

Infections diverses

Various infections

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

FC001

Épidémiologie des pneumonies aiguës communautaires graves

C. Lhommet^{1,2}, D. Bouvet³, S. Ehrmann^{1,2}, L. Méregghetti³,
A. Legras^{1,2}, E. Mercier^{1,2}, J. Mankikian^{1,2}, A. Joret^{1,2}, A. Guillon^{1,2},
R. Alzubaidy^{1,2}, S. Robert³, P.F. Dequin^{1,2}, D. Perrotin^{1,2}, A. Goudeau³,
D. Garot^{1,2}

¹Service de réanimation polyvalente, Centre hospitalier régional universitaire de Tours, France

²Clinical Research In Intensive Care And Sepsis (CRICS) Network, Tours, France

³Service de bactériologie et virologie, Centre hospitalier régional universitaire de Tours, Tours, France

Introduction : La connaissance de l'étiologie des pneumonies aiguës communautaires graves permet de guider le choix des traitements anti infectieux empiriques. Depuis quelques années, les méthodes diagnostiques utilisant la Polymerase Chain Reaction (PCR) se sont largement développées, permettant la détection du génome de nombreux pathogènes dans les prélèvements des patients atteints d'infections respiratoires, y compris chez les patients ayant déjà reçu une antibiothérapie. La PCR multiplex RespiFinder SMART 22[®] a été introduite en routine au CHU de Tours en novembre 2011, elle permet de détecter 21 microorganismes (15 virus à ARN, 2 virus à ADN et 4 bactéries) potentiellement responsables d'infections respiratoires. Nous avons étudié rétrospectivement l'épidémiologie des pneumonies aiguës communautaires chez les patients hospitalisés en réanimation polyvalente ou en unité de surveillance continue au CHRU de Tours entre le 1/11/2011 et le 2/05/2012. L'objectif de l'étude était de déterminer l'étiologie des pneumonies infectieuses aiguës communautaires graves depuis l'ajout de la PCR multiplex RespiFinder SMART 22[®] aux techniques habituelles de diagnostic microbiologique.

Patients et méthodes : Étude rétrospective chez tous les patients admis en réanimation polyvalente ou en unité de surveillance continue au CHRU de Tours pour pneumonie aiguë communautaire entre le 1/11/2011 et le 2/05/2012. Les dossiers ont été sélectionnés à partir du codage effectué pour chaque patient hospitalisé. L'analyse microbiologique comportait l'analyse des hémocultures, des antigènes urinaires (*Streptococcus pneumoniae* et *Legionella pneumophila*), des sérologies de germes intracellulaires (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* et *Coxiella burnetii*), des prélèvements respiratoires (aspiration trachéale ou lavage bronchoalvéolaire) et des aspirations nasopharyngées pour PCR multiplex RespiFinder SMART 22[®].

Résultats : Pendant les 6 mois de l'étude, 98 patients ont été admis en réanimation polyvalente ou en unité de surveillance continue pour pneumonie aiguë communautaire et ont été inclus dans l'étude. 9 patients ont eu une hémoculture positive ; la recherche d'antigène urinaire était positive dans 21 cas, la culture du prélèvement respiratoire était positive dans 17 cas. 69 patients ont eu une aspiration nasopharyngée pour PCR,

celle-ci était positive chez 43 patients (62%) : *Myxovirus influenzae* 15, *Bocavirus* 11, *Rhinovirus* 8, *Coronavirus* 5, *Métapneumovirus* 5, *Adenovirus* 4, *Mycoplasma pneumoniae* 7 et *Legionella pneumophila* 1. Pour 63 des 98 patients, au moins une bactérie ou un virus a pu être mis en évidence. Une étiologie bactérienne a été retrouvée pour 42 patients (26 infections à *S. Pneumoniae*). 19 (45 %) avaient une infection virale associée. La PCR permettait de détecter au moins un virus chez 40 des 69 patients pour lesquels une aspiration nasopharyngée avait été pratiquée. Dans 21 cas, seule une infection virale a pu être documentée. La mortalité des patients avec une pneumopathie bactérienne isolée était de 9 % versus 16 % chez les patients co-infectés.

Discussion : La PCR a permis d'augmenter le taux de documentation microbiologique des pneumonies aiguës communautaires graves. Une étiologie infectieuse a ainsi pu être documentée chez 63 des 98 patients étudiés : 23 Infections bactériennes, 21 infections virales et 19 co-infections.

Conclusion : Notre étude confirme la fréquence de la détection de virus dans les pneumonies aiguës communautaires, seuls ou associés aux bactéries, même si la pathogénie de certains virus reste pour l'instant incertaine. La PCR multiplex permet d'élargir le diagnostic microbiologique dans les pneumonies aiguës communautaires.

Bibliographie

1. Johansson N, Kalin M, Tiveljung-Lindell A, et al (2010) Etiology of community-acquired pneumonia: increased microbiological yield with new diagnostic methods. Clin Infect Dis 50:202-9
2. Choi SH, Hong SB, Ko GB, et al (2012) Viral infection in patients with severe pneumonia requiring intensive care unit admission. Am J Respir Crit Care Med 186:325-32

FC002

Les facteurs pronostiques des méningites à pneumocoque aux urgences

K. Khaleq¹, G. Tchamdja¹, K. Zerouali², N. Mdarghri², H. Louardi¹
¹Réanimation, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc
²Laboratoire, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Les méningites à Pneumocoque sont les plus fréquentes des méningites bactériennes de l'adulte [1]. Elles sont graves du fait de la sévérité de leur pronostic et des séquelles qu'elles engendrent. Le but du travail est d'analyser leurs facteurs pronostiques.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective étalée sur une période de 4 ans et demi allant de janvier 2007 à septembre 2011. Étaient inclus, les patients adultes hospitalisés au service d'accueil des urgences du CHU IBN ROCHD de Casablanca pour méningite et chez qui l'étude cytotactériologique du LCR a mis en évidence le *Streptococcus pneumoniae*. Les paramètres étudiés étaient les données démographiques, cliniques, radiologiques et évolutives. Deux groupes

de patients ont été comparés : les survivants et les décédés, en analyse univariée avec un seuil de significativité fixé à 5 %.

Résultats : 37 cas de méningites à pneumocoque ont été enregistrés avec une prédominance masculine. L'âge moyen des patients était de 43 ans (extrêmes 20 et 80 ans). Le facteur de risque le plus fréquent était la brèche ostéoméningée. Le syndrome méningé et le trouble de conscience fébriles étaient les principaux motifs d'admission. Le GCS moyen était de 10,4. Le LCR était trouble chez 25 patients et purulent chez les autres avec hypoglycorachie et hyperalbuminorachie. L'examen cytotabactériologique a permis d'isoler un Pneumocoque sensible à la pénicilline dans la majorité des cas. La TDM cérébrale a révélé des anomalies dans 72,97 % des cas. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie à base de C3G alors que 75,67 % d'entre eux ont bénéficié d'une ventilation mécanique. Le taux de mortalité était de 45,94 %. A l'admission les facteurs de mauvais pronostic étaient : l'âge > 45 ans, le délai d'hospitalisation > 48 h, le GCS < 10, les signes de choc et le recours à la ventilation mécanique. Au cours de l'hospitalisation, les complications telles que l'œdème cérébral et le choc septique se sont révélées comme des facteurs péjoratifs de la méningite à pneumocoque.

Conclusion : Les méningites à Pneumocoque sont des affections graves qui mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel avec un risque de séquelles neurologiques et sensorielles. La connaissance des facteurs péjoratifs permettrait d'améliorer la prise en charge des patients dès l'admission afin de réduire la mortalité et la morbidité qui restent élevées malgré une antibiothérapie adéquate.

Référence

1. Hamdad F, Canarelli B, Rousseau F, et al (2007) Streptococcus pneumoniae meningitis in Amiens Hospital between 1990 and 2005. Bacteriological characteristics of strains isolated. *Pathol Biol (Paris)* 55(8-9):446-52

FC003

Évaluation de la préparation des SAU à l'accueil et la prise en charge des agents du risque épidémique et biologique

T. Kamel¹, C. Rapp²

¹Service de réanimation polyvalente, CHR, hôpital de la Source, Orléans, France

²Maladies infectieuses Saint-Mandé, hôpital d'instruction des armées Bégin, Saint-Mandé, France

Introduction : L'expérience canadienne avec le syndrome respiratoire aigu sévère de 2003 due au coronavirus démontre la vulnérabilité des systèmes de soins aux épidémies intra hospitalières dues aux agents du risque épidémique et biologique. Ces agents à forts potentiels de létalité et de transmission interhumaine justifient des mesures d'isolements dans des chambres à pressions négatives dès l'arrivée aux urgences et en réanimation afin de limiter la contamination du personnel hospitalier, et des patients eux-mêmes et donc avant la flambée d'une épidémie locale. Le but de cette étude est de faire le point sur l'état de préparation et la capacité de réponse des Services d'accueils et d'urgences face aux menaces d'agents du risque épidémique et biologique en France métropolitaine. Ces menaces peuvent être saisonnières et naturelles provoqués par le coronavirus par exemple ou provoqués l'homme volontairement dans le cadre du bioterrorisme. L'objectif principal : évaluation de l'état de préparation des SAU à l'accueil et la prise en charge des agents du risque épidémique et biologique.

Patients et méthodes : Étude observationnelle réalisée au sein des Services d'accueils et d'urgences de la France métropolitaine entre le 28 décembre 2012 et le 30 mars 2013.

L'étude a concerné tous les hôpitaux de préfectures de la métropole, ainsi les quatre-vingt-seize départements étaient inclus dans cette évaluation.

Résultats : La participation est de 91 %. 25 % des centres disposaient d'accueils spécifiques au risque épidémique. Les salles d'attentes sont disponibles dans 15,9 % des cas. Les chambres d'isolements sont présentes dans 39 % des cas, mais seulement 31 % d'entre elles disposaient d'un SAS à l'entrée et quatre seulement disposaient de ventilation à pression négative, ces chambres sont quotidiennement utilisés par des non contagieux dans 90 % des cas. Une infirmière d'accueil et d'orientation était en place dans 69 % des cas. 40 % d'entre elles ; avaient déjà eu une formation sur les risques épidémiques et biologiques. En cas d'épidémie, le renfort en personnel soignant provenait principalement de l'équipe du SAU (89 %), la suppléance de l'hôpital pour 28 % des centres, et une astreinte opérationnelle dans 23,8 % des cas. 88 % des services d'urgences possèdent un référent en risque épidémique et biologique ; Tous les hôpitaux utilisaient des procédures standardisées rédigées et validées par le CLIN, et disposaient de protocoles écrits pour la grippe 80 %, la rougeole 47 %, le charbon 30 %, la varicelle 25 %, et enfin la fièvre virale hémorragique dans 19 % des cas.

Pour les systèmes d'alertes épidémiques proposés dans l'étude, 51 % des personnes interrogées (dont 25 % de médecins) disent ne pas les connaître.

Discussion : Cette étude pilote est inédite, son échantillon est représentatif, Le constat n'est malheureusement pas rassurant, car les SAU sont très mal dotés en structures d'isolements vis-à-vis du risque épidémique et biologique, son personnel est peu formé et n'ayant pas la culture de surveillance épidémiologique ; Alors qu'idéalement et dans toutes les régions, les hôpitaux doivent se doter de procédures permettant d'aménager un circuit, des locaux, et une organisation dédiés, pré-identifiés, immédiatement reconvertible de leur usage quotidien vers cette fonction dès lors qu'un patient est suspect d'infection risque épidémique et biologique.

Conclusion : Le déficit de structures d'isolements et le manque de préparation des services d'urgences en France vis-à-vis des infections à risques épidémique et biologique est réel.

FC004

Cohorte prospective de patients sous micafungine en réanimation en France (MYRIADE)

J.F. Timsit¹, N. Milpied², B. Gachot³, G. Leverger⁴

¹Service de réanimation médicale et infectieuse, hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

²Hématologie clinique et thérapie cellulaire, CHU de Bordeaux, hôpital Haut-Lévêque, Pessac, France

³Département de soins aigus, institut Gustave-Roussy, Villejuif, France

⁴Hématologie oncologie pédiatrique, hôpital Armand-Trousseau, Paris, France

Introduction : La micafungine est indiquée pour le traitement des candidoses invasives ou œsophagiennes et la prévention des infections à *Candida* en cas d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ou de neutropénie attendue pendant 10 jours minimum. L'objectif de l'étude était de décrire les conditions de son utilisation en vie réelle en réanimation.

Patients et méthodes : Entre janvier 2010 et décembre 2012, un total de 320 patients a été inclus par 34 médecins réanimateurs. Chaque patient a reçu une note d'information écrite et a été suivi jusqu'à la fin du traitement.

Résultats : La population étudiée a été de 275 adultes (> 16 ans) et 45 enfants (dont 29 prématurés), 64,1 % de sexe masculin. Cent-soixante-trois adultes (59,3 %) présentaient une défaillance d'organe contre 3

(6,7 %) chez les enfants. Soixante-douze adultes avaient une tumeur solide (26,2 %) et trois enfants une hémopathie maligne (6,7 %). Une intervention chirurgicale avait été réalisée chez 150 adultes (54,5 %) et 12 enfants (26,7 %), de localisation intra-abdominale chez 113 adultes (75,3 %) et 4 enfants (33,3 %). Les autres facteurs de risques étaient l'utilisation de procédures invasives chez 178 adultes (64,7 %) et 16 enfants (35,6 %) ou une antibiothérapie prolongée chez 150 adultes (54,5 %) et 14 enfants (31,1 %). Un traitement antifongique systémique avait été prescrit dans le mois précédant la mise sous micafungine chez 90 adultes (37,7 %) et 10 enfants (22,2 %). La micafungine a été prescrite à visée curative chez tous les patients, pour une infection prouvée (n = 80, 28 % d'adultes et 6,7 % d'enfants) ou probabiliste. Chez les 80 patients ayant une infection prouvée, 106 prélèvements étaient positifs à *Candida* avant instauration du traitement, principalement au niveau des sites suivants : liquide péritonéal per opératoire ou par ponction per cutanée (42,5 %), hémoculture (30,2 %) et cathéter (14,2 %). Quarante-et-un patients présentaient une infection intra-abdominale seule (51,2 %), 23 une candidémie seule (28,8 %) et 4 les deux (5 %). Douze patients (15 %) avaient un autre site infectieux associé ou non à une candidémie. La dose médiane journalière a été de 100 mg chez l'adulte ([min/max] 50-200) et de 7 mg chez l'enfant ([min/max] 1-110). La durée moyenne de traitement a été de 10,9 jours (\pm 10,9) chez l'adulte et 13,6 jours (\pm 7,5) chez l'enfant. Douze adultes ont reçu une dose journalière supérieure à 100 mg. Deux cent patients (62,5 %) ont atteint les objectifs thérapeutiques en fin de traitement (41/80 en curatif et 159/240 en probabiliste). La micafungine a été arrêtée chez 58 patients (19/80 en curatif et 39/240 en probabiliste) pour désescalade thérapeutique avec une durée médiane de traitement de 5 jours chez les patients présentant une candidose invasive et 4 jours chez les autres. Les investigateurs ont déclaré l'inefficacité du traitement chez 14 patients sur 320, dont 3 avec une infection bactérienne et un décès par défaillance multi-organique. L'incidence des événements indésirables liés à la micafungine a été de 3,3 % chez l'adulte et 2,2 % chez l'enfant. La fonction hépatorenale n'était pas statistiquement altérée après traitement par micafungine, excepté pour les phosphatases alcalines ($p < 0,0001$). Le taux de survie a été de 55 % à trois mois et 30 % six mois après l'initiation de micafungine avec une survie significativement meilleure chez les enfants ($p = 0,01$). Les 58 patients chez qui une désescalade thérapeutique a été réalisée ont présenté une survie significativement meilleure (80 % à 3 mois, $p = 0,02$).

Conclusion : En services de réanimation, la micafungine a exclusivement été utilisée dans un but curatif et s'est montrée efficace cliniquement chez plus de deux tiers des patients. Le pronostic était meilleur chez les enfants et chez les patients bénéficiant d'une désescalade

thérapeutique. La tolérance observée dans cette population est comparable aux autres produits de la même classe.

FC005

Évolution des infections nosocomiales dans un service de réanimation médicale. Suivi sur 16 ans

J.L. Baudel¹, F. Barbut², A. Galbois³, H. Ait-Oufella³, G. Offenstadt³, E. Maury³, B. Guidet³

¹Service de réanimation médicale, APHP-CHU Saint-Antoine, Paris, France

²UHLIN, hôpital Saint-Antoine, Paris, France

³Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Suivre l'évolution des infections nosocomiales (infections urinaires, des cathéters centraux (KTC) et artériels (KTA), pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM), bactériémies) et des microorganismes retrouvés dans un service de réanimation médicale durant 16 ans.

Patients et méthodes : Étude rétrospective des densités d'incidence (DI) des infections urinaires (I), des infections sur KTC et KTA, des PAVM, des bactériémies (B) du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2012 se basant sur le recueil continu des infections nosocomiales du service de réanimation médicale de l'hôpital Saint-Antoine. Toutes les infections sont prospectivement colligées depuis le 1^{er} janvier 1997. Les critères diagnostiques de ces différentes infections sont ceux du Comité Technique nationale des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS).

Résultats : Durant cette période, 14 464 patients ont été hospitalisés dans le service (âge moyen 59,4 ans, IGS II moyen : 40,83). L'évolution de la DI PAVM est quasiment en plateau depuis 2003 (moyenne 16,1 ‰) de même que l'évolution de la DI B depuis 2005 (moyenne 10,6 ‰). Au niveau des DI KTC et DI KTA, il existe un quasi parallélisme de leur évolution en particulier au niveau des pics des infections, les KTC s'infectant de 3 fois plus que les KTA. La chute de la DI I à partir de 2008 est dû au fait que seules les infections urinaires symptomatiques ont été retenues. La DI I est stable depuis (moyenne 2,7 ‰).

Au niveau des microorganismes retrouvés, les bacilles gram négatifs sont largement majoritaires avec une augmentation depuis 2010 des klebsielle et des *enterobacter* ainsi que du *stenotrophomonas maltophilia*.

72 % des klebsielle, 49 % des *enterobacter* et 38 % des *E. coli* ont une BLSE.

	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
DI B			4,2		5,7	6,4	7,8	6,8	9,2	12,5	8,7	10,2	10,1	11,6	9,5	13,1
PAVM	8,2	9,2	5,6	9,4	8,3	5,2	17	12,2	16,7	15	16,5	12,2	16,9	18,4	18,1	17,9
KTA	1,6	1,1	1,3	0	1,1	3	1,4	1,2	0,3	2,9	1,9	2,9	2,3	4,2	1,9	2,7
KTC	3,6	8,5	3,7	12,1	6,7	6,3	4,9	3,8	7,8	12,5	6,9	2,6	4,4	9,5	5,9	8,6
I	11,7	13,7	14,7	21,1	16,8	14,9	18,4	9,6	2,7	11,7	15,4	3,2	2,9	2,4	1,8	3,2

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SARM	6	6	3	7	3	1	0	3	4	1	3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ticar R	3	9	13	10	11	4	5	9	10	9	29
<i>E. coli</i> amoxi R	7	8	19	10	14	15	11	11	16	18	22
<i>Enterobacter</i>	6	8	3	8	11	13	7	5	14	5	22
Klebsielle	4	7	4	5	6	7	2	5	20	7	16
<i>Acinetobacter</i>	1	4	4	2	0	0	0	4	2	1	0
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1	0	2	4	3	1	2	1	7	9	9
<i>Candida</i>	4	3	7	7	5	4	1	4	4	2	6

Conclusion : Malgré le suivi des infections nosocomiales depuis 16 ans dans notre service, la densité d'incidence de certaines d'entre elles ne diminue pas (PAVM et bactériémies demeurant constantes). La part des micro-organismes résistant aux antibiotiques est devenue de plus en plus importante surtout durant les trois dernières années de notre étude (BLSE pour les bacilles gram négatifs principalement).

FC006

Risque de développer une infection à EBLSE selon le site de l'infection, à l'admission et au cours du séjour en réanimation chez les porteurs d'EBLSE

K. Razazi¹, A. Mekontso Dessap¹, C. Jansen², P. Lesprit², N. de Prost¹, C. Brun Buisson¹

¹Réanimation médicale, APHP H.-Mondor, Créteil, France

²Cepi, APHP H.-Mondor, Créteil, France

Introduction : Les entérobactéries productrices de Bêtalactamases à spectre élargi (EBLSE) ont une incidence croissante depuis le début des années 2000. Cette pandémie mondiale est associée à une dissémination aux patients communautaires. Le risque de développer une infection à EBLSE chez un patient porteur d'EBLSE est mal connu. L'objectif est de déterminer le risque, pour un patient porteur d'EBLSE de développer une infection à EBLSE à l'admission et au cours du séjour en réanimation selon le site de l'infection.

Patients et méthodes : Étude prospective sur 4 ans d'avril 2009 à mai 2013 dans un service de réanimation d'un hôpital universitaire de 24 lits.

Résultats : Quatre cent trente-sept patients étaient porteurs au niveau rectal d'EBLSE à l'admission durant cette période. Parmi ces porteurs, 246 patients présentaient une infection à l'arrivée en réanimation, dont 31 (12,6 %) étaient dues à une EBLSE ; 131 patients avaient une infection pulmonaire (7 à EBLSE, toutes nosocomiales, soit 5,3 %), 39 une infection urinaire (17 à EBLSE soit 44 %, 10 nosocomiales, 4 associées aux soins), 30 une infection abdominale (5 à EBLSE soit 17 %), 12 une infection de cathéter (2 EBLSE soit 17 %) et 36 d'autres infections (méningites, endocardites...) (aucune EBLSE). Cent soixante patients ont acquis un portage rectal d'EBLSE au cours du séjour. On observe 131 infections acquises en réanimation après portage rectal positif à EBLSE (à l'admission ou acquis). La majorité des infections étaient pulmonaires (n = 90) avec un risque d'infection à EBLSE de 33 % (11 % si non ventilé et 39 % si PAVM). Le risque d'infection urinaire, abdominale ou de cathéter acquises en réanimation à EBLSE est le même qu'à l'admission respectivement 53 %, 17 % et 17 %.

Conclusion : Le risque d'infection à EBLSE chez un porteur dépend en grande partie du site de l'infection et de la localisation du patient lors de l'infection : chez un patient porteur d'EBLSE, le risque d'infection à EBLSE est nul en cas de pneumopathie communautaire, mais il est élevé pour une PAVM ou une infection urinaire (à l'admission ou acquise en réa).

FC007

Évaluation de l'impact de la colonisation à différentes espèces d'entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi

F. Chemouni¹, C. Clec'H¹, F. Gonzalez¹, N. Bonnet², P. Karoubi¹,

J. Martin¹, J. Oziel¹, Y. Cohen¹

¹Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

²Réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

Introduction : La prévalence du portage d'entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi (EBLSE) est en constante augmentation dans les services de réanimation. Certains de ces services dépistent spécifiquement ce portage en vue de réduire le risque de transmission et d'adapter le cas échéant l'antibiothérapie probabiliste à la colonisation du patient. L'évolution de la prévalence des EBLSE varie selon les espèces. La tendance actuelle est à une augmentation rapide de la prévalence d'*E. Coli* tandis que l'augmentation de la prévalence de *K. Pneumoniae* est discrète et que celle d'*E. Cloacae* semble stagner. Nous avons cherché à évaluer la conséquence de ce phénomène épidémiologique en comparant l'impact de la colonisation à *K. Pneumoniae*, *E. Cloacae* et *E. Coli*.

Patients et méthodes : L'étude a été menée entre janvier 2010 et juin 2013 dans le service de réanimation de l'hôpital Avicenne, qui comporte 16 lits. Tous les patients sont systématiquement dépistés par écouvillon rectal à l'entrée puis de manière hebdomadaire. Nous avons suivi tous les patients colonisés à EBLSE, comparé leurs antécédents, les caractéristiques de leur séjour, la survenue d'épisodes infectieux en cours de séjour et leur pronostic.

Résultats : 253 patients ont été identifiés colonisés à EBLSE pendant la période étudiée. 122 étaient colonisés à *E. Coli* BLSE, 90 à *K. Pneumoniae* et 61 à *E. Cloacae*. Les trois groupes de patients étaient comparables en termes de données démographiques, de motif d'entrée et de gravité. La colonisation à *E. Coli* était significativement plus fréquemment présente dès l'admission en réanimation (75 %) que celles à *K. Pneumoniae* (51 %) et à *E. Cloacae* (48 %). La fréquence des infections à germes non BLSE était équivalente dans les 3 groupes. En revanche, le taux d'infection à l'espèce colonisatrice était significativement plus élevé avec *E. Cloacae* (18 %) et *K. Pneumoniae* (14 %) qu'avec *E. Coli* (3%). La durée moyenne de séjour est également plus courte chez les patients colonisés à *E. Coli* (15 j) que celle des patients colonisés à *K. Pneumoniae* (30 j) et *E. Cloacae* (28 j).

Conclusion : En dépit d'une présence de plus en plus élevée dans la flore des patients de réanimation, l'*E. Coli* semble s'associer à un taux d'infection moindre. Ceci pourrait signifier une virulence moindre des souches d'*E. Coli* BLSE communautaires. Ces résultats incitent à prendre plus fortement en compte la colonisation à *K. Pneumoniae* BLSE et à *E. Cloacae* BLSE lors du traitement empirique des infections nosocomiales.

FC008

Réunion pluridisciplinaire dans l'endocardite infectieuse : faisabilité et premiers résultats

P. Bizouarn¹, D. Boutoille², N. Asseray², S. Pattier³, O. Al Habash⁴,

J. Caillon⁵, C. Bretonniere⁶

¹Anesthésie-réanimation, CHU de Nantes, hôpital Guillaume et René-Laennec, Nantes, France

²Infectiologie, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

³Cardiologie, CHU de Nantes, hôpital Guillaume-et-René-Laennec, Nantes, France

⁴Chirurgie cardiaque, CHU de Nantes,

hôpital Guillaume-et-René-Laennec, Nantes, France

⁵Bactériologie, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

⁶Service de réanimation médicale polyvalente, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

Introduction : Les endocardites infectieuses nécessitent une approche multidisciplinaire. Dans cette perspective, une réunion pluridisciplinaire « endocardite » pourrait s'avérer utile pour permettre une prise en charge concertée et adaptée et un suivi rigoureux tout le long du parcours du patient [1,2]. Le but de ce travail était de rapporter les

premiers résultats de la création de cette nouvelle organisation dans un centre.

Patients et méthodes : Un groupe multidisciplinaire (infectiologues, bactériologistes, cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes-réanimateurs, neuroradiologues, anatomopathologistes) a été créé dans notre centre fin 2012 (regroupant 2 hôpitaux). Un staff multidisciplinaire hebdomadaire a débuté fin février 2013 dans le service d'hémodynamique, où les échographies pouvaient être relues. Une fiche « endocardite » a été créée, résumant les caractéristiques du patient et notant la décision prise. Une base de données électronique est également en cours de construction, permettant la constitution d'une cohorte locale.

Résultats : A six mois du début des staffs, 101 dossiers ont été présentés (19 séances ; 4 à 10 dossiers/séance [médiane = 6 dossiers] ; 1 à 5 nouveaux dossiers/séance [médiane = 3]), pour 64 patients (21 dossiers de patients ont été revus, 9 dossiers ont été revus plus de 2 fois). L'âge médian des patients (51 hommes) était de 65 ans (de 19 à 87 ans). Dans plus de 50 % des cas, l'échographie a pu être relue. Les atteintes et la prise en charge se répartissaient comme suit : Valve mitrale seule (n = 17 dont 4 sur prothèse ; 9 opérées ; 2 probables

traitées médicalement ; 1 contre-indiquée à la chirurgie ; 2 en attente de chirurgie) ; valve aortique seule (n = 26 dont 6 sur prothèse ; 12 opérées ; 2 contre-indiquées à la chirurgie ; 3 en attente de chirurgie) ; sondes endocavitaires (n = 6 ; 3 ôtées ; 1 contre-indiquée à l'ablation) ; valve tricuspide (n = 5 ; traitement médical seul). Une endocardite avait été suspectée 8 fois et finalement infirmée. Il était à noter que dans la même période, 66 patients étaient cotés « endocardite » dans le PMSI, mais seulement 23 patients étaient présentés au staff (taux de discordance supérieur à 50 %).

Conclusion : Ces premiers résultats ont permis de montrer qu'une réunion pluridisciplinaire « endocardites » était possible et qu'elle a permis de prendre rapidement et de manière concertée une décision, malgré la présence d'un grand nombre d'acteurs impliqués dans la prise en charge de ces patients.

Références

1. Wirth G (2013) Médecine et Maladies Infectieuses
2. Botelho-Nevers E, Thuny F, Casalta JP, et al (2009) Dramatic reduction in infective endocarditis-related mortality with a management-based approach. *Arch Intern Med* 169:1290-8