

Présenter ses travaux en congrès (communication orale et affichée)

Dr Kevin Bouiller, MCU-PH

Service de maladies infectieuses, CHU Besançon

Contenu de la session

1. Communication orale
2. Faire son power point
3. Communication affichée

Contenu de la session

- 1. Communication orale**
2. Faire son power point
3. Communication affichée

Que représente ce pourcentage ?

75%

Que représente ce pourcentage ?

75%



Que représente ce pourcentage ?

75%

Glossophobie= peur de prendre la parole en public



Exemple

- Regarder la vidéo
- Selon vous, est-ce une bonne présentation et pourquoi?
- [https://www.ted.com/talks/jennifer b nuzzo 3 ways to prepare society for the next pandemic](https://www.ted.com/talks/jennifer_b_nuzzo_3_ways_to_prepare_society_for_the_next_pandemic)

Présence physique

- Peu de déplacement
- Gestuelle (mains, visage)
- Visuelle

Discours

- Humour/anecdote
- Histoire++
- Expérience personnelle
- Discours claire (Points importants)

Les secrets d'une bonne présentation

- 10% DE PRODUCTION
- 20% DE RÉPÉTITION
- **70% DE PRÉPARATION**

Quelles sont les solutions ?

- Connaitre son message
 - Ou veut-on amener le public ?
 - **Objectifs** et **conclusions**
- S'entraîner+++
 - Présentation dans le service, devant copain/copine...
- Mais... N'apprenez pas tout par cœur: spontanéité+++
- Arriver en avance
- Tester le matériel
- Se détendre
 - Respiration
 - Yoga++
 - S'ancrer dans le sol
 - Longue inspiration/expiration
 - Se focaliser sur sa respiration
 - Exercices physiques

Capacité d'écoute de l'auditoire

- 45 minutes maximum
- 1/3 des informations retenues
- 7 idées maitresses maximum enregistrées

Université du Québec

À améliorer

Qualités d'orateur

- Faites **face** plus souvent à l'auditoire et adressez-vous à lui.
- Ne lisez pas** vos notes ou le visuel tout au long de l'exposé (suggestion : répétez plus avant de présenter).
- Établissez un **contact visuel** avec l'auditoire.
- Respectez la **durée allouée** pour la présentation (suggestion : réduisez votre contenu).
- Évitez de rester figé-e. Utilisez le **langage paraverbal** (gestes, mains, montrer l'écran).
- Parlez avec **plus d'entrain**. Faites preuve de **dynamisme, d'enthousiasme** et de **conviction**.
- Parlez **moins vite**. Pensez à **inclure des silences** pour marquer les transitions ou appuyer les points importants.
- Exprimez-vous **plus clairement** (ex. : élocution, mieux articuler).
- Exprimez-vous dans un **langage plus clair** (ex. : phrases courtes et simples, une information par phrase).
- Évitez les **phrases incomplètes**, les **phrases hésitantes**.

Contenu de la session

1. Communication orale
- 2. Faire son power point**
3. Communication affichée

Epidémiologie de *Staphylococcus aureus* CC398



Thèse présentée par Kévin BOUILLER le 17/12/2020

Directeurs de thèse :

Professeur Catherine CHIROUZE – Service de maladies infectieuses

Professeur Xavier BERTRAND – Laboratoire d'hygiène hospitalière

Epidémiologie de *Staphylococcus aureus* CC398

- SA ST398
 - Appartient au complexe clonal (CC) 398
 - Identifié initialement en France et au Pays Bas au milieu des années 2000
 - Puis en Europe, Asie, et Amérique
 - Souches majoritairement résistantes à la méticilline (SARM)

Contenu

- Ne pas oublier de raconter une histoire
- Contextualiser+++

Le cochon sera-t-il à l'origine de la prochaine épidémie de SARM en France?



Forme

- Style des diapositives:
 - Le même pour toutes les diapositives
 - Le même pour toutes vos présentations
 - Gain de temps+++
- Les couleurs:
 - Pas plus de deux ou trois couleurs
 - Le fond ne doit pas gêner la lecture
 - Jamais de vert ou rouge sur fond bleu, de jaune sur fond blanc

Comment fabriquer un diaporama

Les couleurs. Quelques règles

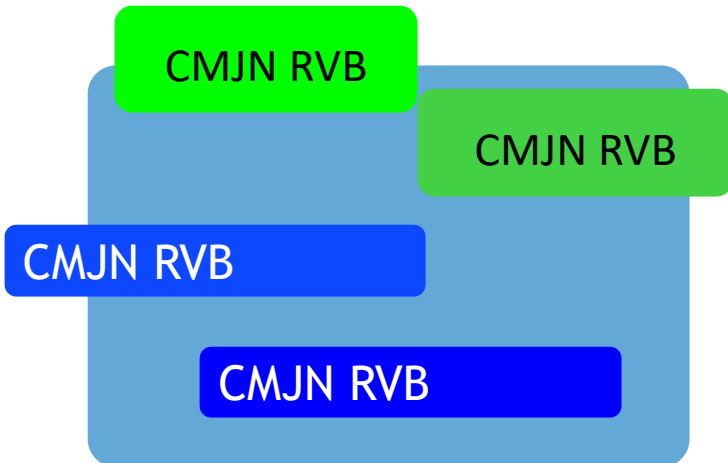
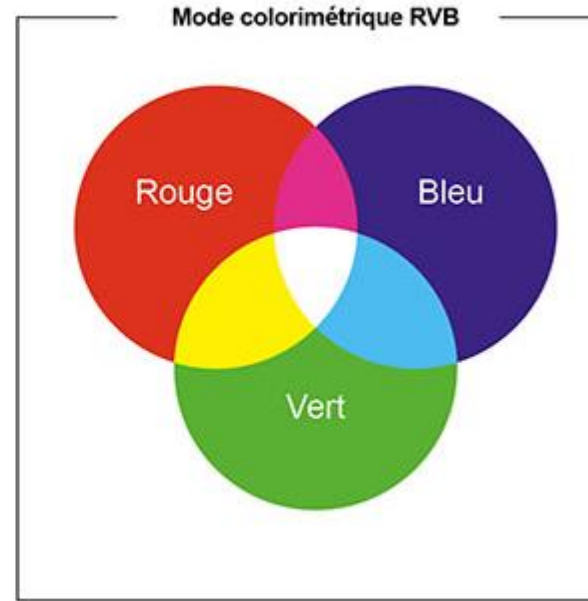
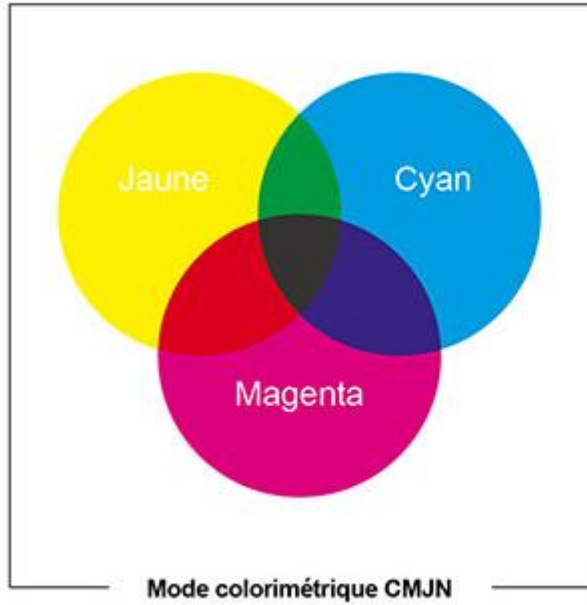
Pas plus de deux ou trois couleurs

Le fond ne doit pas gêner la lecture

Les couleurs apparaissent toujours plus lumineuses sur un écran d'ordinateur.

Jamais de vert ou de rouge sur fond bleu, de jaune sur fond blanc...

Comment fabriquer un diaporama



Forme

- La police
 - Pas de majuscules, ou très peu

Explaining hemodynamic effects of prone positioning

Beneficial Hemodynamic Effects of Prone Positioning in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome

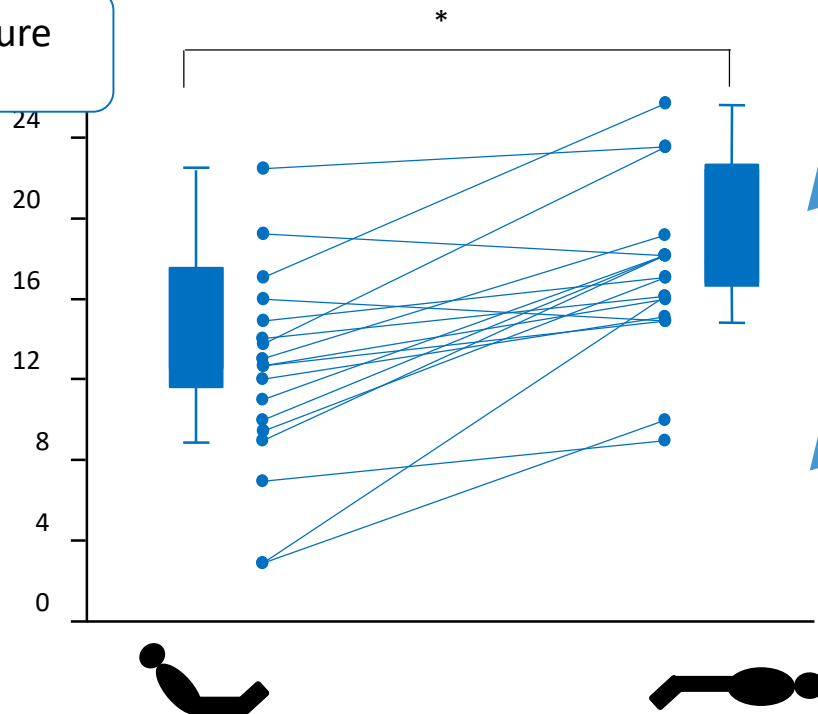
Am J Respir Crit Care Med 2015

Mathieu Jozwiak^{1,2}, Jean-Louis Teboul^{1,2}, Nadia Anguel^{1,2}, Romain Persichini^{1,2}, Serena Silva^{1,2}, Denis Chemla^{2,3}, Christian Richard^{1,2}, and Xavier Monnet^{1,2}

18 patients with ARDS

PLR test before prone positioning

Right atrial pressure
(mmHg)



PRONE POSITIONING
SIGNIFICANTLY INCREASES
RIGHT CARDIAC PRELOAD

Prone positioning ↗
right cardiac preload

Forme

- La police
 - Pas de majuscules, ou très peu
 - Eviter les abréviations, à adapter en fonction de l'auditoire+++
 - Une ou deux polices maximum

Explaining hemodynamic effects of prone positioning

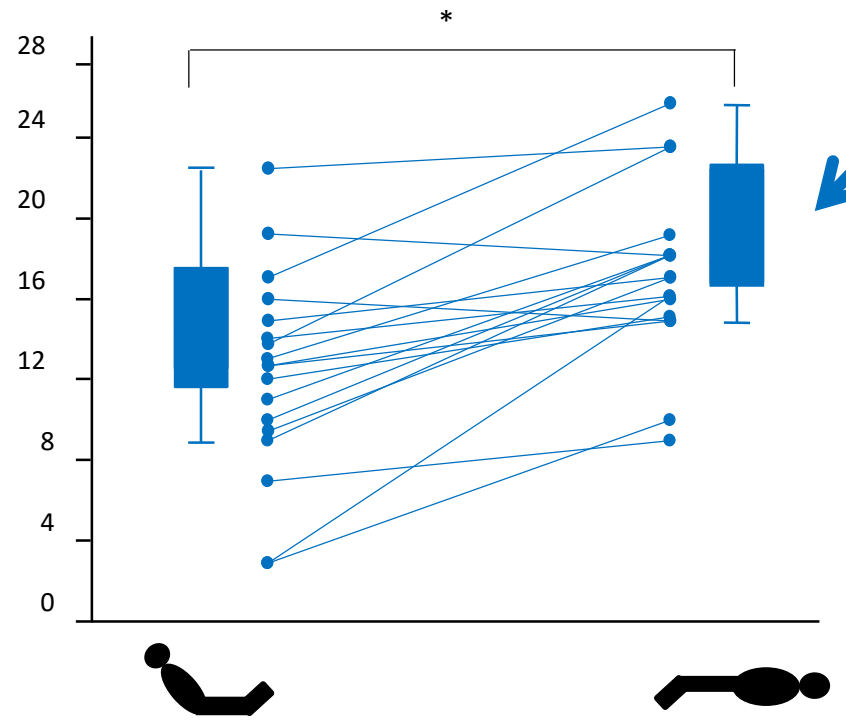
Beneficial Hemodynamic Effects of Prone Positioning in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome

Am J Respir Crit Care Med 2015

Mathieu Jozwiak^{1,2}, Jean-Louis Teboul^{1,2}, Nadia Anguel^{1,2}, Romain Persichini^{1,2}, Serena Silva^{1,2}, Denis Chemla^{2,3}, Christian Richard^{1,2}, and Xavier Monnet^{1,2}

18 patients with ARDS
PLR test before prone positioning

Right atrial pressure (mmHg)



Prone positioning ↗ right cardiac preload

Epidémiologie de *Staphylococcus aureus* CC398

- ~~SA~~ ST398
 - Appartient au complexe clonal (CC) 398
 - Identifié initialement en France et au Pays Bas au milieu des années 2000
 - Puis en Europe, Asie, et Amérique
 - Souches majoritairement résistantes à la méticilline (SARM)

Epidémiologie de *Staphylococcus aureus* CC398

- *S. aureus* ST398
 - Appartient au complexe clonal (CC) 398
 - Identifié initialement en France et au Pays Bas au milieu des années 2000
 - Puis en Europe, Asie, et Amérique
 - Souches majoritairement résistantes à la méticilline (SARM)

Forme

- La police
 - Pas de majuscules, ou très peu
 - Eviter les abréviations, à adapter en fonction de l'auditoire+++
 - Une ou deux polices maximum
- **Les références bibliographiques bien visibles+++**

Epidémiologie de *Staphylococcus aureus* CC398

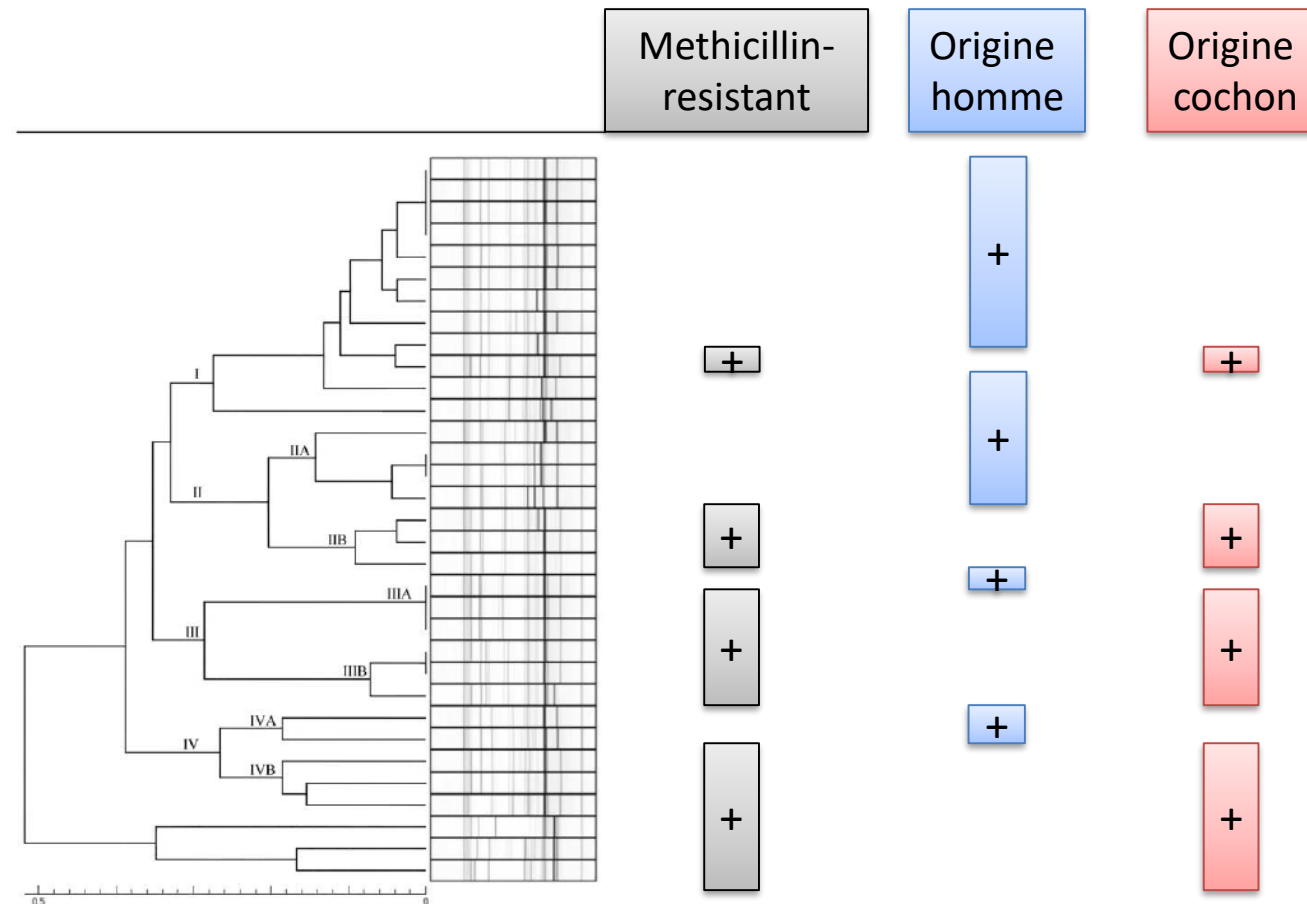
- *S. aureus* ST398
 - Appartient au complexe clonal (CC) 398
 - Identifié initialement en France et au Pays Bas au milieu des années 2000
 - Puis en Europe, Asie, et Amérique
 - Souches majoritairement résistantes à la méticilline (SARM)

Forme

- Eviter les tableaux
 - ou alors...

Methicillin-Susceptible ST398 *Staphylococcus aureus* Responsible for Bloodstream Infections: An Emerging Human-Adapted Subclone?

Valentin-domelier et al. 2015



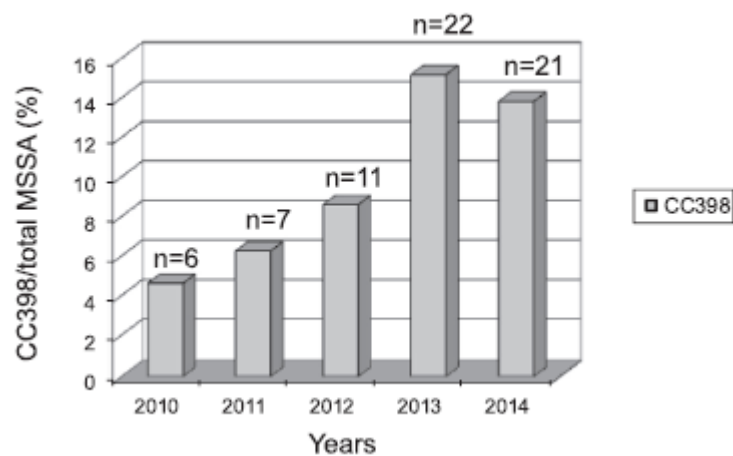
Bactériémie

ORIGINAL ARTICLE

Clonal complex 398 methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bloodstream infections are associated with high mortality

K. Bouiller¹, H. Gbaguidi-Haore^{2,3}, D. Hocquet^{2,3}, P. Cholley^{2,3}, X. Bertrand^{2,3} and C. Chirouze^{1,2,3}

1) *Maladies infectieuses*, 2) *Hygiène hospitalière, Centre Hospitalier Régional Universitaire* and 3) *UMR 6249 Chrono-environnement, Université de Franche-Comté/CNRS, Besançon, France*

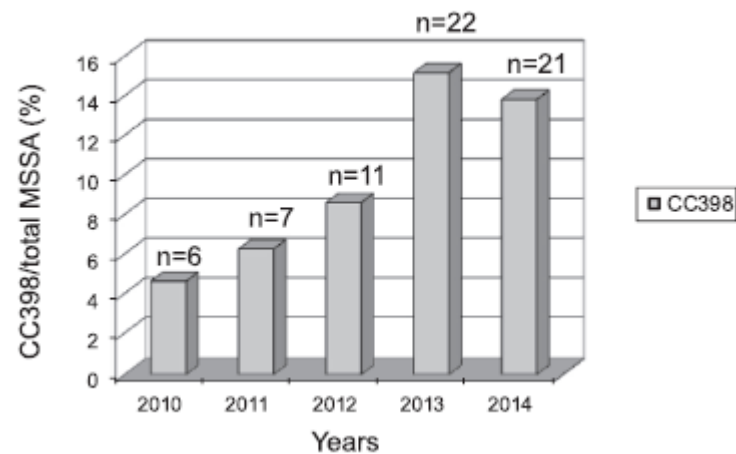


Risk factor	Multivariate p	Multivariate OR (CI 95%)
Sex, M/F		
Age, years		
Hospitalization ward		
Intensive care unit		
Surgery		
Emergency		
Medicine		
Healthcare-associated infection	0.019	3.02 (1.19–7.63)
Nursing home resident	NR	
McCabe score		
0	NR	
1		
2		
3		
SOFA score		
Underlying disease		
Diabetes mellitus		
Cardiovascular disease		
Chronic pulmonary disease		
Chronic kidney disease		
Neurologic disease	0.024	2.51 (1.13–5.65)
Malignancy		
Hematology		
Hepatic disease		
Alcohol	0.070	2.40 (0.93–6.62)
Active smoking		
Invasive procedure within 3 months	0.072	1.89 (0.94–3.79)
Prosthetic device	NR	
Prosthetic joint	0.078	2.25 (0.91–5.56)
Vascular graft		
Prosthetic valve		
Pacemaker		
Intravascular catheter		
Source of infection		
Skin/soft tissue		
Intravenous catheter		
Surgical	NR	
Other		
Unknown		
Removable source		
Metastatic infection		
Endocarditis		
Septic shock	NR	
Time to antibiotic, days		
Treatment duration, days		
Effective initial treatment		
Length of stay, days		
7-day all-cause mortality		
30-day all-cause mortality	0.011	2.44 (1.23–4.85)

Bactériémie

ORIGINAL ARTICLE

Clonal complex 398 methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bloodstream infections are associated with high mortality



Facteurs associés aux *S. aureus* CC398

Infections nosocomiales	OR 3,02 (1,19-7,63)
Antécédents de maladie neurologique	OR 2,51 (1,13-5,65)
Mortalité toute cause à 30 jours	OR 2,44 (1,23-4,85)

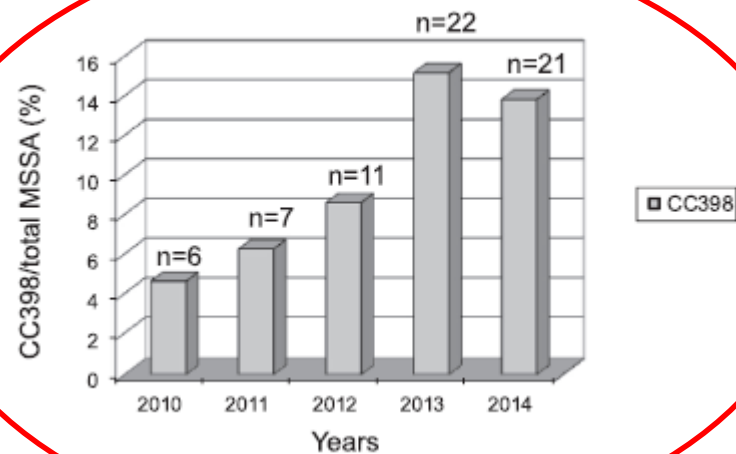
Forme

- Faire attention à la qualité des figures

Bactériémie

ORIGINAL ARTICLE

Clonal complex 398 methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bloodstream infections are associated with high mortality



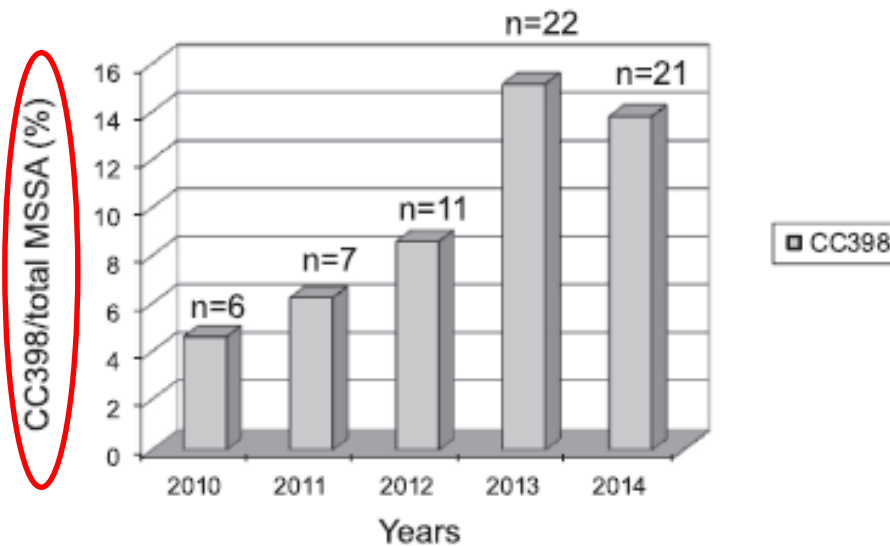
Facteurs associés aux *S. aureus* CC398

Infections nosocomiales	OR 3,02 (1,19-7,63)
Antécédents de maladie neurologique	OR 2,51 (1,13-5,65)
Mortalité toute cause à 30 jours	OR 2,44 (1,23-4,85)

Bactériémie

ORIGINAL ARTICLE

Clonal complex 398 methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bloodstream infections are associated with high mortality



Facteurs associés aux *S. aureus* CC398

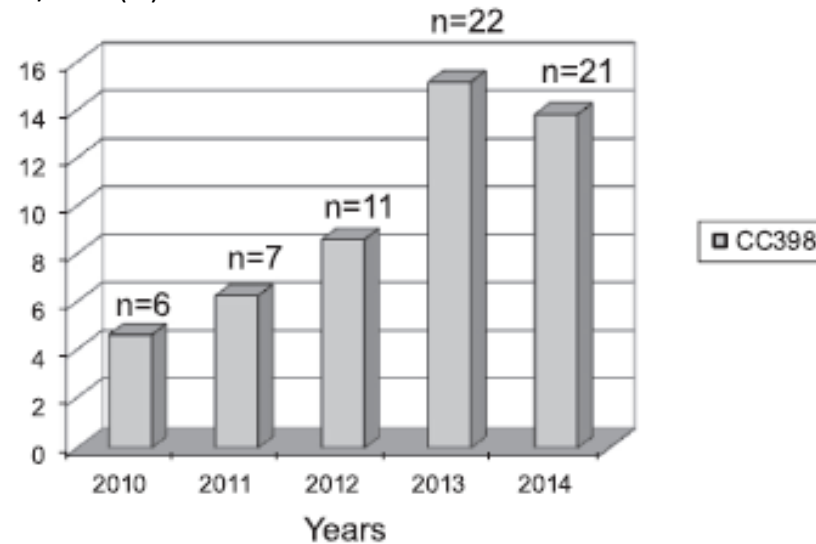
Infections nosocomiales	OR 3,02 (1,19-7,63)
Antécédents de maladie neurologique	OR 2,51 (1,13-5,65)
Mortalité toute cause à 30 jours	OR 2,44 (1,23-4,85)

Bactériémie

ORIGINAL ARTICLE

Clonal complex 398 methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bloodstream infections are associated with high mortality

S. aureus CC398/total (%)



Facteurs associés aux *S. aureus* CC398

Infections nosocomiales	OR 3,02 (1,19-7,63)
Antécédents de maladie neurologique	OR 2,51 (1,13-5,65)
Mortalité toute cause à 30 jours	OR 2,44 (1,23-4,85)

Forme

- Montrer que l'enchaînement des points abordés est logique
 - Afficher un plan
 - Faire apparaître des messages-clefs
 - Utiliser les animations et transitions

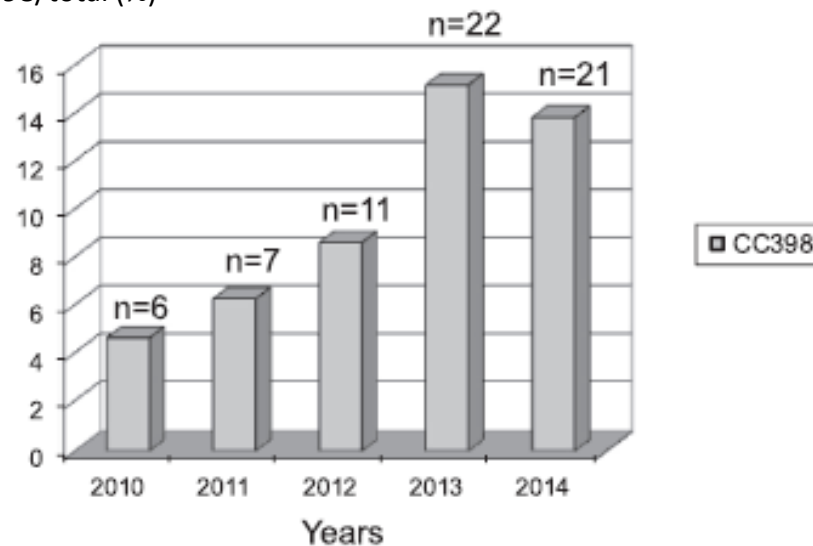
Bactériémie

ORIGINAL ARTICLE

Clonal complex 398 methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bloodstream infections are associated with high mortality

1 Augmentation de l'incidence des bactériémies à *S. aureus* CC398

S. aureus CC398/total (%)



2 Facteurs associés aux *S. aureus* CC398

Infections nosocomiales	OR 3,02 (1,19-7,63)
Antécédents neurologique	OR 2,51 (1,13-5,65)
Mortalité toute cause à 30 jours	OR 2,44 (1,23-4,85)

Objectifs

1. Décrire l'épidémiologie de SA CC 398 dans les infections humaines : revue de la littérature
2. Confirmer l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des bactériémies à SA CC398 à Besançon
3. Déterminer l'épidémiologie et les facteurs associés des IOA à SA CC398
4. Comparer la prévalence du portage nasal de souches de SA CC398 en milieu communautaire et hospitalier et identifier les facteurs associés au portage nasal de SA CC398

Objectifs

- 1 Décrire l'épidémiologie de SA CC 398 dans les infections humaines : revue de la littérature
- 2 Confirmer l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des bactériémies à SA CC398 à Besançon
- 3 Déterminer l'épidémiologie et les facteurs associés des IOA à SA CC398
- 4 Comparer la prévalence du portage nasal de souches de SA CC398 en milieu communautaire et hospitalier et identifier les facteurs associés au portage nasal de SA CC398

Conclusion

1

S. aureus CC398 sensible à la méticilline est surtout présent en France et en Chine

2

L'incidence de *S. aureus* CC398 sensible à la méticilline augmente en France

3

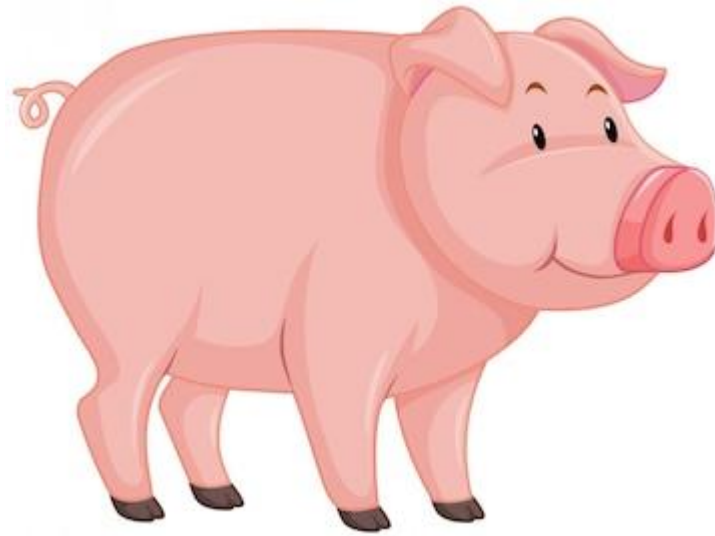
Les facteurs associés aux IOA à *S. aureus* CC398 étaient.....

4

La prévalence du portage nasale est plus importante en communauté qu'en nosocomiale ce qui implique une origine communautaire de ce clone

Aucune exposition environnementale n'était associée au clone SAMS CC398 notamment l'exposition aux cochons

Le cochon a encore de longues années devant lui....



... en France

Conclusion: 3 grandes questions avant de faire sa présentation

- 1 A qui s'adresse la présentation?
- 2 Quels messages veut-on faire passer?
- 3 Quel est l'auditoire?

Université du Québec

Structure de la présentation

Introduction :

- Captez l'attention** de l'auditoire en commençant votre présentation (ex. : commencez avec un fait, une information ou une photo à propos des travaux ou du sujet).
- Fournissez **plus de contexte ou d'informations** pour mieux faire comprendre l'importance de votre recherche.
- Faites ressortir **ce qui distingue vos travaux** de ceux des autres chercheurs du domaine.
- Indiquez plus clairement les **objectifs** de votre recherche.

Développement :

- Faites ressortir la **structure** de la présentation pour faciliter son suivi par votre public.
- Annoncez** à l'auditoire ce que vous allez lui présenter dans la section suivante de votre exposé.
- Incluez des **synthèses** qui reviennent sur les résultats ou les points de discussion importants.

Conclusion :

- Récapitulez** les points importants de votre présentation (résultats et/ou discussion).
- Terminez avec un **message fort**, court et clair : ce que l'auditeur dira lorsqu'il parlera de votre présentation.

Université du Québec

Support visuel

- Accompagnez votre discours pas à pas de vos visuels (ex. : n' affichez pas des résultats avant d'en parler).
- Conservez un environnement visuel **sobre et constant** (couleur de fond du visuel ou du texte).
- Choisissez une couleur de texte qui **contraste** bien avec le fond. N'utilisez pas de fond gris.
- Évitez trop de texte sur vos visuels : la lecture à l'écran est difficile (suggestion : restreignez-vous aux mots clés).
- Évitez trop de visuels avec **seulement du texte**. Alternez avec des **schémas**, des **organigrammes** ou des **images**.
- Agrandissez la **taille des polices** pour faciliter la lecture (minimum 30 pts idéalement). Conséquence : être concis-e.
- Annoncez le message principal dans le titre de votre visuel (ex. : évitez *Résultats* ou *Méthodologie* seuls).
- Ôtez des visuels tous **les éléments non mentionnés** dans votre discours (ex. : photos décoratives = distraction).
- Allégez** le contenu des visuels ou **séparez-le** sur plusieurs visuels différents.
- Pensez à **utiliser des couleurs** dans les graphiques pour faciliter leur compréhension.
- Pensez à écrire à l'horizontale (ex. : axe des ordonnées).

Contenu de la session

1. Communication orale
2. Faire son power point
- 3. Communication affichée**

La forme

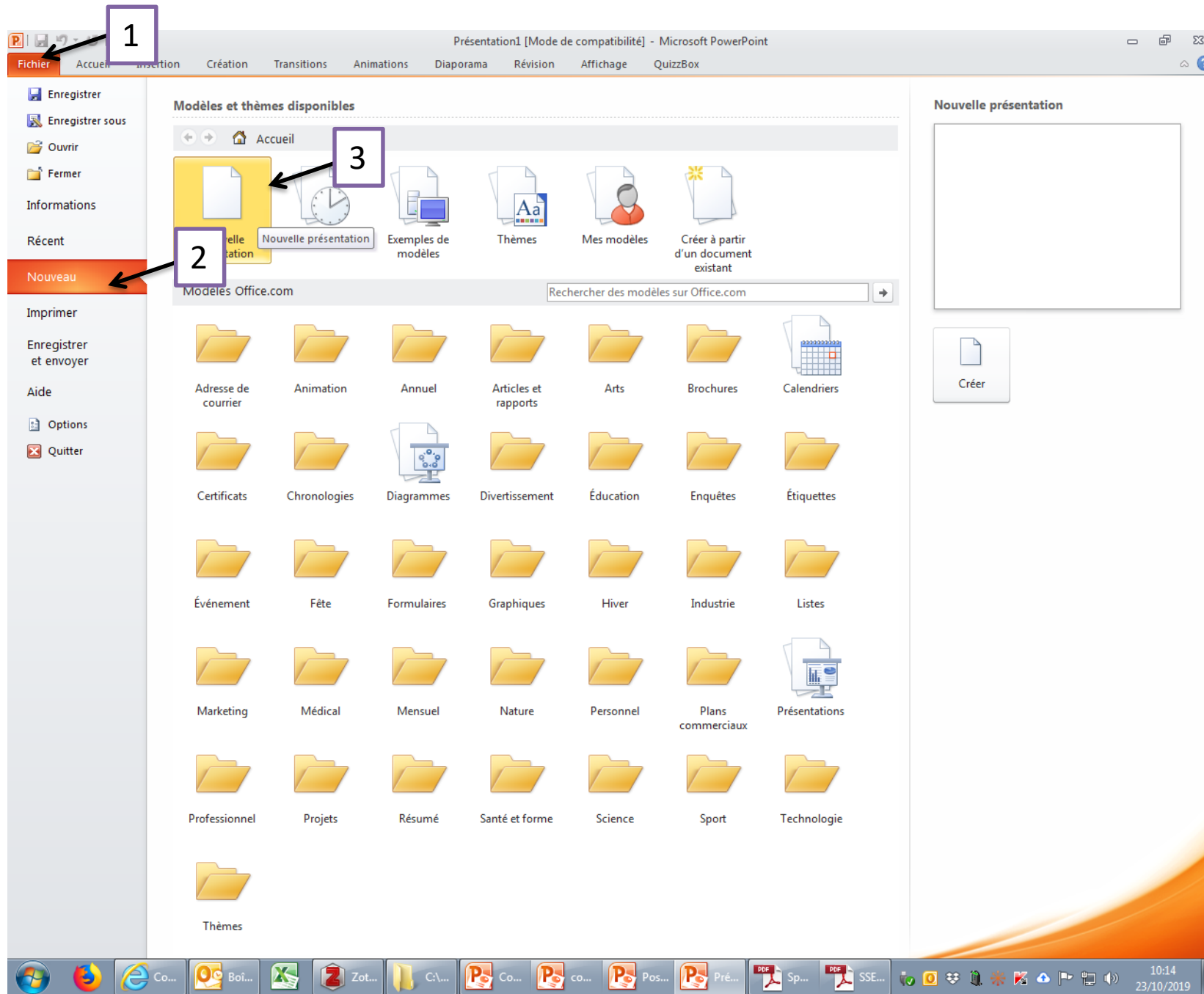
- Sont affichés dans un même espace
- Objectifs du poster = être lu
 - Importance du visuel
 - Doit attirer le regard
 - Importance du graphisme et du titre
 - Le titre doit être accrocheur et bien lisible, unique
- Trouver un équilibre entre les textes et les images,
- Privilégier la lecture à environ 1,50 mètre de distance
 - type et taille de police
 - Couleurs harmonieuses (3 maximum)
 - Taille du poster dépend des congrès

Le sujet

- Sujet abordé avec clarté et efficacité
 - Phrases simples et courtes
 - Mots faciles à comprendre et percutants
 - Sélection soignée des visuels et des illustrations
 - Le plan :
 - Le titre, sur toute la largeur de la page avec en dessous le ou les auteurs du poster
 - l'introduction du poster scientifique qui pose le sujet
 - les objectifs qui indiquent où l'étude doit mener
 - les méthodes utilisées
 - les résultats obtenus
 - et la conclusion
- 2/3 du poster

Poster : EN PRATIQUE

- Format A0 = Largeur : 84.1 cm, Hauteur : 118.9 cm



- Form

Présentation1 [Mode de compatibilité] - Microsoft PowerPoint

Fichier Accueil Insertion Création Transitions Animations Diaporama Révision Affichage QuizzBox

Mise en page Orientation des diapositives Mise en page

Thèmes

Couleurs Styles d'arrière-plan Polices Effets Masquer les graphiques d'arrière-plan Arrière-plan

Diapositives Plan

1

Mise en page

Diapositives dimensionnées pour : Personnalisé

Largeur : 84,1 cm

Hauteur : 118,9 cm

Numéroter à partir de : 1

Orientation

Diapositives

Portrait Paysage

Commentaires, doc. et plan

Portrait Paysage

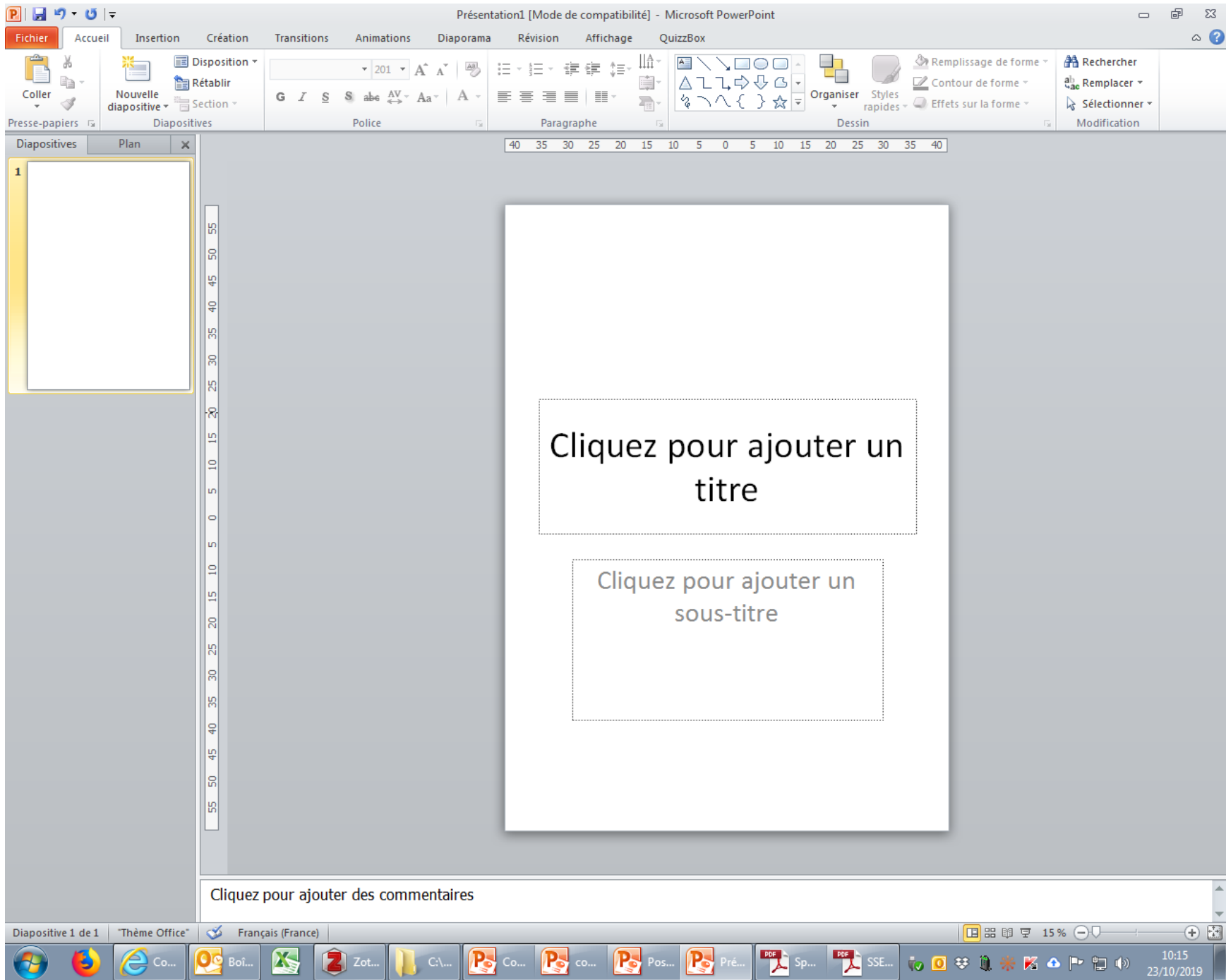
er un titre

Cliquez pour ajouter un sous-titre

Cliquez pour ajouter des commentaires

Diapositive 1 de 1 "Thème Office" Français (France)

99 % 10:12 23/10/2019



Police : taille

- La taille d'un caractère est défini en point
- Un point = 0,0353 cm
- Pour que les sous-titres soient lisibles, la taille des caractères doit être au moins égale à 3% de la largeur de la diapositive

- Pour un poster A0:
 - 59 à 64 pt pour le titre du poster
 - 38 à 42 pt pour les noms d'auteurs et l'adresse des auteurs
 - > 40 pt pour les titres niveau 1
 - > 30 pour le corps du texte, mais au minimum 24 pt

Police de caractères

- Doit s'adapter au contenu du message à transmettre
- Maximum **deux polices de caractère**
- Même police pour même type de texte
- **STYLE DE POLICE**
 - NORMAL à utiliser pour les sous-titres.
 - *ITALIQUE* convient pour mettre en évidence les citations, les mots techniques que l'auditoire ne connaît pas obligatoirement, les noms de bactérie
 - **GRAS** à utiliser pour mettre en évidence une information. +/- **couleur de texte différente.**
 - SOULIGNÉ A proscrire, réservé aux liens hypertexte, pour une mise en évidence, préférer le **gras**
- Eviter absolument les arrière-plans foncés (cher à l'impression!)
- Insérer des zones textes avec des arrière-plans pastel

Structure et contenu de l'affiche

Suscitez l'intérêt pour vos recherches avec un **en-tête explicite** :

Optez pour un **titre** explicite, succinct et accrocheur.

Faites apparaître votre **nom**, vos **affiliations** ainsi que ceux de vos coauteurs.

Respectez la **signature graphique** de votre établissement ou centre de recherche en utilisant leurs logos officiels.

Proposez un **résumé** de vos recherches clairement mis en évidence (généralement situé en haut à gauche de votre affiche) :

Indiquez de façon claire et concise les principaux éléments de vos travaux.

Présentez au moins un élément de résultat de vos recherches que vos auditeurs retiendront (message fort).

Présentez clairement votre **problématique** de recherche :

Incluez une **mise en contexte** succincte du cadre théorique et des concepts de vos recherches.

Présentez clairement les **objectifs** et les **hypothèses** de recherche.

Présentez brièvement la **méthodologie** utilisée lors de vos recherches.

Présentez de façon explicite vos **résultats** de recherche :

Mettez en évidence de façon originale vos résultats pour une lecture aisée et une compréhension rapide.

Vérifiez que vos résultats répondent aux hypothèses de votre recherche.

Offrez des éléments de **discussion** et de **conclusion** :

Présentez une discussion de vos résultats et une conclusion en lien avec les objectifs et les hypothèses de votre recherche.

Concluez avec un **message fort, court et clair**; effectuez une synthèse des points à retenir.

Offrez des **perspectives** d'avenir, énoncez les **limites** de vos travaux.

Incluez une section présentant les **références** et les **sources** sur lesquelles vous appuyez vos travaux :

Respectez la **norme bibliographique** de votre établissement pour vos références.

Faites usage d'un **langage de qualité**, accessible et cohérent, tout en incluant un **vocabulaire scientifique** adapté.

Facultatif : ajoutez vos **coordonnées** afin de permettre au public de vous contacter.

Facultatif : **remerciez** vos organismes subventionnaires ou les personnes impliquées dans votre projet dans une section à part.

Éléments graphiques

Structurez votre affiche selon un **sens de lecture** évident, afin de **faciliter la compréhension**.

Respectez les dimensions et l'orientation de l'affiche précisées par les organisateurs.

Respectez idéalement le sens de lecture commun, en colonnes, de gauche à droite et de haut en bas.

Jouez avec les **détails graphiques** pour mettre en valeur votre affiche de façon **originale** et **attrayante**.

Utilisez une police de caractère sans empattement (ex. : Helvetica ou Arial).

Choisissez une taille de caractères adéquate pour permettre une lecture agréable à 1- 2 mètre(s) de l'affiche.

Faites contraster la teinte de fond de votre affiche avec la teinte du lettrage pour permettre une lecture facile.

Mettez en valeur certains éléments en utilisant une taille, une couleur ou une graisse différentes du texte régulier.

Synthétisez l'information en utilisant des listes à puces.

Facilitez la lecture de vos figures (ex. : couleurs, simplification de l'information). Utilisez des photos de bonne qualité.

Évitez de surcharger votre affiche.

Titrez et légendez efficacement vos tableaux, graphiques et figures.

Commentaires :

Qualités d'orateur

Soyez **présent-e** et **disponible** lors des périodes d'achalandage à la séance d'affichage.

Soyez **proactif-ve!** Prenez la parole pour exposer votre travail à votre public.

Assurez-vous de faire ressortir les **points importants** de votre recherche.

Exprimez-vous clairement, avec rythme et enthousiasme. **Soyez dynamique!**

Soyez **à l'écoute** des rétroactions des personnes présentes.

Concluez cordialement l'interaction avec vos auditeurs en les remerciant. Échangez vos coordonnées si nécessaire.

Facultatif : Prévoyez une façon de **consigner les commentaires** en mettant une feuille et un crayon à disposition.

Commentaires :

Efficacité et tolérance de Fosfomycine Trométamol Per os dans les infections urinaires masculines

Paul-Emile Lalloz¹, Kévin Boullier^{1,2}, Catherine Chirouze^{1,2}, Vincent Gendrin³, Anaïs Potron⁴, Timothée Klopfenstein¹

- 1 - Maladies infectieuses – Centre Hospitalier Régional Universitaire, 25030 Besançon
- 2 - UMR CNRS 6249 Chrono-Environnement, Université de Bourgogne Franche-Comté, Besançon
- 3 - Maladies infectieuses – Hôpital Nord Franche Comté, 90400 Trévenans,
- 4 - Laboratoire de Bactériologie, Centre Hospitalier Régional Universitaire, 25030 Besançon

Introduction	Matériel et méthode
<ul style="list-style-type: none"> Les possibilités de traitement des infections urinaires masculines (IUM) à entérobactéries multi-résistantes sont limitées. Les carbapénèmes sont les molécules privilégiées. Pourtant la fosfomycine-trométamol (FT) garde une sensibilité >90% chez ces bactéries. Nous nous sommes intéressés à l'efficacité et la tolérance de la FT per-os dans le traitement des IUM. 	<ul style="list-style-type: none"> Etude rétrospective observationnelle bicentrique de janvier 2017 à aout 2018. Tous les patients ayant une IUM traitée par FT ont été inclus. La prostatite chronique était définie par des signes fonctionnels d'une durée supérieure à 3 mois et/ou d'antécédents d'IUM au même germe de même phénotype dont le dernier épisode est inférieur à 3 mois. La guérison clinique était définie par la disparition des signes cliniques à la fin du traitement antibiotique. La guérison microbiologique était définie par un ECBU stérile 7 jours après la fin du traitement antibiotique.

Résultats

Type d'IU*	Patient / Episode(s) d'IU	Age	Score de Charlson / ID	Uropathie / Fonction rénale habituelle***	Clinique de PIU	CRP (mg/l) / Fonction rénale aigue***	Bactériurie / Antibiogramme / CMR fosfomycine	ATG**** prévalable	Modalités FTPO (posologie, durée en sem)	Guérison (clinique / microbio)	Suivi post-traitement (infective IU / souche IU)	Effets indésirables	Colonisation à distance
IUM simples	1	61	2 / Non	HBP / 88	Fièvre SFU	NR / 83	E coli 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	FQ 2i	3g/24h, 15	Oui / NR	0 / 0	Diarthées mineures	NR
	2	76	9 / Non	Non / 56	Fièvre SFU, DL**	300 / 28	E coli 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	NTF 1j	3g/24h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Non	Non
	3	69	3 / Non	HBP / 73	Fièvre SFU	160 / 60	E coli 10 ⁷ / BLSE FQ R, CTX R / NR	FQ 2i, AMC 2i	3g/24h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Non	Non
	4	38	0 / Non	Non / 90	SFU	< 5 / 88	K pneumoniae 10 ⁶ / pénic, FQ R, CTX R / 24	CTX 5j	3g/24h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Diarthées mineures	Non
	5	69	2 / Non	HBP, calcification prostatiques / 86	SFU	170 / 74	E coli 10 ⁶ / pénicillinease, FQ R, CTX R / NR	CFX 10j	3g/24h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Diarthées modérées	Non
Prostatites chroniques	6 / IU 1	79	5 / Non	Adénocarcinome prostatique / 65	SFU	NR	E coli 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 35	Oui / Oui	2 (M1, M3) / 0	Non	Non
	6 / IU 2				SFU	NR	E coli 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Diarthées mineures	Non
	7	83	10 / Non	Adénocarcinome prostatique / 47	SFU	NR	E coli 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 35	Oui / NR	0 / 0	Non	Non
	8	68	10 / Non	HBP, calcifications prostatiques / 69	Fièvre SFU	NR	E coli 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 25 / 3g/48h, 45	Oui / Oui	1 (M2) / 0	Non	Non
	9	76	7 / Greffe rénale	Reflux vésico urétral, HBP / 35	SFU	20 / 33	K pneumoniae 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / 96	Non	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Non / Non	2 (S1, M5) / 2 (M1, M2)	Non	Non
	10	67	7 / Cirrhose, sorafénib	HBP, vessie rétractée / 95	SFU	40 / 104	K pneumoniae 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / 32	Non	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Oui / Oui	2 (M1, M4) / 0	Non	Oui S1 (CM 16mg/L)
	11	53	2 / Lupus	HBP / 102	SFU	< 5 / 102	E coli 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Diarthées mineures	Non
	12 / IU 1				Fièvre SFU	< 5 / 63	E coli 10 ⁶ / BLSE FQ R, CTX R / NR	NTF 21j	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Oui / Oui	1 (S2) / 0	Non	Non
	12 / IU 2	75	3 / Non	HBP / 71	SFU	NR	E coli 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Oui / Oui	0 / 0	Non	Non
	13	45	3 / Non	Vessie de lutte / 115	Fièvre SFU	10 / 73	E coli 10 ⁶ / pénicillinease, FQ R, CTX R / NR	CFX 7j	3g/24h, 35	Oui / NR	0 / 1 (M4)	Non	Non
	14	59	3 / Non	HBP, prothèse testiculaire / 97	Fièvre SFU	NR / 95	E coli 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 25 / 3g/48h, 35	Oui / NR	0 / 2 (M2, M3)	Diarthées modérées	Non
	15 / IU 1				Fièvre SFU	< 5 / 81	E coli 10 ⁶ / FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 25 / 3g/48h, 45	Oui / NR	1 (M6) / 0	Non	NR
	15 / IU 2	71	3 / Non	HBP / 79	Fièvre SFU	NR	E coli 10 ⁶ / FQ R, CTX R / 2	Non	3g/24h, 35 / 3g/48h, 95	Oui / Oui	0 / 0	Non	Oui (M3)
	16 / IU 1				SFU	20 / 46	K pneumoniae 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	NTF 10j	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Oui / NR	1 (M5) / 0	Non	NR
	16 / IU 2	69	6 / Lupus, greffe pulmonaire	Carcinome vessie, vessie de lutte / 55	SFU	NR	K pneumoniae 10 ⁷ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 35 / 3g/48h, 35	Oui / Oui	1 (M3) / 0	Non	Non
	16 / IU 3				SFU	NR	K pneumoniae 10 ⁶ / BLSE, FQ R, CTX R / NR	Non	3g/24h, 15 / 3g/48h, 25	Oui / Oui	0 / 0	Non	Non

* Infection urinaire ** Douleur lombaire *** CrD en ml/min/1,73m² **** Suivi M3 sauf pour patient 4 (Suivi patient 6 (M3), patient 12 IU 1 (M3), patient 15 IU 2 (M3))
 ***** FQ = fosfomycine, NTF = nitrofurantoin, AMC = amoxicilline-acide clavulanique, CTX = cotrimoxazole, CFX = cefixime

Conclusions
<ul style="list-style-type: none"> La FT semble être une alternative raisonnable aux carbapénèmes dans le traitement des IUM non graves à entérobactéries multi-résistantes avec une bonne tolérance et l'absence d'acquisition de résistance.

Introduction et objectifs

- L'IDSA a publié des recommandations en 2017 pour la prise en charge des méningites et des ventriculites associés aux soins
- Les données sur les infections du LCS avec matériel de dérivation sont peu nombreuses en Europe.
- L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, microbiologiques et le pronostic des infections du LCS avec dérivation

Méthodes

- Etude observationnelle, rétrospective, reprenant l'ensemble des cas d'infection du LCS avec dérivation
- Entre janvier 2013 et octobre 2018.
- L'infection du LCS a été définie selon les recommandations de l'IDSA, avec au moins
 - Une culture de LCS positive
 - Une pléiocytose (>5/mm³) et/ou une hypoglycorachie (Rapport glycémie/glycorachie <0.4)
 - Et des symptômes évoquant une ventriculite ou une méningite

Résultats

Caractéristiques des patients atteints de CSF-SAI

Variable	Episodes (n=42)
Age, moyenne en année, (distribution)	52,8 (1-78)
Homme (%)	21 (50)
Durée d'hospitalisation, moyenne en jour, (distribution)	86,7 (8-362)
Pathologie neurochirurgicale sous-jacente (%)	
Hémorragie sous dure	20 (47,6)
Hémorragie sous arachnoïdienne	2 (4,8)
Tumeur cérébrale	13 (31,0)
Pathologie neurodégénérative	3 (7,1)
Traumatisme	1 (2,4)
Péritonite avec dérivation du LCR	1 (2,4)
Autre	2 (4,8)
Type de dérivation implantée (%)	
Dérivation ventriculo-externe	30 (71,4)
Dérivation ventriculo-péritonéale	9 (21,4)
Dérivation ventriculo-atriale	2 (4,8)
Dérivation lombo-péritonéale	1 (2,4)
Motif de la pose de dérivation (%)	
Hydrocéphalie communicante	12 (28,6)
Hydrocéphalie obstructive	30 (71,4)

Caractéristiques des patients présentant une infection sur matériel de dérivation du LCS

Caractéristiques cliniques des patients atteints de CSF-SAI.

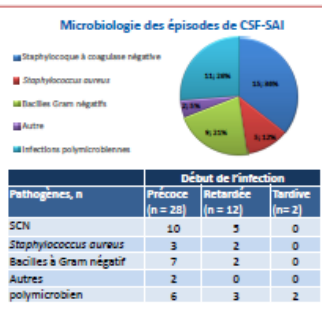
Variable	Episodes (n=34)**
Température > 38°C (%)	30 (88,2)
Symptômes neurologiques (%)	
Céphalées	8 (23,5)
Nausées/Vomissements	7 (20,6)
Raideur de nuque	7 (20,6)
Diminution du score de Glasgow	17 (50)
Absence de symptômes neurologiques	7 (20,6)
Signes et symptômes locaux (%)	
Erythème	2 (5,9)
Douleur locale	3 (8,8)
Ecoulement purulent	9 (26,5)
Absence de signes locaux	19 (55,9)
Temps entre la mise en place de la dérivation ou la dernière chirurgie et l'épisode infectieux (%)	
< 1 mois	28 (86,7)
Entre 1 mois et 12 mois	12 (28,6)
> 12 mois	2 (4,8)
Moyenne en jours (distribution)	119,3 (3-2374)
Nombre d'ablation ou de changement de matériel de dérivation	36 (85,2)

Tableau 2
 ** Les données cliniques n'étaient pas disponibles pour 8 patients.

Analyses cyto-biochimiques des prélèvements de LCS de patients atteints de CSF-SAI

Variable	(n=38) †
Nombre de leucocyte	
> 5 x 10 ⁶ cellules/L (%)	37† (97,4)
Moyenne, x 10 ⁶ cellules/L (distribution)	526,2 (1-5680)
Taux de protéinorachie	
> 0,4 g/l (%)	27 (71,1)
Moyenne, g/L (distribution)	1,93 (0,13-15,0)

† La cytologie du LCS n'a pas pu être réalisée pour 6 prélèvements qui étaient hémorragiques.
 ‡ La protéine sur matériel de dérivation n'a pas été analysée pour 2 cultures de LCS positives à bacilles.



Analyse univariée sur les patients présentant une CSF-SAI

	Vivants (n=30)	Décédés (n=12)	P
Age, moyenne	52,2 (±15,3)	54,4 (±16,1)	0,5
Sexe masculin, n (%)	15 (50)	6 (50)	1
Motif de la pose de dérivation, n (%)			
Hydrocéphalie communicante	8 (26)	4 (33)	0,79
Hydrocéphalie obstructive	22 (73)	8 (67)	-
Score de Charlson, moyenne	3,90 (±3,42)	3,30 (±1,88)	0,99
Diminution du score de Glasgow, n (%)	9 (30)	8 (67)	<0,01
Glycorachie, moyenne	3,34 (±1,81)	1,71 (±1,56)	0,018
Culture de contrôle, n (%)	8 (28)	7 (70)	0,027
Amélioration de la pléiocytose, n (%)	14 (54)	0 (0)	<0,01
Début de l'infection, n (%)			
< 1 mois	19 (63)	9 (75)	0,86
Entre 1 et 12 mois	9 (30)	3 (25)	-
> 12 mois	2 (6,7)	0 (0)	-
Dérivation ventriculo-atriale, n (%)	1 (3,3)	1 (8,3)	0,49
Dérivation ventriculo-externe, n (%)	21 (70)	9 (75)	1
Dérivation ventriculo-péritonéale, n (%)	8 (27)	1 (8,3)	0,25
Infections polymicrobiennes, n	7 (23)	4 (33)	0,7
Staphylococcus aureus, n	5 (17)	0 (0)	0,3
Staphylococcus à Coagulase-négative, n	11 (37)	4 (33)	1
Autres, n	21 (70)	2 (18)	<0,01
Changement/ablation de dérivation, n	29 (96,7)	9 (75)	0,063

Conclusion

- Les infections du LCS avec matériel de dérivation sont responsables d'une mortalité importante
- Notre étude révèle que le suivi des paramètres cyto-biochimiques et bactériologiques du LCS sont importants pour évaluer le pronostic des patients.
- Un avis systématique auprès des infectiologues devrait être discuté pour le management de ces infections compliquées.

Absence d'association entre CMI à la vancomycine et mortalité dans les bactériémies à *Staphylococcus aureus*

K. Boullier¹, C. Laborde², X. Bertrand³, D. Hocquet³, L. Piroth², C. Chirouze²

¹Maladies infectieuses – Centre Hospitalier Régional Universitaire, 25030 Besançon

²Maladies infectieuses – Centre Hospitalier Universitaire, 21000 Dijon

³Hygiène Hospitalière – Centre Hospitalier Régional Universitaire, 25030 Besançon

Objectifs

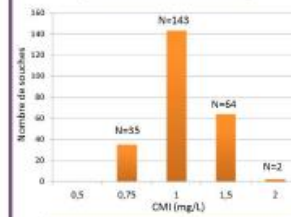
- Déterminer les facteurs associés des bactériémies à *Staphylococcus aureus* (SA) ayant une CMI à la vancomycine $\geq 1,5$ mg/L
- Déterminer le pronostic des bactériémies à *Staphylococcus aureus* (SA) ayant une CMI à la vancomycine $\geq 1,5$ mg/L

Matériel et méthode

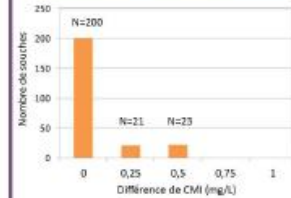
- Etude prospective monocentrique au CHU de Besançon de janvier 2009 à décembre 2011
- Critères d'inclusion :
 - ≥ 1 hémoculture positive à SA
 - Premier épisode uniquement
- Recueil des données : cliniques, bactériologiques, l'antibiothérapie optimale (cloxacilline si SAMS ou vancomycine si SAMR, débutée dans les 48 heures) et la mortalité toute cause à 30 jours
- CMI à la vancomycine déterminées par E-test, lus par 2 personnes indépendantes et contrôlé par une 3^{ème} personne si différence

Résultats

Répartition des CMI (n=244)

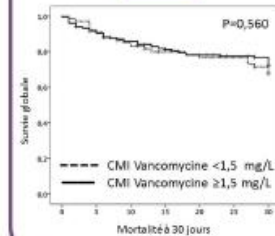


Différence de lecture de CMI inter-observateur

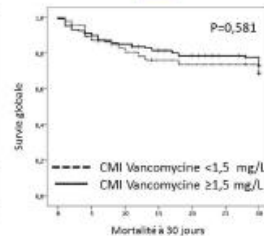


	TOTAL n=244	CMI <1,5 (n=178)	CMI ≥1,5 (n=66)	Univariate P	Multivariate OR (IC 95%)
Sexe masculin	143 (57,8)	108 (59,4)	35 (53)	0,360	
Age ± ET	68,9 ± 16,1	68,2 ± 16,7	70,2 ± 13	0,385	
Infection à distance	188 (77)	139 (73)	58 (87,9)	0,016	0,144 2,07 (0,78-5,86)
Score de McCabe	123 (49,4)	82 (46,1)	39 (59,1)	0,071	
Antécédents					
Insuffisance respiratoire	10 (5,0)	10 (5,6)	0 (0,0)	0,330	
Diabète	62 (25,4)	48 (27)	14 (21,2)	0,359	
ADMI	41 (16,8)	31 (17,4)	10 (15,2)	0,674	
Insuffisance cardiaque	68 (27,9)	48 (27)	20 (30,3)	0,606	
Chirurgie cardiovasculaire	28 (11,5)	24 (13,5)	4 (6,1)	0,106	0,093 0,33 (0,09-1,20)
Insuffisance rénale	55 (22,5)	42 (23,6)	13 (19,7)	0,517	
Dialyse	22 (9)	14 (7,9)	8 (12,1)	0,305	
Cancer	74 (30,3)	50 (28,1)	24 (36,4)	0,212	
Immunosuppresseur	54 (22,1)	38 (21,3)	16 (24,2)	0,629	
Insuffisance hépatique	19 (7,8)	10 (5,6)	9 (13,6)	0,088	0,085 2,46 (0,88-6,84)
Porte d'accès					
Cathéter	31 (12,7)	26 (14,6)	5 (7,6)	0,143	0,201 0,54 (0,17-1,72)
Cathéter	66 (27)	45 (25,2)	21 (31,8)	0,107	
Chirurgicale	36 (14,8)	26 (14,6)	10 (15,2)	0,915	
Autre	25 (10,2)	19 (10,7)	6 (9,1)	0,717	
Absence	80 (32,7)	62 (34,8)	18 (27,3)	0,824	
Sepsis compliqué	100 (40,9)	79 (44,4)	27 (40,9)	0,677	
Infection ostéo-articulaire	61 (24,9)	49 (27,5)	12 (18,2)	0,040	0,718 0,81 (0,27-2,48)
Eti certain	19 (7,8)	16 (9)	3 (4,5)	0,250	
Eti possible	122 (50)	90 (50,6)	32 (48,5)	0,773	
Sepsis sévère	47 (19,3)	33 (18,5)	14 (21,2)	0,638	
Choc septique	32 (13,1)	24 (13,5)	8 (12,1)	0,353	
SAMR	49 (20,1)	40 (22,4)	9 (13,6)	0,099	0,099 2,15 (0,82-5,92)
Traitement optimal	120 (49)	88 (49,3)	32 (48,5)	0,949	
Durée traitement (jours)	26,5 ± 24	30,7 ± 29	22,2 ± 21,9	0,024	0,238 0,99 (0,97-1,01)
Mortalité 30J	67 (27,5)	47 (26,4)	20 (30,3)	0,344	

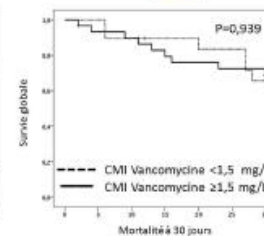
SAMS+SAMR



SAMS



SAMR



Conclusions

- La CMI à la vancomycine $\geq 1,5$ mg/L est associée à la résistance à la métililine
- La mortalité à 30 jours n'est pas associée à la CMI à la vancomycine dans les bactériémies à *Staphylococcus aureus*, *méti-S* et *méti-R*

Presumed Lyme borreliosis: patients with confirmed Lyme borreliosis are less symptomatic than other patients

K Bouiller^{1,2*}, C Chirouze^{1,2}, D Fournier³, M Voitey^{1*}, AS Brunel¹, T Klopfenstein¹

1- *Maladies infectieuses – Centre Hospitalier Régional Universitaire, 25030 Besançon, France*

2 - *UMR CNRS 6249 Chrono-Environnement, Université de Bourgogne Franche-Comté, Besançon, France*

3 - *Laboratoire de Bactériologie, Centre Hospitalier Régional Universitaire, 25030 Besançon, France*

Abstract

Background

Clinical expression of Lyme borreliosis (LB) is varied. Little is known about functional symptoms present in LB in Europe. The aim of this study was to describe functional symptoms reported in patients with presumed LB and to compare the frequency of these functional symptoms between patients with and without confirmed LB.

Materials/Methods

Between November 2015 and June 2018, all consecutive adult patients consulting in an infectious disease department for presumed LB were included. A standardized clinical assessment was performed for all patients. The 2011 European classification for Lyme borreliosis was used.

Results

355 consecutive patients were included (mean age 51 +/- 19 years, 52% of women) of which 48 had LB: erythema migrans in 20 (42%) cases, early disseminated Lyme borreliosis in 24 (50%) cases (17 patients with neuroborreliosis, 3 multiple erythema migrans, 1 arthritis, 1 lymphocytoma and 2 others) and late disseminated Lyme borreliosis in 4 (8%) cases. The most frequently reported functional symptoms were neuropathic pain (23%), arthralgia (23%) and asthenia (17%). Other functional symptoms were rare ($\leq 10\%$). Patients with confirmed LB reported less often functional symptoms than patients without LB (1.8 +/- 1.7 vs 3.6 +/- 2.5, $p < 0.001$) with a shorter time since onset of LB-related symptoms (less than three months in 48% vs 16% of cases, $p < 0.001$). They reported less often asthenia (17% vs 59%, $p < 0.001$), widespread pain (10% vs 31%, $p = 0.003$), myalgia (10% vs 32%, $p = 0.002$), memory impairment (4% vs 16%, $p = 0.03$), irritability (2% vs 23%, $p < 0.001$) and sadness (0 vs 16%, $p = 0.003$).

Conclusions

This prospective, monocentric study showed that functional symptoms were fewer and present for a shorter period of time in patients with confirmed LB compared to other patients consulting for presumed LB.

Introduction and Purpose

- Clinical expression of Lyme borreliosis (LB) is varied.
- Little is known about functional symptoms present in LB in Europe.
- The aim of this study was to describe functional symptoms reported in patients with presumed LB and to compare the frequency of these functional symptoms between patients with and without confirmed LB.

Methods

- Observational, prospective study.
- Between November 2015 and June 2018.
- All consecutive adult patients consulting in an infectious disease department for presumed LB were included.
- A standardized clinical assessment was performed for all patients.
- The 2011 European classification for Lyme borreliosis was used.

Results

Univariate analysis in patients with or without Lyme borreliosis

Characteristics	Lyme borreliosis (n=48)	No Lyme borreliosis (n=307)	P
Male Sex	48% (23/48)	48% (148/307)	0,970
Age, mean (+/- SD)	54,3 (+/-18,7)	50,0 (+/-18,0)	0,132
Charlson comorbidity score	1,58(+/-1,60)	1,24(+/-1,38)	0,117
Psychiatric disorders	4% (2/48)	14% (43/302)	0,053
Tick bite			
≥1	82% (37/45)	72% (181/251)	0,156
< 3 months	33% (14/42)	5% (10/219)	< 0,001
Exposition			
All	84% (38/45)	66% (164/247)	0,016
Forest	72% (28/39)	54% (126/233)	0,039
Garden	51% (22/43)	33% (74/224)	0,023
History of EM	15% (7/48)	8% (23/307)	0,156
Duration of functional signs			
< 3 months	48% (23/48)	16% (45/286)	< 0,001
3-12 months	40% (19/48)	24% (69/286)	0,024
≥ 1 year	13% (6/48)	52% (148/286)	< 0,001
≥10 years	2% (1/48)	8% (24/286)	0,229
Number of functional signs			
Mean (+/- SD)	1,85 (+/- 1,68)	3,55 (+/- 2,52)	< 0,001
≥3	31% (15/48)	60% (183/307)	< 0,001
Functional signs			
Asthenia	17% (8/48)	59% (182/307)	< 0,001
Diffuse pain	10% (5/48)	31% (96/307)	0,003
Myalgias	10% (5/48)	32% (98/307)	0,002
Arthralgias	23% (11/48)	22% (66/307)	0,980
Neuropathic pain	23% (11/48)	13% (40/307)	0,069
Headache	10% (5/48)	20% (62/307)	0,107
Paresthesia	10% (5/48)	11% (33/307)	0,945
Insomnia	6% (3/48)	25% (77/307)	0,004
Concentration difficulties	8% (4/48)	15% (47/307)	0,200
Memory impairment	4% (2/48)	16% (50/307)	0,027
Irritability	2% (1/48)	23% (71/307)	0,001
Emotional lability	0% (0/48)	16% (48/307)	0,003

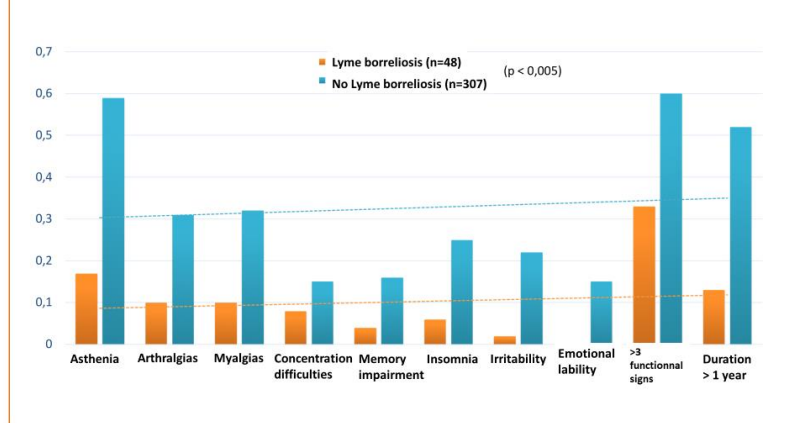
Table 1. Characteristics of patients with Lyme borreliosis compared with patients with no Lyme borreliosis

Functional symptoms in patients with Lyme borreliosis

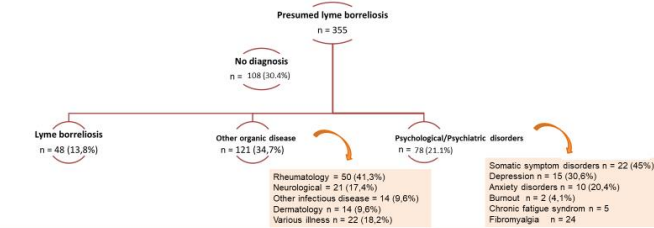
Lyme borreliosis (n=48)	Asthenia	Neuropathic pain	Arthralgias	Myalgias	Diffuse pain	Memory impairment / Concentration difficulties	Emotional lability / Irritability
EM (20)	15% (3)	5% (1)	15% (3)	15% (3)	10% (2)	5% (1)	0
Early disseminated LB (24)	21% (5)	38% (9)	29% (7)	8% (2)	13% (3)	13% (3)	4% (1)
Neuroborreliosis (17)	18% (3)	53% (9)	30% (5)	6% (1)	12% (2)	12% (2)	6% (1)
Others (7) *	29% (2)	0	29% (2)	14% (1)	14% (1)	14% (1)	0
Late disseminated LB (4) **	0	25% (1)	25% (1)	0	0	25% (1)	0
Total (48)	17% (8)	23% (11)	23% (11)	10% (5)	10% (5)	10% (5)	2% (1)

* 3 Multiple Erythema migrans, 1 Lyme arthritis, 1 lymphocytoma, 1 papillitis, 1 myositis, ** 2 sensitive polyneuropathy, 2 acrodermatitis chronica atrophicans.

Comparison of functional symptoms in patients with or without Lyme borreliosis



Diagnosis in patients presented for presumed Lyme borreliosis



Conclusions

- Functional symptoms are rare in Lyme borreliosis.
- Functional symptoms were fewer and present for a shorter period of time in patients with confirmed LB compared to other patients consulting for presumed LB.
- In patients consulted for Lyme borreliosis, one third had no diagnosis after consultation, and one on five patients had psychiatric or functional disorders confirmed by a specialist.

Introduction

Les spondylodiscites infectieuses représentent 2 à 4 % des infections ostéo-articulaires. L'IRM est actuellement la technique la plus performante pour le diagnostic. Aucune recommandation n'est établie pour le suivi des spondylodiscites, notamment en imagerie. Bien que certains recommandent la réalisation d'une imagerie systématique, la réalisation de cette dernière est controversée.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une cohorte rétrospective de patients atteints d'une spondylodiscite ayant bénéficié d'une imagerie de suivi, entre 2010 et 2018. Les imageries de suivi ont été classées en deux groupes : amélioration/stabilité et détérioration par rapport aux imageries diagnostiques. Seules les mêmes modalités d'imagerie ont été comparées. Pour chaque patient, les résultats de l'évolution de leur imagerie ont été confrontés à leur évaluation clinico-biologique au moment de l'examen. La guérison était définie par l'amélioration des douleurs et une CRP < 10mg/L.

Résultats

Caractéristiques démographiques

	Patients n=80
Age	69 +/- 14
Sexe Ratio H/F	1.7
IMC (kg/cm ²)	27.4
Antécédents	
Diabète, n (%)	20 (25)
Insuffisance rénale n (%)	11 (14)
Spondylodiscite, n (%)	4 (5)
Chirurgie rachidienne, n (%)	13 (16)
avec matériel, n (%)	8/13 (66)
sans matériel, n (%)	5/13 (34)
Consommation de drogues, n (%)	1 (1)
Immunodépression**, n (%)	6 (8)

Microbiologie

	Patients N=80
SAMS, n(%)	25 (31)
SAMR, n(%)	4 (5)
Streptocoque, n(%)	16 (20)
Bacille gram négatif, n(%)	6 (7)

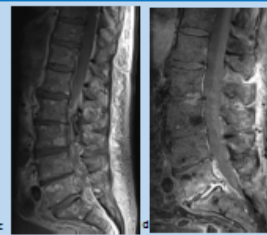
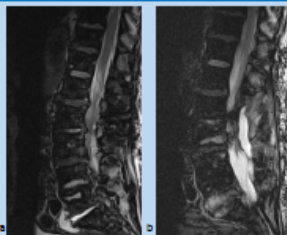
	Imagerie au diagnostic	Imagerie de suivi
Nombre de patients	80	80
Imagerie		
Scanner, n (%)	51 (64)	31 (39)
IRM, n (%)	68 (85)	58 (73)

Imageries de suivi comparées au statut clinico-biologique

Imagerie de suivi	Statut clinique	
	Guéri n=33	Non guéri n=37
Délai moyen : 3,3 mois		
Amélioration/stabilité, n (%)		
IRM	22 (67)	32 (87)
Scanner	10 (45)	17 (53)
Détérioration, n (%)		
IRM	12 (55)	15 (47)
Scanner	11 (33)	5 (13)
• Nouvel abcès	6 (55)	2 (40)
• Extension de l'infiltration des tissus mous	5 (45)	3 (60)
• Extension de l'épidurite	3	1
• Nouvelle localisation	2	1
• Compte rendu radiologique non détaillé	2	1
	0	1
	4	1

Conclusions

Aucune corrélation entre l'état clinique des patients et l'imagerie de suivi. L'évaluation clinique et biologique paraît suffisante pour déterminer la guérison ou non de l'infection. De nombreuses imageries sont réalisées lors du suivi avec un rapport coût/efficacité discutable.



Introduction

- Spondylodiscites infectieuses = 2 à 4 % des infections ostéo-articulaires.
- L'IRM = technique la plus performante pour le diagnostic.
- **Aucune recommandation n'est établie pour le suivi des spondylodiscites, notamment en imagerie.**

Patients et Méthodes

- **Cohorte rétrospective** de patients atteints d'une spondylodiscite ayant bénéficié d'une imagerie de suivi, **entre 2010 et 2018.**
- Les imageries de suivi ont été classées en deux groupes :
 - amélioration/stabilité et détérioration par rapport aux imageries diagnostiques.
- Pour chaque patient, **les résultats de l'évolution de leur imagerie ont été confrontés à leur évaluation clinico-biologique**
- La guérison était définie par l'amélioration des douleurs et une CRP<10mg/L.

Intérêt de l'imagerie dans le suivi des Spondylodiscites ?

- **Il n'y a pas de corrélation** entre l'évolution clinique des patients et l'imagerie de suivi
- **L'évaluation clinique et biologique paraît suffisante** pour déterminer la guérison ou non de l'infection



Résultats

	Statut clinique		Caractéristiques démographiques	
	Guéri n=33	Non guéri n=37		Patients n=80
Imagerie de suivi			Age	69 +/- 14
Délai moyen : 3,3 mois			Sexe Ratio H/F	1.7
Amélioration/stabilité, n (%)	22 (67)	32 (87)	IMC (kg/cm ²)	27.4
IRM	10 (45)	17 (53)	Antécédents	
Scanner	12 (55)	15 (47)	Diabète, n (%)	20 (25)
Détérioration, n (%)	11 (33)	5 (13)	Insuffisance rénale n (%)	11 (14)
IRM	6 (55)	2 (40)	Spondylodiscite, n (%)	4 (5)
Scanner	5 (45)	3 (60)	Chirurgie rachidienne, n (%)	13 (16)
• Nouvel abcès	3	1	avec matériel, n (%)	8/13 (66)
• Extension de l'infiltration des tissus mous	2	1	sans matériel, n (%)	5/13 (34)
• Extension de l'épidurite	2	1	Consommation de drogues, n (%)	1 (1)
• Nouvelle localisation	0	1	Immunodépression**, n (%)	6 (8)
• Compte rendu radiologique non détaillé	4	1		

MERCI DE VOTRE ATTENTION

GEEK IS



The New Sexy