

Introduction

La résistance bactérienne aux antibiotiques est un problème d'importance croissante en pratique médicale. Les bactériémies à bactéries multirésistantes (BMR) sont des infections graves qui induisent des conséquences importantes en termes de mortalité, morbidité et de coût. Elles constituent une urgence thérapeutique qui nécessitent le recours à une antibiothérapie adéquate et à large spectre. Est-ce que toute hémoculture positive à bactéries multirésistantes constitue-elle une vraie bactériémie ? Le présent travail vise à étudier la corrélation clinico-biologique en matière de diagnostic et de prise en charge des bactériémies à bactéries multirésistantes (BMR) au CHU de Marrakech.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, analytique et comparative menée par le service de Bactériologie-Virologie du CHU de Marrakech, sur une période de 3 mois consécutifs allant de Mai à Juillet 2019, incluant toutes les BMR isolées des hémocultures chez les patients hospitalisés dans les différents services du CHU. Une fiche de recueil des données cliniques et évolutives a été remplie devant toute bactériémie à BMR documentée. A été considérée comme une vraie bactériémie (VB) toute hémoculture positive chez un patient présentant des signes clinico-biologiques de sepsis, et comme hémoculture contaminée, toute hémoculture positive chez un patient ne présentant pas des signes cliniques et biologiques de sepsis ou devant l'amélioration clinique sous une antibiothérapie probabiliste démarrée et qui n'est pas adaptée au profil de sensibilité des germes isolés.

Résultats

- Sur un total de 443 hémocultures positives durant cette période, 66 bactériémies à BMR ont été colligées soit une prévalence de 15%. Ces bactériémies à BMR ont été retrouvés dans 56% des cas chez les adultes (n=37). Cette prévalence était de 16% chez les enfants et de 14% chez les adultes.
- Le diagnostic d'une vraie bactériémie a été retenu chez 53 patients sur des arguments clinico-biologiques de sepsis, représentant ainsi 80% de l'ensemble des bactériémies à BMR identifiées.
- Les bactériémies à BMR identifiées et considérées comme des contaminations ont représenté 20% sur cette période.
- La moyenne d'âge des patients était de 38,5 ans avec un sex-ratio H/F de 1,75.

Profil bactériologique des vraies bactériémies :

- ❖ Les bactéries à Gram négatif ont largement dominé le profil bactériologique représentées principalement par les Entérobactéries productrices de Bétalactamases à Spectre Étendu (EB BLSE) (83%) suivies par *Acinetobacter baumannii* multirésistant (9%). Les Entérobactéries de sensibilité diminuée aux carbapénèmes (E-SDC) ont représenté 36,3% au sein des entérobactéries BLSE (Figure 1)
- ❖ 75% (n=40) des vraies bactériémies ont été identifiées au niveau des services de réanimation, principalement la réanimation néonatale (40%) (n=21).

Figure 1 : Répartition des BMR isolées des vraies bactériémies

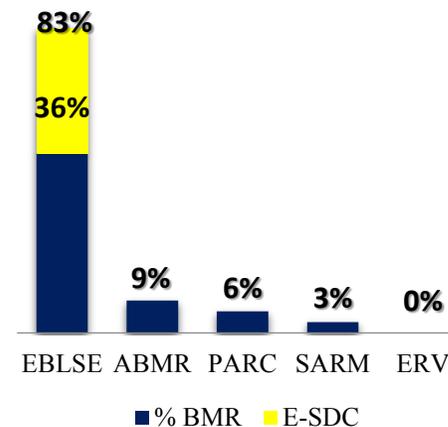
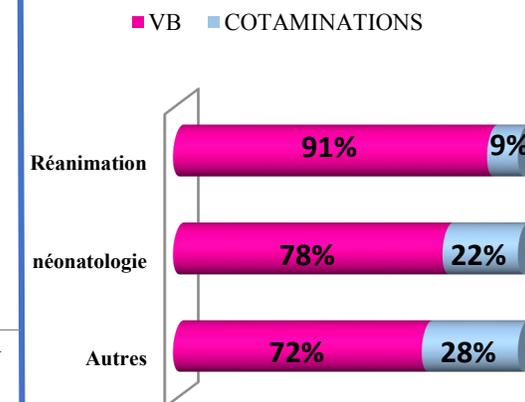


Figure 2: Répartition des bactériémies selon le type d'activité du service



Résultats

Antibiothérapie des Vraies Bactériémies (80%)

➤ L'antibiothérapie probabiliste (AP) a été instaurée chez tous les patients, par des céphalosporines 3^{ème} génération (51%), par des carbapénèmes (43%) et par de la colistine (5%).

➔ Après résultat de l'antibiogramme :

➤ Cette AP était d'emblée adaptée chez 34 % des patients avec une bonne amélioration clinique et elle a été poursuivie. Le taux de mortalité chez ce groupe était de 5%.

➤ L'AP était inadaptée chez 66% des patients avec une non-amélioration clinique chez 63% et un taux de mortalité de 26% avant l'ajustement de l'AP chez ce groupe

➤ Après avoir ajusté le traitement aux alternatives disponibles sur l'antibiogramme, parmi les 63% patients chez qui aucune amélioration clinique n'a pas été notée sous AP, 76% ont été mis sous l'association Imipénème + Amikacine et 14 % des patients ont été mis sous Colistine + Amikacine. Chez ce groupe, 86% des patients ont bien évolué et 13 % sont décédés.

Antibiothérapie des Bactériémies à BMR considérées comme des contaminations (20%).

➤ L'AP a été déjà initiée chez tous ces patients par des céphalosporines de 3^{ème} génération (54%) et par des carbapénèmes (31%). Elle a été arrêtée au bout de 48 heures chez 38% des patients et poursuivie chez 62% des malades même si elle n'était pas adapté au profil de sensibilité du germe isolé à l'hémoculture.

Discussion et Conclusions

➤ La contamination des hémocultures a représenté une part considérable au sein des bactériémies à BMR documentées (20%). La confrontation des données de l'examen clinique, des marqueurs biologiques de sepsis et des données microbiologiques a permis d'individualiser cette catégorie de patients dont les hémocultures étaient contaminées au moment du prélèvement par des BMR et qui ne nécessitaient pas une antibiothérapie. Chez ces patients, un arrêt de l'antibiothérapie initiale ou une désescalade thérapeutique peuvent être envisagés permettant d'éviter au patient une antibiothérapie à large spectre non nécessaire (38% des patients). Chez 62% des patients avec des hémocultures contaminées par des BMR, l'antibiothérapie initiale a été comme même poursuivie même si elle n'était pas concordante avec le profil du germe isolé. En effet, toute antibiothérapie à large spectre non justifiée accroît le risque d'émergence de nouveaux mécanismes de résistance et de transmission croisée des bactéries multirésistantes notamment en milieu hospitalier.

➤ Devant toutes les bactériémies identifiées, le caractère approprié et précoce de l'antibiothérapie probabiliste a eu un impact majeur sur le pronostic des patient et le taux de mortalité (5% versus 26%). Son ajustement rapide aux résultats de l'antibiogramme a permis d'améliorer le pronostic et de réduire le taux de mortalité (26% versus 13%).

➤ Pour les Vraies Bactériémies, les portes d'entrée identifiées étaient les cathéters (30%) et les voies urinaires (15%). Ceci impose le respect des protocoles de prévention des infections nosocomiales. Diagnostiquer et traiter à temps une infection localisée à BMR permet de diminuer le risque de dissémination sanguine où les conséquences serait plus pesantes.

➤ Une multitude de facteurs de risque favorise la survenue de ces bactériémies à BMR, les facteurs les plus impliqués dans cette série étaient: les antécédents d'antibiothérapie antérieure et l'immunodépression.

Les Portes d'entrée identifiées au cours des Vraies Bactériémies à BMR (n = 53)

Cathéter	Urinaire	Respiratoire	Cutanée	Indéterminée
16	8	6	7	16

Les Facteurs des risques identifiés des Bactériémies à BMR (n = 66)

Antibiothérapie antérieure	Prématurité	Age > 65 ans	Brulure	Chimiothérapie
14	13	6	7	5