

## Bactéries multirésistantes

### Multidrug-resistant bacteria

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

#### EP118

##### Les entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu en réanimation : incidence, facteurs prédictifs et pronostiques

Y El Hallabi Kettani<sup>1</sup>, T Dendane<sup>1</sup>, K Souli<sup>2</sup>, K Berechid<sup>3</sup>, J Belayachi<sup>4</sup>, N Madani<sup>4</sup>, M Zouhdi<sup>2</sup>, R Abouqal<sup>4</sup>, K Abidi<sup>3</sup>, AA Zeggwagh<sup>1</sup>

1. Service de réanimation médicale et de toxicologie clinique- CHU Ibn sina-université Mohamed V, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

2. Service de microbiologie- chu ibn Sina-université Mohamed V, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

3. Service de réanimation médicale et de toxicologie clinique- chu ibn Sina-université Mohamed V, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

4. Service des urgences médicales hospitalières - ibn Sina – université Mohamed V – rabat, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

**Introduction :** Dans les pays en développement, les entérobactéries productrices de Bêtalactamases à spectre élargi (EBLSE) occupent une place prépondérante parmi les germes responsables d'infections hospitalières. Le but de notre étude est d'évaluer l'incidence des infections à EBLSE en Réanimation médicale, la sensibilité des EBLSE aux antibiotiques, les facteurs prédictifs d'infections à EBLSE ainsi que les facteurs pronostiques.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude de cohorte prospective menée au service de Réanimation Médicale du CHU Ibn Sina à Rabat de Janvier 2013 à Mai 2014. Ont été inclus tous les patients ayant au moins un prélèvement bactériologique positif à Entérobactéries à partir d'un site normalement stérile. Plusieurs variables ont été recueillies (démographiques, épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques, bactériologiques et évolutives) et analysées. La sensibilité aux antibiotiques s'est faite selon les recommandations de la société française de microbiologie. Le groupe des EBLSE et celui des entérobactéries non BLSE (EBLSE -) ont été comparés. Statistique : t Student ou Mann-Whitney, Chi2 ou test exact de Fischer.

**Résultats :** Parmi 600 patients admis au service durant la période de l'étude, 99 patients ont présenté des prélèvements positifs à Entérobactéries dont 39 (âge : 50 ± 18 ans ; 23H, 16F) avec EBLSE soit un taux d'incidence de 5,5 % [IC95 % : 5,4-5,6]. L'Apache II était de 14,4 ± 4,9. La principale cause d'admission était un trouble de la conscience (46,2 %). Près du tiers (31 %) des patients avaient un choc septique à l'admission et 36 % des patients avaient un sepsis sévère. Le recours à la ventilation mécanique était nécessaire chez 66,7 % des cas. Cent vingt-deux isolats d'Entérobactéries ont été recensés dont 36,1 %

étaient des EBLSE. Le nombre moyen de Entérobactéries/patient était de 1,4 ± 0,6 [extrêmes : 1-4]. Les sites d'isolement des EBLSE ont été : prélèvements distaux protégés = 52,3 %, ECBU = 34,1 %, hémocultures = 22,7 %. Les principales EBLSE isolées étaient : *Escherichia Coli* : 38,6 %, *Klebsiella* sp : 45,5 %. Les sensibilités des 122 isolats d'entérobactéries à l'ertapénem, l'imipénem, l'amikacine et la colimycine ont été respectivement de 69,4 %, 63,2 %, 80 % et 92,2 %. La mortalité des patients porteurs de EBLSE a été de 66,7 % (vs 43,3 % pour les EBLSE- : p = 0,02). Le groupe EBLSE avait un GCS plus altéré (p = 0,012) et sa mortalité était liée à un APACHE II plus élevé (p=0,017).

**Conclusion :** L'incidence des infections à EBLSE reste faible mais leur mortalité est élevée. Cette mortalité semble liée seulement à la gravité initiale de l'état du patient. Le tiers des EBLSE étaient résistants à l'ertapénem.

#### EP119

##### Épidémiologie des infections nosocomiales à bactéries multirésistantes (BMR) dans un service de réanimation tunisien

A Triffi, S. Abdellatif, F. Daly, K. Mahjoub, M. Oueslati, R. Manai, S. Bellil, R. Nasri, S. Ben Lakhel

Réanimation médicale, centre hospitalier universitaire la Rabta de Tunis, Tunis, Tunisie

**Introduction :** Les bactéries multirésistantes (BMR) sont de plus en plus répandues dans les services de réanimation faisant augmenter la morbidité et le coût des soins. Il s'agit d'une étude effectuée au service de Réanimation Médicale du CHU La Rabta à Tunis. Notre objectif est d'identifier les caractéristiques épidémiologiques des infections nosocomiales (IN), les facteurs de risque associés, le profil de résistance des bactéries responsables ainsi que les conséquences sur la morbidité.

**Patients et Méthodes :** il s'agit d'une étude observationnelle longitudinale au cours de l'année 2013. Tous les patients infectés hospitalisés pendant au moins 48H sont inclus dans l'étude, sauf si l'infection est documentée à l'admission. Le type de prélèvement et l'analyse bactériologique sont réalisés en fonction du site de l'IN selon la classification du Comité de Coordination de Lutte contre l'IN 2012. Seuls les examens positifs confirment l'IN. L'analyse statistique est faite avec le logiciel SPSS 18. Une valeur de p < 0,05 est considérée comme significative.

**Résultats :** Nous avons inclus 63 malades d'âge moyen 51 ans et d'IG-SII moyen à 38,95 % des patients infectés ont eu une Ventilation invasive et 100 % un CVC. On a documenté 164 épisodes d'IN avec à un taux d'incidence à 66,4 IN/ 1000 jours d'hospitalisation. Le nombre

SRLF 2015 (✉)

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

d'épisodes d'IN par malade est statistiquement corrélé à la durée de séjour (score  $\rho$  de Spearman calculé à 0.9 avec  $p < 0.01$ ). Les incidences et les délais d'apparition des différents types d'IN figurent sur le tableau joint. Concernant les micro-organismes isolés, on retrouve : *Acinetobacter baumannii* (29,2 %), *P. aeruginosa* (11 %), *Klebsiella Pneumonia* (10,4 %) et *S. aureus* (7,3 %). *Acinetobacter baumannii* reste sensible à la colistine dans 87.5 %. On a constaté une émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (12 %). 28,6 % des entérocoques sont résistants à la vancomycine (ERV). Le recours à la VMC est associé à la survenue des IN dans 50.5 % des cas. Les bactériémies sont secondaires à une PAVM dans 29 %, liée au cathéter dans 22.5 %, et primitives dans 48 %. Les autres facteurs de risque qu'on a déterminé sont : une défaillance d'organe antérieure, le sepsis et l'usage des amines (avec des OR respectifs à 2.72, 2.56 et 2.15). La mortalité est importante (65 %) et le DC peut être imputé à l'IN dans 36.6 % des cas.

**Tableau 1** Incidences et délai d'apparition des IN

Type d'IN	Taux d'incidences (2013)	Délai d'apparition (médiane)
PAVM	52.5 PAVM/1000 Journées Ventilation	10 J
Bactériémie	12.5 B/1000 Journées Hospitalisation	12 J
Infection liée au cathéter	23.5 ILC/1000 Journées Cathétérisme	16 J
Infections urinaires	4.04 IU/1000 Journées sondage vésical	13 J
Fongémies	2 F/1000 Journées Hospitalisation	32 J

**Conclusion :** La fréquence des IN est en perpétuelle élévation dans les structures de soins intensifs notamment avec le développement des techniques invasives. Dans notre étude, la PAVM demeure la localisation la plus fréquente. Les bactéries fréquemment liées dans notre série étaient des BMR. Les facteurs les plus favorisants sont la présence d'une défaillance d'organe antérieure, le sepsis et l'usage des amines. Par ailleurs, un allongement de la durée d'hospitalisation a été objectif et approximativement un malade infecté sur trois décède par IN.

## EP120

### Étude de l'activité in vitro du doripénème par rapport aux autres carbapénèmes sur des souches cliniques multicentriques de *Pseudomonas aeruginosa* multirésistantes

S Champion<sup>1</sup>, F M'zali<sup>2</sup>, PA Stöckle<sup>1</sup>, J Goret<sup>3</sup>, AM Rogue<sup>4</sup>, X Bertrand<sup>5</sup>, S Alfandari<sup>6</sup>, D Gruson<sup>1</sup>, A Boyer<sup>1</sup>

1. Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux
2. Laboratoire aquitaine microbiologie, umr 5234 cnrs, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux
3. Laboratoire de bactériologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux
4. Hygiène hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux
5. Hygiène hospitalière, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon, Besançon
6. Hygiène hospitalière, Centre Hospitalier de Tourcoing, Tourcoing

**Introduction :** *Pseudomonas aeruginosa* reste une des principales bactéries responsables d'infections nosocomiales en réanimation, et sa

résistance aux carbapénèmes ne cesse d'augmenter. Le doripénème, carbapénème anti-*Pseudomonas aeruginosa* le plus récent dont l'efficacité a été controversée [1], vient d'être retiré du marché en Europe. L'objectif de cette étude était de comparer la CMI du doripénème par rapport aux autres carbapénèmes sur des souches cliniques de *Pseudomonas aeruginosa* multirésistantes.

**Matériels et Méthodes :** étude ancillaire de l'étude Dynapyo, cohorte prospective multicentrique de Février à Octobre 2009 de souches cliniques de services de réanimation français de *Pseudomonas aeruginosa* [2]. Le critère d'inclusion des souches issues de 3 services de réanimation (Bordeaux, Besançon et Tourcoing) était la résistance à ceftazidime, ciprofloxacine et au moins un carbapénème parmi imipénème et méropénème. Suite à un génotypage de toutes les souches, les souches redondantes étaient exclues. La nature du germe était confirmée par coloration de Gram, recherche d'oxydase et catalase, réalisation d'une galerie API, et purification des souches si besoin. Les CMI de l'imipénème, du méropénème et du doripénème étaient déterminées en milieu solide, et confirmées par E-test. Selon les recommandations européennes de 2013, les concentrations critiques étaient respectivement de 4–8, 2–8 et 1–4 mg/L. La recherche du mécanisme de résistance était effectuée par test phénotypique de détection des BLSE et métal-carbapénémases.

**Résultats :** Sur 326 souches éligibles, 27 souches ont été incluses. Aucune n'était sensible à pipéracilline, pipéracilline-tazobactam ou céfépime. Il n'existait pas de discordance de catégorisation clinique de susceptibilité entre les antibiogrammes et les déterminations de CMI. Aucune souche n'était sensible aux carbapénèmes ; les CMI50 et CMI90 des carbapénèmes sont présentées dans le tableau, ainsi que les pourcentages de souches sensibles, intermédiaires et résistantes. Les tests phénotypiques retrouvaient 5 souches (19 %) suspectes de production de BLSE, et 8 (30 %) de métal-carbapénémase. Les mécanismes de résistance restent néanmoins à préciser par biologie moléculaire.

	CMI			n = 27 (%)		
	gamme	CMI <sub>50</sub>	CMI <sub>90</sub>	S	I	R
Imipénème	8 - 64	32	64	0	1 (4%)	26 (96%)
Méropénème	4 - 128	32	32	0	2 (8%)	25 (92%)
Doripénème	2 - 32	8	16	0	2 (8%)	25 (92%)

**Fig. 1**

**Conclusion :** En accord avec les données récentes monocentriques, malgré une CMI du doripénème inférieure à celle des autres carbapénèmes sur des souches cliniques multicentriques de *Pseudomonas aeruginosa* multirésistantes, celles-ci ne sont pas plus souvent sensibles au doripénème qu'au méropénème, ce qui ne remet pas en question son retrait du marché.

## Références

1. Antimicrob Agents Chemother 2014 58:1372-80
2. J Hosp Infect 2014 S0195-6701(14)00225-4

## EP121

### Épidémiologie des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) en neuroréanimation

M Amor<sup>1</sup>, Y Talha<sup>2</sup>, W Maazouzi<sup>1</sup>

1. Service de neuroréanimation de l'hrs, CHU de Rabat, Rabat, Maroc
2. Service de neuroréanimation de l'hrs, CHU de Rabat, Rabat, Maroc

**Introduction :** Chez les patients cérébrólésés, la survenue d'épisodes de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est fréquente. Néanmoins, il existe très peu d'études dans la littérature concernant l'incidence et les caractéristiques des PAVM chez cette catégorie de patients. L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et bactériologiques des PAVM chez des patients cérébrólésés admis dans notre unité de neuroréanimation.

**Patients et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude prospective descriptive au service de neuroréanimation (8 lits d'hospitalisation) à l'hôpital des spécialités de Rabat, durant une durée de 12 mois (janvier 2013 - janvier 2014). Ont été inclus dans l'étude tous les patients admis pour une pathologie neurologique (traumatisme crânien grave, hémorragie sous-arachnoïdienne et accident vasculaire cérébral graves) nécessitant une ventilation invasive d'au moins 48 heures. Les patients dont le décès était imminent du fait de la pathologie initiale et ceux transférés d'un autre service notamment de réanimation, étaient exclus. Les recommandations des sociétés savantes étaient respectées en termes de nutrition, de prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique et du traitement de l'hypertension intracrânienne. Le diagnostic de PAVM se basait sur la présence des signes suivants : hypo- ou hyperthermie, associée à une hyperleucocytose ou leucopénie, avec image évocatrice sur la radiographie pulmonaire et un examen cyto-bactériologique trachéal >105 cfu/ml. La PAVM était définie comme tardive à partir du 5<sup>e</sup> jour de survenue.

**Résultats :** Notre étude a enrôlé 160 patients cérébrólésés (62 femmes, 98 hommes). Les pathologies neurologiques pour lesquelles ils ont été inclus étaient : traumatismes crâniens graves (n = 92), hémorragies sous-arachnoïdiennes (n = 38), accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (n = 20) et ischémiques graves (n = 10). La durée moyenne de ventilation était de 15+/-2 jours pour l'ensemble des patients et de 24+/-4 jours pour ceux avec une PAVM. Les 2/3 des patients ont bénéficié d'une trachéotomie pour faciliter le sevrage ventilatoire entre le 7<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour de ventilation. Soixante-douze patients ont développé une PAVM, soit une incidence de 45 %. Les patients présentant une PAVM précoce (dans les 5 premiers jours) étaient moins nombreux (38 %) que ceux ayant développé une PAVM tardive (62 %). La médiane d'apparition de la PAVM était de 8 jours. 56 patients sont décédés, soit un taux de mortalité de 35 % dont 10 % en rapport avec un choc septique réfractaire compliquant une PAVM. Les prélèvements bactériologiques retrouvaient essentiellement dans le cas des PAVM précoces: le *Staphylococcus aureus* methi-S (38 %), l'*Haemophilus influenzae* (32 %), et les entérobactéries sécrétrices de BLSE (26 %). Les PAVM tardives étaient dominées par les BGN non fermentants : l'*Acinetobacter baumannii* (42 %) et le *Pseudomonas aeruginosa* (37 %) ; le *Staphylococcus aureus* methi-R n'était retrouvé que dans 5 % des cas.

**Discussion :** Les cérébrólésés sont des patients à haut risque de PAVM du fait des troubles de vigilance ou de déglutition. L'intérêt de notre étude prospective était d'obtenir une description des PAVM chez ce type de patients, à partir d'un groupe de patients homogène ayant une prise en charge thérapeutique standardisée. L'incidence que nous rapportons (45 %) se situe à la limite supérieure des études comparables, et ce probablement en rapport avec les difficultés rencontrées dans notre contexte en terme de mesures d'hygiène hospitalière, notamment la mauvaise observance du lavage des mains par le personnel soignant. Néanmoins, les données bactériologiques sont similaires à celles de la littérature.

**Conclusion :** Le respect strict des recommandations en matière de prévention des PAVM -tels que principalement le lavage rigoureux des mains par l'équipe soignante ainsi que le monitoring de la pression du ballonnet des sondes d'intubation- reste le véritable garant d'une diminution de l'incidence des PAVM dans notre contexte.

#### Références

Bronchard R et al. Early onset pneumonia: risk factors and consequences in head trauma patients. *Anesthesiology*. 2004;100:234-9.

Pelosi P et al. Management and outcome of mechanically ventilated neurologic patients. *Crit Care Med*. 2011;39:1482-92

#### EP122

### Évolution de l'écologie bactérienne d'une unité de réanimation médicale marocaine sur 4 ans : 2010-2013

MC Chaigar, H Ezzouine, MA Amine, MT Slaoui, A Benslama  
*Anesthesiology and intensive care department, University teaching hospital IBN Rushd-Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** L'écologie bactérienne de toute unité de réanimation est un déterminant majeur dans la gestion de la prescription des antibiotiques et est une nécessité pour une stratégie optimale d'antibiothérapie. L'objectif de notre étude était d'établir un profil bactériologique et clinique des patients hospitalisés dans le service de Réanimation médicale du CHU Ibn Rochd à Casablanca au Maroc et identifier les bactéries associées à l'infection nosocomiale.

**Patients et Méthodes :** Nous avons mené une étude transversale et descriptive pendant 4 ans du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2013 dans le service de Réanimation médicale du CHU Ibn Rochd à Casablanca au Maroc. Tous les patients hospitalisés depuis au moins 48 h étaient inclus dans l'étude et ceux présentant une infection documentée à l'admission étaient exclus. Les paramètres recueillis sont les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe), le motif d'admission en réanimation, le service d'hospitalisation initial, la durée moyenne de séjour en réanimation, les sites infectieux documentés ainsi que le profil bactériologique des germes identifiés. L'analyse des données a été faite par le logiciel SPSS 16. Les tests de Khi deux pour la signification.

**Résultats :** Pendant la période étudiée, 1288 patients ont été hospitalisés. L'âge moyen était de 42,39 ans (16-90ans), le sexe ratio Homme/Femme à 1,5, les services d'origine étaient: réanimation des urgences 58 %, service des maladies infectieuses 8 %. La pathologie neurologique prédomine 24,9 %, les troubles métaboliques représentent 17,6 %, les maladies infectieuses 15,8 % et les pathologies respiratoires 7 %. La prévalence de l'infection nosocomiale était de 13 %. La durée moyenne de séjour était de 13,47 ± 12,1 jours. Le premier site d'infection était respiratoire dans 79 % suivi de l'infection urinaire dans 36 %. Les bactéries responsables étaient en majorité des bactéries gram négatifs, dont les entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu 35,8 %, céphalosporinases 89,6 % et carbapénémases 26,1 %. Les *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline été isolé dans 4,3 %. La mortalité globale était de 49 %

**Conclusion :** La prévalence croissante d'entérobactéries productrices de carbapénémases dans tous les pays est considérée comme un risque de santé publique majeur. L'émergence de souches hautement résistantes dans notre unité notamment les entérobactéries carbapénémases positives et les staphylococcus aureus résistant à la méticilline ont obligé à renforcer les stratégies et protocoles de prévention active et une rationalisation de la prescription des antibiotiques.

#### EP123

### *Acinetobacter Baumannii* : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolution sur 4 ans dans une unité de réanimation médicale

H Ezzouine, MA Amine, MT Slaoui, A Benslama  
*Anesthesiology and intensive care department, University teaching hospital IBN Rushd-Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction** : L'*Acinetobacter Baumannii* est un germe multirésistant responsable d'infections nosocomiales sévères et dont la prise en charge thérapeutique reste un challenge fréquent dans des unités de réanimation. L'objectif de notre travail est de mettre le point sur les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients infectés par ce germe ainsi que son évolution sur 4 ans dans une unité de réanimation médicale marocaine.

**Patients et Méthodes** : Nous avons entamé une étude rétrospective descriptive étalée sur 4 ans (Janvier 2010 à Décembre 2013) au service de Réanimation Médicale du CHU Ibn Rochd à Casablanca. Elle a inclus tous les patients infectés par l'*Acinetobacter Baumannii* tous sites inclus. Les données recueillies sont les caractéristiques démographiques (âge, sexe), le motif d'admission en réanimation, le délai écoulé entre l'admission et l'infection, le site infectieux, la durée de séjour en réanimation ainsi que l'évolution globale des patients.

**Résultats** : 81 cas d'infections à *Acinetobacter Baumannii* ont été colligés soit 6,29 % des patients admis pendant la période de l'étude. L'âge moyen des patients est de 50,5 ans (âges extrêmes : 14 ans-87 ans) dont 59 hommes, 21 Femmes et un Sex-ratio homme/femme de 2,8. La répartition des patients infectés sur les 4 ans était comme suit : en 2010 ont été notés 20 cas soit 24,69 % ; 23 cas soit 28,40 % en 2011 ; 19 cas soit 23,46 % en 2012 et 19 cas soit 23,46 % en 2013. Pendant ces 4 années, l'infection à *Acinetobacter Baumannii* a été précoce soit en moins de 5 jours dans 24 cas (29,63 %), entre le 6<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jour d'hospitalisation dans 38 cas (46,91 %) et au-delà du 10<sup>e</sup> jour dans 31 cas (38,27 %). L'infection pulmonaire prédomine 63 cas (77,78 %). Le motif d'admission des patients en réanimation a été une pathologie neurologique dans 41 cas (41,51 %), une pathologie infectieuse dans 17 cas (20,99 %) et respiratoire 8 cas (9,88 %). 13,58 % des patients étaient diabétiques. La durée de séjour en réanimation était entre 3 jours et 2 ans 20 jours. Le taux de mortalité était de 54,32 %.

**Conclusion** : L'infection à *Acinetobacter Baumannii* est un problème majeur en réanimation. Son incidence globale sur 4 ans est de 23 %. Le risque infectieux prédomine entre le 6<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jour avec une infection essentiellement pulmonaire. Le profil de résistance global inclut des résistances à l'imipénème et à la colistine.

## EP124

### Évolution de la sensibilité des bacilles gram négatif à la colimycine en réanimation

T Dendane<sup>1</sup>, Y El Hallabi Kettani<sup>1</sup>, K Souli<sup>2</sup>, K Berechid<sup>3</sup>, J Belayachi<sup>4</sup>, N Madani<sup>4</sup>, M Zouhdi<sup>2</sup>, R Abouqal<sup>4</sup>, K Abidi<sup>3</sup>, AA Zeggwagh<sup>1</sup>

1. Service de réanimation médicale et de toxicologie clinique- chu ibn sina-université Mohamed V, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc
2. Service de microbiologie- chu ibn sina-université Mohamed V, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc
3. Service de réanimation médicale et de toxicologie clinique- chu ibn sina-université Mohamed V, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc
4. Service des urgences médicales hospitalières - Ibn Sina – université Mohamed V – Rabat, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

**Introduction** : L'émergence de bacilles à gram négatif (BGN) multirésistants et l'absence de nouvelles options thérapeutiques efficaces pour faire face à ces germes, ont conduit à une forte prescription de la colimycine. Le but de notre étude était d'étudier l'évolution de la sensibilité des BGN à la colimycine en réanimation médicale en regard à son utilisation fréquente.

**Matériels et Méthodes** : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective menée au service de Réanimation Médicale du CHU Ibn Sina à Rabat de Janvier 2013 à Mai 2014. Ont été inclus tous les patients ayant au

moins un prélèvement bactériologique positif à BGN à partir d'un site normalement stérile. Les variables bactériologiques ont été recueillies et analysées sur deux périodes (Janvier à Décembre 2013 et Janvier à Mai 2014). La sensibilité aux antibiotiques s'est faite selon les recommandations de la société française de microbiologie. Le groupe des BGN isolées en 2013 et celui des BGN isolés en 2014 ont été comparés. Statistique : test exact de Fischer.

**Résultats** : Parmi les 551 isolats identifiés au service durant la période de l'étude, 333 (60,4 %) étaient des BGN. Les sites d'isolement des BGN ont été : prélèvements distaux protégés = 55,9 %, ECBU = 27,9 %, hémocultures = 10,5 %. Les principaux BGN isolés étaient : 99 *Acinetobacter* spp : 24,9 %, *E Coli* : 24,6 %, *Klebsiella* sp : 21,3 %, *Pseudomonas* spp : 16,8 %. Les sensibilités des isolats de BGN à la ceftazidime, l'imipénème, l'amikacine et la colimycine ont été respectivement de 47,9 %, 63,2 %, 77,4 %, 92,2 %. Cette sensibilité est restée stable durant la période d'étude pour toutes les espèces de BGN sauf vis à vis de la colimycine puisqu'elle a varié de 97,7 % en 2013 à 88,9 % en 2014 (p : NS). Cette variation s'est observée uniquement avec le *Pseudomonas* spp. Il n'a pas été observé de recrudescence d'infection à *Proteus* spp ni à *Providencia* spp.

**Conclusion** : La forte prescription de la colimycine dans notre contexte ne semble pas à ce jour avoir un effet néfaste majeur sur l'évolution des résistances des BGN. Cependant la baisse de la sensibilité du *Pseudomonas* spp bien que non statistiquement significative mérite d'être surveillée de près.

## EP125

### Prévalence des bactéries multirésistantes (BMR) en réanimation à l'HMC Bouffard (Djibouti)

M Cruc<sup>1</sup>, J Bordes<sup>2</sup>, A Benois<sup>3</sup>

1. Anesthésie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart
2. Anesthésie, Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon
3. Anesthésie Réanimation, Hôpital Médico Chirurgical Bouffard, Djibouti

**Introduction** : L'hôpital médico-chirurgical (HMC) Bouffard est un hôpital militaire Français, basé à Djibouti. La majorité des patients soignés est issue de la population locale. La prévalence des bactéries multirésistantes (BMR) à Djibouti n'est pas connue. Elle l'est encore moins chez les patients admis en réanimation. Nous avons étudié cette prévalence.

**Patients et Méthodes** : étude prospective, descriptive de la prévalence du portage des BMR par un écouvillonnage systématique nasal et rectal des patients admis en réanimation. Analyse statistique des données démographiques et des BMR retrouvés. Comparaison de la morbidité et de la mortalité des patients porteurs de BMR (BMR+) versus non porteurs de BMR (BMR-).

**Résultats** : Du 9 décembre 2013 au 22 Juin 2014, 161 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 38 (+/- 23) ans. Le sexe ratio était de 115/45 (H/F). La durée de séjour moyenne était de 4,9 (+/- 9) jours. 26,1 % des patients ont été ventilés pendant 6,2 (+/- 11,2) jours en moyenne. La mortalité était de 16,1 %. Au total, la prévalence des BMR était de 11,2 %. Les bactéries identifiées étaient *E. Coli* (75 %), *K. Pneumoniae* (15 %), *P. Aeruginosa* (5 %) et *K. Oxytoca* (5 %). Les groupes BMR+ et BMR- étaient comparables en termes d'âge et de structure de provenance. Les durées de séjour ainsi que l'incidence et la durée de ventilation mécanique étaient statistiquement plus élevées dans le groupe BMR+ vs BMR- : respectivement 15,6 vs 3,6 jours, 80 vs 28 %, 19,1 vs 3,8 jours.

**Discussion** : La prévalence de portage de BMR chez les patients admis en réanimation de l'HMC Bouffard est moins importante qu'attendue. Pourtant, la maîtrise de la chimiorésistance des bactéries est difficile à Djibouti. A l'HMC Bouffard, les patients admis en réanimation proviennent en majorité du service des urgences où est brassée une population très hétérogène. En amont du service des urgences, les patients proviennent en majorité de structures locales dont les conditions d'hygiène n'ont pas été étudiées. Le service de réanimation de l'HMC Bouffard permet un isolement « contact » et/ou « respiratoire » des patients porteurs d'une BMR telle que le recommande le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Parmi les bactéries

identifiées, le *S. Aureus* résistant à la Pénicilline M n'a jamais été identifié. La présence de BMR dans les prélèvements à l'entrée en réanimation était associée à une plus grande morbidité bien que la mortalité soit comparable dans les deux groupes. Le nombre de patients inclus dans cette étude est insuffisant pour conclure à l'absence d'impact des BMR sur la mortalité.

**Conclusion** : Cette étude retrouve une prévalence de BMR de 11,2 % chez les patients admis en réanimation de l'HMC Bouffard (Djibouti). La présence de BMR est associée à une surmorbidity sans augmentation de la mortalité.