



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

COVID-73

Intérêt des antibiotiques au cours de la COVID-19

F. Moretto, T. Sixt, M. Abdallahoui, H. Devilliers, P. Chavanet, F. Catherine, L. Piroth
CHU de Dijon, Dijon, France

Introduction La COVID-19 est une infection virale pouvant se manifester par un syndrome grippal bénin, une pneumonie voire un syndrome de détresse respiratoire aiguë justifiant une hospitalisation. Actuellement, les surinfections bactériennes semblent peu fréquentes. L'intérêt d'une prescription systématique d'antibiotiques dans cette éventualité est donc en question. Nous avons donc comparé nos patients hospitalisés pour une COVID-19 ayant bénéficié ou non bénéficié d'une antibiothérapie.

Matériels et méthodes Nous avons inclus de façon rétrospective tous les patients hospitalisés de notre service de maladies infectieuses pour une COVID-19 confirmée par PCR entre le 26 février et le 30 avril 2020. Les patients admis via un service de réanimation ou de soins intensifs étaient exclus. Les données cliniques, biologiques, radiologiques, l'évolution clinique ainsi que la prescription éventuelle d'antibiotiques ont été recueillies via le dossier médical informatique pour chaque patient. Une comparaison entre les patients ayant reçu ou non une antibiothérapie a été réalisée.

Résultats Sur les 222 patients inclus, 174 (78 %) ont bénéficié d'une antibiothérapie. L'amoxicilline-acide clavulanique représentait 55 % (95 patients) des prescriptions, suivie par les C3G (25 patients, 30 %). La pipéracilline-tazobactam ne représentait que 5 % (9 patients) des antibiotiques de première ligne. Aucune co-infection bactérienne n'a été documentée. Les patients ayant eu des antibiotiques étaient significativement plus âgés (71,5 vs 65,3 ans, $p=0,026$) et 144 patients sous antibiotique (83 %) avaient au moins un facteur de risque de COVID-19 grave (vs 32 patients [67 %], $p=0,015$), notamment une maladie cardiovasculaire (111 patients [64 %] vs 22 patients [46 %], $p=0,025$). Cliniquement, les patients ayant bénéficié d'une antibiothérapie avaient plus de fièvre (143 patients [82 %] vs 26 patients [54 %], $p<0,001$) et de dyspnée (118 patients [68 %] vs 19 patients [40 %], $p<0,001$). Le score NEWS2 était significativement plus élevé à j0 chez les patients avec antibiotiques (6 vs 2, $p<0,001$). Biologiquement, les patients ayant eu des antibiotiques avaient une CRP significativement plus élevée (94 mg/L vs 29 mg/L, $p<0,001$). Enfin, les patients avec antibiotiques avaient une atteinte significativement plus grave au scanner ($p=0,014$). Concernant le devenir des patients, les patients ayant eu des antibiotiques avaient une évolution significativement plus défavorable (60 patients [34 %] vs 4 patients [8 %], $p<0,001$).

Conclusion Les patients ayant bénéficié d'une antibiothérapie étaient plus âgés, plus à risque de forme grave comme le témoigne le score NEWS2 et avaient plus de comorbidités. Cela explique probablement la prescription d'antibiotiques afin de ne pas méconnaître une surinfection bactérienne chez ces patients graves et fragiles. L'évolution était cependant plus défavorable que sans antibiotiques, ce qui est probablement expliqué par la sévérité initiale plus importante de ces patients.

Au vu de ces résultats et de l'absence de co-infection documentée, l'antibiothérapie ne semble pas avoir d'intérêt au cours de la COVID-19, comme l'indique les dernières recommandations du haut conseil de la santé publique. Des études cliniques supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact d'une antibiothérapie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.188>

COVID-74

Patients en unités COVID et usage des antibiotiques : a posteriori, en a-t-on trop fait ?

A. Benaïche, P. Kuczera-Naessens, A. Montmureau, A. Roger, M. Egot, M.-H. Tywoniuk, G. Cornea, A. Dzeing-Ella
CH de Denain, Denain, France

Introduction Notre hôpital de soins tertiaires, d'environ 550 lits, est situé dans une zone considérée à forte circulation du Sars-Cov-2. La création de trois unités COVID (39 lits) a permis l'hospitalisation d'environ 300 patients (19 en surveillance continue (USC) et 288 en hospitalisation conventionnelle). Les gaz médicaux et les antibiotiques (ATB) y ont constitué les premiers postes de dépenses en médicaments, avec respectivement 6598 € et 8107 € HT. Notre objectif a été d'analyser *a posteriori* l'usage des ATB en unités COVID au regard des recommandations du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) du 06/06/2020.

Matériels et méthodes Les lignes d'ATB prescrites dans le dossier patient informatisé (DPI) entre le 01/02 et le 04/06/20, ont été analysées sur Excel. Les comorbidités et signes de gravité, décrits par le HCSP, ont été recueillis à partir de la synthèse médicale d'entrée et de la pancarte quotidienne du DPI, sans connaissance de la prescription médicale.

Résultats Cent quatorze patients ont reçu un ATB, soit 37 % des patients en unités conventionnelles et 58 % des patients en USC. L'antibiothérapie empirique initiale était : amoxicilline-acide clavulanique (A-AC) [$n=34$] ; C3G + macrolide (M) [$n=28$] ; A-AC + M [$n=22$] ; C3G [$n=8$] ; C3G + doxycycline [$n=4$] ; A-AC + doxycycline [$n=4$] ; autres [$n=21$]. Le recours à la doxycycline est essentiellement retrouvé chez les patients sous hydroxychloroquine en remplacement du macrolide. La durée moyenne d'exposition aux ATB était de 7 jours [± 4 jours]. Parmi ces 114 patients, 32 présentaient des comorbidités et ont été essentiellement traités par A-AC [$n=12$], A-AC + M [$n=9$], ou par C3G + M [$n=6$]. Trente-trois patients présentaient au moins un signe de gravité et ont été traités par C3G + M [$n=11$] ; A-AC [$n=6$], A-AC + M [$n=5$]. Trente et un patients présentaient au moins une comorbidité et un signe de gravité. Ils ont été traités par A-AC [$n=9$] ; C3G + M [$n=8$] ou A-AC + M [$n=5$]. Dix-huit patients sous ATB ne présentaient ni comorbidité ni critères de gravité. Parmi eux, 6 patients présentaient un foyer bactérien (pulmonaire, digestif ou urinaire) objectivé ; 4 présentaient une pneumopathie interstitielle bilatérale, pour laquelle une antibiothérapie était recommandée par notre centre expert régional ; 1 patient de 17 ans était à risque d'immunodépression, traité par adalimumab.

Conclusion Considérant les comorbidités et signes de gravité décrits dans l'avis du HCSP, ainsi que les étiologies bactériennes objectivées, 90 % des patients ayant reçu un ATB en unité COVID étaient éligibles à l'instauration d'une antibiothérapie selon l'avis du HCSP. Conformément aux recommandations, les prescripteurs ont davantage instauré de l'A-AC chez les patients avec comorbidités, et l'association C3G + M en cas de signe de gravité. Le suivi de ces patients par des infectiologues ou médecins en service d'infectiologie a permis un usage raisonné et un choix pertinent des ATB.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.189>