

Épidémiologie des pathologies infectieuses

Epidemiology of infectious diseases

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP071

Réanimation des complications infectieuses de la transplantation rénale : analyse de 98 cas

E. Canet¹, N. Bige¹, A.-S. Moreau¹, D. Reuter¹, E. Mariotte¹, D. Schnell¹, N. Maziers¹, V. Lemiale¹, M.-N. Peraldi², R. Snanoudj³, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

²Service de néphrologie et transplantation rénale, CHU Saint-Louis, Paris, France

³Service de néphrologie et transplantation rénale, CHU Necker, Paris, France

Introduction : La transplantation rénale (TR) apporte la meilleure survie et qualité de vie aux patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale. L'efficacité des immunosuppresseurs sur la prévention ou le traitement des épisodes de rejet expose à un risque accru de complications, majoritairement infectieuses. Nous rapportons l'analyse de 98 patients TR admis en réanimation pour la prise en charge d'une infection grave.

Patients et méthodes : Étude de cohorte observationnelle réalisée sur 10 ans (01/2000–12/2010) incluant tous les patients TR admis en réanimation pour la prise en charge d'un syndrome infectieux. Les données relatives à la transplantation rénale et au séjour en réanimation ont été colligées. Les facteurs associés à la mortalité hospitalière ont été identifiés par régression logistique.

Résultats : Quatre-vingt dix-huit patients (55 % d'hommes), âgés de 56 [IQR 46–66] ans ont été inclus dans l'étude. La greffe était réalisée à partir d'un donneur cadavérique dans 94,9 % des cas et il s'agissait d'une retransplantation dans 15,3 % des cas. Le protocole d'immunosuppression incluait une corticothérapie dans 92,8 % des cas et la créatinine plasmatique de base était à 180 [120,5–230] $\mu\text{mol/l}$. L'admission en réanimation survenait 37 (8,1–111,4) mois après la TR et 25 % des patients avaient reçu une intensification du traitement immunosuppresseur pour traiter un rejet aigu. Le score SOFA était à 7,5 [5–11] à j1. Un état de choc était présent à l'admission dans 41,2 % des cas. 15,4 % des patients recevaient de la VNI, 39,2 % de la VM et 47 % des catécholamines. 71,4 % des patients étaient exposés aux antibiotiques dans le mois précédent leur admission en réanimation. L'infection était communautaire dans 61,2 % des cas, avec une documentation microbiologique dans 69,4 % des cas. Les sites infectieux étaient majoritairement pulmonaire (51 %), urinaire (25,5 %) et digestif (13,2 %). Une septicémie était documentée dans 21,4 % des cas. 17,3 % des sepsis étaient polymicrobiens et 8,1 % secondaires à des bactéries multirésistantes. Les principaux pathogènes identifiés étaient : *Escherichia coli* ($n = 21$), autres BGN ($n = 10$), *Streptocoque* et *Enterocoque* ($n = 9$), *Pyocyanique* ($n = 6$), *Pneumocoque* ($n = 3$). La pneumocystose représentait la 1^{ère} infection opportuniste ($n = 9$). Un traitement chirurgical a été nécessaire chez 8 patients pour contrôler le sepsis. Le séjour en réanimation s'est compliqué d'un sepsis nosocomial (pulmonaire dans 60 % des cas) chez 20,5 % des patients avec une mortalité de

40 %. Quatre candidémies et 2 aspergilloses ont été diagnostiquées, marquées par une mortalité en réanimation de 60 %. Concernant le greffon, la créatinine plasmatique était à 293 [214–394] $\mu\text{mol/l}$ à l'admission. 74,5 % des patients présentaient une insuffisance rénale aiguë selon la classification RIFLE (R : 17 %, I : 5,3 %, F : 52 %), nécessitant une épuration extra-rénale pendant 7 [3–13] jours dans la moitié des cas. 70,7 % des survivants avaient un greffon fonctionnel à la sortie de réanimation et 52,4 % ($n = 43$) avaient récupéré leur fonction rénale antérieure. Les durées de séjour étaient de 4 [3–9,7] jours en réanimation et 16 [10,7–25,5] jours à l'hôpital. La mortalité en réanimation était de 16,3 % et hospitalière de 19,4 %. L'analyse multivariée identifiait les 2 variables suivantes comme indépendamment associées à la mortalité hospitalière : l'administration de catécholamines (OR : 5,8, IC 95 % : [1,4–24,4], $p = 0,01$) et le recours à l'épuration extra-rénale (OR : 17,2, IC 95 % : [3,5–84,2], $p = 0,0004$).

Conclusion : Les complications infectieuses graves de la transplantation rénale sont dominées par les maladies bactériennes à BGN d'origine pulmonaire, urinaire et digestive. La majorité des patients présentent une insuffisance rénale aiguë au cours du séjour en réanimation et moins de la moitié d'entre eux récupèrent à terme leur fonction rénale antérieure. Le pronostic vital est lié aux défaillances d'organes associées. Le recours aux catécholamines et à l'épuration extra-rénale sont associées à une surmortalité.

SP072

Sepsis sévère « communautaire » de l'hémodialysé chronique : fréquence de la résistance aux antibiotiques

M. Cherin¹, I. Mezhari¹, A. Hamdi¹, N. Timezguid¹, V. Das¹, X. Belenfant², R. Chelha¹, E. Obadia¹, J.-L. Pallot¹, M. Ciroldi Bellanger¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

²Service de néphrologie, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

Introduction : L'infection est une cause importante de morbi-mortalité chez l'hémodialysé chronique (HDC). Les germes en cause chez les HDC seraient plus souvent résistants aux antibiotiques (infections « liées aux soins extrahospitaliers »). L'objectif de ce travail était de décrire les bactéries identifiées dans les sepsis sévères chez l'HDC et d'analyser les facteurs prédictifs de résistance aux antibiotiques dans cette population.

Patients et méthodes : Étude rétrospective de 1997 à 2011 dans le service de réanimation d'un centre hospitalier général. Inclusion des patients HDC présentant un sepsis sévère ou choc septique documenté. Non inclusion des patients présentant un sepsis nosocomial, infectés par le VIH, ou présentant une infection sur cathéter. Recueil des données démographiques, cliniques et anamnestiques (notamment facteurs de risque d'infection à bactérie multi-résistante et facteurs prédisposant à l'infection). Recueil des données microbiologiques

ainsi que des traitements antibiotiques reçus. Comparaison par des tests non paramétriques des patients présentant une infection à germe « communautaire » sensible et des patients présentant une infection avec un germe « résistant » : Bacilles Gram négatif non fermentant, Entérobactéries résistantes aux céphalosporines de troisième génération, *Staphylocoque doré* résistant à la méticilline.

Résultats : Quarante et un patients ont été inclus, (29 hommes, âge médian : 70 ans [extrêmes : 40–85]. IGS2 : 52,5 [33–120]. Ils étaient dialysés depuis 2 ans [0,33–31]. Les patients avaient déjà été hospitalisés dans les 6 mois dans 44 % des cas. Une prise d'antibiotique dans les 6 mois précédents était retrouvée chez 24 % des patients et 7 % d'entre eux étaient porteurs connus de bactérie multi-résistante (BMR). L'infection était due à un germe résistant chez 7 patients (17 %). Seul le portage connu de BMR était associé de façon significative à la survenue d'une infection à germes résistants ($p = 0,003$), les autres paramètres étudiés ne l'étaient pas. Quatre patients sur les 7 n'avaient néanmoins pas de portage de BMR connu. L'infection par une bactérie résistante était significativement ($p = 0,008$) associée à une antibiothérapie empirique inadéquate.

Conclusion : Dans cette série d'infections sévères chez des hémodialysés chroniques, un germe résistant était rarement en cause. Seul le portage connu de BMR était prédictif d'infection à bactérie résistante mais il n'était retrouvé que chez la moitié des patients présentant effectivement une infection à germe résistant. Une étude prospective sur un plus grand nombre de patients est nécessaire pour tenter d'identifier des facteurs de risque d'infection à germe résistant chez les hémodialysés chroniques afin d'adapter les stratégies d'antibiothérapie probabiliste dans cette population et de limiter le risque d'une antibiothérapie inadéquate.

Bibliographie

- Shorr A, Zilberberg M, Micek S, Kollef M (2008) Prediction of Infection Due to Antibiotic-Resistant Bacteria by Select Risk Factors for Health Care-Associated Pneumonia. *Arch Intern Med* 168:2205–10
- Berman S, Johnson E, Nakastu C, et al (2004) Burden of Infection in Patients with End-Stage Renal Disease Requiring Long-Term Dialysis. *Clin Infect Dis* 39:1747–53

SP073

Infections liées aux cathéters veineux centraux chez les brûlés en réanimation

H. Oueslati¹, M.-R. Lossier¹, J. Pham¹, E. Bourgeois¹, H. Reglier-Poupet², C. Vinsonneau³, M. Benyamina¹
¹Service des brûlés, pôle Asur, Gh Cochin Broca Hôtel-Dieu, Paris, France

²Service de bactériologie, Gh Cochin Broca Hôtel-Dieu, Paris, France

³Service de réanimation médicale, centre hospitalier Marc-Jacquet, Melun, France

Introduction : L'utilisation croissante des cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation s'accompagne de l'émergence de complications infectieuses préoccupantes. Les patients présentant des brûlures cutanées étendues sont particulièrement exposés à cette complication. Les conditions idéales offertes par les centres des brûlés et leurs patients immunodéprimés, soumis aux techniques invasives telles que le cathétérisme veineux central, favorisent les infections liées au CVC (ILC). Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence des ILC chez les patients brûlés en réanimation et d'étudier comparativement les complications de la pose du CVC en peau saine ou en peau brûlée.

Patients et méthodes : Étude observationnelle qui s'intéresse à l'ILC. C'est une étude monocentrique, menée au centre des brûlés de Cochin, sur une durée de 3 ans (2008–2011). Les données analysées sont collectées d'une façon prospective, en remplissant une « Fiche cathéter » à la pose et au retrait des cathéters, et en collectant les résultats microbiologiques de chaque patient et de chaque cathéter étudié. Critères d'inclusion : âge > 15 ans, surface cutanée brûlée ≥ 20 %, pose du cathéter dans le service et selon le même protocole en remplissant la fiche de renseignements. La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées au moyen du logiciel SPSS 16.0. Les variables discontinues et continues ont comparées respectivement par le test de Chi² et de *t* Student. Le test de Fisher a été utilisé lorsque les conditions de validité du test Chi² n'étaient pas remplies. Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative pour la comparaison des pourcentages.

Résultats : Durant la période d'étude, 97 cathéters sont inclus, chez 47 patients (2 cathéters en moyenne par patient). Les sites des CVC sont répartis comme suit : 77 fémoral, 8 jugulaire interne et 12 sous clavier. Le CVC est inséré 12 fois en zone brûlée chez 9 patients. Le pansement du CVC était occlusif dans 50 % des cas. Près de 38 cathéters insérés en peau saine n'ont pas eu un pansement occlusif. Le temps moyen mis pour la pose du CVC est estimé à 10 ± 7 minutes. Le nombre moyen de ponctions pour la pose d'un CVC est de $1,7 \pm 1$ ponction. La plus part des CVC utilisés sont à trois lumières (71 fois). La durée moyenne du cathétérisme est de 10 ± 5 jours avec des extrêmes allant de 2 à 28 jours. Une simple colonisation du CVC a été retenue 18 fois, soit 47 % des CVC positifs. 20 ILC ont été identifiées durant la période de l'étude, soit une fréquence de 5 %. Le taux d'incidence d'ILC est de l'ordre de 20,6 % et la densité d'incidence est de 16,66 %. La plupart de ces ILC (80 %) est bactériémique. Les germes les plus fréquents sont le *Pseudomonas aeruginosa* (11 %) et le *Staphylocoque aureus* (10 %). Une seule infection fongique à *Candida albicans* est objectivée avec candidémie. Les CVC posés en sous clavier ou jugulaire interne ont été étudiés comparativement par rapport à ceux posés en fémoral, notamment en ce qui concerne les complications infectieuses, et aucun résultat statistiquement significatif n'a été retrouvé. Bien que le nombre de CVC posés en peau brûlée n'est pas important (12/97 CVC) une étude comparative a été réalisée, et ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Il ya plus de colonisation de cathéters sans pansement occlusif avec un résultat statistiquement positif, $p = 0,03$, non associée à une augmentation des ILC.

Conclusion : Les patients présentant des brûlures cutanées étendues justifiant leur admission en réanimation et la mise en place d'un CVC développent plus fréquemment une ILC. Peu d'études rapportent le taux d'ILC chez ces patients. Notre étude, faite sur 3 ans, trouve une fréquence de 5 % des ILC, soit un taux d'incidence à 20,6 %. L'insertion d'un CVC en peau brûlée ne paraît pas être un facteur favorisant l'ILC.

SP074

Infections nosocomiales des cathéters artériels : impacts de leur localisation

J.-L. Baude, A. Galbois, H. Ait-Oufella, D. Margetis, G. Offenstadt, E. Maury, B. Guidet
 Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Il est admis que comme les cathéters veineux centraux, les cathéters artériels (KTA) peuvent s'infecter. Leur localisation influence-t-elle le risque infectieux ?

Matériels et méthodes : Étude rétrospective basée sur le recueil des infections nosocomiales (IN) de 2007 à 2010. Les données concernant

les KTa radiaux (*r*) et fémoraux (*f*) [durée de maintien (DM), infection (I), définie selon les critères du CDC, densités d'incidence (DI)] ont été colligées et comparées.

Résultats : Sur les 4 285 patients hospitalisés durant cette période, un sur deux a eu au moins un KTa.

Tableau 1			
	KTa <i>r</i>	KTa <i>f</i>	KT total
Nombre de KTa	484	1 566	2 050
DM totale (moyenne) des KTa (jours)	2 385 (4,92)	8 319 (5,31)	10 704 (5,22)
I (avec bactériémie)	8 (3)	23 (9)	31 (12)
Délai moyen de l'I (jours)	10,65	10,12	10,25
DI (DI avec bactériémie)/ 1 000 jours	3,35 (1,25)	2,76 (1,08)	2,88 (1,12)

Discussion : p ns.

Conclusion : Ce travail suggère que la densité d'incidence des cathéters fémoraux n'est pas différente de celle des cathéters artériels radiaux.

SP075

Profil bactériologique des péritonites communautaires prises en charge dans un hôpital pédiatrique

M. Boutbaoucht¹, Y. Mouaffak¹, N. Soraa², T. Salama³, M. Oulad Saiad³, A.G. El Adib¹, S. Younous¹

¹Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, CHU Mohammed-VI, Marrakech, Maroc

²Laboratoire de microbiologie, CHU Mohammed-VI, Marrakech, Maroc

³Service de chirurgie pédiatrique, CHU Mohammed-VI, Marrakech, Maroc

Introduction : Les données épidémiologiques et microbiologiques disponibles sur les péritonites communautaires de l'enfant sont insuffisantes, et l'antibiothérapie de ces dernières ne fait pas encore l'objet d'un consensus. Le but de notre travail est d'étudier le profil bactériologique des péritonites de l'enfant à l'échelle de notre région et de discuter l'antibiothérapie probabiliste appropriée.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 1 an. Nous avons colligé tous les cas de péritonite, pris en charge dans notre hôpital pédiatrique, pour lesquels un prélèvement et une étude microbiologique du liquide péritonéal ont été réalisés. Les données démographiques, cliniques et microbiologiques, ainsi que la sensibilité des germes aux antibiotiques ont été étudiées.

Résultats : Trente-huit cas ont été colligés durant la période de l'étude. Les enfants étaient âgés entre 3 et 14 ans. Toutes les péritonites étaient d'origine appendiculaire. La culture de 30 prélèvements était positive (79,95 %). L'infection était polymicrobienne dans 77 % des cas. Les germes les plus fréquemment isolés sont : *Escherichia coli* (*E. coli*) (50 %), *Pseudomonas aeruginosa* (20 %), *Klebsiella pneumoniae* (16,66 %) et les streptocoques (10 %). La sensibilité de l'*E. Coli* était uniquement de 46,66 % à l'amoxicilline acide-clavulanique, de 93,33 % aux céphalosporines de troisième génération (C3G) et aux quinolones, de 73,33 % à l'association ticarcilline-clavulanate et de 100 % à l'ertapenem, ceftazidime et aux aminozides. La sensibilité du *Pseudomonas* était de 83,33 % à la ceftazidime et aux aminozides. Toutes les *Klebsiella* isolés étaient sensibles aux C3G, quinolones et aminosides, mais résistantes à l'amoxicilline-acide clavulanique dans 40 % des cas.

Discussion : *E. Coli* est le germe le plus fréquemment isolé, et le plus pathogène lors des péritonites communautaires de l'enfant. Nous constatons un taux élevé de résistance de ce germe à l'association amoxicilline-acide clavulanique, qui est l'antibiotique de première intention utilisé dans notre contexte pour les péritonites de gravité faible à modérée. Ce taux alarmant de résistance, qui dépasse celui retrouvé dans d'autres séries récemment publiées, nous incite à reconsidérer notre attitude thérapeutique.

Conclusion : À la lumière de ces données et en tenant compte de la gravité potentielle des péritonites, nous pensons que l'association C3G+ aminosides+ métronidazole doit être utilisée en première intention chez les enfants présentant des péritonites communautaires dans notre contexte. Des études prospectives doivent être menées afin de suivre l'évolution du profil bactériologique des germes responsables des péritonites de l'enfant et de guider l'antibiothérapie appropriée.

Bibliographie

- Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al (2010) Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 50:133–64
- Dumont R, Cinotti R, Lejus C, et al (2011): The Microbiology of Community acquired Peritonitis in Children. Pediatr Infect Dis J 30:131–5

SP076

Staphylococcus aureus en réanimation médicale : incidence, sensibilité aux antibiotiques et pronostic

T. Dendane, L. Tamaoui, J. Belayachi, K. Abidi, N. Madani, R. Abouqal, A.A. Zeggwagh

Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Objectif : Évaluer l'incidence des infections à *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) en réanimation médicale, le profil des patients qui en sont atteints, la sensibilité des *S. aureus* aux antibiotiques et le pronostic de ces infections.

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 2006 à décembre 2009. Ont été inclus tous les patients ayant au moins un prélèvement bactériologique positif à *S. aureus* à partir d'un site normalement stérile. Ont été exclus les patients décédés dans les 24 premières heures. 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 survivants et celui des décédés ont été comparés. Statistique : *t* Student ou Mann-Whitney, Chi² ou test exact de Fischer.

Résultats : Parmi 2 226 patients admis au service durant la période de l'étude, 47 patients (âge : 39 ± 16 ans ; 29 H, 18 F) ont présenté des prélèvements positifs à *S. aureus* soit un taux d'incidence de 2,1/1 000 jours-patient [IC 95 % : 1,5–2,7]. L'Apache II était de 14,7 ± 6,9 et le score de Charlson de 1 ± 1,8. La principale cause d'admission était infectieuse (66 %). Près du tiers des patients avaient une défaillance viscérale à l'admission. Le recours à la voie veineuse centrale et à la ventilation mécanique était respectivement de 62 et 78,7 %. Durant le séjour en réanimation, la moitié des patients avait au moins une infection concomitante à d'autres bactéries. 67 isolats de *S. aureus* ont été recensés. Le nombre moyen de *S. aureus*/patient était de 1,4 ± 0,67 [extrêmes : 1–5] et le délai médian de survenue de

la première infection était de 3 j. Près des 2/3 (68,1 %) de ces infections étaient nosocomiales. Les sites d'isolement des *S. Aureus* ont été : hémocultures = 74,6 %, prélèvements distaux protégés = 23,9 %, cathéter = 1,5 %. Le taux de résistance à la méticilline a été de 23,9 %. La méticillino-résistance du *S. Aureus* a été significativement associée à des résistances à d'autres antibiotiques : Aminosides, Fluoroquinolones, Erythromycine, Lincosamides et Sulfamides. La sensibilité aux glycopeptides a été de 100 %. La mortalité a été de 70 % [IC 95 % : 57–83 %]. Les facteurs pronostiques de mortalité étaient un Apache II élevé, un score de Glasgow bas et une hospitalisation antérieure.

Conclusion : L'incidence des infections à *S. Aureus* reste faible mais leur mortalité est préoccupante. Le quart des *S. Aureus* étaient résistants à la méticilline. Les glycopeptides gardaient leur efficacité. La mortalité était liée à la gravité initiale de l'état du patient associée à une hospitalisation antérieure à l'admission en réanimation.

SP077

Bactériémies chez les patients d'onco-hématologie : à propos de 193 patients

N. Maziers, V. Lemiale, E. Mariotte, D. Schnell, E. Canet, A.-S. Moreau, D. Reuter, E. Lengline, E. Azoulay
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Les patients d'onco-hématologie (POH) reçoivent de plus en plus des traitements intensifs majorant le risque infectieux. Parmi les avancées récentes ayant amélioré le pronostic des POH, les recommandations sur l'utilisation des agents anti-infectieux ont été efficaces. Nous avons voulu actualiser l'épidémiologie des bactériémies chez les POH admis en réanimation, préalable indispensable pour recommander un traitement adapté précoce.

Patients et méthodes : Tous les patients admis en réanimation entre 2002 et 2011 ayant présenté des hémocultures positives ont été inclus. Les données cliniques et microbiologiques à l'admission et durant le séjour à l'hôpital ont été extraites des dossiers médicaux. Les groupes ont été comparés à l'aide de tests non paramétriques ou du Chi². Les facteurs associés à la mortalité ont été analysés en régression logistique univariée.

Résultats : 193 patients ont été inclus (67 % d'hommes âgés de 51 ans, IQR 38–62). Le score SAPS II à l'admission était 53 (IQR 39–64). Quarante-cinq pour cent des patients présentaient un lymphome, 34 % une leucémie aiguë et 10 % un myélome. Dix pour cent des patients avaient reçu une allogreffe et 27 % une autogreffe de moelle. Le principal motif d'admission en réanimation était un choc septique (42 %), sepsis sévère (31 %), insuffisance respiratoire (20 %), ou insuffisance rénale (6 %). Les foyers cliniques étaient digestifs (41 %), cathéters (24 %), pulmonaires (17 %), urinaires (5 %) ou cutanés (3 %). La source était non identifiée dans 23 % des cas. La septicémie survenait au diagnostic de l'hémopathie chez 11 % des malades. 55 % des patients ont nécessité des catécholamines (2 jours, IQR 1–3), 40 % une ventilation mécanique (7 jours, 2–11) et 25 % une épuration extra-rénale (5 jours, 2–13). La documentation microbiologique impliquait surtout des bacilles Gram négatifs (BGN : 69 % dont 27 % *E. coli*, 23 % *P. aeruginosa*, 7 % *K. pneumoniae*), plus rarement des coques Gram positifs (CGP : 33 % dont Staphylocoques 16 %, Entérocoques 12 %, Streptocoques 7 %). 8 % des patients présentaient une fongémie. Une colonisation multisite à BMR était présente chez 15 % des patients et s'accompagnait d'une septicémie à BMR dans 11 % des cas. La mortalité en réanimation était de 27 % avec décision de limitation des thérapeutiques actives pour 19 % des patients. La mortalité hospitalière était de 34 %. La seule comorbidité avec une tendance à la surmortalité hospitalière était la cirrhose (OR : 5,3 [0,93–29,8],

$p = 0,06$). L'infection VIH n'était pas grevée d'une surmortalité. Ni les caractéristiques de l'hémopathie (type ou réponse au traitement), ni la neutropénie n'étaient corrélées à une surmortalité contrairement à l'allogreffe (OR : 3,64 [1,03–12,75], $p = 0,04$). Une admission pour sepsis sévère ou choc septique n'entraînait pas de différence de mortalité. Ainsi, il n'y avait pas de différence de recours aux suppléances d'organes chez les patients vivants ou décédés à l'hôpital. Les infections à BGN s'accompagnaient plus souvent d'un choc septique que les infections à CGP (OR : 2,21 [1,86–4,13], $p = 0,01$), impliquaient plus souvent un cathéter manchonné (OR : 5,1 [1,05–24,7], $p = 0,04$) et étaient associées à un moindre recours à la ventilation mécanique (OR : 5,1 [0,28–0,95], $p = 0,03$) ou à l'épuration extra-rénale (OR : 0,47 [0,24–0,93], $p = 0,03$). À l'opposé, les infections à CGP étaient moins associées à un choc septique (OR : 0,51 [0,28–0,94], $p = 0,03$), avaient plus souvent pour porte d'entrée un cathéter veineux central de réanimation (OR : 2,3 [1,2–4,77], $p = 0,02$) et une tendance à plus d'infections de site implantable (OR : 2,22 [0,94–5,24], $p = 0,07$).

Discussion : La prédominance connue des BGN, la rareté des Staphylocoques dorés Méthicilline résistants, l'émergence des *Pseudomonas* et des BMR font partie des résultats les plus importants de cette étude. Ces facteurs ne sont pas corrélés à la mortalité, suggérant que l'antibiothérapie prescrite tient déjà compte de ces éléments. L'absence d'association significative entre fongémie et mortalité peut être liée à l'utilisation précoce des antifongiques.

Conclusion : Dans cette population de POH sélectionnés (80 % en bon état général), une bactériémie conduisant ou survenant en réanimation est associée à une mortalité hospitalière de 34 %. Les facteurs pronostiques de la mortalité ne sont pas liés aux caractéristiques microbiologiques. Une meilleure connaissance de ces données épidémiologiques pourrait permettre d'augmenter le nombre de traitements initialement adaptés.

SP078

Contrôle d'une épidémie à *Acinetobacter baumannii* producteur de carbapénémase par une décontamination par colimycine

F. Chemouni¹, F. Jaureguy², P. Karoubi¹, D. Seytre³, F. Gonzalez¹, M. Lescat², M. Lopez-Sublet⁴, F. Vincent¹, C. Clec'h¹, M. Laouisset⁵, B. Picard², Y. Cohen¹

¹Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

²Laboratoire de bactériologie, CHU Avicenne, Bobigny, France

³Service d'unité d'hygiène, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁴Service de médecine interne et de gériatrie clinique, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁵Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

Introduction : La mise en place de mesures d'isolement des patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) permet de réduire la dissémination de ces germes. Cette pratique ne permet pas toujours le contrôle des épidémies. Une autre méthode plus discutée consiste à tenter d'éradiquer le germe porteur de la résistance. Cette technique validée pour les patients porteurs de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline n'a jamais été décrite avec l'*Acinetobacter baumannii*. Nous avons tenté d'endiguer une épidémie d'*Acinetobacter baumannii* producteur de carbapénémase (ABPC), pour laquelle les mesures renforcées d'isolement se sont révélées inefficaces, par décontamination nasale et digestive par la colimycine.

Patients et méthodes : En juin 2011, nous avons observé une épidémie à ABPC qui s'est rapidement étendue dans le service de réanimation

malgré des mesures renforcées d'isolement appliquées à tous les patients. Conjointement au traitement parentéral en cas d'infection documentée, il a été réalisé pendant 14 jours une décontamination nasale et digestive par colimycine. En cas de récurrence de colonisation au décours de la décontamination, une seconde tentative a été réalisée selon les mêmes modalités. La recherche de colonisation à ABPC a été réalisée sur écouvillons rectaux et nasaux ensemencés sur géloses sélectives. Les prélèvements ont été réalisés 2 fois par semaine pendant la phase de progression de l'épidémie qui a duré 5 semaines, puis hebdomadaire jusqu'à la sortie du malade de l'établissement. L'éradication a été considérée comme efficace en cas de négativité des prélèvements pendant les 3 semaines suivant l'arrêt de la décontamination.

Résultats : Cette épidémie a touché 11 patients parmi lesquels 6 ont présenté une pneumopathie, microbiologiquement prouvée dans trois cas à ABPC. Trois patients sont décédés dont 2 de pneumopathies à ABPC et 1 sans lien avec ABPC. Au 12^e jour de cette épidémie, le portage de l'ABPC persistait chez tous les survivants. Le protocole de décontamination a été débuté sur ces 8 patients porteurs. Tous les prélèvements d'hygiène se sont négativés au plus tard dans les 6 jours suivant le début de la décolonisation. On a observé la réapparition

d'ABPC sur les prélèvements d'hygiène chez un seul patient 5 jours après la fin de la décontamination. La seconde décontamination a été un succès. Un autre patient initialement considéré comme décolonisé a présenté une infection urinaire à ABPC lors d'une réadmission, un mois après sa sortie de l'hôpital. La décontamination a été considérée comme un succès primaire chez les 6 autres patients. Aucun nouveau patient colonisé n'a été dépisté depuis. Les CMI de la colimycine sur les souches identifiées chez les 2 patients ayant présenté un échec de première tentative d'éradication sont restées identiques.

Discussion : Ces résultats suggèrent que le contrôle d'une épidémie à ABPC peut être obtenu par décontamination nasale et digestive associée aux mesures renforcées d'isolement. Compte tenu du faible effectif, il est nécessaire d'acquérir des données complémentaires concernant le taux de succès de la décontamination et de quantifier le risque de sélection de mutants résistants, non retrouvés dans notre étude.

Conclusion : Devant la survenue de plus en plus fréquente d'*Acinetobacter baumannii* producteur de carbapénémase, la décontamination nasale et digestive par colimycine, associée à des mesures renforcées d'isolement, permettrait le contrôle des épidémies.