



# Une patiente, une fièvre, un foie suspect... et un diagnostic qui dérape

**Dr Marie POMEREAU-RIGAUD**

**Centre Hospitalier de la Côte Basque**

**Court Séjour Gériatrique / Orthogériatrie**



## Cas clinique : Mme P. 76 ans

- Chute en faisant ses courses → fracture du col fémoral
- Contexte : Vit seule, veuve, 3 enfants. Autonome: ADL 6/6 IADL 4/4

**MAIS** depuis 6 mois, franche AEG avec perte de 6kg, anorexie et selon la famille quelques troubles cognitifs débutants

- ATCD: DT2, HTA



- Ostéosynthèse à J0 → Hospitalisée en Orthogériatrie
- Subfébrile à l'admission, fébrile en post-opératoire immédiat
- Bio à l'entrée: HLPNN (pas de CRP en pré-op), Cytolyse + Cholestase à 2N
- ECBU et 1 Hémoc + à *Klebsiella pneumoniae*



## Après 3j d'antibiothérapie par C3G pour pyélonéphrite bactériémiant :

- Hyperthermie  $> 40^{\circ}$
- AEG avec anorexie, clinophilie
- CRP=255mg/l
- Cholestase + Cytolyse= 6N



**Vous êtes appelés à la rescousse**



## Vos hypothèses diagnostiques ?

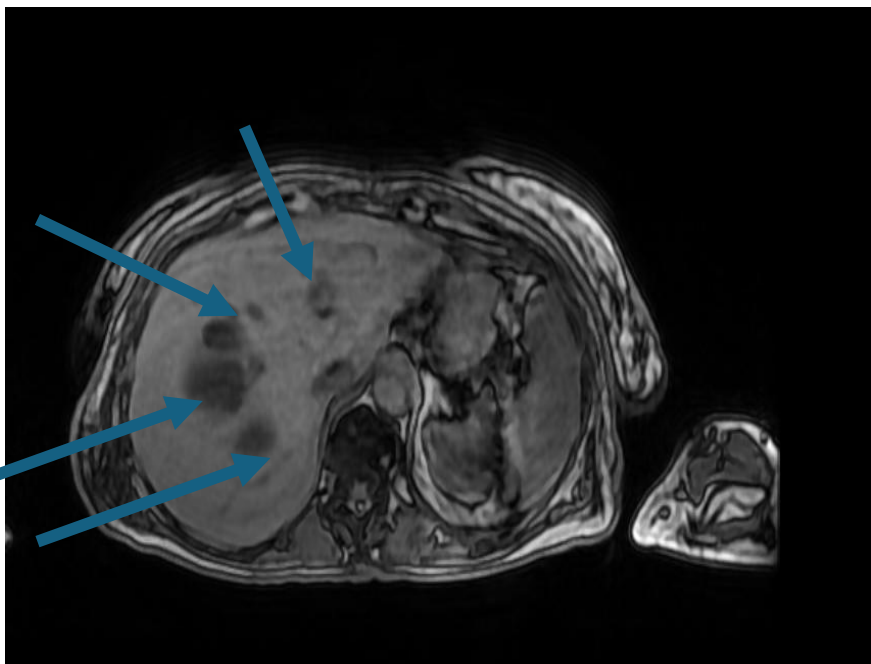
- ✓ A. La classique infection urinaire ou pulmonaire
- ✓ B. L'embêtante infection post-op
- ✓ C. La rare dissémination bactérienne
- ✓ D. Le probable cancer primitif ou secondaire
- ✓ E. Le possible médicament hépatotoxique



# L'imagerie qui change tout !

## IRM hépatique :

Multiples lésions du foie droit d'allure secondaire. Image pulmonaire du lobe moyen : primitive ?



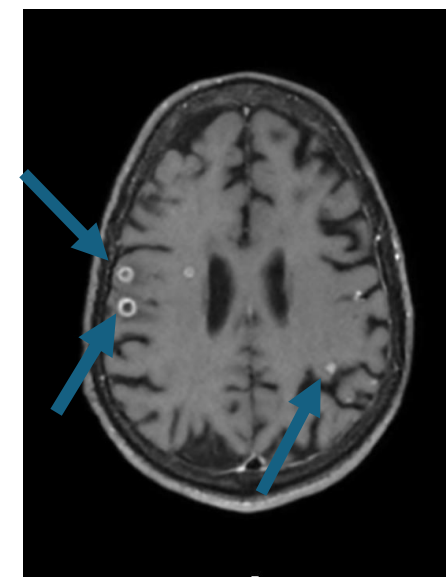
## Scanner thoracique :

Multiples nodules et masses pulmonaires partiellement nécrotiques



## IRM cérébrale :

Multiples petites prises de contraste annulaires supratentorielles des 2 hémisphères cérébraux faisant évoquer en premier lieu des lésions secondaires.







## Et vous, à ce stade, que faites-vous ?

- ☒ A. J'attends la confirmation histologique
- ☒ B. J'annonce un diagnostic probable
- ☒ C. J'évoque l'hypothèse avec prudence
- ☒ D. Je propose des soins de support immédiatement
- ☒ E. Rien, elle est trop âgée.



🗣️ Nous avons expliqué à la patiente et sa famille qu’il s’agissait **très probablement** d’un cancer métastatique...

⚠️ **Annonce faite**

Évaluation oncogériatrique engagée

## → Programmation des examens complémentaires:

- Biopsie hépatique
- TEP scanner
- Echo + Mammo
- Marqueurs biologiques





# Coup de théâtre !

- Résultat biopsie :  pas de cancer

## **ABCÈS hépatique à *Klebsiella pneumoniae* !**

Dissémination hématogène d'une KP hypervirulente avec atteinte hépatique pulmonaire et cérébrale.

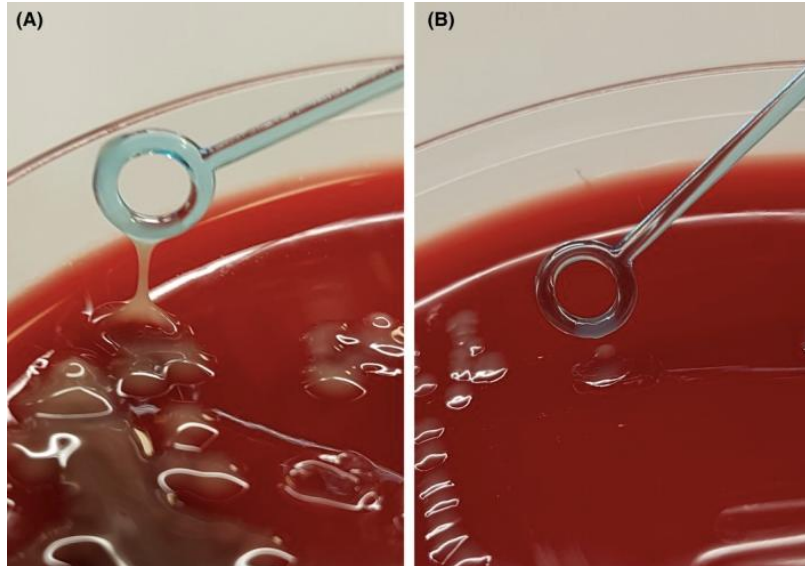


*La patiente n'a pas de cancer mais une infection traitable !*



# *Klebsiella pneumoniae*

- BGN
- Souche classique (cKP):  
Pathogène principalement nosocomial et opportuniste.
- Nouvelle souche hypervirulente (hvKP): augmentation prévalence
  - Plus fréquent dans les pays asiatiques
  - FdR : Diabète
  - Mortalité : 3-42%
  - Localisations : abcès hépatiques, endophtalmie, méningite, fasciite nécrosante et pneumopathie



## Traitement :

- Drainage
- Antibiothérapie prolongée : C3G, carbapénèmes, FQ
- Résistances émergentes ++

## Confirmation diagnostique : String test

Baekby M. and al. Clin Case Rep. 2018 Jul.  
Molton JS. And al. Clin Infect Dis. 2020 Aug.



# Evolution de Mme P.

*Suivi régulier en HDJ infectio-gériatrie*

**Après 4 semaines d'AB:** C3G + FQ puis 2 semaines de FQ

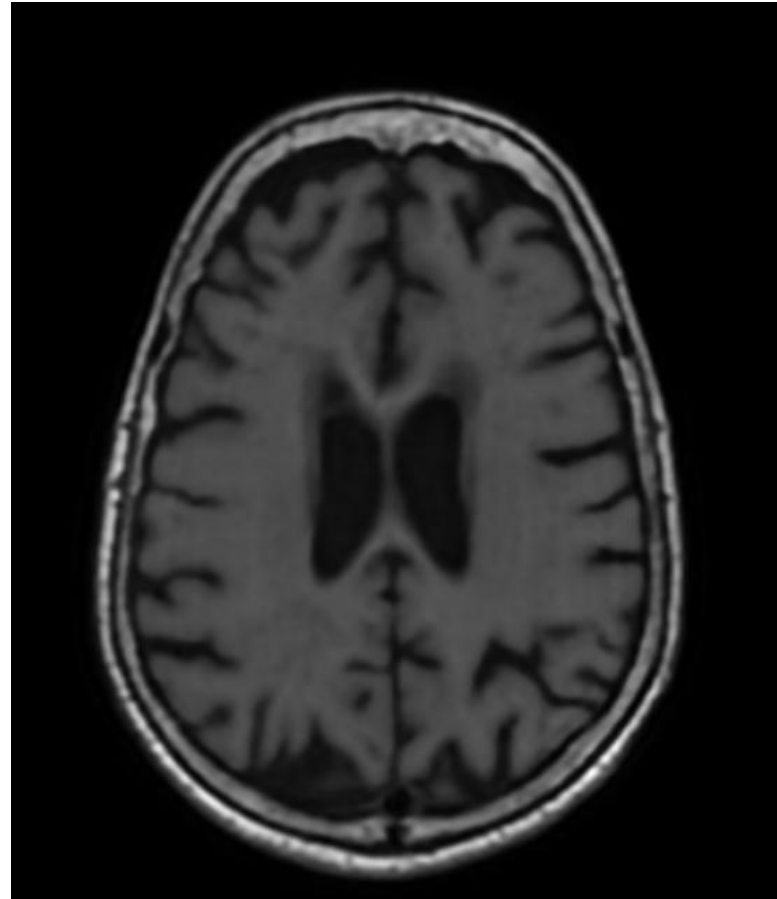
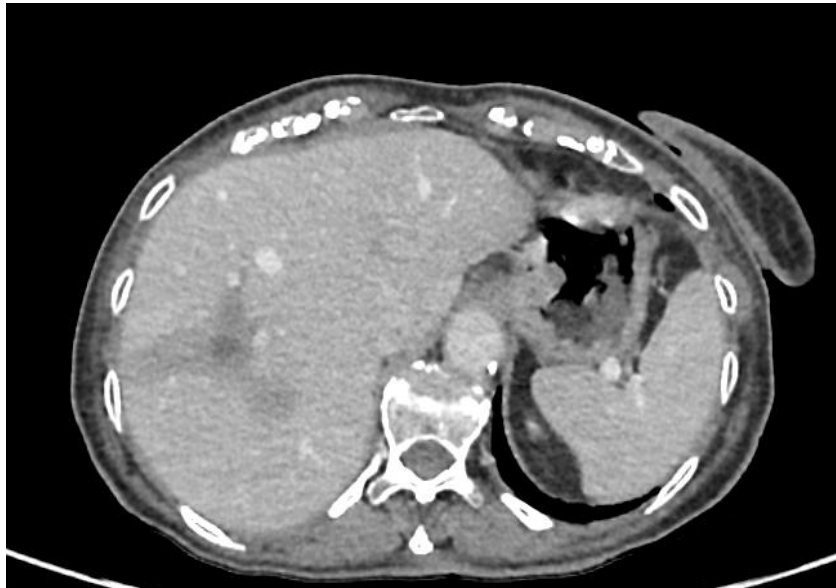
- Evolution clinique favorable: apyrexie, +7kg, autonomie antérieure
- Négativation CRP et des hémocultures



## Imagerie :

### Scanner TAP :

Régression des lésions connues  
Pas de nouvelle lésion



**IRMc:** Régression  
quasi complète de  
l'atteinte  
leptoméningée et  
diminution des  
prises de  
contrastes  
connues.





# Ce que ce cas nous enseigne


## L'IMAGE N'EST PAS LE DIAGNOSTIC

 L'IRM suggère mais ne prouve rien → Toujours confronter au contexte clinique

## EVITER LE BIAIS DE CONFIRMATION

 On voit ce que l'on s'attend à voir! → Garder un raisonnement ouvert, même face à l'évidence apparente


## ANNONCER AVEC PRUDENCE

 Une annonce prématurée peut avoir un fort impact émotionnel  
→ Préférer « Hypothèse en cours d'exploration » à « Diagnostic probable »

## TRAVAILLER EN EQUIPE

 L'IDE, le médecin, la famille: chacun apporte un élément du puzzle

## L'INFECTIEUX MIME PARFOIS LE CANCER

 Klebsiella = un imitateur redoutable, surtout chez les patients gériatriques





# La force du collectif



IDE : vigilance clinique



Géiatre : recul diagnostique



Biologiste / Infectiologue / Radiologue



Patiente et Famille informées et accompagnées



Communication pluridisciplinaire



# A retenir

🧠 **En médecine... méfions-nous des évidences !**

📌 Toujours valider les diagnostics graves avant annonce

🦠 Klebsiella : une imitatrice redoutable

🤝 Multidisciplinarité = garde-fou du raisonnement

💭 *“Il faut douter de tout et surtout de ce qui semble évident”*

*Claude Bernard (1813-1878)*

15<sup>ème</sup> CONGRÈS  
de la **Société de  
Gérontologie  
de Bordeaux et  
du Sud-Ouest**



“ ÇA CHAUFFE  
EN GÉRIATRIE !



**9 et 10  
oct. 2025**

LE CONNECTEUR  
**BIARRITZ**



# Merci pour votre attention !



# Bibliographie

- Baekby M, Hegedüs N, Sandahl TD, Krogfelt KA, Struve C. Hypervirulent *Klebsiella pneumoniae* K1 liver abscess and endogenous endophthalmitis in a Caucasian man. Clin Case Rep. 2018 Jul 3;6(8):1618-1623. doi: 10.1002/ccr3.1696. PMID: 30147917; PMCID: PMC6099053.
- Yang P, Liu C, Wu Z, Zheng J, Yi J, Wu N, Wu Z, Lu M, Cui L, Shen N. Clinical Outcomes, Microbiological Characteristics and Risk Factors for Difficult-to-Treat Resistance to *Klebsiella pneumoniae* Infection. Infect Drug Resist. 2022 Oct 17;15:5959-5969. doi: 10.2147/IDR.S377064. PMID: 36262596; PMCID: PMC9574456.
- Molton JS, Chan M, Kalimuddin S, Oon J, Young BE, Low JG, Salada BMA, Lee TH, Wijaya L, Fisher DA, Izharuddin E, Koh TH, Teo JWP, Krishnan PU, Tan BP, Woon WWL, Ding Y, Wei Y, Phillips R, Moorakonda R, Yuen KH, Cher BP, Yoong J, Lye DC, Archuleta S. Oral vs Intravenous Antibiotics for Patients With *Klebsiella pneumoniae* Liver Abscess: A Randomized, Controlled Noninferiority Study. Clin Infect Dis. 2020 Aug 14;71(4):952-959. doi: 10.1093/cid/ciz881. PMID: 31641767.
- Doshi S, Forbes JD, Mubareka S, Andany N. Infection disséminée à *Klebsiella pneumoniae* hypervirulente à l'origine d'endophthalmitis et d'abcès pulmonaires et hépatiques. CMAJ. 2022 Aug 15;194(31):E1101-4. French. doi: 10.1503/cmaj.211413-f. Epub 2022 Aug 15. PMCID: PMC9377559.



# ANNEXES

## ***Antiblogramme***

	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
	CMi (mg/l)
AMOXICILLINE	Résistant
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Sensible à posologie standard
TICARCILLINE	Résistant
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Sensible à posologie standard
CEFOTAXIME	Sensible à posologie standard
CEFTAZIDIME	Sensible à posologie standard
ERTAPENEME	Sensible à posologie standard
IMIPENEME	Sensible à posologie standard
AMIKACINE	Sensible à posologie standard
TOBRAMYCINE	Sensible à posologie standard
GENTAMICINE	Sensible à posologie standard
LEVOFLOXACINE	Sensible à posologie standard
CIPROFLOXACINE	Sensible à posologie standard
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	Sensible à posologie standard

*Examen(s) de microbiologie ci-dessous rendu(s) sous accréditation (1) sauf mention contrai*



Caractéristiques	Métastase	Abcès
Nombre de lésions	Souvent <b>multiples</b>	Souvent <b>unique</b>
Localisation typique	<b>Jonction SB/SG</b>	<b>N'importe où</b>
T1 sans injection	Centre hypo à iso intense	Centre hypointense
T1 avec Gadolinium	Rehaussement annulaire souvent irrégulier	Rehaussement annulaire fin, lisse, et régulier
T2 / Flair	Centre hyperintense + Œdème important	Centre très hyperintense + Œdème important
DWI	Diffusion non restreinte ( <b>centre sombre</b> )	Diffusion restreinte ( <b>centre brillant</b> )