

16^{es} Journées Nationales d'Infectiologie

Posters

PADS02 – Infections bactériennes et zoonoses

PADS02-01

Lien entre séjour à l'étranger et portage d'entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (EBLSE) : étude cas-témoins dans un service de maladies infectieuses et tropicales

A. Sall (1), M. Gousseff (2), F. Jaureguy (1), D. Seytre (1), F. Méchai (1), O. Bouchaud (1), N. Vignier (3)

(1) CHU Avicenne, Bobigny, France,

(2) CH Bretagne Atlantique, Vannes, France,

(3) CH Marc Jacquet, Melun, France.

Introduction – objectifs La diffusion d'EBLSE en milieu communautaire est mondiale et potentiellement importante dans les pays à faibles ressources. Objectif : étudier le lien entre un séjour à l'étranger et le portage d'EBLSE.

Matériels et méthodes Nous avons inclus tous les patients ayant eu un dépistage rectal à la recherche d'EBLSE (selon les pratiques locales), ou présentant un prélèvement clinique positif à EBLSE, dans les 72 h après leur admission dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Avicenne entre Juillet 2012 et Mars 2014. Les cas avaient un prélèvement clinique ou de dépistage positif à EBLSE et les témoins un dépistage négatif. Les personnes ayant voyagé à l'étranger dans l'année et les migrants primo-arrivants depuis moins d'un an ont été définis comme exposés. Les informations socio-démographiques et médicales ont été recueillies rétrospectivement dans les dossiers des patients. Le risque de portage d'EBLSE a été évalué par analyse univariée puis multivariée (régression logistique avec sélection descendante des variables).

Résultats Parmi les 236 patients inclus, 32 % étaient des cas, dont 35 chez les 76 exposés (46 %) contre 40 chez les 120 non exposés (25 %, $p < 0,001$).

En analyse multivariée, les cas étaient liés : au séjour à l'étranger (exposés) (OR = 3,81 [1,86-7,85]), au fait d'être originaire d'Afrique ou du Maghreb (OR = 2,10 [1,01-4,39]) mais pas d'Asie (OR = 1,45 [0,40-5,22]), au fait d'être hospitalisé pour une infection urinaire (OR = 3,33 [1,33-8,30]), à l'infection par le VIH (OR = 2,62 [1,17-5,87]), et au fait d'avoir eu des soins à domicile dans les 12 derniers mois (OR = 6,80 [2,74-16,86]).

Conclusion Le séjour à l'étranger dans l'année précédente, ainsi que l'infection par le VIH, semblent être des facteurs de risque de portage d'EBLSE et devraient motiver la réalisation d'un dépistage systématique à l'admission en milieu hospitalier.

PADS02-02

Utilisation du KIT BLSE en Italie : organisation et résultats d'un projet européen

V. Mondain (1), G. Secondo (2), R. Guttamann (1), G. Ferrea (2), A. Dusi (2), M. Giacomini (2), C. Pradier (1)

(1) CHU de Nice, Nice, France

(2) Ospital de san Remo, San Remo, Italie.

Introduction – objectifs En Europe, l'incidence des entérobactéries BLSE (E-BLSE) est particulièrement préoccupante dans les pays du bassin méditerranéen avec une prévalence estimée à 25 % des *E. coli* en Italie. À partir d'un outil d'aide à la prise en charge des patients déjà utilisé avec succès en France,

en ville et à l'hôpital, le KIT BLSE, nous avons organisé sa mise en place dans une région d'Italie.

Matériels et méthodes Un infectiologue a été missionné pour le conseil dédié aux E-BLSE. Le KIT BLSE (protocoles thérapeutiques, fiches sur mesures d'hygiène, check-lists), a été adapté pour être en conformité avec les molécules disponibles. À partir des résultats microbiologiques, l'infectiologue alertait les médecins de ville ou d'EHPAD et proposait conseil et utilisation du KIT BLSE.

Résultats Nous avons inclus 496 patients en 12 mois en 2014. Un avis a été donné en temps réel dans 364 cas. Les traitements antibiotiques ont donc été appropriés dans ces cas. 140 colonisations n'ont pas été traitées alors qu'elles l'étaient toutes avant l'organisation du conseil. L'application des mesures d'hygiène en EHPAD a pu être réalisée grâce à une prise de conscience et une implication remarquable alors qu'il n'existait aucune recommandation préalable au projet. Une filière de soin (consultation en urgence si nécessaire, hospitalisation directe) a été créée grâce au projet.

Conclusion Le KIT BLSE a pu être facilement appliqué par un pays à l'organisation sanitaire très différente de la nôtre, grâce à une mise en place régionale facilitée par la centralisation des examens microbiologiques au seul laboratoire hospitalier. L'adhésion des professionnels de santé à cet outil témoigne de sa réponse à un besoin d'aide à la prise en charge de ces patients infectés ou colonisés à E-BLSE. La mise en place de référents et d'outils est indispensable dans les pays à forte incidence de résistance.

PADS02-03

Infections associées aux soins (IAS) recrutées en infectiologie : spécificités et morbi-mortalité

P. M. Roger (1), E. Demonchy (1), C. Caisso (1), C. Etienne (1), E. Cua (1), E. Bernard (1)

(1) Hôpital de l'Archet 1, Nice, France.

Introduction – objectifs Le bilan de lutte contre les IAS établi par le HCSP indique une baisse des infections sur voies veineuses centrales en réanimation. Les résultats sont plus mitigés concernant les autres IAS. L'entretien d'un registre d'activité d'hospitalisation permet l'exhaustivité des informations sur les IAS recrutées. Notre objectif est d'en mesurer la morbi-mortalité.

Matériels et méthodes Étude de cohorte des patients hospitalisés pour lesquels le diagnostic(s), dont le caractère associé aux soins et les modalités évolutives sont enregistrés prospectivement dans un registre. Les mesures de morbi-mortalité étaient la durée d'hospitalisation, le recours à la réanimation et le décès.

Résultats De Juillet 2005 à Décembre 2014, 1 385/12 019 hospitalisations (11,5 %) étaient motivées par une IAS, concernant 1 039 patients. Quatre groupes homogènes de maladies représentaient 87 % des entrées : infections osseuses 673 hospitalisations (49 %) pour 305 patients, infections urinaires 208 hospitalisations (15 %) pour 135 cas, infections sur cathéters 193 hospitalisations (14 %) pour 145 cas et les infections cardio-vasculaires 120 hospitalisations (9 %) pour 84 cas. Les infections sur cathéters était d'incidence annuelle stable. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 ± 10 jours, de 10 pour les infections urinaires à 15 jours pour les infections cardio-vasculaires. Vingt six patients nécessitaient un recours en réanimation (1,9 %), dont 10 infections osseuses (38 %) et 5 infections sur cathéter (19 %) ; 32 autres patients décédaient en Infectiologie (2,3 %), dans 15 cas d'infection osseuse

(47 %) et 7 cas d'infection sur cathéter (22 %). L'infection était la cause directe du décès en infectiologie dans 14 cas (44 %).

Conclusion Parmi les IAS recrutées en infectiologie, les infections osseuses sont les plus fréquentes et associées à la morbi-mortalité la plus significative avec 18 % d'évolution défavorable.

PADS02-04

Prévalence et rôle pathogène de *Mycoplasma genitalium* : étude prospective

M. Lefebvre (1), J. Coutherut (1), S. Gibaud (1), M. Chalopin (1), M. Patoureau (1), C. Bernier (1), C. Biron (1)

(1) CHU, Nantes, France.

Introduction – objectifs *Mycoplasma genitalium* (MG) est une bactérie sexuellement transmissible. Elle serait la 2^e cause d'urétrites non gonococciques après *Chlamydia trachomatis* (CT). Nous avons étudié la prévalence et le rôle de MG sur une cohorte de patients consultant dans un CDAG-CID-DIST.

Matériels et méthodes Sur 651 patients consécutifs en 2013-2014, des PCR CT, MG, *Neisseria gonorrhoeae* (NG) et *Trichomonas vaginalis* ont été réalisées systématiquement, sur urines chez les hommes ou auto-échantillon vaginal chez les femmes, ou, selon les symptômes, sur urètre ou endocol. Les facteurs associés à la présence de symptômes ont été étudiés en analyse uni et multivariée (régression logistique, Odds Ratio (OR) et IC 95 %).

Résultats La cohorte comportait 357 hommes (55 %), dont 26 % HSH (n = 92), d'âge médian (extrêmes) 26 ans (16-61) et 294 femmes, d'âge médian 22 ans (16-64). Douze pourcent étaient nés à l'étranger (n = 82), 8 % étaient symptomatiques (n = 52) : urétrite (n = 23), leucorrhées (n = 10), balanite (n = 7), dyspareunie (n = 3). La prévalence de CT et MG était de 7,8 % et 2,5 % respectivement, sans différence selon le sexe. La prévalence de NG et TV était de 1 % chacun chez les hommes, de 0,7 % chacun chez les femmes. Six patients avaient un portage concomitant de CT et MG, mais aucun patient porteur de NG n'était aussi porteur de CT ou MG. La présence de symptômes était associée en analyse univariée à la positivité de NG (OR 63,6 [7,3-556]), de MG (OR 5,7 [1,9-17,1]), de CT (OR 2,35 [1-5,3]) et des rapports non protégés (OR 5,1 [1,2-21,4]) ; en analyse multivariée à la positivité de NG (OR 65,2 [7,4-577]), de MG (OR 5,3 [1,6-17,4]) et des rapports non protégés (OR 4,6 [1,1-19,3]).

Conclusion La prévalence de MG est moins élevée que celle de CT mais sa positivité est fortement associée à la présence de symptômes, posant la question du dépistage systématique de MG chez les patients avec symptômes génitaux, en raison de son fort taux de résistance à l'azithromycine et à la doxycycline.

PADS02-05

Dépistage systématique génital et extra-génital du portage de *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Neisseria gonorrhoeae* (NG) chez 253 patients HSH vivant avec le VIH (PVVIH)

I. Alcaraz (1), O. Robineau (1), M. Valette (1), V. Baclet (1), N. Blondiaux (1), F. Ajana (1), E. Senneville (1)

(1) CH Tourcoing, Tourcoing, France.

Introduction – objectifs Des prévalences élevées de NG et CT sont rapportées chez des hommes HSH au niveau pharyngé et anal. La question de la recherche systématique chez les PVVIH HSH peut se poser.

Matériels et méthodes Du 1^{er} octobre 2014 au 31 janvier 2015, 253 patients HSH PVVIH reçus pour suivi du VIH ont été testés par PCR temps réelle Xpert NG/CT/Cepheid couplée gorge urines 1^{er} jet et autoprélèvement anal. Les prélèvements positifs étaient découplés pour PCR de chaque site, et culture en cas de NG.

Résultats La moyenne d'âge des 253 patients était de 45 ans. La PCR était positive pour 31 (12,5 %) patients sur 248 testés pour CT : 22 (8,9 %) au niveau anal, 4 (1,6 %) pharyngé, 4 (1,6 %) urinaire. Elle était positive pour 17 (6,9 %) sur 245 testés pour NG : 7 (2,9 %) au niveau anal, 8 (3,3 %) pharyngé, 2 (0,8 %) urinaire. Pour un seul patient avec prélèvement extra-génital positif (CT dans la gorge) la PCR était positive dans les urines.

Conclusion Nous avons trouvé un nombre d'infections à CT et/ou NG extra-génitale élevé, plus présentes en anal pour CT et en pharyngé pour NG.

Le nombre de dépistages positifs dans les urines est faible. Ces résultats pourraient inciter à évaluer un dépistage systématique multisite CT et NG chez les HSH PVVIH. Pour les PCR NG positives, la négativité des cultures pose la question de la pathogénicité de NG détecté en PCR sans culture positive. Des études supplémentaires sont nécessaires pour maintenir l'antibiothérapie sans risque de majorer inutilement la résistance de NG.

PADS02-06

Antibiothérapie suppressive (AS) par cyclines des infections de prothèse articulaire (IPA) : expérience d'un centre de référence de traitement des infections ostéo-articulaires complexes (CRIOAC)

M. Pradier (1), S. Nguyen (1), M. Valette (1), P. Choisy (1), H. Migaud (2), E. Beltrand (1), E. Senneville (1)

(1) CH DRON, Tourcoing, France,

(2) CHRU Lille, Lille, France.

Introduction – objectifs Il n'existe actuellement aucun consensus sur l'utilisation d'une AS lors des IPA. Nous décrivons ici l'expérience de notre CRIOAC.

Matériels et méthodes Étude rétrospective analysant les patients chez qui une AS pour IPA a été décidée entre 01/2006 et 09/2013. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical par irrigation/lavage et maintien des implants associé à une antibiothérapie curative suivie d'une AS (doxy ou minocycline). Le succès thérapeutique était défini par un patient asymptomatique sur le plan infectieux avec une prothèse articulaire fonctionnelle.

Résultats Parmi les 44 patients (pts) inclus, l'âge moyen était de 63 ± 17,8 ans, 27 (61 %) avaient une prothèse de genou et 17 (39 %) de hanche, avec un délai moyen d'implantation de 6,86 ± 7,36 mois. Trente-deux pts (73 %) avaient une IPA à staphylocoque et 11 (25 %) une IPA polymicrobienne. La durée moyenne d'antibiothérapie curative était de 108 ± 59 jours, la rifampicine étant l'antibiotique le plus utilisé (61 %, n = 27). Les indications d'AS étaient : (i) pts récusés ou refusant la chirurgie (n = 15), (ii) antibiothérapie curative (n = 7) ou chirurgie (n = 13) non optimales, (iii) chirurgie complexe (n = 3), (iv) immunodépression (n = 6). La durée moyenne d'AS était de 647 ± 591 jours, avec un suivi moyen de 1049 ± 642 jours. Des EI ont été reportés chez 10 pts (23 %), dont 5 ayant amené à interrompre l'AS. Trente-deux pts (73 %) étaient considérés en rémission et parmi les 12 pts en échec, une résistance acquise aux cyclines a été identifiée chez 3 d'entre eux.

Conclusion Les résultats de cette étude suggèrent que la doxycycline et la minocycline sont efficaces et bien tolérées pour l'AS des IPA.

PADS02-07

Facteurs influençant la résistance des staphylocoques à la rifampicine dans l'infection sur prothèse articulaire

C. Rondé-Oustau (1), J. Gaudias (1)

(1) CHU de Strasbourg, Strasbourg, France.

Introduction – objectifs Par son action sur les bactéries en phase stationnaire de croissance, la rifampicine est un antibiotique de choix dans les infections sur prothèse à staphylocoque. Notre étude a recherché les facteurs influençant la résistance à la rifampicine chez les patients présentant une infection sur prothèse à staphylocoque résistant à la rifampicine.

Matériels et méthodes Une étude cas-témoin monocentrique rétrospective a été réalisée pour la période 2010-2012. Les 20 cas ont été appariés sur l'âge, le sexe, la localisation et l'espèce à 20 témoins hospitalisés au cours de la même période présentant une infection de prothèse à staphylocoque sensible à la rifampicine. Les variables qualitatives ont été comparées par un test du 2 de Mc Nemar, les variables quantitatives par un test de Student ou Wilcoxon apparié. Le seuil de significativité retenu était de 5 %.

Résultats En analyse univariée, la présence d'un antécédent d'au moins 2 infections sur la prothèse est associée à une résistance à la rifampicine (p < 0,05) avec un rapport de cote (RC) de 3,91 (IC95 % = [1,01 ; 16,88]). L'utilisation préalable de rifampicine, pour une infection de prothèse ou un autre motif infectieux, est également associée à une résistance à cet antibiotique (p < 0,01 avec un RC de 5,53 (IC95 % = [1,63 ; 21,65])). L'utilisation préalable était inadéquate dans près de la moitié des cas avec persistance de l'inoculum principalement. L'analyse multivariée montre un risque augmenté de

résistance en cas d'antécédent de traitement par rifampicine, avec un RC de 5,53 (IC95 % = [1,63 ; 21,65]).

Conclusion L'utilisation antérieure de rifampicine expose au risque de survenue de résistance. Compte-tenu de son intérêt sur les staphylocoques en phase stationnaire de croissance, il est souhaitable de réserver cet antibiotique à ces situations et d'en améliorer les conditions de prescriptions.

PADS02-08

Intérêt du pooling d'échantillons pour la détection de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* en consultations de dépistage des infections sexuellement transmissibles

G. Roosen (1), V. Baclet (1), I. Alcaraz (1), T. Huleux (1), É. Senneville (1), P. Patoz (1), N. Blondiaux (1)

(1) CH Gustave Dron, Tourcoing, France.

Introduction – objectifs Regrouper (ou pooler) les échantillons cliniques pour la détection de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* par amplification génique (PCR) est une stratégie attrayante pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST). Le pooling permet de réduire le coût analytique et le temps technique et d'augmenter la taille des séries d'échantillons analysés. Toutefois, si quelques études ont montré l'intérêt de pooler des échantillons de même type provenant de plusieurs patients, l'intérêt de pooler plusieurs échantillons d'un même patient n'a jamais été montré, ce qui est l'objet de notre étude.

Matériels et méthodes Nous avons évalué la stratégie du pooling d'un échantillon uro-génital, d'un prélèvement pharyngé et d'un prélèvement anal chez 206 patients vus en consultation de dépistage des IST. Nous avons testé individuellement (dé-pooling) les 105 premiers pools d'échantillons donnant un résultat positif et les 101 premiers pools donnant un résultat négatif avec le kit Cepheid CT/NG Xpert Rapid PCR.

Résultats En comparaison des 3 échantillons analysés individuellement, le pooling des échantillons présente une sensibilité de 96,2 % (101/105) et une spécificité de 96,0 % (97/101). Avec une prévalence pour ce type de patients de 10,4 % pour *C. trachomatis* et de 7,1 % pour *N. gonorrhoeae*, cette stratégie permet de réaliser une économie de 49,2 % en coût-réactifs.

Conclusion Pooler les échantillons d'un même patient pour la détection des infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* apparaît comme une stratégie simple, fiable et économique par rapport à l'analyse individuelle des échantillons.

PADS02-09

Infection à virus TBE dans l'Est de la France : état des lieux

Y. Hansmann (1), M. J. Wendling (1), F. Stoll Keller (1), I. Leparç Gofart (2), X. Argemi (1), M. Baldeyrou (1), D. Christmann (1)
(1) Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France,
(2) CNR des arboviroses, Marseille, France.

Introduction – objectifs L'est de la France est une région endémique pour les infections à virus TBE, et fait l'objet d'une surveillance épidémiologique et clinique depuis plusieurs années.

Matériels et méthodes Les patients sont identifiés à partir des sérologies positives dans les laboratoires réalisant cet examen en France : institut de viro-

logie Strasbourg, laboratoire Biomnis, centre National de référence Marseille. Les critères d'infection à TBE sont : présence d'IgM +/- IgG associées à des signes cliniques d'infection aiguë compatible avec une infection à virus TBE (critères ECDC). Les renseignements cliniques et épidémiologiques sont collectés après contact avec le médecin prescripteur de la sérologie.

Résultats Depuis 1968, 136 patients ont été identifiés en France dont 9 cas importés et 2 cas hors région Nord Est. Le sexe ratio est 99 H/37 F, âge moyen 45,4 ans (9-86 ans). Chez 73 patients on identifie la notion de piqûre de tique au cours des semaines précédentes et chez 75 patients la présence d'une phase primaire (manifestation isolée pour 5 patients). 61 patients ont présenté un tableau de méningo-encéphalite et 42 un tableau de méningite. Le LCR était majoritairement à prédominance lymphocytaire, mais pour 38 patients on constate une prédominance de polynucléaires neutrophiles avec un taux cellulaire moyen de 142 cellules/ml.

Sur le plan épidémiologique on constate des zones de plus forte endémie au sein de la région Alsace, mais les infections sont décrites sur l'ensemble des zones forestières de la région.

Conclusion Les infections à virus TBE restent stables au cours des dernières décennies. L'Alsace est une zone de faible endémie. Une stratégie vaccinale peut être discutée en cas de forte exposition au risque dans certaines zones de plus forte endémie en Alsace.

PADS02-10

Intérêt d'une injection intra-ganglionnaire de gentamicine dans la prise en charge de la maladie des griffes du chat (MGC) au stade suppuré

C. Garnier (1), G. Martin Blondel (1), C. Debuissou (1), D. Dubois (1), L. Cuzin (1), P. Delobel (1), B. Marchou (1)

(1) CHU Toulouse, Toulouse, France.

Introduction – objectifs La MGC est une zoonose bénigne due à *Bartonella henselae* qui peut se compliquer d'une adénite suppurée d'évolution prolongée sur plusieurs mois nécessitant des aspirations à l'aiguille répétées voire un drainage chirurgical. L'objectif de cette étude est d'évaluer dans la MGC au stade suppuré le bénéfice d'une injection intra-ganglionnaire de gentamicine associée à un traitement oral par azithromycine.

Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique ayant inclus entre janvier 2009 et mars 2014 tous les patients atteints de MGC au stade suppuré diagnostiquée par une PCR *B. henselae* sur pus ganglionnaire. La guérison a été définie comme la disparition de l'adénopathie sans complications à savoir : fistulisation durant plus de 7 jours, nécessité de ponctions répétées ou recours à la chirurgie. Dans l'analyse ont été retenus des critères épidémiologiques, cliniques et le traitement reçu : azithromycine seule ou combinée à une injection intra-ganglionnaire de gentamicine.

Résultats 51 patients ont été inclus, d'âge moyen 26,3 ans (\pm 16,3). Parmi eux, 26 ont été traités par azithromycine seule dont 8 (31 %) ont guéri et 18 (69 %) ont eu des complications ; les 25 autres patients ont été traités par azithromycine et une injection intra-ganglionnaire de gentamicine dont 16 (64 %) ont guéri et 9 (36 %) ont eu des complications. En analyse univariée, le traitement combiné était la seule variable associée à un taux de guérison supérieur (64 % versus 31 % ; $p = 0,01$). En analyse multivariée, cette différence n'était plus significative (OR : 3,84 (IC 95 % : 0,95-15,56, $p = 0,06$).

Conclusion Sans méconnaître les limites d'ordre méthodologique, cette étude suggère que l'injection intra-ganglionnaire de gentamicine associée à l'azithromycine puisse être bénéfique au cours de la MGC au stade suppuré.