

Le RéJIF a lu pour vous (par **Clermont-Ferrand**)

- **ARTICLE 1** résumé par L. BRAUN

**Comparative effectiveness of switching to daptomycin versus remaining on vancomycin among patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bloodstream infections.**

Schweizer et al. *Clin Infect Dis*, Janv 2021

- **ARTICLE 2** résumé par C. CORNILLE

**Three versus six weeks of antibiotic therapy for diabetic foot osteomyelitis: a prospective, randomized non-inferiority trial.**

Gariani et al. *Clin Infect Dis*, Nov 2020

- **ARTICLE 3** résumé par F. ANGLADE

**Concomitant bacteremia in adults with severe *Falciparum* malaria.**

Hoan Phu et al. *Clin Infect Dis*, Dec 2020

- **ARTICLE 4** résumé par L. SAUVAT

**Inappropriate empirical antibiotic therapy for bloodstream infections based on discordant in-vitro susceptibilities: a retrospective cohort analysis of prevalence, predictors and mortality risk in US hospitals.**

Kadri et al. *Lancet Infect Dis*, Feb 2021.

- **ARTICLE 5** résumé par A. CALMELS

**Cytomegalovirus (CMV) cell-mediated immunity and CMV infection after allogeneic hematopoietic cell transplantation: The REACT study.**

Chemaly et al. *Clin Infect Dis*, Dec 2020

Sans oublier d'autres conseils de lecture en dernière page !

## Comparative Effectiveness of Switching to Daptomycin Versus Remaining on Vancomycin Among Patients With Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Bloodstream Infections

Marin L. Schweizer,<sup>1,2</sup> Kelly Richardson,<sup>1</sup> Mary S. Vaughan Sarrazin,<sup>1,2</sup> Michihiko Goto,<sup>1,2</sup> Daniel J. Livorsi,<sup>1,2</sup> Rajeshwari Nair,<sup>1,2</sup> Bruce Alexander,<sup>1</sup> Brice F. Beck,<sup>1</sup> Michael P. Jones,<sup>1,3</sup> Mireia Puig-Asensio,<sup>2</sup> Daniel Suh,<sup>1</sup> Madeline Ohl,<sup>2</sup> and Eli N. Perencevich<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Center for Access and Delivery Research and Evaluation, Iowa City VA Health Care System, Iowa City, Iowa USA, <sup>2</sup>Department of Internal Medicine, Carver College of Medicine, University of Iowa, Iowa City, Iowa USA, and <sup>3</sup>Department of Biostatistics, College of Public Health, University of Iowa, Iowa City, Iowa USA

(Article résumé par Louis Braun)

**CONTEXTE** : La vancomycine est l'antibiotique utilisé en 1<sup>ère</sup> intention pour le traitement des bactériémies à *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Plusieurs études ont montré la non infériorité de la daptomycine comparativement à la Vancomycine. La daptomycine devient plus facilement utilisable notamment avec la baisse de son coût. L'objectif de cette étude est de comparer l'efficacité du changement de la Vancomycine par la daptomycine.

**METHODES** : Étude de cohorte rétrospective multicentrique (124 centres) entre 2007 et 2014.

- **Critères d'inclusion** : patients avec hémocultures positives à SARM et traités initialement par Vancomycine
- **Critères d'exclusion** : dialyse, traitement par un autre antibiotique anti-SARM dans les 3 jours précédents la Vancomycine et traitement antérieur par daptomycine pendant au moins 24 heures consécutives.

Les patients inclus étaient séparés en 2 bras : switch de la vancomycine pour daptomycine (au moins 3 doses en 5 jours maximum selon les adaptations posologiques) ou maintien de la vancomycine.

**Critère de jugement principal** : mortalité à 30 jours après la première dose de Vancomycine.

Les facteurs suivants associés à la mortalité ont été déterminés en analyse multivariée selon modèle de Cox : score APACHE III (sévérité du patient), infection concomitante, IMC, dose > ou < à 5 mg/kg de Daptomycine, immunodépression, créatininémie, changement par Daptomycine dans les 3 premiers jours ou non, avis d'un infectiologue ou non.

**RESULTATS** : 7411 patients ayant reçu de la vancomycine pour le traitement d'une bactériémie à SARM ont été inclus pendant la période d'étude

- 606 ont bénéficié d'un changement pour la Daptomycine (Temps médian pour le changement d'antibiothérapie de 6 jours)
  - Dont 108 ont bénéficié du switch dans les 3 premiers jours de
- Parmi les patients avec switch Daptomycine
- Durée d'hospitalisation plus longue
  - Adaptation des doses dans 93% des cas (40,5% de patients obèses dans les 7% restants)

**1264 patients sont décédés dans les 30 jours** : en analyse multivariée, le **changement par Daptomycine dans les 3 premiers jours était associé à une réduction significative de la mortalité à J30** (HR 0.48, 95%CI : 0.25-0.92), mais pas le switch quel que soit le délai.

**DISCUSSION** : Association observée entre le changement par Daptomycine dans les 3 premiers jours et la baisse de mortalité à J30. Ces résultats sont concordants avec les études antérieures mais nombreux biais :

- Étude rétrospective,
- Biais de sélection : pas de données sur le contrôle de la source de l'infection, dosage de vancomycine
- Pas de prise en compte des patients traités plus d'1 jour par une antibiothérapie concomitante
- Exclusion des patients dialysés.

**CONCLUSION** : Cette large étude rétrospective suggère un effet bénéfique potentiel sur la mortalité à J30 du changement de la Vancomycine par la Daptomycine dans les 3 premiers jours pour le traitement d'une bactériémie à SARM, sous réserve du caractère rétrospectif et des potentiels nombreux biais de confusion.

**Three versus six weeks of antibiotic therapy for diabetic foot osteomyelitis: A prospective, randomized, non-inferiority pilot trial**

Karim Gariani, MD<sup>1\*</sup>, Truong-Thanh Pham, MD<sup>2,3\*</sup>, Benjamin Kressmann, RN<sup>2,3</sup>, François R. Jornayvaz, MD<sup>1</sup>, Giacomo Gastaldi, MD<sup>1</sup>, Dimitrios Stafylakis, MD<sup>3</sup>, Jacques Philippe, MD<sup>1</sup>, Benjamin A. Lipsky, MD<sup>2,4</sup>, İlker Uçkay, MD<sup>2,3,5,6</sup>

*(Article résumé par Cyril Cornille)*

**CONTEXTE** : La durée optimale de l'antibiothérapie dans le traitement du pied diabétique n'est pas définie. Elle est souvent longue, entre 4 et 6 semaines, mais ne repose pas sur les données d'études randomisées.

**METHODES** : Essai pilote randomisé, contrôlé, monocentrique entre février 2017 et septembre 2019 ayant inclus des patients diabétiques avec une infection de pied diabétique avec ostéite comparant deux durées d'antibiothérapie **3 versus 6 semaines**

- Critères d'inclusion : adultes diabétiques ; infection de pied diabétique avec ostéite confirmée (sur la base de critères cliniques, microbiologiques et radiologiques) ; débridement chirurgical partiel ou non des tissus nécrotiques (la persistance d'un os infecté était nécessaire)
- Critères d'exclusion : infection sur matériel ; antibiothérapie dans les 5 jours ; amputation totale des tissus infectés ; destruction osseuse au-delà de la corticale ; autres localisations infectieuses nécessitant une antibiothérapie >21 jours (endocardite ou infection sur matériel).

Le critère d'évaluation principal était le **taux de rémission clinique 2 mois après la fin de l'antibiothérapie** (sur des critères cliniques et radiologiques) avec une analyse de non-infériorité (marge de non-infériorité à 25%).

Les critères d'évaluation secondaires étaient l'**incidence des évènements indésirables**.

**RESULTATS** : Entre février 2017 et septembre 2019, 346 situations suspectes d'infection du pied diabétique (DFI)/ ostéite du pied diabétique (DFO) ont été identifiées : après exclusion de 117 patients du fait de critères d'exclusion et 70 pour refus, 159 ont été randomisés dont **93 avec DFO**

Randomisation : 44 dans le groupe 3 semaines et 49 dans le groupe 6 semaines

Répartition homogène sur les critères démographiques (18% de femmes, âge médian 65 ans, IMC médian 27), les résultats microbiologiques, le nombre d'amputation partielle (36% des cas), les traitements complémentaires

La rémission clinique était observée dans 73/93 (78%) des cas : **37/44 (84%) dans le groupe 3 semaines versus 36/49 (73%) dans le groupe 6 semaines (p=0.21)** soit une différence de 8.5% (IC90% : -24% à 4%) inférieure à la marge de non-infériorité préétablie. Les échecs ont eu lieu généralement entre 15 et 30 jours après la fin du traitement.

Le taux d'évènements indésirables était similaire dans les deux groupes (17/44, 39% vs 16/49, 33% ; p=0.54)

**DISCUSSION** : **Non-infériorité d'une antibiothérapie de 3 semaines vs 6 semaines** pour le traitement des infections de pied diabétique avec ostéite sans différence significative sur l'incidence d'évènements indésirables.

**Limites** : Période d'évaluation courte (2 mois) ; Facteurs confondants pouvant influencer sur l'évolution (artériopathie sous-jacente, amputation partielle, qualité de la chirurgie, microbiologie) ; Marge de non-infériorité large (25%).

**CONCLUSION** : Cette étude suggère que la durée de traitement antibiotique des infections du pied diabétique avec ostéite peut être raccourcie de 6 à 3 semaines sans sur-risque d'échec. Il sera intéressant de connaître les résultats de l'article jumeau sur la durée de traitement dans les infections de pied diabétique sans ostéite (10 vs 20 jours) et de l'étude de plus grande envergure en cours (2019-2022).

## Concomitant Bacteremia in Adults With Severe *Falciparum* Malaria

Nguyen Hoan Phu,<sup>1,2</sup> Nicholas P. J. Day,<sup>2,3,4</sup> Phung Quoc Tuan,<sup>1</sup> Nguyen Thi Hoang Mai,<sup>1</sup> Tran Thi Hong Chau,<sup>1</sup> Ly Van Chuong,<sup>1</sup> Ha Vinh,<sup>1</sup> Pham Phu Loc,<sup>1</sup> Dinh Xuan Sinh,<sup>1</sup> Nguyen Thi Tuyet Hoa,<sup>1</sup> Deborah J. Waller,<sup>2</sup> John Wain,<sup>2,5</sup> Athanee Jeyapant,<sup>3</sup> James A. Watson,<sup>3,4</sup> Jeremy J. Farrar,<sup>2</sup> Tran Tinh Hien,<sup>1,2</sup> Christopher M. Parry,<sup>2,5,7,8</sup> and Nicholas J. White<sup>2,3,4</sup>

(Article résumé par Florence Anglade)

**CONTEXTE** : Environ 6% des enfants hospitalisés en Afrique pour un Paludisme grave ont une bactériémie associée. Ainsi, les recommandations OMS de 2015 précisent qu'un enfant avec suspicion de paludisme grave doit recevoir une antibiothérapie probabiliste large spectre associée à l'Artésunate. Il n'existe actuellement aucune recommandation pour le paludisme grave de l'adulte. L'objectif principal de cette étude est d'étudier la fréquence des bactériémies dans cette population.

**METHODES** : Étude observationnelle prospective, monocentrique à Ho Chi Minh (Vietnam) ayant inclus des patients à partir de 2 études successives comparant des thérapeutiques du Paludisme grave (1991-1996 : Quinine intramusculaire (IM) vs Artemether IM. ; 1996-2003 : Artesunate IM vs Artemether IM)

- **Critères d'inclusion** : âge > 14 ans présentant un accès grave à *P.falciparum* selon les critères OMS
- **Critères d'exclusion** : 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse, toxicomanie, allergies aux médicaments étudiés, traitement antipaludique débuté avant l'inclusion.

A l'inclusion, des hémocultures étaient prélevées de façon systématique (volume cible de 10mL)

- Entre 1991 et 1997, lecture non automatisée avec subcultures en aveugle à H24, H48 et J7 ou dès constat d'une pousse bactérienne dans le flacon ; Entre 1997 et 2003, détection automatisée par BACTEC avec incubation des flacons pendant 5 jours
- Identification bactérienne avec galeries API, typage *Salmonella* avec test antigénique (bactéries commensales de la peau considérées comme contaminants).

Les antibiotiques étaient prescrits uniquement si suspicion clinique de sepsis bactérien associé ou si positivité des hémocultures : C3G en probabiliste / ofloxacine si fièvre typhoïde/paratyphoïde confirmée

Le critère de jugement principal était la positivité des hémocultures (bactériémie prouvée).

**RESULTATS** : 845 patients inclus avec accès sévère à *Plasmodium falciparum*) dont 9 patients avec bactériémie (prévalence 1.07% ; 95% IC, 0.37–1.76%)

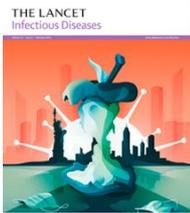
- Bactéries causales : 3 *Salmonella Typhi*, 1 *Salmonella non Typhoïdique*, 2 *Staphylococcus aureus*, 1 *Streptococcus groupe A*, 1 *Haemophilus influenzae type b*, 1 *Klebsiella pneumoniae*
- Manifestations cliniques non discriminantes (fièvre, ictère...) de même que l'hyperleucocytose.
- Parasitémie élevée > 20% plus fréquente : 4/9 parmi les patients bactériémiques (44%) contre 72/836 chez les patients non bactériémiques (8.6%) soit un RR de de 5.16 (95% CI, 2.41–11.07; P = 0.0054).

**Critères de jugement secondaires** :

- Mortalité globale : 4 décès/9 patients bactériémiques (44%) versus 108/836 (12.9%) soit un RR de décès en cas de bactériémie à 3.44 (95% CI, 1.62–7.29; P = 0.022).
- Sous-groupe « parasitémie élevée (>20%) » (n=76) : 4 bactériémies chez les 76 patients avec parasitémie >20% (5.2%) ; 5 bactériémies chez les 769 patients avec parasitémie <20% (0.65%) soit un risque relatif de bactériémie en cas de parasitémie élevée à 8.1 (95% CI, 2.2–29.5).

**DISCUSSION** : La prévalence des bactériémies associées dans les accès palustres graves à *Plasmodium falciparum* de l'adulte est faible dans cette étude. La prescription systématique d'une antibiothérapie probabiliste ne paraît pas justifiée dans cette population, hormis dans les cas de parasitémie élevée (>20%) où il existe un sur-risque de bactériémie et de décès

Limites	Points forts
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractère monocentrique.</li> <li>• Possible antibiothérapie empirique en ambulatoire.</li> <li>• Volume de sang mis en culture insuffisant, manque de sensibilité de la lecture « manuelle ».</li> <li>• L'ancienneté de l'étude peut interpellier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients inclus.</li> <li>• Zone de transmission palustre faible (plus proche des cas de paludisme d'importation).</li> <li>• Peu d'études sur le sujet et absence de recommandation chez l'adulte.</li> </ul>



## Inappropriate empirical antibiotic therapy for bloodstream infections based on discordant in-vitro susceptibilities: a retrospective cohort analysis of prevalence, predictors, and mortality risk in US hospitals

Sameer S Kadri, Yi Ling Lai, Sarah Warner, Jeffrey R Strich, Ahmed Babiker, Emily E Ricotta, Cumbur Y Demirkale, John P Dekker, Tara N Palmore, Chanu Rhee, Michael Klompas, David C Hooper, John H Powers 3rd, Arjun Srinivasan, Robert L Danner, Jennifer Adjemian, forming the National Institutes of Health Antimicrobial Resistance Outcomes Research Initiative (NIH-ARORI)

(Article résumé par Léo Sauvât)

**CONTEXTE** : Le pronostic des infections sévères avec bactériémie est dépendant de la rapidité d'initiation d'une antibiothérapie efficace. Néanmoins une politique de prescription d'antibiotique à spectre large peut amener à des risques d'acquisition de nouvelles résistances. L'objectif est d'évaluer la prévalence d'antibiothérapie probabiliste inappropriée initiée lors du signalement d'hémocultures positives et des facteurs prédictifs de risque de surmortalité dans ce contexte.

**METHODES** : Étude de cohorte rétrospective avec inclusion des patients de 2005 à 2014 hospitalisés dans 131 hôpitaux différents aux Etats-Unis pour une bactériémie mono-microbienne

- Initiation de l'antibiothérapie le jour de la positivité de l'hémoculture avec sensibilité finale connue *in vitro*
- Evaluation de l'activité de l'antibiothérapie prescrite (considérée comme « efficace » si antibiogramme montrant une sensibilité directe à la molécule ou dans la même classe d'antibiotiques)

Calcul par régression logistique de l'OR associés au FR de surmortalité en cas de prescription inappropriée.

**RESULTATS** : **21608 patients inclus** dont 3154 (15%) avec un choc septique :

**792 patients (4%)** ont reçu une antibiothérapie discordante avec la coloration Gram

**4165 patients (19%)** ont reçu une antibiothérapie inadaptée selon les résultats de l'antibiogramme dont 1958 (49%) du fait d'une **antibio-résistance phénotypique**.

Le *S. aureus* (1256 patients, 32%) et les Enterobactéries (1764 patients, 45%) représentaient plus de 75 % des antibiothérapies discordantes.

L'OR ajusté de mortalité était de **1,46 (95% IC 1,28 – 1,66 p<0,0001)** pour le groupe d'antibiothérapie inadaptée quel que soit le degré de sévérité de l'infection. Les facteurs prédictifs d'antibiothérapie inadaptée étaient la présence d'une antibio-résistance phénotypique, de germes non fermentant le glucose et d'*Enterococcus spp.*

L'OR ajusté supérieur pour les patients avec une infection à *S. aureus* (**OR = 1,85 [95 % IC 1,43 – 2,40] ; p < 0,0001**) et si l'antibiothérapie était initiée un jour après la mise en culture (**OR = 1,21 [95% IC 1,06 – 1,38] ; p = 0,0047**).

**DISCUSSION** : Etude de cohorte avec de larges effectifs dans laquelle 19% des bactériémies étaient causées par des souches résistantes. Le risque d'être traité par une antibiothérapie inadaptée était alors 9 fois plus important. A l'inverse, 50 % des patients ayant une antibiothérapie inadaptée n'étaient pas infectés par des espèces avec une antibio-résistance spécifique. Enfin, une antibiothérapie à large spectre ou une association d'antibiotiques diminuait le risque d'antibiothérapie initiale inadaptée.

**Limites** : Prévalence des germes et résistances différentes aux Etats-Unis, absence de mention spécifique d'endocardite, bactériémies prolongées, et des modalités de contrôle de la source, subjectivité possible pour le choix de la sensibilité aux antibiotiques .

**CONCLUSION** : Dans cette large étude de cohorte rétrospective, l'initiation de l'antibiothérapie d'une bactériémie était initialement inadaptée chez 1 patient sur 5 lors de la positivité d'une hémoculture engendrant un sur-risque de mortalité globale même pour les formes non sévères.

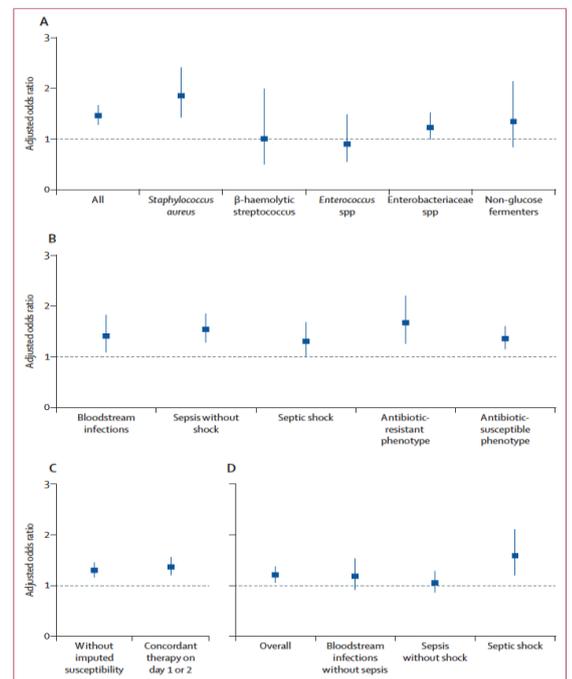


Figure 4: Adjusted odds of mortality associated with discordant empirical antibiotic therapy by causative organism (A), sepsis and antibiotic resistance status (B), and in sensitivity analyses (C, D). Error bars represent 95% CIs. All analyses were adjusted for patient, pathogen, and hospital-level characteristics. (C) Shows the results of sensitivity analysis in which imputed data were omitted and in which the concordant or discordant status of therapy was based on antibiotics received either the day blood samples were drawn or the day after. (D) Shows the results of sensitivity analyses in patients who received delayed therapy (ie, empirical antibiotic therapy initiated the day after blood samples for culturing were drawn); concordance of therapy was controlled for.

## Cytomegalovirus (CMV) Cell-Mediated Immunity and CMV Infection After Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation: The REACT Study

Roy F. Chemaly,<sup>1</sup> Lynn El Haddad,<sup>1</sup> Drew J. Winston,<sup>2</sup> Scott D. Rowley,<sup>3</sup> Kathleen M. Mulane,<sup>4</sup> Pranatharthi Chandrasekar,<sup>5</sup> Robin K. Avery,<sup>6</sup> Parameswaran Hari,<sup>7</sup> Karl S. Peggs,<sup>8</sup> Deepali Kumar,<sup>9</sup> Rajneesh Nath,<sup>10</sup> Per Ljungman,<sup>11</sup> Sherif B. Mossad,<sup>12</sup> Sanjeet S. Dadwal,<sup>13</sup> Ted Blanchard,<sup>14</sup> Dimpy P. Shah,<sup>15</sup> Ying Jiang,<sup>16</sup> and Ella Ariza-Heredia<sup>1</sup>

(Article résumé par Anaïs Calmels)

**CONTEXTE** : Dans les suites d'une allogreffe de CSH, le taux de réactivation CMV est proche de 70% et survient préférentiellement dans les 3 mois. La surveillance de l'immunité cellulaire anti-CMV pourrait être utile pour déterminer les patients à risque d'infection à CMV en post-transplantation. Le but de cette étude est d'évaluer la relation entre la réponse cellulaire T mesurée par un ELISPOT-CMV et la survenue d'une réactivation et/ou maladie à CMV chez des patients allogreffés de CSH.

### **METHODES** : Étude observationnelle prospective multicentrique

- **Critères d'inclusion** : Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques et sérologie CMV positive
- **Critères d'exclusion** : Infection à CMV dans le mois précédent ; traitement antiviral CMV (hors Aciclovir et Valaciclovir) avant l'inclusion ; VHB, VHC et/ou VIH positifs ; patients ≤ 18 ans

L'ensemble des patients inclus bénéficiaient

- Surveillance hebdomadaire de la charge virale par PCR CMV du jour de la transplantation jusqu'à J100.
- ELISPOT CMV 14 jours avant la greffe, à J14 et J28 puis toutes les 2 semaines jusqu'à J182

Le **CJP** était la survenue d'une infection à CMV cliniquement significative (CS-CMVi) = 1<sup>er</sup> épisode de virémie à CMV ou de maladie à CMV nécessitant l'introduction d'un traitement antiviral après la greffe

- Virémie à CMV = détection et quantification de la charge virale plasmatique CMV
- Maladie à CMV = symptômes en lien avec une atteinte d'organe à CMV documentée

Le critère de jugement secondaire était la mortalité toutes causes confondues.

**RESULTATS** : 250 patients indus dont 241 patients avec données de suivi (9 exclusions pour retrait de l'étude et/ou données ELISPOT manquantes).

**70 patients (29%) ont présenté une CS-CMVi** (dont 10 maladies à CMV) parmi lesquels 66 (94%) avec un ELISPOT-CMV « bas », dont les 10 sujets ayant présenté une maladie à CMV 4 patients avec un ELISPOT-CMV « haut » mais 2 patients ayant reçu une corticothérapie, 1 patient avec ELISPOT « limite » (proche du cutoff) et 1 patient avec antécédent d'infection à CMV avant la greffe

**Les FR de CS-CMVi étaient** en analyse univariée = CTC, ATG, GVH et en analyse multivariée = CTC, ATG

Au total, **le RR de développer une CS-CMVi si ELISPOT bas était de 5,3 comparativement à un ELISPOT « haut »**. Il n'était pas retrouvé de corrélation entre l'absence de réponse en ELISPOT et la mortalité (seul FR de mortalité en analyse multivariée : délai de sortie d'aplasie)

La sensibilité du test ELISPOT CMV était de 94-96% selon cutoff et la VPN = 93-95% selon cutoff (1,35% des prélèvements avec résultats indéterminés).

**DISCUSSION** : L'ELISPOT CMV pourrait être un outil prédictif intéressant de la survenue d'infection à CMV chez les allogreffés. Les résultats de cette étude confirment ceux observés chez les transplantés rénaux. Chez les patients suivis en hématologie, l'ELISPOT semblerait plus sensible que le QUANTIFERON CMV pour détecter les patients à risque de réactivation même si il n'existe pas d'études comparant les deux techniques dans cette population

**Limites de l'étude** : données manquantes (cause du décès notamment), étude observationnelle, prise en charge des patients ne prenant pas en compte les résultats de l'ELISPOT, ne répond pas à la question du timing le plus pertinent pour réaliser l'ELISPOT

**CONCLUSION** : Les patients allogreffés de CSH ayant un ELISPOT-CMV « bas » ont un risque accru d'infection cliniquement significative à CMV comparativement aux patients avec un résultat « haut ». La surveillance de l'immunité cellulaire par ELISPOT CMV permettrait de stratifier le risque de maladie à CMV et d'adapter la stratégie de prophylaxie et/ou de guider l'instauration précoce d'un traitement préemptif.

- Deux études de phase III parues dans le Lancet Infect Dis, qui démontrent l'intérêt du CEFIDEROCOL, un nouvelle céphalosporine « sidérophore » dans le traitement des infections à BGN multi-résistants, notamment producteurs de carbapénémases. Un outil de plus dans l'arsenal thérapeutique du traitement des BMR

**Cefiderocol versus high-dose, extended-infusion meropenem for the treatment of Gram-negative nosocomial pneumonia (APEKS-NP): a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial.**

Wunderink et al., Lancet Infect Dis, Feb 2021

**Efficacy and safety of cefiderocol or best available therapy for the treatment of serious infections caused by carbapenem-resistant Gram-negative bacteria (CREDIBLE-CR): a randomised, open-label, multicentre, pathogen-focused, descriptive, phase 3 trial.**

Bassetti et al., Lancet Infect Dis, Feb 2021

- L'antibioprophylaxie hebdomadaire cyclique pour la prévention des infections urinaires chez les patients avec vessie neurologique : une stratégie efficace, bien tolérée et non associée à l'émergence de résistance dans cette étude française de l'équipe de Garches.

**Weekly Sequential Antibioprophylaxis for Recurrent Urinary Tract Infections Among Patients With Neurogenic Bladder: A Randomized Controlled Trial.**

Dinh et al., Clin Infect Dis, Dec 2020

- Un essai randomisé contrôlé qui démontre la supériorité de la doxycycline 7 jours par rapport à l'azithromycine dans le traitement des IST rectales à *Chlamydia trachomatis*. Des données qui renforcent les recommandations actuelles : Doxycycline en 1<sup>ère</sup> intention, afin d'épargner l'azitromycine pour le traitement des infections à *Mycoplasma genitalium*

**DoDoxycycline Versus Azithromycin for the Treatment of Rectal Chlamydia in Men who have Sex with Men: A Randomized Controlled Trial.**

Dombrowski et al., Clin Infect Dis, Feb 2021

Retrouvez la bibliothèque du RÉJIF actualisée et mise à jour tous les mois sur ZOTERO via le groupe « jeunes infectiologues » (à enrichir et à consulter autant que possible !)

[https://www.zotero.org/groups/jeunes\\_infectiologues](https://www.zotero.org/groups/jeunes_infectiologues)