

LE RÉJIF A LU POUR VOUS (PAR TOUTE L'ÉQUIPE D'AMIENS)

1

résumé par Agathe MERCIER et Lilou MARTEAU
Nonoperative Versus Neurosurgical Treatment of
Brain Abscess: An Emulated Trial Nested Within a
Nationwide, Population-Based Cohort.
Morris K. Rutakingirwa et al., *Clinical Infectious
Diseases*, Février 2026

2

résumé par Marine CHANCEL
Evaluating the use of lower dose flucytosine for the
treatment of Cryptococcal meningitis: a clinical trial.
Morris K. Rutakingirwa et al., *Clinical Infectious
Diseases*, Février 2026

3

résumé par Annejoeke VAN EE et Margaux CHAMBRU
Cabotegravir plus Rilpivirine for Persons with HIV
and Adherence Challenges.
Aadia I. rana et al., *The New England Journal of
Medicine*, Février 2026

4

résumé par Jeanne BRULE et Mathilde PIERROT
Standard_ versus high-dose tigecycline in pneumonia
due to carbapenem-resistant *Acinetobacter
baumannii*: A propensity score-matched retrospective
study.
Ozge Ozgen-Top., *Infectious Diseases Now*, Février
2026

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



Nonoperative Versus Neurosurgical Treatment of Brain Abscess: An Emulated Trial Nested Within a Nationwide, Population-Based Cohort

Emilie Marie Eriksen,^{1,2,3} Lykke Larsen,^{3,4} Merete Storgaard,^{4,5} Helene Mens,⁵ Lothar Wiese,^{6,7} Micha Phill Grønholm Jepsen,⁷ Birgitte Rønde Hansen,^{8,9} Hans Rudolf Lüttichau,^{9,10} Henrik Nielsen,^{1,2,3} and Jacob Bodilsen^{1,2,10,11}; for the Danish Study Group of Infections of the Brain (DASGIB)

CONTEXTE

La prise en charge des abcès cérébraux reste complexe malgré l'avancée en neuro-imagerie, les nouvelles techniques chirurgicales et un éventail d'antibiothérapie large. Le bénéfice de la chirurgie reste incertain selon les études observationnelles. Cependant ces études sont souvent monocentriques, avec un échantillon faible de patients, ayant des caractéristiques très différentes avec des facteurs de confusion insuffisamment pris en compte selon la stratégie adoptée.

OBJECTIF

Comparaison de la mortalité, la rupture de l'abcès et les complications défavorables entre le traitement antibiotique seul versus antibiothérapie associée à une chirurgie d'aspiration ou d'exérèse.

MÉTHODE

Essai émulé réalisé sur une étude observationnelle bispective, sur une cohorte Nationale Danoise, conduite de 2007 à 2023. Inclusion de tous les patients majeurs ayant un diagnostic d'abcès cérébral. Les abcès cérébraux à *Toxoplasma gondii*, les enfants et les dossiers incomplets ont été exclus. Une pondération par l'inverse du score de Propension a été utilisée pour balancer les covariables selon l'orientation du traitement (médical vs. chirurgical). Le sur-risque de mortalité, la rupture et l'évolution défavorable ont été évalués par la loi de Poisson et un modèle de Régression.

RÉSULTATS

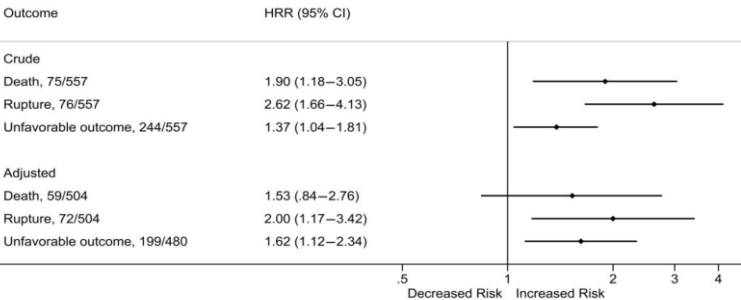
558 adultes ont été inclus. 234 patients (42%) ont été initialement assignés à un traitement médical et 324 patients (58%) à un traitement chirurgical. Au total 409 patients ont reçu un traitement chirurgical à n'importe quel moment après inclusion.

Analyse sur la stratégie initiale : l'estimation double-robustesse a montré qu'un traitement initial médicamenteux seul était associé à une surmortalité à 6 mois avec un risque relatif ajusté RR 2.25 (95% CI: 1.26–4.04) et un risque de rupture RR 2.47 (95% CI: 1.50–4.04). Les critères de non-indication à la chirurgie chez ces patients étaient les suivantes : abcès de petite taille (30%), localisation profonde (29%), état clinique stable (24%), état général altéré (14%), abcès rompu (11%), pathogène déjà identifié (9%).

Analyse sur la stratégie finale retenue : parmi les 236 patients assignés un traitement médical seul, 85 (36%) ont finalement bénéficié d'une chirurgie. La chirurgie était décidée devant une augmentation de la taille de l'abcès (45%) ou une progression clinique (53%). Le maintien d'un traitement médical seul était associé à un surrisque de décès HHR 1.53 (95% CI: .84–2.76), 2.00 (95% CI: 1.17–3.42) pour la rupture et 1.62 (95% CI: 1.12–2.34) pour une évolution défavorable. Le seul facteur prédictif de chirurgie chez les patients pour lesquels un traitement médical seul a été décidé est la taille de l'abcès supérieur à 2 cm.

DISCUSSION – CONCLUSION

Cette étude émulée sur une cohorte nationale Danoise met en évidence un surrisque de rupture d'abcès cérébraux et de mortalité chez les patients sous traitement médical initial seul comparé à une neurochirurgie. Le seul critère prédictif d'échec identifié chez ces patients était la taille de l'abcès > 2cm.



Risque de mortalité, rupture, évolution défavorable 6 mois après sortie après maintien d'un traitement médical seul comparé au traitement neurochirurgical. Analyse Régression de Cox ajustée. HRR hazard rate ratio

Evaluating the Use of Lower Dose Flucytosine for the Treatment of Cryptococcal Meningitis: A Clinical Trial

Morris K. Rutakingirwa,^{1,2,3,4} Caleb P. Skipper,^{2,3,4} Biyue Dai,^{2,3} Abduljewad Wele,² Suzan Namombwe,¹ Timothy Mugabi,^{1,2} Jane Frances Ndyetukira,¹ Alisat Sadiq,¹ Mable Kabahubya,¹ Lenard Chemusto,¹ Cynthia Ahimbisibwe,¹ Shifa Nabbale,¹ Tadeo Kiiza Kandole,¹ Rhona C. B. Muyise,^{1,2} Enock Kagimu,^{1,2} Tonny Luggya,¹ Jonathan Mulungi,^{2,3} Samuel Jjunju,^{1,2,3} Melanie R. Nicol,^{2,3} Katharine E. Stott,^{2,3} Richard Kwizera,^{1,2} David B. Meya,^{1,2,3} David R. Boulware,^{2,3,4} and Thomas C. McHale^{2,3,4}; for the FLOOR trial team

¹Department of Research, Infectious Diseases Institute, College of Health Sciences, Makerere University, Kampala, Uganda; ²Department of Medicine, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA; ³Department of Internal Medicine, Kiruddu National Referral Hospital, Kampala, Uganda; ⁴Department of Internal Medicine, Soroti University, Soroti, Uganda; ⁵Department of Internal Medicine, Mbarara University of Science and Technology, Mbarara, Uganda; and ⁶Department of Pharmacology, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom

CONTEXTE

La cryptococcose, et en particulier la méningite à cryptocoque, constitue une cause majeure de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Le traitement recommandé repose sur une association d'amphotéricine B et de flucytosine. La dose standard de flucytosine (100 mg/kg/jour) est efficace mais associée à une toxicité hématologique notable.

OBJECTIF

L'essai FLOOR a donc étudié l'intérêt et l'efficacité d'une dose réduite de flucytosine (60 mg/kg/jour pendant 10 jours) dans le traitement d'induction de la méningite à cryptocoque chez des patients infectés par le VIH.

MÉTHODE

Essai clinique interventionnel de phase 2, monocentrique, ouvert et non randomisé avec comparaison à une cohorte historique recevant la dose standard en Ouganda.

Critère d'inclusion : Adultes avec infection à VIH ayant eu un diagnostic de méningite à cryptocoque confirmé par un antigène cryptocoque dans le LCR et ayant accepté de participer à l'étude.

Critère d'exclusion : patient ayant déjà reçu ≥ 3 jours de traitement par flucytosine dans l'année précédente, impossibilité de prise orale du traitement, grossesse ou allaitement, clairance de la créatinine < 20 mL/min, neutropénie sévère (< 500 cellules/ μ L) ou thrombopénie $< 48\,000/\mu$ L, suspicion de syndrome de reconstitution immunitaire paradoxal, impossibilité de suivi clinique.

Intervention : les patients recevaient flucytosine **60 mg/kg/jour en 3 prises pendant 10 jours**, de l'amphotéricine B liposomale 10 mg/kg en dose unique et du Fluconazole 1200 mg/jour pendant 14 jours, puis traitement de consolidation standard.

Critère de jugement principal : Early Fungicidal Activity (EFA) : vitesse de clairance du *Cryptococcus* dans le LCR durant les 14 premiers jours, exprimée en $\log_{10}$ CFU/mL/jour.

Critères de jugements secondaires : stérilisation du LCR à 2 semaines ; survie à 18 semaines, hospitalisations secondaires ; rechutes de méningite à cryptocoque ; événements indésirables biologiques sévères (grade ≥ 3).

RÉSULTATS

Inclusion : 48 patients ; âge médian : 40 ans (IQR 31–46) ; 54 % de femmes avec une médiane de CD4 : 20 cellules/ μ L (IQR, 9–33).

Critère de jugement principal : EFA avec faible dose : 0,28 $\log_{10}$ CFU/mL/jour (IC95 % : 0,20–0,37) versus EFA avec dose standard (cohorte historique) : 0,41 $\log_{10}$ CFU/mL/jour.

Critères de jugement secondaires : stérilisation du LCR à 18 jours de 30 % avec faible dose vs 46 % avec dose standard ; survie à 18 semaines : 77 % (IC95 % : 66–90) ; ré-hospitalisations de 25 % des patients ; rechute microbiologique de 6,3 % ; toxicité hématologique sévère : leucopénie : 10 % ; anémie : 21 %. La fréquence des effets indésirables sévères était similaire à celle observée avec la dose standard.

DISCUSSION – CONCLUSION

La flucytosine à dose réduite a montré une efficacité antifongique inférieure à la dose standard pour la clairance du *Cryptococcus* dans le LCR. La proportion de patients avec stérilisation du LCR était également plus faible. Aucune amélioration n'a été démontré sur les effets indésirables.

Ces résultats suggèrent que la réduction de la posologie de flucytosine ne permet pas de maintenir l'efficacité antifongique attendue. Des études complémentaires, notamment pharmacocinétiques et des essais cliniques futurs, sont nécessaires pour déterminer une dose optimale de flucytosine permettant d'équilibrer efficacité et toxicité.



Cabotegravir plus Rilpivirine for Persons with HIV and Adherence Challenges

Authors: Aadia I. Rana, M.D. , Lu Zheng, Ph.D., Jose Castillo-Mancilla, M.D., Yajing Bao, M.S., Sara Sieczkarski, Ph.D., Kristina M. Brooks, Pharm.D., Jordan E. Lake, M.D., , for the ACTG A5359 LATITUDE Trial Team* [Author Info & Affiliations](#)

CONTEXTE

La thérapie antirétrovirale (TAR) chez les PVVIH permet de réduire la mortalité, la progression de la maladie et prévient la transmission. Aux EU, 1/3 des PVVIH sont détectables. La population précaire fait souvent face à une mauvaise observance multifactorielle. Le CAB-RPV injectable n'a jamais été évalué dans un ECR de phase 3 chez des PVVIH non-observantes et détectables.

OBJECTIF

Démontrer la supériorité CAB-RPV **injectable mensuel** vs TAR oral standard sur l'**échec du régime thérapeutique à S48**, chez PVVIH avec non-observance documentée $\geq 6m$ sous TAR oral.

MÉTHODE

ECR phase 3 ouvert, 33 sites, Etats-Unis, Mars 2019 à février 2024.

Inclusion : PVVIH ≥ 18 ans avec réponse virologique faible sous TAR oral défini par CV ≥ 200 c/mL persistante et/ou rupture de suivi avec mauvaise observance, pdt $\geq 6m$ consécutifs dans les 18m précédant l'inclusion.

Exclusion : Co-infection VHB, résistances RPV ou INSTI.

Étape 1 (≤ 24 sem) : TAR oral + soutien à l'observance + incitations économiques conditionnelles. Conditions pour passer à l'étape 2 : atteindre une CV $< 200c/mL$.

Étape 2 (52 sem) : **Randomisation 1 : 1** : **Groupe CAB-RPV** : injections dose de charge CAB-RPV puis mensuelles. **Groupe soins standard** : poursuite TAR oral, visites/8-12 sem.

CJP : Échec régime = échec virologique ($2 \times CV \geq 200c/mL$) ou arrêt TTT.

CJS : Échec virologique, échec lié au TTT, résistance, EI, pharmacocinétique.

RÉSULTATS

Étape 1 : 453 participants (âge médian 40 ans; 63% noirs; 17% hispanique/latino-américain; 29 % sexe féminin; 14 % usage de drogues injectées); 1/3 patients précaires; 9% logement instable; 32% alcoolisme chronique.

Étape 2 : 306 randomisés (68%) : 152 CAB-RPV vs 154 soins standard.

CJP (S48) : Échec du régime : **22,8% CAB-RPV vs 41,2% standard** ($p = 0,002$). NB : 94% des injections ont été faite dans les délais vs seulement 34-46% des PVVIH sous TAR oral n'ont manqué aucune prise médicamenteuse dans les 30 jours précédant une consultation.

Supériorité CAB-RPV établie $\Rightarrow$ arrêt prématuré randomisation.

CJS : Échec virologique seul : 6,8% vs 28,2%. Échec TTT : 8,9% vs 28,1%. Mutations résistances INSTI en cas d'échec : 40% CAB-RPV vs 9% standard. EI comparables. 2 décès non liés.

Facteurs de risque d'échec sous CAB-RPV : IMC ≥ 30 avec aiguilles < 50 mm (sous-exposition médicamenteuse); concentrations résiduelles CAB-RPV basses précocement.

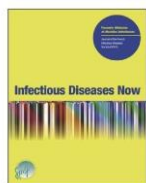
DISCUSSION – CONCLUSION

Supériorité du TAR injectable mensuel sur le TAR oral standard dans une population vulnérable de PVVIH non-observantes, fréquemment exclues des essais cliniques.

Forces : ECR phase 3; population représentative de la pratique réelle (précarité, comorbidités psychiatriques, toxicomanie) ; 94 % des injections administrées dans les délais ; résultats homogènes dans tous les sous-groupes. Arrêt sur critères de supériorité.

Limites : Essai ouvert; incitations économiques non reproductibles; risque résistances INSTI si échec sous injectable; population uniquement américaine.

$\Rightarrow$ Implication clinique : proposer CAB-RPV injectable mensuel à toute PVVIH pour laquelle le TAR oral a échoué, avec approche multidisciplinaire.



Standard- versus high-dose tigecycline in pneumonia due to carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*: A propensity score-matched retrospective study

Özge Özgen-Top^{a,*}, Pınar Aysert-Yildiz^a, Zeynep Tekin-Taş^b, Şeyma Arslan^a, Emincan Erkan^a, Fatma Zehra Özcan^c, Elif Ayça Şahin^d, Murat Dizbay^a

CONTEXTE

La Tigécycline est couramment utilisée contre *A. baumannii* résistant aux carbapénèmes (CRAB) dans des infections graves cutanées, abdominales ou pulmonaires. Large spectre mais volume de distribution élevé, elle atteint des concentrations faibles dans les poumons à dose standard avec des résultats cliniques moindres, et des doses plus élevées sont utilisées en pratique. En effet, des concentrations plasmatiques plus élevées permettent une meilleure diffusion au niveau pulmonaire, mais qu'en est-il de la tolérance ?

OBJECTIF

Comparer l'efficacité et les événements indésirables de la Tigécycline à dose standard versus à forte posologie dans des pneumopathies associées aux soins ou PAVM causée par un CRAB.

MÉTHODE

Étude rétrospective, monocentrique, appariée par score de propension, entre janvier 2018 et avril 2023, menée à l'hôpital universitaire de Gazi en Turquie.

Critères d'inclusion : Adultes atteints de pneumopathies associées aux soins ou PAVM causée par un CRAB ayant reçu des doses standard ou élevées de Tigécycline pendant au moins 5 jours.

Critères d'exclusion : Patients ayant reçu un ajustement de dose pendant le traitement ; ayant reçu de la Tigécycline sans documentation microbiologique ; ayant été diagnostiqué pour une autre pathologie qu'une pneumopathie associée aux soins ou PAVM ; ayant été traités par Tigécycline pour une récurrence infectieuse ; ayant été traités pour une durée inférieure à 5 jours.

Critère de jugement principal : Mortalité à J7 et J30.

Critères de jugement secondaires : Amélioration clinique, clairance bactérienne, effets secondaires.

RÉSULTATS

Après appariement du score de propension, 62 patients ont été retenus dans chaque groupe soit un total de 124 patients appariés.

- Le succès clinique, la mortalité à 7 jours et à 30 jours étaient **similaires** entre les deux groupes.
- Le succès microbiologique était plus élevé dans le groupe à **forte posologie**.

Après analyse de régression logistique conditionnelle, le **score SOFA était indépendamment associé à une mortalité à 30 jours**.

La **dose** de Tigécycline (OR = 2.83, IC à 95% : 0,58-13,7) et l'**âge** (OR = 1.04, IC à 95% : 0,89-1,11) n'étaient pas significativement associées à la mortalité. L'association au Méropénème ou aux Polymyxines semble être associée à des taux de mortalité plus élevés.

La majorité des isolats (43,5%) avaient des CMI > 4 mg/L, 28,8% entre 0,5 et 4 mg/L et 12,4% < 0,5 mg/L pour la Tigécycline.

Sur le plan de la tolérance, les effets secondaires dans le groupe avec utilisation de la Tigécycline à forte posologie étaient :

- Augmentation des transaminases et de la bilirubine totale ;
- Anomalies de la coagulation avec notamment des thrombopénies.

Les autres effets secondaires tels que nausées/vomissements, diarrhées, allergie, augmentation de la créatininémie, diminution du fibrinogène, neutropénie ne sont **pas significativement différents** entre les deux populations (dose standard VS forte posologie).

DISCUSSION – CONCLUSION

Aucune différence significative n'est observée sur le succès clinique ou la mortalité entre la Tigécycline à dose standard versus forte posologie dans les pneumopathies associées aux soins ou PAVM causée par CRAB. La gravité initiale du patient est le principal déterminant du résultat dans les infections à *A. baumannii* plutôt que la dose de l'antibiotique elle-même.

Le succès microbiologique est significativement plus élevé chez les patients ayant reçu une forte dose de Tigécycline ($p = 0,012$), qui atteint donc des concentrations plus élevées dans les tissus pulmonaires.

L'hépatotoxicité de la Tigécycline est bien connue et l'utilisation de forte posologie est plus souvent associée à des perturbations du bilan hépatique (avec notamment une cholestase) mais également associée à une thrombopénie, probablement en lien avec l'atteinte hépatique elle-même.

Au total, cette étude montre que la Tigécycline à forte posologie n'offre aucun avantage clinique supplémentaire par rapport à une dose standard dans la pneumopathie à CRAB et est davantage associée à des effets secondaires notamment hépatiques.

CONSEILS DE LECTURE

Cette méta-analyse de 16 essais randomisés (11 985 cathéters) démontre que la chlorhexidine à haute concentration ($\geq 1\%$) dans de l'alcool isopropylique est l'antiseptique cutané le plus efficace pour prévenir les infections liées aux cathéters intravasculaires, surpassant la povidone iodée et les formulations aqueuses, sans surplus significatif d'effets indésirables.

Chlorhexidine vs Povidone-Iodine and Incidence of Catheter-Related Infections A Systematic Review and Meta-Analysis

Bertrand Drugeon et al., JAMA, Fev 2026

Margaux et Annejoeke

Comité des Pratiques Professionnelles de l'AFU (CPP-AFU)

Comité d'Infectiologie de l'AFU (CIAFU)

**Place de l'ECBU avant une prise en charge urologique chirurgicale
ou interventionnelle chez l'adulte et modalités de traitement en cas
de colonisation**

Argumentaire – janvier 2026

Version validée

infectiologie.com