

## Sommaire

Actualités	1
Cas clinique à propos d'une fongémie	1
Le point sur 3 ans de fongémies au CHUN	2
Le nouveau vaccin anti-grippal est arrivé	3
Réponse au cas clinique	3

## Actualités

### AntibioGARDE 2010 est accessible à tous

- Sur Intranet CHU/Documentation/AntibioGARDE, pas besoin de mot de passe
- Cocher la case « J'ai pris connaissance... » et entrer



« Cs infectio » dans Clinicom : les avis infectieux que vous nous demandez, soit au lit du patient, soit par téléphone, sont désormais tous accessibles en lecture dans cette nouvelle valisette. Nous essaierons au mieux d'y écrire également les codages correspondants, pour faciliter la prise en charge optimale des infections dans vos RUM

## Cas clinique *par le Dr V Mondain*

Mme R., âgée de 73 ans, a présenté en 2008 une ischémie digestive et est depuis nourrie par nutrition parentérale car syndrome du grêle court. Elle est hospitalisée pour syndrome septique le 05/10/2010. Cliniquement, il existe des signes de sepsis sévère avec hypotension, oligurie. NF 14000 GB, créatininémie à 78 µmol/l, clairance MDRD 75 ml/min, CRP 290, transaminases normales. La patiente pèse 56kg. Le DVI est non inflammatoire. Après un bilan infectieux complet, la patiente est mise sous antibiothérapie empirique. Après 24h le service de microbiologie identifie la présence de levures dans l'hémoculture. Quelle est votre prescription initiale ? (1 choix)

1. Traitement par fluconazole (Triflucan\*) dose de charge 12 mg/kg IV puis 6 mg/kg/j
2. Traitement par fluconazole 200 mg/jour
3. Traitement par caspofungine (Cancidas\*) dose de charge 70 mg J1, puis 50 mg/jour
4. Traitement par amphotéricine B déoxycholate (Fungizone\*) 1 mg/kg/j
5. Traitement par amphotéricine B liposomale (Ambisome\*) 3 mg/kg/j

Quelle est votre attitude par rapport au DVI ? (1 choix)

1. Verrou d'amikacine
2. Ablation du DVI en urgence avec envoi en culture
3. Maintien du DVI pour perfusion des antifongiques
4. Ablation du DVI si hémoculture (+) à levures à 48 heures

La souche identifiée est un *Candida parapsilosis*. La patiente va bien. Les hémocultures de contrôle à 48h sont stériles. Que faites vous? (plusieurs réponses possibles)

1. Vous poursuivez le traitement initial.
2. Vous traitez par fluconazole à la dose de 6 mg/kg/jour.
3. Vous demandez une échographie cardiaque.
4. Vous traitez 2 semaines.
5. Vous attendez la confirmation de la négativité des hémocultures à 48h pour remettre un KT nutritionnel.

# Le point sur les fongémies entre 2007 et 2009 au CHU de Nice

par Florence Lieutier, Véronique Mondain, Martine Gari-Toussaint, Cellule Interventionnelle Antifongiques.

Les fongémies sont une cause importante de morbidité et de mortalité à l'hôpital, notamment parmi les patients immunodéprimés. Au cours des 10 dernières années, l'épidémiologie et les traitements antifongiques ont beaucoup évolué. Le CHUN est engagé depuis 2003 dans une démarche pluridisciplinaire d'aide au diagnostic et au traitement des infections fongiques invasives (IFI). Notre objectif était de faire un bilan sur 3 ans d'épidémiologie, de sensibilité et de traitements antifongiques.

**Matériel et méthodes.** Tous les patients ayant présenté une hémoculture positive à levures entre janvier 2007 et décembre 2009 ont été inclus. Les données patient, d'épidémiologie, de sensibilité, les traitements et les interventions de la cellule interventionnelle en antifongiques (CIAF) ont été recueillies à partir du dossier patient informatisé, du laboratoire de Mycologie et de la pharmacie.

**Résultats.** 74 patients ont été inclus. En 3 ans, une **diversification des espèces de levures** a été observée, avec une diminution importante des *Candida albicans* (Figure 1). **Malgré cela, le taux de résistance au fluconazole n'a pas dépassé 6%** parmi les souches de *Candida*.

## Résultats 2009

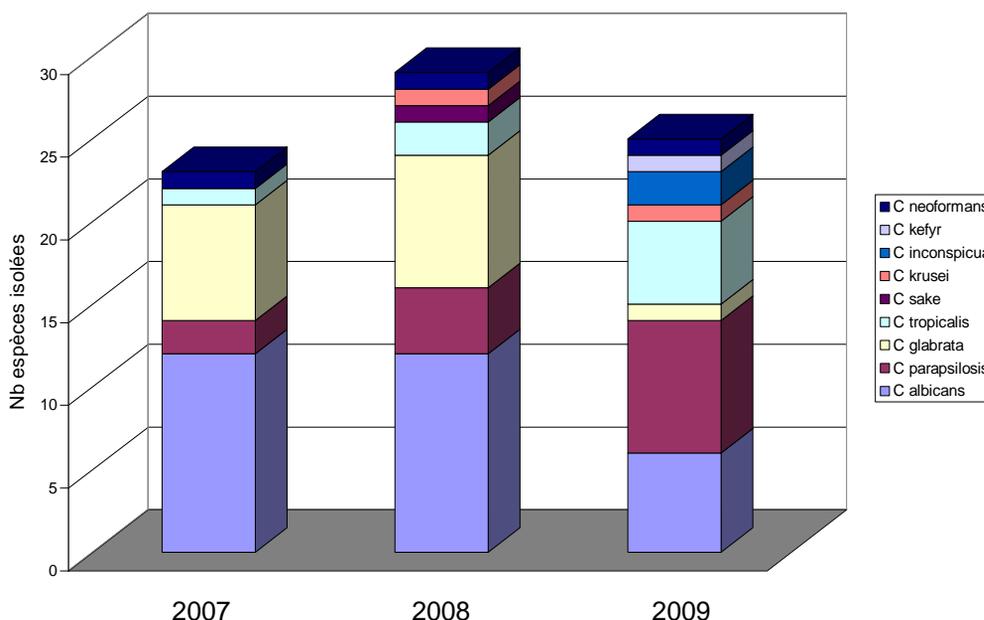
- La première souche niçoise de *Candida parapsilosis* résistante à la caspofungine a été isolée.
- Les traitements antifongiques de première ligne ont été instaurés conformément aux recommandations internationales dans 96% des cas.
- La CIAF est intervenue pour près de 80% des patients, validant les choix ou proposant une désescalade thérapeutique.

**Conclusion.** Ce travail a souligné :

- l'importance du **suivi de l'épidémiologie locale**,
- et l'intérêt d'une **prise en charge pluridisciplinaire** de ces IFI.

Parmi les propositions issues de cette étude figurent le suivi exhaustif des fongémies en CIAF et le **signalement sollicité de l'origine nosocomiale** de ces infections graves.

**Figure 1. Différentes espèces de levures isolées dans les hémocultures des patients de 2007 à 2009 au CHU de Nice.**



# Le nouveau vaccin anti-grippal est arrivé

par V.Mondain

C'est la saison de la vaccination anti-grippale. Cette année, le vaccin est composé des 3 souches circulant dans l'hémisphère sud en 2009/2010 : **A(H1N1), A (H3N2) B**. C'est un vaccin à virus **inactivé fragmenté sans adjuvant**. Le vaccin utilisé au CHUN est **Vaxigrip\*** (Sanofi Pasteur)

Les personnes vaccinées l'an dernier contre la grippe H1N1 doivent se faire vacciner cette année (autres souches en circulation).

Rappelons les indications :

**FAITES VACCINER VOS PATIENTS** (pendant leur séjour ou avec leur médecin traitant) :

- Toute personne de plus de 65 ans,
- Tout patient (enfant, adulte, femme enceinte) présentant un facteur de risque : infection broncho-pulmonaire chronique, néphropathie sévère ou syndrome néphrotique, cardiopathie congénitale ou insuffisance cardiaque ou valvulaire sévère, drépanocytose, diabète non équilibré par le seul régime, immunodéprimé, patient infecté par le VIH, tout enfant ou adolescent devant prendre un traitement au long cours par acide acétylsalicylique.
- Les femmes enceintes même sans facteur de risque et les sujets obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30

**ET VOUS EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE SANTE** (par la Médecine du Travail) pour vous protéger et protéger vos patients. Les gripes nosocomiales sont particulièrement sévères dans les unités de gériatrie, hématologie et néo-natologie.

Les seules contre-indications à la vaccination anti-grippale sont l'allergie aux protéines de l'oeuf, une réaction allergique sévère à une vaccination antérieure.

**La Médecine du travail nous alerte (Dr E.Ritter) : « 7% du personnel médical et para-médical est vacciné cette saison, soit 3 fois moins que les autres années !!!  
Il n'est pas trop tard pour se faire vacciner en janvier. »**

Pour tout renseignement complémentaire, voir le diaporama sur le site de la SPILF de Novembre 2010 :

<http://www.infectiologie.com/site/grippe.php>

## Bonnes réponses au cas clinique

Quelle est votre prescription initiale ?

Réponse 3 car sepsis sévère initial.

Quelle est votre attitude par rapport au DVI ?

Réponse 2, l'ablation en urgence est un facteur de diminution de la mortalité.

Question de la prise en charge ultérieure ?

Réponse 2 car le *Candida parapsilosis* est plus sensible au fluconazole qu'aux candines (ainsi que plus de 100 fois moins cher), après avoir vérifié la sensibilité du *C. parapsilosis* au fluconazole.

Coût journalier d'un traitement par fluconazole IV pour un adulte de 70 kg : 3 €

Coût journalier d'un traitement par caspofongine 50 mg : 440€ et 559€ Cancidas\* 70mg/j si le patient pèse plus de 80kg.

Réponse 3 car il faut éliminer une greffe endocardique dans toute fongémie; le FO est aussi recommandé.

Réponse 4. Durée du traitement 14 jours après la dernière hémoculture positive en l'absence de localisations secondaires septiques.

Réponse 5, pas de données disponibles dans la littérature mais attitude qui semble prudente.

**Pour plus d'informations, voir les recommandations 2009 de l'IDSA sur la prise en charge des candidoses, publiées dans *Clinical Infectious Diseases* 2009; 48:503-35. Les recommandations locales antifongiques 2010 sont en annexe et seront bientôt disponibles sur Intranet.**

IDSA GUIDELINES

Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America

Peter G. Pappas,<sup>1</sup> Carol A. Kauffman,<sup>2</sup> David Andes,<sup>4</sup> Daniel K. Benjamin, Jr.,<sup>5</sup> Thierry F. Calandra,<sup>11</sup> John E. Edwards, Jr.,<sup>3</sup> Scott G. Fisher,<sup>7</sup> John F. Fisher,<sup>8</sup> Bart-Jan Kullberg,<sup>12</sup> Luis Ostrosky-Zeichner,<sup>9</sup> Annette C. Reboti,<sup>6</sup> John H. Rex,<sup>10</sup> Thomas J. Walsh,<sup>13</sup> and Jack D. Sobel<sup>1</sup>