

Pathologie infectieuse : de l'épidémiologie au pronostic

Infectious diseases: from epidemiology to prognosis

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SO061

Implémentation des recommandations sur la prise en charge des pneumopathies communautaires en service d'urgence : étude nationale prospective dans 72 services d'urgences

A. Durocher¹, M. Borderon², Y.-E. Claessens³, J.-P. Fontaine⁴, J.-L. Ducassé⁵

¹Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

²Orumip, CHU, Toulouse, France

³Service d'accueil des urgences, CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

⁴Service d'urgence, hôpital Saint-Louis, Paris, France

⁵Service d'urgence, CHU, Toulouse, France

Objectif : Évaluer la conformité de la prise en charge des pneumopathies communautaires en service d'urgence avec les recommandations de la Haute autorité de santé [1] et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [2].

Patients et méthodes : Étude prospective réalisée au moyen d'un questionnaire informatisé pour tous les patients consécutifs admis, pendant une période de 2 mois, en 2010, dans un service d'urgence en raison d'une pneumopathie communautaire.

Résultats : 3 166 patients adultes (55 % d'hommes) ont été inclus dans 72 services d'urgence (31 CHU – 41 hôpitaux généraux). 54 % des services avaient des protocoles écrits d'antibiothérapie, 60 % une prescription informatisée. L'âge moyen était de 69 ± 19 ans, la mortalité de 1,1 %, le score de gravité CRB-65 de 1 dans 77 % des cas. Des hémocultures ont été réalisées dans 54 % des cas, une antigénurie pneumocoque dans 25 % des cas, une antigénurie légionnelle dans 33 % des cas, une radiographie de thorax dans 99 % des cas, le dosage de la CRP dans 84 % des cas, le dosage de la PCT dans 11 % des cas. La SpO₂ en ventilation spontanée était inférieure à 90 % dans 62 % des cas. Une antibiothérapie préalable à l'admission en service d'urgence existait dans 23 % des cas. Une antibiothérapie a été débutée aux urgences dans 89 % des cas. 71 % des patients ont bénéficié dans le service d'urgence d'une monoantibiothérapie empirique, la plupart du temps par voie intraveineuse (83 %), dans les 4 heures suivant l'admission dans le service d'urgence. Les antibiotiques les plus souvent prescrits étaient : l'amoxicilline-acide clavulanique (46 %), la ceftriaxone (28 %), l'amoxicilline (8 %), la levofloxacine (5 %). Une bithérapie était réalisée dans 29 % des cas (% supérieur à ce qui était attendu avec les recommandations – $p = 10^4$) utilisant notamment les b-lactamines (12 %) ou les fluoroquinolones (12 %). L'admission en service d'urgence a été suivie d'une hospitalisation dans 85 % des cas (% supérieur à ce qui était attendu avec les recommandations), dans 13 % des cas en réanimation, soins intensifs ou unité de surveillance continue.

Conclusion : L'antibiothérapie des pneumopathies communautaires est habituellement conforme aux recommandations. Cependant, les

examens complémentaires réalisés, l'hospitalisation au décours de l'admission en service d'urgence et la prescription d'association antibiotiques restent excessifs.

Références

1. Antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes dans les établissements de Santé (2008)
2. Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte (2010)

SO062

Évaluation des pratiques professionnelles en réanimation : l'antibiothérapie au cours du sepsis grave et du choc septique

K. Kuteifan¹, G. Bonmarchand², J. Mootien¹, I. Runge³, J. Cousson⁴, J.-L. Ricome⁵, M.-C. Jars-Guinestre⁶, A. Durocher⁷

¹Service de réanimation médicale, hôpital Émile-Muller, Mulhouse, France

²Service de réanimation médicale, CHU de Rouen, Rouen, France

³Service de réanimation polyvalente, CHR, hôpital de la Source, Orléans, France

⁴Service de réanimation polyvalente, CHU de Reims, hôpital Robert-Debré, Reims, France

⁵Service de réanimation médicocirurgicale, CHI de Poissy-Saint Germain-en-Laye, site Poissy, Poissy, France

⁶Service de réanimation médicocirurgicale, CHU Raymond-Poincaré, Garches, France

⁷Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

Objectif : Mise en place par le collège de bonnes pratiques en réanimation (CBPR) d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en antibiothérapie basé sur les grilles EPP des recommandations 2008 de la HAS « Stratégies d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé », et sur des recommandations et des critères d'évaluation concernant « l'antibiothérapie au cours du sepsis grave », publiées par le CBPR et le collège français des anesthésistes réanimateurs (2008).

Matériels et méthodes : Réalisation d'une base informatique administrée de façon prospective, pour tous les patients hospitalisés de façon consécutive pendant 3 mois et présentant un sepsis grave ou choc septique.

Résultats : 14 services ont participé à ce travail, de mi juin à mi septembre 2011, dont 4 services de réanimation médicale et 10 polyvalentes (6 CHU, 7 CHG et 1 PSPH). 4 services (28 %) avaient un protocole écrit concernant l'antibiothérapie. 169 patients (121 chocs septiques, 48 sepsis graves) ont été inclus pendant la période, 65 femmes et 104 hommes. L'âge moyen était de 63 ans, l'IGS moyen de 56, et le SOFA de 10. 68 % étaient ventilés. L'origine de l'infection était une

pneumopathie (70 cas), une infection intra-abdominale (31 cas), une infection urinaire (18 cas), une endocardite (3 cas), une autre cause (41 cas) et non identifiée (6 cas). Le délai moyen entre l'admission à l'hôpital et l'admission en réanimation était de 8 jours (0 à 60 jours), le délai moyen entre l'admission en réanimation et le diagnostic du sepsis grave de 15 heures (0 à 42 jours), le délai moyen entre le diagnostic du sepsis et l'instauration de l'antibiothérapie de 3 heures (0 à 26 heures). 119 sepsis étaient documentés, dont 66 par hémocultures. L'antibiothérapie initiale était une bithérapie dans 159/169 cas. L'antibiothérapie était réévaluée à la 48–72^e heure dans 77 % des cas. La classe d'antibiotique a été modifiée 41 fois dont 22 pour adaptation du traitement à la sensibilité des germes. La prescription d'antibiothérapie était nominative dans 70 % des cas, datée dans 71 % des cas et signée dans 69 % des cas.

Conclusion : Environ 15 % des patients admis en réanimation présentent un sepsis sévère et/ou un choc septique [1]. La mortalité globale reste élevée (40 %). La réalisation d'un questionnaire/audit sur le sujet permet de faire le point sur la pratique de la prescription d'antibiothérapie dans cette pathologie et d'identifier les actions à mettre en œuvre : rédaction d'un protocole, mise en route plus précoce de l'antibiothérapie, réévaluation de l'antibiothérapie à la 48–72^e heure...

Référence

1. Brun-Buisson C, Meshaka P, Pinton P, et al (2004) EPISEPSIS: a reappraisal of the epidemiology and outcome of severe sepsis in French intensive care units. *Intensive Care Med* 30:580–8

SO063

Imagerie cérébrale au cours du paludisme grave d'importation de l'adulte

V. Laurent¹, F. Tubach², M. Wolff³, P. Corne⁴, B. Megarbane⁵, J.-C. Navellou⁶, N. Libert⁷, K. Ouchenir⁸, B. Page⁹, B. Debien¹⁰, J.-L. Ricome¹¹, Y. Mootien¹², P. Cougot¹³, J.-P. Bedos¹, C. Roy², J.-M. Robert¹⁴, G. Dhonneur¹⁵, F. Bruneel¹

¹Service de réanimation médicochirurgicale, CH de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

²Département d'épidémiologie, biostatistique et recherche clinique, Institut national de la santé et de la recherche clinique, CIE 801, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

³Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

⁴Service de réanimation médicale, CHU Gui-de-Chauliac, Montpellier, France

⁵Service de réanimation médicale et toxicologique, CHU Lariboisière, Paris, France

⁶Service de réanimation médicale, CHU, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

⁷Service de réanimation, HIA Bégin, Paris, France

⁸Service de réanimation, CH de Chartres, Chartres, France

⁹Service de réanimation médicale, CHU Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt, France

¹⁰Département d'anesthésie et réanimation, HIA Percy, Clamart, France

¹¹Service de réanimation médicochirurgicale, CHI de Poissy–Saint-Germain-en-Laye, site Saint-Germain, Poissy, France

¹²Service de réanimation, hôpital Émile-Muller, Mulhouse, France

¹³Service d'anesthésie–réanimation, CHU de Toulouse, hôpital Rangueil, Toulouse, France

¹⁴Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

¹⁵Service d'anesthésie–réanimation, CHU Jean-Verdier, Bondy, France

Introduction : On dispose de peu de données concernant l'imagerie cérébrale au cours du paludisme grave d'importation, et encore moins lors du neuropaludisme en zone d'endémie palustre. Pour autant, l'imagerie cérébrale par tomodensitométrie (TDM) et/ou par résonance magnétique nucléaire (IRM) serait actuellement l'examen le plus utile pour faire le bilan approfondi des lésions cérébrales associées au neuropaludisme. Les objectifs de cette étude étaient donc de décrire et d'analyser la population des patients ayant un paludisme grave d'importation et ayant bénéficié d'une imagerie cérébrale, en insistant sur les patients présentant des imageries cérébrales anormales.

Patients et méthodes : À partir de la cohorte rétrospective de 400 adultes hospitalisés pour paludisme grave d'importation dans 45 réanimations françaises de 2000 à 2006, les patients ayant eu une imagerie cérébrale ont fait l'objet de cette étude. Pour les patients dont l'imagerie cérébrale était anormale, les comptes-rendus de TDM et d'IRM, ainsi que les comptes-rendus d'hospitalisation en réanimation puis dans les services d'aval ont été recueillis et analysés *a posteriori*. Analyse statistique descriptive en effectif, pourcentage, moyenne et écart type ou médiane et intervalle interquartile selon la distribution des variables. Les facteurs prédictifs d'imagerie cérébrale anormale ont été étudiés en analyse univariée.

Résultats : Parmi les 400 patients de la cohorte, 82 patients (20,5 %) ont bénéficié d'une imagerie cérébrale (TDM et/ou IRM), qui était anormale chez 23 patients (28 %). L'imagerie a été réalisée chez 62 des 129 patients ayant une atteinte neurologique (48 %), dont 21 étaient anormales ; alors qu'elle a été pratiquée chez 20 des 271 patients du groupe sans neuropaludisme (7 %), dont deux étaient anormales. Les anomalies retrouvées sont : lésions ischémiques (15 patients, aspects de micro-infarctus ou d'accidents vasculaires cérébraux, localisations variables) et/ou œdème cérébral (11 patients, classé de discret à sévère avec engagement cérébral) et/ou lésions hémorragiques (5 patients, hémorragie méningée ou transformation hémorragique au sein d'une zone ischémique), ou lésions diverses (deux patients). Si l'on compare les 23 patients ayant une imagerie cérébrale anormale aux 59 patients ayant eu une imagerie cérébrale normale, les seuls facteurs associés à une imagerie cérébrale anormale sont : un score médian de Glasgow plus bas (9 [6–12] vs 12 [8–14] ; $p = 0,0086$), une durée moyenne de coma plus élevée (10,7 ± 17,0 vs 3,1 ± 7,5 jours ; $p = 0,002$), la présence d'un déficit focal (43,5 vs 13,8 % ; $p = 0,004$), et la présence de séquelles neurologiques (43,5 vs 10,5 % ; $p = 0,002$). En dehors du temps de céphalalgie activé (41 [36–48] vs 36 [32–41] ; $p = 0,04$), aucune donnée biologique à l'admission, y compris la parasitémie, n'était associée à une imagerie cérébrale anormale. La mortalité n'est pas différente dans les 2 groupes (26 vs 15 % ; $p = 0,34$). Enfin, 8 des 17 patients survivants (6 décès) et ayant une imagerie cérébrale anormale présentent encore des séquelles neurologiques à la sortie de l'hôpital (47 %).

Discussion : Malgré la notion ancienne qu'il n'y aurait que très peu d'anomalie à l'imagerie cérébrale au cours du neuropaludisme, ces données montrent que les réanimateurs français réalisent souvent (48 %) une imagerie cérébrale au cours du neuropaludisme, et que celle-ci est fréquemment anormale (34 %). Ces données peuvent contribuer à orienter la prise en charge de ces patients, notamment en termes de neuro-réanimation. Enfin ces données sont informatives pour les médecins prenant en charge ces patients en zone d'endémie où ces examens ne sont pas disponibles.

Conclusion : Dans notre étude, l'imagerie cérébrale est souvent réalisée au cours du neuropaludisme, et les anomalies sont fréquentes. Ces données suggèrent d'intégrer l'imagerie cérébrale de manière plus large dans le bilan neurologique des patients ayant un neuropaludisme.

SO064**Pronostic fonctionnel à trois mois des formes sévères de toxoplasmose cérébrale chez le patient infecté par le VIH**

R. Sonnevill¹, M. Schmidt², J. Messika³, A. Fouchier¹, D. Da Silva⁴, A. Ait Hssain⁵, B. Souweine⁵, F. Fraisse⁴, M. Fartoukh³, T. Similowski², L. Bouadma¹, M. Wolff¹, B. Mourvillier¹

¹Service de réanimation médicale et infectieuse,

CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

²Service de pneumologie et réanimation, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

³Service de réanimation pneumologique, CHU Tenon, Paris, France

⁴Service de réanimation polyvalente, hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France

⁵Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

Introduction : La toxoplasmose cérébrale (TC) demeure la principale complication neurologique au cours de l'infection par le VIH chez le malade de réanimation. Le pronostic fonctionnel des formes sévères de TC n'est pas connu. L'objectif de cette étude est de décrire le pronostic fonctionnel des formes graves de TC et d'évaluer l'effet des corticoïdes prescrits à visée anti-œdémateuse dans cette pathologie.

Patients et méthodes : Étude rétrospective (2000–2010) réalisée dans 5 services de réanimation médicale. Tous les patients présentant les critères diagnostiques (Centers for Disease Control and Prevention 2009) de TC ont été inclus : 1) taux de CD4 < 200/mm³ ; 2) tableau clinique neurologique compatible avec une TC ; 3) lésions (multi)-focales parenchymateuse(s) prenant le contraste à l'imagerie ; 4) une sérologie TC positive en IgG ; 5) une réponse positive au traitement anti-TC d'épreuve ou la mise en évidence du toxoplasme au niveau du système nerveux central (PCR ou histologie). Le pronostic fonctionnel a été évalué à 90 jours par le score de Rankin modifié (mR). Les facteurs associés à un pronostic défavorable (mR > 2) ont été identifiés par analyse uni- puis multivariée. Les résultats sont donnés en médiane (interquartile) ou en nombre (pourcentage).

Résultats : 101 patients ont été identifiés. 8 ont été exclus (pas de réponse objective au traitement) et 92 patients (âge : 40 [34–45] ans, CD4 : 24 [9–59]/mm³) ont finalement été analysés. Les caractéristiques à l'admission étaient : Glasgow : 12 [6–14], convulsions : 34 (37 %), déficit focal : 54 (59 %), SAPS 2 : 42 [30–61]. Les lésions cérébrales étaient multifocales dans 74 % des cas et un œdème cérébral avec déviation de la ligne médiane était noté chez 72 (78 %) patients. 67 (73 %) patients ont reçu un traitement par pyriméthamine-adjazine en première intention, 47 (54 %) ont été ventilés mécaniquement et 6 (7 %) ont nécessité un traitement neurochirurgical (dérivation ventriculaire externe). À 90 jours, 49 (53 %) avaient un pronostic fonctionnel satisfaisant (mR = 0–2), 21 (23 %) patients avaient des séquelles neurologiques importantes (mR = 3–5) et 22 (24 %) patients étaient décédés (mR = 6). Les 2 facteurs indépendants associés à un pronostic défavorable étaient (OR, [IC 95 %]) : le taux de CD4 < 25/mm³ (4,0 [1,6–10,0]) et la nécessité d'une ventilation mécanique invasive à l'admission (3,3 [1,3–8,2]). L'effet des corticoïdes à visée anti-œdémateuse a été évalué dans un sous-groupe de 72 patients présentant un effet de masse avec déviation de la ligne médiane à l'imagerie. Les patients traités par corticoïdes (49/72) avaient des durées de ventilation (16 [8–35] vs 6 [3–10] jours ; $p = 0,003$) et de séjour (7 [3–19] vs 5 [2–10] jours ; $p = 0,02$) plus longues que les 23/72 malades n'ayant pas reçu de corticoïdes. Les caractéristiques à l'admission (Glasgow, SAPS 2, CD4) étaient comparables entre les 2 groupes. Le pronostic fonctionnel à j90 ne différait pas dans les 2 groupes ($p = 0,7$).

Conclusion : Le pronostic fonctionnel à 90 jours des patients VIH hospitalisés pour TC en réanimation n'est satisfaisant que dans environ 50 % des cas. L'immunodépression profonde à l'admission semble être un déterminant majeur du pronostic. Le bénéfice de l'instauration du traitement antirétroviral en réanimation sur le pronostic fonctionnel mérite d'être évalué. Les corticoïdes à visée anti-œdémateuse ne sont pas associés à un effet bénéfique sur la durée de ventilation mécanique, de séjour en réanimation ou sur le pronostic. Ce traitement devrait être réservé aux formes graves de TC avec signes d'engagement menaçant immédiatement le pronostic vital.

SO065**L'éosinophilie est-elle un bon test diagnostique ou pronostic du sepsis en réanimation ?**

C. Bally, D. Prat, F. Jacobs, J. Fichet, O. Hamzaoui, C. Rachline, A. Ferry, F. Brivet, B. Sztrymf
Service de réanimation médicale, CHU Antoine-Béclère, Clamart, France

Introduction : L'existence d'un processus infectieux entraîne habituellement une diminution de la quantité des polynucléaires éosinophiles circulants, pouvant aboutir à une véritable éosinophilie. Le mécanisme principal est le recrutement de ces cellules au site de l'infection. La valeur diagnostique de cette éosinophilie dans le sepsis reste discutée. Certains travaux lui attribuent une acuité diagnostique aussi bonne que certains marqueurs spécifiquement dédiés (CRP, procalcitonine), et constatent l'intérêt médicoéconomique de ce dosage habituellement réalisé [1]. D'autres ne lui reconnaissent qu'une sensibilité médiocre [2]. De même, les données sur la valeur pronostique sont contradictoires. Afin de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude prospective testant le lien entre éosinophilie et sepsis.

Patients et méthodes : Étude prospective monocentrique durant six mois (1^{er} octobre 2010–31 mars 2011). Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et la survie des tous les patients consécutifs accueillis dans notre unité de réanimation sur cette période. Nous avons exclu les patients n'ayant pas eu de formule sanguine à leur arrivée ($n = 19$), sous corticothérapie au long cours ($n = 7$), ou ayant une hémopathie maligne ($n = 3$). Les numérations formules sanguines (NFS) ont été faites sur tube avec de l'acide éthylène diamine tétra-cétique (EDTA) et étaient analysées au laboratoire d'hématologie sur un automate type GenS (Beckman Coulter[®], Fullerton, CA, USA). Quand l'automate émettait un signal d'alarme, les frottis des NFS étaient relus au microscope. La valeur absolue des éosinophiles était calculée à partir du pourcentage en éosinophiles rendus par le laboratoire et de la valeur absolue des globules blancs (GB) totaux. L'éosinophilie était définie par un nombre de polynucléaires éosinophiles à moins de 40/mm³. Sepsis et choc septique étaient définis selon les consensus internationaux. Les résultats sont exprimés en médiane (interquartile).

Résultats : Nous avons inclus 125 patients. L'âge était 62,9 ans (25), le score IGS II 45 (32). Concernant les diagnostics d'admission, ils étaient de nature non infectieuse pour 53 patients, infectieuse sans sepsis sévère pour 24 patients et sepsis sévère ou choc septique pour 48 patients. Les sites infectés étaient tous documentés à l'exception d'un cas : poumons ($n = 42$), urines ($n = 11$), abdominal ($n = 7$), bactériémie ($n = 3$), méningite ($n = 2$), infection cutanée ($n = 2$), infection de dispositif intraveineux ($n = 2$), endocardite ($n = 1$) et ostéite ($n = 1$). Les patients infectés étaient plus souvent éosinophiliques que les autres (65,3 vs 37,3 % ; $p = 0,03$). L'existence d'un sepsis sévère ou d'un choc septique en plus du diagnostic d'infection ne modifie pas ce lien. La courbe ROC testant l'éosinophilie comme marqueur de sepsis sévère ou choc septique retrouvait une aire sous la courbe (ASC) de 0,51,

avec une sensibilité de 0,55 et une spécificité de 0,38 pour notre valeur seuil. Chez les patients infectés, on retrouvait également un pourcentage plus élevé de polynucléaires neutrophiles (89,6 % [7,8] vs 82 % [15,3] ; $p = 0,0003$) et un pourcentage plus bas de lymphocytes totaux (6,3 % [6,4] vs 10,2 % [12,7] ; $p = 0,006$) et de monocytes (3,4 % [4,8] vs 5,9 % [4,4] ; $p = 0,002$) sur la NFS. Les ASC des courbes ROC de ces trois lignées sanguines testées pour le sepsis sévère ou choc septiques étaient respectivement de 0,55, 0,65 et 0,54. La mortalité en réanimation de notre cohorte était de 28 %. L'éosinopénie n'était pas liée au pronostic du séjour en réanimation ni à l'hôpital.

Conclusion : L'éosinopénie est statistiquement associée à l'existence d'une infection mais son acuité diagnostique pour le sepsis sévère ou le choc septique est médiocre. L'éosinopénie n'est pas liée à la mortalité en réanimation ou à l'hôpital. Notre étude ne plaide pas pour l'intégration de ce marqueur dans l'algorithme diagnostique menant au sepsis et à l'indication de la thérapeutique anti infectieuse urgente qui en découle.

Références

1. Abidi K, Khoudri I, Belayachi J, et al (2008) Eosinopenia is a reliable marker of sepsis on admission to medical intensive care units. *Crit Care* 12:R59
2. Smithson A, Perelló R, Nicolas JM (2009) Is eosinopenia a reliable marker of sepsis? *Crit Care* 13:409

SO066

Épidémiologie des bactériémies acquises en réanimation chez des patients nécessitant une épuration extrarénale pour insuffisance rénale aigue

A. Ait Hssain¹, L. Ouchchane², N. Mrozek¹, A. Lautrette¹, J.-P. Romaszko³, C. Aumeran⁴, O. Traore⁴, Y. Boirie⁵, B. Souweine¹

¹Service de réanimation médicale polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

²Unité de biostatistiques, faculté de médecine, Clermont-Ferrand, France

³Service de bactériologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

⁴Service d'hygiène hospitalière, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

⁵Service de nutrition clinique, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

Introduction : La morbidité liée à l'épuration extrarénale (EER) comme traitement de l'insuffisance rénale aigue (IRA) est peu étudiée. Les bactériémies acquises en réanimation (BAR) sont des événements péjoratifs. Le but de notre étude est de décrire l'incidence des BAR chez des patients sous EER pour IRA.

Patients et méthodes : Analyse rétrospective de données collectées prospectivement entre janvier 2004 et décembre 2010 dans un service de réanimation de neuf lits. Tous les patients hospitalisés pendant cette période traités par EER pour IRA et séjournant plus de 48 heures sont inclus. Les BAR sont réparties selon leur phase de survenue par rapport à la période d'EER (avant, pendant, après). Les facteurs de risque de bactériémies sont explorés par analyse uni et multivariée.

Résultats : Un total de 377 patients (âge = 64 ± 14 ans, IGS2 = 60 ± 20 , SOFA = 10 ± 4 , 85 % d'admission médicales) sont inclus. Le taux d'incidence des BAR est de 10.4/1 000 j hospitalisations, soit 63 BAR chez 49 patients, dont 41 (65 %) pendant la période d'EER. Les BAR sont d'origine pulmonaires ($n = 15$), liées au cathéter ($n = 14$), urinaires ($n = 7$), digestives ($n = 8$) et indéterminées ($n = 19$). Les agents étiologiques sont des bacilles à Gram négatif dans 54 % des cas. En analyse univariée, les facteurs associés à une BAR sont l'utilisation d'amines ($p = 0,015$), la ventilation invasive ($p < 0,0001$), les techniques convectives continues ($p < 0,0001$), une instauration plus tardive de l'EER ($p < 0,0001$), le nombre de cathéters ($p < 0,0001$) et la durée d'exposition aux cathéters exprimée en jours cumulés ($p < 0,0001$) et en pourcentage de la durée de séjour ($p < 0,0001$). En analyse multivariée, les facteurs associés à la BAR sont le délai d'instauration de l'EER (24–48 vs < 24 h) : OR = 3,31 ; IC 95 % = [1,46–7,49] et le nombre de cathéters (4–6 vs 1–3) : OR = 2,97 ; IC 95 % = [1,02–8,64] et (> 7 vs 1–3) : OR = 20,01 ; IC 95 % = [7,26–55,13].

Conclusion : Les BAR ont une incidence élevée chez les patients nécessitant une EER pour IRA, notamment pendant la période d'EER. Leur fréquence augmente avec le nombre de total de cathéters insérés.