

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Déclarations d'intérêts de 2015 à 2021

- **Intérêts financiers : aucun**
- **Liens durables ou permanents : aucun**
- **Interventions ponctuelles : aucun**
- **Intérêts indirects : aucun**

16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : Bru jean-pierre

Titre: Bon usage des antibiotiques: Best of 2020-2021

L'orateur ne souhaite
pas répondre

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique OUI NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents OUI NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations OUI NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique OUI NON

16^e

Journée des Référents en Antibiothérapie



INFECTIO DPC

lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Bon Usage des Antibiotiques Best of 2020-2021

Jean-Pierre Bru

Infectiologie

Centre Hospitalier Annecy Genevois

Jacques Gaillat

Olivier Leroy

Philippe Lesprit

Pierre Tattevin



Antibiotic Therapy for 6 or 12 Weeks for Prosthetic Joint Infection DATIPO (PHRC)

Méthode



Essai prospectif randomisé ouvert



A comparé 6 à 12 semaines d'antibiothérapie chez des malades présentant une infection de prothèse articulaire des membres inférieurs, microbiologiquement documentée.



Le critère principal de jugement était la persistance de l'infection à 2 ans, définie comme la persistance ou la récurrence d'une infection due à la bactérie initiale.

Antibiotic Therapy for 6 or 12 Weeks for Prosthetic Joint Infection

Résultats

410 malades inclus de 28 centres en France (205 traités 6 semaines, 205 traités 12 semaines). Les populations avaient des caractéristiques initiales comparables.

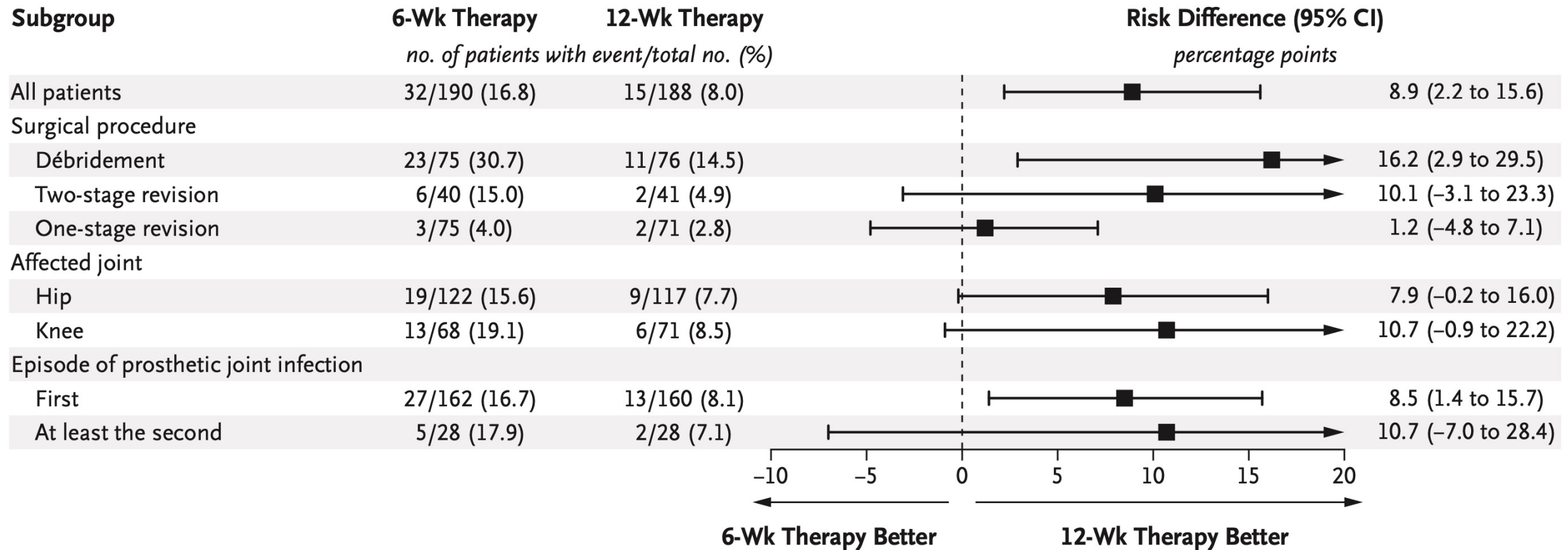


Figure 2. Exploratory Subgroup Analyses of Persistent Infection within 2 Years after the Completion of Antibiotic Therapy (Primary Outcome).



Conclusions

Les auteurs concluent que chez des malades présentant une infection de prothèse articulaire des membres inférieurs, microbiologiquement documentée, une durée d'antibiothérapie de 6 semaine n'a pas démontrée sa non-infériorité en comparaison d'une durée de 12 semaines, et entraîné un pourcentage plus élevé d'évolution défavorable.

Interprétation / commentaires

Cet essai bien conduit et analysé fournit un message clair : c'est 12 semaines d'antibiothérapie pour tout le monde, en l'absence de nouvelle donnée (en particulier dans les situation de changement de prothèse en 1 temps).

Association between minimum inhibitory concentration, beta- lactamase genes and mortality for patients treated with piperacillin/tazobactam or meropenem from the MERINO study

Essai MERINO, prospectif randomisé ouvert

- compare pipéracilline/tazobactam (PTZ) au méropénème dans le traitement définitif des bactériémies à entérobactéries résistantes aux C3G mais sensibles à PTZ
- mortalité significativement plus élevée chez les malades traités par PTZ comparée à celle du méropénème : mortalité toutes causes à J30 : 12.3% (23/187) *versus* 3.7% (7/191).



L'objectif du présent travail est d'évaluer l'association entre CMI, gènes de résistance, et mortalité à J30 (critère principal de MERINO).

Association between minimum inhibitory concentration, beta- lactamase genes and mortality for patients treated with piperacillin/tazobactam or meropenem from the MERINO study

Méthode

➔ Analyse *post-hoc*.

➔ Les souches isolées d'hémocultures au cours de l'essai MERINO ont été centralisées dans un laboratoire de référence pour mesurer leurs CMI par méthode de microdilution (MD), et analyser leurs gènes de résistance.

➔ Les résultats des CMI par MD ont été comparées aux résultats du ViteK2 et de la méthode des disques. La concentration critique EUCAST retenue pour définir la sensibilité a été $S \leq 16$ mg/L sur l'argument des doses de PTZ utilisées dans l'essai, considérées comme fortes (4.5g / 6h).

➔ L'évaluation de l'augmentation du risque de mortalité entre les groupes a été conduite en analyse multivariée avec régression logistique

Résultats (1)

Table 1. Logistic regression model for assessment of 30-day mortality for patients treated with piperacillin/tazobactam

Variable	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR	<i>P</i>	aOR	<i>P</i>
Log2(MIC)	1.2 (0.9 – 1.6)	0.20	-	-
MIC > 16 mg/L	10.3 (2.6 – 41.9)	<0.001	14.9 (2.8 – 87.2)	0.002
UTI Source	0.4 (0.2 – 1.1)	0.09	0.6 (0.2 – 1.8)	0.3
Charlson Comorbidity Score	1.6 (1.3 – 2.0) ^a	<0.001	1.7 (1.3 – 2.2) ^a	<0.001

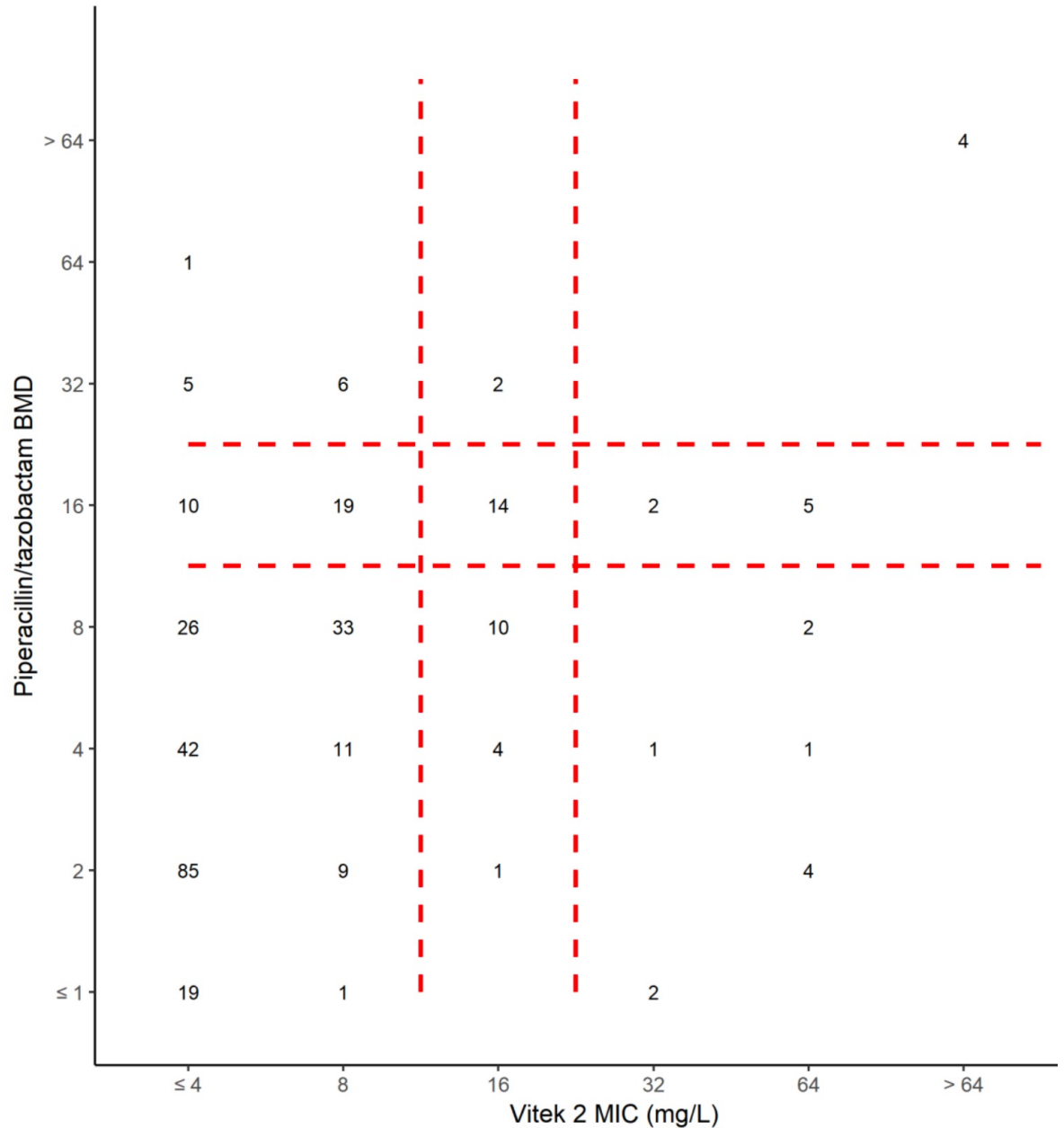
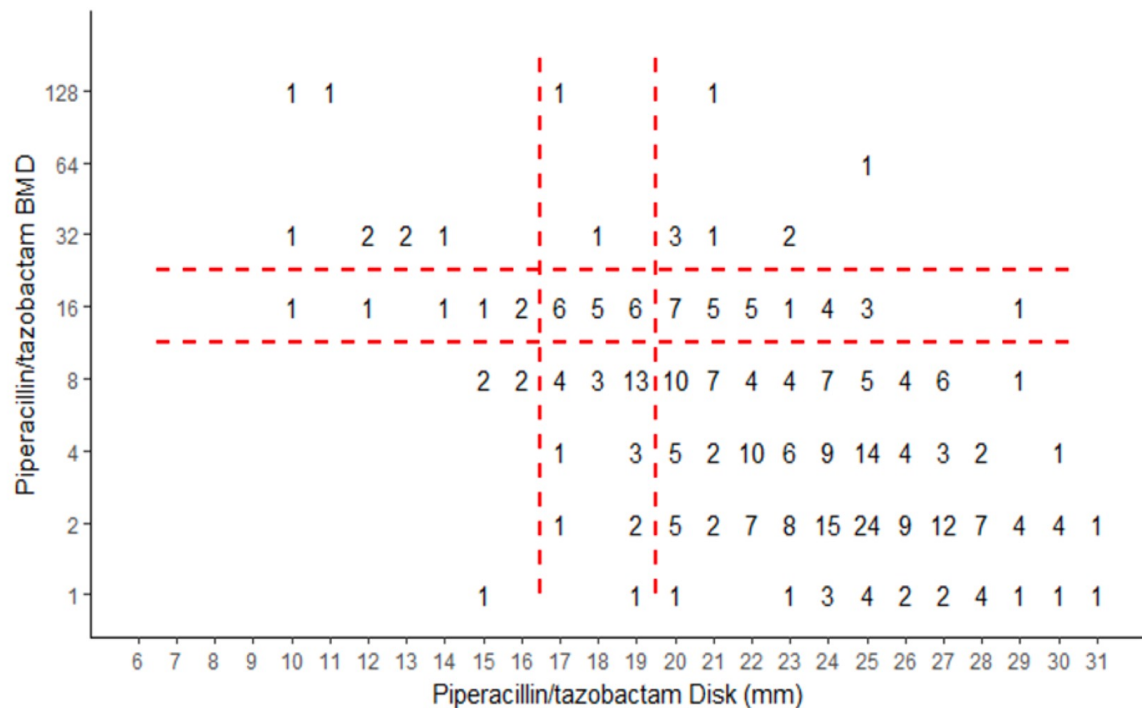
a Calculated for each numerical increase in Charlson Comorbidity Score

Une CMI > 16mg/L (MD) pour PTZ prédisait le mieux la mortalité, après prise en compte des facteurs confondants

Après exclusion des souches avec CMI>16mg/L, l'augmentation absolue du risque de mortalité à J30 passait de 9% à 5% (IC95% -1 à 10%).

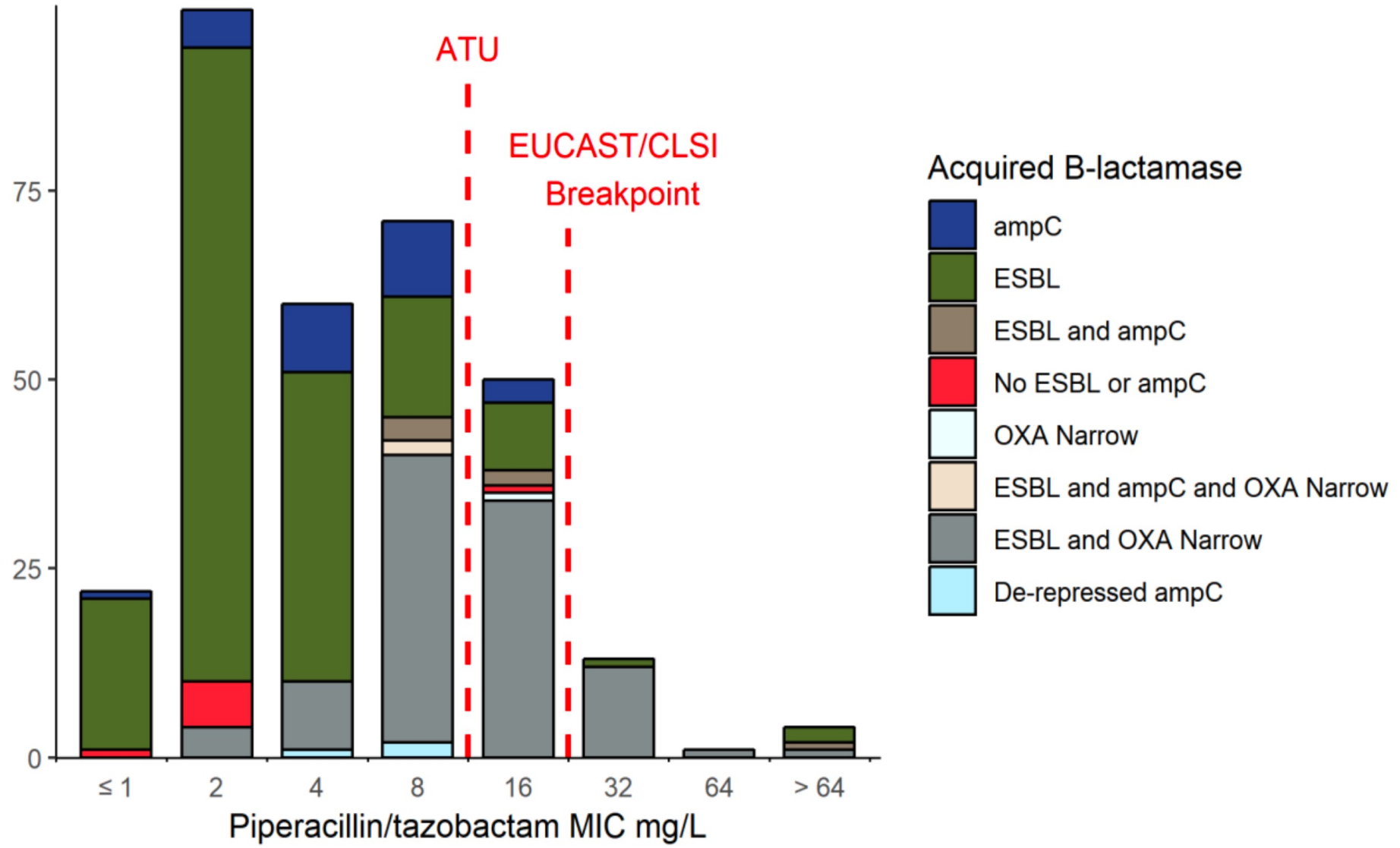
Résultats (2)

320 souches des 379 patients ont été testées
 Un nombre élevé de souches non sensibles à PTZ a été trouvé par MD comparé au Vitek2 ou à la méthode des disques.



Résultats (1)

Les souches co-hébergeant BLSE et Oxa-1 étaient associées à des CMI élevées pour PTZ et au risque le plus élevé d'augmentation de la mortalité à J30 (14%).



conclusion

Les auteurs concluent

→ avoir identifié une association forte entre CMI de PTZ (>16mg/L en microdilution) et mortalité dans l'essai MERINO.

→ La mauvaise fiabilité des résultats des tests de détection de sensibilité à la PTZ et la forte prévalence des souches co-hébergeant BLSE & bla_{oxa1} suggèrent que le méropénem reste le choix privilégié pour le traitement définitif des *E. coli* et *Klebsiella* non sensibles à la ceftriaxone.

Infectious Diseases Society of America Guidance on the Treatment of Extended-Spectrum β -lactamase Producing Enterobacterales (ESBL-E), Carbapenem-Resistant Enterobacterales (CRE), and *Pseudomonas aeruginosa* with Difficult-to-Treat Resistance

Clinical Infectious Diseases® 2021;72(7):1109–16

Recommendation: A carbapenem is preferred for the treatment of infections outside of the urinary tract caused by ESBL-E.

Interprétation / commentaires

- Confirmation des mauvaises performances des méthodes de routine (Vitek2, antibiogramme par diffusion en gélose, Etest) pour la détection de la sensibilité à PTZ.
- une CMI >16mg/L est clairement associée à la mortalité.
Même si une discussion peut être tenue sur les modalités peut-être non optimales d'administration de PTZ dans l'essai MERINO (administration IV bolus), ces données renforcent la signification de l'essai.
- la présence dans un nombre élevé de souches de bla_{oxa1} en association à une BLSE, est fortement associée à la mortalité, avec des CMI modales à 8mg/L (données *in vitro* déjà connues et publiées par ailleurs).

La mauvaise performance des tests de routine de détection de la sensibilité à la PTZ, en dehors de la méthode de microdilution, et le lien clair entre CMI, génétique de la résistance et mortalité, ne peuvent qu'inciter à la prudence dans l'utilisation de la PTZ pour le traitement définitif des bactériémies à *E. coli* et *Klebsiella spp.* non sensibles à la ceftriaxone.

l'absence d'utilisation des outils microbiologiques de référence risque d'avoir des effets délétères sur les stratégies d'épargne des carbapénèmes.

Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial

Méthode

→ Essai prospectif randomisé double aveugle *versus* placebo, multicentrique français.

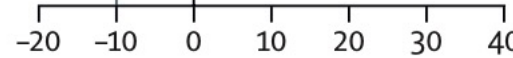
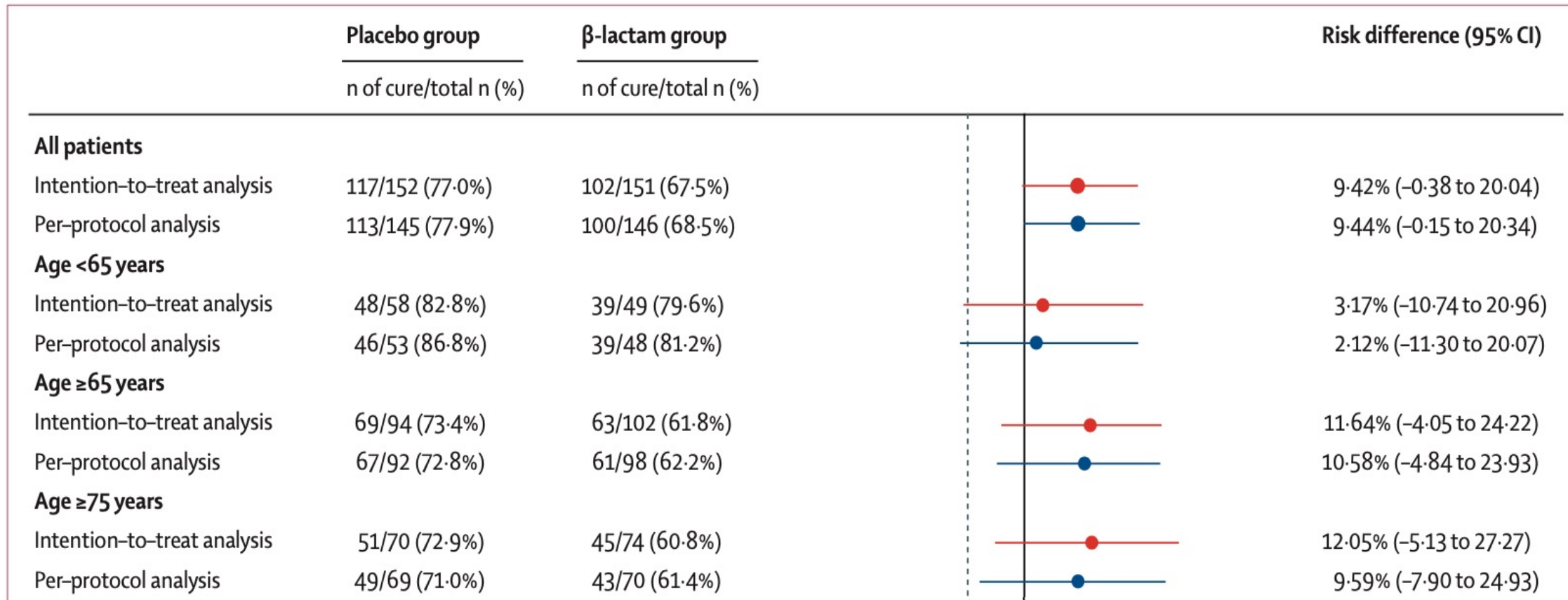
→ Pneumonies aiguës communautaires (PAC) hospitalisées, modérément sévères, hors soins critiques

→ Les malades traités par β -lactamine stables à J3 ($t^{\circ} \leq 37^{\circ}8$, FC <100/mn, FR ≤ 24 /mn, SaO₂ $\geq 90\%$, TAS >90mmHg) étaient randomisés : arrêt des antibiotiques (bras placebo), ou poursuite par amoxicilline ac. clavulanique pendant 5 jours supplémentaires (bras β -lactam).

→ Le critère principal de jugement était la guérison clinique 15 jours après le début de l'antibiothérapie (apyrexie, disparition / amélioration des signes respiratoires, pas de nécessité d'une nouvelle antibiothérapie)

Résultats

706 malades évalués à J3: 310 éligibles randomisés pour placebo (n=157) ou l'amoxiclav (n=153). Les populations avaient des caractéristiques de base identiques.




Favours additional 5 days of β -lactam treatment
 Favours 3 days of β -lactam treatment

A J30, guérisons (72% vs 72%) et mortalité (2% vs 1%) étaient identiques


Conclusion

Les auteurs concluent que chez les malades hospitalisés pour une PAC ne nécessitant pas de prise en charge en unité de soins critiques, l'arrêt d'un traitement par β -lactamine après 3 jours chez les malades avec des critères de stabilité clinique, était non inférieur à un traitement de 8 jours


Interprétation / commentaires



La méthodologie souffre de peu de critiques. Les malades inclus sont représentatifs des PAC hospitalisées hors réanimation : âge moyen 72 ans, 2/3 ont des PSI classe 3 & 4, 40% ont besoin d'une oxygénothérapie à l'admission, et 23% ont des comorbidités.



Pas de procédure diagnostique microbiologique autre que celles recommandées en pratique quotidienne. Il est possible que parmi les malades évoluant rapidement vers une stabilité clinique, certains, voire beaucoup étaient des PAC virales.

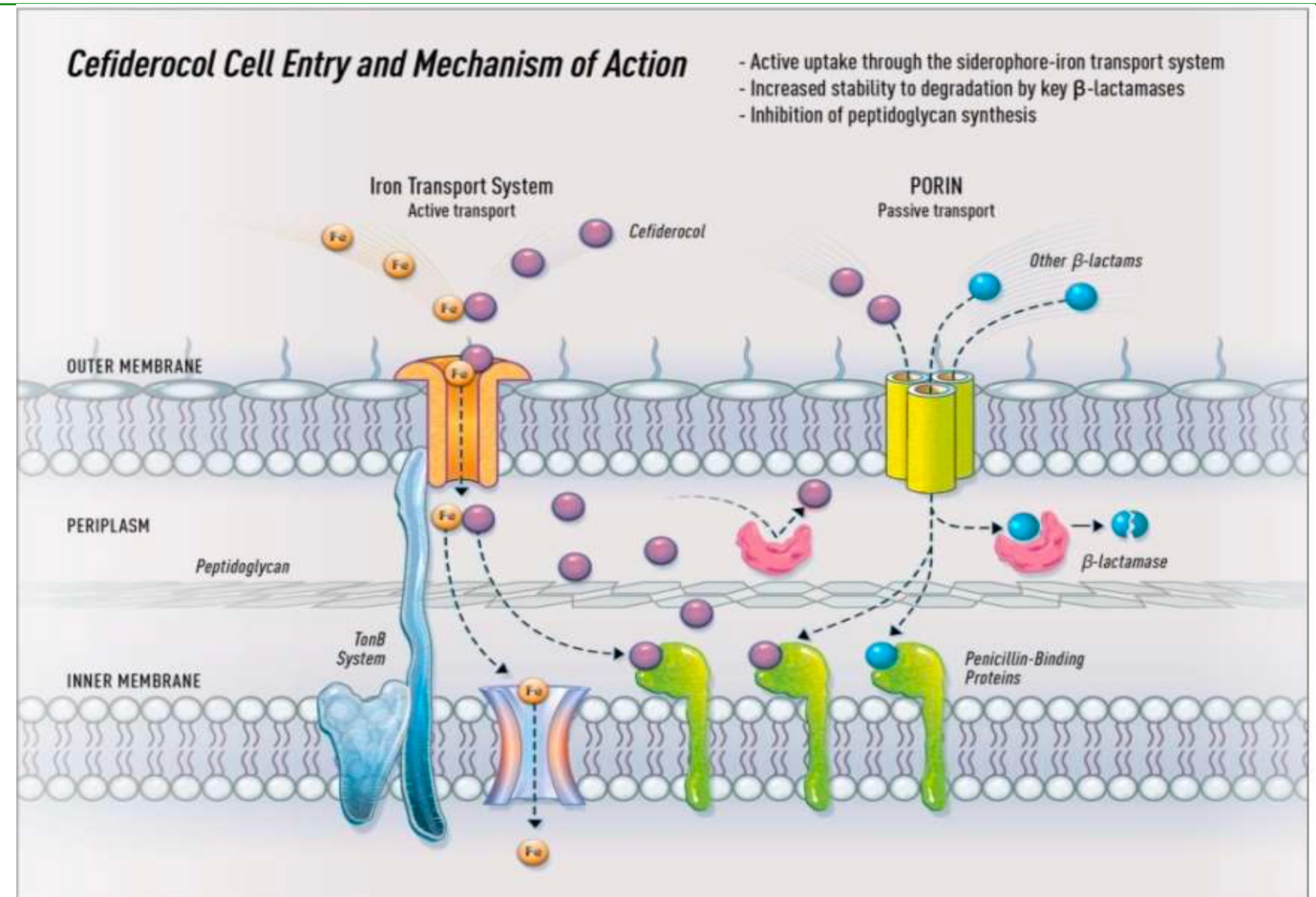


La suite de la quête sera probablement d'identifier les PAC qui ne nécessiteraient pas d'antibiothérapie, parce que d'étiologie non bactérienne.
A ce jour, se passer d'antibiothérapie dès lors qu'un virus respiratoire est identifié au cours d'une PAC n'a pas été évalué.

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

2 essais cliniques le comparant favorablement (non infériorité) à l'imipénème ou le méropénème dans le traitement des

- infections urinaires compliquées
- pneumonies nosocomiales à bacilles à Gram – (BGN)



Méthode



Essai randomisé ouvert multicentrique « pathogènes centré ».



Malades hospitalisés avec une pathologie documentée à BGN CarbaR : pneumonie nosocomiale (PN), bactériémie / sepsis documenté d'autres origine, ou infection urinaire compliquée (IUc).



céfidéocol 2g IV / 8h *versus* la meilleure alternative thérapeutique (MAT) pré-spécifiée avant la randomisation.



Critères de jugements évalués 7j après fin de traitement : guérison clinique pour les PN et les bactériémies / sepsis, éradication microbiologique pour les IUc.



MAT : 71% (27/38) ont reçu une association, 25 patients (66%) sur 38 ont reçu de la colistine

Résultats 1

	Nosocomial pneumonia		Bloodstream infections or sepsis		Complicated urinary tract infections		Overall	
	Cefiderocol (n=40)	Best available therapy (n=19)	Cefiderocol (n=23)	Best available therapy (n=14)	Cefiderocol (n=17)	Best available therapy (n=5)	Cefiderocol (n=80)	Best available therapy (n=38)
Clinical outcomes								
End of treatment								
Clinical cure	24 (60%; 43.3–75.1)	12 (63%; 38.4–83.7)	16 (70%; 47.1–86.8)	7 (50%; 23.0–77.0)	13 (77%; 50.1–93.2)	3 (60%; 14.7–94.7)	53 (66%; 54.8–76.4)	22 (58%; 40.8–73.7)
Clinical failure	13 (33%)	7 (37%)	6 (26%)	7 (50%)	1 (6%)	1 (20%)	20 (25%)	15 (40%)
Indeterminate	3 (8%)	0	1 (4%)	0	3 (18%)	1 (20%)	7 (9%)	1 (3%)
Test of cure								
Clinical cure*	20 (50%; 33.8–66.2)	10 (53%; 28.9–75.6)	10 (43%; 23.2–65.5)	6 (43%; 17.7–71.1)	12 (71%; 44.0–89.7)	3 (60%; 14.7–94.7)	42 (53%; 41.0–63.8)	19 (50%; 33.4–66.6)
Clinical failure	16 (40%)	6 (32%)	9 (39%)	7 (50%)	2 (12%)	1 (20%)	27 (34%)	14 (37%)
Indeterminate	4 (10%)	3 (16%)	4 (17%)	1 (7%)	3 (18%)	1 (20%)	11 (14%)	5 (13%)

guérison clinique pour les PN et les bactériémies / sepsis, éradication microbiologique pour les IUc.

Résultats 2

Mortalité

	Nosocomial pneumonia		Bloodstream infections or sepsis		Complicated urinary tract infections		Overall	
	Cefiderocol (n=45)	Best available therapy (n=22)	Cefiderocol (n=30)	Best available therapy (n=17)	Cefiderocol (n=26)	Best available therapy (n=10)	Cefiderocol (n=101)	Best available therapy (n=49)
Day 14	11 (24%; 12.9–39.5)	3 (14%; 2.9–34.9)	5 (17%; 5.6–34.7)	1 (6%; 0.1–28.7)	3 (12%; 2.4–30.2)	2 (20%; 2.5–55.6)	19 (19%; 11.7–27.8)	6 (12%; 4.6–24.8)
Day 28	14 (31%; 18.2–46.6)	4 (18%; 5.2–40.3)	7 (23%; 9.9–42.3)	3 (18%; 3.8–43.4)	4 (15%; 4.4–34.9)	2 (20%; 2.5–55.6)	25 (25%; 16.7–34.3)	9 (18%; 8.8–32.0)
End of study	19 (42%; 27.7–57.8)	4 (18%; 5.2–40.3)	11 (37%; 19.9–56.1)	3 (18%; 3.8–43.4)	4 (15%; 4.4–34.9)	2 (20%; 2.5–55.6)	34 (34%; 24.6–43.8)	9 (18%; 8.8–32.0)

Data are n (%; 95% CI) by clinical diagnosis and overall. Percentages were calculated using n as the denominator, where n was the number of patients in the safety population who had the specified clinical diagnosis and known vital status at each timepoint.

Table 5: All-cause mortality in the safety population

Résultats 3

Mortalité

	Cefiderocol (n=101)	Best available therapy (n=49)
<i>Acinetobacter</i> spp*	21/42 (50%)	3/17 (18%)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	19/39 (49%)	3/17 (18%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8/34 (24%)	4/16 (25%)
Without <i>Acinetobacter</i> spp	6/28 (21%)	4/15 (27%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6/17 (35%)	2/12 (17%)
Without <i>Acinetobacter</i> spp	2/11 (18%)	2/11 (18%)
<i>Escherichia coli</i>	1/6 (17%)	0/3
Without <i>Acinetobacter</i> spp	0/3	0/1
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	4/5 (80%)	NA
Without <i>Acinetobacter</i> spp	2/3 (67%)	NA

Data are n/N (%). NA=not available. *Includes *Acinetobacter baumannii* (for 39 patients assigned cefiderocol and 17 assigned best available therapy), *Acinetobacter nosocomialis* (for two patients assigned cefiderocol), and *Acinetobacter radioresistens* (for one patient assigned cefiderocol).

Table 6: All-cause mortality at the end of study by most frequent baseline pathogen in the safety population

Conclusions

Les auteurs concluent que le céfidérocol a une efficacité clinique et microbiologique identique à celle de la meilleure alternative thérapeutique dans cette population hétérogène ayant des infections documentées à BGN résistants aux carbapénèmes.

Un nombre plus élevé de morts est survenu dans le groupe céfidérocol principalement chez les patients infectés par *Acinetobacter spp.*

Interprétation / commentaires

Surmortalité chez les malades traités par céfidérol. Cette surmortalité semble liée aux infections à *Acinetobacter* CarbaR

Emergence de la résistance: Chez 12 des 80 patients traités par céfidérol, une augmentation de 4 fois la CMI basale a été retrouvée après traitement (tout en restant sensibles au céfidérol). Le mécanisme n'est pas clair, mais des mutations réduisant l'activité de molécules sidérophores (dont le céfidérol) ont été décrites.

5 malades seulement avaient une infection à *Stenotrophomonas maltophilia*. Tous étaient dans le bras céfidérol, 4/5 sont morts.

Le céfidérol est certes une céphalosporine, mais du fait de ses originalités, il sera nécessaire de disposer de données cliniques solides pour pouvoir le positionner dans le traitement des BMR, en particulier en cas de résistance aux carbapénèmes.

Posaconazole versus voriconazole pour le traitement de première intention des aspergilloses invasives.

Méthode

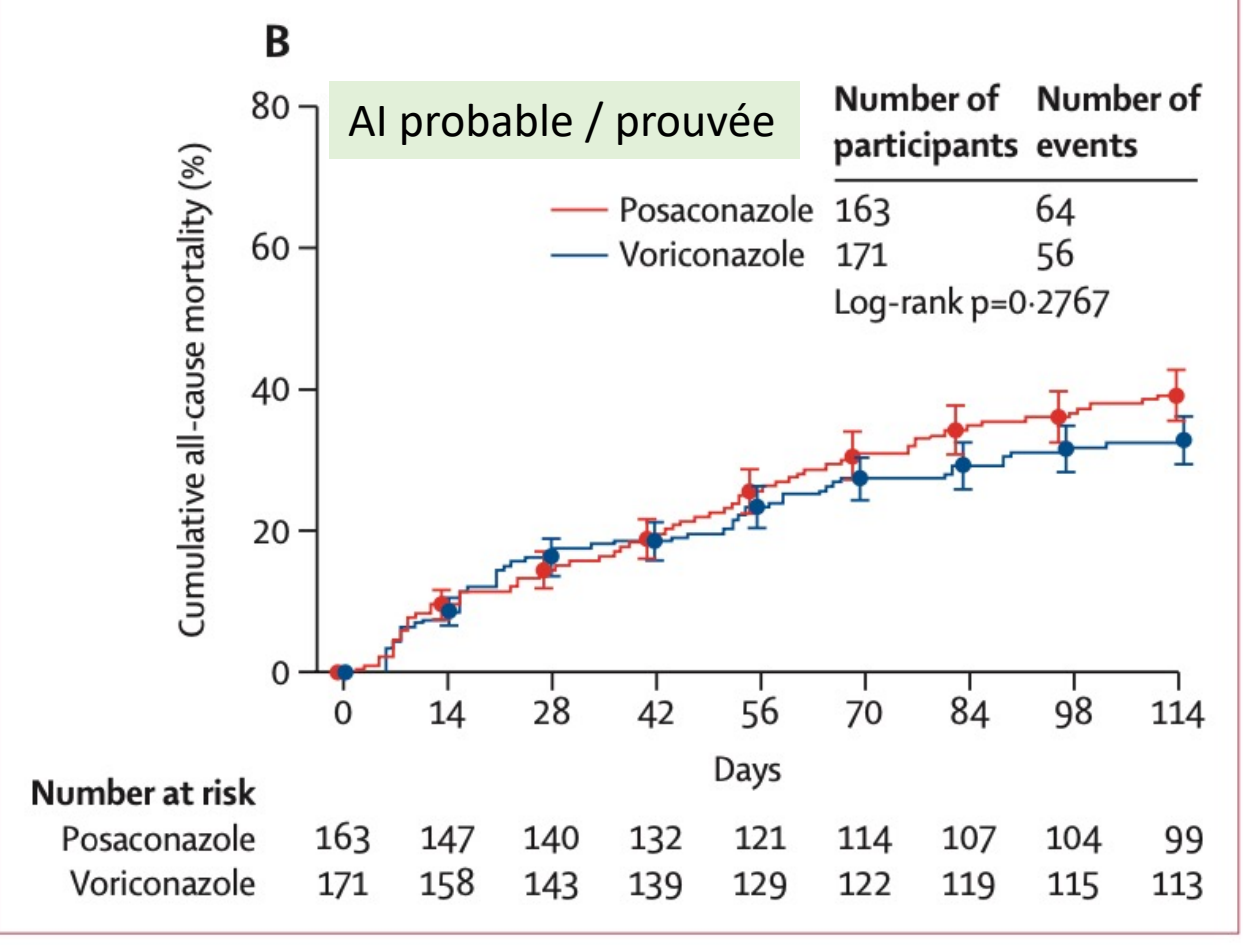
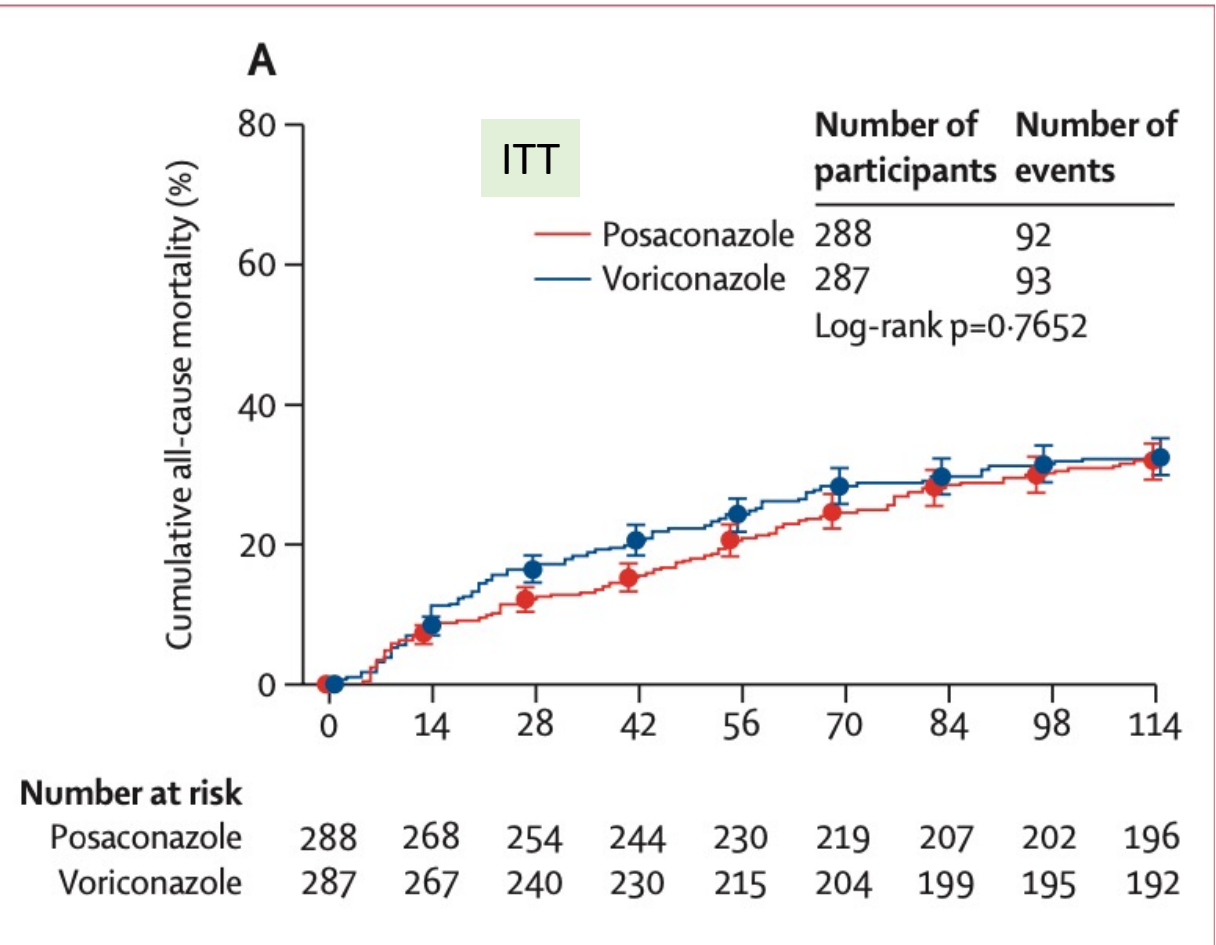
➔ Essai prospectif randomisé double aveugle multicentrique

➔ posaconazole (300mg /12h IV ou oral à J1 puis 300mg 1 / j de J2 à J84) versus voriconazole (6mg/kg IV ou 300mg oral /12h à J1 puis 4mg/kg IV ou 200mg oral /12h de J2 à J84).

➔ AI prouvée, probable ou possible.

➔ Critère de jugement: mortalité à J42 au sein de la population en ITT.

Résultats 575 malades inclus



Interprétation / commentaires

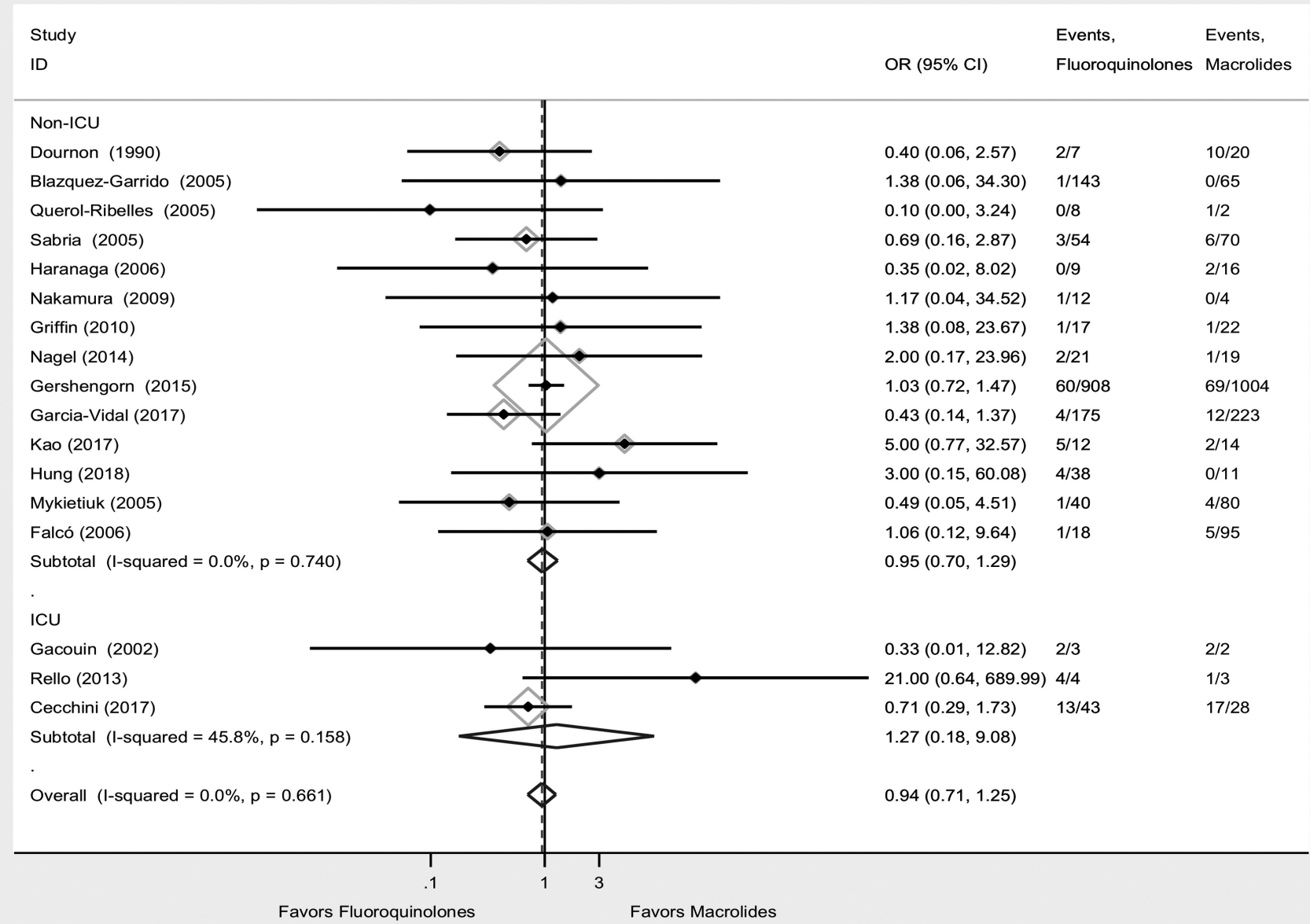
On peut conclure que cet essai de méthodologie satisfaisante montre une efficacité non inférieure du posaconazole, et une tolérance plutôt plus favorable comparativement au voriconazole.

Le dessin en double aveugle de l'essai ne permettait pas de monitoring des concentrations sériques pour vérifier que les concentrations sériques étaient adéquates pour l'efficacité & la tolérance .

Are Fluoroquinolones or Macrolides Better for Treating *Legionella* Pneumonia? A Systematic Review and Meta-analysis

Pas de différence selon le type de macrolide (azithromycine ou clarithromycine) ou de fluoroquinolone (levofloxacin vs moxifloxacin).

Les taux de guérison clinique, délai d'obtention de l'apyrexie, durée de séjour, survenue de complication n'étaient pas différents entre fluoroquinolone et macrolide.



Interprétation / commentaires

L'effectif important cette méta-analyse (qui a inclus les mêmes études et d'autres publications plus récentes que la précédente méta analyse publiée - 2014) lui confère solidité, et augmente la confiance à avoir dans l'efficacité des macrolides pour traiter les légionelloses.

Pour les malades pris en charge en USI, l'effectif est faible. Une étude rétrospective observationnelle française publiée en 2017 portant sur 211 malades pris en charge en USI était très en faveur d'une efficacité supérieure des fluoroquinolones (HR 0.41 ; $p=0.02$). Ces données nouvelles ne semblent donc pas de nature à contester de façon convaincante la stratégie d'utiliser une fluoroquinolone chez les malades graves.

La présente méta-analyse ne retrouve pas d'avantage à l'azithromycine comparée à la clarithromycine.

Effectiveness of adjunctive clindamycin in β -lactam antibiotic-treated patients with invasive β -haemolytic streptococcal infections in US hospitals: a retrospective multicentre cohort study

Etude multicentrique rétrospective de cohorte.

infection invasive à streptocoque β hémolytique traités par une β -lactamine.

stratification en infection à streptocoque du groupe A (iSGA) et infection à streptocoque non A/B (iSGNA/B).

cohorte des iSGA (1079 malades) :

mortalité intra hospitalière :

- clindamycine 6.5% (18/277)
- pas clindamycine 11% (55/500)
- OR 0.44 IC95% 0.23-0.81.

Bénéfice persistant même chez les malades sans choc septique ou fasciite nécrosante (661 pts) : OR 0.40 IC95% 0.15-0.91.

cohorte de iSGNA/B (295 pts) : pas de bénéfice à l'adjonction de la clindamycine : OR 2.6 IC95% 0.94-7.2.

Résultats en accord avec un travail canadien, rétrospectif, ayant porté sur 741 patients, qui trouvait un bénéfice à l'adjonction de clindamycine dans les infections à SGA (*PLoS One* 2018; 13: e0206289).

Outcomes of β -Hemolytic Streptococcal Necrotizing Skin and Soft-tissue Infections and the Impact of Clindamycin Resistance

Méthode

Etude rétrospective mono centrique ayant colligé toutes les DHN prises en charge par un centre de référence nord-américain entre 2015 & 2018.

Résultats (1)

- ➔ 445 DHN ont été colligées.
- ➔ Un streptocoque β -hémolytique (S β H) présent dans 31% des cas (120 pts)
31 % des S β H étaient résistants à la clindamycine.
- ➔ 94% des malades ont reçu de la clindamycine (1200mg/12h) dans leur antibiothérapie initiale.

Résultats (2)

Table 5. Unadjusted and Adjusted Risk Ratio Estimates Comparing Patients With or Without Clindamycin-resistant Strains Among Those With β -Hemolytic Streptococci

	RR (95% CI)	
	Unadjusted	Adjusted ^a
Amputation ^b		
Clindamycin sensitive	Reference	Reference
Clindamycin resistant	1.07 (.49–2.32)	1.86 (1.10–3.16)
STSS		
Clindamycin sensitive	Reference	Reference
Clindamycin resistant	1.10 (.21–5.69)	1.23 (.25–6.08)
Death		
Clindamycin sensitive	Reference	Reference
Clindamycin resistant	0.83 (.21–2.90)	1.38 (.41–4.63)

Interprétation / commentaires



Confirmation que la clindamycine, par son mécanisme d'inhibition de la synthèse protéique aurait un intérêt dans la prise en charge des DHN



La résistance, en contrariant l'inhibition de la synthèse toxinique ferait perdre l'avantage clinique de la clindamycine dans le traitement des DHN.



Cette hypothèse de perte d'avantage clinique de la clindamycine en cas de résistance, est en accord avec les données in vitro ayant montré une perte de l'inhibition de production par la clindamycine de toxine chez *S. aureus* porteur d'une résistance de type MLSB



linézolide comme alternative ? absence de données clinique

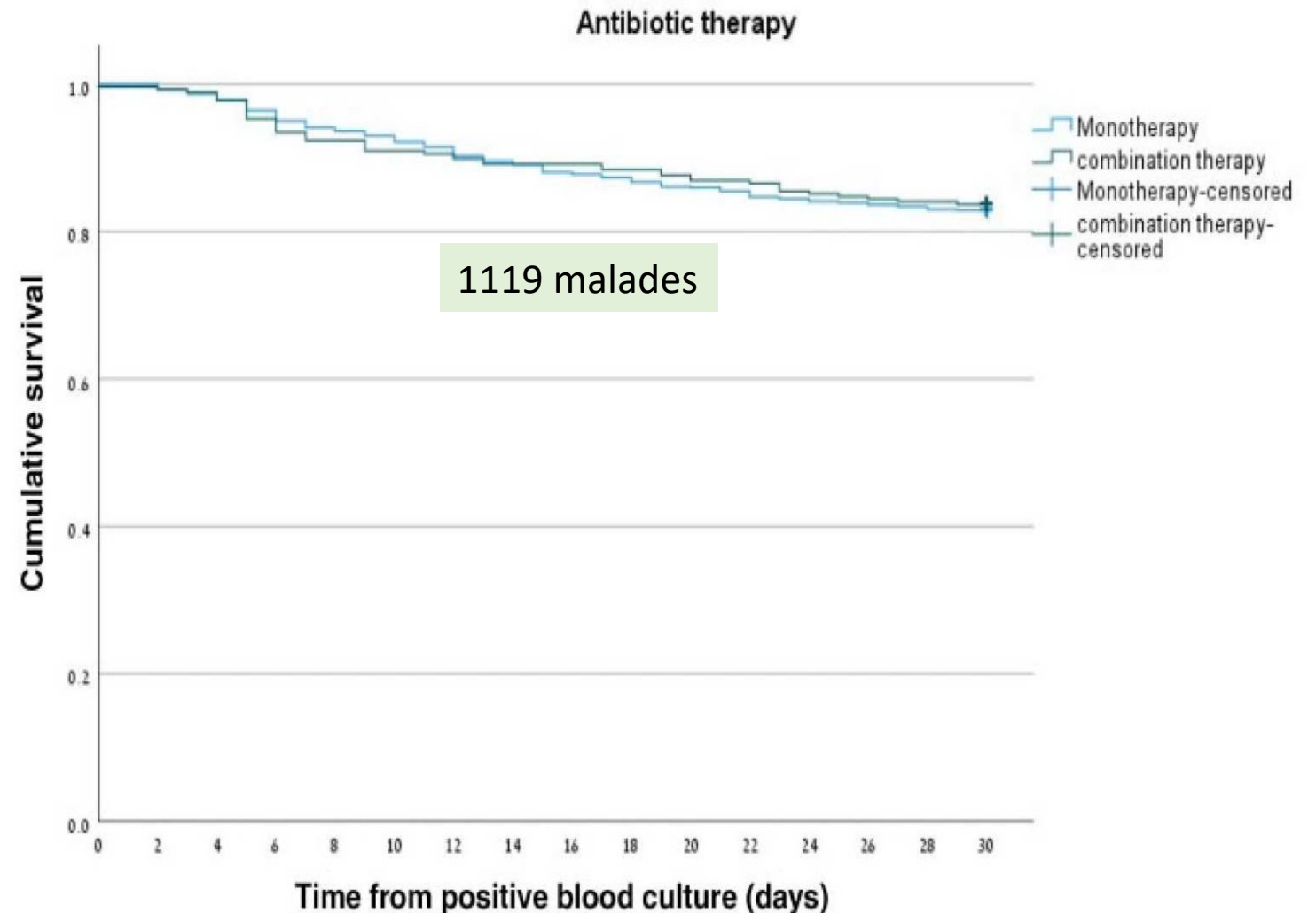
Combination versus monotherapy as definitive treatment for *Pseudomonas aeruginosa* bacteraemia: a multicentre retrospective observational cohort study

Etude rétrospective multicentrique (25 centres, 9 pays) a comparé la mortalité des malades présentant une bactériémie à *P. aeruginosa*, traités par une association β -lactamine + aminoside / fluoroquinolone *versus* β -lactamine seule.

Critère principal de jugement : mortalité à J30 toutes causes confondues.

En analyse multivariée, l'association d'antibiotique n'était pas associée à une réduction de la mortalité (HR 0.98, IC95% 0.64-1.53).

Pas d'avantage retrouvé en faveur de l'association en termes d'échec clinique ou microbiologique, ou de rechute / persistance de la bactériémie

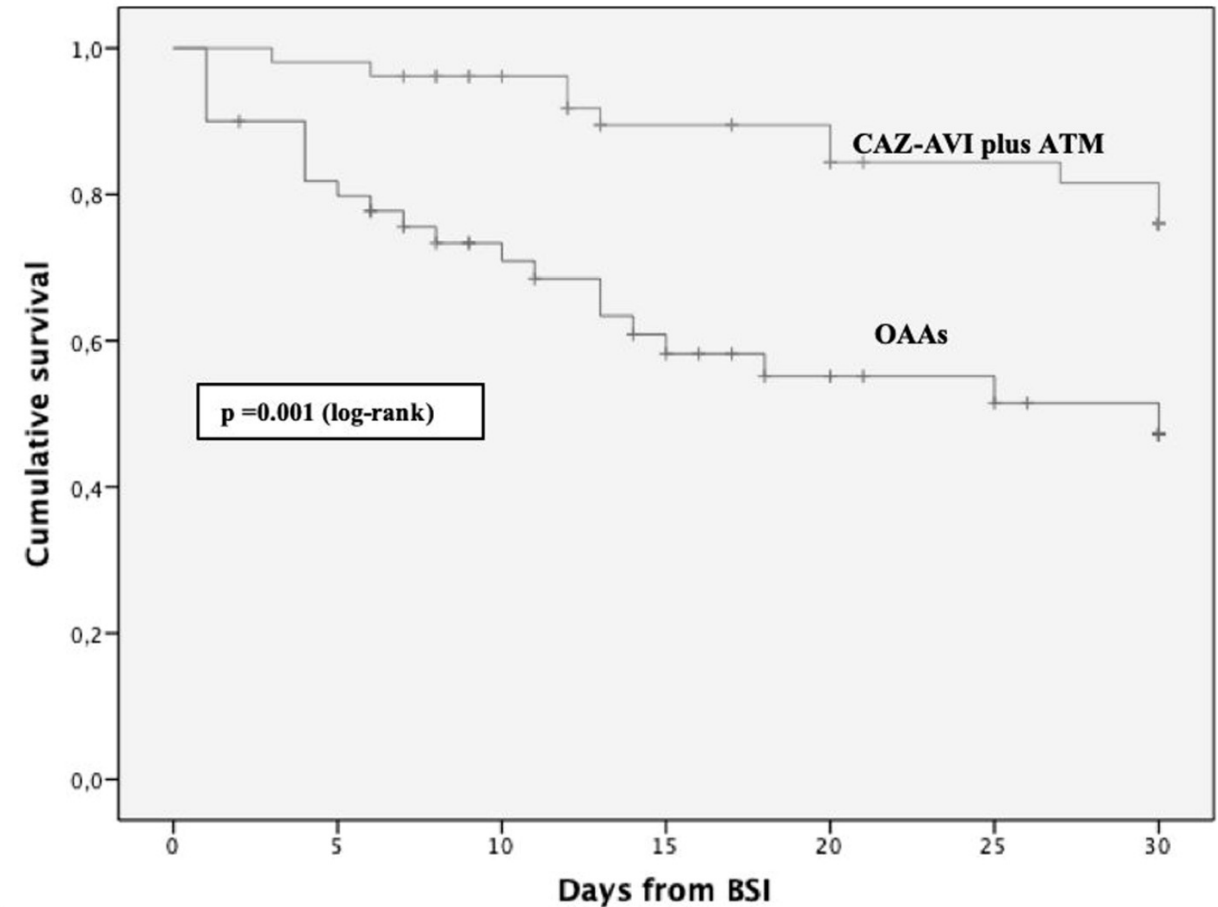


Efficacy of Ceftazidime-avibactam Plus Aztreonam in Patients With Bloodstream Infections Caused by Metallo- β -lactamase–Producing Enterobacterales.

Etude rétrospective multicentrique (Italie & Grèce).

102 malade (82 NDM, 20 VIM), 52 traités par CAZ-AVI (2.5g/8h) +ATM (2g/8h), 50 par d'autres antibiotiques, majoritairement des associations dont la moitié comportaient de la colimycine.

CAZ-AVI + ATM associé à une réduction de la mortalité, (HR, 0.37 IC95%, .13–.74; P = .01), des échecs à J14 (HR, 0.30 [95% CI, .14–.65]; P = .002), et de la durée de séjour. (analyse multivariée avec ajustement sur un score de propension)



Number at risk

CAZ-AVI plus ATM	52	51	50	47	45	45	42
OAs	50	40	36	31	30	29	28

Antibiotics versus no therapy in kidney transplant recipients with asymptomatic bacteriuria (BiRT): a pragmatic, multicentre, randomized, controlled trial.

Essai prospectif randomisé multicentrique ouvert.

Transplantés rénaux >2 mois + bactériurie asymptomatique.

Randomisation antibiothérapie *versus* pas d'antibiothérapie.

suivi à 1 an antibio vs pas antibio:

- utilisation d'antibiotique: 30 jours antibiotiques/malades *versus* 6 (p<<0.001).
- bactéries résistantes aux fluoroquinolones, cotrimoxazole et/ou C3G :18% 13/72 *versus* 4% 3/83, p0.003.
- Pas de différence sur les décès, la fonction rénale, le rejet ou la perte du greffon.

J. Coussement et al. / Clinical Microbiology and Infection 27 (2021) 398–405

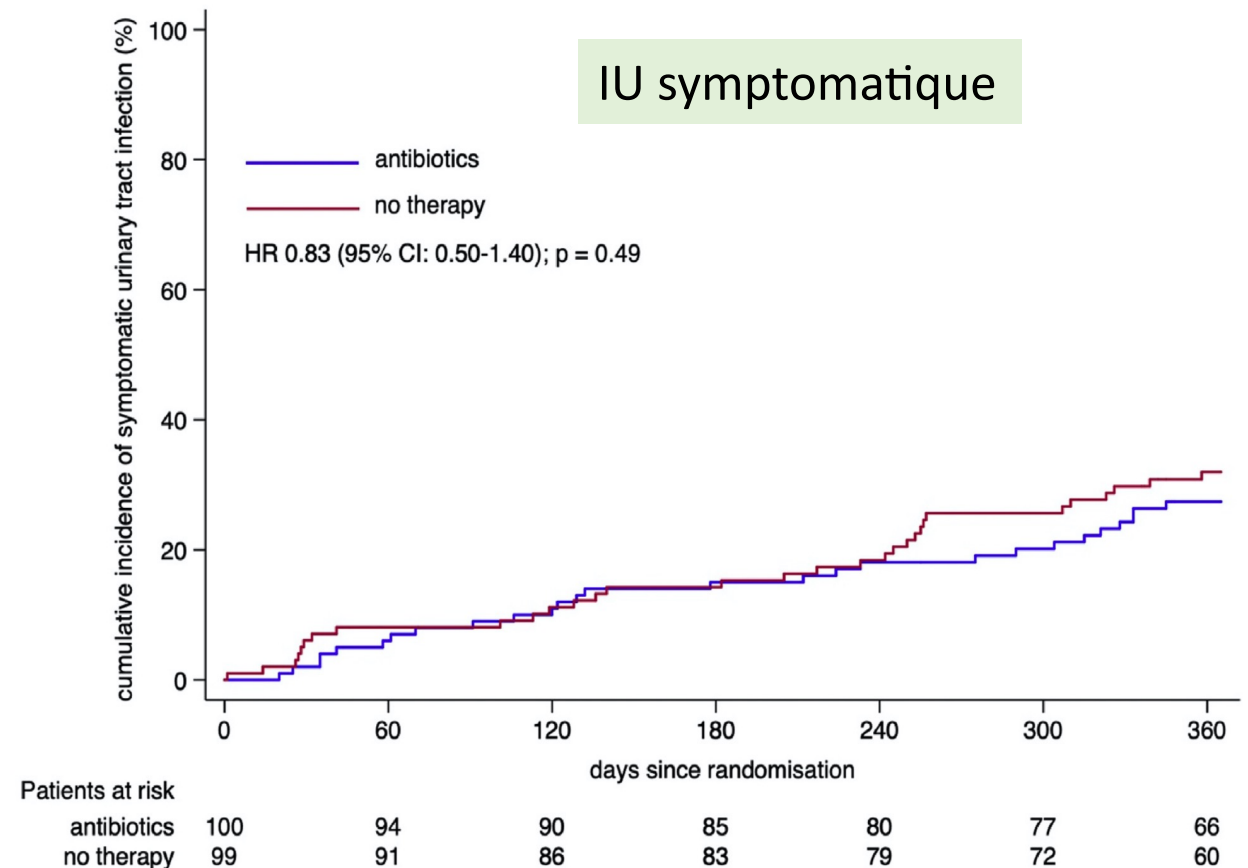


Fig. 2. Cumulative incidence of symptomatic urinary tract infection (intention-to-treat analysis). CI: confidence interval, HR: hazard ratio; p-value refers to log-rank test.

Clinical outcomes of *Stenotrophomonas maltophilia* infection treated with trimethoprim-sulfamethoxazole, minocycline, or fluoroquinolone monotherapy

Etude rétrospective monocentrique.

infection documentée à *S. maltophilia* (poumon 70%) traitée par

- sulfaméthoxazole-triméthoprime (SMX-TMP)
- fluoroquinolone (FQ)
- Minocycline (200mg/j).

Après contrôle des facteurs confondants et pondération avec un score de propension, la minocycline (aOR=0.2 ; 0.1-0.7), mais pas les FQ (aOR=0.3 ; 0.1-2.1), était associée à une moindre mortalité comparée à SMX-TMP.

Table 2: Clinical outcomes of patients infected with *Stenotrophomonas maltophilia*

	All patients (n=284)	Sulfamethoxazole-trimethoprim (n=217)	Fluoroquinolone (n=28)	Minocycline (n=39)	<i>P</i>
Failure ^a	97 (34.2)	77 (35.5)	8 (28.6)	12 (30.8)	0.69
30-day mortality	36 (12.7)	32 (14.7)	2 (7.1)	2 (5.1)	0.16

Le statut de traitement de choix du SMX-TMP pour les infections à *S. maltophilia* est interrogé.

La minocycline semble une alternative crédible

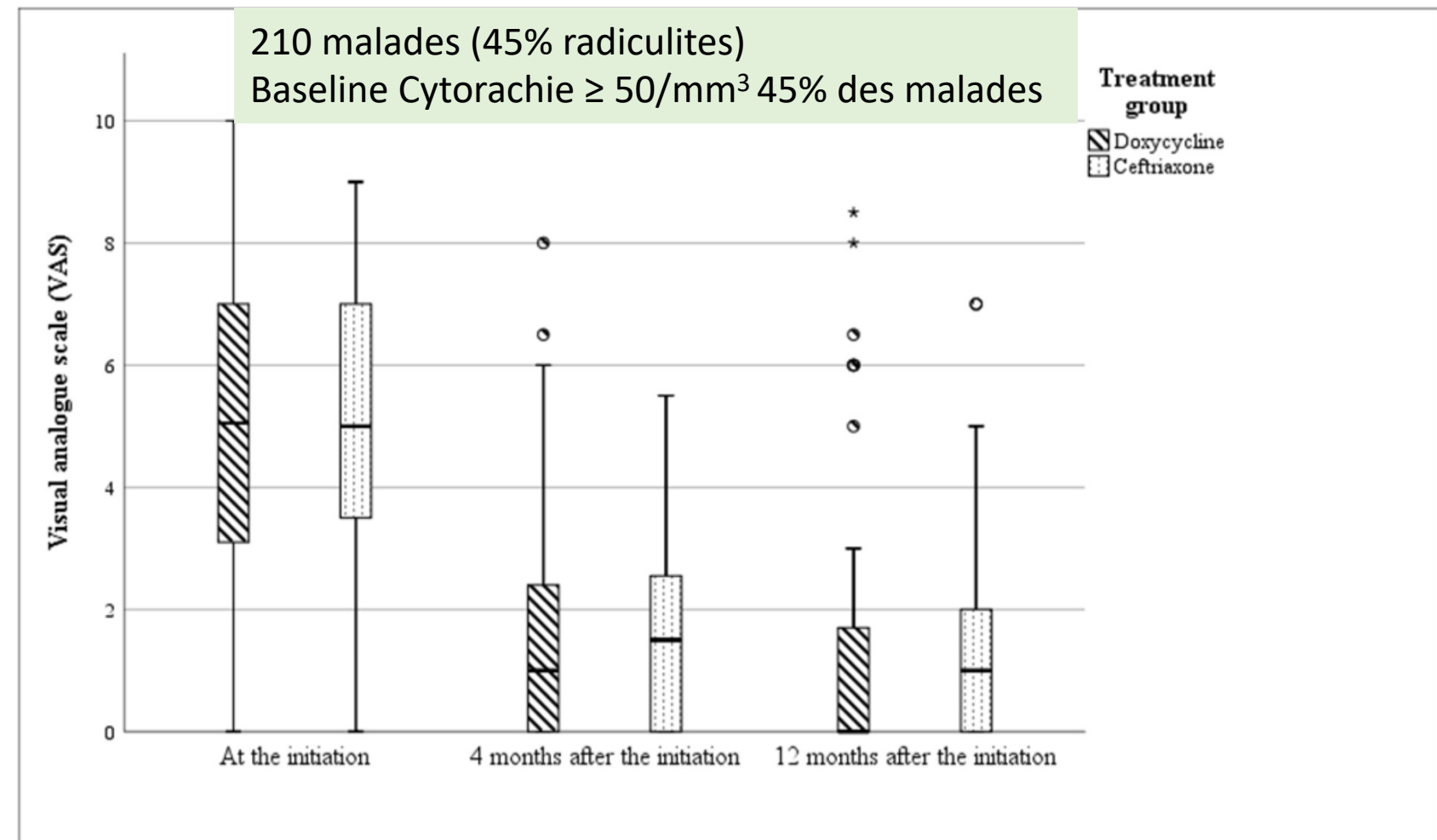
Oral doxycycline compared to intravenous ceftriaxone in the treatment of Lyme neuroborreliosis: a multicentre, equivalence, randomized, open-label trial

Essai prospectif randomisé multicentrique (Finlande).

symptômes suggestifs de neuroborréliose et critères LCS & sérologiques

Critère de jugement : évolution subjective des symptômes évaluée par le malade sur une échelle visuelle analogique (EVA) à 12 mois.

doxycycline (100mg *per os* x 2 / jour) versus ceftriaxone (2g IV / jour). 4 semaines



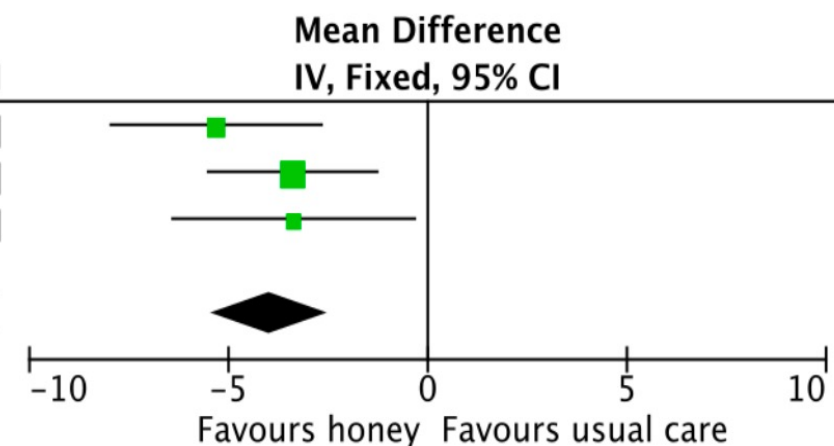
Effectiveness of honey for symptomatic relief in upper respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis

Combined symptom score:

Study or Subgroup	Honey			Usual care			Weight	Mean Difference IV, Fixed, 95% CI
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		
Ayazi 2017	-9.5104	7.3608	67	-4.2	4.5	20	30.2%	-5.31 [-7.96, -2.67]
Cohen 2017	-5.16	7.3612	75	-1.77	5.4431	66	46.9%	-3.39 [-5.51, -1.27]
Paul 2007	-10.71	7.4898	35	-7.3434	7.5016	70	22.9%	-3.37 [-6.41, -0.33]
Total (95% CI)			177			156	100.0%	-3.96 [-5.42, -2.51]

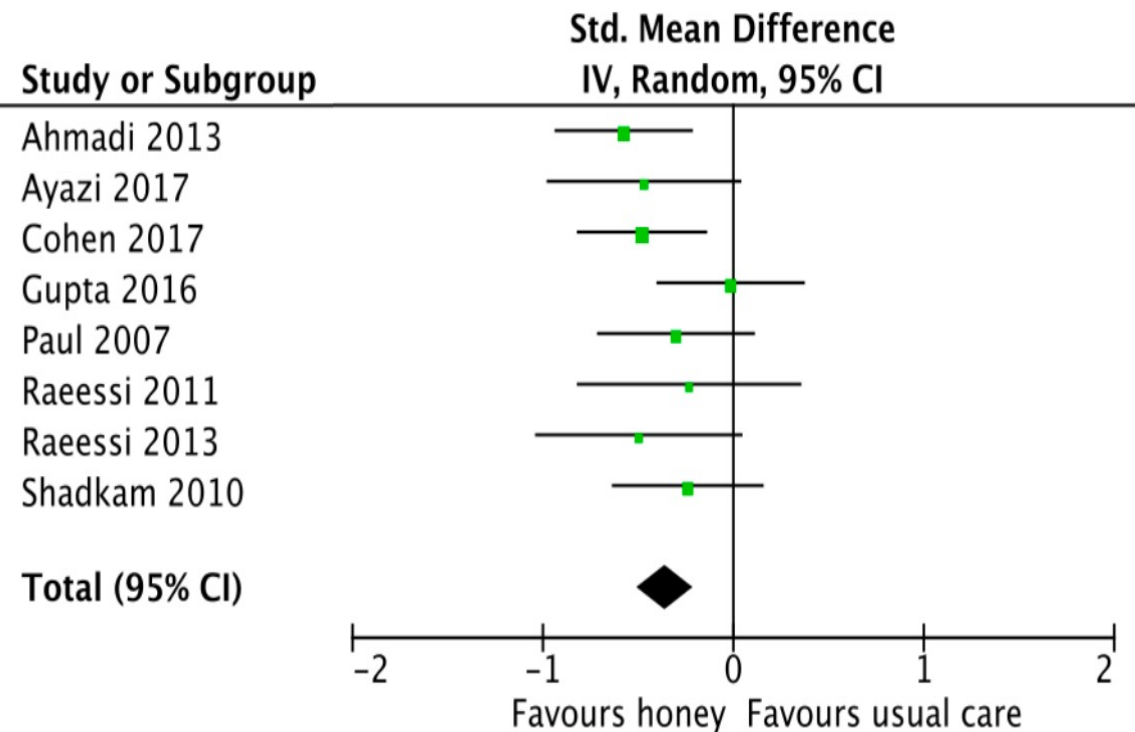
Heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 1.42$, $\text{df} = 2$ ($P = 0.49$); $I^2 = 0\%$

Test for overall effect: $Z = 5.35$ ($P < 0.00001$)

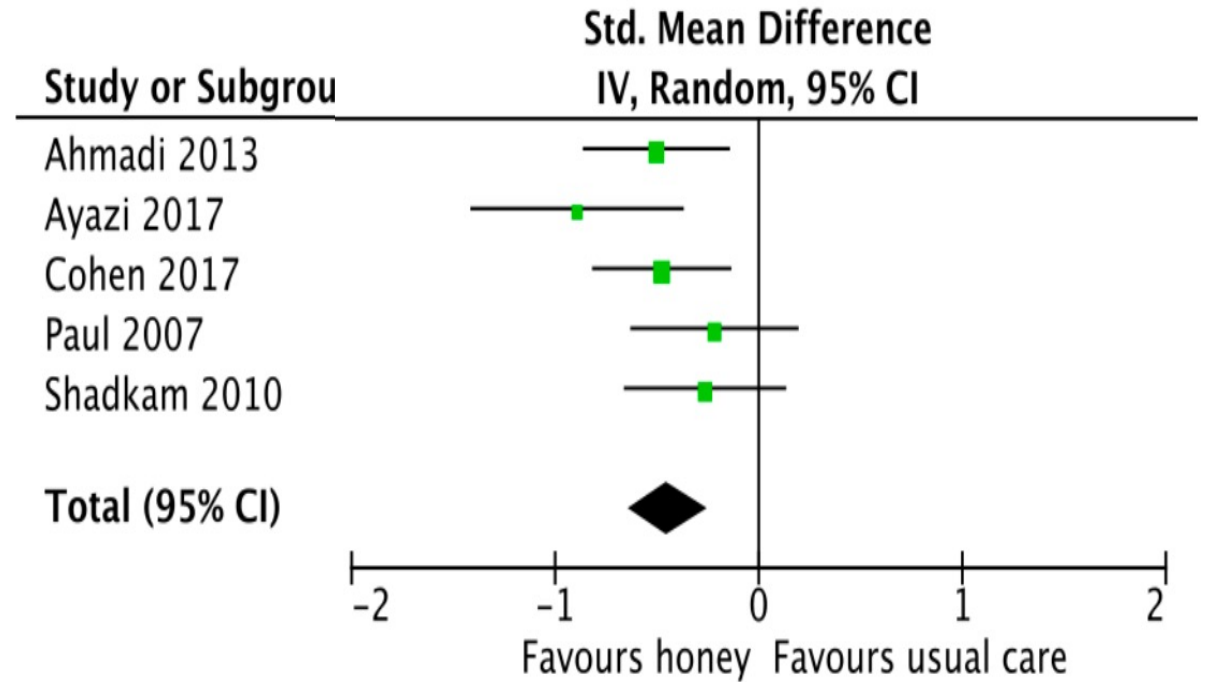


Effectiveness of honey for symptomatic relief in upper respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis

Fréquence de la toux



Sévérité de la toux



16^e Journée des Référents en Antibiothérapie



lundi 30 août 2021

MONTPELLIER, Le Corum

Bon Usage des Antibiotiques Best of 2020-2021

Merci de votre attention

Jean-Pierre Bru
Jacques Gaillat
Olivier Leroy
Philippe Lesprit
Pierre Tattevin

InfoATB  VAC

L'actualité scientifique et médicale en antibiothérapie et vaccinologie