



2011

## **La flore bactérienne influence-t-elle la survie sans transplantation chez les malades cirrhotiques présentant une péritonite bactérienne spontanée?**

Marie de Vos<sup>1</sup>, Bénédicte De Vroey<sup>1</sup>, François Kidd<sup>2</sup>, Jean Henrion<sup>1</sup>, Pierre Deltenre<sup>1</sup> 1 Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital de Jolimont, Haine-Saint-Paul. 2 Service de Médecine Interne Générale, Hôpital de Jolimont, Haine-Saint-Paul, Belgique

Introduction: Chez les malades cirrhotiques, la flore bactérienne pourrait se modifier suite à un usage plus systématique des antibiotiques (AB). L'influence de ces modifications sur le pronostic de la péritonite bactérienne spontanée (PBS) n'est pas connue. But: Analyser: A/ la flore bactérienne chez les malades présentant une PBS, et B/ l'influence de la flore bactérienne sur le pronostic de ces malades. Méthodes: A/ Les bactéries, leur sensibilité aux AB et la prise préalable d'AB ont été rétrospectivement évaluées chez 55 malades ayant développé une PBS (65% d'hommes, âge médian de 56 ans, 87% de cirrhose d'origine éthylique). B/ La probabilité de survie sans transplantation à 6 mois a été calculée à partir du diagnostic de PBS en rapport avec les caractéristiques de l'infection. Résultats: A/ Des bactéries ont pu être isolées dans l'ascite de 43 malades: 26 bacilles Gram-négatifs (BGN), 14 coques Gram-positifs (CGP) et 3 associations de BGN et de CGP. Seuls 4 malades étaient infectés par des bactéries résistantes aux AB de première ligne. Aucune bactérie n'était multi-résistante. Les PBS étaient d'origine nosocomiale (malades hospitalisés depuis 3 jours au moins) dans 15 cas et communautaires chez 40 malades. Par comparaison aux PBS communautaires, les PBS nosocomiales étaient similairement dues à des BGN (33 vs. 52%) ou des CGP (33 vs. 22%) ( $p=0.3$ ) mais étaient plus fréquemment dues à des bactéries résistantes (27% vs. 0%,  $p=0.004$ ). La prise d'AB avant le développement de la PBS n'influait pas le type de bactérie ni la fréquence de résistance (11 vs. 7%,  $p=0.6$ ). B/ 46 (84%) des malades sont décédés. L'âge médian au diagnostic de PBS (56 vs. 61 ans,  $p=0.9$ ) et la distribution par sexe (70 vs. 44% d'hommes,  $p=0.15$ ) étaient similaires chez les malades qui sont décédés et ceux qui ont survécu. Par comparaison avec les malades qui ont survécu, ceux qui sont décédés avaient plus fréquemment une cirrhose d'origine éthylique (91 vs. 67%,  $p=0.04$ ), mais étaient similairement infectés par BGN (50 vs. 33%), par CGP (26 vs. 22%) ( $p=0.6$ ) ou par bactéries résistantes (4 vs. 22%,  $p=0.1$ ). Le taux de protéines dans l'ascite était plus bas (1.1 vs. 1.5g/dL,  $p=0.09$ ) chez les malades qui sont décédés. La réponse aux AB était le seul déterminant de la survie à 6 mois ( $43.7\pm 9.4\%$  chez les répondeurs vs. 0% chez les non-répondeurs,  $p=0.0001$ ). Par rapport aux répondeurs, les non-répondeurs aux AB étaient similairement infectés par BGN, par CGP, et par bactéries résistantes (25 vs. 3%,  $p=0.12$ ), mais souffraient plus fréquemment de PBS d'origine nosocomiale (50 vs. 17%,  $p=0.05$ ). Conclusion: Dans cette étude, la plupart des malades étaient infectés par BGN et la plupart des bactéries étaient sensibles aux AB de première ligne. Il n'y avait pas de multi-résistance. La réponse aux AB fut le seul facteur pronostique. La résistance aux AB de première ligne n'influait pas le pronostic. Les malades non-répondeurs aux AB avaient plus fréquemment une infection d'origine nosocomiale. Des études prospectives sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

[Fermer la fenêtre](#)