

Antibiothérapie

Antibiotherapy

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SP014

Utilisation de la daptomycine en première intention des bactériémies liées à la pose d'un cathéter : résultats EU-CORE

(European Cubicin® Outcome Registry and Experience)

C. Floriot¹, B. Mourvillier², F. Saliba³, F. Nikolaidis⁴, A. Robb⁵, A. Beiras-Fernandes⁶, R. Utili⁷, B. Gragera⁸, A. Gonzalza-Kuiz⁹, N. Kroger¹⁰

¹Service de réanimation polyvalente, CHI de la Haute-Saône, Vesoul, France

²Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

³Service de réanimation médicale, hôpital Paul-Brousse, Villejuif, France

⁴Division Internal Medicine, Hospital, Thessalonique, Greece

⁵Intensive Care Unit, Hospital NHS Foundation, Newcastle, Great Britain

⁶Division of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Goethe University, Frankfurt, Germany

⁷Department of Cardiothoracic and Respiratory Sciences, Hospital, Naples, Italy

⁸Intensive Care Unit, Hospital Vall d'Hebron, Barcelone, Spain

⁹Intensive Care Unit, Hospital, Dartford, Great Britain

¹⁰Intensive Care Department, University Hospital Hamburg, Hamburg, Germany

Introduction : L'augmentation de l'incidence des bactériémies liées à la pose d'un cathéter (BLC) semble être en relation avec la constante augmentation de l'utilisation de cathéters veineux et autres procédures vasculaires. Les BLC sont dues fréquemment à des germes à Gram positif (G+) souvent résistants aux antibiotiques usuels. Nous avons évalué l'efficacité et la sécurité d'emploi de la daptomycine (DAP) en première intention dans les BLC.

Patients et méthodes : L'étude EU-CORE est une étude en cours multicentrique non interventionnelle qui évalue les caractéristiques et l'évolution clinique des patients (pts) recevant DAP. Les pts ayant une BLC et ayant reçu au moins une dose de DAP ont été inclus entre janvier 2006 et juin 2011. Les investigateurs ont évalué les résultats (guérison et amélioration = succès, échec, non évaluable) à la fin du traitement (tt) sous DAP.

Résultats : Sur 487 pts ayant une BLC, 148 ont reçu DAP en tt de première intention. Dans cette cohorte, 34 % des pts avaient un âge supérieur ou égal à 65 ans et 59 % étaient des hommes. Une culture positive a été retrouvée chez 117 pts. Les pathogènes les plus fréquents étaient des *Staphylococcus coagulase négatives* (SCN : 55 %) et *S. aureus* (27 dont 59 % de SARM). La dose initiale la plus fréquente de DAP était de 6 mg/kg (54 % : 4–10 mg/kg). La durée médiane de tt était de dix jours (1–57 jours). Le taux de succès clinique obtenu avec DAP était de 83 % (57 % de guérison et 26 % d'amélioration). Des taux de

succès élevés ont également été observés avec la plupart des pathogènes SARM (79 %), *Staphylococcus epidermidis* (79 %) et autres SCN (87 %). Des événements indésirables (EI) ont été rapportés chez 16 pts (11 %), et cinq (3 %) des pts avaient un EI possiblement relié à DAP.

Conclusion : DAP utilisée en première intention de tt chez les pts ayant une BLC à Gram+ s'est avérée efficace et a présenté un profil de sécurité d'emploi favorable.

SP015

Taux de succès élevés avec daptomycine dans le traitement des patients atteints de sepsis : résultats EU-CORE

(European Cubicin® Outcomes Registry and Experience)

F. Camou¹, B. Mourvillier², P. Dohmen³, P. Gargalianos-Kakolyris⁴, Au nom des investigateurs EU-CORE

¹Service d'urgence et de réanimation, CHU de Bordeaux, hôpital Saint-André, Bordeaux, France

²Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

³Intensive Care Unit, Hospital, Berlin, Germany

⁴Infectious Disease Department, Hospital, Athenes, Greece

Introduction : Les pathogènes à Gram+ (G+) sont fréquemment impliqués dans le sepsis et les réponses inflammatoires systémiques chez les patients (pts) hospitalisés. La daptomycine (DAP) est rapidement bactéricide contre les G+, sans induire de lyse cellulaire, une caractéristique intéressante pour le traitement (tt) des sepsis. Nous rapportons ici l'expérience clinique d'un tt par DAP chez les pts atteints de sepsis.

Patients et méthodes : Les données ont été recueillies dans EU-CORE, étude multicentrique non interventionnelle entre janvier 2006 et juin 2011. Les pts inclus avec un diagnostic de sepsis (défini par les investigateurs) au début du tt ont été évalués cliniquement (guérison et/ou amélioration = succès, échec ou non évaluable). La sécurité d'emploi a été recueillie jusqu'à 30 jours après la fin du tt.

Résultats : Sur 302 pts présentant un sepsis, 65 % d'hommes et 44 % d'âge supérieur ou égal à 65 ans. Avant tt, 52 pts (17 %) avaient une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min et 59 (20 %) étaient dialysés. Une bactériémie rapportée chez 117 pts (39 %), des infections compliquées de la peau et des tissus mous 61 pts (20 %) et une endocardite 49 (16 %). Les pathogènes les plus fréquents : *S. aureus* (28 %, n = 83 ; SARM : n = 40) et *S. epidermidis* (11 %, n = 34). La posologie de DAP était de 4 mg/kg, 6 mg/kg et supérieure ou égale à 8 mg/kg chez respectivement 17, 53 et 14 % des pts. Le taux de succès clinique était de 71 % (43 % guérison et 28 % amélioration) ; le taux d'échec clinique 12 % et non évaluables 17 %. Le taux de succès clinique était

de 56 % à la dose de 4 mg/kg ; 78 % avec 6 mg/kg et 76 % avec une dose d'au moins 8 mg/kg. Le succès clinique chez les pts infectés par *S. epidermidis* et *S. aureus* a été de 85 et de 72 %, respectivement, avec des taux similaires indépendamment de la sensibilité à la méticilline. Une élévation des CPK ($> 5-10 \times$ LSN) a été signalée chez 3 % des pts traités par DAP. Des événements indésirables (EI) pouvant être liés à DAP ont été signalés chez six pts (2 %), quatre pts (1 %) ont présenté des EI graves et 25 pts (8 %) ont arrêté leur tt en raison d'EI sans rapport avéré avec DAP.

Conclusion : DAP a été bien tolérée avec des taux de succès supérieurs à 70 et 85 % dans les sepsis à *S. aureus* et *S. epidermidis*, respectivement. Ces données sont en faveur de l'utilisation de DAP dans le tt des sepsis.

SP016

Évaluation de la sécurité d'emploi d'un traitement à long terme par daptomycine à dose élevée (≥ 8 mg/kg par jour pendant plus de deux ou quatre semaines) : résultats EU-CORE

(European Cubicin® Outcome Registry and Experience)

C. Floriot¹, L. Legout², R. Utili³, P. Gargalianos-Kakolyris⁴, F. Nacinovich⁵, C. Floriot⁶, Au nom des investigateurs EU-CORE

¹Service de réanimation polyvalente, CHI de la Haute-Saône, Vesoul, France

²Maladies infectieuses, CHG de Tourcoing, Tourcoing, France

³Infectious Disease Department, Hospital, Naples, Italy

⁴Infectious Disease Department, Hospital, Athens, Greece

⁵Infectious Disease Department, Hospital, Buenos Aires, Argentine

⁶Infectious Disease Department, Hospital, Barcelone, Spain

Introduction : L'activité antibactérienne de la daptomycine (DAP) est dose-dépendante. Une dose élevée (≥ 8 mg/kg par jour) de DAP (DAPH8) est souvent retenue pour les infections difficiles à traiter (en cas de biofilm) et en cas de charge bactérienne élevée. La sécurité d'emploi (SE) a été évaluée chez des patients (pts) ayant reçu un traitement (tt) par DAPH8 pendant plus de deux semaines (2s).

Patients et méthodes : Tous les pts ayant reçu des doses supérieures ou égales à 8 mg/kg par jour dans le registre rétrospectif non interventionnel EU-CORE ont été inclus de janvier 2006 à juin 2011. Les données relatives à la SE, y compris les événements indésirables (EI) et les EI graves (EIG) ont été évalués pour des périodes de traitement de 14 à 30 jours et de plus de 30 jours.

Résultats : Sur 230 pts traités par DAPH8 pendant plus de 2s, 219 ont reçu une dose comprise entre 8 et 10 mg/kg par jour et 11 pts une dose supérieure à 10 mg/kg par jour. La fréquence d'utilisation DAPH8 a augmenté entre 2006 et 2011 (3, 8, 12 et 18 % respectivement pour chacune des quatre périodes couvertes par le registre). Soixante-quatre pour cent des pts étaient des hommes, et l'âge médian était de 65 ans (9-94). En début et fin du tt par DAPH8, 23 pts (10 %) avaient une ClCr inférieure à 30 ml/min. Les comorbidités étaient les suivantes : cardiovasculaires (59 %), diabète (20 %). Les infections les plus courantes chez ces pts : endocardites (31 %), ostéomyélites (17 %). *S. aureus* (38 % ; dont 19 % de SARM) a été le pathogène le plus fréquemment isolé. La durée médiane du tt par DAP a été de 25 jours (14-120). DAP a été utilisée chez 28,3 % de pts comme traitement empirique. Le taux de réussite clinique global a été supérieur avec le tt par DAPH8 (88,7 %) par rapport au reste de la population (80,2 %). Des EI liés au tt par DAPH8 ont été rapportés chez 14 pts (6,1 %), et neuf pts (3,9 %) ont dû arrêter le tt à cause d'un EI. Aucun trouble

musculosquelettique ou atteinte des tissus conjonctifs cliniquement significatifs n'ont été signalés. Le taux d'EIG liés à la DAP a été similaire chez les pts DAPH8 (0,9 %) et le reste de la cohorte (0,8 %).

Conclusion : DAPH8 administrée pendant une période prolongée ($> 2s$) a présenté un profil de SE favorable. Ce profil s'est avéré comparable pour les périodes de 14 à 30 jours et de plus de 30 jours, confirmant les résultats d'études antérieures.

SP017

Un audit sur la prescription des aminosides en réanimation

D. Schnell¹, N. Maziers¹, S. Besset¹, E. Canet¹, V. Lemiale¹, J.R. Zahar², B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

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

²Laboratoire de bactériologie, CHU Necker-Enfants-Malades, Paris, France

Introduction : La mortalité associée au choc septique reste élevée et la prescription inappropriée d'antibiotiques pourrait en aggraver le pronostic. La prescription d'aminosides dans ce contexte permettrait une bactéricidie plus rapide, mais l'adaptation des doses reste difficile chez des patients au volume de distribution variable, ayant des niveaux subtils d'insuffisance rénale et fréquemment d'autres néphrotoxiques. Cette étude a évalué les modalités de prescription des aminosides et a questionné les réanimateurs sur leurs objectifs thérapeutiques. Une comparaison a aussi été réalisée avec les recommandations.

Patients et méthodes : Étude rétrospective sur quatre ans. Les patients admis en réanimation pour choc septique ou sepsis sévère et recevant un aminoside avec dosage de la concentration au pic après la première administration étaient inclus dans l'étude. Les modalités de prescription des aminosides et leur adaptation en termes de pic de concentration obtenu ont été collectées à partir des dossiers. Le pic de concentration était considéré adapté pour des concentrations supérieures à huit fois la concentration critique inférieure, soit : 16 mg/l pour la gentamicine, 32 mg/l pour la tobramycine et 60 mg/l pour l'amikacine. Le régime thérapeutique recommandé était une dose unique journalière perfusée en 30 minutes de 6-7 mg/kg de gentamicine ou de tobramycine et de 25-30 mg/kg d'amikacine (basée sur le poids réel). Un questionnaire sur les modalités et les objectifs de prescription des aminosides a parallèlement été distribué aux 16 cliniciens seniors et juniors en activité dans le service.

Résultats : Quatre-vingts patients (24 [30 %] femmes) âgés de 62 (53-73) ans et admis en réanimation pour choc septique ($n = 70$ [88 %]) ou sepsis sévère ($n = 10$ [12 %]) ont été inclus dans l'étude. Cinquante-quatre (68 %) patients étaient ventilés et 30 (38 %) étaient dialysés. Le score SOFA à l'admission était de 9 (7-13), la durée médiane de séjour en réanimation de sept (4-14) jours, et 24 (30 %) patients décédaient en réanimation. Le foyer infectieux source était documenté chez 78 (98 %) patients et était une pneumonie chez 48 (60 %) patients, une infection du tractus urinaire chez huit (10 %), une infection intra-abdominale chez sept (9 %). Une bactériémie secondaire était retrouvée chez 35 (44 %) patients. L'aminoside reçu était la gentamicine chez 18 (23 %) patients, la tobramycine chez quatre (5 %) et l'amikacine chez 58 (72 %). Les doses administrées étaient de 4,2 (3,7-4,8) mg/kg pour la gentamicine, 2,6 (2,5-4,4) mg/kg pour la tobramycine et 16 (15-22) mg/kg pour l'amikacine. La concentration obtenue au pic était efficace chez 16 (20 %) patients : trois (18 %) administration de gentamicine, zéro (0 %) administration de tobramycine, et 13 (22 %) administrations d'amikacine. Les concentrations obtenues au pic étaient de 12 (9-15) mg/l pour la gentamicine, 9 (5-16) mg/l pour la tobramycine et 38 (28-57) mg/l pour l'amikacine. Dix cliniciens sur les

16 contactés ont répondu au questionnaire. Il s'agissait de cinq (50 %) seniors d'ancienneté de 1 (1–3) année en réanimation et de cinq (50 %) juniors d'ancienneté de 2 (2–3) semestres en réanimation. Cinq (50 %) répondants avaient une formation spécifique en infectiologie (semestre d'internat ou diplôme universitaire). Dix (100 %) des répondants administrent les aminosides en dose unique journalière. Trois (30 %) proposaient une dose correcte d'aminosides. Les doses médianes proposées étaient de : 5 (3–6) mg/kg pour la gentamicine, 6 (6–7) mg/kg pour la tobramycine et 22 (15–25) mg/kg pour l'amikacine. Huit (80 %) répondants préconisent une durée de perfusion de 30 minutes et neuf (90 %) proposent la durée de traitement recommandée de trois jours. Les valeurs de pic de concentration visées étaient correctes pour trois (30 %) répondants avec des médianes de 30 (21–30) mg/l pour la gentamicine, 28 (23–30) mg/l pour la tobramycine et 48 (30–60) mg/l pour l'amikacine. Les cliniciens interrogés pensent que le pic de concentration obtenu en pratique est efficace dans 50 (40–80) % des cas.

Conclusion : Cette enquête de pratique met en évidence un fossé entre les intentions et la réalité des prescriptions d'aminosides en réanimation, avec en conséquence des objectifs de concentration non atteints dans la majorité des cas. Des études sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces résultats sur le contrôle de l'infection et le devenir des patients.

SP018

Évaluation de l'impact de la désescalade antibiotique en réanimation

L. Gonzalez, P.E. Bollaert, S. Gibot

Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France

Introduction : La désescalade antibiotique est une stratégie proposée pour faire face aux problèmes d'émergence de souches bactériennes multirésistantes et pour lesquelles nous pouvons nous retrouver dans une impasse thérapeutique. Chez des patients de réanimation, nous avons évalué l'impact de cette stratégie sur la mortalité en réanimation et hospitalière, sur l'émergence de bactéries multirésistantes, et identifié les facteurs influençant la réalisation d'une désescalade.

Patients et méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant des patients hospitalisés dans un service de réanimation médicale sur une période de six mois. Les patients non suspects d'infection et n'ayant pas reçu d'antibiotique, ou ayant séjourné moins de 72 heures, étaient exclus. Les données démographiques, de mortalité hospitalière et de devenir, de comorbidités, d'antibiothérapie, de portage et d'infection à bactéries multirésistantes étaient comparées entre les patients ayant bénéficié d'une désescalade antibiotique et ceux n'en ayant pas bénéficié.

Résultats : Deux cent vingt-neuf patients ont été inclus. L'origine de l'infection était bronchopulmonaire (68 %), urinaire (8 %), digestive (10 %), neurologique (5 %) ou cutanée (6 %). L'antibiothérapie était désescaladée chez 117 patients (51 %). Les antibiotiques les plus fréquemment désescaladés étaient les quinolones (57 %), l'oxazolidinone (18 %) et les céphalosporines (10 %). Les facteurs associés à la réalisation d'une désescalade étaient le sexe féminin, une fièvre élevée, la présence d'un choc septique, la mise en évidence d'un germe, le caractère communautaire de l'infection, une infection d'origine urinaire et une antibiothérapie initiale adaptée. En revanche, la présence d'un coma initial, d'un germe multirésistant et d'une antibiothérapie initiale inadaptée était logiquement plus fréquemment associée à une non-désescalade. En analyse multivariée (régression logistique multiple), seul le caractère adapté de l'antibiothérapie initiale (OR = 4,7 ;

1,2–18,8 ; $p = 0,02$) était associé à la réalisation d'une désescalade. Pour autant, parmi les 112 patients non « désescaladés », 50 (45 %) bénéficiaient d'emblée d'une antibiothérapie initiale adaptée à spectre étroit (OR = 100 ; 13–1 000 ; $p < 0,01$). Les autres raisons d'une non-désescalade étaient l'inadaptation antibiotique initiale (12 %), l'absence de documentation microbiologique (36 %) et une aggravation clinique (9 %). Nous ne constatons aucune surmortalité liée à la désescalade que ce soit en réanimation (17,1 vs 18,7 % ; $p = 0,50$) ou hospitalière (25,6 vs 26,8 %). La réalisation d'une désescalade n'influait ni la durée de séjour ni de ventilation mécanique. La durée de l'antibiothérapie n'était pas non plus modifiée (7,9 vs 7,5 jours). L'incidence d'infections acquises en réanimation n'était pas modifiée (2,5 vs 5,3 %).

Conclusion : Chez des patients de réanimation, une stratégie de désescalade est donc possible dans la plupart des cas mais n'influence pas le pronostic à court terme.

SP019

Résultats intermédiaires d'une cohorte française de patients sous micafungine en réanimation (MYRIADE)

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

¹Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, La Tronche, France

²Hématologie clinique et thérapie cellulaire, CHU Haut-Levêque, Pessac, France

³Soins aigus, institut Gustave-Roussy, Villejuif, France

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

Introduction : La micafungine, disponible en France depuis 2009, a pour indications le traitement des candidoses invasives (CI) ou aërophiennes (CO) et la prévention des infections à *Candida* en cas d'allogreffé de cellules souches hématopoïétiques ou de neutropénie attendue pendant au moins dix jours.

Patients et méthodes : Cette étude de cohorte prospective a été mise en place en France en janvier 2010 dans 108 centres. Une analyse intermédiaire a été réalisée en septembre 2011 sur 236 patients, dont 138 hospitalisés dans des services de réanimation adulte ou pédiatrique ou dans des services de transplantation d'organes solides.

Résultats : Vingt-neuf médecins réanimateurs dont cinq pédiatres, ainsi que deux néphrologues et un pneumologue ont inclus au moins un patient. Les patients sont cinq prématurés, dix enfants âgés de 1 à 24 mois, cinq de 2 à 16 ans, 59 adultes de 16 à 65 ans et 53 de plus de 65 ans (11 données manquantes [DM]). Les patients étaient majoritairement de sexe masculin ($n = 76$; 59,8 % ; 11 DM). Trente-six patients (28,3 % ; 11 DM) avaient un cancer (solide : $n = 28$; hématologique : $n = 8$), 49 (38,6 % ; 11 DM) avaient subi une intervention chirurgicale intra-abdominale, et 15 (11,8 % ; 11 DM) une transplantation d'organe solide. La moitié avait un cathéter veineux central ($n = 66$; 51,9 % ; 11 DM), 55 (43,3 %) étaient ventilés, 41 (32,3 %) avaient une nutrition parentérale et 22 (17,3 %) étaient hémodialysés. Trois enfants et 11 adultes étaient en déficit immunitaire, dont cinq infectés par le VIH. Une antibiothérapie à large spectre était utilisée pour 79 patients (62,2 % ; 11 DM). Plus de la moitié des patients avaient une défaillance d'organe ($n = 76$; 59,8 % ; 11 DM), et la moyenne du score SOFA chez les adultes était de 10 ($\pm 4,3$). Vingt et un patients (17,1 % ; 15 DM) avaient des antécédents d'infection fongique (20 *Candida*, un *Aspergillus*). La micafungine était prescrite à visée curative (infection documentée ou suspectée) chez 97 patients (78,2 % ; 14 DM), en prophylaxie chez 18 patients (14,5 %), ou pour une autre indication

chez neuf patients (7,3 %). Le traitement a été initié en médiane deux jours après le diagnostic (extrêmes : 1–43), pour une durée médiane de huit jours (extrêmes : 1–44), à une dose moyenne de 2,6 mg/kg (± 2) chez les moins de 40 kg et de 103 mg (± 18) chez les plus de 40 kg. À l'initiation, les cultures positives à *Candida* se répartissaient ainsi : 11 hémocultures, 13 cultures sur cathéter, 17 liquides péritonéaux, cinq lavages bronchoalvéolaires, trois aspirations bronchiques, trois liquides pleuraux, deux biopsies, un liquide péricardique et 13 prélèvements sur d'autres sites. Les 64 agents pathogènes identifiés à l'initiation du traitement étaient tous des *Candida spp.* : 28 *C. albicans*, 28 *C. glabrata*, 14 autres *Candida* (infections multiples possibles). Les raisons d'arrêt de traitement sont 78 objectifs thérapeutiques atteints de l'avis de l'investigateur (73,0 %) ; sept arrêts pour inefficacité (6,5 %) ; sept pour événement indésirable (6,5 %) et 15 pour décès (14,0 %) ; 31 DM. Les pourcentages de normalité d'ASAT, ALAT, bilirubine, gamma-GT et créatinine n'étaient pas statistiquement différents en pré- et posttraitement par micafungine, excepté pour les phosphatases alcalines (de 48,2 à 30,9 % ; $p = 0,02$).

Conclusion : Chez 138 patients hospitalisés en réanimation en France, la micafungine a montré une efficacité curative et prophylactique dans deux tiers des cas. La tolérance clinique et biologique observée dans cette analyse intermédiaire est comparable à celle des autres produits de cette classe thérapeutique.

SP020

Facteurs prédictifs d'une durée prolongée du traitement antifongique empirique en réanimation

M. Zein¹, E. Parmentier-Decrucq¹, A. Kalaoun¹, O. Bouton¹, A. Baranzelli¹, F. Wallyn¹, D. Elmanser¹, B. Sendid², A. Durocher¹, S. Nseir¹

¹Réanimation médicale, CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

²Laboratoire de mycologie et de parasitologie, CHRU de Lille, France

Introduction : La maladie fongique invasive (MFI) est associée à une mortalité élevée. Un traitement approprié précoce est primordial pour améliorer le pronostic. Un traitement antifongique (TAF) empirique est souvent administré en réanimation. Cependant, le diagnostic de la MFI est difficile à établir et la durée optimale du TAF empirique reste inconnue. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs prédictifs d'une durée prolongée du TAF et d'évaluer son impact sur le pronostic.

Patients et méthodes : Étude rétrospective réalisée pendant un an au sein de trois unités de dix lits d'un service hospitalo-universitaire de réanimation polyvalente. Tous les patients hospitalisés plus de 48 heures qui ont reçu un TAF étaient éligibles. Les patients présentant une MFI confirmée ont été exclus. Le TAF prolongé a été défini par un pourcentage de jours en réanimation sous TAF supérieurs à la médiane de la cohorte. Les patients ont été classés dans deux groupes : TAF prolongé (% jours en réanimation sous TAF > médiane) et TAF non prolongé (% jours en réanimation sous TAF \leq médiane). Les facteurs de risque de TAF prolongé ont été déterminés par analyse univariée, puis multivariée.

Résultats : Cent soixante et un patients (28,8 % des patients hospitalisés > 48 heures) étaient éligibles. Huit patients ont été exclus pour candidémie. Les caractéristiques des patients inclus étaient (% ou med [25^e, 75^e centiles]) IGS II 52 (34, 71), âge : 61 ans (50, 69), catégorie d'admission chirurgicale : 29 %, durée de TAF huit jours (3,16) et pourcentage de jours en réanimation sous TAF 49 % (25, 82). L'analyse univariée a identifié les facteurs de risque suivants de TAF prolongé : maladie chronique fatale dans l'année (48,1 versus 27,6 % ; $p = 0,009$), chimiothérapie (28,6 versus 10,5 % ; $p = 0,006$), corticothérapie (27,3 versus 11,8 % ; $p = 0,018$), pneumonie acquise à l'hôpital (31,2 versus 15,8 % ; $p = 0,025$), infection à l'admission en réanimation (93,5 versus 76,3 % ; $p = 0,003$) et TAF antérieur (32,5 versus 13,2 % ; $p = 0,004$). L'analyse multivariée a identifié la chimiothérapie (OR : 2,6 ; IC 95 % : [1,07–6,69] ; $p = 0,034$) et l'infection à l'admission en réanimation (3,1 ; [1,05–9,48] ; $p = 0,041$) comme facteurs de risque indépendants de TAF prolongé. Les patients du groupe TAF prolongé avaient une durée d'hospitalisation en réanimation (18 [5–28] jours versus 24 [15–38] jours ; $p = 0,001$) et de ventilation mécanique significativement plus courte que ceux du groupe TAF non prolongé. Cependant, il n'y avait pas de différence significative concernant la mortalité en réanimation entre les deux groupes (46 versus 52 % ; $p = 0,62$).

Discussion : Le TAF empirique est prescrit chez un tiers des patients hospitalisés plus de 48 heures en réanimation, pendant 49 % de leur durée d'hospitalisation. L'évaluation de critères cliniques et para-cliniques susceptibles de raccourcir la durée de ce traitement paraît indispensable.

Conclusion : La chimiothérapie et l'infection à l'admission en réanimation sont des facteurs prédictifs indépendants d'un TAF empirique prolongé. Le pronostic ne semble pas être influencé par la durée de ce traitement.