

Infections virales et fongiques

Viral and fungal infections

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

SO013

Impact des antifongiques sur la résistance des principales espèces de *Candida* en réanimation. Évolution et tendances sur 10 ans

S Bailly¹, D Maubon², P Fournier³, H Pelloux⁴, C Schwebel⁵, C Chapuis⁶, L Foroni⁶, M Cornet⁴, JF Timsit⁷

1. Équipe 11, Institut Albert Bonniot - Inserm U823, La Tronche
2. Parasitologie-mycologie médicale, C.H.U. Grenoble, La Tronche
3. Laboratoire de bactériologie médicale, C.H.U. Grenoble, La Tronche
4. Laboratoire de parasitologie-mycologie médicale, C.H.U. Grenoble, La Tronche
5. Réanimation médicale, C.H.U. Grenoble, La Tronche
6. Pharmacie, C.H.U. Grenoble, La Tronche
7. Réanimation médicale et infectieuse, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris

Introduction : Les levures du genre *Candida* représentent la cause la plus fréquente d'infections fongiques humaines et l'incidence des infections à *Candida* augmente depuis plusieurs années. Cette tendance est d'autant plus importante chez les patients critiques en réanimation qui sont à haut risque d'infection opportuniste à *Candida*. Depuis 2003, de nouvelles molécules antifongiques ont été introduites, notamment les échinocandines qui présentent un spectre d'action plus large pour les *Candida* incluant les espèces *C. glabrata* et *C. krusei*. Les pratiques de prescription des antifongiques incluant les échinocandines ont été évaluées en 2010 avec un faible recul et ont mis en évidence un lien entre la prescription d'antifongique et l'évolution des CMI. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet de la prescription d'antifongiques sur la sensibilité des espèces *Candida* au service de réanimation médicale de Grenoble sur une période de 10 ans (2004–2013).

Matériels et Méthodes : La consommation d'antifongique a été déterminée en nombre de doses journalières pour 1000 jours d'hospitalisation. La distribution des espèces *Candida* sur une période de 10 ans (2004 – 2013) et les CMI des antifongiques sur la période 2007 – 2013 a été déterminée. Une analyse des séries chronologiques a été effectuée pour estimer les relations entre la consommation d'antifongiques, la distribution des *Candida* spp. et les changements de CMI dans le temps.

Résultats : Sur 42873 échantillons de 5360 patients, 2403 étaient positifs à *Candida*. *Candida albicans* reste l'espèce majoritaire (53.1%) suivie de *Candida glabrata* (16.2%) et *Candida parapsilosis* (7.9%). *Candida parapsilosis* suit une augmentation significative de 5.8% en

2004 à 8.4% en 2013 en prenant en compte les fluctuations temporelles ($p=0.02$). L'utilisation de la caspofungine augmente significativement entre 2004 (17.9 DDDs/1000HD) et 2013 (58.8 DDDs/1000HD) ($p=0.001$). Entre 2007 et 2013, l'augmentation de la consommation de caspofungine est significativement corrélée à l'augmentation de la CMI de *C. parapsilosis* ($p=0.01$), *C. glabrata* ($p=0.001$) et *C. albicans* ($p=0.02$). La consommation d'amphotéricine B est significativement corrélée à une augmentation de la CMI de *C. glabrata* ($p=0.04$). La consommation de caspofungine est corrélée significativement à une diminution de la proportion de *C. albicans* et *C. glabrata* ($p=0.03$ et 0.01 respectivement) et à une augmentation de la proportion de *C. parapsilosis* ($p=0.003$).

Conclusion : Cette étude confirme que l'administration d'antifongique en unité de soins intensifs influence la sensibilité aux antifongiques et la distribution des trois principales espèces *Candida*. En particulier la pression de sélection exercée par la caspofungine et l'amphotéricine B sur *C. glabrata* nécessite une surveillance particulière, du fait que cette espèce est peu sensible au fluconazole. Il est essentiel d'éviter le mésusage des antifongiques en USI pour limiter la prolifération de souches résistantes.

Référence

Fournier P, Schwebel C, Maubon D, Vesin A, Lebeau B, Foroni L, et al. Antifungal use influences *Candida* species distribution and susceptibility in the intensive care unit. *J Antimicrob Chemother* 2011; 66:2880-6.

SO014

Pneumonie varicelleuse de l'adulte en réanimation : expérience de 25 centres français

A Mirouse¹, E Azoulay², V Lemiale², AS Moreau³, G Geri⁴, E Mariotte⁵, A Rabbat⁶, K Razazi⁷, A Seguin⁸, M Fartoukh⁹, JD Ricard¹⁰, B Souweine¹¹, C Guittion¹², L Papazian¹³, J Mayaux¹⁴, R Robert¹⁵, F Schneider¹⁶, E Canet¹⁷

1. Réanimation Médicale, Hôpital Saint-Louis, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris
2. Réanimation médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris
3. Réanimation polyvalente, CHRU de Lille - Hôpital Roger Salengro, Lille
4. Réanimation médicale, Hôpital Cochin, Paris
5. Service de réanimation médicale et infectieuse, Hôpital Bichat-Claude Bernard-APHP, Paris
6. Réanimation pneumologique, Hôpital Cochin, Paris
7. Réanimation médicale, Hôpital Henri Mondor, Créteil
8. Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Caen
9. Réanimation médico-chirurgicale, Hôpital Tenon, Paris

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

10. Service de réanimation médico-chirurgicale, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes
11. Réanimation médicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
12. Réanimation médicale, C.H.U. Hôtel Dieu, Nantes
13. Service de réanimation-détresses respiratoires et infections sévères, Hôpital Nord, Marseille
14. Réanimation pneumologique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
15. Réanimation médicale, CHU de Poitiers, Poitiers
16. Réanimation médicale, C.H.R.U. Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg
17. Réanimation médicale, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris

Introduction : La pneumonie varicelleuse est une complication connue de l'infection à VZV chez l'adulte sain ou immunodéprimé. Les formes cliniques les plus sévères de cette pneumonie virale peuvent nécessiter une prise en charge en réanimation, mais très peu de données sont disponibles sur cette complication.

Patients et Méthodes : Nous avons constitué une cohorte rétrospective multicentrique incluant tous les cas de pneumonie varicelleuse de l'adulte hospitalisés dans 25 services de réanimation français entre 1996 et 2014. L'objectif était de décrire les caractéristiques de cette maladie, son pronostic et d'identifier les facteurs associés à la mortalité.

Résultats : Nous avons inclus 88 patients dont 53 (60%) hommes, avec un âge médian de 38,5 [32-50,2] ans. Une immunodépression sous-jacente était connue chez la moitié (43, 48,9%) des patients incluant 17 (19,3%) patients qui recevaient une corticothérapie au long cours. L'immunodépression était principalement liée à : une hémopathie maligne (n=11, 12,5%), une greffe d'organe solide (n=9, 10,2%) ou un cancer (n=6, 6,8%). Six (6,8%) cas sont survenus chez des femmes enceintes.

Tous les patients présentaient une atteinte respiratoire aiguë et les trois-quarts avaient des signes de détresse respiratoire aiguë (76,1%). Le délai médian entre l'apparition des signes respiratoires et l'admission en réanimation était de 2 [1-3] jours. À l'admission, la fréquence respiratoire était à 29 [23-33] /min et la température à 39,2 [38,6-39,9] °C. Les signes respiratoires les plus fréquents étaient la dyspnée (95,4%) et la toux (39,8%). Neuf (10,2%) patients présentaient une douleur thoracique et 7 (8%) une hémoptysie. Une atteinte cutanée associée était rapportée chez 96,6% des patients (exanthème n=85, 96,6% ; érythème n=50, 57%), qui précédait la symptomatologie respiratoire d'1 [-3-0] jour. La radiographie thoracique retrouvait principalement un syndrome interstitiel bilatéral (75,3%), une atteinte alvéolaire bilatérale (26,0%) et des nodules (18,2%). Parmi les 26 patients ayant eu une TDM thoracique, on notait des plages de condensation (51,9%), des nodules (50%) et des images en verre dépoli (42,3%). Un épanchement pleural était noté dans 23% des cas.

Le SOFA à J1 était à 4 [2-7]. Tous les patients ont reçu une oxygénothérapie et 54 (61,4%) un support ventilatoire non invasif (n=26, 29,9%) ou invasif (n=46, 52,3%). L'échec de VNI survenait dans 69,2% et nécessitait une intubation secondaire. La ventilation mécanique était nécessaire 1 [1-2] jour après l'admission en réanimation. Au cours de la prise en charge, 34 patients (39%) ont présenté un SDRA (soit 74% des patients ventilés) ayant nécessité l'utilisation de curares (n=24, 27,3%), le recours à des séances de décubitus ventral (n=12, 14,3%) et pour 7 patients (8,3%) patients la pose d'une ECMO. La durée médiane du SDRA était de 11,5 [6-16] jours. Tous les patients ont reçu un traitement par aciclovir à 10 [10-10] mg/kg/8h pendant 11,5 [9,7-15] jours. Trente-trois (36,3%) patients ont nécessité un support hémodynamique par catécholamines et 21 (23,9%) une épuration extra-rénale.

Une surinfection pulmonaire était diagnostiquée chez 26 (29,5%) patients avec 34 pathogènes majoritairement bactériens identifiés (*Pseu-*

domonas aeruginosa n=9, *Staphylococcus aureus* n=8, autres BGN n=10, autres CGP n=3) et 2 aspergilloses pulmonaires invasives. Douze (13,6%) patients sont décédés en réanimation 16 [3-39,8] jours après l'admission. Cinq décès étaient liés à une défaillance multiviscérale, 4 à un SDRA réfractaire, 2 à un sepsis et 1 à une hépatite fulminante. Cinq facteurs étaient associés à la mortalité en réanimation : l'existence d'une immunodépression sous-jacente (25,6% vs 2,2%, OR 15,1 [1,85-123,2], p=0,001), l'âge (59,4±/ -5,2 ans vs 39,9±/ -1,6 ans, p < 0,0001), le SOFA à J1 (8,2±/ -1,81 vs 4,6±/ -0,38, p=0,004), la présence d'une CIVD (50% vs 12,5%, OR 7 [1,4-33,7], p=0,02) et le délai entre le début de la symptomatologie respiratoire et la mise en route du traitement antiviral (5,9±/ -3 jours vs 2,1±/ -0,3 jours, p=0,008).

Conclusion : La pneumonie est une complication grave de la varicelle chez l'adulte. Plus de la moitié des patients admis en réanimation nécessitent un recours à la ventilation mécanique et les 3/4 ont des critères de SDRA. La mortalité est deux fois plus importante en cas de SDRA (26,5%). Le retard à l'initiation du traitement antiviral était associé à une surmortalité.

SO015

Contextes de survenue et impact clinique des virémies à herpes simplex virus en réanimation

Q Lepiller¹, C Sueur¹, M Guillot², B Lebas², A Poidevin², M Solis¹, H Barth¹, G Ludovic¹, F Lefebvre³, S Fafi-Kremer¹, F Schneider², F Stoll-Keller¹

1. Virologie, CHU de Strasbourg, Strasbourg

2. Réanimation médicale, C.H.R.U. Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg

3. Département d'information médicale, C.H.R.U. Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg

Introduction : *Herpes simplex virus* (HSV) est détectable dans le sang au cours de primo-infections herpétiques et lors d'infections disséminées à HSV. En dehors de ces situations, le contexte de survenue des virémies à HSV et leurs conséquences pour les patients restent peu connus. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact clinique des virémies à HSV chez des patients de réanimation.

Matériels et Méthodes : La recherche du génome de HSV par PCR quantitative a été réalisée sur 1556 échantillons plasmatiques provenant de patients hospitalisés dans le service de réanimation médicale de notre institution durant 4 ans. Les données cliniques de 88 patients de réanimation médicale présentant une virémie à HSV ont été recueillies et analysées rétrospectivement.

Résultats : HSV était détectable dans 11,8% des échantillons plasmatiques du service. L'âge médian des patients présentant une virémie à HSV était de 65,1 ans (extrêmes : 27,5 - 87,8 ans). Le pic des charges virales HSV était inférieur à 5*10E2 copies/ml chez 68,2% des patients et dépassait 10E4 copies/ml chez 7,9% des patients. Les épisodes de virémies à HSV survenaient dans un contexte d'immunodépression et de ventilation mécanique chez respectivement 79,5% et 65,9% des patients. Les présentations cliniques les plus souvent observées au moment de l'épisode virémique étaient les pneumonies et les insuffisances respiratoires aiguës avec atteintes bronchiques (respectivement : 37,5% et 27,3% des patients), suivies par la fièvre (25%), les lésions herpétiques cutanéomuqueuses (21,6%) et les hépatites (14,8%). HSV a été suspecté d'induire des atteintes organiques chez seulement 11 patients (12,5%), incluant 9 cas de pneumonies et 2 cas d'hépatites. Les charges virales HSV chez les patients présentant une hépatite induite par HSV étaient très élevées (médiane : 9,4*10E8 copies/ml). Lors des pneumonies associées à HSV, un autre agent pathogène était détectable dans le tractus respiratoire sous-glottique dans 88,9% des cas.

Cinquante-huit (65,9%) patients ont reçu un traitement anti-herpétique systémique, 6 patients ont été traités par anti-herpétiques locaux uniquement, et 24 patients (27,3%) n'ont bénéficié d'aucun traitement actif contre HSV. Le taux de mortalité chez les patients présentant une virémie à HSV n'était pas significativement augmenté par rapport au taux de mortalité global des patients hospitalisés en réanimation au cours de la même période (27,3% vs 22,9%, $p=0,33$). Seuls les patients présentant des charges virales élevées ($> 10E4$ copies/ml) présentaient un taux de mortalité plus élevé mais qui ne différait pas significativement des autres patients (57,1%, $p=0,14$). La mortalité n'était pas significativement augmentée chez les patients qui n'avaient pas bénéficié d'un traitement anti-herpétique systémique par rapport aux patients traités (36,7% vs 22,4%, $p=0,15$).

Conclusion : Cette étude, menée sur la plus grande cohorte rapportée à ce jour de patients présentant une virémie à HSV, montre que les virémies à HSV sont fréquentes chez les patients de réanimation. Les virémies à HSV survenaient en particulier dans des contextes d'immuno-dépression et de ventilation mécanique. Seul un petit groupe de patients présentait des atteintes d'organes attribuables à HSV. L'impact global des virémies HSV sur la mortalité des patients de réanimation était faible. La quantification des charges virales HSV pourrait aider à identifier les patients les plus à risque de développer des symptômes sévères liés à HSV et pourrait guider la prise en charge thérapeutique.

SO016

Épidémie de chikungunya 2014 aux Antilles : caractéristiques et pronostic des patients admis en réanimation au CHU de la Guadeloupe

B Madeux¹, L Crosby¹, P Piednoir¹, B Pons¹, K Elkoun¹, E Elain¹, F Ardisson¹, F Martino¹, T Bernos¹, G Thierry¹

1. Réanimation - Grands Brûlés, CHU Pointe à Pitre - Abymes, Pointe à Pitre

Introduction : L'épidémie de chikungunya a débuté aux Antilles en décembre 2013. En Guadeloupe le seuil des 1000 nouveaux cas hebdomadaires a été dépassé en avril 2014 pour atteindre un pic en juin, et baisser en dessous des 1000 cas par semaine fin août (1). La présentation clinique est le plus souvent bénigne mais certains patients ont nécessité l'admission en réanimation. Le but de ce travail est de présenter les caractéristiques et le devenir de patients atteints de chikungunya admis en réanimation.

Patients et Méthodes : Recueil prospectif d'une cohorte de patients consécutifs admis en réanimation entre le 1er mai et le 31 août 2014 dans le service de réanimation du CHU de Pointe-à-Pitre, présen-

tant une infection aigue au virus du chikungunya biologiquement confirmée.

Résultats : Au cours des 4 mois de l'étude, le nombre total de cas en Guadeloupe était 65755 (1). Trente-deux patients (23 hommes et 9 femmes) ont été admis en réanimation, d'âge moyen $58 \pm 17,8$ ans et de SAPS II $40 \pm 18,9$. Dix-sept patients avaient une sérologie positive, et 17 avaient une RT-PCR positive. Deux patients avaient les deux.

Un antécédent d'HTA, de diabète, d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale était retrouvé chez 15, 9, 7 et 6 patients respectivement. Cinq patients étaient drépanocytaires homozygotes et 4 présentaient une obésité morbide.

Parmi les 13 patients chez qui n'était pas diagnostiquée une décompensation de comorbidité, le diagnostic était une insuffisance rénale aigue dans 3 cas, un syndrome de Guillain Barré dans 2 cas, une ischémie cérébrale dans 3 cas et une infection bactérienne dans 2 cas (pneumopathie et pyélonéphrite). Les autres pathologies étaient un arrêt cardiaque inexplicable (1 cas), un coma hypoglycémique (1 cas), d'une myocardite du post-partum (1 cas). Chez 4 patients, l'impotence fonctionnelle importante liée au chikungunya a été retrouvée comme facteur précipitant l'admission en réanimation.

Discussion : Le nombre de patients hospitalisés en réanimation et infecté par le virus du chikungunya est faible comparé au le nombre de cas total de cas dans la population au cours de l'épidémie caribéenne de 2013 – 2014. La sévérité est principalement liée à la décompensation de comorbidités préexistantes, avant tout cardiaques et rénales. Hormis ces situations, les rares cas semblant directement liés au virus lui-même sont des atteintes neurologiques essentiellement. Les caractéristiques des patients diffèrent en cela de l'épidémie survenue à la Réunion en 2005, au cours de laquelle des formes spécifiquement neurologiques avaient été décrites en proportion plus importante (2). Ceci pourrait être aux différences génotypiques décrites entre les deux virus. Néanmoins l'impact sur la population pourrait être important en raison de la diffusion possible de ce virus sur le continent américain.

Conclusion : Parmi les patients infectés par le virus du chikungunya admis en réanimation, la sévérité est principalement liée à la décompensation de pathologies cardiaques ou rénales préexistantes. Les formes spécifiquement liées au virus semblent être avant tout neurologiques mais dans une moindre proportion que lors de l'épidémie de 2005 à la Réunion.

Références

1. Source INVS – CIRE Antilles Guyane
2. Leman J, Boisson V, Winer A, et al. Serious acute chikungunya virus infection requiring intensive care unit during the Réunion Island outbreak in 2005-2006. *Crit Care Med* 2008;36:2336-541

	Age, ans	Sexe H/F	SAPS II	VM*	Durée ventilation, jours min – max	Durée séjour réa, jours Médiane [IQR] min – max	Mortalité
Décompensation insuffisance cardiaque, n=7	69 ± 8	3/4	44 ± 20	3	6-17	7 [4-10] 2 - 11	1/7
Décompensation insuffisance rénale, n=6	64 ± 14	5/1	45 ± 12	4	3-10	6 [4-10] 2 -11	2/6
Complication de la drépanocytose, n=5	34 ± 17	4/1	10 ± 7	0	NA	3-11	0/5
Exacerbation respiratoire, n=1	30	1/0	31	1	12	16	0/1
Non lié à une comorbidité, n=13	61 ± 14	10/3	44 ± 18	8	9.5 [6-12.5] 6 - 63	6 [4-11] 3-73	5/13

*VM = ventilation mécanique

SO017**Épidémie de Chikungunya dans un département français d'Amérique : caractéristiques des patients admis en réanimation et prise en charge**

C Perreau¹, J Cossic², JL Ferge¹, D Resiere¹, C Chabartier², E Caffiot¹, M Schloesser¹, R Valentino², H Mehdaoui¹

1. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France, Fort-de-France, Martinique

2. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France, Fort-de-France

Introduction : Une épidémie due au virus Chikungunya sévit actuellement dans les départements français d'Amérique. Dans la littérature, les cas graves nécessitant une prise en charge en réanimation sont peu décrits. L'objectif de cette étude était de décrire les tableaux cliniques des patients hospitalisés dans le seul service de réanimation d'un département insulaire dans les suites d'une infection aiguë au virus Chikungunya lors de cette épidémie.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle, de cohorte, menée dans le service de réanimation polyvalente adulte de l'île, du 1/02/2014 au 10/09/2014. Nous avons inclus tous les cas confirmés et probables d'infection au virus Chikungunya présentant au moins une défaillance d'organe sur le score SOFA. Un cas confirmé ou probable était défini par la présence de signes cliniques évocateurs (fièvre aiguë et arthralgies) avec confirmation biologique par RT-PCR ou sérologie en IgM positive respectivement. Une recherche du virus de la dengue était systématiquement effectuée.

Résultats : Durant la période d'inclusion, 61 860 cas cliniquement évocateurs ont été relevés par l'Institut de veille sanitaire sur l'île. Trente (0,05%) patients ont été hospitalisés en réanimation. L'âge médian était de 62 ans (15-85), le sexe ratio homme/femme de 1,5. Le score de gravité IGS2 était de 46,5 (12-94). La durée moyenne de séjour en réanimation était de 11,5 jours (1-53).

Le score SOFA à 48h (25 patients) était de 10 (2-18). Deux patients (8%) présentaient une défaillance monoviscérale et 92% des cas une défaillance multiviscérale. Soixante-douze pourcent des patients ont nécessité un recours à la ventilation mécanique invasive (durée 9 jours, (1-45)), dont un cas ayant nécessité un recours à une assistance circulatoire veino-veineuse en raison d'une hypoxémie réfractaire. Les autres défaillances étaient rénale dans 64% des cas (48% ayant nécessité une épuration extrarénale), neurologique dans 60% des cas et hémodynamique dans 56% des cas. Une défaillance coaguloatoire était fréquemment retrouvée (60%) alors que l'atteinte hépatique concernait 24% des patients.

Un quart des patients ne présentait aucun antécédent notable. Les comorbidités les plus fréquemment présentes étaient l'hypertension artérielle (52%), l'insuffisance cardiaque chronique (16%), le diabète (32%), l'obésité (24%), l'alcoolisme chronique (20%) et l'insuffisance rénale chronique (16%).

Seize patients (53,3%) présentaient une symptomatologie attribuable à la seule infection virale. Il s'agissait de 5 encéphalopathies, 4 chocs vasoplégiques, 3 polyradiculonévrites aiguës, 2 insuffisances rénales aiguës, 1 syndrome de détresse respiratoire aiguë et 1 myocardite aiguë. Quatre patients (13,3%) étaient hospitalisés pour sepsis sévère ou chocs septiques (3 pneumopathies communautaires aiguës et une méningite à Méningocoque du groupe C). Enfin, 10 patients (33,3%) ont été admis suite à une décompensation de pathologie chronique (la moitié pour œdème aigu pulmonaire sur insuffisance rénale chronique dialysée).

La mortalité en réanimation était de 36,7%.

Discussion : L'infection par le virus Chikungunya n'est pas une maladie bénigne. Les cas graves présentent des défaillances multiviscérales dans la grande majorité des cas, y compris chez des patients sans comorbidité. L'épidémie due à ce virus dans l'île a nécessité d'engager des moyens de réanimation lourds entraînant un surcroît d'activité du seul service de réanimation de l'île.

Conclusion : Les modifications climatiques et les voyages aériens sont des facteurs d'expansion des moustiques de type Aedes, vecteurs du virus Chikungunya. Il est donc possible que des épidémies de Chikungunya touchent dans les années à venir d'autres régions du monde, indemnes à ce jour. Des présentations cliniques graves avec défaillances d'organes multiples sont maintenant clairement décrites et nécessitent des moyens de réanimation adaptés.

Références

<http://www.invs.sante.fr> (consulté le 26/09/2014)

Lemant J, Boisson V, Winer A, Thibault L, André H, Tixier F, et al. Serious acute chikungunya virus infection requiring intensive care during the Reunion Island outbreak in 2005-2006. *Crit Care Med* 2008;36:2536-41.

SO018**Étude épidémiologique du traitement antifongique systémique des candidoses invasives prouvées ou suspectées en réanimation : étude Amarcand2**

O Leroy¹, Amarcand Study Group²

1. Réanimation, CH de Tourcoing, Tourcoing

2. Réanimation Médicale, Hôpital Cochin, Paris.

Introduction : Les traitements antifongiques (TAF) sont fréquemment prescrits en réanimation. Les conditions de cette prescription sont bien définies en cas de candidoses invasive prouvée (CIP) mais reste peu claires en cas de candidose invasive suspectée (CIS). Le but de cette étude était de décrire l'épidémiologie des CI en réanimation et d'analyser les critères d'instauration et la nature du TAF prescrit, ainsi que ses modifications au cours du suivi du patient.

Patients et Méthodes : étude prospective observationnelle multicentrique nationale qui a inclus 870 adultes recevant un TAF systémique (iv ou fluconazole 800 mg po) au cours d'un séjour en réanimation. L'évolution clinique et biologique a été recueillie jusqu'à j28 après inclusion.

Résultats : À l'inclusion sur les 835 patients analysables, 291 présentaient une CIP et 544 une CIS. Au final 403/835 patients (48%) avaient une CIP (177 péritonites, 141 candidémies, 61 CI profondes et 24 infections mixtes). Les deux espèces les plus identifiées étaient *C. Albicans* (67%) et *C. Glabrata* (16%). À l'inclusion, les TAF étaient essentiellement la caspofungine (Cas, 55%) et le fluconazole (Flu, 34%) en cas de CIP, versus 46% et 45% en cas de CIS, respectivement. Les patients traités en probabiliste étaient significativement plus sévères que les pts avec une CIP en termes de choc septique, drogues vasoactives, ventilation mécanique invasive. Les 2 critères majeurs associés avec l'instauration d'un TAF probabiliste étaient la présence d'un cathéter veineux central (79%) et la présence d'un sepsis sévère/choc (70%). Dans le groupe des CIP, 49% des patients ont bénéficié d'une modification de traitement (désescalade Cas->Flu dans la moitié des cas) suite à l'obtention des données mycologiques. Dans le groupe CIS, 33% des traitements ont été modifiés (dont 22% désescalade Cas->Flu) généralement après identification d'une souche fongique. La durée moyenne de traitement était de 17j pour les CIP et de 10j pour les CIS. La mortalité à j28 des candidémies à *C. Glabrata* était de 42%, 40% pour *C. Albicans* et 20% pour *C. Parapsilosis*.

Conclusion : La prescription antifongique en cas de CIP/CIS dans les réanimations françaises suit les recommandations de l'IDSA et de l'ECCMID, notamment l'utilisation en première intention des échinocandines chez les patients les plus graves. Elle est ensuite rapidement adaptée aux résultats mycologiques (désescalade/escalade Cas<->Flu).