

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Infections nosocomiales à *Acinetobacter baumannii* en réanimation : expérience d'un service hospitalier marocain

DOI: 10.70780/medpeer.000QGR9

AUTEUR ET AFFILIATION

Mohamed BOUIZMAOUN¹, Jaber EL KAISSI², Rabii EL BAHRAOUI¹, Mourad BELAOUNI³, Fatima BOUKHRISSI⁴, Houcine LOUZI¹, Mohamed SBITI¹.

¹ Service de microbiologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes, Maroc

² Pole anesthesie reanimation et urgences, Hopital Militaire Moulay Ismail, Meknes, Maroc

³ Service de Parasitologie, Hopital Militaire Moulay Ismail, Meknes, Maroc.

⁴ Service de Biochimie, Hopital Militaire Moulay Ismail, Meknes, Maroc.

Corresponding author: Mohamed BOUIZMAOUN

RÉSUMÉ

Introduction

Acinetobacter baumannii est une bactérie opportuniste de plus en plus impliquée dans les infections nosocomiales, en particulier en réanimation, en raison de sa multirésistance croissante.

Objectif

Décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des infections à *Acinetobacter baumannii* en réanimation, et analyser les facteurs associés à leur survenue et leur évolution.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 24 mois dans le service de réanimation, incluant 30 patients ayant présenté une infection nosocomiale à *Acinetobacter baumannii*. Les données recueillies concernaient les caractéristiques des patients, le type d'infection, l'antibiogramme, le traitement administré, l'évolution et les facteurs de risque associés.

Résultats

Trente patients ont été inclus, avec une majorité d'hommes (80 %) et un âge moyen de 48 ans. Les localisations principales étaient les pneumopathies (60 %), suivies des bactériémies (23,3 %) et des infections urinaires (16,7 %). Toutes les souches étaient multirésistantes, ne restant sensibles qu'à la colistine. Le taux de mortalité était élevé (56,7 %). Les principaux facteurs de risque identifiés étaient la ventilation mécanique prolongée, l'utilisation préalable d'antibiotiques à large spectre et la durée d'hospitalisation.

Conclusion

Les infections à *Acinetobacter baumannii* en réanimation représentent un défi majeur, en raison de la fréquence élevée des souches multirésistantes et du taux de mortalité important. Une politique d'antibiothérapie raisonnée et des mesures strictes de prévention sont indispensables pour limiter leur impact.

MOTS-CLÉS

Acinetobacter baumannii , Infections nosocomiales , Réanimation

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction

Les infections nosocomiales constituent un problème de santé publique majeur, en particulier dans les unités de soins critiques où la morbidité et la mortalité restent élevées. Parmi les germes en cause, **Acinetobacter baumannii** s'impose aujourd'hui comme un pathogène opportuniste redouté, en raison de sa capacité à survivre longtemps dans l'environnement hospitalier et à acquérir rapidement des mécanismes de résistance aux antibiotiques [1] . Cette bactérie est particulièrement redoutable en réanimation, chez des patients fragiles, souvent porteurs de dispositifs invasifs et exposés à des traitements antibiotiques prolongés. L'émergence de souches multirésistantes, parfois limitées à une sensibilité à la colistine, complique encore davantage la prise en charge thérapeutique et assombrit le pronostic des patients atteints [2,3] .

Dans ce contexte, il est essentiel de mieux comprendre le profil épidémiologique, clinique et évolutif des infections à *Acinetobacter baumannii* en réanimation afin d'identifier les facteurs de risque, d'optimiser la prise en charge et de proposer des mesures de prévention adaptées à notre contexte local. Ce travail vise à décrire notre expérience au sein du service de réanimation d'un hôpital marocain sur une période de deux ans.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, menée dans le service de réanimation sur une période de 24 mois, de janvier 2022 à décembre 2023. Ont été inclus tous les patients hospitalisés ayant développé une infection nosocomiale documentée à *Acinetobacter baumannii*, après confirmation microbiologique.

Pour chaque patient, les données suivantes ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : âge, sexe, antécédents, durée de séjour en réanimation, présence de dispositifs invasifs (ventilation mécanique, sondes urinaires, cathéters), type d'infection (pneumopathie, bactériémie, infection urinaire...), antibiothérapie reçue avant l'infection, résultats des

hémocultures et antibiogrammes, évolution clinique (guérison, décès), et principaux facteurs de risque associés.

Les résultats ont été analysés de façon descriptive à l'aide d'Excel, avec calcul des moyennes, pourcentages et fréquences.

Résultats

Au total, 30 cas d'infections nosocomiales à *Acinetobacter baumannii* ont été recensés sur la période étudiée, soit une incidence de [à compléter si tu veux le taux par rapport au total hospitalisé]. La population était composée de 24 hommes (80 %) et 6 femmes (20 %), avec un âge moyen de 48 ans (extrêmes de 18 à 73 ans).

Les principaux antécédents retrouvés étaient : diabète (36,7 %), hypertension artérielle (33,3 %) et pathologie cardiaque (13,3 %). Tous les patients étaient porteurs d'au moins un dispositif invasif : 100 % étaient intubés et ventilés, 90 % avaient une sonde urinaire et 76,7 % un cathéter veineux central.

Les localisations des infections étaient dominées par les pneumopathies acquises sous ventilation (18 cas, 60 %), suivies des bactériémies (7 cas, 23,3 %) et des infections urinaires (5 cas, 16,7 %).

L'antibiogramme des souches isolées montrait une **multirésistance totale** : 100 % des souches étaient résistantes à tous les antibiotiques testés à l'exception de la colistine, à laquelle elles restaient sensibles. L'antibiothérapie initiale était probabiliste dans la majorité des cas, avec recours à la colistine dès la réception de l'antibiogramme.

L'évolution clinique était marquée par un taux de mortalité élevé : 17 patients sont décédés (56,7 %), alors que 13 ont évolué favorablement. Les facteurs associés à une évolution défavorable étaient l'âge avancé, la présence de comorbidités, la durée prolongée de ventilation mécanique, et l'utilisation antérieure d'antibiotiques à large spectre.

Discussion

Notre étude confirme la place préoccupante d'**Acinetobacter baumannii** parmi les pathogènes nosocomiaux majeurs en réanimation. Cette bactérie, longtemps considérée comme opportuniste, s'est hissée au rang de redoutable adversaire pour le clinicien en raison de sa capacité à survivre dans l'environnement hospitalier, à coloniser durablement les surfaces et le matériel médical, et surtout à acquérir une multirésistance en quelques cycles d'antibiothérapie [1,2] .

La prévalence élevée de la multirésistance observée dans notre série (100 % des souches sensibles uniquement à la colistine) est comparable à celle rapportée dans plusieurs travaux régionaux et internationaux, qui évoquent souvent des taux de multirésistance dépassant 80 à 90 % dans les services de soins intensifs [2,4] . Ce constat témoigne de la pression antibiotique exercée en milieu hospitalier, notamment par l'utilisation fréquente d'antibiotiques à large spectre en réanimation. Le recours systématique à la colistine comme molécule de dernier recours soulève d'ailleurs des inquiétudes croissantes, car même cette molécule, longtemps considérée comme "ultime", est désormais menacée par l'émergence de mécanismes de résistance acquis [6] .

L'analyse des facteurs de risque de survenue des infections à *Acinetobacter baumannii* dans notre population (ventilation mécanique, dispositifs invasifs, séjour prolongé, antibiothérapie préalable) retrouve des déterminants classiques, largement retrouvés dans la littérature [3,5] . Ces éléments illustrent la nécessité d'une surveillance rigoureuse des patients à risque et d'un contrôle strict de l'utilisation des dispositifs médicaux, qui doivent être posés et retirés selon des protocoles précis et évalués quotidiennement.

La **mortalité élevée** (56,7 %) observée dans notre étude, bien que choquante, rejoint les taux publiés dans des contextes similaires, où la gravité des patients et le caractère invasif de l'infection majorent considérablement le risque de décès [2,4] . Il faut souligner que le pronostic dépend non seulement de la virulence de la bactérie et du profil de résistance, mais aussi de la rapidité du diagnostic, de l'adéquation initiale du traitement antibiotique et du terrain du patient. Le retard à l'instauration d'une antibiothérapie efficace, parfois imposé par l'attente de l'antibiogramme, demeure un facteur aggravant.

Face à ce constat, plusieurs axes d'amélioration doivent être envisagés. D'abord, **l'hygiène hospitalière** reste le levier majeur pour freiner la transmission croisée : hygiène des mains, respect des précautions standard, désinfection des surfaces, isolement des patients porteurs et limitation du recours aux gestes invasifs. Des audits réguliers de la qualité des soins et des formations continues sont indispensables pour maintenir un haut niveau de vigilance **【1,7】** .

Ensuite, la **politique d'antibiothérapie** doit évoluer vers une gestion plus raisonnée, favorisant la prescription ciblée, la dé-escalade rapide dès l'identification du germe, et la limitation de la durée des traitements empiriques à large spectre. La mise en place de comités d'antibiothérapie locaux, l'élaboration de protocoles adaptés au contexte microbiologique de chaque service et la participation à des réseaux de surveillance épidémiologique sont des stratégies efficaces, déjà recommandées par les principales sociétés savantes **【2,3】** .

Enfin, l'arrivée de nouvelles molécules actives sur les souches multirésistantes reste limitée, ce qui confère à la prévention et à la surveillance une importance capitale. Les équipes doivent être sensibilisées à l'intérêt de la détection précoce des cas, à la déclaration des infections à la direction de l'hôpital, et à la nécessité de retours d'expérience en cas de cluster ou d'épidémie.

Notre travail présente certaines limites : il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, sur un effectif modeste, sans groupe comparateur et avec un recueil parfois incomplet de certaines variables cliniques. Toutefois, il offre une photographie fidèle du défi que représentent les infections à *Acinetobacter baumannii* en réanimation, et souligne l'urgence d'une mobilisation collective pour endiguer leur impact.

En somme, la lutte contre ce pathogène ne peut reposer que sur une approche multidisciplinaire, alliant prévention, surveillance, usage rationnel des antibiotiques et implication de tous les acteurs du soin.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Munoz-Price LS, Weinstein RA. Acinetobacter infection. N Engl J Med. 2008;358(12):1271-1281.
<https://doi.org/10.1056/NEJMr070741>
2. Peleg AY, Seifert H, Paterson DL. Acinetobacter baumannii: emergence of a successful pathogen. Clin Microbiol Rev. 2008;21(3):538-582.
<https://doi.org/10.1128/CMR.00058-07>
3. Garnacho-Montero J, et al. Acinetobacter baumannii infection in ICU. Curr Opin Crit Care. 2014;20(5):516-524.
4. Zarrilli R, et al. Global evolution of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii. Infect Genet Evol. 2013;14:273-284.
5. Khan HA, et al. Ventilator-associated pneumonia in critically ill patients: a review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015;34(8):1533-1542.
6. Falagas ME, Rafailidis PI, Matthaiou DK. Resistance to polymyxins (colistin) in Gram-negative bacteria. Int J Antimicrob Agents. 2010;35(5):377-383.
7. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Maroc. Surveillance de la résistance aux antimicrobiens : rapport annuel. 2023.