

Bactériémie à *Citrobacter koseri* comme présentation initiale d'un cancer colique

I. Chossis^a, PY. Bochud^b, J. Bille^c, O. Lamy^a

Un patient de 82 ans, porteur d'une valve aortique mécanique depuis deux ans en raison d'un rétrécissement aortique d'origine rhumatismale, est hospitalisé pour un état fébrile depuis 24 heures sans symptôme associé. Il avait eu un contrôle dentaire 45 jours auparavant, sous prophylaxie antibiotique adéquate. A l'examen clinique, son état général est conservé, il est fébrile à 38,6°C, TA 140/60 mm Hg, pulsations régulières à 72/min. L'auscultation cardiaque révèle un souffle systolique prédominant au foyer mitral. Le reste de l'examen clinique est dans la norme. Les seules anomalies observées au laboratoire sont une leucocytose à 12,9 G/L sans déviation gauche, une CRP à 50 mg/L (norme: <10 mg/L) et une anémie de type inflammatoire. La radiographie du thorax ne montre pas d'infiltrat.

En attendant la suite des investigations, dans l'éventualité d'une endocardite, un traitement d'amoxiclav 6×2,2 g/j et d'amikacine 15 mg/kg/j i.v. est débuté. L'échocardiographie transthoracique ne montre pas de végétation ni aucun élément en faveur d'une endocardite. Sur sept paires d'hémocultures, neuf bouteilles sont positives pour un *Citrobacter koseri* (*diversus*) résistant à l'ampicilline et à l'amoxicilline et sensible à tous les autres antibiotiques testés, en particulier à l'amoxiclav, aux céphalosporines, aminosides et quinolones. Le diagnostic d'endocardite est abandonné. L'association amoxiclav est remplacée par de la céfépime 3×2 g/j i.v., puis après neuf jours par un traitement de ciprofloxacine 2×500 mg/j per os en raison de l'apparition d'un rash cutané, pour une durée totale de quatre semaines. L'amikacine a été stoppée après une semaine de traitement. L'évolution sur le plan infectieux est rapidement favorable avec disparition de l'état fébrile en 48 heures. Des investigations sont pratiquées afin d'exclure une pathologie digestive à l'origine de la bactériémie. Le CT-scan abdominal est sans particularité. La colonoscopie révèle un volumineux polype du rectum (Ø 2,5–3 cm) dont l'histologie parle pour un adénome vilieux avec dysplasie de haut degré et un remaniement de la valve iléocaecale, dont l'histologie correspond à une tumeur neuroendocrine de type carcinoïde

iléal. Le patient subit une hémicolectomie droite avec anastomose iléocolique. Deux métastases sont dénombrées sur 16 ganglions (Dukes C). Le dernier contrôle endoscopique à 16 mois ne démontre pas de lésion hormis quelques diverticules calmes dans le sigmoïde. Le patient est asymptomatique.

Discussion

Citrobacter est une bactérie aérobie, Gram-négative, appartenant aux entérobactéries, généralement nosocomiale, touchant le tractus gastro-intestinal, l'arbre urinaire, les poumons, les plaies, les tissus mous, l'os et les méninges [1–4]. La présence de *Citrobacter* dans le sang est fréquemment associée à des bactériémies polymicrobiennes [2, 4, 5] qui ont été décrites chez des patients avec une pathologie sous-jacente [2, 5, 6].

La recherche de littérature que nous avons effectuée par medline (mots-clés: bacteremia or septicemia or sepsis and digestive cancer or colonic cancer) a permis d'identifier des cas de cancer du côlon associés à une bactériémie à des streptocoques alpha-hémolytiques et apparentés (*Streptococcus sanguis*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus milleri*, *Streptococcus equinus*, *Gemmella hemolysans* [7–10]) ou des anaérobies (*Clostridium perfringens*, *Fusobacterium necrophorum*, *Actinomyces pyogenes* [11–13]). Par ailleurs, l'association d'une endocardite à *Streptococcus bovis* et d'un cancer du côlon a été bien décrite [14, 15]. En revanche, l'association d'une tumeur digestive et d'une bactériémie à bacille Gram-négatif est rarement rapportée. Un seul article a rapporté une association entre une néoplasie digestive et une bactériémie à *Citrobacter* [2]. Quant au carcinoïde de l'iléon, tumeur fréquente, sa découverte est souvent fortuite et n'est pas associée à une bactériémie [16].

Les bactériémies à *Citrobacter* sont rares: 1/1000 à 4,8/10 000 bactériémie/an [1, 2, 4, 6]. Elles se développent fréquemment chez des patients âgés et sont dans 50 à 80% des cas acquises à l'hôpital [2–4].

^a Service de médecine interne A, CHUV, Lausanne

^b Division des maladies infectieuses, CHUV, Lausanne

^c Institut de microbiologie, CHUV, Lausanne

Correspondance.

Dr Olivier Lamy

Service de médecine interne A
Département de médecine
CHUV, 1011 Lausanne

olivier.lamy@hospvd.chuv.ch

La plupart des bactériémies à *Citrobacter* surviennent suite à des infections abdominales, urinaires ou pulmonaires. Dans $\frac{1}{3}$ à $\frac{2}{3}$ des cas, on retrouve une procédure invasive précédant la bactériémie et fréquemment une pathologie sous-jacente [3, 4, 6]. Chez notre patient, la présentation clinique était extrêmement frustrée avec comme seul symptôme un état fébrile.

Dans l'étude rétrospective portant sur 13 ans [2], 56 hémocultures provenant de 45 patients étaient positives pour *Citrobacter* (0,55% de toutes les hémocultures durant la période d'étude). La moyenne d'âge des patients était de 60 ans et tous avaient au moins une maladie sous-jacente. Près de 50% d'entre eux avaient une néoplasie, soit cinq leucémies et 16 tumeurs solides parmi lesquelles 13 d'origine

intra-abdominale (représentant 59% des tumeurs). Parmi les signes cliniques initiaux, la fièvre était retrouvée dans 87% des cas, une douleur abdominale, un iléus et/ou des saignements gastro-intestinaux dans 62% des cas; parmi ces derniers, 46% avaient un ictère.

En conclusion, le diagnostic d'une bactériémie à *Citrobacter*, avec une présentation clinique extrêmement frustrée, a permis de mettre en évidence une néoplasie colique. Nous soulignons l'importance de rechercher une néoplasie du côlon, et ce même en l'absence de symptôme digestif, chez tout patient présentant une bactériémie à bacille Gram-négatif sans cause établie.

Références

- Lipsky BA, Hook III EW, Smith AA, Plorde JJ. *Citrobacter* infections in humans: experience at the Seattle Veterans Administration Medical Center and a review of the literature. *Rev Infect Dis* 1980;2:746-60.
- Shih C, Chen Y, Chang S, Luh K, Hsieh W. Bacteremia due to *Citrobacter* species: significance of primary intraabdominal infection. *Clin Infect Dis* 1996;23:543-9.
- Hodges GR, Degener CE, Barnes WG. Clinical significance of *Citrobacter* isolates. *Am J Clin Pathol* 1978;70:37-40.
- Drelichman V, Band JD. Bacteremias due to *Citrobacter diversus* and *Citrobacter freundii*. *Arch Intern Med* 1985;145:1808-10.
- Lew PD, Baker AS, Kunz LJ, Moellering RC Jr. Intra-abdominal *Citrobacter* infections: association with biliary or upper gastrointestinal source. *Surgery* 1984;95:398-403.
- Samonis G, Anaissie E, Elting L, Bodey GP. Review of *Citrobacter* bacteremia in cancer patients over a sixteen-year period. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1991;10:479-85.
- Marinella MA. *Streptococcus sanguis* bacteremia associated with cecal carcinoma: case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1997;92(9):1541-2.
- Smit EF, Wijnja L, Manson WL. Bacteremia caused by *Streptococcus salivarius* and *S. Milleri*, and colonic carcinoma. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138(30):1529-31.
- Gilon D, Moses A. Carcinoma of the colon presenting as *Streptococcus equinus* bacteremia. *Am J Med* 1989;86(1):135-6.
- Helft G, Tabone X, Metzger JP, Vacheron A. *Gemella haemolysans* endocarditis with colonic carcinoma. *Eur J Med* 1993;2(6):369-70.
- Kudsk KA. Occult gastrointestinal malignancies producing metastatic *Clostridium* infections in diabetic patients. *Surgery* 1992;112(4):765-70; discussion 770-2.
- Ieven M, Vael K, De Mayer M, De Schepper A, Pattyn S. Three cases of *Fusobacterium necrophorum* septicemia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993;12(9):705-6.
- Barnham M. *Actinomyces pyogenes* bacteraemia in a patient with carcinoma of the colon. *J Infect* 1988;17(3):231-4.
- Murray HW, Roberts RB. *Streptococcus bovis* bacteremia and underlying gastrointestinal disease. *Arch Intern Med* 1978;138(7):1097-9.
- Klein RS, Recco RA, Catalano MT, Edberg SC, Casey JI, Steigbigel NH. Association of *Streptococcus bovis* with carcinoma of the colon. *N Engl J Med* 1977;297(15):800-2.
- Kulke MH, Mayer RJ. Medical progress: carcinoid tumors. *N Engl J Med* 1999;340:858-68.