



HAL
open science

Bloodstream infections in immunocompromised children and emergence of multi-resistant bacteria

Coralie Hardy Raad

► **To cite this version:**

Coralie Hardy Raad. Bloodstream infections in immunocompromised children and emergence of multi-resistant bacteria. *Pédiatrie*. 2019. dumas-02483860

HAL Id: dumas-02483860

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02483860>

Submitted on 18 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES

2019

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2019ANTI0465

**BLOODSTREAM INFECTIONS IN IMMUNOCOMPROMISED
CHILDREN AND EMERGENCE OF MULTI-RESISTANT
BACTERIA**

THESE

Présentée à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et soutenue publiquement à l'Université Claude Bernard à LYON
et examinée par les Enseignants des deux Facultés pour le compte de la Faculté des Antilles

Le 15/03/2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

RAAD Coralie née HARDY

Jury: M. ELENGA

Professeur, Président du jury

M. BERTRAND

Professeur

M. GILLET

Professeur

Mme HALFON-DOMENECH

Docteur en Médecine, Directrice de thèse



Liste des Enseignants

Le Président de l'Université des Antilles : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Pierre COUPPIE	Dermatologie et vénéréologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Thierry DAVID	Ophtalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (Suite)	
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Magalie DEMAR - PIERRE	Parasitologie et Infectiologue CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 20
Michel DE BANDT	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
Karim FARID	Médecine Nucléaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67
Mehdi MEJDOUBI	Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Rémi NEVIERE	Physiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christian SAINTE-ROSE	Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Sébastien BREUREC	Bactériologie & Vénérologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (Suite)	
Félix DJOSSOU	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Nicolas VENISSAC	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Moustapha DRAMÉ	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christophe DELIGNY	Médecine Interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
Narcisse ELENGA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Michel CARLES	Anesthésie Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89

Professeur de Médecine Générale	
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40

Professeur Associé de Médecine Générale	
Franciane GANE-TROPLENT	Médecine générale Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	Endocrinologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	Nutrition CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
Moana GELU-SIMEON	Gastroentérologie hépatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Maturin TABUE TEGUO	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Véronique BACCINI	Hématologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10

Maître de Conférence des Université de Médecine Générale	
Philippe CARRERE	Médecine générale Ruelle de la colline Section Dupré 97141 VIEUX FORT Tel : 05 90 80 84 05

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale	
Franck MASSE	Médecine générale Maison de Santé de Ducos 1 Place Asselin de Beauville 97224 DUCOS

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux	
BLAIZOT Romain	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte	Endocrinologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
BUTORI Pauline	Ophthalmologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 50 / 0690 00 93 95
CHAUMONT Hugo	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
CHEVALLIER Ludivine	Chirurgie Digestive et Viscérale CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
DUDOUIT Sylvain	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
DURTETTE Charlotte	Médecine interne CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 55
HENNO Florent	Anesthésie-Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10
HUYGHUES DES ETAGES Gunther	ORL/Chirurgie maxillo faciale CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 60
JEREMIE Jean-Marc	Psychiatrie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 44
LEFEVRE Benjamin	Maladies infectieuses CHU de Pointe-à-Pitre Tel : 05 90 89 10 10
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 72
PARSEMAIN Aurélie	ORL/Chirurgie maxillo faciale CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 60
PASQUIER Jérémie	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux (Suite)	
PERROT Emmanuel	Urologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 13 95
POUY Sébastien	Cardiologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 72
RENARD Guillaume	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
ROLLE Amélie	Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10
SAINTE-ROSE Vincent	Parasitologie et Mycologie CH "Andrée ROSEMON" de Cayenne Tél. : 0594 39 53 59
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
TRAMIER Ambre	Gynécologie-Obstétrique CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 19 89

Chefs de Clinique des Universités – Médecine Générale	
BONIFAY Timothée	Médecine Générale CHU de Cayenne, Croix Rouge Tél. : 0594 39 50 50
CARPIN Jamila	Médecine Générale Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Tél. : 0590 20 39 37
NIEMETZKI Florence	Médecine Générale CH « Andrée Rosemon » de Cayenne/Cabinet Tél. : 05 94 39 50 50 poste 59 28
PLACIDE Axiane	Médecine Générale CHU de Martinique, Cabinet Tél. : 05 90 72 12 04

Professeurs ÉMÉRITES (au 31/08/2019)	
Serge ARFI	Médecine interne CHU de FORT- DE – France Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45
Georges JEAN-BAPTISTE	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

Remerciements

J'aimerais remercier les membres de mon jury de thèse d'avoir pris le temps de lire et évaluer mon travail.

Je souhaite tout particulièrement remercier le Dr Carine Halfon-Domenech, ma directrice de thèse, qui m'a accompagnée depuis le début de mon travail. Présente, positive, organisée et toujours à l'écoute, merci. En semaine, le week-end, en France et à l'étranger, et même en arrêt maladie, le Dr Halfon-Domenech m'a soutenue. Merci.

Merci à toute l'équipe - infirmiers, médecins, biologistes - de l'institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Lyon. Merci au Professeur Yves Bertrand, aux Drs Faure-Conter, Cuzzubo et Fuhrmann d'avoir relu avec attention mon manuscrit. Merci à l'équipe du service de rhumatologie et néphrologie pédiatrique de l'HFME qui fut bienveillante pendant tout l'été 2018.

Je suis très reconnaissante à ma famille pour son soutien inconditionnel. Merci à mes parents, votre éducation et votre amour m'ont aidé à grandir et m'ont construit. Je vous en suis très reconnaissante. Un immense merci à Aude et Alex, les Hardy Sisters. Kader, le meilleur beau-frère, sans toi je n'aurai pas de si belles tables et figures. Merci pour le soutien de ma belle-famille, Huguette et Aamo'brahim, Vincent et Nico.

Merci à mon mari, Mathieu qui a su m'épauler et me motiver tout au long de mon travail. Que de chemin parcouru, voyages au bout du monde, vie associative, internat sous les tropiques, mariage, une magnifique petite fille, et en parallèle nos études de médecine. Merci pour l'amour que tu me donnes au quotidien. Un très grand merci Adélie d'avoir été si sage pendant que je finalisais mon manuscrit.

Sans oublier les amis. Merci à Chloé, Jeanne et Oriane la sous colle du cha, mais surtout de vraies amies. Clotilde, une oreille attentive à l'autre bout du monde. Anne, Benjamin, Camille, Camcam, Valou, Horti et toute la bande scoute (de France). La bonne humeur et la joie de vivre des carabins rouges et de leurs aînés (Dib et Barès).

Une pensée toute particulière à Mamy Thérèse, Mamy Suzy et Papy Jean.

Sommaire

1. Résumé en français.....	- 11 -
2. Résumé en anglais	- 12 -
3. Revue de la littérature	- 13 -
4. Contributions des auteurs du travail.....	- 18 -
5. Statut de l'article	- 18 -
6. Manuscrit.....	- 19 -
7. Conclusion en français.....	- 42 -

1. Résumé en français

Objectif : Les bactériémies sont responsables d'une morbidité élevée chez les enfants immunodéprimés. La documentation d'une bactériémie demeure difficile en cas de survenue d'un épisode fébrile chez ces patients fragiles, c'est pourquoi une antibiothérapie probabiliste à large spectre est rapidement initiée. L'objectif de cette étude est double. Il consiste à la fois à caractériser l'épidémiologie des bactéries responsables de bactériémie chez des enfants immunodéprimés, mais également d'étudier l'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques chez ces mêmes patients

Méthodes : Une étude descriptive et rétrospective fut menée de janvier 2014 à décembre 2017 à l'institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Lyon, un centre unique représentatif de tous les niveaux d'immunodépression de l'enfant. Notre cohorte comprenait des patients atteints de maladies hématologiques et oncologiques, des enfants ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques, et de patients souffrant de déficit immunitaire combiné sévère. Une bactériémie était définie par une hémoculture positive associée à de la fièvre. L'antibiothérapie probabiliste était adaptée au niveau d'immunodépression de l'enfant et à une éventuelle colonisation bactérienne antérieure, et comprenait de la vancomycine, de l'amikacine et une pénicilline à large spectre.

Résultats : 310 (4.2%) bactériémies furent identifiées chez 186 patients sur les 7301 hospitalisations recensées en 4 ans. Les Cocci Gram-Positifs étaient majoritaires et représentaient 72,9 % des bactériémies documentées avec 49.7 % de staphylocoques à coagulase négatifs et 6.5% de *Staphylococcus aureus*. Les Bacilles Gram-Négatifs représentaient 21.6% des pathogènes identifiés avec 4.8% d'infections à *Pseudomonas*. L'incidence annuelle des bactériémies diminua de 0.75% ($p = 0.002$) par an. Seules 11 des 310 bactériémies (3.5%) furent causées par des bactéries multirésistantes.

Conclusion :

Les bactériémies chez les patients immunodéprimés sont majoritairement dues à des Cocci-Gram-Positifs. Dans notre étude, l'utilisation raisonnée d'antibiotiques à large spectre n'était pas associée à l'émergence de bactéries multirésistantes.

2. Résumé en anglais

Objective: Bloodstream infections (BSI) remain a major cause of morbidity and mortality in immunocompromised children. Documenting bacteremia at the onset of fever in immunocompromised patients is problematic: this leads to an early administration of broad-spectrum antibiotics. This study was performed to investigate the epidemiology of BSI: the bacterial spectrum and antibiotic resistance profiles.

Methods: A retrospective, descriptive study was conducted from January 2014 to December 2017, in a tertiary care center in France, Lyon. Our cohort included a large scale of immunocompromised children: hematological malignancies, oncology patients, children undergoing hematopoietic stem cell transplantation, as well as patients with severe combined immunodeficiency syndromes. A BSI was defined by a positive blood culture sample, associated with fever. Empirical antibacterial therapy was adjusted to the immunosuppression risk group, and prior bacterial colonisation. All patients received vancomycin, amikacin and a broad-spectrum penicillin.

Results: We identified 310 (4.2%) BSI episodes among 186 patients, for a total of 7301 hospitalisations. Gram-positive cocci were the most common isolates, 226/310 (72.9%). Coagulase negative staphylococci were identified in 49.7 % (154/310) BSI and *Staphylococcus aureus* caused 6.5% (20/310) infections. None of the latter were methicillin resistant. Gram-negative-bacilli accounted for 21.6% (67/310) isolated bacteria and *Pseudomonas* for 4.8% (15/310). The incidence of BSI annually decreased of 0.75% ($p = 0.002$). Only 11/310 (3.5%) BSIs were caused by multidrug-resistant bacteria (MDRB), none were vancomycin resistant.

Conclusion: BSI in our immunocompromised patients was mainly caused by Gram-positive bacteria. The controlled use of broad-spectrum antibiotics was not associated with the emergence of MDRB.

3. Revue de la littérature

La médecine est une science qui ne cesse d'évoluer et les avancées thérapeutiques des dernières décennies soulèvent de nouveaux enjeux médicaux. Aux bénéfices d'un meilleur contrôle de la maladie sous immunosuppresseurs, d'une guérison au prix de chimiothérapies intensives ou de thérapies ciblées, s'ajoutent les risques infectieux liés à l'immunodépression induite, ou innée. Les polynucléaires neutrophiles jouent un rôle majeur dans l'immunité innée en attaquant les agents bactériens et fongiques, déclenchant ainsi une cascade pro-inflammatoire au site de l'infection. Une neutropénie, qualitative ou quantitative, expose ainsi les patients immunodéprimés à un risque d'infection bactérienne et/ou fongique grave.

L'altération de la fonction immunitaire peut être congénitale, comme cela se retrouve chez les enfants présentant un déficit immunitaire combiné sévère ou bien une granulomatose septique. Elle peut également être secondaire aux corticothérapies prolongées, aux cancers (hématologiques en particulier), aux chimiothérapies, à l'utilisation d'immunodépresseurs au long cours, et aux greffes (de moelle ou d'organe). Cependant, les niveaux d'immunodépression ne sont pas les mêmes pour tous ces patients. Dans cette population hétérogène, une augmentation en nombre et en durée des épisodes de neutropénie fébrile est constatée¹.

En cas de neutropénie fébrile, les bactériémies sont les infections les plus fréquemment documentées (jusqu'à 22%)². Les complications infectieuses demeurent la cause majeure de morbidité chez ces enfants immunodéprimés^{2,3}. Ces épisodes infectieux allongent la durée moyenne d'hospitalisation, impactant la qualité de vie des patients et de leurs familles. Les soins engendrés ne sont pas dénués de risques : infections nosocomiales, effets secondaires et toxicité des antibiotiques, retard dans les protocoles de chimiothérapie... Ces épisodes infectieux entraînent un surcoût médico-économique⁴.

Dans les pays développés, la mortalité liée à ces infections bactériennes demeure basse. Dans son étude prospective multicentrique, réalisée dans 8 instituts d'oncologie pédiatrique allemands et suisses, de 2007 à 2010, Ammann *et al.* rapportent 3 décès (1,8% ; 3/179) attribuables aux septicémies. Un des pathogènes identifiés était un *Enterobacter cloacae* sécréteur de bêta-lactamase à spectre élargi résistant au traitement de première ligne par pipéracilline - tazobactam et gentamicine⁴. Une étude plus ancienne de L'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) comparant les bactériémies chez

les enfants et les adultes immunodéprimés rapporte une mortalité liée aux infections de 1% chez les enfants contre 4% chez les adultes ($p=0,001$)⁵.

Pour mémoire, les infections fongiques opportunistes (*Candida*, *Aspergillus*, *Mucorales*) peuvent également être à l'origine de tableaux sévères chez ces enfants immunodéprimés, notamment pour ceux ayant une neutropénie profonde et prolongée. En cas d'infection invasive à *Aspergillus*, le taux de survie était de 58% (étude de 2001-2010) dans une étude française⁶. Ce taux chutait drastiquement en cas d'infection mucorale. Une origine infectieuse virale ou encore parasitaire ne doit cependant pas être oubliée en fonction du contexte clinique.

De plus en plus de pédiatres sont amenés à prendre en charge ces épisodes fébriles, voire infectieux, dans cette population hétérogène d'enfants immunodéprimés. L'objectif étant de soigner, tout en minimisant l'échec clinique, la toxicité thérapeutique et la sélection de souches bactériennes résistantes.

DEFINITIONS :

Il faut dans un premier temps identifier et définir ces situations à risque. A l'heure actuelle, il n'existe pas en France ou à l'international de consensus exact sur la définition de Neutropénie Fébrile (NF) chez ces enfants immunodéprimés¹. Selon l'Infectious Diseases Society of America (IDSA), la neutropénie fébrile (NF) est définie par une température orale $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ une fois, ou bien $\geq 38^{\circ}\text{C}$ pendant une durée > 1 heure. Le chiffre de polynucléaires neutrophiles (PNN) doit être inférieur à $500/\text{mm}^3$ ou pouvant le devenir dans les prochaines 48 heures. Pour la Société Européenne d'Oncologie Médicale (ESMO), la NF associe une fièvre $> 38,5^{\circ}\text{C}$ en une seule prise ou $> 38^{\circ}\text{C}$ en deux prises à un intervalle de deux heures, associée à un compte de PNN inférieur à $500/\text{mm}^3$ ou pouvant le devenir¹. Le risque d'infection devient majeur si les PNN sont $< 100/\text{mm}^3$.

EPIDEMIOLOGIE :

Seules 40 à 50% des NF sont d'origine infectieuse, et 10 à 30 % seront documentées par une bactériémie⁷. Toutefois, l'introduction d'une antibiothérapie probabiliste à large spectre demeure une urgence. Il n'existe pas à ce jour de test clinico-biologique sensible et spécifique permettant de différencier les NF bactériémiques des autres. Le choix d'un traitement empirique exige d'une part une connaissance fine et actualisée du spectre microbiologique en cause dans

les septicémies des patients immunodéprimés. D'autre part, il faut identifier les facteurs de risque propres à l'hôte : portes d'entrée infectieuses (muqueuses ORL et digestives, voie veineuse centrale), antécédents de portages ou de bactériémies à germes multi-résistants, compétences immunologiques de l'hôte (pathologie sous-jacente, phase de chimiothérapie, profondeur et durée de la neutropénie, existence d'une réaction du greffon contre l'hôte en cas de greffe). Chez cette population, les bactéries responsables de septicémies sont souvent issues de leur propre flore (nasopharynx, intestin, peau) constituant un réservoir endogène et exogène⁷.

L'épidémiologie des agents pathogènes responsables des bactériémies est en constante évolution géographique et temporelle. Depuis les années 1970, on observe en Europe, un glissement du spectre bactérien des septicémies chez les patients atteints de neutropénie fébrile, des Gram-Négatifs (GN) aux Gram-Positifs (GP)⁸. Les staphylocoques à coagulase négative (CoNS) sont majoritaires, dont plus de la moitié sont résistants à la méthicilline. Les causes de cette modification écologique sont plurifactorielles : l'utilisation d'antibiothérapie prophylactique, la décontamination digestive, la présence de voies veineuses centrales au long cours, l'altération de la barrière cutanéomuqueuse (mucites) induite par les chimiothérapies de plus en plus agressives, l'utilisation d'antibiotiques à large spectre sélectionnant les Cocci Gram-Positifs (CGP). Concernant les bactéries à Gram Négatifs (BGN), *Escherichia coli* est la plus fréquemment identifiée dans les bactériémies symptomatiques, devant les entérobactéries et *Pseudomonas aeruginosa* (6-7% selon les études)^{2,3}. De récentes études menées en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse sur les bactériémies lors de NF, ont montré des taux bas de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques utilisés en routine (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, entérocoques résistants à la vancomycine, BLSE)^{3,9}.

Toutefois les bactéries circulent facilement à l'ère de la mondialisation et des transports aériens : il faut donc s'intéresser également à l'épidémiologie bactérienne des autres continents. Avec 70% de la population mondiale vivant en Asie/Pacifique, cette région est devenue un épiceutre des résistances bactériennes. Une étude sur les bactériémies, menée en Inde en 2013 dans une unité d'oncologie pédiatrique, rapporte des taux alarmants de bactéries multirésistantes. Soixante-et-onze pour cent des pathogènes identifiés étaient des GN avec 24% de bactéries sécrétrices de bêtalactamases à spectre élargi (BLSE) et 26,9% de résistances aux carbapénèmes. La moitié des *Klebsielle* était résistante aux carbapénèmes (probablement NDM-1) ; 41,6% des staphylocoques dorés étaient résistants à la méthicilline⁸.

Une étude italienne publiée en 2014 est également alarmante. Caselli *et al.* ont réalisé

une étude rétrospective multicentrique (2000-2008) dans 12 centres d'oncologie pédiatrique. Cent-vingt-sept enfants avaient une bactériémie à *Pseudomonas aeruginosa* : 31% (39/127) des souches étaient multi-résistantes (résistance à la pipéracilline, aux céphalosporines, aux carbapénèmes et aux fluorochinolones). La mortalité était de 36% (14/39) en cas de résistance bactérienne aux antibiotiques contre 13% (11/88) en l'absence de résistance.

ANTIBIOTHERAPIE :

L'antibiothérapie probabiliste initiale doit donc être adaptée au niveau d'immunodépression ainsi qu'à cette nouvelle écologie : elle doit couvrir les pathogènes majoritaires : les GP, tels que les staphylocoques CoNS et les streptocoques du groupe viridans. Cependant, à cause de la morbidité et de la mortalité élevée associée aux bactériémies à GN, l'antibiothérapie probabiliste doit également couvrir ces pathogènes. En effet en cas de NF et bactériémie à GN, la mortalité peut atteindre 70%⁷.

Il existe peu de recommandations mais de nombreux protocoles locaux concernant le choix de la stratégie antibiotique en cas de survenue d'aplasie fébrile en pédiatrie. En 2012 et 2017, un panel international d'experts en oncologie pédiatrique et en maladies infectieuses ont rédigé des recommandations concernant la prise en charge des neutropénies fébriles chez des enfants atteints de cancer et/ou bénéficiant d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques¹⁰. Ce travail avait pour objectif d'établir des recommandations solides pour la prise en charge pédiatrique des neutropénies fébriles. Il existe en effet une hétérogénéité dans les pratiques françaises concernant la prise en charge initiale des neutropénies fébriles.¹ Ces recommandations proposaient chez les patients à haut risque de NF l'usage d'une monothérapie à large spectre (bêtalactamine active sur le *Pseudomonas* : carbapénème ou céphalosporine de 4^{ème} génération) en première intention en l'absence de sepsis (recommandation forte). Un second antibiotique actif sur les agents GN ou un glycopeptide doit-être administré dans les formes septicémiques/instables ou bien dans les unités à haut taux de résistances bactériennes. En effet, une revue systématique des études cliniques randomisées en cas de NF (3 études avaient des patients à haut risque de NF) comparant une monothérapie vs une combinaison avec adjonction d'un aminoglycoside ne montrait pas de différence significative en terme d'échec thérapeutique et de mortalité¹⁰. Lorsque le risque de NF est faible, ils recommandent (recommandation faible) une antibiothérapie orale. En France, en 2016, seuls 9 centres d'hématologie pédiatrique de la Société Française de Lutte contre les Cancers et Leucémies de

l'Enfant et de l'Adolescent sur 30 (30%) mettaient en pratique cette approche pour les patients neutropéniques fébriles sans sepsis¹.

Dans ce travail de thèse, notre objectif principal a donc été d'étudier l'épidémiologie des bactériémies chez des enfants ayant des niveaux d'immunodépressions différents, allant de patients traités pour des tumeurs solides (faible niveau d'immunodépression) à des patients bénéficiant d'une allogreffe de moelle osseuse (fort niveau d'immunodépression). Notre second objectif a été d'étudier l'existence de résistances bactériennes aux antibiotiques dans notre centre, de 2014 à 2017 inclus.

1. Delebarre M, Tiphaine A, Martinot A, Dubos F. Risk-stratification management of febrile neutropenia in pediatric hematology-oncology patients: Results of a French nationwide survey: D ELEBARRE ET AL. *Pediatr Blood Cancer*. 2016;63(12):2167-2172.
2. Haeusler GM, Mechinaud F, Daley AJ, et al. Antibiotic-resistant Gram-negative bacteremia in pediatric oncology patients--risk factors and outcomes. *Pediatr Infect Dis J*. 2013;32(7):723-726.
3. Simon A, Furtwängler R, Graf N, et al. Surveillance of bloodstream infections in pediatric cancer centers - what have we learned and how do we move on? *GMS Hyg Infect Control*. 2016;11:Doc11.
4. Ammann RA, Laws HJ, Schrey D, et al. Bloodstream infection in paediatric cancer centres--leukaemia and relapsed malignancies are independent risk factors. *Eur J Pediatr*. 2015;174(5):675-686.
5. Hann I, Viscoli C, Paesmans M, Gaya H, Glauser M. A comparison of outcome from febrile neutropenic episodes in children compared with adults: results from four EORTC studies. International Antimicrobial Therapy Cooperative Group (IATCG) of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Br J Haematol*. 1997;99(3):580-588.
6. Domenech C, Leick-Courtois C, Bienvenu A-L, et al. Improvement in the Outcome of Invasive Aspergillosis in a Pediatric Hematology Department: A 10-Year Review. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2015;37(7):560-565.
7. Zimmer AJ, Freifeld AG. Optimal Management of Neutropenic Fever in Patients With Cancer. *J Oncol Pract*. 2019;15(1):19-24. doi:10.1200/JOP.18.00269
8. Thacker N, Pereira N, Banavali SD, et al. Epidemiology of blood stream infections in pediatric patients at a Tertiary Care Cancer Centre. *Indian J Cancer*. 2014;51(4):438-441.
9. Miedema KGE, Winter RHLJ, Ammann RA, et al. Bacteria causing bacteremia in pediatric cancer patients presenting with febrile neutropenia--species distribution and susceptibility patterns. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2013;21(9):2417-2426.
10. Lehrnbecher T, Robinson P, Fisher B, et al. Guideline for the Management of Fever and Neutropenia in Children With Cancer and Hematopoietic Stem-Cell Transplantation Recipients: 2017 Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2017;35(18):2082-2094.

4. Contributions des auteurs du travail

Mme Raad et Dr Domenech ont conçu et mené l'étude, collecté les données, analysé les résultats, rédigé, révisé et édité le manuscrit.

Drs Fuhrmann, Grando, Rasigade et Mme Bruchon ont collecté les données, analysé les résultats, et révisé le manuscrit.

Drs Cuzzubbo, Faure-Conte, Garnier, Bergeron, Renard et Bertrand ont collecté et interprété les données et révisé le manuscrit.

Dr Behdenna a réalisé et interprété les analyses statistiques et révisé le manuscrit.

5. Statut de l'article

L'article est en révision dans le journal Eurosurveillance (IF 7, SIGAPS A).

6. Manuscrit

Bloodstream infections in immunocompromised children and emergence of multi-resistant bacteria, Lyon, France, from 2014 to 2017

Coralie Raad^{1,2}, Abdelkader Behdenna³, Christine Fuhrmann⁴, Jacqueline Grando⁵, Christine Bruchon⁵, Jean-Philippe Rasigade^{4,6}, Cécile Faure-Conter^{1,7}, Daniela Cuzzubbo^{1,2}, Nathalie Garnier^{1,2}, Christophe Bergeron^{1,7}, Cécile Renard^{1,2}, Yves Bertrand^{1,2}, Carine Domenech^{1,2}

Affiliations:

¹ Institute of Pediatric Hematology and Oncology, Lyon

² Hospices Civils de Lyon, Claude Bernard University-Lyon1, Lyon

³ Institute of Biodiversity, Animal Health and Comparative Medicine, University of Glasgow

⁴ Institute of infectious disease Hospices Civils de Lyon, Lyon

⁵ Department of Epidemiology, GH EST, Hospices Civils de Lyon, Lyon

⁶ CIRI – Centre International de Recherche en Infectiologie, Inserm, U1111, Université Claude Bernard Lyon 1, CNRS, UMR5308, Ecole Normale Supérieure de Lyon, Univ Lyon, F-69007, Lyon

⁷ Léon Berard Center, Lyon

INTRODUCTION:

Thanks to the many therapeutic advances made in recent decades, the outcome of immunocompromised children has greatly improved. An alteration in the child's immune system can be caused by either a congenital disease, such as severe combined immunodeficiency syndrome, or can be acquired: hematological malignancies, solid tumors, chemotherapy, and radiotherapy. For all these immunocompromised children, bacterial bloodstream infections (BSI) remain a leading cause of morbidity and mortality (1,2). These BSIs account for nearly half of all nosocomial identified infections (3).

The epidemiology of bacteria causing BSIs has shifted from Gram-Negative organisms in the 1970s to Gram-Positive organisms over the last years (4). BSIs also increase the length of hospitalisation, affect the quality of life of both children and their families and generate significant health costs (5). Thus, many measures are implemented to prevent such events, including antibacterial prophylaxis and early administration of broad-spectrum antibiotic therapy adapted to risk stratification in case of fever. Indeed, the difficulty of documenting bacteremia at the onset of fever in immunocompromised patients led to an early administration

of broad-spectrum antibiotics, without waiting for further clinical or microbiological evidence of infection. The introduction of an empirical antibiotic therapy in febrile neutropenia has reduced the morbidity of infectious complications but differs among pediatric care units (1,2). Antimicrobial resistance occurs naturally over time, and the rapid development of multidrug resistant bacteria (MDRB) has become a major health care issue worldwide. Does our practice trigger the emergence of MDRB?

In this study, we report four years of experience in our tertiary center. Our pluridisciplinary center takes care of patients with congenital immunodeficiency, as well as immunocompromised children induced by chemotherapy for cancer (solid tumor, or hemopathy) and/or HSCT. Our first objective was to analyse the incidence and microbiological spectrum of bacteria-related BSIs. The second objective was to assess if our current large spectrum prophylactic antibiotics protocol led to emergence of MDRB.

METHODS:

Study design and setting

We conducted a monocentric, retrospective and descriptive study over a 4-year period from January 2014 to December 2017. The patients were all treated at the Institute of Pediatric Hematology and Oncology in Lyon, France. This institute is unique in France: it treats children and young adults for hematological diseases (malignancies, severe combined immunodeficiency), solid tumors and has a bone marrow transplantation unit.

All hospitalised patients with a documented BSI were included. Patients with acute lymphoblastic leukemia (ALL) and acute myeloid leukemia (AML) including first line therapy as well as relapse, were treated according to the national and european trials (3,5–7). Patients suffering from malignant lymphomas and solid tumors were treated according to the current ongoing protocols (8–14).

HSCT (allogeneic and autologous) were performed according to the French Society of Bone Marrow Transplantation recommendations. Most patients received a myeloablative conditioning regimen with either total body irradiation or busulfan. Allogeneic HSCT was performed in high-risk acute leukemias in first complete remission, after leukemia relapses, in haemoglobinopathies, in metabolic disorders, in severe combined immunodeficiency syndromes and in aplastic anaemias. Autologous HSCT was performed in high risk solid tumors.

Risk stratification of immunocompromised children

The children were divided into 4 infectious risk groups regarding their immunosuppression level. The lower risk group, group 1, included patients with solid tumors, Hodgkin lymphoma and Langerhans cell histiocytosis. Group 2 included patients with low or

medium risk ALL, localised Burkitt lymphoma, lymphoblastic lymphoma, and high-risk neuroblastoma. In group 3 were included the patients with high risk ALL, high-risk Burkitt leukemia/lymphoma. Group 4 representing the highest risk group, included patients treated for AML, infants under 1-year old with ALL, ALL relapses, allogeneic and autologous HSCT, aplastic anemias, severe combined immunodeficiency syndrome.

Supportive care

Our center has 2 different units (protected unit and conventional unit) with dedicated protective isolation methods. The highest isolation measures were taken for the most immunocompromised patients, group 4. Our protected unit was already described (15). Briefly, this unit consisted of positive air pressure single rooms equipped with HEPA filters. Patients were cared for in a clean non-sterile outfit (gowns and mask). Non-sterile gloves were only required with contagious patients. Food restrictions were extended to a low microbial diet. Upon entering the unit, hands were washed with soap and water followed by an alcohol-based rub. Thereafter, only alcohol-based hand rub was used before being in contact with the patient.

Children hospitalised in the conventional unit were isolated in single rooms only if they had contagious disease. The other patients were free to wander in the unit or in collective areas of the hospital: the school, the playground, the main lobby. Alcohol-based hand rub was used by caregivers before and after any contact with patients.

Children in group 3 and 4 received non-absorbable antibiotics for gut and gum decontamination. Gut and gum decontamination were performed with a Gram-negative bacilli (GNB) targeting aminoglycoside (gentamycin). Gum decontamination targeted alpha-hemolytic streptococcus through vancomycin mouthwash (16). Antifungal decontamination was conducted using oral amphotericin B. Gut and gum samples were collected regularly, in

group 2, 3 and 4 and at arrival for group 1 patient previously treated in a foreign hospital. This monitoring was conducted to assess microbial flora characteristic, inquire colonisation with MDRB, and guide empiric antibiotic therapy in the occurrence of fever. No primary antifungal prophylaxis was used for our patients, including group 3 and 4.

All patients had a long-term central venous access device (CVAD) implanted at the diagnosis. Tunneled catheters and peripherally inserted central catheters (PICCs) were cared accordingly to protocol. Clinically infected (local inflammatory signs, pain, redness, swelling, purulent drainage) central venous access devices were removed. Positive blood cultures despite an adapted antibiotic therapy was an indication of CVAD removal. In the occurrence of a *Staphylococcus aureus* related BSIs, CVAD removal was strongly discussed. The presence of *Pseudomonas* or *Stenotrophomonas* related BSIs was an absolute indication for CVAD removal.

Data collection and definitions

Microbiological records were reviewed to identify patients with BSIs. Their medical records were analysed. The patient's legal guardian signed an informed consent before treatment, which included authorisation for the report of their data.

A bacteremia was defined by a positive blood culture sample obtained through a CVAD, associated with fever. For coagulase-negative staphylococci (CoNS) two distinct positive blood cultures within 48 h were mandatory. A polymicrobial infection was defined by a positive blood culture with different pathogens. Fever was defined as a single body temperature $> 38.5^{\circ}\text{C}$ or at least two measures $> 38^{\circ}\text{C}$ in an interval of 1 hour. Neutropenia was defined as an absolute neutrophil count of < 0.5 Giga/L.

Multidrug resistant bacteria were defined as having acquired non-susceptibility to at least one antimicrobial agent in three or more antimicrobial categories. Highly resistant bacteria were defined as non-susceptibility to at least one agent in all but two or fewer antimicrobial categories. (17)

Empirical intravenous antibiotic therapy protocols

All patients with a CVAD and febrile neutropenia were empirically treated with a glycopeptid (vancomycin), an aminoglycoside (amikacin) and a broad-spectrum penicillin adjusted to the risk group. Group 1 received ceftriaxone, groups 2, 3 and 4 received a broad-spectrum penicillin. We also adapted our empirical therapy to prior identified gum or gut bacterial colonisation and history of MDRB. If an infection was found, antibiotic therapy was secondarily tailored to the identified germ. Vancomycin was stopped after 48 hours if the multiple blood cultures did not identify a Gram-positive-cocci. The aminoglycoside was stopped after 3 injections in the absence of bacterial documentation, and single kidney patients received a single shot.

Statistical analysis

Descriptive statistics were reported in terms of absolute frequencies and percentages. Distribution of data was described in terms of a median or mean value. Simple linear regression and Pearson's correlation tests were used to compare the relationship between different variables. P values <0.05 were considered significant.

RESULTS:

Patients' characteristics

There was a total of 7301 stays in our 2 units from January 2014 to December 2017, with an annual increase. During these 7301 hospitalisations (> to 1 day), we identified 310 BSI among 186 patients; corresponding to a ratio of 4.2% of stays. BSIs accounted for 37.5% to 44% of the center's hospitalisations for fever and febrile neutropenia over these years. Patients with BSIs were aged from 3 days old to 22 years old; 134/310 (43,1%) were females. Patients' characteristics are described in table 1 and suppl. tables 1 and 2.

Bacteria spectrum and risk group distribution (Fig. 1, suppl. fig. 1)

BSIs were mostly observed in groups 1 and 4, with a stable percentage of infections per year in these groups over time. An average of 33,9 % (27,8-36,5%) BSIs in 4 years were recorded in group 1, and 34,1% (27-41%) in group 4. The percentage of BSIs in groups 2, and 3 were respectively 21,6% (13,8-31,7%) and 10,3 % (1,6-15,7%), they were more labile over time (Table 1).

Over the 4 years, among 310 infections, Gram-positive cocci accounted for 72.9 % of all BSIs: 49.7 % were documented with CoNS with 37.1% of *Staphylococcus epidermidis*, 6.5% with *Staphylococcus aureus* and 3.2% with group D *Streptococcus*. None of the *Staphylococcus aureus* were methicillin resistant. Gram-negative-bacilli accounted for 21.6% of all BSIs, including 14.5% enterobacteria (*Escherichia coli* 14/45 (31.1%); *Enterobacter cloacae* 11/45 (24.4%); *Klebsiella pneumoniae* 8/45 (17.8%)) and 4.5% *Pseudomonas* BSIs. The analysis of the bacterial spectrum according to the groups was not statistically significant. However, we observed around 50% BSIs caused by CoNS in groups 1 and 4. The percentage

of BSIs due to enterobacteria was also the highest in these two groups, respectively 15.6% and 23%. (Fig. 2).

Incidence

The incidence of BSIs dropped over time: 5.5% of annual stay in 2014 and 3.2% in 2017, thus an annual decrease of 0.75% ($p=0.002$) (Table 1). This statistically significant effect is the resultant of the annual decrease of staphylococcal infections with a drop of 4.4 ($p=0.001$) BSIs per year. Streptococcal and enterobacteria infections also declined over time, with respectively an annual decrease of 1.8 ($p = 0.077$) and 3.2 ($p = 0.09$). Incidence of *Pseudomonas* related BSIs were stable over time.

Reinfections

Our patients had different types of CVADs: 78 central ports, 20 PICCs and 212 tunneled catheters. CVAD were considered as clinical infected in 30 cases (9.7%), and 60 CVAD (19.4%) were removed.

Fifty-eight patients (31%) suffered from a second or more BSI. Thirty-nine patients underwent 2 BSIs, 19 patients underwent 3 BSIs or more BSIs. Fifteen (26.3%) patients were in group 1, and 25 (40.9%) in group 4. There was no statistical difference between the groups (Fig. 3) Among these 58 re-infected patients, 25 had their CVAD removed once and 3 had their CVAD removed twice. Among the patients infected twice, 15/39 patients were re-infected by *Staphylococcus* (CoNS and *Staphylococcus aureus*). Twenty-four patients were re-infected by a different pathogen.

Polymicrobial infections:

We identified 26 episodes of polybacterial infections: 2, or more, identified bacteria in separate blood cultures during the same infectious episode. They occurred in 23 (12.4%) patients, 10 patients were in group 1, 6 in group 2, and 7 in group 4. Three patients suffered from 2 polybacterial BSIs (group 1 and 4). We did not observe a statistical significance between the risk group and the occurrence of polybacterial infections.

Multiresistance, gum and gut colonisation:

Gum and/or gut MDRB colonisation was identified in 65 patients, mostly in group 4 (39/65). Six out of these 65 MDRB were identified as extensively drug resistant bacteria (non-susceptibility to at least one agent in all but two or fewer antimicrobial categories) (17). One child in group 1 had been previously treated in Romania and was colonised with a *Klebsiella pneumoniae* producing carbapenemase (OXA 48) and an *Enterococcus faecium* resistant to glycopeptides. Three other children, treated in our center only were colonised with 2 *Enterobacter cloacae*, 2 *Klebsiella pneumoniae*.

Eleven BSIs (3.5%) were identified as MDRB: 5 *E.coli*, 3 *Klebsiella pneumoniae*, 1 *Enterobacter cloacae*, 1 *Klebsiella oxytoca*, 1 *Hafnia alvei*. Eight of these MDRB infections were primo-infections. One patient had originally been treated in eastern Europe and was colonised with MDRB at his arrival. Three MDRB infections were caused by reinfections. Six of them were associated with a gum or gut bacteria translocation, 3 in group 1, 1 in group 2 and 2 in group 4. All gram-positive bacteria were susceptible to vancomycin. We report no extensively drug resistant bacteria in BSIs.

DISCUSSION:

Immunocompromised children, due to malignancies and their treatments or caused by primary immunodeficiency, encounter a high risk of BSIs. BSIs are the most frequent complications and causes of hospitalisation in this specific population. The epidemiology of bacteria causing BSIs has shifted from Gram-Negative organisms in the 1970s to Gram-Positive organisms over the last years (4). Furthermore, the rapid development and the global spread of multidrug resistant bacteria is a major health care issue worldwide. Knowledge of pathogens distribution and resistance patterns is paramount for an optimal empiric antibiotic therapy and outpatient management.

In this study, we examined the spectrum and resistance profile of bloodstream infections in pediatric immunocompromised patients in relation to their immunosuppression level. In our center the incidence of BSI dropped over time 4.3 % (3.2-5.5%). The majority of BSIs (72.9 %) were caused by Gram-positive cocci, particularly CoNS. Among the Gram-negative bacteria, enterobacteriae were the most common ones. These results are coherent with worldwide experience of BSI in pediatric hematology and oncology (18). Opportunistic infections caused by Gram-positive bacteria among our population may be the product of several cofactors including neutropenia, intensive chemotherapy, presence of invasive devices such as CVADs, and mucositis. In accordance to Miedema et al (1) we did not identify a single case of BSIs due to methicillin resistant *Staphylococcus aureus* or vancomycin-resistant enterococci. We report no extensively drug resistant enterobacteria. These results are also consistent with European studies performed in pediatric oncology treatment centers in Germany, Switzerland and the Netherlands (19) where the proportion of MDRB-related BSIs remained consistently low (1,5% of all BSIs). Bacterial spectrum in the current study was comparable to the one observed in non-hemato-oncological pediatric centers such as intensive care unit, neonatology (20). Our protocol was thus well adapted to the local ecology:

vancomycin targeted CoNS whereas Gram-negative bacteria were controlled by a broad-spectrum penicillin. An aminoglycoside was added for the synergic effect.

Our protocol diverges from the 2012 guidelines for management of febrile neutropenia in children with cancer and/or undergoing HSCT (21). Indeed, these guidelines strongly recommend monotherapy as first line treatment, with an antipseudomonal β -lactam or carbapenem as empiric therapy in the high-risk group. A second anti Gram-negative agent or a glycopeptide was added only for clinically unstable patients. We agree with the overall goal: minimising exposure to avoidable antibiotics while providing coverage for virulent organisms. An excessive use of broad-spectrum antibiotics may accelerate resistance rates. However, with our step-down strategy, we were able to rapidly stop unnecessary antibiotics at 48h. Moreover, initial broad-spectrum multiple therapy enabled a rapid control of BSIs: the early use of glycopeptides allowed a rapid control of more than 50% of our BSI and does not appear to trigger vancomycin resistant CoNS. *Pseudomonas* is responsible for a minority of our BSI whereas enterobacteria represents the most common Gram-negative bacteria. We then prefer to reserve carbapenem for documented penicillin resistant germs and MDRB, and thus avoid selection of new resistant bacteria. The lack of resistance of our Gram-negative isolates is reassuring and reflects the tight regulation of broad-spectrum antibiotics in our unit. There are major limits to our study which is a retrospective evaluation over a short period of time, in a single center. We could consider, in order to diminish antibiotic exposure, to restrain the use of aminoglycosides. They would be used in case of severe sepsis or in patients with a high risk of BSI caused by digestive pathogens. This would then be individually discussed and re-evaluated over time.

Thanks to our antibiotic protocol, the early administration of intravenous antibiotics enabled a quick control of the BSIs. The step-down therapy at 48h depended on clinical and

biological features. The patients with a controlled CoNS BSIs (apyrexia, benign clinical features, sterilisation of blood cultures, vancomycin adapted concentration levels (22)) could be discharged within 72 hours and the treatment was pursued at home with the outpatient hospitalisation. This early outpatient management strategy considerably increased the children's quality of life. With a rapid control of the infection we were also able to sterilise 81% of CVAD without the use of an antibiotic lock. For thirty-three patients we controlled the BSIs without adding the burden of another intervention. The 25 remaining patients had a second surgery to replace the CVAD. These results are meaningful: changing a CVAD is a non-negligible intervention in terms of morbidity and the health costs. This outcome highlights the importance of medical and parental education: a key point in the primary prevention of BSIs. The nurses as well as the parents followed strict aseptic rules regarding the use and manipulation of the CVAD. Furthermore, our unit has set up a training program for the nurses over the last years.

To our knowledge this is the first study that analyses the microbiological spectrum of bacteria related BSIs in immunocompromised children, with risk stratification on the level of immunosuppression. A strength of this study is that we are unique: we treat in the same institute blood cancers, solid tumors, benign platelet and red blood cell pathologies, congenital immunodeficiency and we perform HSCT. The diversity of the diseases we treat gives legitimacy to the study, even if monocentric.

Our study reveals the same number of documented BSIs in the highest immunosuppression group (group 4) than in the less immunocompromised group (group 1). This last group could be compared to children treated by immunosuppressive treatments on the long term. In adult oncology units, a cohort which can be compared to our group 1, febrile neutropenia are treated

with oral antibiotics. The 2012 guidelines for the management of pediatric febrile neutropenia(21) also recommend (weakly, 2B) oral antibiotic administration in children with low risk febrile neutropenia. Our present study demonstrates a high proportion of BSIs caused by *Staphylococcus* (50%) and enterobacteria (15%) in this low risk group. Such pathogens, in association with a CVAD, cannot be treated with oral medication only (21). Additionally, oral antibiotics encounter major difficulties in children compared to parenteral antibiotics: drug form, palatability, cooperation of younger children, impaired gastrointestinal absorption, mucositis. These results stress the importance of a close follow up during the entire treatment in all risk groups.

Reinfections were a major issue in our study: 31% patients suffered from a reinfection. Interestingly their immunocompromised status was not correlated to a higher risk of reinfection as we could have supposed. The patients were predominantly reinfected by different pathogens and were not more likely to have MDRB. We did not identify the sources of all reinfections. It could be interesting to study the different risk factors of reinfections. They are a true burden for the families and the patients who are re-hospitalised in most cases. Survival rates now exceed 70% in child cancer however reducing the morbidity is tomorrow's challenge.

A decontamination was performed in our center in the highest immunocompromised groups 3 and 4. However, prophylactic administration of oral antibiotics stays a debated issue. By modulating the composition of the hosts' intestinal microbiota to prevent infections, decontamination damage the gut epithelial barrier. Murine studies suggest that metabolites generated by the gut microbiota not only regulate intestinal immune homeostasis, but also influence circulating immune cells (23). A recent study revealed the occurrence of a higher rate of acute graft-versus-host disease after HSCT in patients who received gut decontamination.

The authors suggested that microbiota alteration could participate in a systemic pro-inflammatory response and alter intestinal immune homeostasis (22). One must also consider that the gut microbiota can be altered by other cofactors during these infectious episodes such as fasting, mucositis, parenteral nutrition. The major limit to gut and gum decontamination is non-observance, especially in teenage patients (24). Indeed, an incomplete decontamination will inevitably select resistant bacteria. Interestingly, in our study, we observed only 6 BSI (9.2% of the 65-positive gut/gum samples) caused by a bacterial agent identified in both blood culture and gut/gum sample. However, this number is probably underestimated, the sensitivity of bacterial identification through gum and gut sample remains low. Prospective studies that evaluate the contribution of bacterial decontamination to the emergence of MDRB are needed.

CONCLUSION:

BSI in immunocompromised children are mainly caused by Gram-positive bacteria, this result is consistent with worldwide experience. In our center, the incidence of BSIs declined over the 4 years due to a decrease of staphylococcal infections. This result stresses the importance of medical and parental education concerning the management of CVADs. The low and constant number of MDRB related BSIs is encouraging. The short use of vancomycin does not trigger the emergence of resistant bacteria. Regarding the immunosuppression levels we must stay alert, BSIs remain a major cause of morbidity even in the less immunosuppressed patients. A prospective multicenter study involving pediatric oncology and hematology units is required to address the limitations identified by this study.

REFERENCES :

1. Miedema KGE, Winter RHLJ, Ammann RA, Droz S, Spanjaard L, de Bont ESJM, et al. Bacteria causing bacteremia in pediatric cancer patients presenting with febrile neutropenia--species distribution and susceptibility patterns. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2013 Sep;21(9):2417–26.
2. Delebarre M, Tiphaine A, Martinot A, Dubos F. Risk-stratification management of febrile neutropenia in pediatric hematology-oncology patients: Results of a French nationwide survey: D ELEBARRE ET AL. *Pediatr Blood Cancer*. 2016 Dec;63(12):2167–72.
3. Entz-Werle N, Suci S, van der Werff ten Bosch J, Vilmer E, Bertrand Y, Benoit Y, et al. Results of 58872 and 58921 trials in acute myeloblastic leukemia and relative value of chemotherapy vs allogeneic bone marrow transplantation in first complete remission: the EORTC Children Leukemia Group report. *Leukemia*. 2005 Dec;19(12):2072–81.
4. Thacker N, Pereira N, Banavali SD, Narula G, Vora T, Chinnaswamy G, et al. Epidemiology of blood stream infections in pediatric patients at a Tertiary Care Cancer Centre. *Indian J Cancer*. 2014 Dec;51(4):438–41.
5. Felix A, Leblanc T, Petit A, Nelkem B, Bertrand Y, Gandemer V, et al. Acute Myeloid Leukemia With Central Nervous System Involvement in Children: Experience From the French Protocol Analysis ELAM02. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2018 Jan;40(1):43–7.
6. Biondi A, Schrappe M, De Lorenzo P, Castor A, Lucchini G, Gandemer V, et al. Imatinib after induction for treatment of children and adolescents with Philadelphia-chromosome-positive acute lymphoblastic leukaemia (EsPhALL): a randomised, open-label, intergroup study. *Lancet Oncol*. 2012 Sep;13(9):936–45.
7. Domenech C, Mercier M, Plouvier E, Puraveau M, Bordigoni P, Michel G, et al. First isolated extramedullary relapse in children with B-cell precursor acute lymphoblastic leukaemia: results of the Coopral-97 study. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990*. 2008 Nov;44(16):2461–9.
8. Landmann E, Burkhardt B, Zimmermann M, Meyer U, Woessmann W, Klapper W, et al. Results and conclusions of the European Intergroup EURO-LB02 trial in children and adolescents with lymphoblastic lymphoma. *Haematologica*. 2017 Dec;102(12):2086–96.
9. Cairo MS, Sposto R, Gerrard M, Auperin A, Goldman SC, Harrison L, et al. Advanced stage, increased lactate dehydrogenase, and primary site, but not adolescent age (≥ 15 years), are associated with an increased risk of treatment failure in children and adolescents with mature B-cell non-Hodgkin's lymphoma: results of the FAB LMB 96 study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2012 Feb 1;30(4):387–93.
10. Wrobel G, Mauguen A, Rosolen A, Reiter A, Williams D, Horibe K, et al. Safety assessment of intensive induction therapy in childhood anaplastic large cell lymphoma: report of the ALCL99 randomised trial. *Pediatr Blood Cancer*. 2011 Jul 1;56(7):1071–7.
11. Worch J, Ranft A, DuBois SG, Paulussen M, Juergens H, Dirksen U. Age dependency of primary tumor sites and metastases in patients with Ewing sarcoma. *Pediatr Blood Cancer*. 2018 Jun 1;e27251.
12. Wilde JCH, Aronson DC, Sznajder B, Van Tinteren H, Powis M, Okoye B, et al. Nephron sparing surgery (NSS) for unilateral wilms tumor (UWT): the SIOP 2001 experience. *Pediatr Blood Cancer*. 2014 Dec;61(12):2175–9.
13. Gaspar N, Occean B-V, Pacquement H, Bompas E, Bouvier C, Brisse HJ, et al. Results of methotrexate-etoposide-ifosfamide based regimen (M-EI) in osteosarcoma patients included in the French OS2006/sarcome-09 study. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990*. 2018;88:57–66.

14. Morgenstern DA, Pötschger U, Moreno L, Papadakis V, Owens C, Ash S, et al. Risk stratification of high-risk metastatic neuroblastoma: A report from the HR-NBL-1/SIOPEN study. *Pediatr Blood Cancer*. 2018 Jul 17;e27363.
15. Domenech C, Leick-Courtois C, Bienvenu A-L, Pracros J-P, Picot S, Bleyzac N, et al. Improvement in the Outcome of Invasive Aspergillosis in a Pediatric Hematology Department: A 10-Year Review. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2015 Oct;37(7):560–5.
16. Brunet AS, Ploton C, Galambrun C, Pondarré C, Pages MP, Bleyzac N, et al. Low incidence of sepsis due to viridans streptococci in a ten-year retrospective study of pediatric acute myeloid leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2006 Nov;47(6):765–72.
17. Magiorakos A-P, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. 2012 Mar;18(3):268–81.
18. Mvalo T, Eley B, Bamford C, Stanley C, Chagomerana M, Hendricks M, et al. Bloodstream infections in oncology patients at Red Cross War Memorial Children’s Hospital, Cape Town, from 2012 to 2014. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2018 Dec;77:40–7.
19. Simon A, Furtwängler R, Graf N, Laws HJ, Voigt S, Piening B, et al. Surveillance of bloodstream infections in pediatric cancer centers - what have we learned and how do we move on? *GMS Hyg Infect Control*. 2016;11:Doc11.
20. Hooven TA, Polin RA. Healthcare-associated infections in the hospitalized neonate: a review. *Early Hum Dev*. 2014 Mar 1;90:S4–6.
21. Lehrnbecher T, Phillips R, Alexander S, Alvaro F, Carlesse F, Fisher B, et al. Guideline for the management of fever and neutropenia in children with cancer and/or undergoing hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2012 Dec 10;30(35):4427–38.
22. Hoegy D, Goutelle S, Garnier N, Rénard C, Faure-Contier C, Bergeron C, et al. Continuous intravenous vancomycin in children with normal renal function hospitalized in hematology–oncology: prospective validation of a dosing regimen optimizing steady-state concentration. *Fundam Clin Pharmacol*. 2018 Jun 1;32(3):323–9.
23. Whangbo J, Ritz J, Bhatt A. Antibiotic-mediated modification of the intestinal microbiome in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2017 Feb;52(2):183–90.
24. Lehrnbecher T, Laws H-J, Boehm A, Dworzak M, Janssen G, Simon A, et al. Compliance with anti-infective preventive measures: A multicentre survey among paediatric oncology patients. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990*. 2008 Sep;44(13):1861–5.

Table 1: BSIs per year and per level of immunosuppression

	2014		2015		2016		2017		4 years	
	1633	1735	1948	1985	7301	7301	7301	7301	7301	7301
Group 1	89 (5,5%)	80 (4,6%)	78 (4,0%)	63 (3,2%)	310 (4,2%)	310 (4,2%)	310 (4,2%)	310 (4,2%)	310 (4,2%)	310 (4,2%)
Solid tumors	32 (36%)	29 (36,3%)	21 (27,8%)	23 (36,5%)	105 (33,9%)	105 (33,9%)	105 (33,9%)	105 (33,9%)	105 (33,9%)	105 (33,9%)
Hodgkin Malignant Lymphoma	2,9 (0,1-20,2)	2,4 (0,3-19,2)	2,6 (0,8-18,3)	3,7 (0,5-22,1)	10 (3,2%)	10 (3,2%)	10 (3,2%)	10 (3,2%)	10 (3,2%)	10 (3,2%)
Age (y) (median-range)	4 (4,5%)	4 (5%)	1 (1,3%)	1 (1,6%)	28 (9%)	28 (9%)	28 (9%)	28 (9%)	28 (9%)	28 (9%)
CVAD local infection	9 (10,1%)	9 (11,3%)	4 (5,1%)	6 (9,5%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)
CVAD rem oval	2 (2,2%)	1 (1,3%)	0	2 (3,2%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
MDRB septicemia	0	1 (1,3%)	0	2 (3,2%)	8 (2,6%)	8 (2,6%)	8 (2,6%)	8 (2,6%)	8 (2,6%)	8 (2,6%)
MDRB identified translocation	1 (1,1%)	0	0	7 (11,1%)	67 (21,6%)	67 (21,6%)	67 (21,6%)	67 (21,6%)	67 (21,6%)	67 (21,6%)
Gum and gut MDRB colonisation	19 (21,3%)	11 (13,8%)	17 (21,8%)	20 (31,7%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)
Group 2	14 (15,7%)	9 (11,3%)	8 (10,1%)	1 (1,6%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)
ALL: Low and medium risk groups	3,4 (1,3-15,9)	15,2 (0,5-17,9)	11,1 (4,2-19,5)	1,2	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
Non Hodgkin Malignant lymphoma	1 (1,1%)	1 (1,3%)	0	1 (1,6%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
Metastatic neuroblastoma	4 (4,5%)	4 (5%)	5 (6,4%)	5 (7,9%)	18 (5,8%)	18 (5,8%)	18 (5,8%)	18 (5,8%)	18 (5,8%)	18 (5,8%)
Age (y) (median-range)	1 (1,1%)	0	1 (1,3%)	0	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)
CVAD local infection	1 (1,1%)	0	0	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)
CVAD rem oval	1 (1,1%)	0	0	0	16 (5,2%)	16 (5,2%)	16 (5,2%)	16 (5,2%)	16 (5,2%)	16 (5,2%)
MDRB septicemia	1 (1,1%)	0	0	0	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)
MDRB identified translocation	1 (1,1%)	0	0	0	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)
Gum and gut MDRB colonisation	4 (4,5%)	2 (2,5%)	0	10 (15,9%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)
Group 3	14 (15,7%)	9 (11,3%)	8 (10,1%)	1 (1,6%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)	32 (10,3%)
ALL: High risk group	3,4 (1,3-15,9)	15,2 (0,5-17,9)	11,1 (4,2-19,5)	1,2	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
High risk Burkitt lymphoma / leukemia	0	2 (2,5%)	0	1 (1,6%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
Non Hodgkin Malignant lymphoma high risk group / relapse	1 (1,1%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	0	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)
Age (y) (median-range)	2 (2,2%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CVAD local infection	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CVAD rem oval	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDRB septicemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDRB identified translocation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gum and gut MDRB colonisation	4 (4,5%)	1	0	0	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)	5 (1,6%)
Group 4	24 (27%)	31 (38,8%)	32 (41%)	19 (30,2%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)	106 (34,1%)
AML	5,3 (0,6-18,6)	7,4 (1,3-20,9)	3,0 (0,4-18,7)	11,8 (0,9-18,7)	58 (18,7%)	58 (18,7%)	58 (18,7%)	58 (18,7%)	58 (18,7%)	58 (18,7%)
Acute Leukemia relapse	12 (13,5%)	11 (13,8%)	22 (28,2%)	13 (20,6%)	12 (3,9%)	12 (3,9%)	12 (3,9%)	12 (3,9%)	12 (3,9%)	12 (3,9%)
Medullary aplasia	1 (1,1%)	0	10 (12,8%)	1 (1,6%)	11 (3,5%)	11 (3,5%)	11 (3,5%)	11 (3,5%)	11 (3,5%)	11 (3,5%)
Severe combined immunodeficiency syndrome (SCID)	2 (2,2%)	2 (2,5%)	5 (6,4%)	2 (3,2%)	4 (1,3%)	4 (1,3%)	4 (1,3%)	4 (1,3%)	4 (1,3%)	4 (1,3%)
HSC T (allogenic, autologous)	1 (1,1%)	0	2 (2,6%)	1 (1,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)
Age (y) (median-range)	1 (1,1%)	0	1 (1,3%)	0	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)
CVAD local infection	1 (1,1%)	0	1 (1,3%)	0	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)
CVAD rem oval	7 (7,9%)	12 (15%)	16 (20,5%)	4 (6,3%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)
MDRB septicemia	1 (1,1%)	0	1 (1,3%)	0	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)
MDRB identified translocation	1 (1,1%)	0	1 (1,3%)	0	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)
Gum and gut MDRB colonisation	7 (7,9%)	12 (15%)	16 (20,5%)	4 (6,3%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)	39 (12,6%)

HSC T: Hematopoietic stem cell transplantation
MDRB: Multi-drug resistant bacteria

ALL: Acute lymphoblastic leukemia
AML: Acute myeloid leukemia

Figure 1: Bacterial spectrum per year

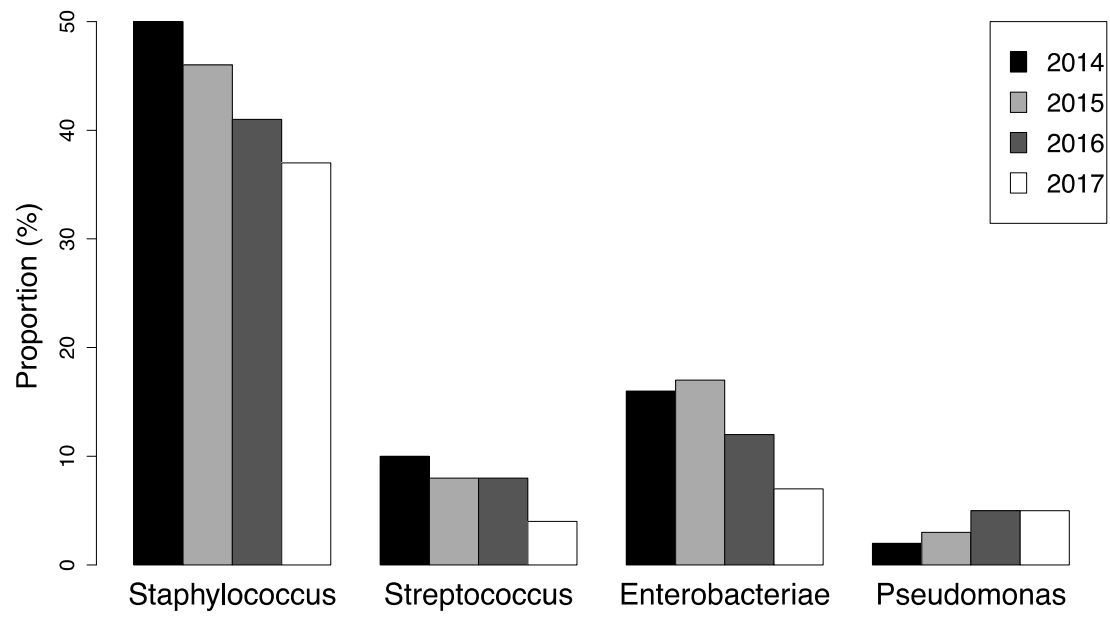


Figure 2: Bacteria causing BSIs per group

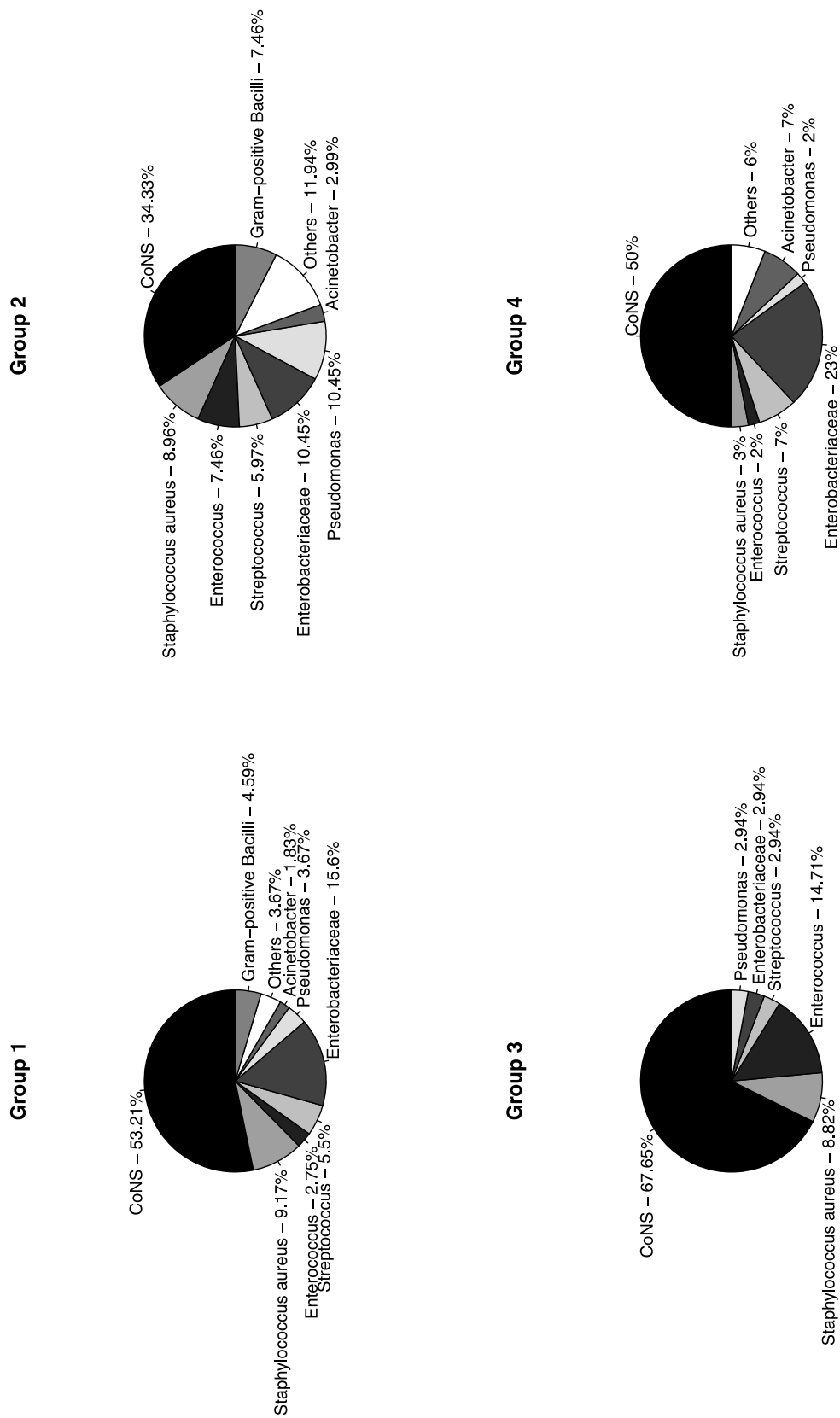
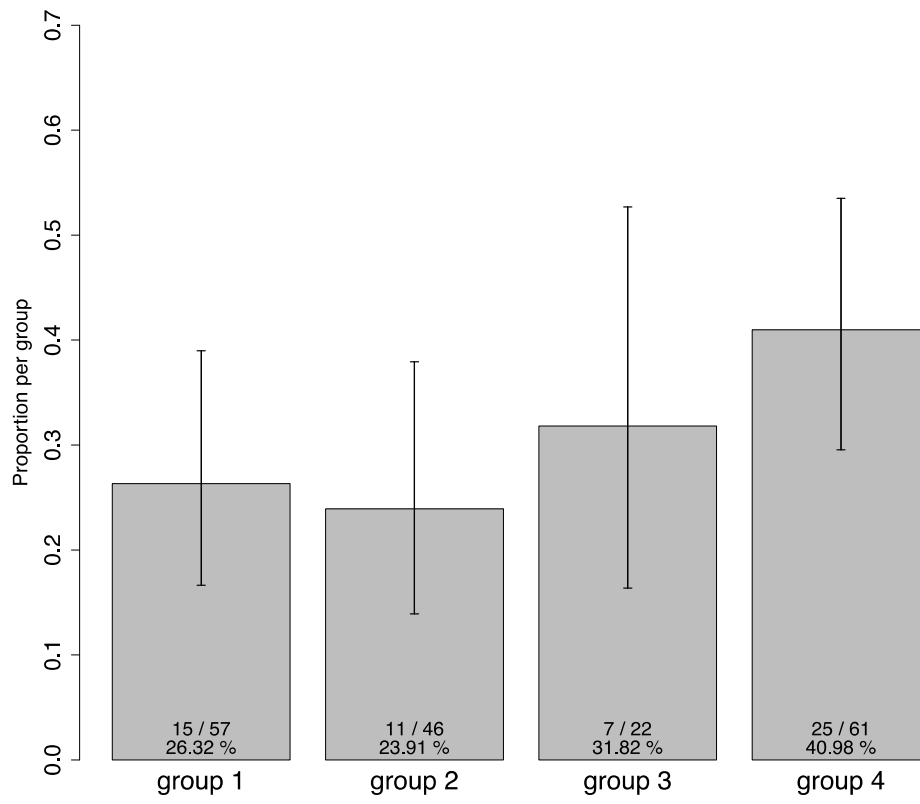
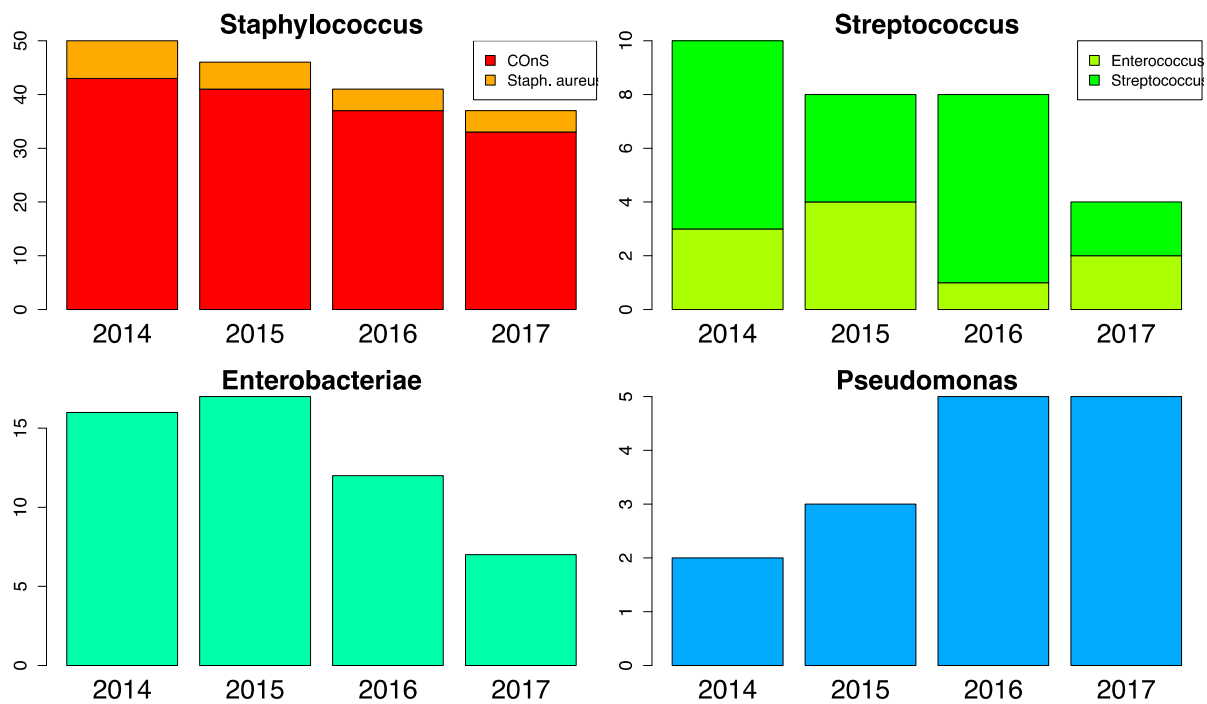


Figure 3: Number of reinfections per risk group



Supplemental figure 1: Detailed bacterial spectrum per year



Supplemental table 1: BSIs per year and disease, patients' characteristics

	2014	2015	2016	2017	4 years
Total BSI	89	80	78	63	310 (%)
Pre/post HSCT for non tumoral pathologies					
Benign red cell and platelet pathology	3	1	1	2	7 (2,3)
Bone marrow failure	4	2	7	1	14 (4,5)
Congenital immunodeficiency	5	4	3	3	15 (4,8)
Other (adrenoleukodystrophy)	1	0	0	0	1 (0,3)
Leukemias					
ALL in first line	25	17	19	18	79 (25,5)
* Low risk ALL	1	5	4	3	13 (4,2)
* Medium risk ALL	9	1	9	13	32 (10,3)
* High risk ALL	15	11	6	2	34 (11)
AML in first line	4	8	6	3	21 (6,8)
JMML	0	2	9	0	11 (3,5)
Relapses	6	12	7	8	33 (10,6)
Non-Hodgkin Malignant Lymphoma	0	6	3	2	11 (3,5)
Solid tumors					
Sarcoma	15	4	12	10	41 (13,2)
Cerebral tumors	7	5	3	10	25 (8,1)
Metastatic neuroblastoma	10	5	4	2	21 (6,8)
Others	9	13	3	2	27 (8,7)
Palliative care	0	1	1	2	4 (1,3)

ALL: acute lymphoblastic leukemia

AML: acute myeloblastic leukemia

BSI: bloodstream infection

HSCT: hematopoietic stem cell transplantation

JMML: juvenile myelomonocytic leukemia

Sarcoma (osteosarcoma, Ewing sarcoma, rhabdomyosarcoma, undifferentiated sarcoma)

Supplemental table 2: Features of patients who underwent allogeneic stem cell transplantation

Underlying disease	Total of patients	Total of BSI	Stem Cell Sources			HLA-compatibility	
			Bone marrow	Peripheral blood	Cord blood units	geno-identical	pheno-identical
Acute leukemia (High risk, relapse)	20	24	14	1	5	5	15
Adrenoleukodystrophy	1	1	1	0	0	0	1
Beta Thalassemia major	1	1	1	0	0	0	1
Chronic myeloid leukemia	1	1	1	0	0	1	0
Chronic septic granulomatosis	1	1	1	0	0	0	1
Juvenile myelomonocytic leukemia	1	9	1	0	0	1	0
Medullary aplasia	3	9	2	1	0	0	3
SCID	3	7	1	0	2	0	3
Sickle cell anemia	2	2	2	0	0	2	0
Wiskott-Aldrich syndrome	1	2	0	0	1	0	1
XIAP deficiency	1	2	1	0	0	0	1

BSI: bloodstream infection

SCID: severe combined immunodeficiency

7. Conclusion en français

En conclusion, notre étude corrobore les données européennes actuelles : les bactériémies chez l'enfant immunodéprimé sont majoritairement causées par des Cocci Gram-Positifs. De plus, nous avons observé entre 2014 et 2017 une décroissance de l'incidence des bactériémies principalement attribuable à la diminution des infections systémiques à staphylocoque.

Nous rapportons au travers de cette étude qu'un très faible et constant nombre de bactériémies sont causées par des bactéries multirésistantes. L'utilisation courte et raisonnée de vancomycine n'a pas induit, à notre connaissance, de résistance bactérienne. Notre antibiothérapie probabiliste large spectre ne semble pas avoir été associée à l'émergence de bactéries multirésistantes.

Par ailleurs, cette étude regroupant tous les niveaux d'immunodépression de l'enfant, nous alerte sur l'importance de rester vigilant : tout enfant immunodéprimé, et ce quel que soit son statut d'immunosuppression, est à risque de bactériémie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RAAD Coralie (née HARDY)

SUJET DE LA THESE:

Bloodstream infections in immunocompromised children and emergence of multi-resistant bacteria

THESE: MEDECINE

Qualification: Médecine Spécialisée en pédiatrie

ANNEE: 2019

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2019ANTI0465

MOTS CLEFS : bactériémies – immunodépression – cancer pédiatrique -
antibiothérapie – bactéries multirésistantes

RESUME DE LA THESE

L'objectif principal de ce travail a été d'étudier l'épidémiologie des bactériémies chez les enfants immunodéprimés : identifier le spectre bactérien ainsi que la résistance bactérienne aux antibiotiques. Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective menée de janvier 2014 à décembre 2017 à l'institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Lyon. 310 (4.2%) bactériémies furent identifiées chez 186 patients. Les Cocci Gram-Positifs étaient majoritaires, (72,9 %). L'incidence annuelle des bactériémies diminua de 0.75% ($p = 0.002$) par an. Seules 3.5% des bactériémies furent causés par des bactéries multirésistantes. Chez nos patients immunodéprimés, les bactériémies documentées ont majoritairement été attribuées à des Cocci-Gram-Positifs. Dans cette étude, l'utilisation raisonnée d'antibiotiques à large spectre n'a pas été associée à l'émergence de bactéries multirésistantes.

JURY : Président: Pr Narcisse ELENGA

Juges : Pr Yves BERTRAND

: Pr Yves GILLET

: Dr HALFON DOMENECH
