589 for *E. coli*, 0.368 for *Enterobacter cloacae*, 0.265 for *P. aeruginosa*, and 0.840 for *K. pneumoniae*.



2) Une question de volume ?

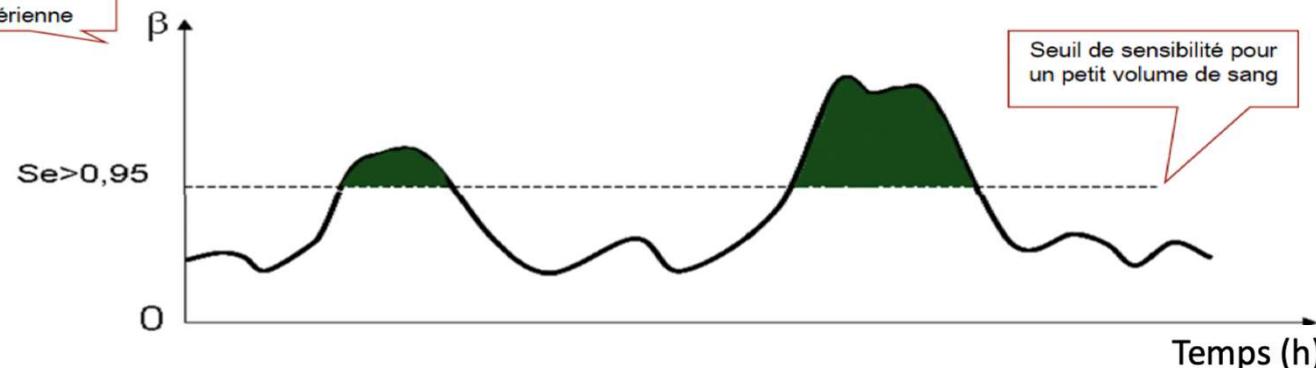
Cas cliniques → Indications hémocultures en ville → Comment faire → Conclusion



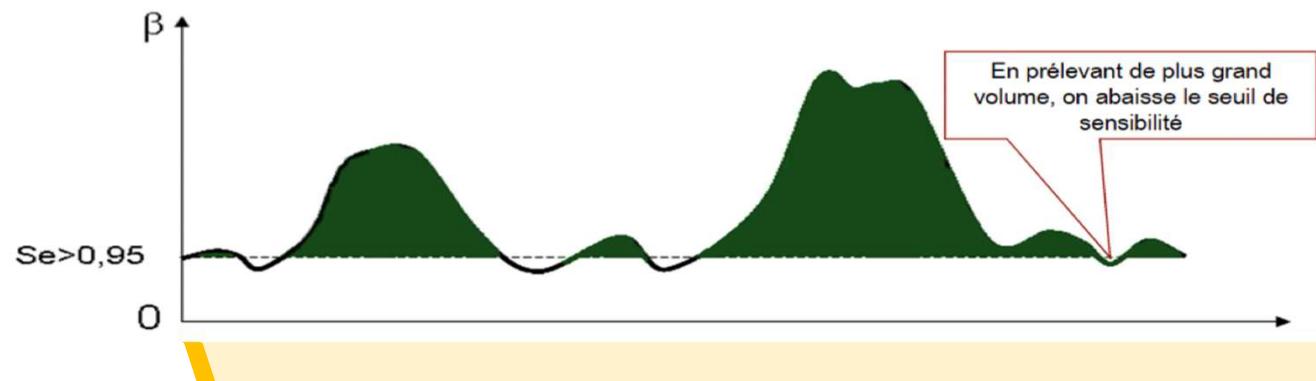
Petits volumes de sang



Concentration bactérienne



Grands volumes de sang



2) Une question de volume ?

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

Comment faire

Conclusion

What Is the Relevance of Obtaining Multiple Blood Samples for Culture? A Comprehensive Model to Optimize the Strategy for Diagnosing Bacteremia

Brigitte Lamy,^{1,3} Pascal Roy,^{2,3} Gérard Carret,^{1,3} Jean-Pierre Flandrois,^{1,3} and Marie Laure Delignette-Muller⁴

Meta analyse avec modèle de simulation numérique pour trouver le meilleur rendement pour la réalisation d'hémoculture entre le nombre et la sensibilité

Meilleur ratio
nombre/sensibilité

Table 2. Sensitivity of blood culture, according to the total number of bottles cultured.

Total no. of bottles ($n_s \times n_b$)	Sensitivity of ≥ 0.95 , % of trials
2	75
4	81
6	89
8	90
12	92

NB : 6 flacons = 37-42 mL dans cette étude



2) Une question de volume ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Optimal Testing Parameters for Blood Cultures

F. R. Cockerill III,^{1,2} J. W. Wilson,² E. A. Vetter,¹ K. M. Goodman,⁴ C. A. Torgerson,¹ W. S. Harmsen,³ C. D. Schleck,³ D. M. Ilstrup,³ J. A. Washington II,⁵ and W. R. Wilson²



- > 37 568 hémocultures analysées
- > Monocentrique 1996-1997 USA
- > Analyse du nombre de bactériémie documentée selon le volume des hémocultures.

Table 1. Total number of all pathogens recovered related to the volume of blood cultured.

Patient group	No. of patients, by volume of blood			
	10 mL	20 mL	30 mL	40 mL
No endocarditis	235	305	346	371
Endocarditis	13	14	14	14

Volume ↑	= Gain diagnostic
10mL > 20mL	+ 29.8%
10mL > 30mL	+ 47.2%
10mL > 40mL	+ 57.9%

1 mL de sang
=
0.1 – 1 bactérie

2) Une ou plusieurs ponction ?

ORIGINAL ARTICLE

Cas cliniques

Indications hémocultures en ville

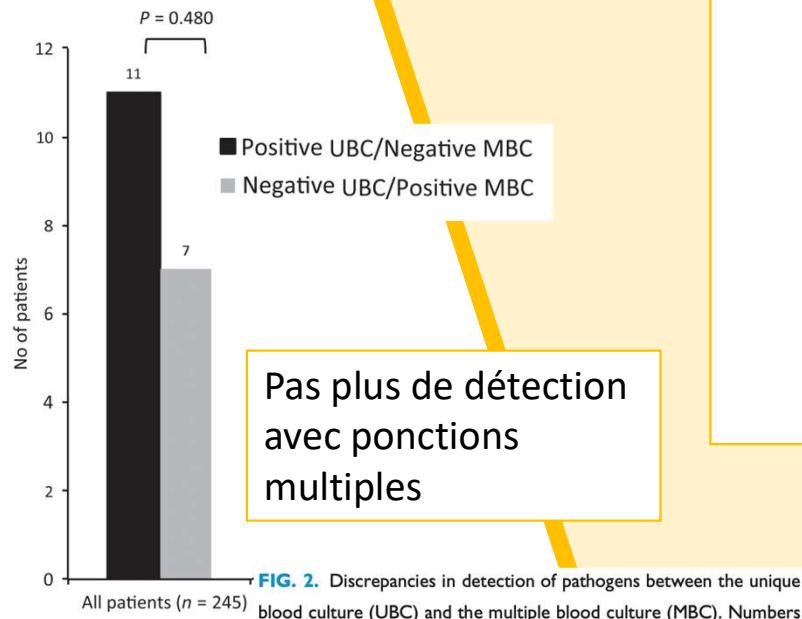
Comment faire

Conclusion

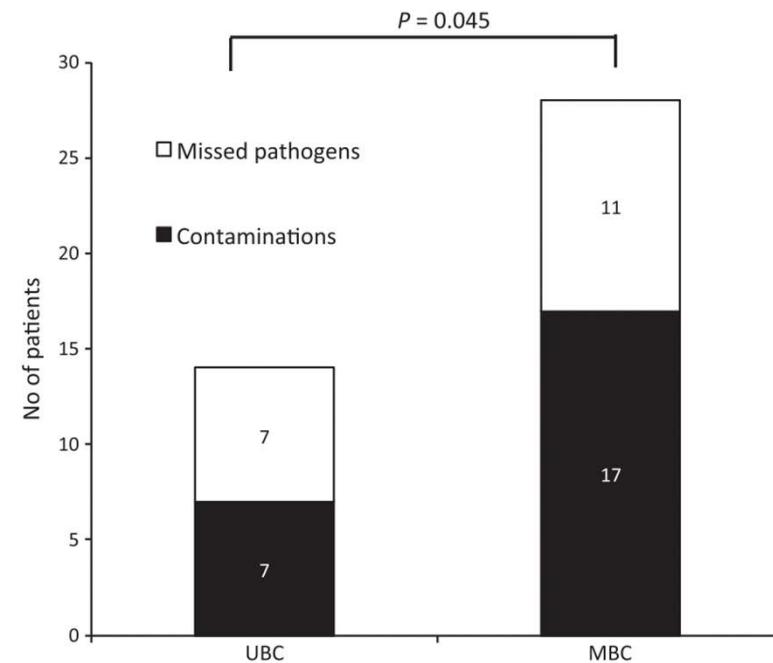
Unique blood culture for diagnosis of bloodstream infections in emergency departments: a prospective multicentre study

S. Dargère¹, J.-J. Parienti^{2,3}, E. Roupie⁴, P.-E. Gancel⁴, E. Wiel⁵, N. Smaïti⁵, C. Loizez⁶, L.-M. Joly⁷, L. Lemée⁸, M. Pestel-Caron⁸, D. du Cheyron⁹, R. Verdon¹, R. Leclercq^{3,10}, V. Cattoir^{3,10} and UBC study group^a

Etude française multicentrique 2012 prospective
Ponction unique 40 mL puis répétition ponction 20 mL
1 à 3 fois et analyse résultat de la ponction unique vs
les ponctions multiples



Pas plus de détection avec ponctions multiples



Moins de contamination des hémocs ($p = 0,062$) avec ponction unique

2) Une question de volume ?

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion



De nouveaux joueurs
dans l'algorithme...



Impact carbone des hémocultures :

2.5 kg de CO2 si négative et 5 kg CO2 si positive
(données en cours d'analyse)

Pour mémoire, 5 kg de CO2 = 25 km de voiture

Prix d'une paire d'hémocultures = 25 euros

Qui vont aussi dans le sens de
limiter le nombre de flacons
et de ponctions !

3) En conclusion

Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

NE RATE PAS LE TRAIN !

Inoculum
UFC/mL

1

0.1

0

Un train d'hémoculture (2 aéro et 2 anaérobies) une fois avec au moins 10 mL par flacon, pendant ou en dehors d'un pic fébrile

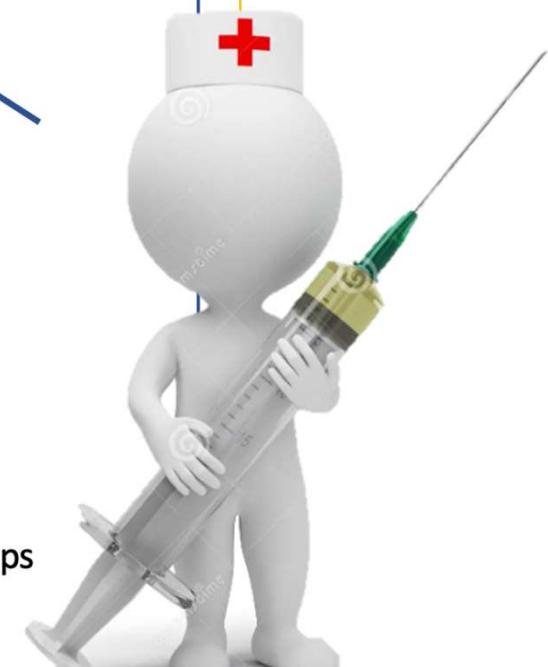
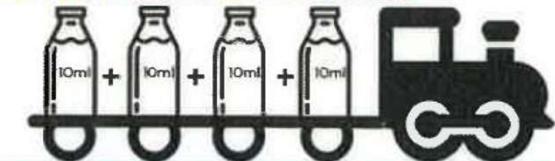
Temps



C'EST QUOI UN TRAIN D'HÉMOCULTURE ?

Deux paires d'hémocultures prélevées en un seul temps sur un seul site, selon le schéma suivant :

AÉROBIE ANAEROBIE AÉROBIE ANAEROBIE



Cas cliniques

Indications
hémocultures
en ville

Comment
faire

Conclusion

Les faits

Des facteurs de risques de bactériémies/endocardites en
franche augmentation et avec souvent des symptômes plus
frustres que ce qu'on imagine pour une bactériémie

Un examen
rentable

Un examen plus facile à faire qu'on ne le pense et qui peu
rapporter gros dans certaines situations

Quelle
proposition?

Savoir prescrire un train d'hémoculture en ville hors pic fébrile en parallèle de la
demande de consultation en Maladie infectieuse/médecine interne en cas de
frissons/fièvre qui se prolonge associée à une AEG ou de symptômes
infectieux chez un patient à risque d'endocardite.

