



Infections nosocomiales aux bactéries multi-résistantes en unité LAM: impact sur la survie et défis de prise en charge

R.MASKOURI¹, F.Z.BOUFARISSI, M.LOUKHNATI ¹, N.LASRI ¹, F.Z. LAHLIMI¹, I. TAZI¹
¹Service d'hématologie clinique, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine, Université Cadi Ayyad, Marrakech.
rajae.maskouri@gmail.com

Introduction

La neutropénie fébrile est un incident fréquent et attendu chez les patients LAM en période d'aplasie induite par la chimiothérapie ; l'identification des germes multi résistants dans les liquides biologiques stériles est un signal d'alarme et un facteur pronostique péjoratif d'évolution fatale de la neutropénie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, ayant inclus tous les patients atteints de LAM et hospitalisées pour chimiothérapie sur une durée de 8 mois depuis octobre 2024 jusqu'à Juin 2025. Les données cliniques et biologiques sont recueillies à partir des dossiers médicaux des patients et traités et analysés par Microsoft Excel, les règles d'éthiques ont été respectées durant ce travail. Les bactéries sont dites multi résistantes lorsqu'elles accumulent des résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, le caractère nosocomiale d'infection est défini par la le délai d'infection supérieur à 48 h d'admission.

Résultats:

Au total 52 patients avec 96 hospitalisations en unité LAM ont été enregistrés, avec un âge médian de 39 ans [16-61ans] et nette prédominance féminine à 67% (n=35). Dix-sept cas d'infection à bactéries multi résistants BMR ont été enregistrés soit 18% du total des hospitalisations et 32% des patients. Les bactériémies à BMR sont réparties comme suit : Klebsiella pneumoniae chez 7 patients , Escherichia coli chez 4 patients et staphylocoque résistante à la méticilline chez 3 patients. Parmi les mécanismes de résistance objectivés la production des bêtalactamases :OXA 48 chez 2 patients ,NDM chez 6 patients et l'association OXA 48 et NDM chez 2 patients. Quatre colites à Clostridium difficile ont été identifiés par PCR Gastro-intestinale et ont été traités par vancomycine orale. En cas d'infection à BGN Les antibiogrammes ont révélé une sensibilité à forte dose aux méropénèmes et amikacine chez 6 patients, tandis qu'une sensibilité isolée à la colistine a été identifié chez 3 patients ;sur deux antibiogramme aucune sensibilité n'a été révélée .Chez les 3 patients infectés par staph MetiR la sensibilité à la vancomycine a été préservée. Les facteurs de risques étudiés sont présentés sur le tableau au dessous (tableau.1) avec incrimination de la présence du cathéter centrale et l'identification concomitante d'infection à BMR au service suggérant le rôle important de transmission intra-service. La prise en charge a consisté en antibiothérapie associant les imipénèmes à forte dose à l'amikacine et à la colistine avec isolement technique et géographique du malade. L'évolution a été marqué par la survenue des complications (figure 1), avec taux de mortalité à 76%, contre 46 % (16/35) chez les patients BMR- (différence statistiquement significative (p = 0,037)).

facteur de risque/Protecteur étudiés :	BMR + % (n)	BMR – % (n)	P value
Hospitalisations antérieurs	67% (11)	42% (15)	p = 0,273
Hospitalisation Prolongée > 20j	82% (14)	71% (25)	P=0,7
Isolement	52 % (8)	51% (18)	P=1
PNN<100 elmts/mm Au moment d'infection nosocomiale	76% (13)	-	-
Présence de voie centrale (kt /PAC)	70%(12)	34% (12)	p = 0,012
Isolement d'une BMR au cours de l'hospitalisation	70% (12)	20% (7)	p = 0,013
Prise d'antibiothérapie préalable à l'infection nosocomiale	94% (16)	-	-

tableau1.Facteurs de risque d'infection nosocomiale

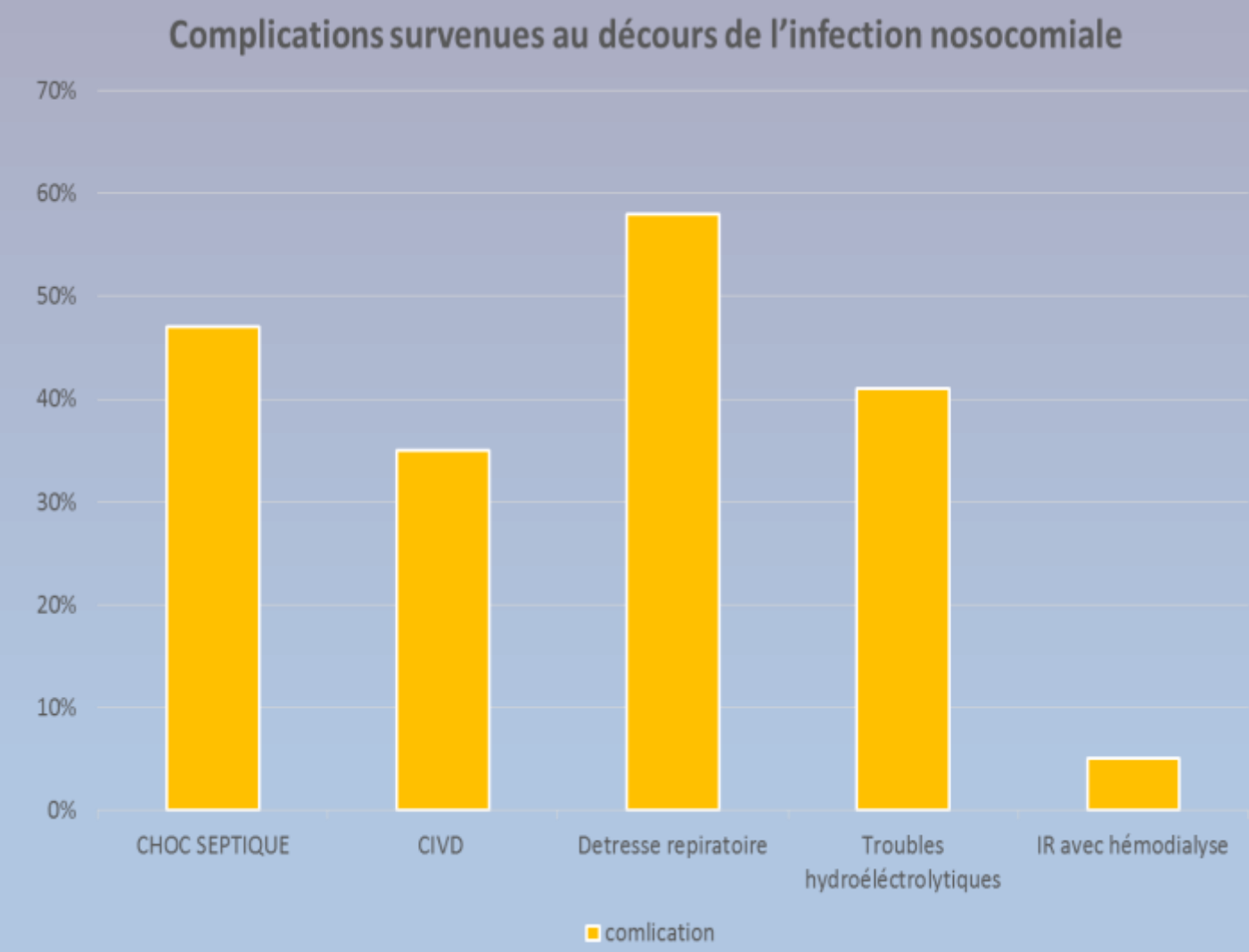


figure1.Complications d'infections nosocomiales

	BMR+	BMR-	P VALUE
TAUX DE MORTALITE	76% (13/17)	46% (16/35)	p = 0,037

tableau2.Taux de mortalité chez les deux groupes.

Discussion

La comparaison de nos données avec celle de la littérature a montré des chiffres légèrement supérieurs à notre échelle, ce qui suggère la mise en place des efforts supplémentaires en termes de stratégies de prévention et de prise en charge de ces infections. Parmi les options évalués par les études comparatives la prise en charge ambulatoire des cures de consolidation habituellement reçues en milieu hospitalier ainsi que l'usage de ceftazidim-avibactam pour le traitement des infections à klebsiella pneumoniae.

Conclusion

Chez les patients atteints de LAM, les infections à BMR sont associées à une morbidité et une mortalité élevées. Leur prise en charge reste limitée, confrontée à une véritable impasse thérapeutique. En l'absence de nouvelles classes d'antibiotiques disponibles, la prévention demeure la principale stratégie pour réduire l'incidence de ces infections.