

Communications orales
Jeudi 22/11/ 2012: 15h – 18h

Thème 1: Pathologies infectieuses

Modérateurs : Pr M. Amamou, Pr AA. Messaadi, Pr C. Ben Hamida

C1. Prévalence et facteurs de risque des infections associées aux soins(IAS) dans un centre hospitalo-universitaire Tunisien.

A. Trifi (1), H. Maghraoui (2), L. Ammari (3), S. Abdellatif (1), K.Majed (2), F. Daly (1), M. Oueslati (1) I. Boutiba (4), S. Ennigrou (5), H. Tiouiri (3), N. Borsali Falfoul (2), S.Benlakhhal (1).

1 : Service de Réanimation médicale la Rabta

2: Service des Urgences la Rabta

3: Service des maladies Infectieuses la Rabta

4 : Laboratoire de Microbiologie hôpital Charles Nicolle

5 : Département médecine préventive faculté de médecine de Tunis **Tunisie.**

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) constituent une préoccupation majeure et sont responsables d'une lourde morbi-mortalité.

La disponibilité de données épidémiologiques actualisées permet de mieux cibler les programmes de prévention des IAS et d'évaluer ces actions de lutte.

Dans ce cadre, nous avons opté pour une étude de prévalence ponctuelle multicentrique dont les objectifs étaient de calculer les taux de prévalence globale des IAS et spécifiques selon les services et les sites anatomiques, décrire les facteurs de risque associés, et préciser l'écologie bactérienne ainsi que les principaux profils d'antibio-résistance des germes incriminés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une enquête descriptive transversale menée au CHU la Rabta de Tunis, il s'agit d'un passage pour chaque service un jour donné, on a calculé ainsi une prévalence instantanée. On a inclus tout malade présent le jour du passage de l'enquêteur ; ont été exclus de l'étude : les malades de pédiatrie, des urgences, ainsi que les hospitalisations du jour. Le recueil des informations est effectué à l'aide de 2 fiches (une par service et une de type questionnaire par malade). L'analyse des données est effectuée après leur validation à un double niveau par le médecin traitant et par le groupe de travail.

Résultats : Le CHU la Rabta est de structure pavillonnaire d'une capacité totale de 970 lits, composé de 6 services de chirurgie, 11 services de médecine et huit services à caractère intensif médical et/ou chirurgical que nous appellerons groupe de soins aigus (GSA). 524 malades ont été inclus, d'âge moyen 52.2 ± 18.3 ans. 15.6% proviennent du GSA. 44 patients étaient infectés le jour de l'enquête : soit un taux de prévalence de 8.4%, le taux de prévalence des IAS chez les patients du GSA est de 22.9%. Les sites anatomiques les plus retrouvés sont pulmonaires dans 41% des cas et urinaires 31.4%. La culture des prélèvements bactériologiques est revenue positive dans 38 cas, avec un profil de multi résistance dans 69,4% des cas.

Les BGN représentant 68% des germes [*K.pneumoniae* (13.15%), *E.coli* (13.15%)] Parmi les CGP, *Staphylococcus spp* est le plus fréquent (10.5%).

Certains facteurs de risque se sont révélés significativement liés au développement des IAS : la ventilation artificielle, le cathétérisme veineux central, le sondage urinaire ($p < 10^{-3}$), le diabète et l'obésité ($p < 0.05$).

Conclusion : Notre taux de prévalence, calculé à 8.4%, est comparable à ceux des enquêtes de prévalence des IAS (France02, London08). Par contre, et comparativement à une enquête nationale Tunisienne menée en 2005 (NOSOTUN05), on note une élévation de ce taux ainsi que du pourcentage des microorganismes multi résistants. Ceci peut être expliqué en majeure partie par l'usage accru des antibiotiques. Par ailleurs, on retrouve une association étroite entre une IAS et certains facteurs intrinsèques et d'actes invasifs.

C2. Infections associées aux soins (IAS) au service de médecine intensive du CHU F.

Hached de Sousse : particularités épidémiologiques et enseignements pratiques.

Chouchene.I*, Bouafia.N**, Ben Saida.I*, Limam.M**, Farjallah.A* , Ben salah.M*, Dhidah.A*, Zarrouk.W* ;Njah.M** , Bouchoucha.S* *Service de Médecine intensive CHU Farhat Hched Sousse ; **Service d'Hygiène Hospitalière CHU Farhat Hched Sousse. **Tunisie.**

Introduction : Les IAS dans les USI sont reconnues à l'origine d'un accroissement significatif de la mortalité, de la morbidité et du coût de prise en charge des patients. Les moyens de prévention à leur encontre aboutissent à des résultats variables en fonction des services et/ou des pays. Notre travail vise à situer au niveau du service de Médecine Intensive du CHU F. Hached à Sousse, l'incidence des IAS, leurs sites et germes de prédilection et leur impact sur la mortalité des patients.

MATERIELS ET METHODES : -Etude longitudinale de 6 mois (1^{er} Janvier 2012-30 Juin 2012) incluant tous les patients hospitalisés plus de 48 heures dans le service

- Recueil prospectif sur fiche, des critères diagnostiques des principales IAS (pulmonaires, vasculaires, urinaires selon les définitions actualisées du CTINILS) et des caractéristiques démographiques cliniques, bactériologiques et évolutives des patients.

- Evaluation de l'incidence des IAS et de leur fréquence par site et recherche des facteurs de risque spécifiques.

RESULTATS : 17 épisodes infectieux nosocomiaux ont été identifiés chez 15 des 105 patients retenus dans l'étude (14.3%). Leur incidence est ainsi de 16.2% et leur densité d'incidence à 14.9 pour mille patients jours. Les IAS observées sont dominées par les infections vasculaires (82.3%) sur cathéter veineux long (47%) ou court (35.3%). Les infections pulmonaires n'ont concerné que 3 patients sur les 88 en ventilation invasive (17.6%). Aucune infection urinaire n'a été relevé chez les 99 patients ayant bénéficié d'un sondage vésical. Huit décès (7.6%) sur les 40 observées (40%) dans notre étude ont été directement attribuées aux IAS ; ils concernent exclusivement les infections vasculaires, sur cathéter long (n : 4) ou court (n : 4). Le germe le plus fréquemment retrouvé est le *Proteus mirabilis*. Les durées de ventilation mécanique et de séjour des cathéters ainsi que les réintubations sont retrouvés comme facteurs favorisant la survenue des IAS.

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS : L'incidence des IAS observées dans le service de Médecine Intensive du CHU F. Hached de Sousse est légèrement inférieure aux études tunisiennes et étrangères. Elles s'en distinguent surtout par la nette prédominance des infections vasculaires par rapport aux infections pulmonaires expliquant la fréquence du *Proteus mirabilis* par rapport à *P. aeruginosa* et *A. baumannii*. Le faible taux d'IAS pulmonaires chez les patients ventilés nous conforte dans notre politique de drainage minutieux des voies aériennes ; le fort taux d'infections vasculaires nous invite par contre à envisager un programme de prévention spécifique visant notamment à réduire la durée de séjour des cathéters.

C3. Incidence des infections nosocomiales en réanimation polyvalente.

W. Sellami(1), Ch. Bouguerra(2), M S. Asli(3), H. Messoudi(1), S. Ghariani(1), M. Daiki(1), Z. Hajje(1), M. Nasri(1), H. Gharssallah(1), I. Labbène(1), R. Bellaaj(2), F. Barguellil(3), M.

Ferjani(1). **(1) : Service d'anesthésie réanimation polyvalente HMPIT. TUNISIE ; (2) : Service d'hygiène hospitalière et protection de l'environnement HMPIT. TUNISIE ; (3) : Service de Bactériologie HMPIT. TUNISIE**

Introduction : Les infections associées aux soins (IAS) sont une préoccupation permanente dans les unités de réanimation en raison des pathologies lourds, des techniques souvent invasives et de l'usage intensif des antibiotiques à large spectre. Le but de ce travail est de faire le point sur l'incidence de telles infections, des germes rencontrés, sur les tableaux cliniques, leur évolution, les données biologiques, ainsi que sur la consommation des antibiotiques et des résultats de l'efficacité de la stratégie observée pour réduire leur incidence.

Matériel et méthodes : Etude prospective réalisée dans le service de réanimation polyvalente de HMPIT sur une période de 4 mois allant du 01 avril jusqu'au 31 juillet 2012. Sont inclus dans l'étude tous les patients admis plus de 48 heures et chez les quels un germe a été identifié dans un prélèvement.

Résultats : Sur le nombre cumulé des admissions au cours de la période d'étude (n=75), nous avons colligés 37 patients infectés et 40 cas d'IAS. L'incidence des patients infectés était de 49,3% alors que l'incidence de l'IAS était de 53.3%. La densité d'incidence des IAS était de 4.41 par 100 jours d'hospitalisation. Les IAS les plus fréquemment observées étaient : les infections pulmonaires (50%), les infections urinaires (20%) et les septicémies (15%). Ces infections étaient confirmées par un prélèvement positif dans 77.5% des cas. Les germes les plus fréquemment observés étaient : *Acinetobacter baumannii* (22.6%), *Pseudomonas aeruginosa* (16.1%) et *Klebsiella pneumoniae* (9.7%). Le taux de mortalité par IAS était de 10.7%. Les facteurs de risque identifiés dans notre étude comme étant statistiquement significatifs de l'IAS étaient la durée d'hospitalisation, la ventilation assistée, le cathéter veineux central et le sondage vésical

Discussion et conclusion : Cette étude contribue à mettre le point sur la nécessité de la mise en place d'une stratégie de lutte contre les IAS. Elle doit s'appuyer sur les procédures de diagnostic mais aussi sur les règles d'hygiène et de prescription des antibiotiques dans une unité de réanimation en fonction de l'épidémiologie locale

C4. Infection en réanimation: profil épidémiologique.

I. Fathallah, N. Brahmi, I. Sedghiani, A. Mrad, H. Samoud, H. Elghord, N. Kouraichi, H. Thabet, M. Amamou. **Service de réanimation médicale .Centre d'Assistance Médicale Urgente CAMU Tunis. Tunisie.**

Introduction : L'infection constitue à la fois, une des raisons majeures d'admission et des complications des séjours en réanimation. L'infection nosocomiale avec son incidence élevée, constitue l'une des préoccupations majeures du corps médical. Nous nous proposons à travers cette étude, d'établir le profil microbiologique des infections rencontrées dans notre service de réanimation

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude rétrospective dans notre service, sur une période de 09mois (01janvier au 30 septembre 2012)

Sont inclus dans l'étude tous les patients admis de plus de 48 heures et chez qui une infection documentée par un prélèvement bactériologique a été retenue.

Résultat : 35 patients ont été colligés parmi 321 patients avec un âge moyen de 43+/- 19. Les scores de gravité moyens à l'admission étaient de : 8,6± 2,3 pour le SOFA et de 43±15 pour l'IGSII. Le pourcentage d'intubation et de ventilation mécanique était de 91% des cas. Le nombre d'épisodes infectieux étant de 81 ce qui représente en moyenne 2,3 épisodes/patient, avec un prélèvement plurimicrobien dans 20% des cas (n=16). Les infections les plus fréquentes étaient : les PAVM (55%), les pneumopathies d'inhalation (15%), les infections urinaires (8%), suivies des candidémies dans 6% des cas. Les germes recensés étaient au nombre de 92; les BGN étaient les plus fréquemment retrouvés avec une fréquence de 80% (n=74). Les entérobactéries étaient impliquées dans 34% des cas, suivies de l'*Acinetobacter baumannii* dans 25% des cas, puis du *Pseudomonas aeruginosa* dans 20% des cas. Le pourcentage de résistance à l'imipénème était de 35% pour l'*Acinetobacter baumannii* et de 15% pour le *Pseudomonas aeruginosa*. Les entérobactéries étaient sécrétrices de pénicillinase dans 26% des cas et BLSE dans 8% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 17 ± 13 jours avec une mortalité de 17%. L'IGSII et le SOFA à l'admission n'étaient pas des facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusion : Les infections à BGN multirésistants, notamment l'*Acinetobacter baumannii*, constituent depuis quelques années le souci majeur dans notre service de réanimation malgré les efforts déployés en matière de prévention des infections nosocomiales.

C5. Epidémiologie et profil bactériologique des pneumopathies nosocomiales en réanimation médicale.

I.Malajati, A.Ouattara, K. Lamzawak, H. Ezzouine, B.Charra, A.Benslama. **CHU. Ibn Rochd, quartier des Hôpitaux. Casablanca ; Maroc**

INTRODUCTION : La surveillance régulière de l'écologie bactérienne au sein des unités de soins intensifs a un intérêt capital dans la lutte contre l'infection nosocomiale, complication aux multiples conséquences en termes de morbidité mortalité et surtout hospitalier. Les pneumopathies sont la première cause d'infection nosocomiale en réanimation. Leur mécanisme est multifactoriel, mais prédomine la notion d'inhalation favorisée par la ventilation mécanique.

PATIENTS ET METHODES : Le but de notre travail est d'analyser le profil épidémiologique et bactériologique des pneumopathies nosocomiales, identifier les facteurs de risques afin de proposer des mesures préventives. C'est une étude rétrospective entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 septembre dans laquelle nous avons colligé tous les cas de pneumopathies nosocomiales en réanimation médicale.

RESULTATS : Les pneumopathies ont représenté 50% des localisations infectieuses. L'âge moyen des patients infectés était de 38 ans avec des extrêmes allant de 19 à 79 ans, la durée moyenne d'hospitalisation des patients infectés est de 16 jours, le GCS moyen des patients est de 10 /15, tous les patients présentant une pneumopathie nosocomiale étaient intubés et ventilés, la mortalité dans cette population était de 50 %. En ce qui concerne l'épidémiologie bactérienne l'*Acinetobacter baumannii* a représenté 19, 44% des germes isolés, le *Pseudomonas aeruginosa* 13.88 %, et le staphylocoque aureus 13.88 % de la totalité des germes isolés. L'étude des résistances bactérienne a révélé que l'*Acinetobacter* était résistante à l'imipénème dans 42, 85%, la tobramycine et la netilmicine restent actifs sur l'*Acinetobacter* dans sa localisation pulmonaire avec un taux de résistance à 14, 28 %. La résistance à la ciprofloxacine a atteint 90 % des souches isolés.

DISCUSSION : L'infection pulmonaire résulte d'une invasion microbienne par voie inhalée essentiellement, et plusieurs facteurs sont nécessaires à son développement. La période périopératoire, les polytraumatismes, les affections entraînant des troubles aigus de la conscience et l'assistance respiratoire sont des situations propices à leur développement. La distribution des germes responsables de pneumopathies nosocomiales est influencée par le type d'analyse microbiologique ayant conduit au diagnostic, mais également par l'existence d'une antibiothérapie systémique préalable, par le type de malade étudié (médical, chirurgical ou traumatique). Cette distribution est nettement influencée par le délai d'apparition de la pneumopathie. L'incidence des agents pathogènes multirésistants est également étroitement liée aux facteurs locaux et varie considérablement d'un établissement à un autre.

CONCLUSION : Les pneumopathies nosocomiales restent la localisation la plus importante de l'infection nosocomiale dans notre contexte, et impose des mesures préventives adéquates et des campagnes de sensibilisations régulières.

C6. Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PASVM) Etude prospective

de 65 cas. Ben Aljia N, Turki O, Zayani R, Medhioub F, Allela R, Chaari A, Ghadhoun H, Chtara K, Ben Hamida Ch, Bahloul M, Chelly H, Damak H, Bouaziz M. **Service de Réanimation médicale CHU Habib Bourguiba Sfax. Tunisie.**

Introduction : La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PASVM) est définie par une pneumopathie infectieuse nosocomiale développée dans un délai \geq 48-72h après l'intubation et la ventilation mécanique. Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, bactériologique et évolutif des PASVM.

Matériel et méthodes : Etude prospective de trois mois (du 27/11/2010 au 28/02/2011) dans le service de réanimation polyvalente du CHU Habib Bourguiba de Sfax, incluant tous les patients ayant développé une PASVM.

Résultats : Durant la période d'étude, 235 patients ont été hospitalisés dans le service, parmi eux 65 patients ont développé une PASVM (27.6%). L'âge moyen de nos patients a été de 44,11+/-20.49 ans (extrêmes 2 - 86 ans). Une prédominance masculine a été constatée (48/17). Le délai moyen d'apparition de la PASVM a été de 5 +/-3.87 jours (extrêmes 1 - 17 jours). Dans notre étude, la PASVM a été à un seul germe dans 53 cas (81.5%), à deux germes dans 11 cas (16.9%) et poly-microbienne dans un seul cas (1.6%). Les BGN ont été les plus fréquents, les CGP (*Staphylococcus aureus* dans tous les cas) ont été isolés chez 3 patients (4.5%) et dans 10 cas (15.4%) le diagnostic de PASVM a été retenu sans documentation bactériologique. Parmi les 65 patients, 7 patients (10.8%) ont présenté deux épisodes et un seul patient (1.5%) a développé trois épisodes de PASVM. La durée de séjour moyen a été de 16.40+/-12.39 jours (extrêmes 2 - 78 jours) et la mortalité a été de 52.3% (34 patients).

Conclusion : L'incidence des PASVM en réanimation est très variable (de 16 à 70%) selon les études et les patients. Sous nos cieux, les BGN souvent multi-résistants sont les plus incriminés et la mortalité due aux PASVM reste importante.

C7. Etude épidémiologique des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en Réanimation. Zaghdoudi I, Guissouma J, Rezgui M, Mahjoubi N, Maghraoui H, Kamkoum W, El Héchemi YZ, Jerbi Z. **Urgences-Réanimation Médicale. CHU Habib THAMEUR. Tunis. Tunisie.**

Introduction: Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) représentent la 1^{ère} cause de mortalité d'infection nosocomiale en réanimation. Elles sont responsables d'une prolongation de la durée de séjour en réanimation et d'un sur-coût direct non négligeable

Objectif: Déterminer le profil épidémiologique des PAVM en réanimation. Sont étudiés : L'incidence, le profil microbiologique et l'évolution clinique.

Méthodes : Etude rétrospective durant une période de deux ans et demi (Juin 2007 - Janvier 2010) colligeant tous les patients adultes admis en réanimation ayant nécessité une intubation et une ventilation mécanique pendant plus de 48 heures.

Résultats : 33 épisodes de PAVM sont colligés chez des patients âgés en moyenne de 61 ± 14 ans, de sex ratio 1,75 avec un IGS II moyen de 46 ± 15 ; représentant une incidence de 20,8 épisodes de PAVM par 1000 jours de ventilation mécanique. 34% des PAVM sont précoces et 64% sont tardives. Les germes isolés au moyen d'un prélèvement trachéal distal protégé sont des bacilles à Gram négatif dans 82% des cas et des cocci à Gram positif dans 18% des cas : *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* représentent 48% des cas. Une bactériémie au même germe isolé dans le PDP est notée dans 9% des cas. Neuf patients (28%) ont évolué favorablement et 24 patients (72%) sont décédés. Le décès a été imputé à la PAVM dans 13 cas (39%).

Conclusions : La fréquence des PAVM et la mortalité qui en découle incitent à une stratégie préventive, diagnostique et thérapeutique qui doit tenir compte de l'écologie bactérienne locale, de la nature des pathologies et des co-morbidités des patients pris en charge et des facteurs environnementaux propres à chaque service de réanimation.

C8. Importance de l'émergence des entérobactéries multi-résistantes au service anesthésie-réanimation HHT.

Rafrafi A, Yazidi R, Ajili S, Zghidi SM, Jaoua H, Ben Fadhel K. **Service d'anesthésie réanimation Hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie.**

INTRODUCTION : Les entérobactéries constituent une famille hétérogène classée en trois groupes selon le mécanisme de résistances naturelles. G1:E. Coli, *P. mirabilis* (aucun) G2 : *K .pneumoniae* (Pénicillinase chromosomique) G3 : *enterobacter*, *P .vulgaris* (cephalosporinase inductible) Elles peuvent devenir multi résistantes essentiellement par 3 mécanismes : pénicillinase de haut niveau, cephalosporinase déreprimée, ou bêta lactamase a spectre élargi BUT Préciser le profil des résistances acquises des entérobactéries dans un service d'anesthésie-réanimation **MATERIEL ET METHODE :** - Etude rétrospective réalisée dans le service d'anesthésie - réanimation. 186 prélèvements d'entérobactérie ont été inclus durant

une période de 2 ans. Les entérobactéries étaient isolées sur prélèvements bactériologiques divers : PTP, KTC, HC. L'identification bactérienne par méthodes conventionnelles. Pour chaque entérobactérie on a confronté le mécanisme de résistance naturel aux résultats de l'antibiogramme afin de préciser le type de résistance acquise **RESULTATS** : AMOXICI AMX+CLAV C3G R S R S R S E .coli 71% 14% 22% 40 8,69 P. mirabilis 100% 50 20 20 60 *Klebsiella.P* 22,72 40 45 ,4 54, 33 *Enterobacter* 39,58 50 **DISCUSSION** Les souches d'E .coli sécrétant une pénicillinase acquise les rendant résistant à l'amoxicilline représentent une part importante de l'ensemble de souches de l'E. Coli. (71%) alors que presque 23% des souches sont résistants à l'AUG grâce à la sécrétion d'une bêta-lactamase type T R I. Les souches d'E .coli multi-résistantes (C3G-R) représentent 8,69 % de l'ensemble des entérobactéries. (Une cephalosporinase déréprimée ou une bêta-lactamase à spectre élargie) alors que celles du P mirabilis représentent plus de 20%. - 22,72 % des souches de *K .pneumoniae* sont résistants à l'Augmentin 38 % sont intermédiaires grâce à une pénicillinase acquise de haut niveau alors que la sécrétion d'une cephalosporinase déréprimée ou d'une B L SE rendent ces souches résistants aux C 3 G dans presque 45 % des cas (20% dans la littérature).

CONCLUSION Les E B T représentent la majorité des infections B G N le traitement nécessite une bonne connaissance des différentes classes d'antibiotiques avec le profil de résistance naturelle de ces germes et la possibilité de sécrétion de nouvelle souche multi résistante les associations bêta-lactamines + aminoside ou bêta-lactamines + FQN restent le traitement de référence.

C9. Infections nosocomiales à *Acinetobacter Baumannii* en réanimation médicale.

K.Lamazawak, I.Malajati, L.Madiou, H.Ezzouine, B.Charrara, A.Benslama. **CHU. Ibn Rochd, quartier des Hôpitaux. Casablanca ; Maroc**

INTRODUCTION : *Acinetobacter baumannii* est coccobacille gram négatif strictement aérobie , pathogène opportuniste ayant la possibilité de coloniser le tube digestif , la peau et les muqueuses nasopharyngées de l'homme, l'utilisation croissante des antibiotiques à l'hôpital a contribué à l'émergence et à la diffusion de souches d' *Acinetobacter baumannii* résistantes à un grand nombre d'antibiotiques.

PATIENTS ET METHODES : Notre étude est une étude rétrospective menée entre le 1 er janvier 2011 et le 31 septembre 2011, dans laquelle on a colligé toutes les infections à *Acinetobacter baumannii*, afin d'étudier les facteurs de risques de contamination par ce type de germes, les localisations infectieuses, et l'état de résistance des souches isolés.

RESULTATS : L'*Acinetobacter baumannii* a représenté 24 % des germes isolés (toutes localisations confondues) , 82% des localisations étaient pulmonaires , 10 % au niveau des hémocultures , 8% au niveau des cathéters centraux , on a pas noté de localisations urinaires ,les facteurs de risques associés à l'infection étaient essentiellement les procédures invasives puisque 100% des patients présentant une pneumopathie étaient intubés ventilés , et ceux présentant des bactériémies avaient des prothèses intravasculaires notamment des cathéters veineux centraux. L'étude des résistances a révélé que l'*Acinetobacter* est résistant à l'imipenème dans 46 % des cas, à la ceftazidime dans 92% des cas, à la ciprofloxacine dans 83 % des cas, les souches dont la sensibilité a été testé à la colistine étaient constamment sensibles.

DISCUSSION / CONCLUSION : *Acinetobacter baumannii* possède une capacité intrinsèque à développer des résistances à plusieurs antibiotiques, il s'agit d'une résistance essentiellement enzymatique. Au fur et à mesure de la commercialisation de nouvelles molécules antibiotiques, les résistances se sont rapidement intensifiées montrant le fort pouvoir d'adaptation de cette bactérie .ces données soulignent l'urgence d'un renforcement des mesures de lutte contre l'infection nosocomiale dans les services, en particulier ceux de réanimation, le dépistage et l'isolement technique et géographique des patients porteurs de bactéries multiresistantes.

C10. Prévalence et caractéristiques des états septiques avec valeur de lactate normale ou élevée.

S. Ayed, H. Ben Sik Ali, Y. Touil, R. Gharbi, R. Atig, M. Fekih Hassen, S. Elatrous. **Service de Réanimation Médicale, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie.**

Introduction : Les états septiques graves (choc septique et sepsis sévère) représentent la première cause de morbi-mortalité en réanimation. Chez les patients infectés, le taux de lactates est un marqueur de pronostic. Dans les états septiques, la prévalence et les caractéristiques des patients avec valeur normale ou élevée des lactates sont peu étudiées.

Matériels et méthodes : C'est une étude prospective réalisée entre Janvier 2012 et septembre 2012 dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Tahar Sfar Mahdia. Nous avons inclus dans cette étude tous les patients dont l'âge est supérieur à 18 ans et présentant un état septique. Le diagnostic de choc septique est retenu en cas d'infection associée à une hypotension artérielle persistante malgré un remplissage vasculaire adéquat et nécessitant l'administration de drogues vasoactives. **Les paramètres recueillis** sont : les caractéristiques démographiques, les antécédents, le score de gravité (SAPS II), la porte d'entrée de l'infection et son caractère nosocomial ou communautaire, la nature de l'état septique (sepsis sévère ou choc septique), le taux de lactates, les complications infectieuses en réanimation, la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique et la mortalité.

Résultats : Durant la période de l'étude 56 patients (âge moyen 66 ± 16 ans, sexe ratio 1.64, SAPS II : 64 ± 13) ont été inclus dans cette étude. Quarante cinq pourcent des patients étaient en choc septique à l'admission et 11% en sepsis sévère. La porte d'entrée la plus fréquente est la pulmonaire (85%). La prévalence d'une hyperlactatémie est de 77%. La valeur moyenne des lactates est de 3.8 ± 2.99 mmol/l. Un taux de lactate > 4 mmol/l était observé chez 85% des patients. La mortalité en réanimation est de 46%. En analyse univariée, les patients avec hyperlactatémie étaient significativement plus âgés : 69 ± 13 vs 56 ± 21 ans ($p = 0.04$). Les autres variables à savoir les antécédents, le motif d'admission et le score de gravité. (SAPSII) étaient similaires entre les deux groupes et il n'a pas de différence statistiquement significative. La mortalité était plus importante dans le groupe hyperlactatémie : 51% vs 30% ($p = 0.196$). La durée de séjour et la durée de ventilation mécanique étaient similaires entre les deux groupes.

Conclusion : La prévalence de l'hyperlactatémie est de 85%. Il existe une surmortalité dans le groupe hyperlactatémie chez les patients hospitalisés pour états septiques graves. Le monitoring des lactates nous paraît nécessaire chez les patients en état septique grave.

C11. Lactate sérique : marqueur prédictif du sepsis et de mortalité chez les brûlés en réanimation.

A. Mokline (1), L. Gharsallah (1), A. Abdenneji (2), I. Rahmani (1), H. Oueslati(1); B. Gasri(1); S. Tlaili (1); R. Hammouda (1), A. Ghanem (2), AA. Messadi (1)

(1) Service de réanimation des brûlés, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Tunis, Tunisie. (2) Laboratoire de Biologie clinique, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis, Tunisie

Introduction: En milieu de réanimation, le dosage de la lactatémie sérique reste un marqueur pronostique en cas de choc hémorragique ou du choc septique. Cependant peu d'études se sont intéressées à son apport comme facteur pronostique chez les brûlés. Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt du dosage précoce des lactates chez les brûlés en tant que marqueur prédictif du sepsis et de mortalité.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective menée au service de réanimation des brûlés de Tunis sur 18 mois (janvier 2009-juin 2010). Ont été inclus, tous les patients qui ont eu un dosage du lactate dans les premières 24 h post-brûlure, contrôlé au minimum deux fois par semaines. Ont été exclus les patients hospitalisés au-delà de 24 h, ou n'ayant pas eu un dosage de la lactatémie le jour de l'admission.

La détermination du lactate a été effectuée sur sang veineux prélevé sur tube hépariné. Le

dosage était réalisé selon une technique utilisant la lactate oxydase (LO) avec une mesure colorimétrique. La concentration normale des lactates est de $1 \pm 0,5$ mmol/l.

Résultats : Durant la période d'étude, 80 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 40 ± 19 ans. Le sexe ratio était de 3. La SCB moyenne est de 32 ± 21 . A l'admission, une hyperlactatémie a été notée dans 86,7% de la population dont 58% > 4 mmol/l. L'analyse du pouvoir discriminant des lactates comme marqueur prédictif du sepsis, par la mesure de l'aire sous la courbe ROC, a trouvé que le taux sérique du lactate initial de 4 mmol/l offre la meilleure sensibilité et spécificité : 88% et 79% respectivement. Quant à la prédiction de la mortalité, il ressort que le taux sérique du lactate précoce (H24) possède un bon pouvoir prédictif de la mortalité chez les brûlés en réanimation, avec une aire sous la courbe de 0,96. Le seuil de lactate à 4 mmol/l représente aussi la valeur qui offre la meilleure sensibilité et spécificité : 86% et 92% respectivement. Dans notre série, le taux de mortalité était de 36,25%.

Conclusion : Le dosage de la lactatémie sérique précoce, paramètre fiable et facile à mesurer, semble être un puissant marqueur prédictif du sepsis et de mortalité chez les brûlés en réanimation. Un taux sérique du lactate à 4 mmol/l offre la meilleure spécificité et sensibilité

C12. Étude épidémiologique du sepsis, sepsis sévère et de l'état de choc septique aux urgences.

Mghaieth N, Majed K, Chargui A, Mathlouthi O, Zaouche K, Ben Hamida A, Moudhaffer M, Hamouda C, Borsali-Falfoul N. **Service des Urgences, hôpital la Rabta, Tunis. Tunisie**

Introduction : La pathologie septique est une des pathologies les plus fréquentes aux urgences et sa fréquence ne cesse d'augmenter. Les formes graves sont grevées d'une lourde mortalité. Leur prise en charge est actuellement codifiée par des consensus internationaux.

Objectif : étude descriptive de la présentation initiale, du profil épidémiologique et de la prise en charge initiale de la pathologie septique aux urgences.

Méthodologie : étude descriptive rétrospective sur 6 mois incluant 105 patients admis à l'UHCD de la Rabta de mars à août 2012 pour une pathologie septique. Nous avons décrit le profil épidémiologique: le motif de consultation, les antécédents médicaux et chirurgicaux, la porte d'entrée, la sévérité du sepsis, l'orientation des patients et l'évolution.

Résultats : 105 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 62 ans avec un sex ratio de 0.98. La durée du séjour moyenne était de 48 heures. Dans les antécédents nous avons relevé par ordre de fréquence une hypertension artérielle dans 27.6% des cas, un diabète dans 23.8% des cas, pathologie cardiaque dans 19% des cas, pathologie néoplasique dans 14.3% des cas. La source septique était urinaire chez 32 patients suivie par la pathologie pulmonaire (28 patients), abdominale (23 patients), cutanée (15 patients), neurologique (9 patients), iatrogène chez 6 patients et cardiaque chez 2 patients. L'état de choc septique représente 40,9% des états septiques admis à l'UHCD puis le sepsis avec un taux de 38,1% et le sepsis sévère (23%). La mortalité était de 34,3%. 38 % des patients étaient admis dans les services de réanimation ou services de spécialité et 35% ont été adressés aux consultations externes après traitement initial à l'UHCD.

Conclusion : Notre étude a montré que le sepsis concernait essentiellement le patient taré (88,6% d'antécédents pathologiques) avec une présentation clinique souvent grave (63,9% entre sepsis sévère et choc septique) expliquant la mortalité encore élevée dans cette pathologie qui reste encore confrontée à des difficultés d'hospitalisation.

C13. La pneumonie aiguë communautaire sévère chez les personnes très âgées.

Belkhouja K, Migaou A, Hammami A, El May F, Merhbène T, Ben Khelil J, Ben Romdhane K, Besbes M. **Service de réanimation respiratoire – Hôpital A. Mami- Ariana – Tunisie**

Introduction : La pneumopathie aiguë communautaire (PAC) sévère est associée à une augmentation de la morbi-mortalité, particulièrement chez les patients très âgés. Le but de

notre étude était de déterminer les caractéristiques cliniques, paracliniques, microbiologiques et évolutives ainsi que les facteurs pronostiques de la PAC sévère chez le sujet très âgé.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective, descriptive incluant tous les patients âgés de 80 ans ou plus, hospitalisés en réanimation pour PAC entre le 01 janvier 2001 et 01 septembre 2012. Ont été relevées, les données démographiques, le score de Charlson, l'état fonctionnel antérieur, l'IGS II, le score de SOFA, le score de Fine, le CURB-65, les données cliniques, biologiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Soixante sept patients ont été inclus dans l'étude. La moyenne d'âge était de $83,7 \pm 3,1$ ans, et le sexe ratio était de 1,7. La moyenne du score de Charlson était de $6,3 \pm 1,4$ et la BPCO représentait la comorbidité la plus fréquente (71,6% des patients). L'autonomie était conservée chez 37,3% des patients. La moyenne de l'IGS II était de $48,6 \pm 19,1$ et la médiane du score de SOFA était à 4,6. La médiane du CURB-65 était à 3 et 68,7% des patients étaient en classe V de Fine. Le motif principal d'admission était l'insuffisance respiratoire aiguë chez 76,1% des malades. Les lésions pulmonaires étaient bilatérales chez 19 patients. Le germe responsable a été isolé chez 52,2 % dont les plus fréquents étaient le pneumocoque (11 patients) et l'*Hemophilus influenzae* (11 patients). L'antibiothérapie initiale était une bithérapie chez 25 patients. La ventilation mécanique était nécessaire chez 41 patients. Une complication au moins, était survenue au cours du séjour chez 28 patients, il s'agissait principalement d'infection nosocomiale (17 malades). La médiane du séjour était à 11,3 jours et le taux de mortalité était de 52,2%. Deux facteurs indépendants de risque de mortalité en réanimation ont été identifiés : l'infection nosocomiale (OR=4,26 ; IC 95%=1,02-17,87; p=0,048) et le recours à la ventilation mécanique (OR=4,34 ; IC95%=1,39-13,50 ; p=0,011).

Conclusion : La PAC sévère des personnes très âgées est associée à une mortalité élevée. Le recours à la ventilation mécanique et la survenue d'une infection nosocomiale étaient les seuls facteurs indépendants de mauvais pronostic.

C14. Les états de choc septique de l'enfant.

H. Barbouch; S. Tilouche; M. Abdellatif; J. Bouguila; N. Soyah; A. Tej; Y. Ben Salem; L.

Boughamoura. **Unité de réanimation pédiatrique du service de Pédiatrie, Farhat Hached Soussse. Tunisie.**

Introduction : Les états de choc septique constituent une urgence diagnostique et thérapeutique. Comme chez l'adulte, sa détection précoce chez l'enfant et la rapidité de sa prise en charge conditionnent en grande partie le pronostic.

Objectif.: l'objectif de notre étude est de décrire les cas de choc septique avec une hémoculture positive en précisant les aspects cliniques, épidémiologiques et évolutifs.

Patients et méthodes. Etude rétrospective incluant tous les patients admis (janvier 2005 à Décembre 2010), dans l'unité de réanimation pédiatrique du service de Pédiatrie, Farhat Hached Soussse avec le diagnostic de choc septique. La définition du choc septique utilisée était celle de la conférence de consensus sur le sepsis grave de l'enfant de 2005. on a retenu que les cas de choc septique avec une hémoculture positive ; ont été exclus de l'étude les nouveau-nés âgés de moins de 30jours.

Résultats. – Soixante observations ont été colligées. Il s'agissait de sexe masculin dans 55 % des cas. L'âge moyen était 24 mois. Le délai moyen entre l'apparition des signes cliniques et l'hospitalisation était de 7 jours. Le motif d'hospitalisation était variable dominé par la fièvre dans 75%, la dyspnée chez 56% des enfants et la douleur abdominale dans 30% des cas. Une défaillance multiviscérale était présente au moment du diagnostic de choc chez 46 patients (76,7 %). L'hémoculture retrouvait un germe bacille gram négatif(BGN) dans 70% des cas et une bactérie cocci gram positive dans 30% des cas. Sur le plan thérapeutique, l'Antibiothérapie initiale avant le résultat de HC était inappropriée dans 61,7% des cas. La durée moyenne des substances vasoactives était de 1,7 jours et la durée moyenne de la ventilation mécanique était de 3,6 jours. 18 patients (30%) sont décédés au 7^{ème} jour d'évolution dont 14 enfants avaient une hémoculture positive à BGN.

Conclusion : Le choc septique reste une cause majeure de morbidité et de mortalité chez l'enfant. L'antibiothérapie probabiliste doit couvrir les bacilles gram négatifs.