



# **Caractéristiques et pronostic d'une cohorte de patients hospitalisés pour une infection de prothèse vasculaire (IPV) entre 2000 et 2018**

*A. Pasquet , O. Robineau, M. Valette , P.-V. D'Elia , S. Vandamme, O. Leroy ,B. Lafon-  
desmurs, E. Senneville  
CH Dron, Tourcoing, France*



# Introduction

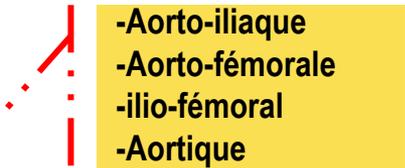
- IPV sont rares avec la fréquence entre 1-6% tous sites confondus (incidence ~1,5%)\*
- Délai moyen de survenue, tous sites confondus: entre 25 et 41 mois‡
- Pronostic sévère, avec un fort taux de mortalité (10-50 %) et d'amputations (10-30 %)‡\*

 **Décrire les caractéristiques et le pronostic des patients admis pour la prise en charge d'une IPV et évaluer les facteurs associés au décès de ces patients.**

‡ O'Hara P. *J Vasc Surg.* 1986 May;3(5):725-31.

\* Leroy O. *Curr Opin Infect Dis.* 2012 Apr; 25(2):154-8.

# Matériels et méthodes

- Cohorte prospective : patients admis dans notre service entre le 1/01/2000 et 1/02/2018 pour une IPV (n = 209)
  - Les critères de la définition d'une IPV proposée par Antonios et al. ont été utilisées\*
- IPV extra-cavitaires  et cavitaire 
- IPV post-opératoire précoce (< 4 mois) et tardive (> 4 mois)
- Traitement antibiotique IV de 2-3 semaines IV puis relai per os par analogie/IOA avec durée de traitement raccourcies depuis 2016

**Les caractéristiques des patients à l'inclusion et leur suivi ont été décrits**  
**Les facteurs associés au décès ont été évalués en utilisant un modèle de régression univariée et multivariée logistique**

\* Antonios VS. *J Infect.* 2006 Jul;53(1):49-55.

# Résultats: caractéristiques initiales

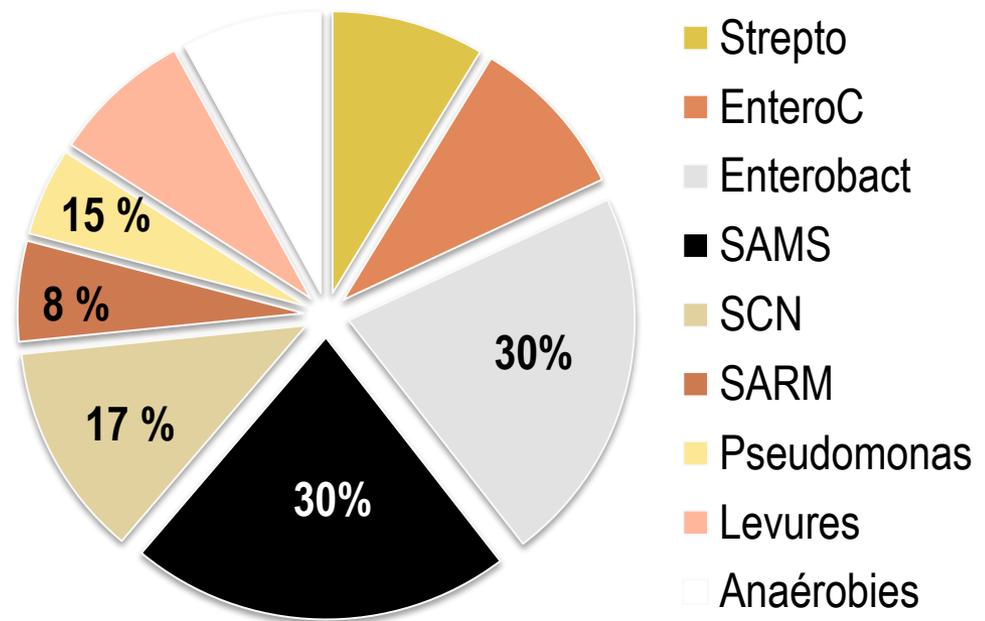
- Médiane Age 69 ans [EIQ:61-77]
- 86% d'hommes
- Comorbidités:
  - 24% obèses et 32% en surpoids
  - 76% HTA
  - 68% diabétiques
  - 42% BPCO
  - 39% cardiopathie ischémique

# Résultats: caractéristiques de IPV

- **IPV avérée dans 91% cas ( *présumée si hémocultures + <4 semaines mise en place d'un pontage* ):**
  - Intracavitaire: n= 121 (58 %)
  - Précoce: n=106 (56 %) (médiane diagnostique 66 jours [15-1163])
- **Hyperleucocytose 10400 [8200-1360], CRP=84 mg/l [28-157]**
- **35% patients avec IRA à entrée**
- **25% patients > 6 jours en réanimation**
- **Symptômes:**
  - Fièvre 46%
  - Fistule 22%
  - Erythème 19%

# Résultats: caractéristiques de IPV

- **84% scanner**
  - Faux anévrisme 10%
  - Abscès 20%
  - Collection hydro-aérique 68%
- **28% TEP (n=58)**
  - >2012
  - *ECCMID 2015: absence signes clinique/ bactéries virulents*
- **Prélèvements**
  - 80% hémocultures positives
  - 88 % prélèvements per op positifs



Plurimicrobiens chez 34% patients

# Résultats: Devenir

- **Prise en charge (n=192) :**
  - Médicale seule : 39 (20%)
  - Lavage: 53 (28%)
  - Ablation et greffe veineuse: 28 (14%)
  - Ablation et allogreffe artérielle : 48 (25%)
  - Ablation et re-Prothèse: 24 (13%)
- **Suivi médian 7 mois [2-19]**
  - 32 Echec médiane de 4,7 mois [3-15]
  - 85 Décès dont 41 lié à IPV médiane de 46 jours [19-172] si lié à IPV

# Résultats: Devenir

Facteurs de risques associés au décès du fait de l'IPV > 21 jours , analyse logistique multivariée, n=166

	<b>RCa</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Age > 70 ans	3,59	1019-1085	0,02
Localisation intracavitaire	5,09	1,51-17,05	<0,01
Douleur	3,61	1,15-11,67	0,02
Prélèvements per op et hémocultures positifs	3,52	1,16-10,72	0,02
<b>Relai avec RIFAMPICINE</b>	<b>0,18</b>	<b>0,05-0,63</b>	<b>0,01</b>

# Conclusion

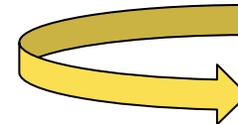
- **Cohorte de suivi prospective de suivi >200 patients depuis 2000**

- 19% décès
- 15% échecs

Prise en charge  
multidisciplinaire

- **Prise en charge chirurgicale dans 80% des cas :**

- 28 % lavage seul, la plupart du temps si infection < 2mois
- 25 % allogreffe artérielle



Non associé à  
une surmortalité

- **12 semaines ATB maximum si re-Prothèse**
- **23 patients sous traitement suppressif en cas traitement médical seul (n=39)**

# Conclusion

- **Pronostique après 21 jours des patients pris en charge pour une IPV dépend du site de l'infection**
  - Meilleur pronostique pour extra-cavitaire
- **De la présentation clinique**
- **De l'existence d'hémocultures positives**
  - Pronostique défavorables si prélèvements per op et hémocultures positives
- **Les IPV ayant bénéficiées d'une antibiothérapie associant de la rifampicine après 21 jours de prise en charge étaient de meilleur pronostic**
- **Pas d'associations retrouvées entre la mortalité et le type de pathogène ou la chirurgie**

# Remerciement

- Toute l'équipe de maladies infectieuses: para-médicales et médicales
- Dr D'ELIA et Sarraz-bournet pour la prise en charge chirurgicale
- Toute l'équipe de réanimation
- Toute l'équipe d'anesthésie
- L'Equipe des TEC: Sylvie Vandamme, Philippe Choisy
- Dr Laurence Legout
- Dr Michel Valette