

Diagnostique en pathologie infectieuse

Diagnosis in infectious disease

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP216

L'apport des examens bactériologiques au service des urgences

K. Khaleq, Y.J. Bassono, M. Mouhaoui, K. Yaqini, H. Louardi
Service d'accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Bien que soumis à de nombreuses contraintes, les prélèvements bactériologiques s'imposent souvent en urgence avant l'instauration d'une antibiothérapie. Nous rapportons ici un aperçu de notre pratique en matière d'usage des examens bactériologiques au sein du service des urgences.

Matériels et méthodes : Les résultats des prélèvements bactériologiques ont été systématiquement collectés sur une période de deux ans allant de 2008 à 2009. Une analyse critique des données recueillies portant sur les pourcentages de positivité, l'écologie microbienne, la sensibilité aux antibiotiques et l'impact sur la gestion des malades s'en est suivi.

Résultats : Trois cent quatre-vingt-huit prélèvements bactériologiques ont été effectués dont 75 % de ponctions lombaires, 18 % d'hémocultures et 14 % d'examens cytotactériologiques des urines (ECBU). Sur les 292 ponctions lombaires réalisées, 173 étaient négatives et 119 positives soit 41 % de positivité. La positivité était retenue dans 74 % sur les données de l'étude cytologique. L'examen direct était positif dans (19 %). L'identification du germe était possible dans 68 cas (44 %) grâce aux antigènes solubles, à la culture ou à l'association des deux. Sur les 66 hémocultures réalisées, 35 étaient stériles (53 %), 19 contaminées (29 %) et 14 positives (18 %). Cinquante-trois ECBU ont été réalisés dont 23 positives (43 %). Seulement 18 prélèvements bronchiques ont été réalisés dont dix positifs (77 %). Les germes isolés étaient multisensibles aux antibiotiques courants.

Conclusion : Il ressort la fréquence de réalisation des ponctions lombaires motivée par le souci de diagnostic précoce de méningite. Par contre, des efforts sont encore à faire en ce qui les hémocultures, les prélèvements bronchiques et les ECBU qui ont pourtant des indications larges. (H. Mallat et al. MMI 2004). Cela passe par une sensibilisation du personnel médical et paramédical ainsi que la mise à disposition de matériel nécessaire. Au vu de toutes ces contraintes, il se pose justement la question de la place des marqueurs biologiques du sepsis dans la décision de l'antibiothérapie en urgence.

SP217

Apport de l'antigénurie de pneumocoque dans la documentation microbiologique des pneumonies aiguës communautaires en réanimation

C. Bretonnière¹, A.H. Quérard¹, M. Valette², S. Jaffré², M.E. Juvin³, P. Bémer³, C. Guitton¹, S. Chollet², D. Villers¹

¹Service de réanimation médicale polyvalente, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

²Service de pneumologie, CHU de Nantes, hôpital Guillaume-et-René-Laënnec, Nantes, France

³Laboratoire de bactériologie, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

Introduction : Le diagnostic microbiologique des pneumonies aiguës communautaires reste un challenge difficile. Nous avons souhaité évaluer l'apport de l'antigénurie de pneumocoque en pratique clinique courante.

Matériels et méthodes : L'étude a été menée sur deux unités de réanimation adultes, au cours du premier trimestre 2010. Elle a consisté en l'analyse rétrospective exhaustive des dossiers des patients admis pour une pneumonie aiguë communautaire pendant l'année 2009 dans l'un des deux services. Les caractéristiques des patients, de l'épisode infectieux, la documentation microbiologique ont été colligées. Les données ont été croisées avec celles du service de bactériologie.

Résultats : *Population :* Quarante-vingt-seize patients ont été inclus : 30 femmes, 66 hommes. L'âge moyen était de 54 ± 20 ans, la durée moyenne d'hospitalisation de $9,5 \pm 12$ jours. La mortalité dans l'unité a été de 15 %. Près de 60 % des patients étaient ventilés ; plus de 50 % présentaient un choc septique. *Antibiothérapie :* Quarante-vingt-dix pour cent des patients reçurent pour traitement probabiliste initial une association (C3G-macrolide le plus souvent). Dans 44 % des cas, une désescalade était réalisée. La durée de l'antibiothérapie était de 6,8 jours. *Microbiologie :* Un seul patient (96) n'a bénéficié d'aucun prélèvement. Les hémocultures ($n = 84$) étaient positives pour 22 patients (26 %). Un ECBC était réalisé chez 19 patients, s'avérant positif quatre fois (21 %). Le LBA ($n = 41$) fut contributif dans 50 % des cas ($n = 20$). Concernant les antigénuries de légionelles, 82 furent réalisées dont quatre positives. Les antigénuries de pneumocoques étaient ainsi réparties : non réalisées ($n = 27$), négatives ($n = 47$), positives ($n = 22$, soit 32 %). Parmi les patients présentant une antigénurie pneumococcique positive, huit avaient une hémoculture concomitante positive, sept un prélèvement respiratoire (LBA, ECBC) positif et un un prélèvement pleural positif. Parmi les patients présentant une antigénurie pneumococcique négative, deux avaient des hémocultures positives.

Discussion : Les hémocultures, fréquemment utilisées dans nos unités, ont le rendement attendu pour ces épisodes de pneumonies aiguës communautaires graves. Les prélèvements respiratoires s'avèrent également rentables. L'antigénurie de légionelles malgré ses limites garde une place certaine. En revanche, l'antigénurie de pneumocoque, dans ce type de pathologie, nous semble devoir être abandonnée tout au moins dans le bilan initial. Elle pourrait conserver une place à 72 heures de l'admission en cas de bilan initial négatif.

Conclusion : L'apport de l'antigénurie de pneumocoque dans le bilan microbiologique initial chez les patients admis en réanimation pour une pneumonie aiguë communautaire apparaît faible. Cette procédure diagnostique a ainsi été abandonnée dans les unités dans lesquelles cette étude a été réalisée.

Référence

1. Falguera M, Ruiz-González A, Schoenenberger JA, et al (2010) Prospective, randomised study to compare empirical treatment versus targeted treatment on the basis of the urine antigen results in hospitalised patients with community-acquired pneumonia. *Thorax* 65(2):101–6

SP218

Le dosage d'amylase dans la trachée : un nouveau marqueur de micro-inhalation bronchique du patient intubé

B. Filloux¹, A. Boyer¹, A. Bedel², J. Matthiaux³, B. Clouzeau¹, H.N. Bui¹, F. Vargas¹, G. Hilbert¹, D. Gruson¹

¹Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU Pellegrin-Tripode, Bordeaux, France

²Laboratoire biochimie, CHU Pellegrin-Tripode, Bordeaux, France

³Service de pneumologie, CHU hôpital Haut-Lévêque, Bordeaux, France

Introduction : Un des facteurs de risque de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) est la micro-inhalation répétée du contenu oropharyngé. L'amylase salivaire est sécrétée dans l'oropharynx, et notre étude a pour objectif de mesurer si elle pourrait constituer un marqueur de ces micro-inhalations.

Patients et méthodes : Neuf patients intubés avec une sonde d'aspiration sous glottique (ASG) ont été inclus. À partir de h48, nous avons réalisé une ASG suivie d'une aspiration buccale (AB) et d'une aspiration trachéale (AT), répétées à quatre reprises lors d'une même journée. Au total, 114 aspirations ont été réalisées. Parallèlement, nous avons mesuré l'amylase dans la trachée de deux patients témoins non intubés (AT lors d'une fibroscopie bronchique). Les échantillons sont fluidifiés par dilution dans de la N-acétyl-cystéine (NAC) puis centrifugés. L'amylase est dosée dans le surnageant (AU5400 Olympus). La stabilité de ce test a été mesurée en présence de lidocaïne (pour les témoins), de Prexidine® (soins de bouche) et de NAC (fluidifiant).

Résultats : Les neuf patients avaient 66 ± 14 ans. L'étude a eu lieu à j3, j4 et j7 pour respectivement quatre, trois et deux patients. L'horaire des premier, deuxième, troisième et quatrième prélèvements était respectivement de 10 h, 14 h 20 min, 16 h 25 min, 20 h 05 min. Les volumes médians d'AB, ASG, AT étaient de 1 [1–2], 1 [0,1–2,9], 1 ml [0,5–2,8] (Tableaux 1 et 2). On retrouvait dans la trachée 5 % [2–11] et 2 % [1–9] de l'amylase présente dans les ASG et les AB respectivement.

	Témoin	Lidocaïne	Prexidine®	NAC
Amylase buccale	127 000	143 738	130 000	145 500

Médiane [1 ^{er} Q–3 ^e Q]	AB (n = 33)	ASG (n = 26)	AT (n = 30)
Patients (n = 9)	368 200 [208 400–679 000]	90 850 [58 725–116 175]	4 020 [2 015–44 984]
Témoins (n = 2) ; moyenne	NA	NA	179

Discussion : Nous avons retrouvé un dosage d'amylase trachéale étonnamment élevé chez un seul patient (304 000 [214 260–322 400] ; médiane + IQ). Une heure après le dernier prélèvement, ce patient a nécessité une réintubation pour ballonnet poreux.

Conclusion : Le dosage d'amylase semble être un outil simple, peu cher et pertinent pour évaluer les micro-inhalations du contenu oropharyngé d'un patient intubé en réanimation.

SP219

Diagnostic bactériologique des pneumopathies liées aux soins par prélèvement distal protégé sous fibroscopie : étude prospective observationnelle monocentrique

G. Lacroix¹, B. Prunet¹, J. Bordes¹, Y. Asencio¹, T. Gaillard², S. Pons², G. Delort³, E. Meaudre¹, P. Goutorbe¹

¹Département d'anesthésie et réanimation, HIA Sainte-Anne, Toulon, France

²Fédération des laboratoires, HIA Sainte-Anne, Toulon, France

³Service d'accueil des urgences, HIA Sainte-Anne, Toulon, France

Introduction : L'épidémiologie des pneumopathies liées aux soins comprend à la fois des bactéries communautaires et des bactéries multirésistantes. C'est pourquoi les recommandations internationales reposent sur une antibiothérapie probabiliste à large spectre. Cette stratégie est efficace mais expose aux risques de pression de sélection et de surcoût. Actuellement, les hémocultures constituent l'examen bactériologique le plus utilisé. Hypothèse : un prélèvement par microlavage alvéolaire sous fibroscopie serait plus efficace que les hémocultures pour l'identification microbiologique.

Patients et méthodes : Après accord du comité d'éthique de l'hôpital, nous avons inclus les patients présentant une pneumopathie liée aux soins diagnostiquée aux urgences. Les patients sous antiagrégants ou anticoagulants étaient exclus. Un microlavage alvéolaire était réalisé sous fibroscopie, soit ventilation non invasive, soit après intubation et ventilation mécanique si l'état clinique le nécessitait. Dans le même temps, des hémocultures étaient recueillies. À 72 heures, lorsque cela était possible, l'antibiothérapie était adaptée.

Résultats : Entre 2008 et 2010, nous avons inclus 54 patients. Trente-sept prélèvements ont été faits sous ventilation non invasive et 17 après intubation. Lorsqu'une antibiothérapie n'avait pas été débutée avant l'admission aux urgences, le taux d'identification par microlavage alvéolaire a été de 76,2 % et de 21,2 % dans le cas contraire ($p < 0,001$). Dans tous les cas où une identification a été obtenue ($n = 24$), une désescalade a été possible au troisième jour. Il n'y a pas eu de complication liée à la fibroscopie (Tableau 1).

Réalisation de la fibroscopie	Avant antibiothérapie	Antibiothérapie préalable	Tous les patients
Nombre	21	33	54
Âge (moyen ± ET)	67 ± 14	71 ± 12	69,5 ± 13
Fine (score) [moyen ± ET]	134 ± 32	156 ± 38	147 ± 37
<i>Bactériologie : identification</i>			
Microlavage (n, %)	16 (76,2 %)	7 (21,2 %)**	23 (42,6 %)
Hémocultures (n, %)	2 (9,5 %)*	4 (12,1 %)*	6 (11,1 %)*
* $p < 0,01$ versus microlavage ; ** $p < 0,001$ versus avant antibiothérapie.			

Discussion : Le microlavage alvéolaire sous fibroscopie permet un diagnostic bactériologique plus souvent que les hémocultures. L'antibiothérapie instaurée à domicile diminue le taux d'identification par MLA, mais ce dernier reste supérieur à celui des hémocultures. Il permet fréquemment une désescalade de l'antibiothérapie. La réalisation d'un microlavage alvéolaire sous fibroscopie nécessite une disponibilité en moyens humains et matériels importante.

Conclusion : Le microlavage alvéolaire sous fibroscopie est plus efficace que les hémocultures pour le diagnostic bactériologique des pneumopathies liées aux soins. Plus efficace en l'absence d'antibiothérapie préalable, il pourrait être réservé aux pneumopathies liées aux soins chez les patients n'ayant pas reçu d'antibiotique.

Référence

1. American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America (2005) Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 171:388–416

SP220

Prélèvement positif à *Aspergillus* chez des patients non immunodéprimés de réanimation

M. Lugosi¹, C. Alberti², J.R. Zahar³, M. Garrouste-Orgeas⁴, A. Descorps Desclère⁵, J.D. Ricard⁶, D. Golgrand-Tolédano⁷, Y. Cohen⁸, J.F. Timsit⁹, E. Azoulay¹⁰ Outcomerea

¹Service de réanimation médicale, hôpital A.-Michallon, Grenoble, France

²Unité d'épidémiologie clinique, hôpital Robert-Debre, Paris, France

³Bactériologie-virologie-parasitologie et hygiène, hôpital Necker, Paris, France

⁴Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

⁵Service de réanimation chirurgicale, hôpital Antoine-Béclère, Clamart, France

⁶Service de réanimation médicale, CHU Louis-Mourier, Colombes, France

⁷Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Gonesse, Gonesse, France

⁸Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

⁹Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, Grenoble, France

¹⁰Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Objectif : Renseigner sur la pertinence clinique et les facteurs de risque d'avoir un prélèvement bronchique positif à *Aspergillus* chez des patients hospitalisés en réanimation et ne présentant pas le terrain habituel de l'aspergillose pulmonaire invasive.

Patients et méthodes : Étude observationnelle cas-témoin (1 : 5) appariés à partir de la base de données multicentrique Outcomerea (13 services de réanimation en France). L'appariement s'est fait sur la durée d'hospitalisation en réanimation avant le prélèvement aspergillaire positif, le score de SAPS II à l'entrée, et les raisons d'admission en réanimation. Les témoins ont été tirés au sort à partir de la base de données selon les critères d'appariement. Les patients ont été inclus de janvier 1996 à décembre 2009. Une analyse univariée puis multivariée sont réalisées avec des tests conditionnels afin d'identifier les facteurs de risque d'avoir un prélèvement bronchique positif à *Aspergillus*.

Résultats : Soixante-six cas ont été analysés et comparés à 330 témoins. La médiane du SAPS II à l'admission était de 44 (33 ; 56). Cinq cas

avaient une infection invasive prouvée, 32 cas avaient une infection suspectée et 29 cas étaient considérés comme colonisés. Vingt-quatre cas (36 %) et 96 témoins (29 %) sont décédés en réanimation. La durée d'hospitalisation médiane était chez les cas de 26 jours (11 ; 39) et chez les témoins de neuf jours (4 ; 22). Le recours à la ventilation mécanique a été nécessaire chez 58 cas (88 %) et 251 témoins (76 %). La durée médiane de ventilation durant l'hospitalisation était chez les cas de 23 jours (9 ; 37) et chez les témoins de huit jours (4 ; 18). Vingt et un cas (32 %) et 61 témoins (18 %) ont nécessité une épuration extrarénale. Le recours aux amines était nécessaire chez 28 cas (42 %) et 191 témoins (58 %). En analyse multivariée, les facteurs de risque d'avoir un prélèvement bronchique positif à *Aspergillus* étaient : l'âge supérieur à 70 ans (odds ratio de 2,07 [1,03–4,19]) ; le score de SOFA maximum dans les dix jours avant le prélèvement positif (odds ratio de 1,25 [1,03–1,53]) ; la survenue d'un syndrome de défaillance respiratoire aiguë (odds ratio de 2,36 [1,14–4,89]) ; l'utilisation de corticoïdes au long cours (odds ratio de 5,87 [1,76–19,57]) et la prescription de corticoïdes à plus de 0,5 mg/kg par jour d'équivalent prédnisone pendant l'hospitalisation en réanimation (odds ratio de 10,03 [3,98–25,26]). Les comorbidités, en particulier l'insuffisance respiratoire chronique, n'étaient pas associées au risque d'avoir un prélèvement bronchique positif à *Aspergillus*.

Conclusion : Les malades non immunodéprimés colonisés ou infectés à *Aspergillus* sont les malades les plus âgés, les plus sévères sur le plan général (SOFA) ou respiratoire et ceux traités par stéroïdes. Une étude épidémiologique chez ces patients à risque est en cours afin d'établir la prévalence vraie d'une infection ou d'une colonisation à *Aspergillus* sur ce terrain.

Références

1. Meersseman W, Vandecasteele SJ, Wilmer A, et al (2004) Invasive aspergillosis in critically ill patients without malignancy. *Am J Respir Crit Care Med* 170:621–5
2. Trof RJ, Beishuizen A, Debets-Ossenkopp YJ, et al (2007) Management of invasive pulmonary aspergillosis in non-neutropenic critically ill patients. *Intensive Care Med* 33(10):1694–703

SP221

Pertinence clinique d'une PCR multiplex positive pour un virus respiratoire chez des patients de réanimation en insuffisance respiratoire aiguë

D. Schnell¹, M. Gits-Muselli², F. Simon², B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹, J. Legoff²

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

²Laboratoire de virologie, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Une recherche exhaustive des étiologies virales est rarement réalisée chez les patients admis en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë (IRA). Les nouveaux outils de détection moléculaire multiplex permettent d'actualiser l'épidémiologie des infections virales dans ce contexte clinique.

Patients et méthodes : De janvier 2007 à juillet 2009, les prélèvements respiratoires de 70 patients immunocompétents admis en réanimation pour IRA ont été testés en PCR multiplex détectant 14 virus respiratoires (RespiFinderPlus®). Une analyse de dossiers a cherché à identifier : 1) la présentation clinique et radiologique ; 2) le type de virus identifié ; 3) l'évolution ; 4) la survie ; 5) l'étiologie de l'atteinte respiratoire.

Résultats : Un virus respiratoire était identifié chez 34 (49 %) patients, 16 hommes et 18 femmes, âgés de 61 ans (54–71). Les virus détectés étaient les virus de la grippe ($n = 13$ [11 A et 3 B]), le

rhinovirus ($n = 6$), les coronavirus ($n = 5$), le VRS ($n = 4$), le méta-pneumovirus ($n = 4$), l'adénovirus ($n = 3$) et le virus para-influenza de type 3 ($n = 1$). Deux patients avaient une coïnfection par deux virus. Les 34 patients ayant une PCR positive (patients PCR+) avaient plus souvent été traités par corticoïdes inhalés avant l'épisode respiratoire (53 vs 25 %, $p = 0,03$). Ils présentaient plus souvent des expectorations purulentes (44 vs 19 %, $p = 0,049$), des sibilants (62 % vs 31 %, $p = 0,017$) et moins souvent un infiltrat interstitiel à la radiographie du thorax (15 vs 42 %, $p = 0,026$). La fréquence des infections bactériennes documentées était comparable entre les deux groupes (21 vs 17 %, $p = 0,91$). Le score IGS II (28 [20–35] vs 30 [24–41], $p = 0,15$), le recours à la ventilation (59 vs 75 %, $p = 0,24$), la survenue d'un état de choc (26 vs 22 %, $p = 0,89$), la survenue d'une insuffisance rénale aiguë (15 vs 19 %, $p = 0,84$), et la durée de séjour en réanimation (5 [3–9] vs 5 jours [3–12], $p = 0,74$) étaient comparables entre les deux groupes. La mortalité hospitalière (9 vs 33 %, $p = 0,027$) était moindre chez les patients PCR+. Le motif d'admission en réanimation était l'exacerbation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou d'un asthme chez 39 (56 %) patients, une pneumonie aiguë communautaire grave chez 13 (19 %) patients, un œdème aigu pulmonaire cardiogénique chez sept (10 %) patients et une autre raison chez 11 (15 %) patients. Les patients PCR+ étaient plus souvent admis pour exacerbation d'une BPCO ou d'un asthme (74 % vs 39 %, $p = 0,0075$). Dans ce sous-groupe, les présentations clinique et radiologique, la sévérité de l'épisode respiratoire et la mortalité hospitalière (4 vs 7 %, $p = 0,99$) n'étaient pas différentes selon les résultats de la PCR.

Conclusion : Dans cette série de patients admis en réanimation pour IRA, un virus respiratoire était identifié dans la moitié des cas. Cela était particulièrement vrai chez les patients asthmatiques et BPCO. La fréquence élevée d'infections virales et la faible mortalité associée questionnent sur la place des tests moléculaires multiplex dans la prise en charge de l'IRA de l'immunocompétent.

SP222

Rentabilité des examens microbiologiques chez les patients neutropéniques en sepsis sévère

A. Max¹, M. Legrand¹, J.L. Donay², J. Lambert³, V. Peigne¹, E. Canet¹, V. Lemiale¹, A. Seguin¹, E. Mariotte¹, A. Debrumetz¹, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

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

²Service de microbiologie, hôpital Saint-Louis, Paris, France

³Département biostatistiques, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Le sepsis sévère constitue le principal motif d'admission en réanimation chez les patients neutropéniques. La rapidité et

l'adéquation de l'antibiothérapie sont capitales. Néanmoins, la documentation microbiologique reste rare du fait de la prescription d'antibiotiques empirique large avant l'admission en réanimation. Nous avons voulu rapporter la rentabilité des examens diagnostiques chez les malades neutropéniques en sepsis sévère ou choc septique.

Patients et méthodes : Les patients neutropéniques (PNN < 500/mm³ ou GB < 1000/mm³) admis en réanimation entre 1998 et 2009 avec les critères de sepsis sévère ou choc septique [1] ont été inclus. Les prélèvements bactériologiques réalisés entre cinq jours avant l'admission et deux jours après l'admission ont été étudiés. Le caractère rentable du prélèvement était défini par la capacité à isoler la bactérie impliquée dans l'infection. Le diagnostic d'infection documentée était validé lors d'une réunion hebdomadaire rassemblant réanimateurs et microbiologistes. Les résultats sont exprimés en valeurs absolues (%) ou médiane (interquartiles).

Résultats : Quatre cent vingt-huit patients (40 % de femmes) âgés de 51 ans [40–60] ont été inclus. Les pathologies sous-jacentes principales se répartissaient en leucémie aiguë (35 %), lymphome (32 %), cancer solide (16 %) et myélome (9 %). Les patients étaient en aplasie 6 jours [2–10] avant l'admission pour une durée d'aplasie totale de 11 jours [8–16]. L'IGS II et le SOFA à l'admission étaient respectivement de 56 [44–75] et 10 [7–12]. Une documentation microbiologique a été obtenue chez 235 (55 %) patients dont 193 (45 %) ayant une infection bactérienne. Trois cent vingt-quatre (76 %) patients avaient eu au moins un examen cytotabactériologique des urines (ECBU) avec une rentabilité de 7 %. Concernant les prélèvements respiratoires, 44 (10 %) patients ont eu un examen cytotabactériologique des crachats avec une rentabilité de 25 %. Chez les 196 patients intubés, une aspiration trachéale (AT) était réalisée chez 50 (25 %) patients et un prélèvement distal protégé (PDP) chez 71 (36 %) patients avec une rentabilité de respectivement 28 et 24 %. Un lavage bronchioalvéolaire (LBA) était réalisé chez 52 (27 %) patients, dont 48 de première intention, avec une rentabilité de 10 %. Une ponction lombaire était réalisée chez 77 (18 %) patients avec une rentabilité de 4 %. Une antigénurie légionelle était réalisée chez 130 (40 %) patients avec une rentabilité de 2 %. Enfin, 425 (99 %) patients ont eu des hémocultures avec une rentabilité de 40 %. Chez les 31 patients ayant une infection liée au cathéter veineux central, la réalisation d'hémocultures sur cathéter et périphériques avec différentiel de pousse a permis de poser le diagnostic dans 71 % des cas.

Conclusion : Nos résultats confirment la bonne rentabilité des hémocultures pour l'identification bactérienne chez les patients neutropéniques. L'AT et le PDP semblent avoir des rentabilités proches. Enfin, la réalisation d'un ECBU est globalement associée à une très faible rentabilité.

Référence

1. Bone RC, Sibbald WJ, Sprung CL (1992) The ACCP-SCCM consensus conference on sepsis and organ failure. *Chest* 101:1481–3