Impact d’une équipe transversale d’infectiologie sur le pronostic des candidémies

A. de La Blanchardière, H. Benoist, S. Rodier, J. Bonhomme, H. Cormier, P. Thibon, G. Saint-Lorant

CHU de Caen

Introduction : *Candida* spp est le 4ème agent responsable d’infections hématogènes nosocomiales, après les SCN, *S.aureus* et *Enterococcu*s spp. L’incidence des candidémies augmente depuis 20 ans, avec une mortalité globale inchangée de 46-75%, favorisée par un délai de traitement > 12 heures, un traitement inadéquat et/ou à l’absence de retrait d’un cathéter infecté. La mise en place d’un programme d’aide à la prise en charge des infections fongiques est encouragée mais on ne dispose pas d’évaluation de telles actions.

Matériels et Méthodes : Etude menée dans un CHU de 1407 lits de janvier 2012 à décembre 2015. Tous les patients adultes ou enfants présentant une candidémie ont été inclus s’ils étaient encore vivants 48 heures après la première hémoculture. Les patients ont été évalués par une équipe pluridisciplinaire (infectiologues, pharmaciens, mycologue) rétrospectivement avant mise en place d’un protocole de prise en charge contrôlé par l’équipe transversale d’infectiologie (janvier 2012-mars 2014) puis prospectivement ensuite (avril 2014-septembre 2015) avec un recul d’au moins 3 mois pour chacun. Le protocole prévoyait après alerte par le microbiologiste, la consultation au lit par l’infectiologue qui identifiait la porte d’entrée, prescrivait un FO, une ETT, un écho-doppler veineux après ablation du cathéter central et une échinocandine, avec possibilité de désescalade vers le fluconazole selon l’antifongigramme, pour une durée de 14 jours après retrait du cathéter éventuel et la dernière hémoculture positive en l’absence d’endocardite à l’ETT ou de localisation oculaire.

Résultats : 70 patients ont été inclus, 33 avant implémentation du protocole, 37 après, sans différences entre les deux périodes. Il s’agissait le plus souvent d’hommes (sex ratio H/F : 2.5), de 65.5 ans en médiane (52-78 ans), porteurs d’une néoplasie (51.4%) et/ou d’une insuffisance rénale (30,0%), ayant reçu une antibiothérapie dans les 30 jours précédents (75.7%) et présentant une candidémie nosocomiale (74.3%) à *C.albicans* (57.1%) ou *C.glabrata* (20.0%). La porte d’entrée était une chirurgie abdominale (41.4%), un cathéter veineux central (30.0%) ou restait inconnue (28.6%). D’une période à l’autre, les avis infectiologiques sont passés de 36.4% à 86.5% des cas (p<10-3), avec un impact significatif seulement sur les hémocultures quotidiennes de suivi (p=0.04) et le recours à une échinocandine de première intention (97.1% vs 78.8%, p=0.03), et non significatif sur la mortalité globale à 3 mois (36.4% vs 27.1%, p=0.40).

Conclusion : Cette première évaluation de l’impact d’une équipe transversale d’infectiologie sur la prise en charge et le pronostic des candidémies est encourageante en termes de qualité de prise en charge mais ne permet pas d’améliorer significativement la mortalité globale en raison de la relativement bonne qualité de prise en charge initiale, du poids de la comorbidité et du nombre insuffisant de patients inclus malgré la longueur de l’étude qui a duré 4 ans.