



Soirée au Cabinet MG

Dr DE SESMAISONS Maguelone et SAVRY Emilienne
Jeudi 31 Janvier 2019



Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - <http://www.fmc34.fr/>



GRIVE, quesaquo ?

- G** Généraliste
- R** Référent
- I** Infectio-
- V** Vigilance
- E** Extra-hospitalière





L'antibiorésistance... c'est quoi exactement?



QU'EST-CE QUE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES ?

La résistance aux antibiotiques ou antibiorésistance, c'est quand un antibiotique n'est pas efficace sur une infection bactérienne.

L'usage inadapté des antibiotiques
augmente l'antibiorésistance.



Chaque individu porte quelques bactéries résistantes parmi les milliards de bactéries de sa flore intestinale.

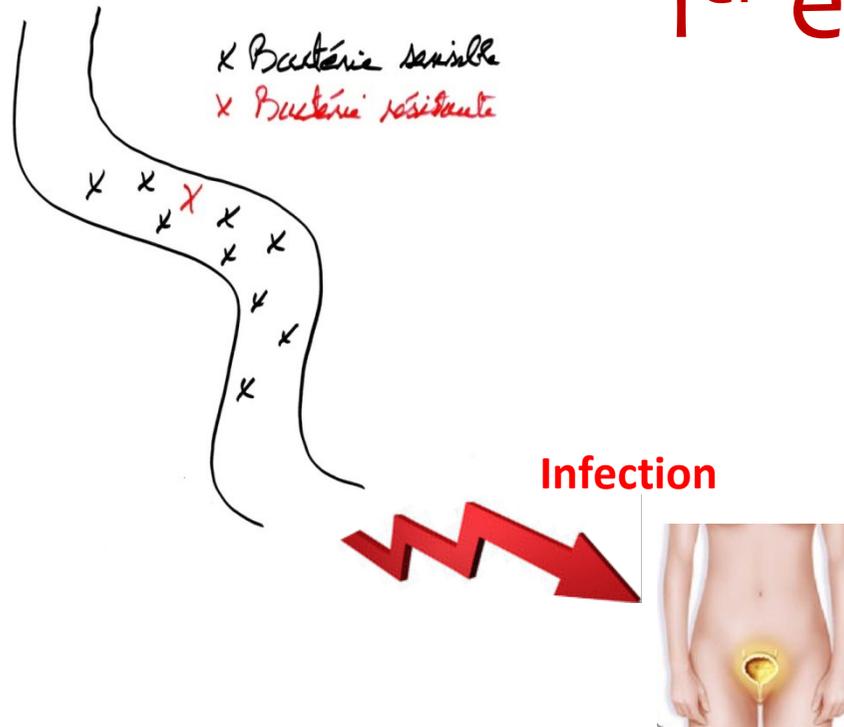
Le traitement antibiotique tue les bactéries responsables de l'infection mais les bactéries résistantes survivent.



Les bactéries résistantes peuvent devenir prédominantes et empêcher la guérison.



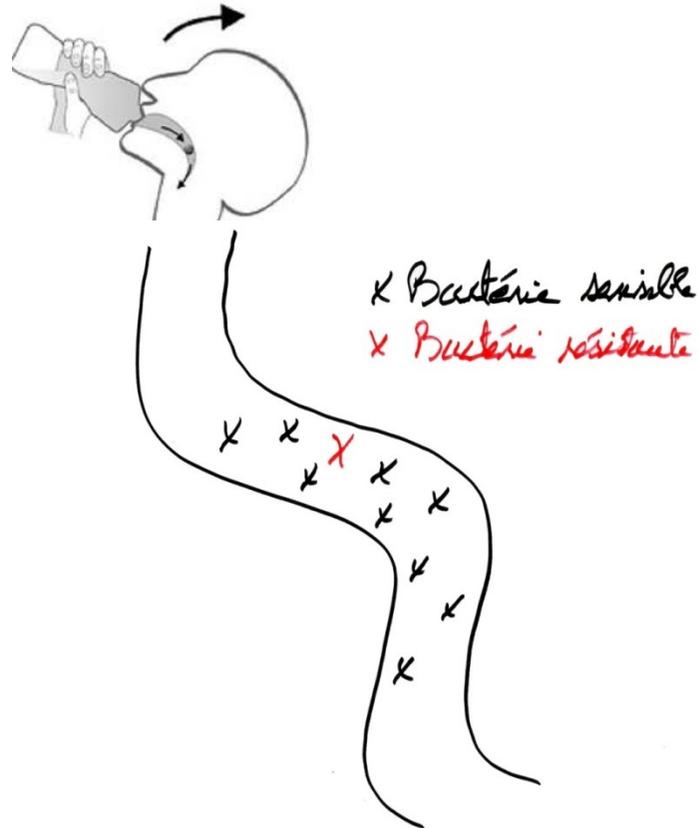
1^{er} épisode



Traitement
de première
ligne efficace



Prise d'un traitement antibiotique





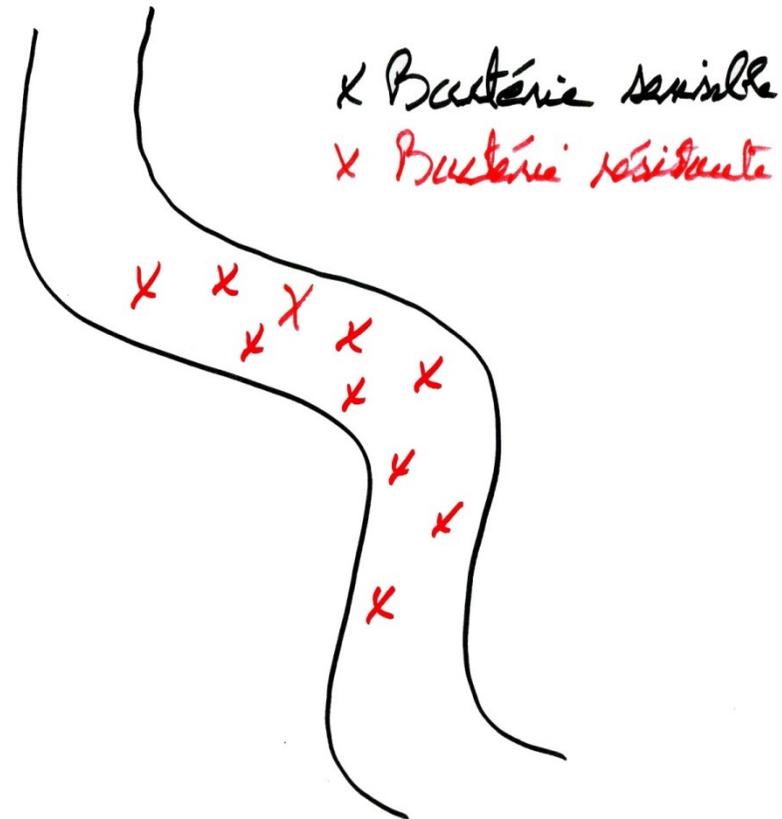
Impact sur la flore



**Destruction de
la flore sensible**



Reconstitution d'une flore mutée





Nouvel épisode

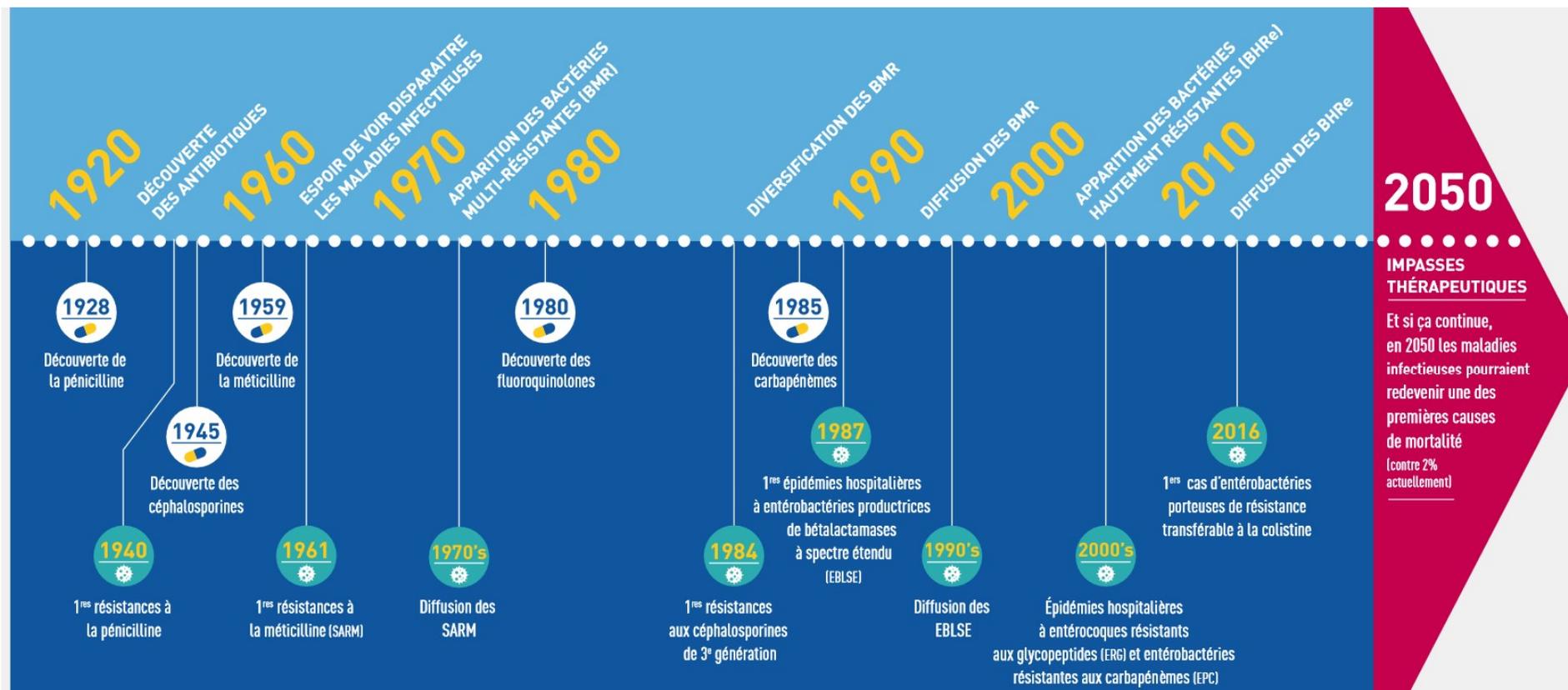


Escalade thérapeutique



L'antibiorésistance, état des lieux...





ENGRENAGE :
DE LA SURCONSOMMATION
D'ANTIBIOTIQUES À L'IMPASSE THÉRAPEUTIQUE

La surconsommation d'antibiotiques est responsable de l'augmentation des résistances bactériennes aux antibiotiques, faisant craindre des impasses thérapeutiques de plus en plus fréquentes.



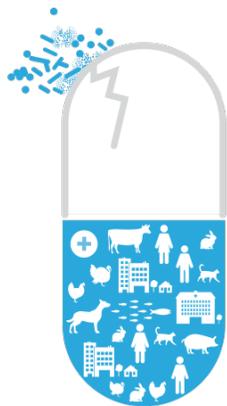
Rapport sur la consommation des antibiotiques et résistances aux ATB en France

publié le 15/11/2017 par Santé Publique France

bilan des 10 dernières années (2006-2016)



CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES ET
RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN FRANCE:
SOYONS CONCERNÉS, SOYONS RESPONSABLES!



Novembre 2017

- Absence de réduction de la consommation des ATB
- **Multiplication E.coli R aux C3G**, notamment chez la PA++
(x3 en ville et x6 en établissement de santé)
- Apparition de R à la Ciprofloxacine chez Salmonelle et majoration de Salmonelle R aux C3G ++

COMMENT SE PROPAGENT LES BACTÉRIES RÉSISTANTES ?



- Par contact physique direct entre individus (humains ou animaux)
- Par contact indirect via les objets, l'environnement ou l'alimentation



EN VILLE

Le patient peut transmettre ses bactéries résistantes autour de lui.

EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

Le patient ou le résident peut transmettre ses bactéries résistantes à un autre patient ou résident, directement, via le personnel soignant ou l'environnement.



CHEZ LES ANIMAUX D'ÉLEVAGE ET DE COMPAGNIE

Les animaux peuvent transmettre leurs bactéries résistantes via l'environnement, leurs éleveurs ou propriétaires, les vétérinaires ou la consommation de viandes peu cuites.

DANS L'ENVIRONNEMENT

Humains et animaux contaminent l'environnement avec les bactéries résistantes via leurs déjections et les eaux usées.



APRÈS UN VOYAGE À L'ÉTRANGER

Dans certains pays, les bactéries résistantes sont plus répandues. Le voyageur peut être contaminé par ces bactéries présentes dans l'environnement (alimentation, eau) ou lors d'une hospitalisation. À son retour, il peut transmettre ces bactéries à ses proches ou à d'autres patients s'il est hospitalisé.



GRIVE : objectifs et moyens





Grive, pourquoi ?



- Parce que plus de 90% des antibiotiques sont prescrits en ville
- Parce que l'antibiorésistance s'accroît : plus de 10 millions de décès en 2050 (*rapport Carlet 2016*)
- Pour une prescription adaptée des antibiotiques
- Epargner les antibiotiques les plus pourvoyeurs de résistances = AMOX/AC.CLAV, C3G orales, FLUOROQUINOLONES



GRIVE pour ...



Optimiser les prescriptions d'antibiotiques



Informer sur la vaccination, les pathologies émergentes et à risque épidémique



Prévenir la transmission et la diffusion des BMR



Prendre en compte les représentations des patients



GRIVE en action !



VRAI ou FAUX

Rencontres de pairs à pairs

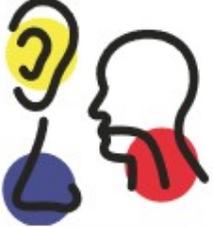


Rencontres des autres acteurs de santé libéraux



Interventions grand public





Infections Orl

VRAI ou **FAUX**





VRAI ou FAUX

GENERALITES en ORL

- Les deux antibiotiques ayant le plus d'impact sur l'acquisition de la résistance d'E.Coli sont:

les céphalosporines de 3^{ème} génération et les fluoroquinolones.

VRAI

- En 2016, 1 prescription d'antibiotique sur 3 en ville concernait une infection ORL ou respiratoire

FAUX

**2 PRESCRIPTIONS/3 (ansm 2016)
alors que les indications sont peu nombreuses**



VRAI ou FAUX

Rhinopharyngite aigue

- Le caractère puriforme des sécrétion nasales correspond forcément à une surinfection bactérienne. **FAUX**

Non , souvent lié à une desquamation des cellules épithéliales

- Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite virale, les sinusalgies correspondent à un début de sinusite **FAUX**

Elles correspondent à une congestion des méats sinusiens et sont spontanément résolutive

DRP++



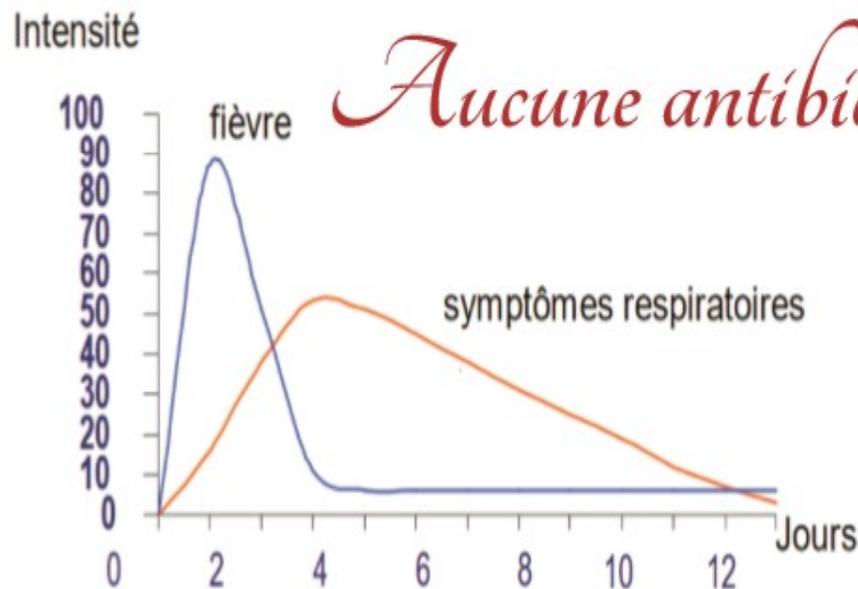
**DISPONIBLE EN
PHARMACIE**



Conduite à Tenir :



Rhinopharyngite aiguë



Aucune antibiothérapie n'est nécessaire !

TRAITEMENT= paracétamol et DRP
(désobstruction rhinopharyngée)
au sérum physiologique

Evolution schématique des symptômes d'une rhinopharyngite (adaptée de E. Wald)



VRAI ou **FAUX**

Otite Moyenne Aiguë Purulente

- Les signes cliniques sont uniquement un épanchement rétro-tympanique avec une inflammation

FAUX

(= Otite séro-muqueuse si pas de SF ni signes généraux)

OMA= Otagies + fièvre +/- conjonctivite si H. Influenzae



VRAI ou FAUX

Otite Moyenne Aiguë Purulente

- La majorité des OMAP évoluent spontanément vers la guérison

VRAI

Enfant > 2 ans? Son OMAP, il n'en fait qu'une bouchée!

Faisons confiance à ses défenses!

En l'absence de traitement antibiotique :

- 60% des enfants n'ont plus de douleur après 24h, 86% après 48h.
- 95% des enfants n'ont plus de signes (ni douleur, ni fièvre, ni épanchement) à 3-4 jours

Rev.prescrire 05/2016

VRAI ou FAUX

Otite Moyenne Aiguë Purulente

- A la fin du traitement, il peut persister un épanchement rétro-tympanique

VRAI

Pendant plusieurs semaines jusqu'à 3 mois

Otite moyenne aiguë ^x

3 stades

OMA congestive

- Ootalgie, fièvre ou rien
- Tympan fin
- Reliefs normaux
- Hyperhémie péri-malléaire

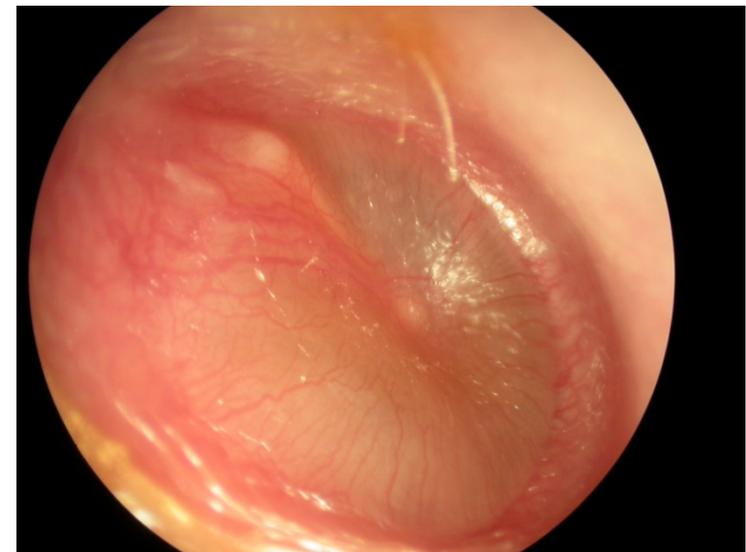
OMA collectée

- Ootalgie pulsatile
- Fièvre
- Tympan bombé
- Disparition des reliefs

OMA perforée

- Diminution de l'otalgie
- Diminution de la fièvre
- Tympan infiltré
- Perforation visible

Otite séromuqueuse





VRAI ou FAUX

Angine

- Streptocoque du groupe A est la principale bactérie retrouvée dans les angines, les bactéries représentant environ 20% des angines.

VRAI

60 à 90% des angines sont d'origine virale (VRS, adénovirus, Virus influenzae et para influenzae)

- L'angine à streptocoque a une clinique spécifique.

FAUX

L'angine à Streptocoque A n'est pas spécifique elle peut être érythémateuse, érythémato-pultacée...



VRAI ou FAUX

Angine

Le traitement de première intention en cas de TDR positif est:

Amoxicilline 2g/jour ou à 50mg/kg/j en 2 prises pendant 6jours

VRAI



Infections respiratoires basses

VRAI ou **FAUX**





VRAI ou FAUX

Bronchite aigue

- La bronchite aigue représente la plus fréquente des infections respiratoires inférieures: plusieurs millions/an en France.
- C'est une infection virale dans environ 60% des cas.

VRAI

FAUX

C'est une infection virale dans la quasi-totalité des cas

(10% origine bactérienne= mycoplasme et chlamydia pneumoniae, moraxella, bordetella pertussis...)

- La bronchite aigue se déclare d'emblée.

FAUX

Une infection des voies aériennes supérieures peut précéder la symptomatologie



VRAI ou FAUX

Bronchite aigue

- Le caractère secondairement purulent de l'expectoration signe une surinfection bactérienne. **FAUX**

Le caractère secondairement purulent de l'expectoration est fréquent
= réaction inflammatoire

- La toux doit avoir disparu en 1 à 2 semaines. **FAUX**

La toux peut durer plusieurs semaines

- Le traitement est ambulatoire et symptomatique. **VRAI**

Aucune antibiothérapie est indiquée (réduction d'une demi journée la toux versus effets indésirables et acquisition de résistance)

- L'absence d'amélioration doit faire reconsidérer le diagnostic de bronchite simple. **VRAI**



VRAI ou FAUX

Pneumopathie Aigue Communautaire PAC

- Le pneumocoque est la 1ere cause de PAC (~50% des PAC documentées). **VRAI**
- Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez les plus de 40 ans. **FAUX**

M.P est plus fréquent chez les moins de 40 ans

- Les anaérobies sont à considérer chaque fois que l'on suspecte une pneumopathie d'inhalation. **VRAI**



VRAI ou FAUX PAC

L'antibiothérapie des PAC repose en 1^{ère} intention sur l'amoxicilline **FAUX**

L'antibiothérapie des PAC est **probabiliste** car aucune molécule de 1^{ère} ligne ne couvre tout le spectre étiologique

Tout antibiothérapie dans le cadre d'une PAC implique nécessairement une réévaluation à 48h00.



A retenir...

PAC

- ❓ L'amoxicilline est la molécule de référence 1^{ère} intention pour le pneumocoque (tableau de PFLA).
- ❓ Les macrolides sont les molécules de référence 1^{ère} ligne pour la légionnelle et les autres bactéries intracellulaires.
- ❓ Les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur pneumocoques et ont une mauvaise biodisponibilité.



VRAI ou FAUX

PAC

En cas de doute étiologique, les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacine) sont des ATB à utiliser en 1ère intention pour le traitement d'une PAC

FAUX

Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacine) doivent être utilisés avec prudence:

- Pas de prescription si FQ dans les 3 mois précédents
- Eviter traitements par FQ anti pneumo répétés chez le même patient
- Eviter FQ anti pneumo en institution chez sujet âgé (transmission croisées de souches résistantes)



VRAI ou FAUX

EXACERBATION DE BPCO DE L'ADULTE

- L'exacerbation d'une BPCO correspond à la majoration de la dyspnée, de la toux, du volume de l'expectoration et/ou de sa purulence, sans préjuger de sa gravité.

VRAI

Seules ¼ des exacerbations sont bactériennes

- La fièvre est toujours présente. **FAUX**
- Pour prévenir les exacerbations, la vaccination contre pneumocoque et grippe est recommandée, ainsi que l'arrêt du tabac.

VRAI

- Une antibiothérapie est toujours indiquée. **FAUX**



Vaccin anti-pneumococcique

Recommandations particulières

1- Pour les prématurés et les nourrissons à risque élevé de contracter une infection à pneumocoque (cf. ci-dessous la liste des personnes à risque), le maintien d'un **schéma vaccinal renforcé comprenant une primovaccination à trois injections (2 mois, 3 mois, 4 mois) du vaccin pneumococcique conjugué 13-valent³², suivies d'un rappel est recommandé.**

2- À partir de l'âge de 2 ans, la vaccination est recommandée pour les patients à risque ; elle est effectuée avec un vaccin conjugué 13-valent, ainsi qu'avec un vaccin non conjugué 23-valent (VPP 23) selon les modalités figurant dans le schéma vaccinal mentionné plus bas : **elle s'adresse aux personnes suivantes :**

a) immunodéprimés (patients concernés par les recommandations de vaccination des immunodéprimés) ;

- aspléniques ou hypospléniques (incluant les syndromes drépanocytaires majeurs) ;
- atteints de déficits immunitaires héréditaires ;
- infectés par le VIH ;
- patients présentant une tumeur solide ou une hémopathie maligne ;
- transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide ;
- greffés de cellules souches hématopoïétiques ;
- traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;
- atteints de syndrome néphrotique.

b) non immunodéprimés porteurs d'une maladie sous-jacente prédisposant à la survenue d'IIP :

- cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;
- insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème ;
- asthme sévère sous traitement continu ;
- insuffisance rénale ;
- hépatopathie chronique d'origine alcoolique ou non ;
- diabète non équilibré par le simple régime ;
- patients présentant une brèche ostéo-méningée, un implant cochléaire ou candidats à une implantation cochléaire.



Vaccination contre les infections à pneumocoque (IP)

Enfants de moins de 2 ans	Enfants de 2 à 5 ans à risque d'IP	Enfants de plus de 5 ans et adultes à risque d'IP
<p>VPC 13 à l'âge de 2 mois (8 semaines), 4 et 11 mois</p>	<p>Si antérieurement vacciné par VPC 13 VPP23 à l'âge de 24 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non vaccinés antérieurement : VPC13 puis VPP23 (>S8) • Vaccinés antérieurement : <ul style="list-style-type: none"> - Avec la séquence VPC13-VPP23 : VPP23 avec un délai d'au moins 5 ans après le dernier VPP23 - Vaccinés depuis plus de 1 an avec le VPP23 : VPC13. Revaccination par VPP 23 avec un délai d'au moins 5 ans après le dernier VPP23
<p>Prématurés et nourrissons à risque d'IP : une dose de vaccin conjugué 13-valent à l'âge de 2 mois (8 semaines), 3 et 4 mois avec un rappel à l'âge de 11 mois</p>	<p>Si non antérieurement vaccinés : deux doses de VPC13 (S0, S8) puis VPP23 (S16)</p>	

VPC13 : vaccin pneumococcique conjugué 13-valent

VPP23 : vaccin pneumococcique polyosidique non conjugué 23-valent

S : semaine

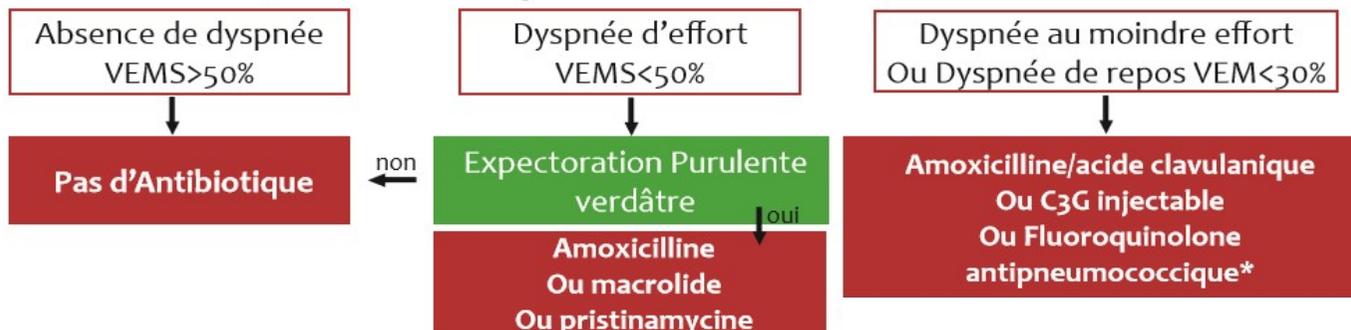


Infections respiratoires basses

Exacerbation d'une bronchopneumopathie obstructive

L'antibiothérapie n'est pas systématique.

Elle doit tenir compte de **l'état respiratoire de BASE** du patient:



* Pas de FQAP si patient a déjà reçu une FQ dans les 3 derniers mois



Infection urinaire

VRAI ou **FAUX**





VRAI ou **FAUX**

Généralités

Pour définir une colonisation urinaire le seuil de bactériurie est de 10^4 /ml et le seuil de leucocyturie est de 10^5 /ml

FAUX

***Il n'y a pas de seuil de bactériurie, sauf chez la femme enceinte, où un seuil de bactériurie à 10^5 UFC /ml est classiquement retenu.
La leucocyturie n'intervient pas dans la définition.***



VRAI ou FAUX

Généralités

Les 2 seules situations pour le dépistage et le traitement des colonisations urinaires sont :

- Grossesse à partir du 4^{ème} mois de grossesse
- Avant une procédure urologique programmée

Vrai



VRAI ou **FAUX**

Infection urinaire

- Seule la BU est recommandée dans les cystites aiguës simples

VRAI

- L'antibiothérapie de 1^{ère} intention pour traiter une cystite aiguë simple est la FOSFOMYCINE

VRAI



VRAI ou **FAUX**

Infection urinaire

- Le traitement d'une PNA simple est de 10 jours si traitement par FQ. **FAUX**

Il est de 7 jours si FQ, 10 jours avec amox, cotrimoxazole

- Un ECBU de contrôle est nécessaire dans le suivi d'une PNA ou d'une IU masculine même si l'évolution clinique est favorable.

FAUX

Pas de contrôle nécessaire si évolution clinique favorable



VRAI ou **FAUX** **IU masculines**

- Devant une IU masculine l'ECBU +/- la BU sont systématiques.

VRAI

- Les Fluoroquinolones sont les molécules de références pour le traitement des IU masculines.

VRAI

- La durée minimale de traitement est de 14 jours si un traitement par FQ ou BACTRIM est utilisé .

VRAI



Infection urinaire

Le **tube boraté** : y penser pour le soir et le week-end. Il permet de conserver les urines **48h** à température ambiante.

Prélèvement



1



2



3



4

- Pour assurer une bonne conservation de l'échantillon d'urine, il est important de le transférer dans tube de bactériologie dans les 15 min qui suivent le recueil.
- Après transfert de l'urine dans le tube, homogénéiser vigoureusement l'échantillon.



Vaccinations, si on en parlait...





Vaccinations obligatoires

Quelles sanctions?

- *« Il n’y aura pas de sanctions pénales ou d’amende pour les personnes qui ne seront pas vaccinées », a annoncé M^{me} Buzyn.*
- *La « soustraction par un parent à ses obligations légales compromettant la santé (...) de son enfant » restera en revanche un délit puni jusqu’à deux ans d’emprisonnement et 30 000 euros d’amende. Un enfant qui se retrouverait avec un handicap en raison d’une absence de vaccin aurait ainsi « le droit de mettre en cause pénalement ses parents », a déclaré M^{me} Buzyn.*



Les adjuvants

- Vaccins inactivés
- Permettent une réponse immunitaire efficace
- ↓ quantité d'antigènes par dose vaccinale
- ↓ nombre d'injections

Que contiennent les vaccins ?

1 Substances actives d'origine biologique

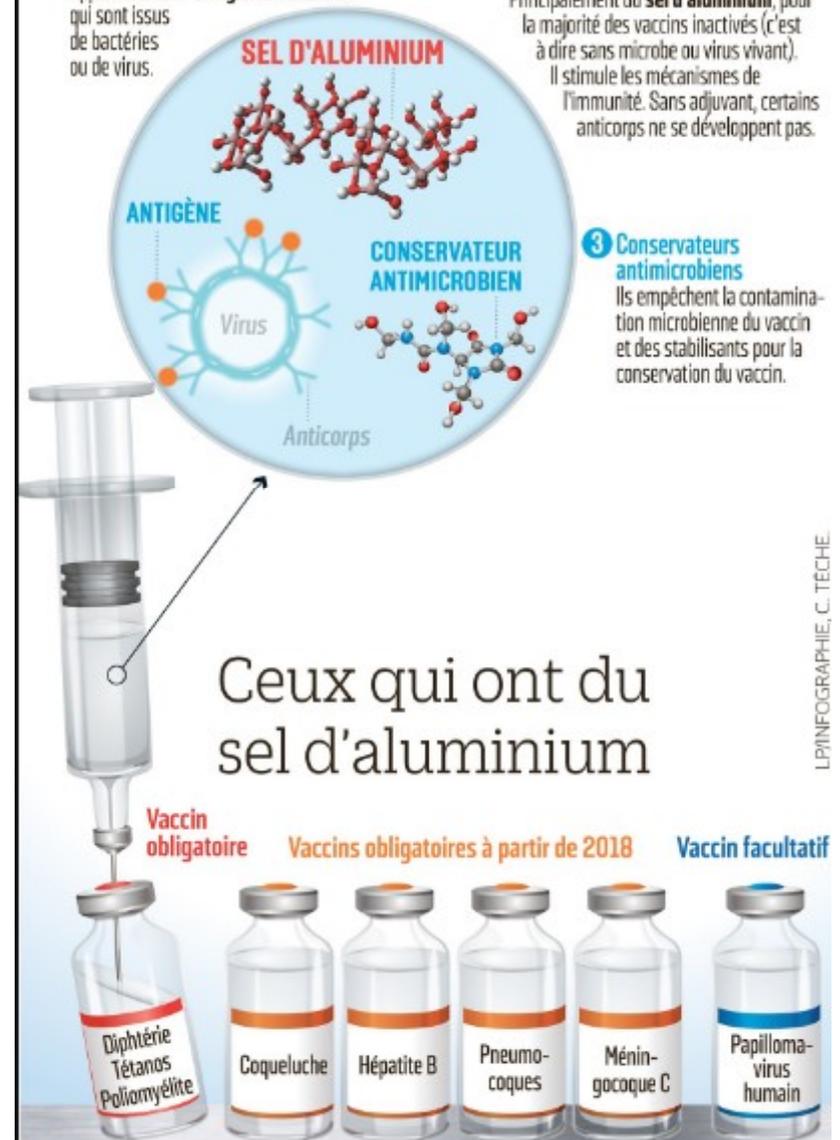
Appelées aussi « **antigènes vaccinaux** » qui sont issus de bactéries ou de virus.

2 ADJUVANTS

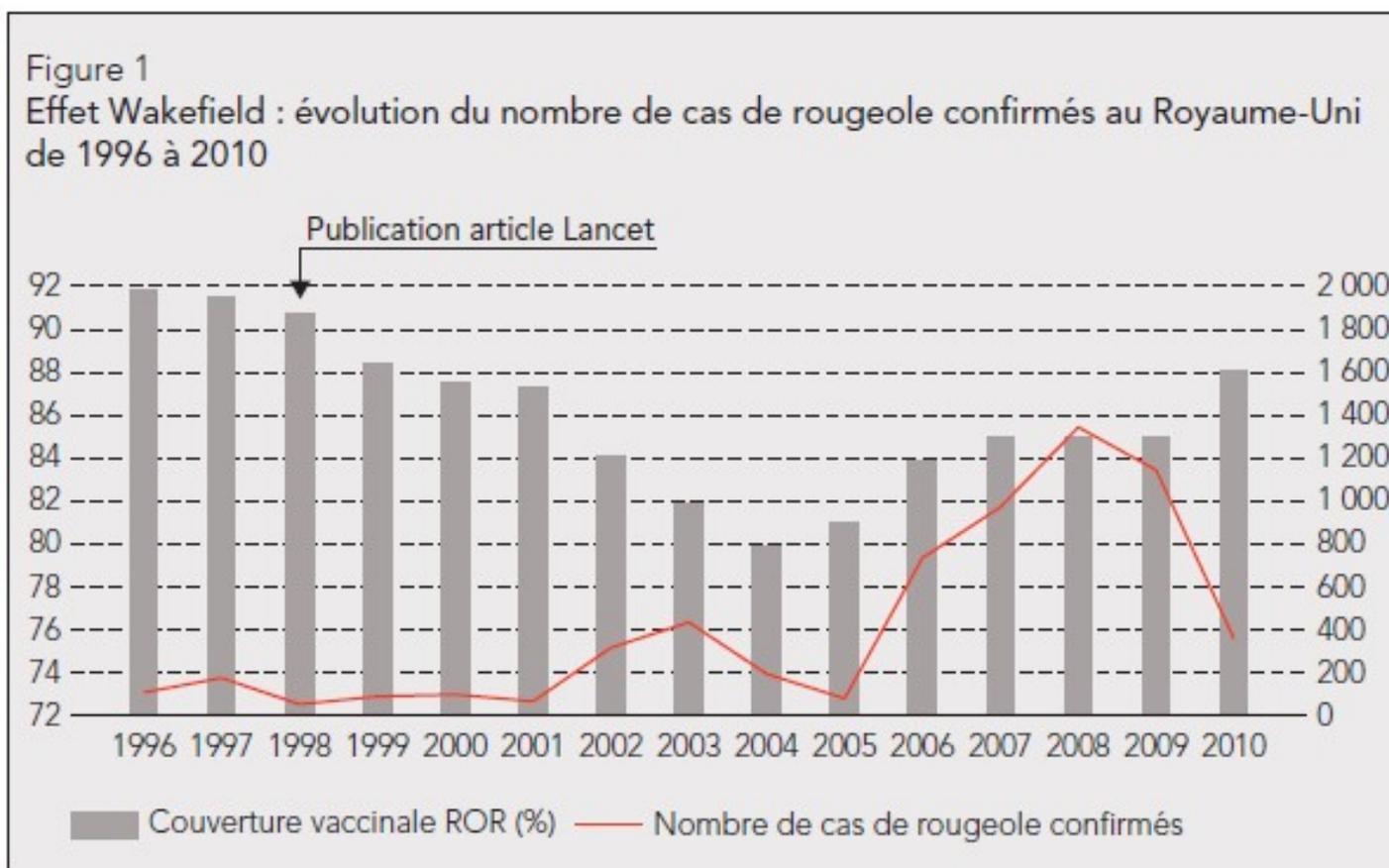
Principalement du **sel d'aluminium**, pour la majorité des vaccins inactivés (c'est à dire sans microbe ou virus vivant). Il stimule les mécanismes de l'immunité. Sans adjuvant, certains anticorps ne se développent pas.

3 Conservateurs antimicrobiens

Ils empêchent la contamination microbienne du vaccin et des stabilisants pour la conservation du vaccin.



ROR et « effet Wakefield »





Rougeole en France

27/01/2019 13:21



2016 : l'InVS, l'Inpes et l'Eprus
s'unissent pour créer
Santé publique France

MALADIES INFECTIEUSES

Publié le 19/12/2018

Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance au 19 décembre 2018.

19/12/2018

Télécharger

Télécharger Acrobat Reader

Point au 19 décembre 2018. (pdf- 977,63 Ko)

Points clés

- Recrudescence de la rougeole depuis novembre 2017.
- Evolution de l'incidence hebdomadaire des cas déclarés : pic épidémique en semaine 13 (S-13 2018), puis baisse rapide du nombre hebdomadaire jusqu' à la semaine 38.
- Une ré-ascension modérée du nombre de cas est notée depuis la semaine 39 (autour de 15 cas hebdomadaires, pic à 23 cas S-42), en lien essentiellement avec un foyer de cas dans le département 93, dans lequel 59 cas ont été déclarés depuis mi-septembre 2018.
- 2902 cas déclarés sur les 52 semaines écoulées, soit entre le 18/12/2017 et 16/12/2018.
- 88 départements ont déclaré au moins 1 cas au cours de la période, dont 2 cas confirmés déclarés récemment à Mayotte, avec un risque majeur d'extension en raison d'une couverture vaccinale insuffisante et de populations en situation précaire. Seule l'Ile de France rapporte des foyers actifs.
- Incidence la plus élevée chez les moins de 1 an: 33,9 cas/100 000 habitants.
- 23 % des cas déclarés ont été hospitalisés.
- 89 % des cas de rougeole sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés.
- 3 décès depuis le début de l'année 2018.

[Haut de page](#)



« Les vaccins provoquent une tempête immunitaire ! »

Les enfants sont exposés chaque jour à plusieurs centaines de substances exogènes qui déclenchent une réponse immunitaire :
alimentation, rhinopharyngite ...



« Les vaccins, c'est toxique ! »

Vaccin VHB et SEP :

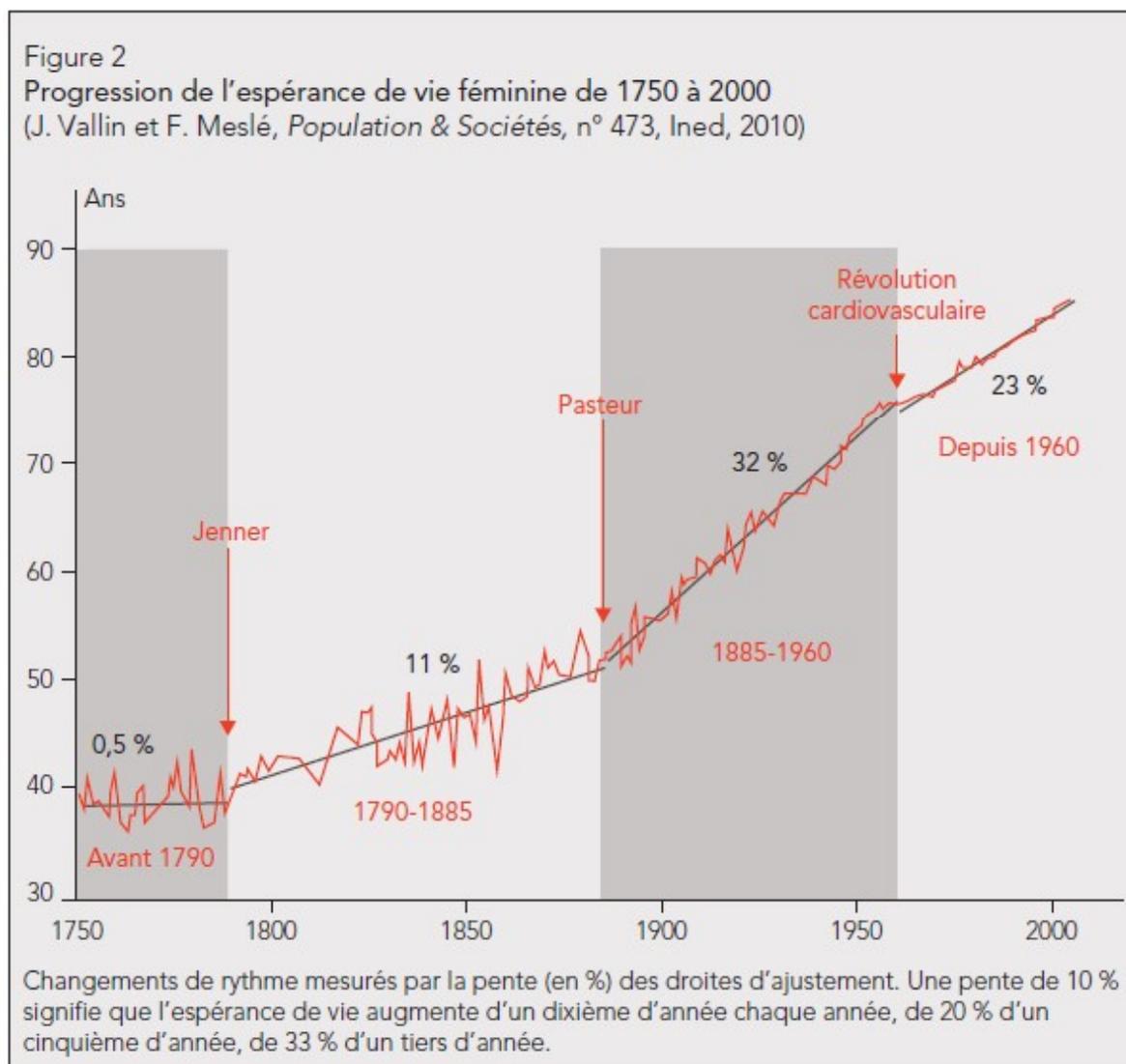
11 études internationales chez l'adulte et 3 études chez l'enfant n'ont pas retrouvé d'augmentation du risque

Myofasciite à macrophages et aluminium:

4 rapports français et 1 de l'OMS sont arrivés aux mêmes conclusions sur l'absence d'alertes relatives à l'aluminium



Au niveau mondial, les deux facteurs reconnus comme ayant eu le plus d'impact sur l'espérance de vie sont l'accès à l'eau potable et la vaccination.





BIBLIOGRAPHIE

- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017 [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf
- Béguin F, Hecketsweiler C. Nouveaux vaccins obligatoires : ni sanctions ni exemptions. Le Monde. 27 sept 2017. [Internet]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/09/27/nouveaux-vaccins-obligatoires-ni-sanctions-ni-exemptions_5191978_1651302.html
- Ministère chargé de la Santé. Les adjuvants vaccinaux, c'est quoi ? [Internet]. Disponible sur : <http://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Questions-generales-sur-la-vaccination/Ce-qu-il-y-a-dans-les-differents-vaccins/Les-adjuvants-vaccinaux-c-est-quoi>
- Vié Le Sage F, Gaudelus J, Cohen R, Gelbert Baudino N. Hésitants et antivaccinaux: qui sont-ils, quels messages transmettent-ils, comment y répondre simplement ? Médecine&Enfance. Oct 2016. 240-46.
- PLOTKIN S.L., PLOTKIN S.A. : « A short history of vaccination », in PLOTKIN S.A., ORENSTEIN W.A., OFFIT P.A. : *Vaccines*, 5th edition, Saunders, 2008 ; p. 1-16.
- Institut de Veille Sanitaire. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 3 août 2017. [Internet]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-3-aout-2017>
- OMS. Vaccination: 10 idées fausses à corriger. [Internet]. Disponible sur : <http://www.who.int/features/qa/84/fr/>.
- www.invs.sante.fr/publications/2003/aluminium_2003 ;
- www.academie-medecine.fr/publication100100054 ;
- www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=369 ;
- www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Adjuvants_aluminiques_VF_CORR_5.pdf.
- SCHELLER N.M., SVANSTRÖM H., PASTERNAK B. et al. : « Quadrivalent HPV vaccination and risk of multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system », *JAMA*, 2015 ; 313 : 54-61.

Un site ressource patient et praticien :

www.vaccination-info-service.fr



DERNIERS MESSAGES

Pour éviter l'aggravation de l'antibiorésistance:

- Ajustons au mieux nos prescriptions antibiotiques
- Réévaluons nos patients sous antibiotiques à J2-J3
- Vaccinons
- Respectons les règles d'hygiènes
- Prenons le temps de discuter et d'expliquer à nos patients les enjeux.



Comment Convaincre ?

- « Vous prescrire des antibiotiques sur une pathologie virale, au cas où ça se surinfecte... C'est comme arroser toutes les forêts de France en plein été pour éviter un feu. »
- Mieux vaut être vigilant et bien connaître les signes d'une éventuelle surinfection (fièvre, aeg, aggravation des symptômes) et pouvoir agir et traiter dès le début, et de façon ciblée.

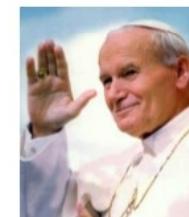


Et vous, quelles sont vos astuces?

Une des solutions les plus efficaces : s'abstenir

Situations où une antibiothérapie n'est pas recommandée

- Fièvre isolée
- \nearrow isolée de la CRP
- Bronchite aiguë de l'adulte sain
- Angines à TDR -
- Bactériurie asymptomatique (sauf grossesse) y compris sur sonde
- Furoncle
- Veinite simple
- Abscesses de paroi
- Morsure de tiques
- Plaies et escarres
- Au cas où.....
- Exacerbation de BPCO stade 0 (et I, II ou III si pas de franche purulence verdâtre des crachats)
- Rhinopharyngite aiguë
- OMA congestive et séromuqueuse.
- Otite externe (sauf maligne)
- Otorrhée sur drain.
- 1^{ère} intention sur:
 - Sinusite maxillaire adulte
 - Sinusite enfant
 - Bronchiolite nourrisson
 - Bronchite ou trachéobronchite enfant
 - OMA enfant > 2 ans



17^e CONGRÈS de CNGE
COLLÈGE ACADÉMIQUE

22 / 24
NOVEMBRE

CORUM DE
MONTPELLIER

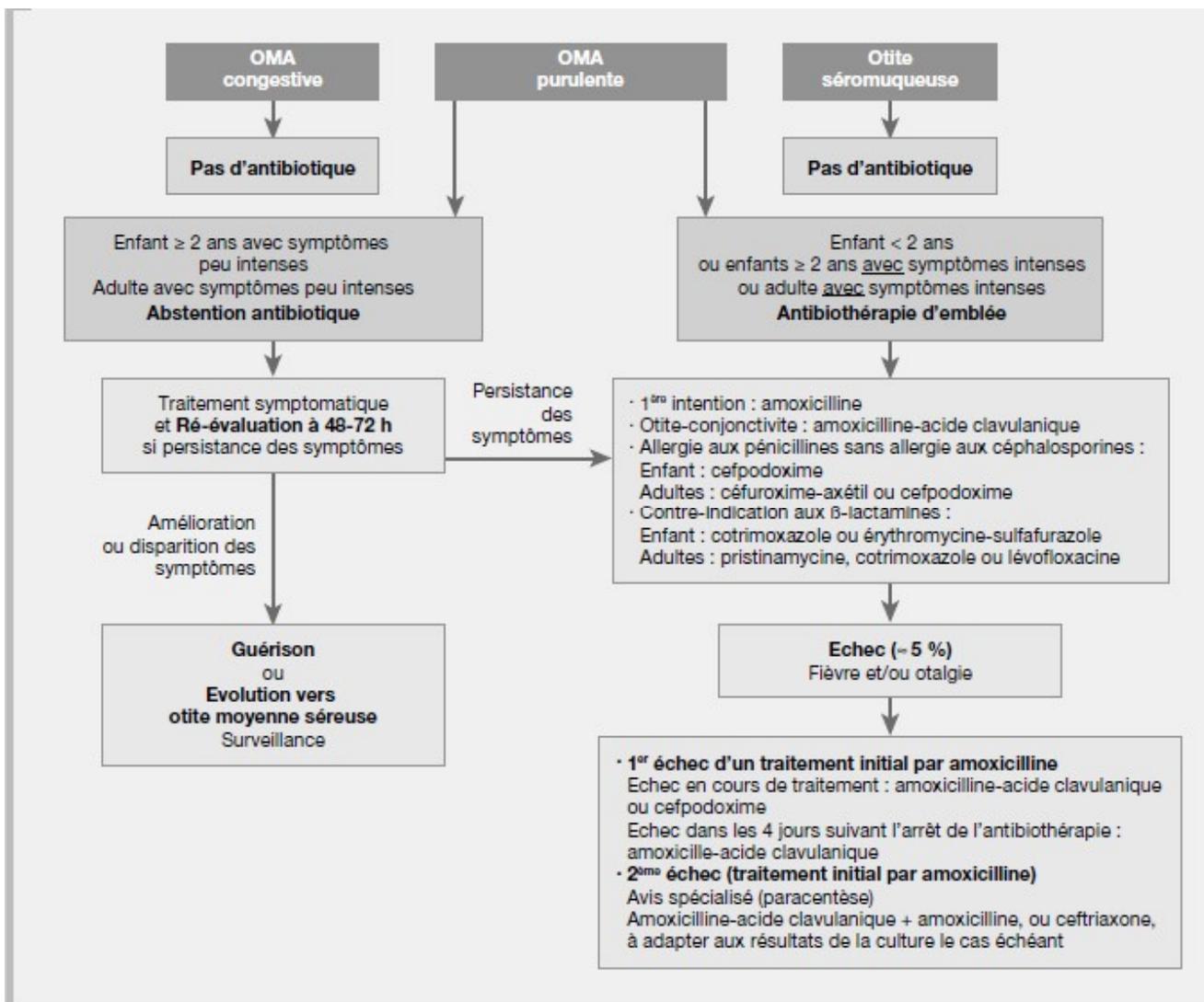
F-Xavier Lescure Service de maladies
infectieuses et tropicales, hôpital Bichat, APHP,
Paris



ANNEXES



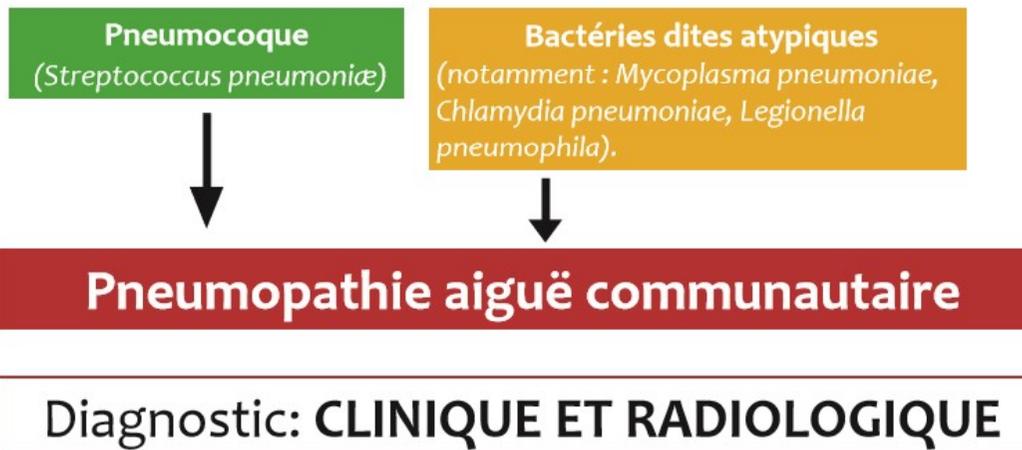
Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - <http://www.fmc34.fr/>



Ecnpilly2016
Cf cpam



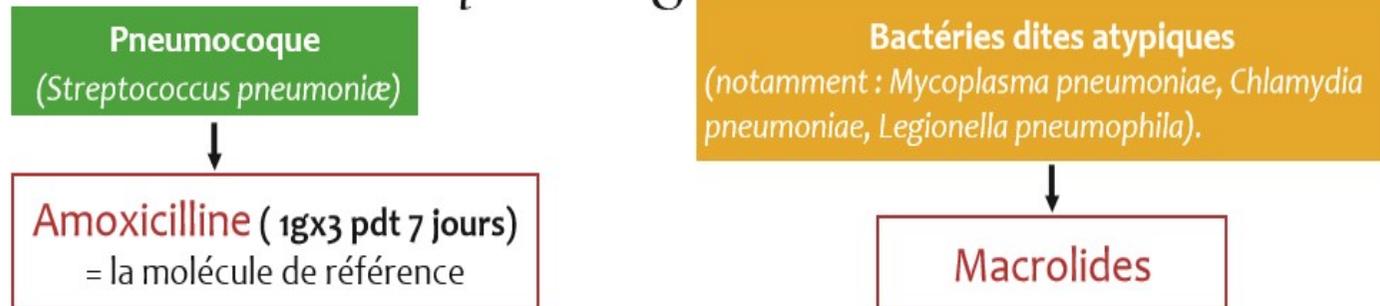
Infections respiratoires basses





Infections respiratoires basses

Pneumopathie aiguë communautaire



- Les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur pneumocoques et ont une mauvaise biodisponibilité.
- Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacine) doivent être **utilisées avec prudence**:
 - Pas de prescription si FQ dans les 3 mois précédents
 - Éviter traitement par FQ anti pneumo répété chez le même patient
 - Éviter FQ anti pneumo en institution chez sujet âgé (transmission **croisée** de souches résistantes)



TUE6-151-9 : Spectre des antibiotiques utilisés dans les PAC

	Pneumocoque	<i>L. pneumophila</i>, <i>M. pneumoniae</i>, <i>C. pneumoniae</i>	Commentaires et messages
Amoxicilline	+++		Molécule de référence 1 ^{ère} ligne pour le pneumocoque
Amoxicilline + acide clavulanique	+++		L'acide clavulanique élargit le spectre vers les anaérobies, les entérobactéries, <i>Haemophilus influenzae</i> et le <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méticilline SASM
C3G parentérale : cefotaxime, ceftriaxone	+++		Spectre pneumocoque et BGN (entérobactéries, <i>H. influenzae</i>). Message : les C3G orales sont exclues car insuffisamment actives sur le pneumocoque et pénalisées par leur mauvaise biodisponibilité.
Macrolides (par exemple : azithromycine, spiramycine, clarithromycine)		+++	Molécules de référence 1 ^{ère} ligne pour <i>Legionella</i> et autres intracellulaires
Apparenté macrolides : Pristinamycine	++	++	Molécule exclusivement orale, à réserver aux patients de profil ambulatoire sans signe(s) de gravité.
Fluoroquinolone (FQ) «anti-pneumococcique» : lévofloxacine	++	+++	3 messages pour limiter la résistance aux FQ : · 1. Ne pas prescrire de FQ antipneumococcique chez un patient qui a reçu une FQ dans les 3 mois précédents. · 2. Éviter les traitements répétés par FQ antipneumococciques chez le même patient. · 3. Éviter FQ antipneumococcique en institution chez les sujets âgés (transmission croisée de souches résistantes).



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**



Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - <http://www.fmc34.fr/>