



# Guide d'annotation CU6 : Détection automatique en infectiologie

## Chapitre 1

### Règles générales

#### 1.1 Vue d'ensemble des catégories d'annotation

Le schéma d'annotation pour l'identification des bactériémies comprend quatre catégories principales de concepts et trois types de relations. L'annotation recense toutes les infections mentionnées dans le document - y compris les bactériémies-, les bactéries responsables, ainsi que le site primaire infectieux lorsque celui-ci est précisé. Par ailleurs, le concept de négation est inclus afin de capturer les mentions explicites de non-présence.

Tab. 1.1 : Synthèse des concepts à annoter

| Concept          | Description   |
|------------------|---|
| BACTÉRIÉMIE      | Mention de l'infection sanguine bactérienne                           |
| BACTÉRIE         | Agent pathogène responsable   |
| SITE             | Désigné par son siège anatomique, sans mention explicite d'infection. |
| INFECTION        | Infection explicitement nommée  |
| <b>Relations</b> | <b>Types de relations entre les concepts</b>                          |
| AGENT PATHOGENE  | bactériémie -> bact   |
| SITE PRIMAIRE    | bactériémie -> site   infection                                       |
| ORIGINE          | bactérie -> site   infection  |
| NEGATION         | Booléen mentionnant la non-présence d'un des concepts recherchés      |

## 1.2 Règles d'annotation

### 1.2.1 Périmètre d'annotation

**Annotez les éléments et les relations liés à une bactériémie documentée dans le compte rendu médical**

**Annotez également les prélèvements microbiologiques réalisés et leur résultat. N'annotez que les prélèvements microbiologiques bactériologiques.**

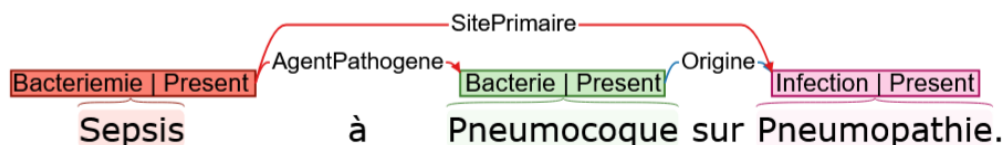


Fig. 1.1 : Exemple d'annotation 1

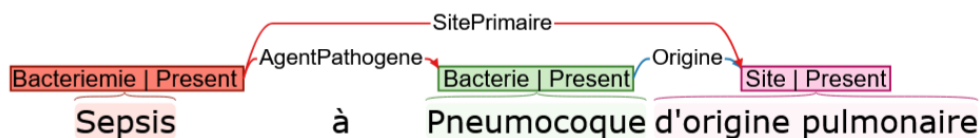


Fig. 1.2 : Exemple d'annotation 2

### 1.2.2 Gestion de la négation

Chaque concept porte un attribut booléen indiquant s'il est nié, établi en fonction de sa proximité dans la phrase.



Fig. 1.3 : Exemple d'annotation 3

NB : pour référence, divers exemples de négations sont listés dans les annexes (voir section 3.2.1).

### 1.2.3 Cas particuliers

- **Bactériémies multiples** : Annoter séparément chaque épisode.
- **Co-infections** : Annoter toutes les bactéries identifiées.
- **Sites multiples** : Distinguer chaque site.
- **Évolution temporelle** : Annoter l'état au moment de la rédaction du CR.



- **Test diagnostique positif avec identification bactérienne** : Lorsque le texte mentionne, par exemple, « antigénurie pneumocoque positive », deux informations distinctes doivent ici être annotées avec le statut « Présent » : le site ainsi que la bactérie.

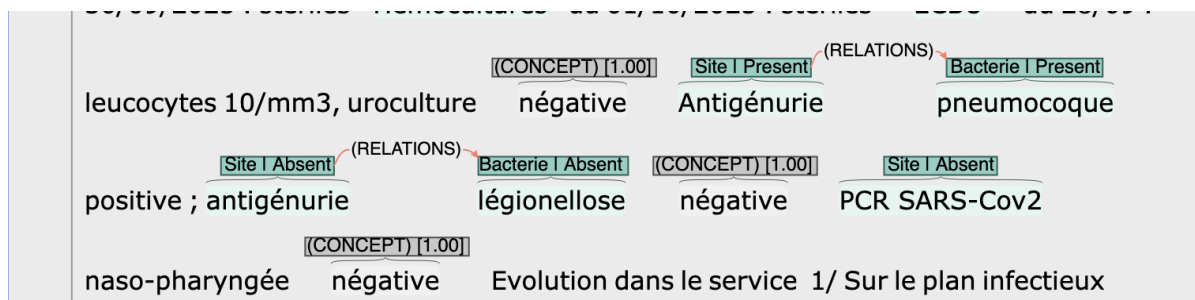


Fig. 1.4 : Exemple d'annotation - cas particulier

### 1.3 Exemples concrets

Voici quelques exemples d'annotations conformes au schéma décrit.

**Texte** : Sepsis à Pneumocoque d'origine pulmonaire sur Pneumopathie.

**Annotations** :

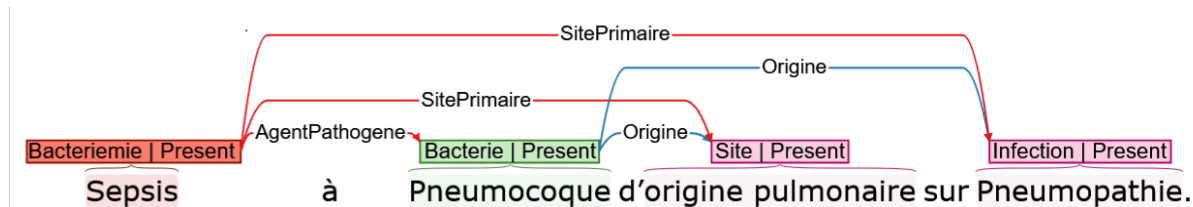


Fig. 1.5 : Exemple concret 1

Sepsis : BACTÉRIÉMIE

Pneumocoque : BACTÉRIE

d'origine pulmonaire : SITE

Pneumopathie : INFECTION

**Relations** :

- AGENT\_PATHOGÈNE : Sepsis → Pneumocoque.
- ORIGINE : Pneumocoque → d'origine pulmonaire.
- SITE\_PRIMAIRE : Sepsis → d'origine pulmonaire.



- SITE\_PRIMAIRE : Sepsis → Pneumopathie.

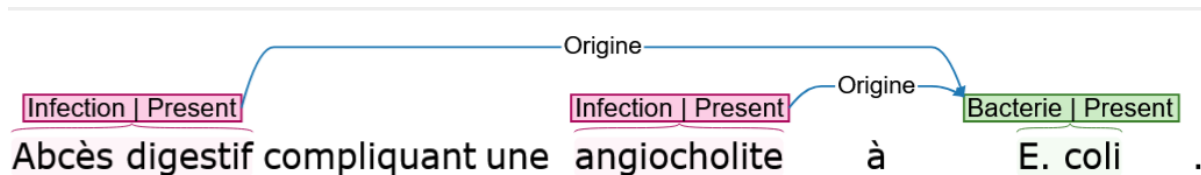


Fig. 1.6 : Exemple concret 2

**Texte** : Abcès digestif compliquant une angiocholite à *E. coli*.

**Annotations :**

Abcès digestif : INFECTION

angiocholite : INFECTION

*E. coli* : BACTÉRIE

**Relations :**

- ORIGINE : angiocholite → *E. coli*.
- ORIGINE : Abcès digestif → angiocholite.

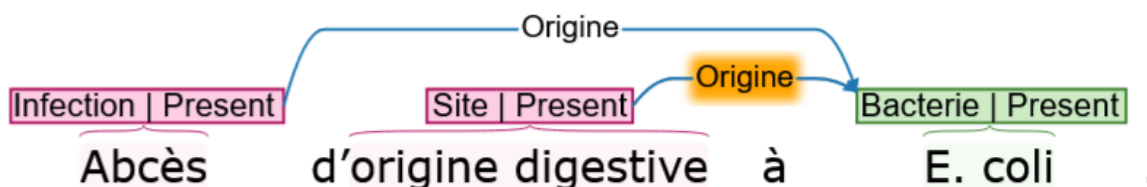


Fig. 1.7 : Exemple concret 3

**Texte** : Abcès d'origine digestive à *E. coli*.

**Annotations :**

Abcès : INFECTION

d'origine digestive : SITE

*E. coli* : BACTÉRIE

**Relations :**

- ORIGINE : Abcès → d'origine digestive.
- ORIGINE : Abcès → *E. coli*.



NB : Un exemple de compte rendu complètement annoté est disponible en annexe 3.3.

## Chapitre 2

### Concepts à annoter et leurs relations

#### 2.1 Concept BACTÉRIÉMIE

##### 2.1.1 Définition

Le concept BACTÉRIÉMIE identifie toute mention d'une infection bactérienne dans le sang confirmée.

##### 2.1.2 Exemples de termes à annoter

- **Termes directs** : bactériémie, septicémie, sepsis, choc septique...
- **Termes de laboratoire** : hémoculture(s) positive(s)...
- **Formulations cliniques** : germe dans le sang, infection sanguine...

##### 2.1.3 Règles spécifiques

1. Annoter les bactériémies confirmées
2. Les suspicions, hypothèses ou bactériémies écartées doivent être annotées avec l'attribut de négation.

#### 2.2 Concept BACTÉRIE

##### 2.2.1 Définition

Le concept BACTÉRIE identifie l'agent pathogène responsable d'une infection, incluant toutes les variantes nomenclaturales.



## 2.2.2 Exemples d'annotation

- ✓ Bactériémie à [Staphylococcus aureus] résistant à la méthicilline
- ✓ Présence de [E. coli] BLSE dans les hémocultures

NB : pour référence, divers exemples de bactéries sont listés dans les annexes (voir section 3.2.2).

## 2.3 Concept SITE

### 2.3.1 Définition

Le concept SITE doit être utilisé pour annoter un site infectieux nommé via son siège anatomique, sans qu'une infection soit explicitement nommée. A noter que si le site est inclus dans une expression comme porte d'entrée urinaire, il faudra annoter toute l'expression.

Le concept SITE inclut également les prélèvements microbiologiques **bactériologiques** (ECBU, antigénurie, etc.)

### 2.3.2 Exemples d'expressions types

- point de départ
- porte d'entrée
- a pour origine...

## 2.4 Concept INFECTION

### 2.4.1 Définition

Le concept INFECTION doit être utilisé pour annoter une infection explicitement décrite dans le document, et qui n'est pas une bactériémie.

### 2.4.2 Exemples non exhaustifs par système

- **Infection systémique** : SIRS d'origine infectieuse, choc septique, sepsis sévère
- **Urinaire** : pyélonéphrite aiguë, pyonéphrose...



- **Digestif** : péritonite, abcès hépatique...
- **Pulmonaire** : pneumonie lobaire...
- **Cutané** : érysipèle, fasciite nécrosante...
- **Ostéo-articulaire** : ostéomyélite aiguë, arthrite septique, spondylodiscite...

## 2.5 Relations entre concepts

Sont définis trois types de relations entre les concepts annotés : AGENT PATHOGÈNE, SITE PRIMAIRE et ORIGINE.

### 2.5.1 Relation AGENT PATHOGÈNE

- **Type** : Bactériémie → Bactérie.
- **Cardinalité** : 1 bactériémie peut être causée par 1 ou N bactéries.
- **Exemples** : [Sepsis] → [Pneumocoque], [Bactériémie] → [S.Aureus]

### 2.5.2 Relation ORIGINE

- **Type** : Bactérie → Site ou Infection
- **Cardinalité** : 1 bactérie a 0 ou 1 origine identifiée (infection ou site).
- **Exemples** : [Pneumocoque] → [Origine pulmonaire], [E. Coli] → [angiocholite]

### 2.5.3 Relation SITE PRIMAIRE

- **Type** : Bactériémie → Site ou Infection
- **Cardinalité** : 1 bactériémie peut avoir 0 à N site primaire.
- **Exemples** : [Sepsis] → [Origine pulmonaire], [Bactériémie] → [Pneumopathie]

On pourra se référer aux exemples concrets d'annotation dans la section 1.3 pour plus de détails



## Annexes

### 3.1 Glossaire

**Corpus** : Ensemble structuré de documents textuels utilisés pour l'entraînement et l'évaluation de modèles de traitement automatique du langage.

**Entité** : Unité d'information identifiable dans un texte, correspondant à un objet concret ou concept spécifique du monde réel.

**LLM** : Large Language Model (Modèle de langue de grande taille). Modèles d'intelligence artificielle entraînés sur de vastes corpus textuels.

**Traitement automatique du langage (TAL)** : Ensemble de techniques informatiques permettant l'analyse, la compréhension et le traitement automatique de textes en langage naturel.

### 3.2 Exemples d'éléments annotables

#### 3.2.1 Exemples de négation

Voici quelques exemples de formulations négatives :

##### Termes généraux

- absence de, pas de, sans
- a écarté, écarte, exclu
- ne révèle pas, ne montre pas
- peu probable, douteux

##### Expressions de négation médicales spécialisées

Le corpus médical révèle des formulations de négation plus complexes que les termes généraux déjà présentés :

##### Négation microbiologique avancée

- **Résultats de culture** : stérilité des prélèvements, pas de pousse, culture blanche, hémocultures négatives, prélèvements non contributifs



- **Identification** : germe non identifié à ce jour, bactérie non typée, organisme non classé

### Négation clinique contextuelle

- **Suspicion écartée** : n'évoque pas, peu évocateur de, ne plaide guère pour, arguments insuffisants pour, ne permet pas de retenir
- **Temporalité** : pas encore, plus maintenant, n'était pas, ne sera plus
- **Probabilité** : improbable, peu vraisemblable, incertain, douteux, à confirmer

### Négation comparative

- plutôt qu'une, contrairement à, différent de, ne correspond pas au profil de, ne colle pas avec

### Termes médicaux indirects

- **Diagnostic** : arguments contre, infirme l'hypothèse, ne plaide pas pour
- **Formulations indirectes** : ne ressemblent pas à, différent de, ne correspond pas à

## 3.2.2 Catégories de bactéries à annoter

Voici une liste non exhaustive d'exemples de bactéries pouvant être annotées :

### Cocci Gram positif

- **Staphylocoques** : Staph, Staph doré, Staph blanc, *S. aureus*, *Staphylococcus aureus*, SARM, SASM, Staphylocoque coagulase négative, *S. epidermidis*, *S. hominis*, *S. haemolyticus*
- **Streptocoques** : Strepto, Streptocoque, *S. pneumoniae*, Pneumocoque, Streptocoque du groupe A/B/C/D, *S. pyogenes*, *S. agalactiae*, *S. dysgalactiae*, Enterocoque, *E. faecalis*, *E. faecium*, ERV
- **Autres** : *Micrococcus*, *Pediococcus*, *Aerococcus*, *Granulicatella*

### Bacilles Gram négatif

- **Entérobactéries** : *E. coli*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*, *P. mirabilis*, *Serratia*, *S. marcescens*, *Salmonella*, *Shigella*, *Morganella*, *M. morganii*, *Providencia*, *Hafnia*, *Pantoea*, *Raoultella*
- **Non fermentants** : *Pseudomonas*, *P. aeruginosa*, *Acinetobacter*, *A. baumannii*,



Stenotrophomonas, S. maltophilia, Burkholderia, Achromobacter, Elizabethkingia, Chryseobacterium

• **Autres BGN** : Haemophilus, H. influenzae, Moraxella, Neisseria, Pasteurella, Aeromonas, Vibrio, Cam pylobacter, Helicobacter

### **Anaérobies**

- Clostridium, C. perfringens, C. difficile
- Bacteroides, B. fragilis
- Fusobacterium, Prevotella, Propionibacterium
- Peptostreptococcus, Anaerococcus, Parvimonas

### **Autres**

• **Groupe HACEK** : Haemophilus, Aggregatibacter, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella

• **Intracellulaires** : Legionella, Brucella, Francisella, Bordetella

## 3.2.3 Dispositifs médicaux

Voici une liste non exhaustive d'exemples de dispositifs médicaux pouvant être des sites de bactériémie :

- **Intravasculaire** : Cathéter central, PAC, PICC-line, cathéter de dialyse
- **Intracardiaque** : Pacemaker, défibrillateur, valve artificielle
- **Intra-articulaire** : Prothèse de hanche/genou, matériel d'ostéosynthèse
- **Intracerebral** : Dérivation ventriculaire, stimulateur cérébral
- **Autres** : Sonde urinaire, sonde gastrique, trachéotomie

## 3.3 Exemples annotation CRH



**Site | Present**  
possible porte d'entrée digestive.  
Programmation d'une consultation de gastroentérologie le 17/11 avec le Dr BARD pour discuter de la réalisation d'endoscopies digestives dans le contexte. 2/ Sur le plan orthopédique : - Absence d'indication chirurgicale au niveau du rachis, confection d'un corset lombaire à visée antalgique. Le patient est accompagné pour tous ses déplacements au cours de l'hospitalisation et la PCA de morphine IV est relayée par OXYCONTIN LP 20 mg matin et soir PO avec interdoses de 10 mg si besoin, à diminuer progressivement

- Lavage chirurgical de la prothèse de genou gauche le 03/10 par le Dr GARI (DAIR : debridement, antibiotics and implant retention) devant

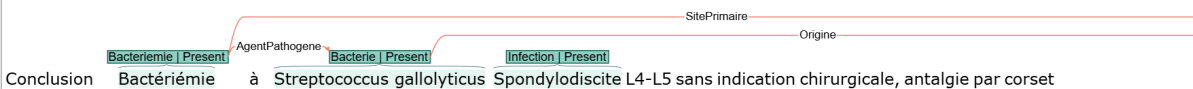
**Site | Present** **Bacteriemie | Present**  
ponction articulaire positive et bactériémie persistante sous antibiothérapie adaptée.  
Suspension de l'Eliquis à l'entrée en service et relais par INNOHEP 175UI/kg/j SC, suspendu la veille de l'intervention.  
Il est décidé d'un lavage simple compte tenu de l'infection aiguë hématogène mais l'évolution sera à surveiller compte tenu du risque de rechute. 3/ Sur le plan général - Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle compliquée d'une hyperkaliémie initialement, corrigée aux urgences. Amélioration progressive de la fonction rénale jusqu'à normalisation le 10/10 permettant le relais par une antibiothérapie per os. Surveillance du bilan biologique à prévoir une fois par semaine sous antibiothérapie

- Anémie microcytaire, mise en évidence d'une carence martiale avec un CST à 12%, ferritine 50 µg/L.  
Perfusion de FERINJECT 1000 mg IV le 04/10 puis 500 mg IV le 11/10.

Indication à la réalisation d'endoscopies digestives

- Avis diététicienne dans le service pour dénutrition sévère, hypoalbuminémie 28 g/L, perte de poids : préconisation d'une supplémentation protéique dans les plateaux et de compléments nutritionnels oraux 2/jour.  
L'état clinique du patient permet son retour à domicile le 16/10.

Consultation conjointe orthopédiste/infectiologue programmée le 25/11 à 16h en orthopédie (Dr GARI / Dr DEBAN).  
Traitement de sortie Idem traitement d'entrée + - OXYCONTIN LP 20 mg matin et soir avec interdoses OXYNORMORO LI 10 mg si besoin pendant 2 semaines, à renouveler avec médecin traitant si nécessaire - PARACETAMOL 1000 mg/8h si douleurs - AMOXICILLINE 2g x 3 par jour PO jusqu'au 11/11/2025 inclus - LEVOFLOXACINE 500 mg matin et soir PO jusqu'au 11/11/2025 inclus Ne pas arrêter l'antibiothérapie sans l'avis de l'infectiologue référent du dossier.



**Infection | Present**  
Infection hématogène de PTG gauche, traitée par lavage articulaire (DAIR) Suspicion de porte d'entrée digestive, à bilancer par endoscopies Anémie microcytaire par carence martiale Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle Hyperkaliémie Dénutrition sévère, prise en charge diététique en service Signataire : Dr Tonina Deban.

**Infection | Absent**  
SIA non mobile, pas de shunt au doppler couleur Conclusion: Pas d'argument pour une EI sur cet examen.  
TEP-TDM 10/10/2025 : Hypermétabolisme intense inter-somatique L5-L4 dont l'origine infectieuse ou inflammatoire ne peut être déterminée (spondylodiscite?).  
Hypermétabolismes multifocaux du côlon, semblant peu spécifiques, sans pouvoir formellement éliminer une néoplasie, à corrélérer aux données endoscopiques.

**Bacteriemie | Present** **Bactériémie** à **Streptococcus gallolyticus** sensible à l'amoxicilline, résistant à la clindamycine, sur les hémocultures des 29/09, 30/09 et 02/10, compliquée d'une spondylodiscite L4-L5 et d'une infection de prothèse de genou G hématogène.  
L'antibiothérapie par CEFTRIAXONE 2g/jour IV est poursuivie du 30/09 au 14/10 compte tenu de l'insuffisance rénale aiguë rendant l'utilisation d'amoxicilline moins aisée, puis relais par AMOXICILLINE 2g x 3 par jour et LEVOFLOXACINE 500mg matin et soir PO pour 4 semaines supplémentaires soit jusqu'au 11/11/2025 inclus (6 semaines au total).

**Infection | Absent**  
L'ETO éliminait une endocardite infectieuse associée.  
Le TEP-TDM confirmait l'absence d'autre foyer infectieux (sous réserve qu'il s'est arrêté à mi-cuisse donc prothèse de genou G non évaluée) et une

**Site | Present**  
possible porte d'entrée digestive.  
Programmation d'une consultation de gastroentérologie le 17/11 avec le Dr BARD pour discuter de la réalisation d'endoscopies digestives dans le contexte. 2/ Sur le plan orthopédique : - Absence d'indication chirurgicale au niveau du rachis, confection d'un corset lombaire à visée antalgique. Le patient est accompagné pour tous ses déplacements au cours de l'hospitalisation et la PCA de morphine IV est relayée par OXYCONTIN LP 20 mg matin et soir PO avec interdoses de 10 mg si besoin, à diminuer progressivement

- Lavage chirurgical de la prothèse de genou gauche le 03/10 par le Dr GARI (DAIR : debridement, antibiotics and implant retention) devant

**Site | Present** **Bacteriemie | Present**  
ponction articulaire positive et bactériémie persistante sous antibiothérapie adaptée.  
Suspension de l'Eliquis à l'entrée en service et relais par INNOHEP 175UI/kg/j SC, suspendu la veille de l'intervention.  
Il est décidé d'un lavage simple compte tenu de l'infection aiguë hématogène mais l'évolution sera à surveiller compte tenu du risque de rechute. 3/ Sur le plan général - Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle compliquée d'une hyperkaliémie initialement, corrigée aux urgences. Amélioration progressive de la fonction rénale jusqu'à normalisation le 10/10 permettant le relais par une antibiothérapie per os. Surveillance du bilan biologique à prévoir une fois par semaine sous antibiothérapie



Sur le plan microbiologique : Prélèvement de deux paires d'hémocultures et d'un ECBU aux urgences.

Site | Indéterminé

Ponction articulaire du genou gauche par l'interne d'orthopédie aux urgences Sur le plan radiologique : TDM TAP sans injection de produit de contraste : Aspect remanié des plateaux supérieur de L5 et inférieur de L4 sans collection décelable sous réserve de l'absence d'injection de produit de contraste compatible avec une spondylodiscite infectieuse, à confronter à une IRM dédiée.

Infection | Présent

Prise en charge thérapeutique aux urgences : - Antibiothérapie probabiliste par CEFTRIAXONE 2g/24h IV après prélèvements microbiologiques - Correction de l'hyperkaliémie sans signe ECG par perfusion IV de soluté glucosé avec insuline ; kaliémie de contrôle à 5.2mmol/L

- Antalgie par PCA de morphine IV.

Hospitalisation en maladies infectieuses pour la suite de la prise en charge.

Examens complémentaires : Sur le plan microbiologique : - Hémocultures du 29/09/2025 positives à Streptococcus gallolyticus sensible à l'amoxicilline, résistant à la clindamycine - Hémocultures du 30/09/2025 et 02/10/2025 positives au même germe - Hémocultures du 04/10/2025 et 06/10/2025 stériles

Bactériémie | Présent AgentPathogene Bactérie | Présent AgentPathogene

Site | Présent Origine Bactérie | Présent

- Ponction articulaire du genou 29/09/2025 positive à S. gallolyticus

- Prélèvements per-opératoires de chirurgie orthopédique du 03/10/2025 négatifs en culture, PCR 16S positive à Streptococcus spp

- ECBU 30/09/2025: 5 leucocytes/mm3, 6 hématies/mm3, culture stérile.

Infection | Présent

IRM lombaire 03/10/2025 : Spondylodiscite L4-L5 avec collection épidurale circonférentielle.  
Pas de sténose du sac dural.  
ETO 09/10/2025 : 1.

Traitement de sortie - Kardégic 75mg 1 sachet le midi - Atorvastatine 40mg 1 comprimé le soir - Perindopril 4mg 1 comprimé le matin - Bisoprolol 2.5mg 1 comprimé le matin - Lasilix 20mg 1 comprimé le matin Conclusion Pneumopathie hypoxémiante et bactériémiante à pneumocoque BPCO à bilancer Vaccinations à mettre à jour (PREVENAR 20 et grippe) Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle Hyponatrémie sur SIADH Sevrage tabac et OH, prévention du délirium tremens Mycose linguale traitée Consultation pneumologique en attente de programmation, le patient sera contacté par téléphone.  
Signataire : Dr Pierfederico Jantzen.

Infection | Présent Site Primaire Bactériémie | Présent AgentPathogene

Origine AgentPathogene Bactérie | Présent



Antibiothérapie probabiliste par CEFTRIAXONE 2g/24h IV après réalisation d'une paire d'hémocultures , ECBU et Bactériémie | Indéterminé Site | Indéterminé

Site | Indéterminé  
antigénurie pneumocoque.

Amélioration clinique après aérosols et remplissage vasculaire, sat 95% sous 3L aux lunettes, TA 100/85.  
Le bilan biologique réalisé retrouve : Hb 12.5 g/dL, plaquettes 655 G/L, GB 25 G/L dont 22 G/L de PNN, Na 128 mmol/L, K 3.5 mmol/L, créatinine 175 umol/L, urée 22 mmol/L, CRP 289 mg/L.

Site | Présent Origine Bactérie | Présent AgentPathogene Bactériémie | Présent  
L'antigénurie pneumocoque revient positive ainsi que les hémocultures prélevées avec un temps de pousse de 4h.

Infection | Présent  
Le TDM thoracique retrouve un foyer de pneumopathie franche lobaire aiguë basal gauche avec impactions mucoïdes bilatérales et un épanchement pleural gauche d'abondance minime en faveur d'une pleurésie réactionnelle.  
Le patient est transféré en maladies infectieuses pour la suite de la prise en charge.

Bactériémie | Présent AgentPathogene Bactérie | Présent Bactériémie | Présent AgentPathogene Bactériémie | Présent  
Examens complémentaires : Hémocultures du 28/09/2025 : positives à Streptococcus pneumoniae sensible à l'amoxicilline Hémocultures du 29/09/2025 : positives à Streptococcus pneumoniae sensible à l'amoxicilline Hémocultures du 30/09/2025 : stériles Hémocultures du 01/10/2025 : stériles ECBU du 28/09 : leucocytes 10/mm3, uroculture négative Site | Absent Origine Bactérie | Présent Site | Présent Origine Bactérie | Présent Site | Absent  
Antigénurie pneumocoque positive ; antigénurie

Origine Bactérie | Absent Site | Absent Infection | Présent Site Primaire  
légiellose négative PCR SARS-Cov2 naso-pharyngée négative Evolution dans le service 1/ Sur le plan infectieux Pneumopathie

Site Primaire Bactériémie | Présent AgentPathogene Bactérie | Présent  
bactériémiant documentée à Streptococcus pneumoniae traitée par CEFTRIAXONE 2g/24h IV du 28/09 au 03/10, puis AMOXICILLINE 1g x 3/jour per os jusqu'au 05/10 inclus, pour 7 jours de traitement au total.

Bactériémie | Indéterminé Infection | Absent  
Contrôle des hémocultures jusqu'à négativation, et réalisation d'une ETO pour éliminer une endocardite infectieuse associée.  
Réalisation d'un bilan à la recherche d'une immunodépression sous-jacente, revenant négatif (sérologie VIH négative ; IEPP: absence d'hypogammaglobulinémie, absence de pic monoclonal ; frottis sanguin: absence de corps de Jolly ; dosage du complément normal).  
L'évolution clinique est progressivement favorable avec sevrage de l'O2 à J6 d'antibiothérapie après prise en charge en kiné respiratoire et poursuite des aérosols de Bricanyl et Atrovent.

Infection | Présent Site Primaire Origine AgentPathogene Bactérie | Présent Bactériémie | Présent  
Speciafoldine 5mg/jour pendant 28 jours Conclusion Infection urinaire masculine bactériémiant documentée à K. pneumoniae BLSE Veinite sur cathéter Dénutrition Rétention aiguë d'urines Carence en vitamine B9 avec anémie BAV du premier degré Consultation urologie : Dr Ammouche programmée le 21/10 à 9h au 5ème étage Signataire : Dr Badreddine Hiernard.



**Infection | Indetermine**

Motif d'hospitalisation Suspicion d'infection urinaire masculine dans un contexte de rétention aiguë d'urines fébrile Antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, allergies -Paralysie cérébrale sur anoxie sévère à la naissance -Hypertrophie bénigne de la prostate -Hypertension artérielle Mode de vie Pris en charge en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) à la semaine dans un contexte d'anoxie cérébrale à la naissance avec séquelle motrice et mentale.

Patient pauci communiquant et grabataire.

Mange avec aide.

Accueilli chez ses parents le week-end avec une auxiliaire de vie 24/24h.

Deux soeurs en bonne santé.

Traitement à l'entrée Perindopril 8mg 1 comprimé le matin Amlodipine 5mg 1 comprimé le matin Seresta 50mg 1 comprimé le soir Tamsulosine 0.4mg LP 1 comprimé le soir Doliprane si besoin Histoire de la maladie Apparition de fièvre depuis le 26/09/2025, traitement symptomatique par Doliprane.

Le 28/09, devant l'absence d'urines dans la protection depuis 24h et des douleurs abdominales, le patient est transféré aux urgences par les pompiers pour suspicion de rétention aiguë d'urines.

Aux urgences: T°C 39.5°C, TA 145/87, FC 120 bpm, sat 94% AA Taille 165cm, Poids 58.5kg Le patient est prostré, hypoperfusion périphérique avec marbrures des genoux et extrémités froides.

L'abdomen est douloureux au niveau de l'hypogastre, sans défense.

L'auscultation pulmonaire est claire, l'auscultation cardiaque retrouve une tachycardie régulière sans souffle.

Pose d'une sonde urinaire à demeure aux urgences qui permet de recueillir 600 cc d'urines.

**Site | Indetermine**

Prélèvement d'un ECBU .

**Bacteriemie | Indetermine**

Après la pose, le patient a présenté des frissons, des hémocultures ont été prélevées.

Sur le plan biologique : Hb 11.5 g/dL, plaquettes 650 G/L, leucocytes 32 G/L, PNN 28 G/L, lymphocytes 3.2 G/L, créatinémie 95 umol/L, urée 14 mmol/L, ASAT 25 UI/L, ALAT 23 UI/L, GGT 58 UI/L, PAL 88 UI/L, bilirubine totale 7 umol/L, CRP 375 mg/L Le TDM AP est sans particularité.

L'ECG réalisé aux urgences retrouve un allongement isolé du PR à 300 ms, soit un BAV du premier degré ne nécessitant pas de prise en charge spécifique.

Le patient reçoit une antibiothérapie probabiliste par CEFTRIAXONE 2g/24h IV et est hospitalisé en maladies infectieuses pour la suite de la prise en charge.

**Site | Present**

Origine

**Bacterie | Present**

Examens complémentaires : ECBU du 28/09/2025 : 550 leucocytes/mm3, 58 hématies/mm3, culture positive à K. pneumoniae BLSE

AgentPathogene

**Bacteriemie | Present**

**Bacterie | Present**

Hémocultures du 28/09/2025 positives à K. pneumoniae BLSE (4 flacons/4) Evolution dans le service 1/ Sur le plan infectieux -

Origine

**Infection | Present**

SitePrimaire

**Bacteriemie | Present**

AgentPathogene

**Bacterie | Present**

Infection urinaire masculine bactériémique documentée à K. pneumoniae BLSE.

L'antibiothérapie par CEFTRIAXONE est relayée par ERTAPENEME 1g/24h à la réception de l'antibiogramme le 30/09, à poursuivre pour 14 jours au

### 3.4 Bibliographie

TO ADD ?