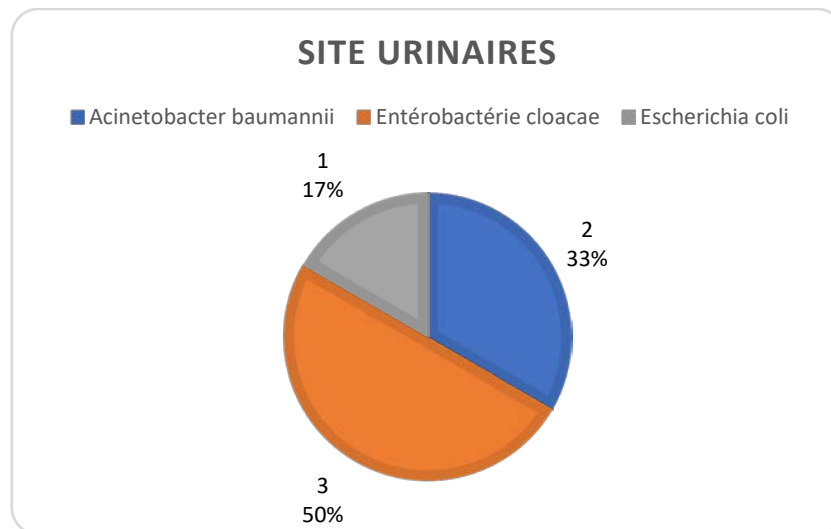


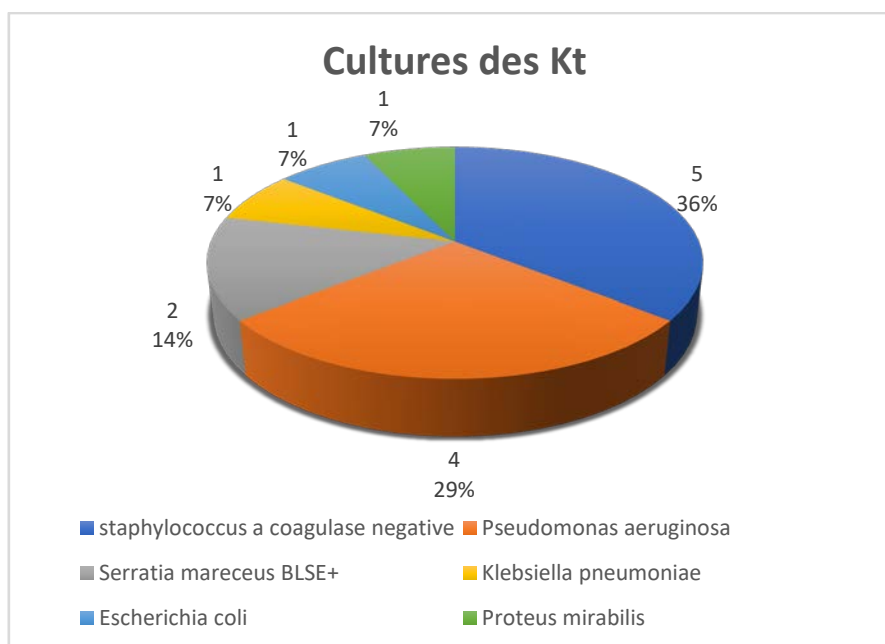
Pour le site sanguin, staphylocoques dorés et *Acinetobacter baumannii* représentaient 5 cas (42%) et 1 cas (8%). Pour ce qui est des autres germes, on retrouve 1 cas de *Klebsiella pneumoniae* (8%), 8 cas de *Proteus mirabilis* (8%) et 4 cas de *Pseudomonas aeruginosa* (34%).

- Site urinaire :



Pour le site urinaire, les entérobactéries cloacae étaient majoritaires dans 3 cas (50%). Nous retrouvons ensuite *Escherichia coli* avec 1 cas (17%) et 2 cas d'*Acinetobacter baumannii* (33%).

- Enfin, pour la culture des cathéters, les staphylocoques sont majoritaires avec 5 cas (36%) avec la présence d'un cas de *Serratia marcescens* BLSE+.



➤ *Délai d'apparition des infections nosocomiales :*

L'existence d'un délai de 8 jours (les classiques « golden days ») entre la brûlure et l'infection était déjà évoquée en 1993. Notre étude trouve un délai presque identique pour la survenue de la première infection nosocomiale.

➤ *Antibiothérapie*

Aucune antibioprofylaxie n'est instituée de principe. Dans notre pratique L'antibiothérapie probabiliste est débutée sitôt prélèvements bactériologiques réalisés, ou devant les critères d'infection retenue par la SFETB :

Critères d'infection chez le brûlé (d'après SFETB)

- L'apparition des critères de SIRS chez un patient dont la SCB est inférieure à 15-20% sans inhalation de fumées ;
- La présence d'au moins 2 des 4 critères chez un patient si la SCB est supérieur à 20% et/ou inhalation de fumées :
 - ✓ T° C > 39.5°C ou <33.5°C ;
 - ✓ Augmentation de 50% FC basale ;
 - ✓ Augmentation de 50% FR basale ;
 - ✓ Augmentation ou diminution de 100% du nombre de leucocytes.
 - ✓ Défaillance hémodynamique nécessitant l'instauration ou augmentation des posologies d'un traitement par les catécholamines.

Une fois la bactérie responsable isolée et son antibiogramme connu, on pratique une désescalade pour passer à l'antibiothérapie documentée

• *Durée de séjour et mortalité.*

La durée de séjour moyenne est de 38,8 jours, extrême (8-63) avec un taux de mortalité de 18% soit 03 malades.

V.DISCUSSION

L'incidence des infections nosocomiales en réanimation des grands brûlés est plus importante que celui des unités autres que la réanimation. Nous pouvons dire que notre densité d'incidence est à peu près équivalente à celle retrouvée dans la littérature (23 infections nosocomiales pour 1000 jours d'hospitalisation dans l'étude de Garner et al (1). Dans notre étude et celle de Chaibdraa (2), le site cutané est le plus fréquent : il représente 53% des infections nosocomiales. C'est le moins fréquent dans l'étude de Wurtz (3). Ces résultats se rapprochent relativement de ceux conclus par les travaux de Cremer (4) et Taylor (5) où les infections cutanées sont les plus fréquemment rencontrées avec des incidences supérieures aux autres études. Malgré le caractère inéluctable de la contamination de la peau brûlée et son risque élevé d'infection, nous obtenons des incidences relativement hautes, expliquées peut-être par notre prise en charge locale (Flammazine®), qui est identique à celle de l'équipe de Cremer (4) différemment de l'équipe de Taylor (5), qui n'a recours à la balnéothérapie qu'après couverture cutanée. La faible incidence des infections cutanées retrouvée par Wurtz (3) (3% des infections nosocomiales) est attribuée à la pratique courante d'excision-greffe précoce sur le plan chirurgical. Ce n'est pas le cas dans notre étude, où nous avons plus souvent recours à la cicatrisation dirigée en attendant les moyens de couverture cutanée. Au niveau de la fréquence, le site sanguin arrive en deuxième position après le site cutané et avant les sites urinaires avec des incidences proches des données de la littérature. En effet, nos résultats sont comparables et similaires à ceux l'équipe de Weber (6) 15% des infections nosocomiales. L'incidence des infections urinaires dans notre étude est due certainement, d'une part, à la forte proportion de patients sondés (45%) et, de l'autre, à la longue durée du sondage urinaire de 26 jours en moyenne contre 20 jours dans l'étude de Cremer (4). Les études de Taylor (5) et de Cremer (4) retrouvent des incidences supérieures aux nôtres mais ces Auteurs ne précisent pas le pourcentage de patients sondés, ni la durée du sondage urinaire. Wurtz (3) retrouve une densité d'incidence supérieure à la nôtre ainsi qu'une plus forte proportion d'infections urinaires parmi les infections nosocomiales (36%). Dans son étude, 52% des patients sont porteurs d'un sondage urinaire, ce qui expliquerait cette forte incidence, mais il ne donne pas d'information sur la durée du sondage. L'existence d'un délai de huit jours (les l'infection était déjà évoquée en 1993 (8) Notre étude est marquée par une prédominance du avec Staphylococcus aureus résistant à toutes les betalactamine(MRSA) 36 % des infections nosocomiales. Largement derrière, nous retrouvons le Pseudomonas aeruginosa, avec 22% des infections nosocomiales. D'après les données de la littérature (10), nous distinguons deux groupes d'étude : ceux qui retrouvent, comme le nôtre, une majorité de staphylocoques et d'autres une prédominance de bacille pyocyanique. L'hydrothérapie risque d'infecter les zones brûlées non infectées. L'équipe de Cremer (4) trouve aussi une majorité de Pseudomonas aeruginosa par la pratique de balnéothérapie précoce. La réduction des « bains du brûlé » au profit de pansements au lit enrayerait cette émergence et nous débutons cette démarche dans notre service.

VI. CONCLUSION :

Le profil bactériologique des bactéries isolées doit faire l'objet d'une surveillance épidémiologique régulière. Ceci va permettre l'adaptation de l'antibiothérapie curative et de la politique de prévention de l'infection.

VII. REFERENCES

1. Garner J.S, Jarvis W.R, Emori T.G, Horan T.C, Hugues J.M CDC. Definitions for nosocomial infections. *Am. J. Infect Control* 1988;16:128-40.
2. Chandrasekar P.H, Kruse J.A, Mathews M.F Nosocomial infection among patients in different types of intensive care units at a city hospital. *Crit. Care* –
3. Wurtz R, Karajovic M, Dacumos E, Jovanovic B, Hanumadass M. Nosocomial infections in a burn
4. Cremer R, Ainaud P, Le Bever H, Fabre M, Carsin H. Infections nosocomiales dans un service de brûlés. Résultats d'une enquête prospective d'un an. *Ann. Fr. Anesth. Réanim* 1996;15:599-607.
5. Taylor G.D, Kibsey P, Kirkland T. Predominance of staphylococcal organisms in infections occurring in a burns intensive care unit. *Burns* 1992;18:332-5.
6. Weber J.M, Sheridan L, Pasternack S, Tompkins G Nosocomial infections in pediatric patients with burns. *Am. J. Infect. Control* 1997;25:195-201.
7. Wenzel R.P, Thompson R.L, Landry S.M. Hospital-acquired infections in intensive care unit patients: An overview with emphasis on epidemics. *Infection Control* 1983;4:371-
8. Pandit D.V, Gore M.A, Saileshwar N, Deodhar L.P. Laboratory data from the surveillance of a burns ward for the detection of hospital infection. *Burns*
9. Fournier PE, Richet H. The epidemiology and of Control of *Acinetobacter baumannii* in health care facilities. *Clin Infect Dis* 2006;42:692–9.
10. Agnihotri N, Gupta V, Joshi RM. Aerobic bacterial isolates from burn wound infections and their antibiograms a five-year study. *Burns* 2004;30:2413.
11. « European practice guidelines for burn care - Minimum level of burn care provision in Europe », version 3, European Burns Association, 2015
12. « Brûlures : épidémiologie, évaluation, offre de soins. Plus de la moitié des patients encore traités en dehors des filières spécialisées », *La Revue du Praticien*, vol. 68,