

INTRODUCTION

Les anti-infectieux occupent une place essentielle dans le traitement des patients brûlés, ces derniers présentant de multiples facteurs les prédisposant aux infections sévères. Dans ce contexte, l'utilisation de ces traitements doit être rigoureusement contrôlée afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques tout en minimisant le risque de développement et de dissémination de résistances.

OBJECTIF

Evaluer l'évolution de l'utilisation des anti-infectieux chez les patients brûlés hospitalisés au Centre des Brûlés (CB) de notre hôpital.

METHODE

Etude rétrospective incluant tous les patients brûlés admis au CB (4 lits dédiés aux patients brûlés dans un service de soins intensifs de 32 lits) durant les années 2001 à 2011. Les données des traitements anti-infectieux ont été extraites du dossier patient informatisé (Metavision), par année et par patient. Les outcomes analysés étaient : nombre de jours de traitement, nombre de cures reçues et dose administrée cumulée [g]. Les évolutions importantes ont été analysées plus en détail (résultats totaux, par nombre de patients brûlés et traités par année). Les patients n'ayant pas reçu d'anti-infectieux systémiques au cours de leur séjour ont été exclus.

RESULTATS

Sur la période étudiée, le CB a accueilli 366 patients brûlés dont 230 ont pu être inclus dans l'étude. 36 anti-infectieux ont été recensés. Le nombre total de jours de traitements anti-infectieux a été de 6'135 pour 7'399 journées d'hospitalisation. La durée moyenne des traitements a augmenté au cours des ans.

Les molécules avec le plus grand nombre de cures sont : amoxicilline - acide clavulanique, pipéracilline - tazobactam, vancomycine, imipenem - cilastine et meropenem (**Figures 1 et 2**). Les anti-infectieux dont les doses cumulées ont fortement augmenté sont : amoxicilline - acide clavulanique, caspofungine, ceftazidime, meropenem, pipéracilline - tazobactam et vancomycine (**Tableau 1**). En revanche, les doses cumulées d'amikacine, de ciprofloxacine, de flucloxacilline, d'imipenem - cilastine et de métronidazole ont diminué.

Tableau 1: Molécules dont les doses cumulées ont fortement augmenté

	Doses cumulées [g] / nombre de patients brûlés										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Amoxicilline - ac. clavulanique	7.31	9.50	4.62	7.20	6.70	8.48	15.01	11.39	14.71	9.01	13.03
Caspofungine	0.00	0.00	0.02	0.02	0.00	0.00	0.00	0.01	0.09	0.05	0.08
Ceftazidime	0.00	1.30	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.54	1.89	3.20
Meropenem	0.92	4.57	6.08	2.28	1.71	1.11	3.24	10.41	7.50	7.16	10.02
Pipéracilline - tazobactam	3.29	30.33	29.73	27.70	10.54	34.19	38.09	30.95	38.83	29.37	36.38
Vancomycine	0.38	2.39	0.31	0.95	3.52	2.07	1.95	3.67	3.27	3.43	2.78

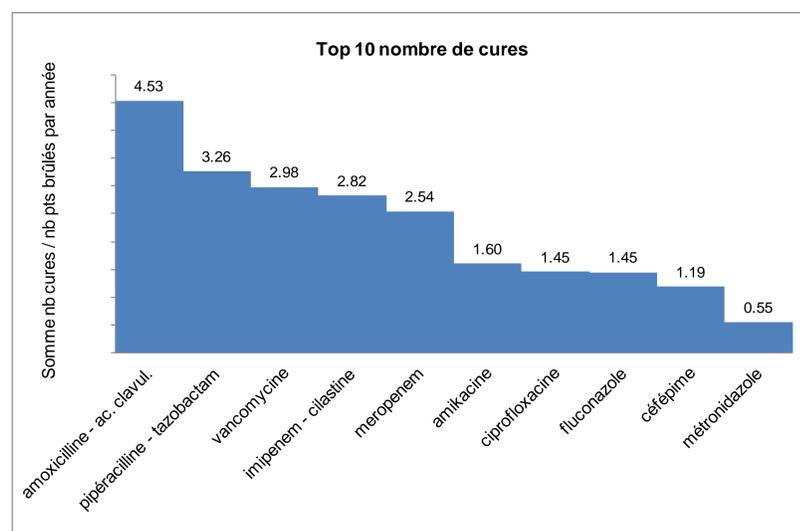


Figure 1: Top 10 des molécules avec le plus grand nombre de cures

DISCUSSION - CONCLUSION

Des modifications importantes de l'utilisation des agents anti-infectieux sont observées sur la période concernée. Les raisons de ces modifications méritent d'être investiguées. Il pourrait s'agir d'une évolution du profil de résistance des souches isolées, d'un simple changement dans les pratiques locales, ou encore de raisons économiques.

Les résistances aux antibiotiques augmentant non seulement au sein de la population générale mais aussi au sein de la population brûlée, une utilisation plus restrictive des antibiotiques pourrait être évaluée sans pour autant priver cette population à hauts risques de traitements vitaux. Dans cette optique, un suivi thérapeutique étroit des médicaments chez les patients brûlés de réanimation pourrait s'avérer judicieux.

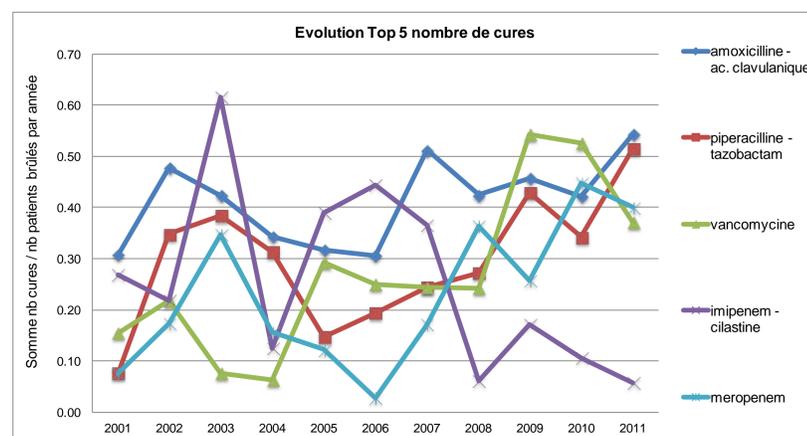


Figure 2: Evolution au cours du temps du Top 5 des nombres de cures