

Infections nosocomiales

Nosocomial infections

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

EP071

Écologie bactérienne et résistances des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation polyvalente

A Douah¹, F Atbi², A. Moussaoui

1. Anesthésie réanimation pédiatrique, Établissement hospitalier spécialisé en pédiatrie Canastel, Oran, Algérie

2. Anesthésie réanimation polyvalente, Hôpital Universitaire Militaire d'Oran, Oran, Algérie

Introduction : La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique est une complication fréquente et grave de la ventilation au niveau de la réanimation. L'utilisation des antibiotiques fait partie de l'arsenal thérapeutique impliqué en réanimation. Notre objectif est de décrire l'évolution de l'épidémiologie bactérienne et des résistances aux antibiotiques des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective portant sur les patients admis au service de réanimation polyvalente de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran et ventilé plus de 48H avec une preuve bactériologique, du 1 janvier 2010 au 31 mai 2014.

Résultats : Sur les 614 patients hospitalisés, 201 ont bénéficié d'une ventilation mécanique (32.7 %) avec survenu de PAVM dans 34.8 % des cas (Tardive chez 71.2 % des cas). Le sex-ratio est de 3.11. L'âge moyen est de 49 ans. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents : polytraumatisme (40 %) et accidents vasculaires cérébraux (24.3 %). Prédiction du décès selon le score IGSII <10 % dans 27.1 % des cas, <25 % dans 52.9 % et >50 % dans 12.9 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 26.9 (+/- 19.8 jours). Le germe est isolé dans 64.3 % des cas, dominé essentiellement par l'*Acinetobacter baumannii* présent dans 37.1 % des cas, *Pseudomonas aeruginosa* dans 22.9 % des cas et le *Klebsiella pneumoniae* dans 14.3 % des cas. L'association de plusieurs germes était présente chez 22.9 % des cas. L'antibiotique le plus utilisé à l'admission est le Céfotaxime dans 87.1 % des cas et le Mitronidazol dans 31.4 % des cas. L'antibiothérapie est adaptée selon l'antibiogramme dans 66.7 % des cas, et ce sont l'Imipénème (24.2 %), l'Amikacine (24.2 %) et la Colistine (21.7 %) les plus utilisés. Le germe le plus résistant est l'*Acinetobacter* sensible à la Colistine et l'Imipénème. De 2011 à 2014 la sensibilité des germes a diminué pour les antibiotiques utilisés à notre niveau sauf pour la Colistine et l'Imipénème. L'évolution de la PAVM était favorable dans 47.7 % des cas. Le décès survenu chez 71.4 % des patients ayant une PAVM.

Conclusion : La connaissance de l'écologie du service de réanimation permettrait d'installer une véritable politique d'utilisation des antibiotiques, ainsi de suivre l'évolution des germes et limiter les résistances.

EP072

Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique : Étude épidémiologique, clinique et pronostique

Y Blel¹, H Maamouri², M Aymen², N Kouraichi³, I Fathallah⁴, BA Amina⁵, D Lakhdhar⁶, N Brahmi¹, M Amamou¹

1. Service de réanimation, centre d'assistance médicale-urgente, Tunis, Tunisie

2. Réanimation médicale, Hôpital, Tunis, Tunisie

3. Service de réanimation, centre d'assistance médicale-urgente, Tunis, Tunisie

4. Réanimation médicale, Centre d'assistance médicale urgente, Ez Zahra, Tunisie

5. Réanimation médicale, centre médicale urgente, Tunis, Tunisie

6. Réanimation médicale, Centre d'assistance médicale urgente, Tunis, Tunisie

Introduction : La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique est la première cause d'infection nosocomiale en milieu de réanimation. Elle représente un véritable problème de santé publique. Elle est à l'origine d'une augmentation de la durée de séjour, de la ventilation assistée et d'une surmortalité élevée.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les données épidémiologiques et cliniques ainsi que les facteurs associés à une surmortalité des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique dans le service de réanimation médicale du centre d'assistance médicale urgente.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre Janvier 2010 et Décembre 2013 incluant les patients ventilés de plus de 48 heures. Les paramètres recueillis étaient d'ordres cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

Résultats : Durant la période d'étude, 60 patients ont été colligés, L'âge moyen était de de 38 ± 16. Le sexe ratio était de 0,93. 51,7 % des patients (n=31) avaient des troubles psychiatriques. 48,3 % (n=29) des patients n'avaient aucun antécédent pathologique.

L'intoxication aigue était le motif d'hospitalisation le plus fréquent (78,3 %).

Le délai moyen de survenue de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique était de 4 jours. Au moment du diagnostic, 13,8 % (n=8) des patients avaient une altération de l'état hémodynamique. Les germes en causes étaient l'*Acinetobacter baumannii* (38,7 %), le *Pseudomonas aeruginosa* (21 %) et les entérobactéries (15,4 %). L'antibiothérapie empirique était efficace dans 87,5 % des cas.

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

L'évolution était marquée par la survenue d'un syndrome de détresse respiratoire aigu dans 25 % (n=15) des cas et d'une insuffisance rénale dans 26,7 % (n=16) des cas. Lors de la suspicion de PAVM, l'IGS 2 moyen était de 39±8,91 et la médiane de l'APACHE 2 était de 19. La médiane du SOFA était de 8.

La mortalité globale était de 46,7 %.

L'analyse uni variée comparant le groupe décédé (n=28) et le groupe non décédé (n=32) a montré que les facteurs pronostiques de mortalité des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique étaient les suivants : l'IGSII lors de la suspicion de PAVM $\geq 36,5$ (OR=3,12, IC[1,09-9,43], p=0,031), l'APACHEII le jour de la suspicion de PAVM $\geq 18,5$ (OR=4, IC[1,3-11,8] ; p=0,01), un score de SOFA le jour de la suspicion $\geq 7,5$ (OR= 4,38, IC[1,47-13,28], p=0,007), la survenue d'un sepsis ou d'un choc septique (OR=12,4, IC[1,43-106] ; p=0,006) et l'apparition d'une insuffisance rénale (OR=35,76, IC[4,27-299] ; p=0,00001).

Conclusion : Notre étude a montré que la PAVM était associée à une mortalité élevée. Les facteurs pronostiques relevés le jour de la suspicion clinique de PAVM sont : l'IGSII $\geq 36,5$, l'APACHEII $\geq 18,5$; un score SOFA $\geq 7,5$; la survenue d'une insuffisance rénale ou d'une altération hémodynamique. Les germes en cause ne dépendent pas du délai de survenue de PAVM et sont dominés par l'*Acinetobacter Baumannii* et le *Pseudomonas Aeruginosa*.

EP073

Pneumopathies bactériennes en réanimation chirurgicale : épidémiologie, bactériologie, rechute et récurrence

C Godeberge¹, G Demeilliers-Pfister¹, A Gillibert², B Dureuil¹, B Veber¹

1. Anesthésie - réanimation chirurgicale, centre hospitalier universitaire Rouen, Rouen

2. Santé publique, centre hospitalier universitaire Rouen, Rouen

Introduction : Les pneumopathies bactériennes (PB) en réanimation sont associées à une augmentation significative de la durée d'hospitalisation et de la mortalité. Le but de cette étude était de décrire le profil épidémiologique et bactériologique des PB dans notre unité ainsi que celui des récurrences et des rechutes.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, menée de janvier à décembre 2012. Les patients inclus avaient un diagnostic de PB reposant sur des éléments cliniques, biologiques et radiologiques et confirmé par la positivité d'un prélèvement bronchique distal protégé (PBDP) (seuil de positivité > 103UFC/ml). La rechute (réapparition d'une PB au même germe que la PB initiale) et la récurrence (survenue d'une nouvelle PB à un germe différent) ont été relevées. Les caractéristiques étudiées étaient l'âge à l'admission, le score IGSII, la durée moyenne de séjour et de ventilation, le type de PB (pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM), pneumopathie acquise en ventilation spontanée (PAVS)), le délai moyen de survenue de la PB, le(s) germe(s) en cause, la durée de traitement, le recours à la trachéotomie, la survenue d'une récurrence et/ou d'une rechute, la mortalité. L'analyse statistique a comporté un test de Fischer et un test de Mann et Whitney.

Résultats : Sur 1 an, 82 patients ont présenté un PBDP positif. Le diagnostic final de PB a été retenu chez 48 patients. La moyenne d'âge était de 51,3 ans [16-96 ans]. Le score IGSII moyen était de 50,7 [19-104]. La durée moyenne de séjour était de 27,1 jours [2-75]. La durée moyenne de ventilation était de 22,6 jours [2-75]. Le délai moyen de survenue de la première PB était de 7,2 jours [1-29]. Il y avait 62,5 % (n=30) PAVM et 31,2 % (n=15) PAVS. Dix patients (20,8 %) ont bénéficié d'une trachéotomie.

L'incidence des infections monobactériennes était de 44 % (n=21) et celle des infections plurimicrobiennes de 56 % (n=27). Les germes les plus fréquemment isolés étaient des entérobactéries (37,5 %), *Staphylococcus aureus* (20,5 %) dont 11 % de SARM, Streptocoques (18 %), *H. influenzae* (9 %) et *P. Aeruginosa* (9 %) dont 25 % étaient résistants à la ticarcilline. Les PB à *Pseudomonas Aeruginosa* étaient traitées en moyenne 14 jours [10 - 19]. Les autres PB étaient traitées en moyenne 9,75 jours [1- 36]. Le taux de mortalité était de 20,8 % (n = 10). Douze patients (25 % - IC95 = [14 % ; 40 %]) ont présenté une récurrence et/ou une rechute (10 récurrences et 5 rechutes). Huit patients (66 %) avaient eu pour PB initiale une PAVM et 3 patients (25 %) avaient eu une PAVS. En comparaison avec les patients n'ayant pas fait de récurrence et/ou de rechute, la moyenne d'âge était de 46,7 ans [20 - 96] (p=0,30), le score IGSII moyen était de 42,5 [19 - 68] (p=0,17), La durée moyenne de séjour était de 39,2 jours [19 - 75] (p<0,05) et la durée moyenne de ventilation était de 32,8 jours [10 - 75] (p<0,05). Six patients (50 %) ont bénéficié d'une trachéotomie (p<0,05 OR=7,54 IC95 % = [1,55; 37,5]). Un seul patient est décédé dans ce groupe.

Discussion : Dans notre série, le profil épidémiologique et microbiologique des PB était comparable aux données de la littérature. Il semblait néanmoins que l'incidence des PB à *P. Aeruginosa* était moins importante. Les PAVM semblaient avoir tendance à davantage récurrence et/ou rechute que les PAVS. La survenue d'une récurrence et/ou d'une rechute était responsable d'un allongement des durées moyennes de séjour et de ventilation, et était associée à un risque plus élevé d'être trachéotomisé.

Conclusion : L'identification de facteurs de risque de récurrences et de rechutes des PB en réanimation chirurgicale pourrait permettre de définir un sous-groupe de patients pour lequel une stratégie préventive renforcée devrait être testée.

EP074

Continuous control of tracheal cuff for prevention of ventilator associated pneumonia: a patient-level quantitative review of prospective trials

S Nseir¹, L Lorente², S Sialer³, O González², M Ferrer³, A Torres³

1. Centre de réanimation, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Lille

2. Intensive care unit, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, Espagne

3. Respiratory intensive and intermediate care unit, department of pneumology, Institute of Thorax, Hospital Clinic, Barcelone, Espagne

Introduction : Underinflation of tracheal cuff is a risk factor for microaspiration of contaminated secretions, and subsequent ventilator-associated pneumonia (VAP). Three prospective trials evaluated the impact of continuous control of cuff pressure (Pcuff) on the incidence of VAP. However, all these studies were performed in single centers. In addition, different results were reported. Therefore, we performed this patient-level quantitative review to determine the impact of continuous control of Pcuff on the incidence of VAP.

Patients et Méthodes : Studies were identified by searching computerized databases and references of relevant articles.

Data from 543 patients were obtained from 3 trials, including 2 conducted in Spain, and one in France. Two of these trials were randomized controlled, and one was quasi-randomized controlled (patients who were admitted to an odd-numbered ICU cubicle received a continuous cuff-pressure system and those admitted to an even-numbered ICU cubicle received an intermittent cuff-pressure system). Three

different devices were used to continuously control Pcuff (one pneumatic (Nosten®), and two electronics (Mallinckrodt Pressure Control®, and a home-made device)). Subglottic secretion drainage was used in one trial. VAP was diagnosed using clinical, radiologic, and quantitative microbiological criteria.

Patient characteristics were compared using chi-square test (or Fischer exact test) for qualitative variables, and Student t-test (or Mann Whitney U-test) for quantitative variables. A multivariate regression analysis was performed to determine factors independently associated with VAP.

Résultats : 263 (48.4 %) patients received continuous control of Pcuff, and 280 (51.5 %) patients received routine control of Pcuff using a manometer. 108 (19.8 %) microbiologically confirmed VAP were diagnosed, including 36 (13.6 %) in continuous control group, and 72 (25.7 %) in control group (OR [95 % CI] 0.46 [0.29-0.71], $p = 0.001$). *P. aeruginosa* was the most common microorganism.

Whilst male gender, neurologic failure, trauma, tracheostomy, and reintubation were associated with significantly higher risk for VAP in univariate analysis; respiratory failure, digestive failure, chronic renal failure, subglottic secretion drainage, and continuous control of Pcuff were associated with significantly reduced risk for VAP.

By multivariate analysis, subglottic secretion drainage (OR [95 % CI] 0.30 [0.15-0.58], $p < 0.001$), and continuous control of Pcuff (0.38 [0.23-0.60], $p < 0.001$) were independently associated with reduced risk for VAP; tracheostomy (5.19 [3.06-8.81], $p < 0.001$) was independently associated with higher risk for VAP. No significant impact of continuous control of Pcuff was found on duration of mechanical ventilation, ICU stay, or ICU mortality.

Conclusion : Continuous control of Pcuff is associated with reduced risk for VAP. Further, large randomized controlled multicenter studies are required to confirm our results.

EP075

Les méningites nosocomiales au service de réanimation des urgences chirurgicales

B Sallak, A. Khattou, K. Khaleq, A. Nciri, K.M.A. Bouhourri, D. Hammoudi, R. Elharrar
Réanimation, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction : La fréquence relative des méningites aiguës iatrogéniques et post traumatiques est en perpétuel croissance, en réanimation, leur diagnostic s'avère difficile, la symptomatologie clinique est souvent peu parlante, en particulier dans un contexte postopératoire et post traumatique, l'interprétation des données de l'analyse du LCR n'est pas toujours aisée. Les germes isolés sont de plus en plus résistants rendant difficile la curabilité de ces affections.

Le but de ce travail est d'analyser le profil épidémiologique des méningites nosocomiales en réanimation, d'élucider leurs facteurs de risque, de définir le profil bactériologique, de mettre la lumière sur les facteurs influençant la mortalité et enfin de proposer des mesures préventives efficaces pour la lutte contre ces infections.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective sur une période de 3 ans et demi, allant de janvier 2011 à juin 2014, réalisée au service de réanimation chirurgicale P33 du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Résultats : Parmi les 1893 patients hospitalisés durant cette période, 34 ont développé la méningite nosocomiale, soit une incidence de 1,79 %. l'âge moyen était de 38 ans, avec une prédominance masculine (90 %). Les principaux facteurs de risque étaient représentés par l'intervention neurochirurgicale (76,47 % des malades ont été opérés) et par-

ticulièrement la mise en place d'une DVE (47,1 %). La durée moyenne de séjour était de 32 jours. La mortalité était de 40 %.

Les bacilles gram négatif prédominent avec 60 % des germes isolés, une fréquence élevée de *pseudomonas* et l'*Acinetobacter*, suivies par les cocci gram positif avec 40 %. Les facteurs influençant le pronostic étaient : la gravité de l'état neurologique initial ($p=0,03$), l'hypoprotéinorachie majeure ($p=0001$), la profondeur de l'hypoglycorachie ($p=0,002$), la présence d'une infection concomitante ($p=0,007$), l'incrimination des bactéries multirésistantes, et enfin l'hospitalisation pour un traumatisme crânien semble être un facteur de bon pronostic ($p=0,04$).

Conclusion : Vu leur gravité et le surcoût qu'elles entraînent, une véritable politique de prévention des méningites nosocomiales est nécessaire, basée sur l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles, la formation du personnel, la surveillance épidémiologique et le respect strict des règles d'hygiène.

EP076

Étude sur la prise en charge des infections urinaires sur sonde acquises en réanimation

C Lory, B Souweine, A Ait Hssain, PM Bertrand, A Lautrette
Réanimation médicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

Introduction : En réanimation, l'infection urinaire liée au cathéter urinaire (CAUTI pour catheter-related urinary tract infection) est responsable d'une augmentation de la durée de séjour et d'une augmentation indirecte du risque de mortalité par les bactériémies secondaires. La prise en charge des CAUTI et notamment l'intérêt d'une antibiothérapie systémique est très débattue [1,2]. L'objectif de cette étude était de comparer 4 stratégies de prise en charge sur la persistance des CAUTI post-prise en charge. Les objectifs secondaires étaient le taux de stérilisation post-prise en charge et le taux des rechutes des CAUTI après stérilisation.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique dans un service de réanimation médicale universitaire. De 2008 à 2012, tous patients consécutifs, porteurs d'un cathéter urinaire avec une CAUTI et un ECU post-prise en charge ont été inclus. La CAUTI était définie soit par une uroculture $\geq 10^5$ micro-organismes/ml sans qu'il y ait plus de deux espèces microbiennes isolées, et au moins une de ces deux espèces est absente dans l'uroculture réalisée à la pose du cathéter urinaire soit par une leucocyturie $\geq 10^4$ /ml et uroculture $\geq 10^3$ micro-organismes/ml sans qu'il y ait plus de deux espèces microbiennes isolées, et au moins une de ces deux espèces est absente dans l'uroculture réalisée à la pose du cathéter urinaire. Les 4 prises en charge étaient: ablation seule du cathéter urinaire (groupe ablation), ablation du cathéter urinaire et antibiothérapie systémique adaptée (groupe ablation+ATB), antibiothérapie systémique adaptée seule (groupe ATB), aucune action (groupe contrôle).

Résultats : Sur les 96 patients inclus (femmes 61 %; âge: 68 [59-76]ans; IGSII: 51 [39-63]pts; ventilation mécanique: 80 %; amines: 66 %, épuration extra-rénale: 21 %; durée de séjour en réanimation: 24 [11-37]jours; mortalité en réanimation/hospitalière: 20 %/31 %), 101 prises en charge ont été analysées dont 58 ablations seules, 17 ablation+ATB, 12 ATB et 14 contrôles. Le taux de CAUTI persistante était significativement diminué dans les stratégies ablation+ATB ($n=1$ (6 %)) et ATB ($n=1$ (8 %)) par rapport aux stratégies ablation seule ($n=38$ (65 %)) et contrôle ($n=13$ (93 %), $p<0,0001$). Le taux de stérilisation était significativement augmenté dans les stratégies ablation+ATB ($n=15$ (88 %)) et ATB ($n=10$ (83 %)) par rapport aux stratégies ablation seule ($n=15$ (26 %), $p<0,0001$) et contrôle ($n=0$). Il n'existait pas de différence entre les groupes ablation+ATB et ATB sur le taux de

CAUTI persistante ($p=1$) et le taux de stérilisation ($p=1$). Seuls 3 rechutes de CAUTI après stérilisation ont été identifiées (2 dans la stratégie ablation seule et 1 dans la stratégie ablation + ATB). La durée de l'antibiothérapie entre le groupe ablation + ATB et le groupe ATB n'était pas différent (7[4-8] jours vs 6 [2-7] jours, $p=0.56$). La délai entre l'ECBU post-prise en charge et le début de la prise en charge n'était pas différent (ablation : 4 [2-10] ; ablation+ATB : 8 [4-16] ; ATB : 6 [4-8] ; contrôle (ECBU diagnostic-ECBU de contrôle) : 5 [3-6] jours, $p=0.16$)

Conclusion : La prise en charge d'une CAUTI incluant une antibiothérapie systémique associée ou non à l'ablation du cathéter urinaire permet de diminuer le taux de CAUTI persistante post-prise en charge et d'augmenter le taux de stérilisation. La prise en charge d'une CAUTI par une ablation seule du cathéter urinaire n'a aucune utilité.

Références

1. Recognition and prevention of healthcare-associated urinary tract infections in the intensive care unit. Shuman EK, Chenoweth CE. *Crit Care Med* 2010;38(8 Suppl):S373-9
2. A randomized trial of catheter change and short course of antibiotics for asymptomatic bacteriuria in catheterized ICU patients. Leone M, Perrin AS, Granier I, Visintini P, Blasco V, Antonini F, Albanèse J, Martin C. *Intensive Care Med* 2007;33:726-9.

EP077

Traitement des pneumopathies nosocomiales à *Acinetobacter Baumannii* résistant à l'Imipénème (ABRI) : quelle place pour la Tigécycline ?

H Taibi, A Bakka, A Khattou, R Cherkab, W Haddad, S Kalouch, C Elkettani, L Barrou
Anesthésie Réanimation, Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : En réanimation, les pneumopathies à *Acinetobacter Baumannii* sont en perpétuelle augmentation avec une résistance de plus en plus élevée aux principales familles d'antibiotiques. La tigécycline, cycline de dernière génération, a déjà prouvé son efficacité thérapeutique dans les infections intra-abdominales, de la peau et des tissus mous ; Toutefois son utilisation n'est toujours pas approuvée dans le traitement des pneumopathies nosocomiales. Nous rapportons notre expérience concernant l'apport de la Tigécycline dans le traitement des pneumopathies nosocomiales à *Acinetobacter Baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI).

Patients et Méthodes : Sur une période de 2 ans (de janvier 2012 à aout 2014) nous avons étudié tous les cas de pneumopathies nosocomiales à ABRI documentées traitées par Tigécycline seule ou en association. Les données démographiques, cliniques, scores de gravité, la prise en charge et l'évolution ont été évalués.

Résultats : Soixante-deux cas de pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilations mécanique à ABRI ont été recensés dont 13 cas ont reçu la tigécycline, L'âge moyen était de 38.7 ans [16 – 82 ans], le sex ratio dans notre série était de 5.5 H / F. Les traumatismes crâniens graves étaient le motif d'hospitalisation le plus fréquent (5 cas) suivie par les AVC hémorragique (4 cas). Le SAPS II était de 24,9 ± 8,1. Deux malades ont été sous corticoïdes. L'antibiothérapie probabiliste a été démarrée dans 84 % des cas. L'association imipénème – amikacine était la plus prescrite. Le changement de l'antibiothérapie selon les résultats de l'antibiogramme a été décidé dans 34 % des cas. Les antibiotiques secondairement utilisés étaient : La tigécycline dans tous les cas seul ou en association avec la colistine (10 cas), ou avec l'ampicilline – sulbactam (1 cas). Le taux de mortalité était de 38 %.

Conclusion : Le taux alarmant des résistances de l'*Acinetobacter Baumannii* dans notre unité nécessite une mise en œuvre urgente d'une stratégie de lutte contre les bactéries multi résistantes. La Tigécycline représente un espoir thérapeutique dans le traitement des pneumopathies nosocomiales à ABRI, néanmoins son efficacité reste à valider sur des populations de patients plus élargies [1].

Référence

1. Esmeray Mutlu Yilmaz et al. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2012;40:332-6.

EP078

Tigécycline-colistine versus Imipénème-colistine pour le traitement des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique à *Acinetobacter baumannii*. Étude rétrospective de 63 cas

A Chaari, C Kamilia, A Rania, T Olfa, G Hatem, C Hedi, B Mabrouk, B Mounir
Réanimation polyvalente, Faculté de médecine de Sfax, Sfax, Tunisie

Introduction : L'*Acinetobacter baumannii* (Ab) est caractérisé par la multiplicité des résistances acquises aux antibiotiques. La tigécycline constitue l'une des options en cas d'infection à germe multirésistant. L'objectif de notre étude est de comparer deux associations antibiotiques pour le traitement des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) à Ab : Imipénème – Colistine Versus Tigécycline – Colistine, en termes de mortalité en réanimation, durée de ventilation mécanique (VM) et durée de séjour en réanimation.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective ayant inclus tous les patients ayant présenté une PAVM à Ab, traités soit par imipénème – colistine (groupe tigé(-)) soit tigécycline – colistine (groupe tigé(+)) entre 01/01/2010 et 31/08/2014. Nous avons exclu les patients admis pour arrêt cardio-respiratoire ou ayant été traités par d'autres associations d'antibiotiques. La tigécycline a été administrée à la dose de 50 mg/12 H après une dose de charge initiale de 100 mg, pour une durée prévue de 14 jours. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage alors que les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ± Écart-type ou en médiane [Quartiles]. Les comparaisons ont été effectuées par le test Chi2 ou le test de Fisher pour les variables qualitatives et par le test U de Mann Whitney pour les variables quantitatives.

Résultats : Durant la période d'étude, 63 patients ont été inclus dans notre étude : 16 patients ont reçu la tigécycline alors que 47 patients ont reçu l'imipénème, en association avec la colistine. L'âge moyen a été 44 ± 19 ans. Le sex-ratio (M/F) a été 3.2. Vingt-huit patients (44.4 %) ont été admis pour une cause traumatique et 35 patients (55.6 %) pour une cause non-traumatique. Le SAPSII moyen a été de 36.7 ± 12.7 points. Le SOFA moyen a été de 7.3 ± 3.3 points. Le délai moyen de survenue de la PAVM a été de 8 ± 5.4 jours. La résistance à l'imipénème a été observée dans 47 cas (74.6 %). Le score SOFA le jour de la PAVM a été de 6.5 ± 2.6 points. Le délai d'antibiothérapie appropriée a été de 2 ± 1.3 jours. La durée moyenne de VM a été 21 ± 12 jours. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 26 ± 14 jours. La mortalité en réanimation a été de 46 %.

L'âge médian a été comparable entre les groupes tigé(+) et tigé(-) (43 [32–60] ans Vs 43 [23-55] ans ; $p = 0.385$). Il en était de même pour le score SAPSII (34 [26.3-40.8] Vs 35 [29-48] points ; $p = 0.389$) et le score SOFA (4 [4-8.5] Vs 7 [5-10] points ; $p = 0.122$). La fréquence de la catégorie traumatique a été comparable entre les groupes Tigé(+) et Tigé(-) (43.8 % Vs 48.8 % ; $p = 0.948$). Le délai de survenue de la PAVM a été comparable entre ces deux groupes (respectivement 6.5

[5-15] et 7 [5-8] jours ; $p = 0.501$). La résistance à l'imipénème a été significativement plus fréquente dans le groupe tigé(+) (100 % Vs 51.6 % ; $p = 0.006$). Le score SOFA le jour de la PAVM a été significativement plus élevé pour le groupe tigé(-) (4.5 [3 - 7.8] Vs 7 [5 - 9] points ; $p = 0.025$).

La durée médiane de VM a été comparable entre les groupes Tigé(+) et Tigé(-) (13.5 [17-29.3] Vs 17 [11-26.3] jours ; $p = 0.246$) alors que la durée de séjour en réanimation a été significativement plus prolongée pour le groupe Tigé(+) (29 [21.8-37.3] Vs 20 [14-34] jours ; $p = 0.029$).

L'association Tigécycline – colistine n'a pas été associée à une réduction significative de la mortalité en réanimation (OR = 0.43 ; IC95 % [0.13 – 1.44] ; $p = 0.175$). Aucun effet significatif sur la mortalité n'a été également observé après ajustement selon le score SOFA le jour de la PAVM (OR = 0.652 ; IC95 % [0.18-2.4] ; $p = 0.516$).

Conclusion : L'association Tigécycline – Colistine n'a pas été associée à une modification significative de la mortalité chez les patients ayant présenté une PAVM à Ab. Cette association pourrait être proposée en cas de PAVM à souche multi- ou pan-résistante.