



SOCIÉTÉ
ALGÉRIENNE
D'INFECTIOLOGIE

الجمعية الجزائرية للأمراض المعدية

^e **7** Congrès National de la société Algérienne d'Infectiologie

◆ Recueil des ◆
Abstract

Abstract

Traitement des infections fongiques invasives : stratégies actuelles et nouvelles perspectives

Introduction : Les infections fongiques invasives constituent une cause majeure de morbi-mortalité, particulièrement chez les patients immunodéprimés et ceux présentant des facteurs de risque associés aux soins. Leur prise en charge reste complexe en raison de la diversité des agents responsables, des difficultés diagnostiques, de l'émergence de résistances aux antifongiques et de la nécessité d'une initiation thérapeutique précoce.

Objectif : Présenter les stratégies thérapeutiques actuelles des principales infections fongiques invasives et discuter les évolutions récentes susceptibles d'optimiser leur prise en charge.

Contenu : La prise en charge repose sur une approche intégrée associant diagnostic microbiologique et radiologique précoce, identification de l'espèce, évaluation de la sensibilité antifongique, contrôle du foyer infectieux et adaptation du traitement au terrain et au site de l'infection. Dans la candidose invasive, les échinocandines demeurent le traitement initial de référence, avec une place croissante pour les stratégies de désescalade et de nouvelles molécules telles que la rezafungine. Dans l'aspergillose invasive, les triazolés restent au cœur du traitement, avec une attention particulière portée à l'optimisation pharmacocinétique, aux interactions médicamenteuses et aux résistances émergentes. La cryptococcose nécessite une stratégie spécifique, fondée dans les formes sévères sur une induction par amphotéricine B liposomale associée à la flucytosine, suivie d'une consolidation puis d'un traitement d'entretien par fluconazole. La mucormycose impose quant à elle une prise en charge urgente associant traitement antifongique adapté, contrôle du foyer et correction des facteurs favorisants. Les infections dues à des moisissures ou levures rares soulignent enfin l'importance de l'identification précise de l'agent et de l'antifongigramme.

Conclusion : Le traitement des infections fongiques invasives évolue vers une approche de plus en plus individualisée, fondée sur le couple **diagnostic rapide–traitement ciblé**, intégrant le contrôle du foyer, la pharmacocinétique, la résistance antifongique et les nouvelles options thérapeutiques. L'optimisation de l'antifungal stewardship constitue désormais un élément essentiel de cette prise en charge.

Rôle de la vaccination dans la riposte des infections réémergences a l'extrême sud de l'Algérie

Elias Akhamouk
EPH Tamanrasset

Maladie épidémique a prévention vaccinale engageant le pronostic Vital, La diphtérie connaît une résurgence importante au sahel depuis 2022 dépassant les 100.000 cas suspects selon le CDC Africa.

De 2019 à 2022 :29 millions d'enfants n'ont pas reçu leur première dose de vaccin DTC.

Bien que la diphtérie maladie historique en Algérie, notamment pendant la période coloniale, a pu être maîtrisée grâce a une vaccination systématique et renforcée. Notre pays a connu une résurgence de cette maladie à partir de la wilaya de Tamanrasset portail sur l'Afrique subsaharienne qui a enregistré en 3 ans plus de 1100 cas suspects.

Différentes mesures ont dû être appliquées pour freiner cette résurgence : notamment une vaccination autour des cas au début en évoluant vers une vaccination de masse touchant plus de 40.000 personnes

Vu la réémergence de la diphtérie en 2023 de la rougeole en 2018 et surtout du premier cas de polio en 2022. Tous à partir de Tamanrasset, La vaccination que ça soit dans le cadre du Calendrier national ou de la vaccination réactive et de rattrapage reste le moyen le plus rentable et le plus efficace pour réduire les décès et freiner l'émergence ou la réémergence des maladies infectieuses.

Diagnostic et traitement des infections du pied chez le patient diabétique

Prof Amel Letaief , Sousse- Tunisie

Les infections du pied chez le patient diabétique (IPPD) constituent une cause majeure d'hospitalisation, de morbidité et d'amputation. Une prise en charge standardisée et pluridisciplinaire est indispensable pour améliorer le pronostic fonctionnel des patients. Cette présentation synthétise les dernières directives pour le diagnostic et le traitement de ces infections.

Le diagnostic est avant tout clinique : L'infection des tissus mous est purement clinique, définie par la présence d'un écoulement purulent ou d'au moins deux signes inflammatoires locaux (érythème, chaleur, douleur, Œdème/induration). La sévérité est classée de Grade 1 (non infecté) à Grade 4 (infection sévère avec signes de réponse inflammatoire systémique). Devant toute plaie chronique ou profonde, le clinicien doit suspecter une ostéite. La démarche diagnostique combine le test du contact osseux, la radiographie standard et, en cas de doute, l'IRM.

Le diagnostic microbiologique, nécessaire dans la majorité des situations cliniques, obéit à des règles importantes à considérer : Les prélèvements superficiels par écouvillonnage sont à éviter. Seuls les prélèvements profonds à la seringue, par biopsie tissulaire ou curetage après débridement (ou biopsie osseuse) permettent d'identifier les pathogènes responsables.

Pour le traitement des IPPD, une antibiothérapie systémique doit être initiée uniquement face à une infection cliniquement avérée (Grades 2 à 4). D'abord probabiliste, ciblant les cocci Gram positif en première ligne, une désescalade est rapidement indiquée avec une antibiothérapie adaptée aux résultats des cultures profondes. La durée de l'antibiothérapie varie selon le siège de l'infection (tissus mous/ostéite) et de l'association ou non d'une chirurgie curative. Elle est de 1 à 2 semaines pour les tissus mous, et s'étend à 6 semaines pour les ostéites traitées médicalement. L'usage d'antibiotiques locaux est rejeté.

Une approche médico-chirurgicale est nécessaire devant une infection sévère, une collection profonde ou une nécrose imposent un débridement chirurgical en urgence. Parallèlement, la mise en décharge mécanique stricte (avec des dispositifs adaptés) et l'évaluation du statut artériel (revascularisation si ischémie critique) sont les piliers indispensables à la cicatrisation.

En conclusion, l'application des recommandations de la prise en charge des IPPD permet de rationaliser l'usage des antibiotiques, de standardiser les pratiques chirurgicales et de réduire le taux d'amputations majeures. Une coordination étroite au sein d'une équipe multidisciplinaire reste la clé du succès.

7^{ème} Congrès National de la Société Algérienne d'infectiologie

Constantine

Du 23 au 25 Octobre 2026.

ABSTRACT

**Les infections urinaires associées aux soins :
de la prévention conventionnelle aux nouvelles stratégies**

Pr.Wahiba Amhis

Coordinatrice du comité d'experts

Chargé de la prévention et du contrôle de l'infection

Ministère de la Santé

Les infections urinaires nosocomiales demeurent les infections associées aux soins les plus fréquentes dans les établissements de santé publics ou privés. Le facteur de risque majeur de ces infections est le sondage urinaire qui est retrouvé dans 60 à 70 des cas. Ces infections, comme toutes celles associées aux soins, se caractérisent entre autre, par une durée d'hospitalisation longue et un coût financier élevé. Aujourd'hui, la menace en santé publique représentée, par la résistance aux antibiotiques des bactéries à l'origine de ces infections complique leur prise en charge, aboutissant souvent à une impasse thérapeutique.

Ces infections bien que fréquentes sont malgré tout évitables. En effet, les découvertes récentes sur le biofilm qui entretient l'infection en recouvrant la partie intérieure de la sonde urinaire empêchant ainsi la pénétration des ATB et par conséquent la destruction des bactéries, les nombreuses recommandations portant sur le diagnostic-stewardship et l'antimicrobial-stewardship émanant d'institutions internationales, tels que le CDC et l'OMS, ainsi que les stratégies multimodales méthodes développées par l'OMS dans le cadre de la prévention et le contrôle de l'infection, sont de nouveaux outils, appliqués de manière rigoureuse dans la prise en charge quotidienne du patient sondé permettent de réduire drastiquement les infections urinaires associées aux soins.

Infections liées aux cathéters d'hémodialyse : les clés d'une prise en charge optimale

A,Aouachria

Faculté de médecine Batna, Laboratoire des hépatites virales

Service de néphrologie CHU Batna

Introduction :

Le cathéter d'hémodialyse constitue un accès vasculaire indispensable, mais représente également une source majeure de risque infectieux chez le patient dialysé. La colonisation du dispositif et la formation d'un biofilm favorisent la persistance microbienne et peuvent conduire à des bactériémies et à des complications potentiellement graves. Dans ce contexte, la prise en charge ne se résume pas au choix d'un antibiotique : elle repose sur un équilibre entre contrôle rapide de l'infection et préservation raisonnée de l'accès vasculaire

Objectif :

Présenter une stratégie pratique permettant d'optimiser le diagnostic et le traitement des infections liées aux cathéters d'hémodialyse, tout en guidant la décision concernant leur retrait ou leur conservation et en intégrant les mesures de prévention.

Méthodes :

Une synthèse des données récentes et des recommandations disponibles a été réalisée, portant sur les particularités diagnostiques des infections liées aux cathéters d'hémodialyse, l'antibiothérapie probabiliste puis ciblée, les indications de retrait ou de conservation du cathéter et la place des verrous antimicrobiens.

Résultats :

La prise en charge débute par une documentation microbiologique appropriée, idéalement avant toute antibiothérapie, associant, lorsque cela est possible, hémocultures périphériques et prélèvements sur cathéter. L'évaluation initiale recherche simultanément les signes de gravité, une infection du site ou du tunnel et d'éventuelles complications. L'antibiothérapie probabiliste doit intégrer la gravité clinique, le risque de résistance et l'écologie microbiologique locale, avant une adaptation précoce aux résultats microbiologiques. Le devenir du cathéter constitue une décision thérapeutique centrale. Son retrait est fortement privilégié en cas de sepsis sévère, d'infection locale ou de tunnelite, de bactériémie persistante ou d'infection à certains microorganismes à haut risque de complications, notamment *Staphylococcus aureus* et *Candida*. À l'inverse, chez des patients sélectionnés, stables et sans complication, une stratégie de conservation peut être envisagée, associant antibiothérapie systémique, verrou antimicrobien et surveillance clinique et microbiologique rapprochée.

Conclusion :

Une infection liée à un cathéter d'hémodialyse impose une décision rapide, mais jamais automatique. La stratégie doit être individualisée selon la gravité, le microorganisme, les complications et la possibilité de contrôler efficacement le foyer infectieux. Le verrou antimicrobien peut contribuer au sauvetage d'un accès vasculaire dans des situations sélectionnées, mais ne doit ni retarder un retrait nécessaire ni se substituer aux mesures de prévention. **Chaque infection évitée, c'est un cathéter préservé, une complication évitée et un antibiotique épargné.**

Mots-clés : hémodialyse ;infection liée au cathéter ; verrou antimicrobien ; prévention.

Catheter-Related Infections in Hemodialysis Patients: A Descriptive Study of a Series of 23 Patients

R. ARROUS, maladies infectieuses, Constantine

OBJECTIFS : Hemodialysis (HD) patients represent a vulnerable population, and infectious complications are the second leading cause of mortality. The main risk factors for these complications are related to vascular access which represents the portal of entry for bacteremia in approximately one-quarter of cases. The objective of this study was to describe the epidemiological, clinical, microbiological, and therapeutic characteristics of catheter-related infections in HD patients, as well as the difficulties of diagnosis and management. **MATÉRIELS ET MÉTHODES** Descriptive, retrospective analysis of a series of adult patients treated for dialysis catheter-related infections based on data collected from patient records admitted between January 2024 and December 2025.

DISCUSSION .

RÉSULTATS A total of 23 patients were included, comprising 12 men and 11 women, with a sex ratio of 1,1. The mean age was 56.3 years. Hypertension was present in 18 patients (79%), diabetes in 11 (48%), cardiac disease in 2 (9%), and HIV infection in 1 patient (5%). The median duration of hemodialysis was 6.2 months. Vascular access was evenly split between jugular in 11 patients (50%) and tunneled catheters in 11 patients (50%). The reported symptoms were: fever at home (96%) , documented on admission in 57% of cases% and chills (74%). Local signs of catheter infection were present in 26% of patients, while sepsis and/or septic shock occurred in 13%. Peripheral and catheter-drawn blood cultures were positive in 19 patients (87%). Among the isolated pathogens, methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) was the most prevalent (69%), followed by methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* (MSSA) (18%), coagulase-negative *Staphylococcus* (9%), and *Acinetobacter baumannii* (4%).

Isolated local catheter infection was observed in 9% of cases. Complicated infections were mainly represented by isolated bloodstream infections (63%), jugular vein thrombosis (62%), and infective endocarditis (28%).

Empirical antibiotic therapy was initiated in 17 patients (74%), mainly with a combination of ciprofloxacin and amikacin (63%). Antibiotic therapy was subsequently adjusted according to microbiological results in 44% of cases. Catheter removal was performed in 90% of patients, while salvage was attempted in two patients(10%). Two patients died, corresponding to a mortality rate of 10%. **CONCLUSION** The diagnosis of hemodialysis catheter-related infections relies on clinical suspicion followed by microbiological confirmation. The initiation of broad-spectrum empirical antibiotic therapy should be guided by clinical evidence and local microbiological ecology.

Keywords: hemodialysis; catheter; infection

« Infections intraabdominales chez les patients cirrhotiques »

H-M BADRAN, hépato-gastro-entérologie, TBRI, Caire, Egypte

L'infection intra-abdominale chez le patient cirrhotique est dominée par **l'infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA)**, qui représente une complication grave et fréquente (10 % à 30 % des infections bactériennes hospitalières)

Objectif : mise au point des avancées, des classifications du Diagnostic et du traitement

- Ponction d'ascite : Indiquée en urgence chez tout cirrhotique hospitalisé ou présentant des signes d'alerte.
- Critère clé : Un taux de polynucléaires neutrophiles (PNN) $\geq 250/\text{mm}^3$ dans le liquide d'ascite, même en l'absence de germe à l'examen direct ou à la culture.
- Symptômes atypiques : La fièvre, les douleurs abdominales ou l'hyperleucocytose sont souvent absentes. L'infection peut se révéler par une décompensation : encéphalopathie hépatique, insuffisance rénale ou hémorragie digestive.]

Traitement

- Antibiothérapie de première intention : Céphalosporines de troisième génération (C3G) en urgence, adaptées ensuite selon l'antibiogramme. Mais les germes résistants deviennent de plus en plus fréquents ce qui nécessite des algorithmes pour traiter
- Perfusion d'albumine intraveineuse : Systématiquement associée pour prévenir le syndrome hépatorénal (insuffisance rénale) aussi et explorer les stratégies de prévention

Optimisation de l'immunisation contre le VHB chez les patients en hémodialyse chronique : bilan multicentrique et perspectives 2023-2026

(2023-2026)

L. Bechir^{1,2}, M. Aibeche^{1,2}, N. Oumeziane^{1,2}, L. Hamzaoui^{1,2}, O. Kaoueche^{1,2}, K. Benlabed^{1,2}, C. Bentchouala^{1,2}

1 Faculté de Médecine, Université Salah Boubnider - Constantine 3, Constantine, Algérie.

2 Service de Microbiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Constantine (CHUC), Algérie.

RÉSUMÉ

Contexte : L'immunosuppression induite par l'urémie limite l'efficacité de la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) chez les patients hémodialysés. Cette étude multicentrique évalue l'immunogénicité d'un protocole de rappel en cascade renforcé et identifie les facteurs prédictifs de non-réponse à Constantine, Algérie.

Matériel et méthodes : Cette étude transversale a inclus 262 patients hémodialysés chroniques (CHU de Constantine et EHS de Daksi). Le protocole consistait en des injections intramusculaires à double dose (40 µg) selon une cascade séquentielle de 4, 5 ou 6 doses. Les anticorps anti-HBs ont été dosés par ELISA (seuil de séroprotection défini à ≥ 10 UI/L).

Résultats : Seuls 130 patients (49,62 %) ont atteint la séroprotection (115 répondeurs modérés, 15 répondeurs forts), tandis que 132 (50,38 %) sont restés des non-répondeurs définitifs. La non-réponse était significativement associée à l'âge avancé ($p = 0,002$; 81,36 % de non-réponse dans la tranche d'âge 61-70 ans), au sexe masculin ($p = 0,001$; sex-ratio H/F de 1,44), au diabète sucré ($p = 0,001$; 86,36 % de non-réponse chez les diabétiques) et à l'ancienneté en dialyse ($p = 0,001$; taux d'échec de 50,93 % pour 11-20 ans). Le poids ($p = 0,901$), le tabagisme ($p = 0,271$) et l'anémie ($p = 0,374$) n'étaient pas statistiquement significatifs.

Conclusion : La séroprotection finale (49,62 %) reste très insuffisante malgré un protocole de renforcement agressif. L'immunisation précoce, dès les stades pré-dialytiques de la maladie rénale chronique, est cruciale pour optimiser l'immunogénicité.

Mots-clés : Hépatite B, Vaccination, Hémodialyse, Non-répondeurs, Adjuvants (CpG, AS04), Constantine.

« Alléger le TAR en 2026 : état des lieux des stratégies de simplification et perspectives »

N. BELABES, maladies infectieuses, EHS El-Kettar, Alger

OBJECTIFS :

L'objectif principal de ces stratégies est de réduire la toxicité métabolique ou rénale, tout en optimisant l'indéetectabilité de la charge virale, l'observance et la qualité de vie des patients.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Cette synthèse médicale résume les avancées majeures en matière de simplification du traitement antirétroviral (TAR) chez les patients vivant avec le VIH en succès virologique pérenne.

DISCUSSION La bithérapie orale quotidienne, s'appuyant principalement sur des associations à haute barrière génétique comme dolutégravir/lamivudine ou dolutégravir/rilpivirine, constitue aujourd'hui un standard solidement validé par les essais cliniques (GEMINI, TANGO, SWORD).

RÉSULTATS :

En parallèle, l'avènement des molécules injectables à longue durée d'action, telles que la combinaison cabotégravir/rilpivirine administrée par voie intramusculaire tous les deux mois, affranchit les patients de la contrainte du comprimé quotidien, sous réserve d'un dépistage rigoureux des facteurs de risque d'échec virologique. L'émergence des nouvelles classes thérapeutiques permet d'étendre ces schémas ultra-longue durée, notamment via l'utilisation du lénacapavir (inhibiteur de la capsid) couplé à des anticorps neutralisants à large spectre (bNAbs). En 2026, l'approbation de doravirine/islatravir élargit encore le concept de bithérapie complète.

CONCLUSION :

L'allègement ne doit cependant pas être confondu avec une diminution indiscriminée du nombre de molécules : activité sur le VHB, résistance archivée, antécédents virologiques, charge virale préthérapeutique et pharmacologie restent essentiels. L'avenir réside probablement dans des thérapies hautement puissantes offrant simultanément simplicité, haute barrière génétique et possibilités d'espacement. L'ensemble de ces options s'inscrit dans une médecine personnalisée où le choix de la simplification repose sur l'historique virologique, le profil de résistance et les préférences individuelles du patient.

« Cardiovascular risk in antiretroviral-naïve people living with HIV aged over 40 : review and departmental experience »

R. BELHADJ-AISSA , maladies infectieuses, EPH Boufarik, Blida

OBJECTIFS :

Improved survival among people living with HIV (PLHIV) has profoundly changed the goals of their care. Beyond virological control, the prevention of comorbidities – particularly cardiovascular disease – has now become a major concern. Early assessment of this risk could enable individualised, proactive management from the time of diagnosis. To provide an update on cardiovascular risk (CVR) prevention in PLHIV and to report our department's experience in assessing this risk, along with the value of incorporating it from the very first consultations, as part of a comprehensive medium- and long-term health approach.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : This is a retrospective, descriptive chart-review study of patients diagnosed with HIV between January 1 and July 31, 2026, without HBV and/or HCV coinfection, prior to any antiretroviral (ARV) therapy. Ten-year CVR was assessed using SCORE2-SCORE2OP. We also reviewed the main tools used to assess and prevent this risk. **DISCUSSION :** Although the sample size was relatively small, more than 50% of patients had a high to very high cardiovascular risk. Even though SCORE2-SCORE2OP is not fully adapted to PLHIV, it remains useful for assessing risk and identifying therapeutic targets for risk reduction alongside HIV-specific therapy. The REPRIEVE trial showed a 35% reduction in major cardiovascular events with statin therapy (pitavastatin). The American ACC/AHA guidelines consider HIV a risk-enhancing factor for CVR regardless of immunological status and recommend statins beyond the age of 40. The European ESC/EACS guidelines use SCORE2 and SCORE2-OP, with annual risk estimation in PLHIV from age 40 onwards, and comprehensive management based on lifestyle and dietary measures, blood pressure and lipid control, and an individualised decision regarding statin use. In Algeria, alongside lifestyle and dietary measures and smoking cessation, recommendations on statin use are still under review.

RÉSULTATS : Forty patients were included. The mean age was 49 years [40–74 years], with a male predominance of 78%. Of these patients, 28 (70%) had the parameters required to calculate SCORE2/SCORE2-OP. According to EACS thresholds, risk was high in 14 (50%), very high in 9 (32%), and low to moderate in 5 (17.8%). Smoking was present in 37% of patients. Mean total cholesterol and non HDL cholesterol levels were 1.49 g/L [0.77–2.18 g/L] and 1.13 g/L [0.48–1.92 g/L], respectively. Regarding other HIV-related factors, the mean CD4 count was 178.9 cells/mm³ [1–1242 cells/mm³]. Other scores, notably the reduced D:A:D score, could not be used owing to missing data (such as family history of cardiovascular disease).

CONCLUSION : It is essential to incorporate cardiovascular risk assessment and prevention from the time of diagnosis in order to individualise and adapt medium- and long-term management, beyond the mere goal of achieving an undetectable viral load

Les dermohypodermes bactériennes non nécrosantes, une entité à géométrie variable : enjeux terminologiques et implications cliniques

D.BENABID^{1,2}, Z. Boudiaf^{1,2}, A. Mammeri^{1,2}

¹- Faculté de Médecine Université Badji Mokhtar

²- Service d'Infectiologie CHU Annaba

Introduction : Les dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) sont des infections fréquentes dont la prise en charge repose sur des décisions cliniques successives. Un premier piège est terminologique : les termes **DHBNN**, **erysipelas** et **cellulitis** ne recouvrent pas des définitions strictement homogènes selon les recommandations et les usages. Cette hétérogénéité complique la comparaison des études. Par ailleurs, le diagnostic reste essentiellement clinique, sans critères ou outil diagnostique de référence validés.

L'objectif de cette mise au point vise à identifier les principaux pièges susceptibles d'altérer le diagnostic, l'orientation et le traitement des DHBNN.

Matériels et méthodes : Une recherche documentaire structurée a été menée dans Consensus, complétée par la consultation de publications accessibles via PubMed/PMC et de recommandations institutionnelles françaises (HAS-SFD-SPILF, HAS-SPILF) et internationales (IDSA, NICE). Les sources retenues comprenaient des recommandations, des études originales et des revues systématiques et méta-analyses portant sur la terminologie des DHBNN, de l'erysipèle et de la cellulitis, les erreurs diagnostiques, les indications d'hospitalisation, l'antibiothérapie et la cinétique de réponse clinique. Les données pertinentes ont fait l'objet d'une synthèse qualitative.

Résultats : La littérature internationale utilise des définitions variables de *cellulitis* et d'*erysipelas*, parfois regroupés au sein d'une même entité clinique. Dans une méta-analyse de neuf études incluant 1 600 patients, la proportion moyenne de diagnostics initiaux de *cellulitis* infirmés lors d'une seconde évaluation était de 41 % (IC95 % : 28–56). Les recommandations françaises, britanniques et américaines privilégient la prise en charge ambulatoire des formes non sévères et réservent l'hospitalisation aux situations de gravité, de complication, de surveillance ou de traitement ambulatoire impossibles, ou d'échec. Une méta-analyse de 43 études incluant 5 999 participants n'a pas mis en évidence de supériorité démontrée de la voie intraveineuse sur la voie orale ni des traitements prolongés. Une autre, portant sur 32 essais randomisés (13 576 patients), estimait le délai moyen de réponse à 1,68 jour et suggérait une réévaluation entre J2 et J4. La persistance de signes locaux ne justifie pas isolément une prolongation antibiotique.

Discussion : Le piège terminologique dépasse la sémantique : des définitions différentes peuvent conduire à comparer des populations cliniques non strictement superposables. Le surdiagnostic constitue un second écueil majeur et peut exposer à des investigations, une antibiothérapie et, parfois, une hospitalisation évitables. À l'inverse, la démarche clinique doit permettre d'identifier sans retard les signes évocateurs d'une infection sévère ou nécrosante. L'hospitalisation doit ainsi résulter d'une évaluation individualisée de la gravité et de la possibilité d'un traitement et d'un suivi ambulatoires. Enfin, une évolution clinique lente doit conduire à une réévaluation diagnostique avant toute escalade thérapeutique.

Conclusion : Les pièges des DHBNN commencent avant l'antibiothérapie : encore faut-il désigner la bonne entité, poser le bon diagnostic et choisir le lieu de soins adapté. Clarifier la terminologie, reconnaître les diagnostics différentiels et les formes graves, éviter l'hospitalisation par défaut et distinguer évolution lente et échec thérapeutique sont les conditions d'une prise en charge à la fois rigoureuse et proportionnée.

Les aspergilloses invasives

Pr BENAÏSSA.S

Professeure en Parasitologie Mycologie, faculté de pharmacie, université des sciences de la santé, Alger

Cheffe de service de Parasitologie Mycologie, CHU Mustapha, Alger

L'aspergillose invasive est l'une des infections fongiques les plus redoutable dans le monde, cause majeure de morbidité et de mortalité chez les patients immunodéprimés. Elle est la deuxième cause de mortalité hospitalière par les infections fongiques et la première infection fongique en hématologie causée par des espèces du genre *Aspergillus*, principalement *Aspergillus fumigatus*.

200.000 cas annuels d'AI estimés dans le monde, dont 50% chez les patients d'oncohématologie notamment ceux souffrant de LAM, LLA, et les greffés de MO, elle fait partie également des infections associées aux soins où Les infections fongiques représentent 17,1% des infections nosocomiales acquises en USI, au 5ème rang des microorganismes et l'aspergillus vient en 2^{ème} position après le Candida ,L'introduction du posaconazole en prophylaxie en 2007 a fait diminuer cette incidence chez ces patients.

Cliniquement, on distingue essentiellement l'**Aspergillose invasive pulmonaire (IAP)**, qui se présente sous forme d'une Pneumopathie fébrile (95%) résiste aux ATB à large spectre une Toux, des expectorations, une dyspnée, des douleurs thoraciques et des Hémoptysies (40 %) tardive modérées mais parfois massives, l'**AI sinusienne**, caractérisée par des Céphalées, épistaxis, Saignements, fièvre et une lyse osseuse) , voir d'autres formes à savoir : cérébrale, osseuse, cardiaque.

Le diagnostic repose sur des arguments cliniques, biologiques (FNS Neutropénie $< 500/\text{mm}^3$ ($< 500/\text{mm}^3$ plus de 10j), $\nearrow$ bilirubine et des LDH fréquente, Fibrinogène $\nearrow$, une CRP $\nearrow$ voir d'autres selon le site) radiologiques : le signe du halo, du croissant gazeux pour la forme pulmonaire, une lyse osseuse, des lésions hypodenses au niveau cérébrale.....)

la prise en charge de cette affection doit prendre en considération les recommandations internationales de différents organismes concernant notamment, les conditions et la nature des prélèvements à traiter, la démarche diagnostique où la confirmation repose sur des examens mycologiques (examen direct et culture) mais aussi sur la recherche d'Ag (GM) par ELISA, ou les techniques de biologie moléculaire et de spectrométrie de masse dont l'interprétation est très délicate, vu qu'il s'agit d'une moisissure

quant à la thérapeutique, elle dépend des molécules disponibles , le voriconazole continue à prouver son efficacité en tant que la seule molécule disponible en Algérie , mais l'utilité de l'isavuconazole par rapport au voriconazole a été démontrée par de nombreuses études représentant une meilleure alternative pour le traitement de l'aspergillose invasive , tandis que

de nouveaux antifongiques tels que l'olorofim et le fosmanogepix montrent d'excellents résultats dans la gestion de l'aspergillose.

Mais en raison de la découverte de nouveaux facteurs de risque, couplée à la résistance aux antifongiques chez certaines espèces d'*Aspergillus* et à la grande variété d'outils diagnostiques, il est nécessaire de renforcer les moyens prophylactiques notamment le suivi régulier des malades à risque par des tests selon les recommandations pour mieux gérer cette mycose.

Microbiologie et défis diagnostiques des infections sévères acquises en réanimation chez le patient immunodéprimé

S.Benammar, W. Abdennouri, S.Boubidi.

Laboratoire Central de Biologie Médicale- Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC)-Batna
Faculté de Médecine –Université Batna2

Résumé

L'amélioration de la prise en charge globale des patients immunodéprimés et l'avènement de thérapeutiques innovantes (biothérapies, greffes) ont, paradoxalement, augmenté leur taux d'admission en unité de soins intensifs. Face à un risque critique d'infections nosocomiales, le pronostic vital de ces patients est lourdement engagé par la sévérité de ces affections combinée à leur déficit immunitaire sous-jacent. Une telle situation impose une prise en charge multidisciplinaire d'une extrême rapidité.

Bien que la littérature récente nuance les différences d'incidence entre patients immunocompétents et immunodéprimés, ces derniers restent particulièrement exposés à des menaces opportunistes redoutables :

- des infections bactériennes complexes : affectant principalement les voies respiratoires basses et pouvant s'accompagner de bactériémies. Elles sont majoritairement causées par les bactéries multi- et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRe), en raison d'une forte pression de sélection antibiotique subie en amont.

- des infections virales : essentiellement liées à des virus respiratoires ou à des réactivations fréquentes de virus latents.

- des infections fongiques : marquées par la recrudescence de l'aspergillose pulmonaire, les cas de mucormycoses, de pneumocystoses et de candidémies à espèces *non-albicans* résistantes aux azolés, souvent favorisés par les traitements curatifs / prophylactiques antérieurs.

Une connaissance parfaite de l'écosystème microbien local et le recours aux innovations diagnostiques sont les piliers cardinaux pour optimiser la thérapeutique empirique et réduire la mortalité. En effet, face aux limites des méthodes de culture classiques en matière de délai, l'intégration des techniques de PCR multiplex syndromiques, de la métagénomique clinique et des biomarqueurs fongiques est devenue indispensable pour initier un traitement ciblé ultra-précoce.

"Hépatites virales B & C : du diagnostic virologique standard aux particularités chez l'immunodéprimé"

Le dépistage de l'hépatite B repose sur des analyses sérologiques simples, combinant trois marqueurs (l'Ag HBs, l'Ac anti-HBs et l'Ac anti-HBc). Dans le cadre du diagnostic et du suivi, en plus de ces marqueurs, d'autres marqueurs sérologiques sont recherchés, les marqueurs « e » et pour confirmer la réplication virale c'est la mesure de la charge virale (ADN-VHB) par PCR en temps réel. Quant au dépistage de l'hépatite C, il repose sur la sérologie (anti-VHC). Si ce test est positif, la confirmation d'une infection active nécessite obligatoirement la détection de l'ARN VHC par biologie moléculaire (PCR en temps réel).

Chez le patient immunodéprimé (VIH, chimiothérapie, biothérapies, greffe), les défenses immunitaires sont altérées, modifiant la production d'anticorps et rendant les tests sérologiques insuffisants ou trompeurs ; ce qui peut entraîner des résultats sérologiques faussement négatifs pour le VHB et VHC. De plus, un risque majeur de réactivation du VHB peut survenir en cas d'immunodépression profonde, pouvant réactiver un virus B latent qui était bien contrôlé, parfois avec un profil Ac anti-HBc isolé. Aussi, avant l'instauration d'un traitement immunosuppresseur, un dépistage pré-thérapeutique systématique doit être réalisé avant l'initiation de tout traitement, par une recherche exhaustive comprenant une quantification virale par PCR de l'ADN ou l'ARN selon le virus incriminé et les marqueurs complets est impérative pour décider d'un traitement préventif ou curatif immédiat.

Profil épidémiologique et évolutif des nouveaux diagnostics d'infection à VIH au CHU d'Annaba (2022-2025)

AUTEURES

DR S.Benyahia Hamidi
Pr Z.Boudiaf
Pr N.Mesalhi
Pr A.Mammeri
Service Infectiologie CHU ANNABA

RÉSUMÉ

Introduction. Le diagnostic tardif de l'infection à VIH, c'est-à-dire posé au stade de SIDA constitué, demeure un déterminant majeur du pronostic. L'objectif de ce travail était de décrire le profil sociodémographique, clinique et évolutif des patients nouvellement diagnostiqués dans un centre de référence de l'Est algérien, et d'évaluer l'impact du stade au diagnostic sur le devenir des patients.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective descriptive portant sur l'ensemble des nouveaux diagnostics d'infection à VIH enregistrés au Service d'Infectiologie du CHU d'Annaba entre 2022 et 2025 suivis au CDR d'Annaba. Les variables analysées comprenaient l'âge, le sexe, l'origine géographique, le stade clinique au diagnostic, les co-infections documentées, la mise sous traitement antirétroviral et le statut au dernier suivi.

Résultats. Trois cent deux patients ont été inclus. Il s'agit de 221 hommes (73,2 %) et 81 femmes (26,8 %), soit un sex-ratio H/F de 2,7. L'âge moyen au diagnostic était de $35,5 \pm 12,2$ ans (extrêmes : 2-76 ans) ; six patients (2,0 %) avaient moins de 15 ans.

Le nombre annuel de nouveaux cas diagnostiqués variait de 51 (2023) à 87 (2024). Au total, 217 patients (71,9 %) ont été diagnostiqués à un stade asymptomatique et 85 (28,1 %) au stade de SIDA constitué. La proportion de diagnostics tardifs était de 33,7 % en 2022, 33,3 % en 2023, 18,4 % en 2024 et 29,5 % en 2025. L'âge moyen au diagnostic était significativement plus élevé chez les patients au stade SIDA ($38,6 \pm 14,7$ ans) que chez les patients asymptomatiques ($34,9 \pm 11,1$ ans).

Un traitement antirétroviral a été instauré chez tous les patients. Au dernier suivi, 240 patients (79,5 %) étaient en suivi actif, 24 (7,9 %) perdus de vue, 20 (6,6 %) décédés et 2 (0,7 %) transférés. La totalité des décès est survenue chez des patients diagnostiqués au stade de SIDA constitué : la létalité était de 23,5 % (20/85) dans ce groupe, contre 0,0 % (0/217) chez les patients diagnostiqués à un stade asymptomatique.

Discussion. Le retard diagnostique observé (28,1 %), proche des données françaises de la HAS, apparaît comme un défi transversal indépendant des ressources sanitaires. L'association avec l'âge

avancé rejoint la série algérienne d'Ouargla. Le contraste de létalité (23,5 % versus 0 %) rejoint les séries maghrébines et ouest-africaines et confirme le bénéfice du traitement antirétroviral précoce.

Conclusion. Plus d'un quart des patients de cette cohorte ont été diagnostiqués au stade de SIDA constitué, avec une létalité de 23,5 % dans ce groupe contre une absence totale de décès chez les patients diagnostiqués précocement. Ce résultat plaide pour un élargissement de l'offre de dépistage à toutes les occasions de soins et pour une sensibilisation renforcée des professionnels de santé de première ligne aux présentations révélatrices de l'infection à VIH.

Mots-clés : VIH ; SIDA ; diagnostic tardif ; dépistage ; épidémiologie ; Algérie ; mortalité.

Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et bactériologique des infections associées aux soins au service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire La Renaissance de N'Djamena, Tchad

Mahamat Ali Bolti^{1,2}, Daraya Abbas Mahamat¹, Traoré Sory³, Abdelsalam Hissein³, Abakar Kirga², Hamit Mahamat Alio¹,

¹Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Université de N'Djamena, Tchad

²Service de Médecine Interne, CHU-R, N'Djamena, Tchad

³Service de Réanimation, CHU-R, N'Djamena, Tchad

Auteur correspondant : Mahamat Ali Bolti, boltiali@gmail.com, Tel : +235 66 94 55 55

Introduction : l'infection associée aux soins est une infection qui survient pendant ou après une procédure de soins qu'elle soit diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative. L'objectif de cette étude est d'améliorer la prise en charge des infections associées aux soins au service de réanimation du CHU la Renaissance de N'Djamena.

Patients et Méthodes : il s'agissait d'étude descriptive et analytique à recueil de données rétrospectif, sur 46 mois (janvier 2022 à octobre 2025). Etaient inclus les patients de plus de 18 ans, admis au service de réanimation, chez qui une IAS était confirmée par un prélèvement microbiologique et un antibiogramme. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.

Resultats. Sur 1 745 admissions en réanimation, 46 patients ont présenté une IAS, soit une prévalence de 2,6 %. La prédominance était masculine (69,6 % ; sex-ratio = 2,3) et l'âge moyen était de $52,6 \pm 14,5$ ans. Les patients provenaient majoritairement des urgences (65,2 %) et 54,3 % avaient été admis dans les 24 heures suivant leur arrivée à l'hôpital. L'altération de l'état de conscience (43,5 %) et la détresse respiratoire (28,3 %) étaient les principaux motifs d'admission. À l'admission, 54,4 % des patients présentaient un score de Glasgow inférieur à 8 et 59 % étaient intubés. La porte d'entrée était urinaire dans 50,0 % des cas ($n = 29$), liée au cathéter dans 20,7 % ($n = 12$) et pulmonaire dans 15,5 % ($n = 9$). L'examen cytotbactériologique des urines (ECBU) était positif chez 47,8 % des patients ($n = 22$) et les hémocultures étaient positives chez 64 % des patients prélevés ($n = 16$). Les germes isolés étaient dominés par les cocci à Gram positif (53,7 %), notamment *Staphylococcus aureus* (19 %) et *Staphylococcus hominis* (15,4 %), suivis par les bacilles à Gram négatif (43,1 %), dont *Escherichia coli* (11,5 %). Toutes les souches de *Staphylococcus** étaient sensibles à la vancomycine, *E. coli* présentait une résistance aux céphalosporines (33 %) et aux fluoroquinolones (8 %), mais restait sensible au carbapénème. La durée moyenne de séjour était de 15,3 jours. La létalité hospitalière était de 95,7 % ($n = 44$). Le décès survenait principalement entre le 7^e et le 15^e jour (50 %) et était le plus souvent lié à un traumatisme crânio-encéphalique grave (41,0 %) ou à une détresse respiratoire (27,5 %).

Conclusion. Les IAS constituent un problème majeur de santé publique en réanimation du CHU-R, avec une prévalence et une mortalité élevées. La voie urinaire reste la principale porte d'entrée. Les mesures de prévention et de contrôle des infections, notamment la gestion rigoureuse des dispositifs invasifs et l'antibiothérapie rationnelle, s'avèrent indispensables pour réduire cette morbi mortalité.

Mots-clés : Infections associées aux soins, réanimation, épidémiologie, bactériologie, Tchad.

Les infections cutanées bactériennes : quelles nouveautés thérapeutiques actuelles ?

Conférencier : Mahamat Ali Bolti,

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU La Renaissance de
N'Djamena, Université de N'Djamena, Tchad

E-mail : boltiali@gmail.com, Tel : + 235 66 94 55 55

Les infections cutanées bactériennes touchent l'épiderme, le derme ou l'hypoderme et sont causées principalement par *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*. Leur gravité varie entre des infections simples spontanément résolutive et les syndromes nécrosants qui exigent la prise d'antibiotiques par voie intraveineuse, une intervention chirurgicale et des soins intensifs. Elles ne nécessitent habituellement pas d'antibiotiques par voie générale, notamment lorsqu'il s'agit de formes superficielles. Dans ces situations, un nettoyage rigoureux de la lésion avec de l'eau et du savon suivi d'un rinçage soigneux constitue l'essentiel du traitement. Une analyse clinique précise est indispensable avant toute prise en charge thérapeutique, pour déterminer la pertinence d'une antibiothérapie, juger de la nécessité d'un drainage (spontané ou chirurgical) et identifier d'éventuels symptômes liés à la libération de toxines, souvent indicateurs d'une forme sévère. Les bactéries le plus fréquemment responsables de ces infections chez l'enfant sont *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogènes*. L'antibiothérapie empirique recommandée en première intention demeure l'association amoxicilline-acide clavulanique. Si des signes évidents de toxicité sont présents, un autre antibiotique, tel que la clindamycine, peut être ajouté au traitement initial. Lorsqu'il faut administrer des antibiotiques, le choix et la durée du traitement devraient dépendre des organismes les plus probables en cause, des profils de sensibilité possibles et des différences épidémiologiques selon les régions. Les perspectives et innovations thérapeutiques telles que les peptides antimicrobiens et biothérapies locales, les avancées sur les nouvelles classes d'antibiotiques comme la clovibactine qui bloquerait la synthèse des précurseurs des protéines (« bouclier » des bactéries), et qui ne semble pas induire de résistance, la phagothérapie, les anticorps monoclonaux qui réduiraient l'effet des toxines générées par les bactéries ou leur virulence donc pourraient être utilisés en association ou comme alternative aux antibiotiques. Les technologies d'aide au diagnostic comme les dermatoscopes connectés ou l'intelligence artificielle peuvent étayer le diagnostic.

Conclusion : les recommandations sur les infections bactériennes restent non changées même si elles stipulent que 3 principaux antibiotiques notamment l'association amoxicilline-acide clavulanique, les céphalosporines de 3e génération surtout la ceftriaxone et les fluoroquinolones sont à éviter. Cependant les nouvelles perspectives et innovations thérapeutiques encourageantes existent.

Mots-clés : infections cutanées, dermohypodermite non nécrosante, recommandations

« La Gangrène Périnéo-Scrotale de Fournier : à propos de 14 cas »

EH. BOUCENNA, chirurgie générale, Constantine

OBJECTIFS : Insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce et une prise en charge urgente pour prévenir les complications aussi bien d'ordre local que général **MATÉRIELS ET MÉTHODES** une série de 14 cas colligée dans le service de chirurgie « A » du CHU de Constantine, entre 2021 et 2025 **DISCUSSION** La gangrène de Fournier est une cellulite fasciite nécrosante rapidement progressive du périnée et des organes génitaux externes avec un pronostic évolutif péjoratif. Il existe une prédominance masculine avec un âge moyen de 55 ans (56 ans dans notre série).

Le diabète est retrouvé dans 22%. Sur le plan étiologique, on distingue d'une part la fasciite nécrosante primitive dont la fréquence varie entre 5 à 35% des cas (28% dans notre série) et la fasciite nécrosante secondaire dont la fréquence atteint 65 à 95% des cas (72% dans notre série). Le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic est de 8 jours (6 jours dans notre série). Les symptômes dominés par des douleurs vives, un œdème scrotal et installation d'une nécrose 4 à 5 jours après. Les signes généraux (signes de choc) sont caractérisés par leur gravité et conditionnent le pronostic Dans notre série, un état de choc toxico-infectieux a été observé chez 2 patients. Sur le plan thérapeutique, L'antibiothérapie est systématique immédiatement après les prélèvements, le plus souvent administrée en triple association et secondairement adaptée à l'antibiogramme. Tous nos patients ont reçu une tri antibiothérapie en urgence pendant 15 jours en moyenne. Tous nos patients ont eu une mise à plat des collections avec excision des tissus nécrosés et un large drainage des collections purulentes avec une colostomie chez 42%.

En général le pronostic est réservé avec un taux de mortalité variable selon les séries, de 7 à 75%. Pour certains auteurs, le choc septique constitue l'élément péjoratif pour le pronostic et représente le seul facteur retentissant sur la mortalité. Le taux de mortalité dans notre série est de 14%. Le sepsis à l'admission et le retard diagnostique constituent à notre avis les principaux éléments de mauvais pronostic dans notre série.

RÉSULTATS : Dans notre série, la prédominance masculine était nette et la moyenne d'âge était 56 ans. Une tare notée chez 6 patients. Une cause anorectale retrouvée 10 fois et chez 4 patients aucune cause. Le délai moyen entre le premier signe et la consultation était de 6 jours. La symptomatologie dominée par des douleurs périnéo scrotales associés à un œdème, une fièvre et une nécrose cutanée. Un état de choc toxico-infectieux observé chez deux patients. Tous les patients ont reçu une triple antibiothérapie probabiliste à large spectre avec adaptation secondaire et le geste chirurgical avait consisté après prélèvement en la mise à plat des collections, excision des tissus nécrosés et large drainage des collections purulentes et une colostomie chez 6 patients. Nous déplorons 2 décès. La durée moyenne d'hospitalisation était de 23 jours.

CONCLUSION La gangrène de Fournier est une affection de diagnostic essentiellement clinique, elle reste de pronostic redoutable avec une mortalité élevée. Le pronostic dépend du terrain, du délai diagnostique et thérapeutique.

HPV oncogènes : de l'épidémiologie à la prévention

Olivier Bouchaud, Hôpital Avicenne-APHP et Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny

Les Human papillomavirus (HPV), transmis essentiellement par les rapports intimes et sexuels, sont très nombreux mais seuls ceux du groupe 1 sont reconnus comme oncogènes. Ces HPV oncogènes (HPVO) sont responsables de plus de 700 000 cancers annuels dans le monde. La quasi-totalité des cancers du col utérin sont liés à des HPVO (notamment les HPV 16 et 18). Le cancer du col utérin est le cancer HPVO induit de loin de plus fréquent (85% de l'ensemble des cas HPVO induits). Les autres localisations des cancers HPVO induits sont la zone vulvo-vaginale (responsables de près de 80% des cas de cancer de cette zone), le pénis (50%), l'anus (90%) et la sphère ORL (+/- 50%). Le cancer du col utérin a une diffusion mondiale mais est particulièrement fréquent en Afrique sub-Saharienne (Afrique australe notamment) et en Amérique Latine. Les cancers de l'anus HPVO induits sont à l'inverse plus fréquents dans les pays à hauts revenus notamment en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australe que ce soit chez l'homme ou la femme. C'est la même répartition pour les cancers ORL HPVO induits. Les principaux facteurs de risque d'évolution sont le type d'HPVO, la persistance de l'infection (clairance spontanée du virus fréquente), la multiplicité des infections à HPVO, la co-infection avec le VIH (et possiblement avec une infection par *Schistosoma haematobium* en Afrique chez les femmes).

La prévention des cancers HPVO induits, et notamment du cancer du col utérin, repose, outre sur l'éducation à la vie sexuelle et affective et les préservatifs, sur la vaccination et le dépistage des HPVO et/ou des lésions débutantes. Les vaccins actuellement disponibles ont démontré leur efficacité dans la prévention du cancer du col et ce d'autant plus qu'ils sont réalisés tôt, idéalement avant le début de l'activité sexuelle ce qui incite à une vaccination en milieu scolaire. Le nombre de doses (2 ou 3) dépend de l'âge mais des études récentes semblent montrer qu'une seule dose peut être suffisante. Le dépistage des HPVO par PCR a montré son intérêt par rapport à la cytologie pour le dépistage du cancer du col. L'auto dépistage est une alternative possible à l'écouvillonnage réalisé par un professionnel voire plus performante.

Les HPVO sont responsables de nombreux cancers dans le monde et principalement des cancers du col utérin. Maintenant qu'une vaccination existe et que les stratégies de dépistage sont bien établies ces cancers devraient disparaître à condition de vaincre les réticences sociétales liées à la sexualité.

Infections fongiques invasives : comment optimiser le diagnostic mycologique ?

**Pr Meriam BOUCHEKOUA, Service de Parasitologie-Mycologie
Hôpital Charles Nicolle, Tunis**

Les infections fongiques invasives demeurent un défi diagnostique majeur, en particulier chez les patients immunodéprimés et hospitalisés en unités de soins intensifs, en raison d'une présentation clinique peu spécifique et d'une évolution potentiellement rapidement défavorable.

Le diagnostic mycologique a connu ces dernières années des avancées significatives. Si l'examen direct, la culture et l'histopathologie demeurent des outils essentiels pour documenter le diagnostic, identifier le champignon en cause et étudier sa sensibilité aux antifongiques, d'autres approches occupent aujourd'hui une place croissante dans la démarche diagnostique.

Cette conférence proposera une approche pratique du diagnostic des principales mycoses invasives (candidose invasive, aspergillose invasive, mucormycose ...). Seront ainsi abordés le choix et la qualité du prélèvement, la complémentarité entre méthodes conventionnelles, biomarqueurs (galactomannane, β -D-glucane...) et biologie moléculaire (détection de l'ADN fongique circulant), ainsi que les clés d'interprétation des résultats. Les données récentes montrent en effet que la performance de ces techniques varie selon le terrain, le type de prélèvement, le champignon recherché et le contexte clinique. Par ailleurs, aucun résultat ne peut être interprété isolément. Cette conférence soulignera ainsi l'importance d'une étroite collaboration entre mycologue et clinicien pour une démarche diagnostique intégrée et optimisée.

Les péritonites au cours de la dialyse péritonéale

Abstract

La dialyse péritonéale (DP) est une méthode d'épuration extra-rénale qui préserve la fonction rénale résiduelle et favorise l'autonomie du patient. Son développement reste limité dans de nombreux pays, dont l'Algérie. Les infections liées à la DP notamment la péritonite et les infections de l'orifice de sortie ou du tunnel, sont la principale cause d'arrêt de la technique et la complication la plus grave.

L'incidence internationale de la péritonite a baissé et se situe aujourd'hui autour de 0,2 à 0,4 épisode par patient-année, conformément aux cibles de la Société internationale de dialyse péritonéale (ISPD). Les séries maghrébines restent hétérogènes et parfois plus élevées. En Algérie, l'absence d'un registre national consolidé rend difficile une estimation précise de la prévalence de la DP et des taux de péritonite.

Parmi les facteurs de risque identifiés, on trouve des éléments non modifiables et des facteurs potentiellement modifiables récemment décrits, comme l'hypokaliémie et certains traitements médicamenteux.

Le risque infectieux demeure le principal déterminant du pronostic en DP. Les recommandations ISPD 2022-2023, basées sur les preuves, offrent un cadre diagnostique et thérapeutique précis, mais elles doivent être adaptées aux écologies locales. Le manque de données consolidées en Algérie appelle à lancer des études multicentriques nationales pour mieux caractériser, prévenir et maîtriser le risque infectieux dans notre contexte.

Après la guérison virologique, quel devenir hépatique ?

Pr Mustapha BOUMENDJEL

Introduction :

L'avènement des antiviraux à action directe a profondément modifié l'histoire naturelle de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC), permettant d'obtenir une guérison virologique chez la grande majorité des patients. Cependant, la disparition du VHC ne signifie pas nécessairement la disparition du risque hépatique, notamment chez les patients présentant une fibrose avancée ou une cirrhose avant le traitement. Le devenir hépatique à long terme après réponse virologique soutenue constitue ainsi un enjeu majeur de prise en charge.

Méthodes :

Faire le point sur le devenir hépatique après guérison virologique du VHC et préciser les déterminants de l'évaluation hépatique ainsi que les différents profils évolutifs possibles et les situations justifiant une surveillance prolongée.

Discussion :

La clairance virale s'accompagne généralement d'une amélioration de la cytolysse, de la fonction hépatique et des marqueurs non invasifs de fibrose. Une régression de la fibrose pourrait être observée, cette réversibilité reste cependant variable et ne permet pas toujours de considérer le foie comme définitivement guéri. Chez les patients ayant une hépatopathie chronique avancée compensée avant l'éradication virale, le risque de décompensation et surtout de carcinome hépatocellulaire persiste malgré la guérison du VHC, justifiant la poursuite d'une surveillance adaptée. Par ailleurs, la présence d'une MASLD ou d'une consommation d'alcool peuvent entretenir ou aggraver l'atteinte hépatique après RVS. Ainsi, la prise en charge post-VHC doit dépasser la seule confirmation de la réponse virologique et intégrer une réévaluation du stade de fibrose, des facteurs de risque hépatiques et du risque résiduel de complications et de réinfection.

Conclusion :

La guérison virologique de l'hépatite C s'accompagne le plus souvent d'une amélioration de l'état hépatique et peut permettre une régression de la fibrose. Néanmoins, elle ne supprime pas totalement le risque de complications chez les patients ayant une fibrose avancée ou une cirrhose, ni chez ceux présentant des facteurs de risque métaboliques persistants. L'évaluation du stade de fibrose au moment de la guérison et un suivi adapté restent donc essentiels afin d'identifier les patients nécessitant une surveillance hépatologique prolongée.

Résistance du VIH aux antirétroviraux : apport du laboratoire de virologie

Bouzeghoub. S. LNR VIH/Sida. Institut Pasteur d'Algérie

La résistance du VIH aux ARV constitue un enjeu majeur dans la prise en charge des PVVIH. Elle peut compromettre l'efficacité thérapeutique, favoriser l'échec virologique et limiter les options de traitement. Dans ce contexte, le laboratoire de virologie joue un rôle essentiel dans le suivi de la réponse thérapeutique et l'orientation des décisions cliniques. Il contribue ainsi à la détection précoce de l'échec virologique, à l'identification des résistances aux ARV et à l'optimisation de la prise en charge thérapeutique.

La mesure de la charge virale plasmatique constitue un outil central du suivi virologique. Elle permet d'évaluer la réponse au traitement antirétroviral, de détecter une réplication virale persistante ou une reprise de la réplication, et d'identifier les situations nécessitant des investigations complémentaires. Toutefois, une charge virale détectable ne signifie pas systématiquement l'existence d'une résistance et doit conduire à une évaluation globale, incluant notamment l'observance thérapeutique, les interactions médicamenteuses et les antécédents thérapeutiques.

Le génotypage de résistance permet d'identifier les mutations du génome viral associées à une diminution de la sensibilité aux ARV. L'interprétation de ces mutations, en tenant compte de l'historique thérapeutique et des résultats virologiques, contribue au choix d'un schéma thérapeutique adapté. La qualité des résultats repose sur la maîtrise des étapes pré analytiques et analytiques, la validation des méthodes, l'assurance qualité et la compétence des équipes de laboratoire.

Au-delà de la prise en charge individuelle, les données de résistance contribuent à la surveillance de la résistance du VIH, à l'identification des profils de résistance transmis ou acquis et à l'adaptation des stratégies thérapeutiques et de santé publique.

Conclusion : Le laboratoire de virologie constitue un partenaire indispensable de la prise en charge du VIH. L'association du suivi de la charge virale, du génotypage de résistance lorsqu'il est indiqué et d'une interprétation concertée avec les cliniciens permet de mieux documenter les échecs thérapeutiques, de guider les adaptations thérapeutiques et de contribuer à la surveillance de la résistance du VIH aux ARV.

Du sondage à l'infection : Optimiser la démarche diagnostique et clinique des infections urinaires liées aux soins

H. Brahimi^{1,2}

1. Service des maladies infectieuses, CHU de Tlemcen

2. Faculté de médecine, université Abou Bakr Belkaid, Tlemcen

Résumé:

Les infections urinaires liées aux soins, notamment celles associées au sondage vésical, constituent une complication fréquente et évitable. Leur diagnostic est parfois difficile, car la colonisation bactérienne est courante chez les patients sondés et ne justifie pas systématiquement une antibiothérapie. Une démarche diagnostique adaptée est donc essentielle pour améliorer la prise en charge et limiter l'usage inapproprié des antibiotiques.

Leur prise en charge repose sur une démarche diagnostique rigoureuse afin de distinguer une infection symptomatique d'une colonisation urinaire, fréquente chez les patients sondés. Cette distinction permet de limiter les examens et les antibiothérapies inutiles, ainsi que le risque d'émergence de résistances bactériennes.

Ce travail propose de présenter les principales étapes de l'évaluation clinique et microbiologique : identification des signes compatibles avec une infection, recherche d'autres causes possibles, indication raisonnée de l'examen cytbactériologique des urines et interprétation des résultats selon le contexte clinique. Il aborde également les principes de prise en charge, notamment la réévaluation de l'indication du sondage, son retrait ou son remplacement lorsque cela est indiqué, et l'adaptation de l'antibiothérapie aux données microbiologiques et au profil du patient.

L'objectif est de contribuer à une démarche diagnostique plus pertinente, favorisant le bon usage des antibiotiques et la prévention des infections urinaires associées aux soins.

Mots-clés : infection urinaire liée aux soins ; sondage vésical ; diagnostic ; antibiothérapie ; bon usage des antibiotiques.

L'antibiothérapie dans les infections cutanées sévères

C. ELDIN, maladies infectieuses, Marseille, France

Les infections cutanées sévères sont des urgences médico-chirurgicales. Cette présentation reviendra sur les grands principes qui doivent guider le choix de l'antibiothérapie probabiliste dans le contexte des infections cutanées sévères. La prise en charge médicamenteuse ne doit en aucun cas se substituer à la prise en charge chirurgicale urgente. Quelque soient les critères de sévérité, les questions de la désescalade de l'antibiothérapie sur documentation et de la durée totale de traitements seront également abordées.

Principes de prise en charge des infections ostéo-articulaires

C. ELDIN, maladies infectieuses, Marseille, France

Les infections ostéo-articulaires sont des pathologies complexes dont la prise en charge est nécessairement multidisciplinaire. Les objectifs de la prise en charge sont le contrôle du foyer infectieux tout en préservant autant que faire se peut la fonctionnalité et l'autonomie du patient. On distingue les infections sur matériel des infections sur os ou articulation natives pour lesquels les stratégies thérapeutiques diffèrent. Enfin chez les patients multiopérés, la question de la couverture cutanée et du recours à la chirurgie plastique peut être un élément clé de la guérison du foyer infectieux.

Abstract de communication orale

Pr CHARAOUI Khalida

Titre : prise en charge des infections intra-abdominales au CHU de Constantine

Abstract

Les infections intra-abdominales (IIA) sont les principales urgences chirurgicales non traumatiques, elles sont responsables d'une morbidité et mortalité toujours élevées, surtout dans les pays aux ressources limitées. Leur prise en charge doit être précoce et pluridisciplinaire, le traitement chirurgical est la pierre angulaire du traitement, il doit être associé au traitement antibiotique dont le rôle a été démontré dans la diminution de la morbidité et mortalité périopératoire. Ce traitement antibiotique est probabiliste, il est basé sur les données de l'écologie bactérienne locale. L'objectif de notre travail vise à identifier les profils bactériologiques et les résistances sur deux périodes distinctes afin d'optimiser l'antibiothérapie probabiliste locale et surveiller l'évolution des résistances. Ce travail analyse également les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques pour améliorer la prise en charge de ces urgences chirurgicales majeures.

Nouvelles recommandations sur les infections urinaires masculines et autres actualités dans les infections urinaires associées aux soins

Aurélien Dinh (*Maladies infectieuses, Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP*)

Deux recommandations françaises publiées en 2026 changent la prise en charge des infections urinaires (IU) chez l'homme et autour des gestes urologiques.

Les recommandations SPILF sur les IU masculines aiguës communautaires distinguent quatre entités : cystite, prostatite, pyélonéphrite et épидидymo-orchite [1]. La bandelette urinaire n'est plus recommandée. L'ECBU devient indispensable avant toute antibiothérapie, avec des seuils de leucocyturie $\geq 30 \times 10^3/\text{mL}$ et de bactériurie $\geq 10^3$ UFC/mL, mais la clinique prime sur ces seuils. La cystite masculine est désormais reconnue. Elle se traite 7 jours par fosfomycine-trométamol (J1-J3-J5), nitrofurantoïne ou pivmécillinam, ce qui épargne les fluoroquinolones. Pour la prostatite, la durée reste de 14 jours, car les essais 7 versus 14 jours n'ont pas montré la non-infériorité chez l'homme fébrile [2,3]. Une revue de la littérature PK/PD sur la diffusion des antibiotiques dans l'appareil urinaire masculin éclaire le choix des molécules. Un bilan urologique est recommandé dès le premier épisode.

Les recommandations CIAFU/SPILF sur l'ECBU préopératoire limitent nettement le dépistage de la colonisation [4]. Il est fortement déconseillé avant une cystoscopie (grade B) : le sur-risque infectieux y est faible (1 à 3 %) et les infections ne sont pas graves [5]. Il est également déconseillé avant une cystectomie, une injection intradétrusorienne de toxine botulinique ou la pose d'un sphincter artificiel. Lorsqu'une colonisation doit être traitée, le traitement est court : début 48 h avant le geste, 3 à 5 jours au total, par voie orale, en privilégiant les molécules à faible impact écologique, y compris en cas de BMR. La bandelette ne doit pas servir au dépistage (grade B). Nous discuterons enfin de la gestion de la colonisation avant un bilan urodynamique.

Références

1. Lafaurie M, Bruyère F, et al. *Infect Dis Now* 2026;56(6S):105312.
2. Lafaurie M, et al. *Clin Infect Dis* 2023 (PROTASHORT).
3. van Nieuwkoop C, et al. *BMC Med* 2017;15:70.
4. CPP-AFU/CIAFU, SPILF. *Preoperative urine culture in urology: indications and management – The 2026 French guidelines*. PMID 42061511.
5. Herr HW. *J Urol* 2015;193:548-51.

Carcinome hépatocellulaire post-viral B et C : où en sommes-nous après les progrès thérapeutiques ? Défis et perspectives .

Ahmed El Ray

Professeur d'Hépto-gastroentérologie

Institut Theodor Bilharz & Faculté de Médecine – Université 6 Octobre

Le Caire, Égypte

Le virus peut être contrôlé ou éradiqué, mais le risque carcinologique peut persister. Ce paradoxe résume les enjeux actuels du carcinome hépatocellulaire (CHC) associé aux hépatites virales.

Dans l'hépatite B, les analogues nucléos(t)idiques permettent une suppression virale puissante et durable et réduisent significativement le risque de CHC. Cependant, le CHC peut survenir chez des patients infectés par le VHB même en l'absence de cirrhose, en lien notamment avec les propriétés oncogéniques directes du virus. La cirrhose, l'âge et les facteurs liés à l'hôte majorent néanmoins ce risque.

Dans l'hépatite C, les antiviraux d'action directe (AAD) ont transformé l'histoire naturelle de l'infection, permettant une guérison virologique chez la grande majorité des patients et une réduction importante du risque de CHC. Après réponse virologique soutenue, un risque résiduel persiste cependant chez les patients ayant une cirrhose ou une maladie hépatique avancée, justifiant la poursuite de la surveillance.

La controverse initiale concernant une éventuelle augmentation du risque de CHC ou de sa récurrence après AAD n'a pas été confirmée par les données ultérieures.

Parallèlement, la diminution du poids des hépatites virales, particulièrement marquée en Égypte pour le VHC, s'accompagne d'un rôle croissant des facteurs métaboliques. Le défi est désormais d'intégrer prévention, stratification du risque, surveillance, diagnostic précoce et accès aux traitements modernes dans une approche multidisciplinaire du CHC.

SOCIETE ALGERIENNE D'INFECTIOLOGIE

7^{ème} Congrès National de la Société Algérienne d'Infectiologie

Constantine les 23, 24 et 25 octobre 2026

Pr Khelifa Foudil

Hépatite virale B chronique : sérologies atypiques et nouveaux outils diagnostiques

L'hépatite virale B chronique (HVB) reste un problème de santé publique mondiale, l'OMS estime que 240 millions de personnes vivaient avec une hépatite B chronique en 2024 et l'on dénombre 0,9 million de nouvelles infections chaque année.

En 2024, l'hépatite B était à l'origine d'environ 1,1 million de décès, dus principalement à une cirrhose ou à un carcinome hépatocellulaire (cancer primitif du foie).

Le diagnostic virologique de cette infection, qui repose sur les systèmes « antigène-anticorps » est bien codifié, cependant des situations atypiques peuvent se présenter.

En effet, la dynamique d'expression de ces protéines virales, de la production d'anticorps et la réplication du virus de l'hépatite B (VHB) peuvent varier au cours de l'évolution naturelle de l'infection en raison de facteurs liés à l'agent (infection par une nouvelle souche ou sérotype viral – variant antigénique, pression thérapeutique) et/ou à l'hôte (tolérance immunitaire, réponse immunitaire cellulaire et immunosuppression. Ces variations peuvent être à l'origine de difficultés d'interprétation, ou peuvent être interprétées comme des erreurs de laboratoires.

Nous vous présentons huit situations de sérologies atypiques rencontrées dans notre pratique courante ainsi que les nouveaux outils diagnostiques.

Titre : « Cytomégalovirus et maladie rénale chronique : implications cliniques et thérapeutiques »

W. GUENIFI, Service des maladies infectieuses CHU Sétif

Le cytomégalovirus (CMV) ou HHV-5 appartient à la famille des *Herpesviridae* qui garde une latence permanente après une primo-infection, le plus souvent asymptomatique. Sa gravité est liée à une déplétion acquise de l'immunité cellulaire (PVVIH), ou iatrogène en particulier après transplantation d'organes. L'urémie élevée en cas de maladie rénale chronique (MRC) est responsable d'une immunodéficience innée et adaptative. La séroprévalence est élevée dans la population générale et, par conséquent également, en MRC. Une étude réalisée en Algérie et publiée en 2024 avait retrouvé une prévalence des IgG-anti-CMV de 95.5% chez les patients candidats à une greffe et de 96.3% chez les sujets donneurs. En cas de MRC, le retentissement clinique de l'infection à CMV est fonction du stade de la maladie. Si l'infection pourrait être associée à un risque cardiovasculaire élevé chez les malades avant le stade d'hémodialyse, l'infection récente ou la réactivation iatrogène sont particulièrement responsables d'atteintes viscérales graves, de rejet et de dysfonction du greffon chez les transplantés rénaux. Le diagnostic repose sur la quantification de l'ADN du CMV par PCR, toutefois une virémie positive n'est pas synonyme d'infection évolutive et la prise en charge du patient dépend du tableau clinique et des statuts virologiques du donneur et du receveur. La confirmation repose, en particulier, sur la présence du virus par PCR dans l'organe atteint. Le traitement curatif et la chimioprophylaxie sont mieux codifiés et adaptés en fonction du risque.

Viral Hepatitis: Challenges and Perspectives

Chronic viral hepatitis remains a major, under-recognized public health burden in Libya, compounded by fifteen years of conflict, health-system fragmentation, and large-scale population displacement. This lecture synthesizes national and regional data on hepatitis B (HBV), C (HCV), and D (HDV) to outline the current epidemiological landscape and priorities for the WHO 2030 elimination targets.

Libya's last national seroprevalence survey (2008; n=65,761) found HBsAg and anti-HCV prevalences of 2.2% and 1.3% respectively, consistent with low–intermediate HBV and low HCV endemicity, though burden has risen substantially in high-risk groups such as hemodialysis and multiply-transfused patients. HCV genotype distribution shows a marked east–west gradient, with genotype 4 predominating in Benghazi and genotype 1 more common in Tripoli. HDV — the most severe and most neglected form of chronic viral hepatitis — affects an estimated 1.7% of HBsAg-positive individuals nationally, with prevalence rising after age 40 and true burden likely underestimated due to non-routine testing. Migrant populations transiting Libya show disproportionately high prevalence (HBsAg 23.4%, anti-HCV 31.2% in one cohort), and historical events such as the 1998 Benghazi nosocomial outbreak illustrate the country's vulnerability to bloodborne transmission during periods of health-system strain.

Despite effective curative tools — direct-acting antivirals for HCV and emerging options such as bulevirtide for HDV — Libya lacks a national hepatitis strategy, standing surveillance system, and equitable access to diagnostics and treatment. Co-infection (HIV/HBV/HDV/HCV) is common rather than exceptional, driven by conflict, injection drug use, and migration.

The lecture concludes that closing Libya's elimination gap requires renewed national seroprevalence surveillance, mandatory reflex anti-HDV testing in all HBsAg-positive individuals, expanded antiviral access, strengthened blood safety and birth-dose vaccination, and humane, health-first approaches to migrant screening.

Les antibiotiques : de l'euphorie à l'impasse

Auteur : Pr LACHEHEB Abdelmadjid, infectiologue à la retraite.

Email : alacheheb@yahoo.fr

La découverte de la pénicilline, puis des autres familles d'antibiotiques a révolutionné le cours des maladies infectieuses bactériennes. Elle a réduit la mortalité de **30% en 1947 par rapport à 1938** et a permis une augmentation de **l'espérance de vie de 42 ans en 1960 à 70 ans en 1967**.

Il s'agit de la découverte la plus importante du XX^{ème} siècle. Cette découverte fut couronnée en 1945, par **le Prix Nobel de Fleming, Chain et Florey**.

Durant les premières années on pouvait traiter et guérir la majorité des situations au point où certains l'ont même annoncé... dès les années 1960 ! Aux Etats-Unis, en effet, William Stewart, un responsable du ministère de la santé, n'a-t-il pas **déclaré en 1969 qu'il est temps de « fermer le livre sur le problème des maladies infectieuses »**.

C'était **l'euphorie** pour certains et **« l'âge d'or de l'antibiothérapie »** pour d'autres.

Cette euphorie était en partie justifiée par la mise sur le marché de nombreux antibiotiques à large spectre entre 1950 et 1990, qui a pu laisser penser que la recherche médicale permettrait de répondre à chaque nouveau mécanisme de résistance, et de remporter cette course contre les bactéries.

Depuis, peu de molécules ont été commercialisées, créant ainsi un déséquilibre entre isolement de bactéries résistantes et options thérapeutiques.

Malheureusement les années 90 ans ont vu **la fin de cet enthousiasme** suite à l'extension et l'augmentation de la résistance bactérienne à travers le monde.

En effet, l'émergence et la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques connaissent depuis une quarantaine d'années une poussée spectaculaire réduisant notablement les efforts déployés pour prendre en charge les malades.

Aujourd'hui, la résistance bactérienne constitue un véritable problème de santé publique mondiale. Elle concerne même les **bactéries responsables d'infections communautaires** (Staphylocoque, Pneumocoque, Haemophilus, Neisseria et les entérobactéries).

Des bactéries pan-résistantes sont de plus en plus isolées à travers le monde et en Algérie.

On est donc dans une impasse.

« Comment la gérer la résistance aux ARVs en 2027 ? l'exemple du DTG »

Pr Karine Lacombe

Service de maladie infectieuses et tropicales

Hôpital St Antoine, APHP, Paris

Sorbonne Université, Sorbonne Public Health Institute

Contexte

Depuis 2018, l'OMS recommande le dolutégravir (DTG) en première et deuxième ligne : 129 pays et 24 millions de personnes ont accédé au TLD générique. Les INI de 2ème génération ont une barrière génétique élevée, mais les données de vie réelle issues des pays à ressources limitées interrogent la solidité de cette barrière à l'échelle programmatique.

Méthodes

Revue narrative des données récentes de résistance acquise et transmise aux INI, issues des essais cliniques (méta-analyse IHDRW 2025), des cohortes et enquêtes nationales africaines (CROI 2024–2026, IHDRW 2025), du registre multicontinental ROSETTA (EACS 2025), d'une étude de modélisation sud-africaine et de la cohorte ANRS PRIMO.

Résultats

En essais, la résistance au DTG chez les patients naïfs est quasi nulle (mutations majeures 0,02 % ; 1/4588). En vie réelle, l'OMS rapporte 3,9–8,6 %, jusqu'à 19,6 % chez les patients prétraités virémiques au switch. Les cohortes africaines confirment ces niveaux : Malawi 16,3 % (enfants), Kenya jusqu'à 22,6 %, Lesotho 10,3 %. Dans DTG RESIST (10 pays, réseau IeDEA), 106/370 (29 %) présentaient une mutation majeure INI et 82/370 (22 %) une résistance de haut niveau, dominées par E138K et G118R fréquemment associées (14 %). Le registre ROSETTA (n = 220) détecte une résistance chez 40,7 % des échecs, associée à la préexposition aux INI (51 % vs 15 %) et à une durée de traitement > 1 an (59 % vs 31 %). En Tanzanie, la prévalence est passée de 5,8 % à 17,8 % en six ans de TLD. La modélisation prédit 41,7 % de résistance chez les patients en échec de TLD en Afrique du Sud en 2035, réductible à 6 % par un génotypage précoce. ITREMA-2 montre qu'un dosage plasmatique de DTG évite les génotypages inutiles (98 % d'absence de résistance si DTG indétectable ; –22 % de coûts). CARES confirme la non-infériorité du CAB+RPV injectable (96,9 % de CV < 50 c/mL à S96). La résistance transmise aux INI reste faible (0,23 % en Europe méditerranéenne ; 1,1 % en Afrique de l'Ouest/Asie pré-DTG).

Conclusion

La résistance au DTG augmente au-delà des niveaux des essais. Les priorités sont la surveillance systématique, une meilleure couverture de la charge virale, le soutien à l'observance et l'accès à une deuxième ligne à base de darunavir.

Mots-clés : VIH, dolutégravir, résistance, inhibiteurs d'intégrase, TLD, pays à ressources limitées

Réactivation du virus de l'hépatite B chez les personnes vivant avec le VIH : enjeux à l'ère des schémas antirétroviraux sans analogues nucléosidiques

Pr Karine Lacombe

Service de maladie infectieuses et tropicales

Hôpital St Antoine, APHP, Paris

Sorbonne Université, Sorbonne Public Health Institute

Contexte

L'hépatite B chronique touche 254 millions de personnes dans le monde, dont 3,2 millions dans l'UE/EEE ; environ 1 % (2,7 millions) sont co-infectées par le VIH, et la prévalence du VHB chez les PVVIH atteint 7,4 %. Le profil d'anticorps anti-HBc isolés (AgHBs négatif, anti-HBs négatif) concerne 7 à 40 % des PVVIH, et la prévalence de l'hépatite B occulte y est estimée à 16,3 % contre 0,8 % en population générale. Infections résolues comme occultes exposent à un risque de réactivation potentiellement fatale en situation d'immunodépression. Cet enjeu devient central avec la simplification des traitements antirétroviraux (schémas sans INTI, formes injectables longue durée), le vieillissement, les résistances aux INTI, la toxicité rénale et osseuse du ténofovir et la protection vaccinale incertaine.

Méthodes

Mise au point associant une revue de la littérature (définitions de la réactivation selon Papatheodoridis, J Hepatol 2022 ; recommandations EACS 2025), la présentation de deux observations cliniques documentées de manière longitudinale, et l'analyse des données récentes issues de CROI 2025 et EACS 2025.

Résultats

Cas 1 : femme de 57 ans originaire de RDC, VIH+ depuis 2001, hépatite B antérieurement résolue (anti-HBs positif après vaccination), perdue de vue de 2022 à 2024 avec interruption des ARV ; réactivation sévère en décembre 2024 (séroréversion AgHBs 4144 UI/mL, ADN VHB 5,79 log, ALAT 2625/ASAT 3826, CD4 10 %), contrôlée après reprise de TAF/FTC/BIC. Cas 2 : homme de 74 ans, VIH+ depuis 1986, anti-HBc isolé, traitement sans INTI depuis 2016 pour résistance (TAM + K65R) ; réactivation en janvier 2025 (AgHBs > 124 925, ADN VHB 8,41 log, IgM anti-HBc positives), amendée sous TDF/RPV/DTG, posant la question réactivation versus réinfection. À l'inverse, les données de cohorte sont rassurantes : aucune réactivation parmi 741 PVVIH passées à CAB+RPV LA à Barcelone ; dans la Swiss HIV Cohort (n = 358), ADN VHB détectable chez 1,1 % après switch vers un schéma avec 3TC/FTC contre 5,6 % sans agent anti-VHB. L'EACS 2025 juge sûr le maintien du 3TC/FTC seul, mais impose une surveillance (transaminases, AgHBs, ADN VHB) en l'absence d'agent actif. L'essai BEe-HIVE (CROI 2025) montre la supériorité du vaccin HepB-CpG chez les non-répondeurs (SPR 97,2 % à S72 avec 3 doses vs 57,5 % avec HepB-alum).

Conclusion

La réactivation du VHB reste rare mais potentiellement grave chez les PVVIH avec anti-HBc isolés. En l'absence de stratification du risque validée, l'allègement thérapeutique impose un

dépistage sérologique systématique, une vaccination optimisée par adjuvant CpG, une surveillance structurée et la prise en compte de l'épidémiologie locale et de l'observance.

Mots-clés : VIH, hépatite B, réactivation, anti-HBc isolés, traitement sans INTI, vaccination HepB-CpG

Vaccination des 'sénieurs' : nouvelles recommandations

Pr Odile Launay

Professeur en maladies infectieuses et tropicales à l'Université Paris Cité

Directrice du centre d'investigation clinique en vaccinologie Cochin Pasteur et du réseau national d'investigation clinique en vaccinologie I - REIVAC

Le vieillissement immunitaire réduit la réponse vaccinale et accroît la vulnérabilité aux infections sévères. De plus, la vaccination est désormais reconnue comme un levier de **prévention cardiovasculaire mais aussi dans la prévention de la dépendance chez les séniors**. Aussi la vaccination présente un intérêt majeur chez l'adulte, plus particulièrement chez l'adulte âgé de 65 ans et plus, justifiant de recommandations spécifiques. Outre la prévention du tétanos qui nécessite le maintien de rappels tous les 10 ans par le vaccin dTcaP (diphtérie-Tétanos- coqueluche acellulaire- Polio), les recommandations chez les personnes âgées de 65 ans et plus comportent la prévention des infections respiratoires et du zona.

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chaque année avec un vaccin adapté aux virus circulants (décision de l'OMS) et **se fait dorénavant préférentiellement avec les vaccins « augmentés » (haute dose *Efluelda* ou adjuvanté *Fluad*) chez les personnes âgées de 65 ans et plus**. La vaccination contre la Covid -19 avec un vaccin adapté aux variants circulants est également recommandée chaque année à partir de l'âge de 65 ans et, pour les personnes âgées de 80 ans et plus, une injection tous les 6 mois. La vaccination par les vaccins à ARNm reste privilégié.

Il faut noter que la vaccination grippe peut être administrée de façon concomitante à celle du Covid-19.

La vaccination contre les infections à pneumocoque est recommandée dès l'âge de 65 ans et se fait avec une dose unique de vaccin pneumocoque conjugué (VPC) à large couverture sérotypique (**préférentiellement le VPC21** ou le VPC20).

Vis-à-vis des infections par le Virus Respiratoire Syncytial (VRS) il est recommandé d'administrer **1 dose** avant la période épidémique pour toutes les personnes âgées de **75 ans et plus**, et dès l'âge de **65 ans** en cas de pathologie respiratoire ou cardiaque chronique.

Enfin la vaccination contre le zona est recommandée chez les adultes âgés de 65 ans et plus avec un schéma en **2 doses à 2 mois d'intervalle**. Son efficacité en vie réelle contre le zona s'élève à 85,5 %.

En conclusion la vaccination à partir de l'âge de 65 ans constitue aujourd'hui un pilier fort de la prévention et du 'bien vieillir'. L'arrivée de nouveaux vaccins permet d'augmenter l'efficacité des vaccins existant (cas de la grippe) mais aussi la protection contre d'autres infections et leurs complications.

Ref : Calendrier vaccinal 2026. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2026_07_calendrier_vaccinal-2026_a4_93p_v11.pdf

Cancer et VIH : prévention, dépistage et principes de prise en soins

L'amélioration de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'accompagne d'une augmentation du poids des cancers dans les comorbidités et dans les causes de décès.

Cette présentation abordera l'épidémiologie des cancers chez les PVVIH, ainsi que les principales stratégies de prévention et de dépistage adaptées aux différents contextes de soins. L'importance du traitement antirétroviral précoce, du sevrage tabagique et de la vaccination sera soulignée. Les stratégies de dépistage des cancers liés à l'âge ou aux facteurs d'exposition (colorectal, sein, prostate, poumon), ainsi que celles spécifiques aux cancers viro-induits, notamment du col de l'utérus et de l'anus, seront discutées.

Enfin, les principes de prise en soins oncologique des PVVIH seront présentés, en particulier la gestion des interactions médicamenteuses, la prophylaxie des infections opportunistes selon le contexte immunologique et les traitements anticancéreux, ainsi que les spécificités de prise en charge de la maladie de Kaposi et de la maladie de Castleman.

L'intérêt d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux PVVIH atteints de cancer sera également souligné, en rapportant l'expérience française, afin de favoriser une prise en soins coordonnée et adaptée.

Innovations thérapeutiques dans le VIH : nouvelles molécules, nouvelles associations et stratégies de demain

L'innovation thérapeutique dans le traitement de l'infection par le VIH connaît une nouvelle dynamique, portée par le développement de molécules aux mécanismes d'action innovants et de nouvelles associations antirétrovirales, notamment en bithérapie. Ces stratégies, évaluées chez les personnes vivant avec le VIH en succès virologique ou naïves de traitement, reposent sur des classes thérapeutiques récentes, comme les inhibiteurs de capsid (comme le lenacapavir), sur les inhibiteurs d'intégrase de dernière génération par voie orale ou injectables, ou sur des molécules aux mécanismes d'action originaux, comme l'islatravir, inhibiteur nucléosidique de la translocation de la transcriptase inverse.

À travers les résultats récents d'essais cliniques randomisés de phases II et III, cette présentation fera le point sur les principales avancées thérapeutiques, notamment les associations doravirine/islatravir, bictégravir/lenacapavir, islatravir/lenacapavir et islatravir/ulonivirine.

Au-delà de leur efficacité virologique, ces innovations ouvrent la voie à de nouvelles modalités d'administration, avec des traitements oraux hebdomadaires (Islatravir +lenacapavir ; islatravir + ulonivirine), ou à l'évaluation de formulations injectables à très longue durée d'action, tous les 4 à 6 mois incorporant des anticorps neutralisant (lotivibart Q6M + cabotegravir IM/mois ; ou lenacapavir+teropavimab+zinlirvimab).

Dans l'attente de ces nouvelles options, les données récentes permettront également de réexaminer la robustesse des stratégies actuelles associant un inhibiteur d'intégrase de dernière génération à deux analogues nucléosidiques, notamment en présence de résistances archivées, en échec ou succès virologique.

Les infections fongiques nosocomiales

Pr Mansouri Roukaya

Les infections nosocomiales d'origine fongique sont la cause d'une importante morbidité et mortalité et représentent une préoccupation majeure dans de nombreux services d'hospitalisation, notamment les unités de soins intensifs. Leur prévalence universelle varie de 10 à 20 %.

Plusieurs facteurs de risque sont associés à la survenue de ces infections liées aux soins, notamment l'âge extrême, l'immunodépression, la présence de dispositifs médicaux implantés, l'exposition prolongée aux antibiotiques à large spectre, la corticothérapie, la chirurgie récente et l'hospitalisation prolongée.

Les atteintes recensées demeurent majoritairement les candidoses et les aspergilloses. Le *Candida* représentant 5 à 6% des micro-organismes responsables d'infections nosocomiales dans les secteurs de soins intensifs.

La prise en charge de ces infections hospitalières est optimisée par la mise en place d'une démarche diagnostique et thérapeutique appropriée reposant sur l'apport d'outils diagnostiques adéquats, de thérapies ciblées et de moyens préventifs adaptés.

Les moyens actuels de diagnostic reposent sur plusieurs approches complémentaires : sérologie, techniques moléculaires, spectrométrie de masse, la recherche de biomarqueurs et antigènes ainsi que les méthodes directes conventionnelles. Nous exposerons, dans le cadre de cette étude, l'expérience de notre laboratoire sur une période de 25 ans, où les agents fongiques identifiés sont du genre *Candida*, *Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Pneumocystis* ainsi que les mucorales.

Le risque fongique hospitalier constitue un problème de santé publique universel, ce qui justifie la mise en place d'une stratégie diagnostique de surveillance et de prévention pour une gestion optimale de ces infections, conformément aux recommandations internationales, afin d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients en milieu hospitalier.

Mots-Clés : infection fongique – nosocomiale- *Candida* – *Aspergillus*- outils diagnostiques- prévention.

Candidoses invasives : épidémiologie, sensibilité aux antifongiques et enjeux thérapeutiques

MERADJI Assia

Laboratoire de Parasitologie – Mycologie médicale, CHU Constantine
Département de Pharmacie, Faculté de Médecine, Université Constantine3
Laboratory of biological and pharmaceutical sciences applied to health, Faculty of Medicine,
University Constantine 3

Les candidoses invasives, et en particulier les candidémies, constituent une cause majeure d'infections sévères en milieu hospitalier, dont la prise en charge est rendue plus complexe par l'évolution constante de l'épidémiologie des espèces de *Candida* et par l'émergence de profils de sensibilité diminuée aux antifongiques. Face à ce constat, ce travail se propose de présenter les caractéristiques des candidémies diagnostiquées dans deux centres hospitaliers universitaires algériens, les CHU de Sétif et de Constantine, et d'analyser, selon la méthodologie de référence EUCAST, la sensibilité aux antifongiques des souches de *Candida* isolées dans les services de réanimation du CHU de Sétif. Ces données locales seront ensuite confrontées, à travers une revue de la littérature récente, à la situation épidémiologique des candidoses invasives rapportée dans les pays du sud de la Méditerranée, où une tendance commune se dessine avec l'émergence progressive des espèces non-albicans. Une attention particulière sera portée à la place du fluconazole dans cette dynamique, à la pression de sélection qu'il exerce et à ses répercussions potentielles sur l'écologie fongique et le profil de sensibilité des souches circulantes. Cette mise en perspective des données locales et régionales vise à mieux situer l'évolution des candidoses invasives dans notre contexte hospitalier et à souligner l'importance d'une surveillance microbiologique continue et d'une utilisation raisonnée des antifongiques, dans une véritable démarche d'antifungal stewardship.

Mots-clés : Candidoses invasives ; *Candida* ; Sensibilité aux antifongiques ; Fluconazole ; Antifungal stewardship.

HPV et cancer du col utérin : dépistage et prévention

Dhakya MOHAMMEDI

Résumé

Le cancer du col de l'utérus est considéré comme un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'OMS, 604 196 nouveaux cas et 279 583 décès sont estimés en 2024. Il représente le Cinquième cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme dans le monde. En Algérie c'est le quatrième cancer chez la femme avec 1792 nouveaux cas en 2024. Son incidence et sa mortalité sont particulièrement élevées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les inégalités d'accès à la vaccination contre le HPV, au dépistage et au traitement contribuent fortement à la persistance de cette maladie.

L'OMS, dans sa stratégie mondiale en vue d'éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique d'ici 2030 cible trois objectifs principaux : la vaccination de 90% de filles à l'âge de 15 ans, le dépistage de 70% des femmes à l'âge de 35 ans et à l'âge de 45 ans avec un test de haute performance et le traitement des lésions précancéreuses diagnostiquées chez 90% de femmes ainsi que la prise en charge de 90% de femmes atteintes de cancers invasifs.

Les deux piliers de la prévention du cancer du col de l'utérus sont donc le dépistage et la vaccination.

Deux méthodes sont utilisées pour le dépistage, le frottis cervico-utérin et le test HPV qui permet de mettre en évidence 14 génotypes HPV à haut risque (HPV-hr). Chacune de ces méthodes présente des avantages, des inconvénients et des exigences en termes de planification des programmes de dépistage.

Trois types de vaccins sont utilisés à travers le monde, le bivalent (16 et 18), le quadrivalent (6, 11, 16 et 18) et le nonavalent (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58). En 2025 (OMS 2026), 162 pays sur 194 ont intégré le vaccin anti HPV dans leurs programmes nationaux et 93 pays ont adopté un schéma vaccinal à une dose. En Algérie, la vaccination anti HPV a été intégrée au calendrier vaccinal du PEV selon l'arrêté du 28 avril 2026 et prendra effet en 2027.

Le cancer du col de l'utérus est une maladie largement évitable grâce à la combinaison de la vaccination contre le HPV et du dépistage, complétés par la prise en charge des lésions précancéreuses et des cancers. Cette approche intégrée constitue le fondement de la Stratégie mondiale de l'OMS visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique.

Diagnostic et traitement des infections du pied chez le patient diabétique

Prof Amel Letaief , Sousse- Tunisie

La Prophylaxie Pré-Exposition de l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine: Une Révolution en Prévention

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un nouveau mode de prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont l'efficacité remarquable a conduit à sa recommandation par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2015 pour les populations les plus exposées. Le principe est d'administrer à des personnes exposées non-infectées un antiviral actif contre le VIH avant et après l'exposition au virus. En France, la PrEP est disponible sous forme de comprimés depuis 2016 avec plus de 100.000 utilisateurs. Cependant la PrEP reste utilisée très majoritairement par les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) nés en France. Même si on note une forte diminution de l'incidence du VIH dans cette population, le nombre total de nouveaux diagnostics a peu diminué sur ces dix dernières années. En effet, les autres populations exposées (hommes et femmes nés à l'étranger, personnes trans, toxicomanes) n'utilisent que peu ou pas la PrEP orale et l'observance de la PrEP n'est pas toujours satisfaisante rendant son efficacité insuffisante. La mise à disposition prochaine de nouveaux antiviraux administrés par voie injectable à longue durée d'action (2 à 6 mois) devrait permettre d'offrir des alternatives à la PrEP orale, d'améliorer l'observance de la PrEP et de toucher d'autres populations réticentes à la prise régulière de comprimés. Une plus large diffusion de la PrEP chez les personnes exposées devrait permettre, combinée à la promotion du préservatif, du dépistage répété de l'infection VIH, et du traitement précoce des personnes infectées, d'atteindre l'objectif d'éradication de l'épidémie en France et dans le monde.

Elimination des Hépatites

Pr Stanislas Pol, MD, PhD

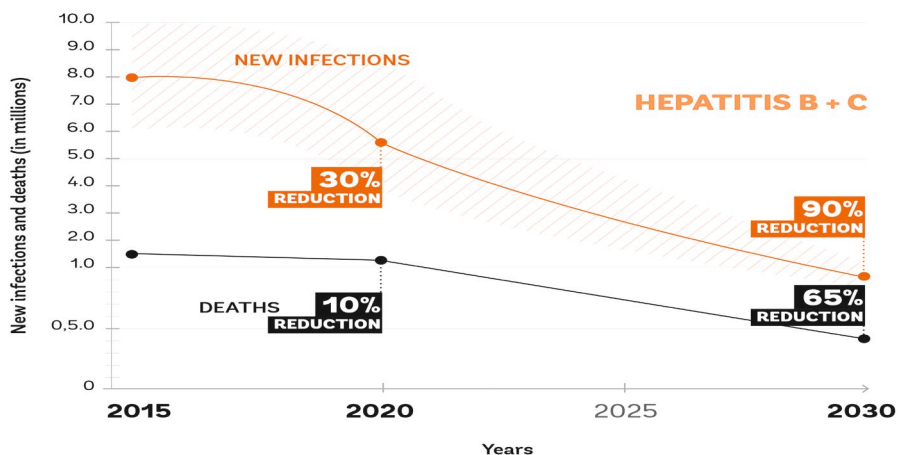
La mortalité globale liée aux hépatites est passée de la 10ème à la 7ème place entre 1990 et 2013 dépassant celle liée à la tuberculose après 2010 et celle liée au VIH en 2013 (Stanaway, Lancet 2016). Ceci explique la détermination de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de générer une politique d'élimination des hépatites virales d'ici 2030 à partir de 2017 (Global Report on Hepatitis, WHO, 2017). Les objectifs ambitieux sont la réduction des nouveaux cas d'hépatites B et C de 30 et 90% et de la mortalité de 10 et 60% en 2020 et 2030, respectivement avec 80% de patients traités (Figure 1). Ceci sous-entend des actions préventives (vaccination anti-VHB, prévention de la transmission materno-infantile, sécurité des transfusions et des injections) et thérapeutiques (réduction des risques, accès simplifiés et peu coûteux aux diagnostics et aux traitements des infections virales B et C).

Une minorité de pays ont déclaré une politique ferme d'élimination des hépatites (http://polarisobservatory.org/polaris_view/hepC.htm). Si les scénarii associant dépistage-diagnostic/accès aux soins/traitements et suivis des patients guéris suggèrent que cette élimination est possible dans les pays européens dans les délais envisagés, ils montrent que dans la plupart des pays, allant des USA au continent africain, il sera difficile d'être au rendez-vous de l'élimination.

Quel est le rôle des soignants? Trois actions principales doivent être menées. La première est un renforcement du dépistage (meilleures éducation et information des personnels soignants médicaux et paramédicaux, facilitation des diagnostics par des tests d'orientation rapide du diagnostic ou des tests génomiques « point of care »). La seconde est une amélioration de l'accès aux soins (amélioration de l'accès aux prescripteurs spécialistes ou non spécialistes, médicaux ou non-médicaux en fonction des structures de soins, co-localisation des structures de diagnostic et de traitement de l'infection virale C mais aussi des co-morbidités (alcool, usage de drogues, substitution opioïde, troubles psychiatriques...), information sur l'innocuité et l'efficacité des traitements antiviraux. La troisième est l'information sur les traitements antiviraux et leur coordination avec les autres pathologies. Le traitement antiviral seul ne peut suffire à obtenir l'élimination des hépatites et les politiques préventives restent prioritaires et plus efficaces. Si on veut lever le "burn-out

diagnostique des hépatites” (par exemple pour le VHC, 5 fois plus de nouvelles infections que de diagnostics en 2016 dans 10 des 91 pays renseignés et 5 fois moins de guérison virologique que de nouvelles infections dans 23 des 91 pays renseignés (Hill A et al. J Viral Erad 2017), une politique pro-active est indispensable visant à des modifications comportementales : éducation, politique de réduction des risques incluant les programmes d’échanges de seringue et de substitution, mais aussi l’information sur les co-morbidités hépatiques, et réductions des coûts des médicaments (les génériques aujourd’hui disponibles sont aussi efficaces et bien tolérés que les produits des compagnies). Les politiques de micro-élimination dans les populations déjà bien « ciblées » (polytransfusés incluant les hémophiles ; insuffisants rénaux, notamment hémodialysés ; cirrhoses décompensées; vétérans) mais surtout dans les populations vulnérables les plus exposées aux infections et ré-infections (prisonniers; usagers de drogues; hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes; migrants) permettront d’espérer l’élimination des hépatites.

Figure 1 : Objectifs de l’OMS pour 2020 et 2030



Infections Fongiques Invasives en Méditerranée : Panorama et études de cas pris en charge à l'Hôpital Universitaire de Marseille

Dr J. Sevestre (MCUPH, Parasitologie Mycologie, Marseille, France)

Les Infections Fongiques Invasives (IFI) représentent une cause significative de mortalité chez les patients à risque. Leur incidence et spectres semblent augmenter, mais l'ampleur exacte reste difficile à estimer en raison d'une surveillance incomplète et d'une hétérogénéité des définitions diagnostiques. La prise en charge doit s'adapter désormais à des espèces émergentes, ainsi qu'à l'augmentation de fréquence de résistances acquises aux antifongiques.

Cette présentation récapitulera l'épidémiologie des IFI en Méditerranée et leurs défis diagnostiques et thérapeutiques contemporains, illustrés par des travaux cliniques issus de prises en charge de patients à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille.

Dépistage systématique du Virus C lors d'une hospitalisation.

Si Nafa SI AHMED, drsnsahep@gmail.com

Introduction

Les hépatites notamment virales occasionnent un lourd fardeau à la Santé Publique. L'OMS a ciblé l'éradication pour 2030. En dépit d'un vaccin bénéfique contre le VHB, sa généralisation suscite encore des réticences.

Malgré la disponibilité d'un traitement court, rapide, sûr et efficace, la lutte contre l'hépatite C reste perfectible car il faut dépister toute la population contaminée.

A ce jour, les recommandations ciblent les populations avec un facteur de risque identifié (groupe 2). L'étude présentée a pour objectif d'évaluer l'intérêt d'un dépistage systématique (groupe 1 : *Dépistage de l'Hépatite Chronique Virale C à l'Hôpital*)

Méthode

Une enquête préalable au sein de l'établissement a permis de constater que les recommandations de prise en charge pouvaient être améliorées. Des formations ont donc été organisées avant de réaliser cette étude prospective, monocentrique, longitudinale, interventionnelle (à risque minime) enrôlant successivement les patients consentants à travers 22 services (exceptés les services ambulatoires, la pédiatrie, la néphrologie, la maternité et la pédiatrie)

La prévalence locale de la sérologie VHC positive (*Enquête INVS 2011*) est estimée à 0,75% (0,62-0,92) dont 0,42% (0,33-0,53) virémiques.

Au vu de l'activité de l'Hôpital (65 000 entrées par an), considérant une prévalence attendue supérieure, le recrutement de 5000 patients permettrait de mesurer une séroprévalence de 0,75% (0,49-1,01).

Conduite de l'étude

De novembre 2019 à novembre 2021, un consentement a été proposé pour la réalisation d'une sérologie VHC lors du bilan renseigné. Tous les patients avec sérologie VHC positive ont bénéficié d'une recherche d'ARN VHC et les patients virémiques ont été reçus en consultation d'hépatologie pour avis thérapeutique.

Seul 19,4% (4986 inclus/25663 hospitalisés) patients ont été inclus durant l'étude conduite pendant la période du COVID. Des mesures d'adaptation ont été nécessaires notamment le recours à un consentement oral après une information diffusée sur les téléviseurs des patients*.

Résultats

La prévalence VHC des patients groupe 2 est 9,2%, supérieure au dépistage systématique 2,7%. Mais la prévalence au sein de l'hôpital reste largement supérieure à la prévalence attendue ($p < 0,001$).

A travers les deux groupes, la proportion de patients virémiques est statistiquement comparable (15,3 % vs 18,2%). Seul 9 patients parmi les 29 malades infectés pourront bénéficier d'un traitement d'éradication. Le traitement n'a pas été proposé aux autres patients pour 2 refus et des contre-indications liées à l'âge et aux comorbidités.

17 patients décéderont dans l'année après la fin de l'étude justifiant la mise en place d'une étude médico-économique.

Conclusion

Le dépistage systématique du VHC en milieu hospitalier est attractif car il identifie une prévalence supérieure à la population générale ou dépistée sur facteur de risque.

Cependant l'efficacité, notamment du traitement, est compromise par l'âge avancé et les comorbidités enregistrées dans cette population hospitalisée pendant l'épidémie COVID.

Une mobilisation accrue de tout le personnel soignant est nécessaire pour lever les entraves à l'éradication virale C.

* cf film joint

« Gestion de l'infection chez l'hémodialysé : Point de vue de l'infectiologue »

A. TOUMI, maladies infectieuses, Monastir, Tunisie (Visioconférence)

Les infections constituent une cause majeure de mortalité chez les patients hémodialysés. Elles sont favorisées par l'immunodépression, la nécessité d'un accès vasculaire à long terme, les comorbidités et l'exposition répétée aux soins. Les bactériémies et les infections liées aux accès vasculaires, notamment aux cathéters veineux centraux, constituent les principales complications infectieuses. La microbiologie est dominée par *Staphylococcus aureus*, les staphylocoques à coagulase négative et les bacilles à Gram négatif dominés par *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa*. La progression de l'antibiorésistance, notamment du SARM et des entérobactéries productrices de BLSE, complique la prise en charge thérapeutique. Le diagnostic repose sur une évaluation clinique rigoureuse, des hémocultures adaptées et l'identification précoce du foyer infectieux. Les complications graves incluent l'endocardite infectieuse, les localisations septiques secondaires et le choc septique. Le traitement repose sur une antibiothérapie probabiliste adaptée à l'écologie locale. La réévaluation clinique est systématique et l'antibiothérapie doit être adaptée aux résultats microbiologiques ainsi qu'aux modalités d'hémodialyse. La gestion de l'accès vasculaire, en particulier la décision de retrait ou de conservation du cathéter, constitue un enjeu thérapeutique majeur. Enfin, la prévention repose sur le respect des mesures d'hygiène, la surveillance épidémiologique, la sécurisation des accès vasculaires et le bon usage des antibiotiques.