

active. Cette surveillance a permis la mise en place sans délai des PCC spécifiques ICD et d'améliorer les pratiques.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.04.264>

### SP-03

#### Mise en place d'une éducation thérapeutique hors programme destiné aux patients porteurs de PICC Line dans le service de maladies infectieuses



K. Stolz, J. Villain, S. Clerfayt, L. Vandekerckhof, L. Delattre, P. Drancourt, J. Boyer, N. Ettahar

Centre hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France

**Introduction** Le service des maladies infectieuses de notre établissement accueille de nombreux patients nécessitant des antibiothérapies au long cours. Afin de faciliter leur administration et/ou de permettre un retour précoce au domicile, de plus en plus de PICC Line sont posés. Or le risque de complications lié à ce dispositif n'est pas négligeable et peu connu des patients. Ceci nous a conduit à développer une activité d'éducation thérapeutique hors programme destinée aux patients porteurs de PICC Line, en complément des informations transmises lors de la pose.

**Matériels et méthodes** Les objectifs de l'éducation thérapeutique ont été définis et une fiche pédagogique a été rédigée définissant les connaissances à acquérir pour le patient et l'organisation au sein du service. En complément, des outils ont été créés : un livret institutionnel sur le PICC remis au patient, un jeu de cartes abordant les points essentiels et un formulaire informatique permettant de tracer l'activité (connaissances du patient avant et après éducation). Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des patients pour déterminer la pertinence de cette nouvelle activité.

**Résultats** Nous avons inclus les patients rentrant potentiellement au domicile avec leur PICC Line. Au niveau organisationnel, 2 infirmiers du service ont réalisé l'éducation du patient au cours de son hospitalisation et le pharmacien s'est chargé du bilan d'éducation avant sa sortie. Depuis juillet 2018, plus de 70 patients se sont vu poser un PICC. Vingt-quatre patients ont bénéficié de l'activité éducative. Trente-quatre points ont été abordés concernant le PICC, ses bonnes pratiques, ses complications, les conduites à tenir et les bons gestes de la vie quotidienne. Le temps consacré par patient a été de 45 min pour les infirmiers et de 25 min pour le pharmacien. La durée moyenne entre l'éducation et son bilan a été de 6 jours. Avant éducation, les patients obtenaient un taux de 41,7 % de bonnes réponses, à la sortie, il était de 84 %. Au total, 100 % des patients étaient très satisfaits de cette nouvelle prise en charge et ont apprécié le format éducatif et participatif du jeu de carte.

**Conclusion** Cette éducation thérapeutique a permis aux patients de mieux comprendre leur PICC et de mieux l'aborder au quotidien. Elle a été maintenue en s'inscrivant dans un projet de conciliation pharmaceutique dédiée au PICC et son déploiement a commencé dans le service d'Endocrinologie et d'oncologie.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.04.265>

### SP-04

#### Profil épidémiologique et bactériologique des infections intra-abdominales



M. Ben Azaiez, L. Tilouche, J. Kebir, S. Ketata, C. Chaouch, O. Bouallegue, N. Boujaafar

CHU de Sahloul, Sousse, Tunisie

**Introduction** Les infections intra-abdominales figurent parmi les principaux défis de la chirurgie générale puisqu'elles peuvent se compliquer de septicémie et de choc septique. Compte tenu de leur fréquence et de leur gravité, nous avons mené ce travail afin d'étudier les profils bactériologique et épidémiologique de ces infections.

**Matériels et méthodes** Dans cette étude rétrospective, ont été inclus, tous les prélèvements intra-abdominaux parvenus au laboratoire de microbiologie sur

une période d'une année (décembre 2017 à novembre 2018). L'identification des souches bactériennes isolées a été faite sur l'automate Vitek2 ou moyennant les micro-galeries d'identification. L'étude et l'interprétation de la sensibilité aux antibiotiques a été faite selon les recommandations du comité de l'antibiogramme de la société française de microbiologie (CA-SFM).

**Résultats** Au total, 166 prélèvements ont été inclus dans cette étude, parmi lesquels 55,4 % ( $n=92$ ) étaient poly-microbiens. Les patients correspondants étaient majoritairement de sexe masculin ( $n=90$ ; 54,2 %) avec une moyenne d'âge de 47 ans (6–98 ans). Un terrain d'immunodépression a été retrouvé dans 18,6 % ( $n=31$ ) des cas. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient : les péritonites ( $n=50$ ; 30,1 %), dont 52 % ( $n=26$ ) étaient des péritonites post-opératoires, les infections biliaires ( $n=36$ ; 21,6 %) et les abcès appendiculaires ( $n=34$ ; 20,4 %). Les bacilles à Gram négatif (BGN) aérobies étaient isolés dans 56,5 % ( $n=168$ ) des cas avec une nette prédominance des entérobactéries. Parmi les cocci à Gram positif, les entérocoques étaient isolés dans 8,7 % ( $n=26$ ) des cas. Les bacilles à Gram négatif anaérobies ont été isolés dans 20,5 % ( $n=61$ ) des cas. Leurs taux de résistance à l'amoxicilline et à l'association amoxicilline-acide clavulanique étaient respectivement de 73,7 % ( $n=45$ ) et de 3,2 % ( $n=2$ ). Toutes les souches de BGN anaérobies étaient sensibles au métronidazole. Vingt-sept bactéries multirésistantes et deux bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) correspondant à une souche d'entérobactérie productrice de carbapénémase et une souche d'*Enterococcus faecium* résistante à la vancomycine ont été isolées. Treize souches (4,3 %) appartenant au genre *Candida* ont été retrouvées dont une seule était résistante au fluconazole mais sensible aux échinocandines.

**Conclusion** Une meilleure connaissance de l'épidémiologie et des profils de résistance des germes les plus incriminés dans les infections intra-abdominales s'avère utile pour optimiser le choix de l'antibiothérapie probabiliste.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.04.266>

### SP-05

#### Évaluation de la prévalence de la résistance aux antibiotiques chez les entérobactéries isolées de prélèvements urinaires dans les services d'urgence de France



F. Guillard<sup>1</sup>, A. Merens<sup>2</sup>, L. Dortet<sup>3</sup>, F. Janvier<sup>4</sup>, C. Lebrun<sup>5</sup>, N. Yin<sup>6</sup>, A. Grillon<sup>7</sup>, M. Amara<sup>8</sup>, F. Jaureguy<sup>9</sup>, M. Héry-Arnaud<sup>10</sup>

<sup>1</sup> CHU de Reims, hôpital Foch, Reims, Suresnes, France

<sup>2</sup> HIA Begin, Clamart, France

<sup>3</sup> CHU Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France

<sup>4</sup> HIA Sainte-Anne, Toulon, France

<sup>5</sup> CHRU de Tours, Tours, France

<sup>6</sup> Institut Gustave-Roussy, Villejuif, France

<sup>7</sup> CHRU de Strasbourg, Strasbourg, France

<sup>8</sup> Centre hospitalier de Versailles, Versailles, France

<sup>9</sup> CHU Avicenne, Bobigny, France

<sup>10</sup> CHRU de Brest, CHU Cochin, Brest-Paris, France

**Introduction** La résistance aux antibiotiques des entérobactéries est un problème majeur de santé publique. La pandémie de souches productrices de BLSE (E-BLSE), notamment parmi l'espèce *Escherichia coli*, est particulièrement préoccupante de par sa diffusion dans la communauté. En France, 3,6 % des infections urinaires communautaires (IUC) sont dues à une E-BLSE [1]. Ces IUC sont les plus fréquentes infections liées à des entérobactéries dans la communauté. Les recommandations nationales de leur prise en charge ont récemment été actualisées [2]. Nous proposons d'évaluer la prévalence de la résistance aux antibiotiques recommandés pour le traitement des IUC.

**Matériels et méthodes** Étude rétrospective multicentrique entre septembre 2017 et août 2018 ;

- Participants : 19 laboratoires hospitaliers ;
- Inclusion de toutes les souches d'entérobactéries isolées d'un prélèvement d'urine réalisé aux urgences, 1 seule souche de même profil incluse par patient ;
- Interprétation de la sensibilité aux antibiotiques selon les recommandations EUCAST 2017 ;
- Caractérisation de la résistance aux C3G par méthode phénotypique.

**Résultats** Au total, 22 420 souches ont été incluses. Les 3 espèces les plus fréquentes étaient *E. coli* (75,9 %), *Klebsiella pneumoniae* (9,1 %) et *Proteus mirabilis* (4,8 %). Les E-BLSE représentaient 6,6 % de l'ensemble des souches. Leur prévalence était significativement plus élevée en Île-de-France (7,4 %) par rapport aux autres régions (5,9 %) ( $p < 0,01$ ). Les souches d'*E. coli* produisaient significativement moins de BLSE que les souches de *K. pneumoniae* (6,4 % vs 18,9 %,  $p < 0,01$ ). Les antibiotiques les plus actifs étaient la fosfomycine, les furanes, et le mecillinam (taux de résistance de 4,5 %, 10,5 % et 11,3 % respectivement). Les taux de résistance étaient plus élevés pour la ciprofloxacine (15,9 %), l'ofloxacine (16,4 %), le cotrimoxazole (24,1 %) et l'amoxicilline-acide clavulanique (30,9 %). Parmi les 3 espèces les plus fréquentes, il n'y avait pas de différence du taux de résistance pour la majorité des antibiotiques. Néanmoins, *P. mirabilis* était significativement plus résistant au mecillinam (34,7 %) et *K. pneumoniae* à la fosfomycine (17,0 %). *E. coli* était significativement plus sensible aux furanes (1,4 %) et *P. mirabilis* à l'amoxicilline-acide clavulanique (13,3 %).

**Conclusion** Par rapport à un précédent travail multicentrique [2], nos résultats semblent montrer une augmentation de la prévalence des E-BLSE, qui est plus élevée en Île-de-France. Bien que plusieurs souches aient pu être isolées dans un contexte d'infections associées aux soins ou de bactériuries asymptomatiques, la majorité des antibiotiques recommandés pour le traitement probabiliste des IUC aux urgences conservent une activité in vitro sur les principales souches impliquées. Le taux de résistance à la ciprofloxacine est néanmoins supérieur à 10 %.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] Saidani, et al. Épidémiologie des pyélonéphrites et des prostatites communautaires en France : les recommandations pour les traitements probabilistes sont-elles toujours adaptées ? In: Ricai; 2013.
- [2] Caron F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. *Med Mal Infect* 2018;48(5):327–58.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.04.267>

#### SP-06

### Taux élevé d'infections et d'acquisition d'*E. coli* BLSE après dose unique de fluoroquinolone en prévention avant biopsie de prostate

T. Delory, A. Goujon, A. Masson, P. Arias, B. Bercot, J. Molina, M. Lafaurie, F. Desgranchamps  
Hôpital Saint Louis, Paris, France

**Introduction** Les fluoroquinolones (FQ), en dose unique, sont recommandées pour prévenir les infections après biopsies de prostate (BP). La présence de bactéries résistantes aux FQ dans les selles est associée à un risque accru d'infections urinaires après BP, dont le taux varie entre 3 et 5 %. En France, *Escherichia coli* est l'agent pathogène le plus souvent en cause et sa résistance aux FQ est proche de 20 % hypothéquant son efficacité en prévention. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité des FQ en prévention avant BP et d'analyser le portage rectal de souches d'*E. coli* résistantes avant et au décours des BP.

**Matériels et méthodes** Rapport préliminaire d'une cohorte prospective monocentrique, incluant tous les patients consécutifs recevant une dose unique de FQ pour une BP. Des écouvillons rectaux ont été effectués le jour de la prise de FQ juste avant les BP (#1) et au moment de la consultation post-BP (#2). La prévalence a été comparée à l'aide du test exact de Fischer.

**Résultats** D'avril 2017 à février 2019, 141 patients ont été inclus dont 61(43 %) avaient des antécédents de BP. Le score de Charlson médian était de 4 [IQR 3–5] et le volume de la prostate de 44 g [35–60]. Les patients rapportaient un voyage à l'étranger dans les 12 mois dans 75 cas (53 %), une prise d'antibiotiques dans les 6 mois dans 44 cas (31 %) dont : FQ (10), amoxicilline (8), acide amoxicilline-clavulanique (8), cotrimoxazole (2), autre (5), inconnu (22). Cinq (4 %) déclaraient avoir eu une IU dans les 3 mois. La molécule utilisée en prophylaxie était : ciprofloxacine pour 128 (91 %), ofloxacine pour 7(5 %) et lévofloxacine pour 6(4 %) patients. Le délai médian entre la prise de FQ et la biopsie était de 2,5 heures [2,1–2,9]. Cent vingt et un patients (86 %)

ont eu 2 visites et 101(72 %) 2 prélèvements rectaux. Le délai médian entre les BP et la visite post-BP était de 28 jours [22–36]. Après BP, 24 patients (21 %) déclaraient au moins un événement parmi les suivants : IU (17,1 %) et/ou prise d'antibiotiques (14,1 %) et/ou hospitalisation (13,1 %). Le délai entre la BP et l'IU rapportée était de 3 jours [2–5]. La prévalence d'*E. coli* résistant à la ciprofloxacine et d'E-BLSE était, respectivement, de 17 % et 8 % avant la BP (écouvillon#1) et de 30 % et 18 % lors de la visite de suivi (écouvillon#2). Le taux d'acquisition d'un portage rectal à *E. coli* résistant à la ciprofloxacine et à E-BLSE (écouvillon#2 positif et écouvillon#1 négatif) était respectivement de 19,3 % et 11,7 % ( $p$ -value < 0,005).

**Conclusion** L'incidence du portage rectal d'*E. coli* résistant à la ciprofloxacine et d'E-BLSE ainsi que la survenue d'une IU après BP après une dose unique de FQ en prophylaxie étaient trop élevées pour continuer d'envisager l'utilisation des FQ en 1<sup>ère</sup> ligne pour la prévention avant BP. D'autres traitements antibiotiques prophylactiques sont à envisager.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.04.268>

#### SP-07

### Être ou ne pas être une borréliose de Lyme ? Une approche pluridisciplinaire pour un diagnostic plus juste et un parcours de soin personnalisé

A. Raffetin<sup>1</sup>, A. Belkacem<sup>1</sup>, A. Bounhiol<sup>2</sup>, K. Diallo<sup>1</sup>, J. Schemoul<sup>1</sup>, G. Paoletti<sup>1</sup>, L. Lim<sup>1</sup>, F. Medina<sup>1</sup>, P. Caraux-Paz<sup>1</sup>, O. Patey<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Centre hospitalier Villeneuve-Saint-Georges, Villeneuve-Saint-Georges, France

<sup>2</sup> Département de médecine générale, Paris XII, Créteil, France

**Introduction** De nombreux patients présentant une suspicion de borréliose de Lyme (BL) expérimentent un parcours de soin difficile. Nous avons mis en place un Centre pluridisciplinaire de prise en charge des maladies vectorielles à tique, regroupant infectiologues, rhumatologues, internistes, neurologues, pédiatres, dermatologues, microbiologistes, psychiatres, algologues, médecins de réadaptation. Une ligne téléphonique dédiée a été créée pour les médecins traitants (MT). L'objectif de ce travail est de présenter l'activité de notre centre (janvier-décembre 2018).

**Matériels et méthodes** Nous avons rétrospectivement analysé les caractéristiques des patients adultes ayant consulté, adressés par leur MT, et leur parcours de soins au sein du centre. Tous étaient présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire mensuelle. Les patients ayant des signes cliniques en lien avec une BL étaient définis selon l'ESGBOR : (i)BL confirmée ; (ii)BL possible (piqûre de tique ou antécédent d'érythème migrant, signes cliniques très évocateurs, amélioration clinique après 21–28 j d'antibiotiques) ; (iii)PTLDS (post-treatment Lyme disease Syndrome) (asthénie/polyalgie/plaintes cognitives persistantes après traitement bien conduit) ; (iv) séquelles de BL (signes cliniques objectifs persistants après traitement bien conduit) ; (v) surveillance post-piqûre de tique ; (vi) guérison. Seules les BL prouvées et possibles ont reçu une antibiothérapie (recommandations HAS 2018).

**Résultats** Nous avons proposé 3 orientations aux 180 patients ayant consulté (consultations externes ( $n = 97$  ; 53,9 %) ; hospitalisation ( $n = 49$  ; 27,2 %) et/ou hospitalisation de jour ( $n = 58$  ; 32,2 %)), et réalisé 370 consultations de suivi (toutes spécialités). Un total de 69 patients (38,3 %) présentaient des signes cliniques en lien avec une BL : BL confirmée ( $n = 28$  ; 15,6 %) ; BL possible ( $n = 12$  ; 6,7 %) ; PTLDS ( $n = 11$  ; 6,1 %) ; séquelles ( $n = 5$  ; 2,8 %) ; surveillance post-piqûre de tique ( $n = 5$  ; 2,8 %) ; guérison ( $n = 8$  ; 4,4 %). Des diagnostics associés ou différentiels ont été trouvés chez 146/180 (81 %) : infectieux ( $n = 19$  ; 10,6 %) ; rhumatologique/auto-immun ( $n = 45$  ; 25 %) ; carenciel/métabolique ( $n = 25$  ; 13,9 %) ; *bodily distress syndrome* ( $n = 19$  ; 10,6 %) ; neurologique ( $n = 19$  ; 10,6 %) ; psychiatrique ( $n = 17$  ; 9,4 %) ; effets secondaires des antibiothérapies prolongées ( $n = 15$  ; 8,3 %) ; autres ( $n = 12$  ; 6,7 %) ; absence de diagnostic ( $n = 25$  ; 13,9 %) ; perdus de vue ( $n = 9$  ; 5 %). Un plan personnalisé de soins a été proposé à chaque patient dans la filière adaptée, même si absence de diagnostic (algologie, réadaptation etc.). Les questionnaires de satisfaction ( $n = 146$ ) montraient 137 patients (93,8 %) satisfaits.

