



Gérer au mieux l'infection en médecine générale en période d'antibiorésistance

Dr ANDRE Pascal (St Izaire)

Drs SALMON Corine et SAVRY Emilienne (Cournonterral),

Dr DAUBIN Bruno(Coursan), Dr TEISSERENC Bénédicte (Roujan)



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 ?
- Retour l'auto évaluation et vos attentes
- Antibiorésistance ?
- Les 3 bactéries de la pratique habituelle
- Trousse antibio en pratique
- Antibiothérapie en garde
- Aller soi même vers la non prescription antibiotique pour accompagner ensuite le patient



Et plus selon vos attentes ...

- **Selon le site infectieux**
 - Voies aériennes supérieures
 - Voies aériennes inférieures
 - Urines
 - Peau et Tissus mous
 - Tube digestif
- **Selon le terrain**
- **Vaccinations**



Pourquoi ?



Généraliste

écologie bactérienne individuelle et collective menacée

Référent

recours non motivé (colonisation, inflammation virale)
ou non ajusté (pression de sélection antibiotique:
spectre et durée non ajustés) fréquents

Infectio-

G **Vigilance**

appropriation des recommandations et
ajustement des pratiques améliorables

R
I **Extra-**
hospitalière

savoir être et savoir faire en extra hospitalier à valoriser

V

FME34

La proposition



- Dynamique de formation de pairs à pairs en proximité

- Outils et méthodes interactives, Messages simples

- Accompagnement de proximité dans la durée

Généraliste

Référent

Infectio-

G **Vigilance**

R **Extra-**
hospitalière

-Indépendance / industrie et Cnam . DRSM sollicitée pour évaluation du suivi des consommations et évaluation de GRIVE

I

V

FMC 34
E

Formation Médecine 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/>

(PS: Merci de remplir la fiche d'émargement)



En pratique



G Généraliste

- 600 médecins rencontrés depuis 2016 en Occitanie Est par 15 référents

R Référent

- Un site grive-occitanie.fr, un mail jet/14j, un calendrier de bureau, affiches en salle d'attente, une vidéo de patients, des jeux interactifs en création ...

I Infectio-

V Vigilance

E Extra-hospitalière

-
- une extension en Occitanie Ouest début 2019 avec 2 référents en Aveyron Nord(Dr Ekambi/Marcillac, Dr Lespinasse Decazeville) , 1 au Sud ?





- GRIVE ?

- **Retour l'auto évaluation et vos attentes**

- Antibiorésistance ?

Les 4 bactéries de la pratique habituelle

- Trousse antibio en pratique
- Antibiothérapie en garde
- Aller soi même puis Accompagner le patient vers la non prescription antibiotique



- GRIVE ?

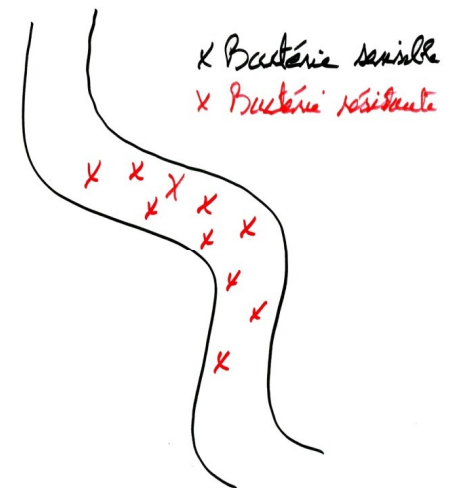
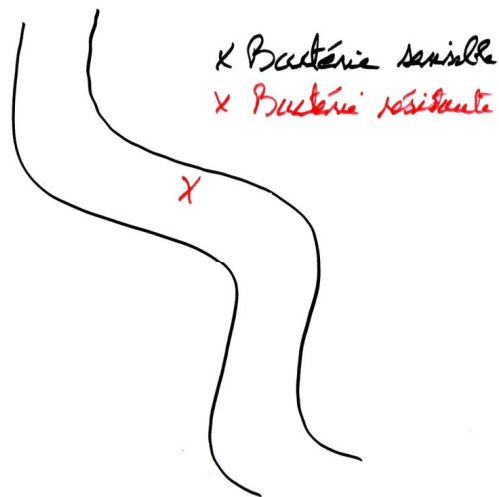
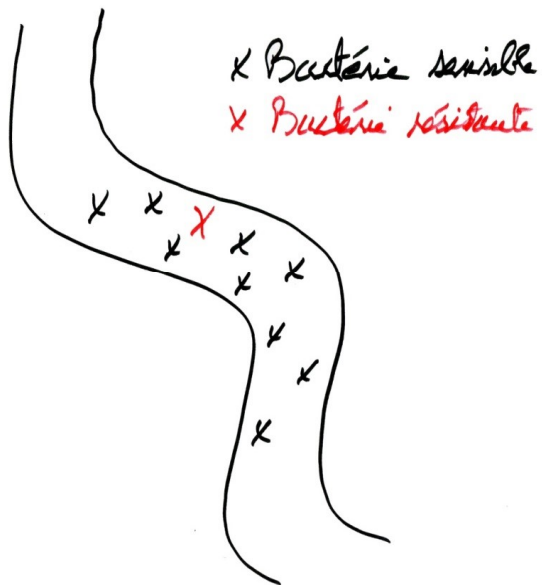
- Retour l'auto évaluation et vos attentes
- **Antibiorésistance ?**

Les 4 bactéries de la pratique habituelle

- Trousse antibio en pratique
- Antibiothérapie en garde
- Aller soi même puis Accompagner le patient vers la non prescription antibiotique

Prise d'antibiotique =====> Impact sur la flore: destruction des
germes sensibles
Place laissée aux Bactéries résistantes
au Clostridium difficile et aux champignons

Fréquence et durée de recours ++, spectre large de l'antibiotique =
sélection accrue



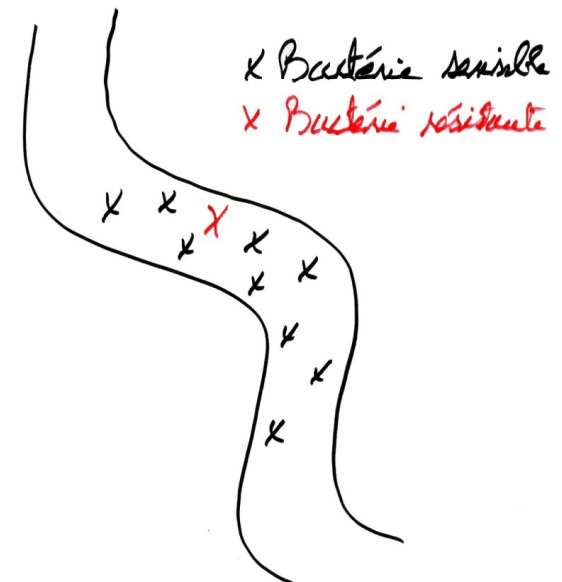
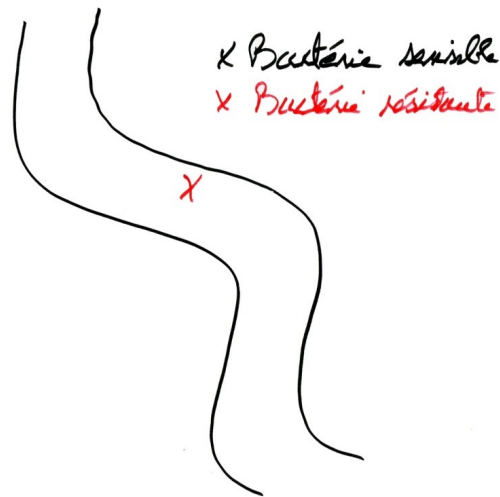
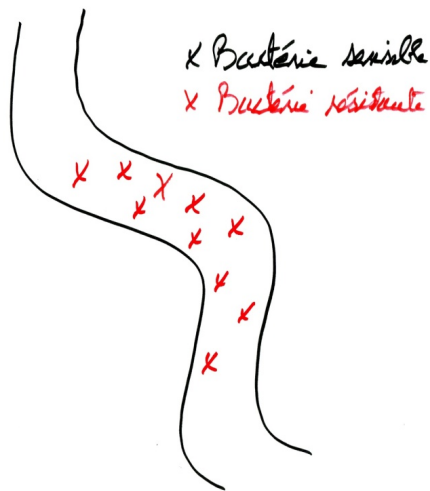
MAIS

Antibiothérapie **motivée** (pas de trt/
inflammation virale, et colonisations)

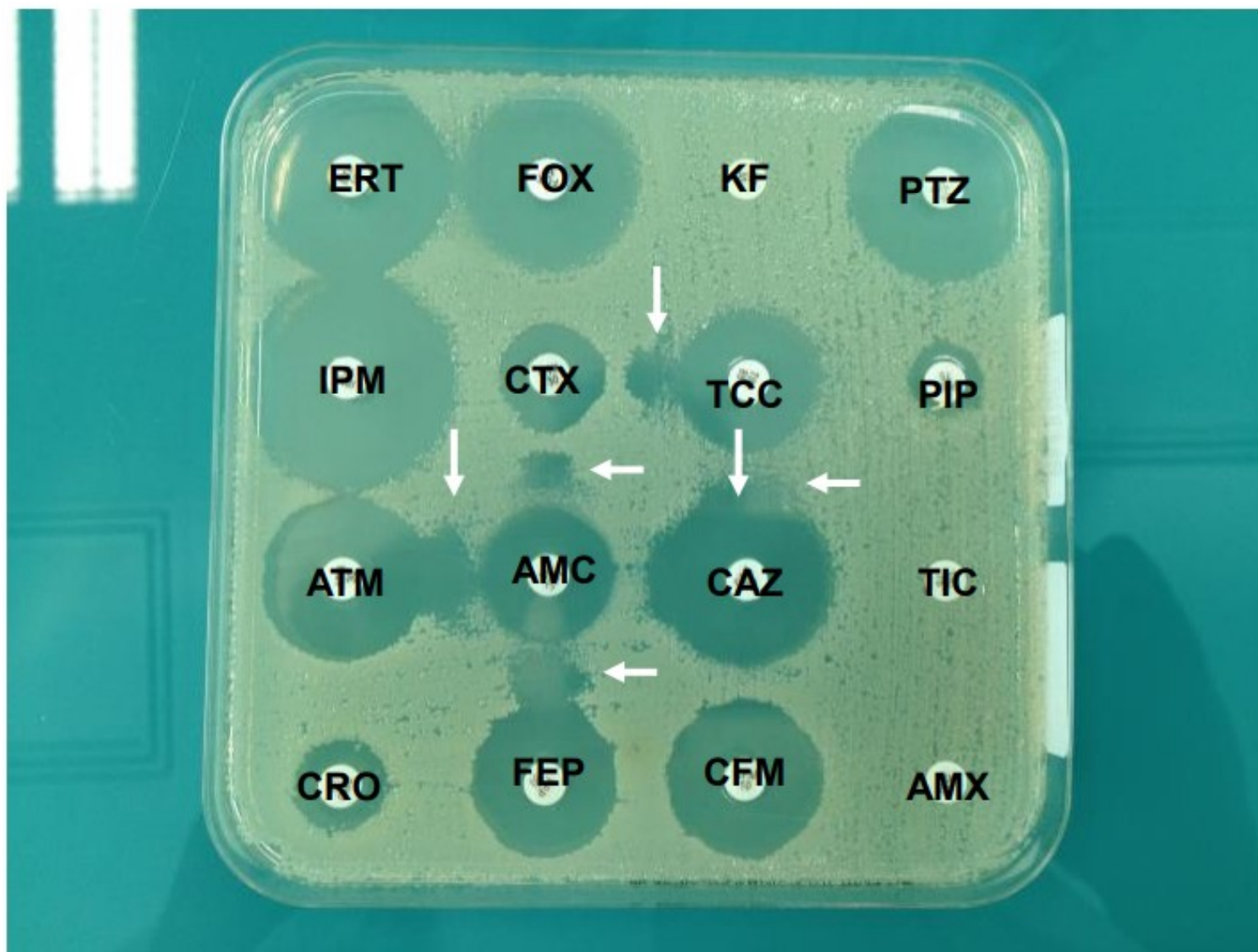
Antibiothérapie **ajustée** = recours réduit /
Amox+ ac.clavulanique, CII-CIII,
Quinolones
= durée courte, posologie
et fréquence de prises ajustées

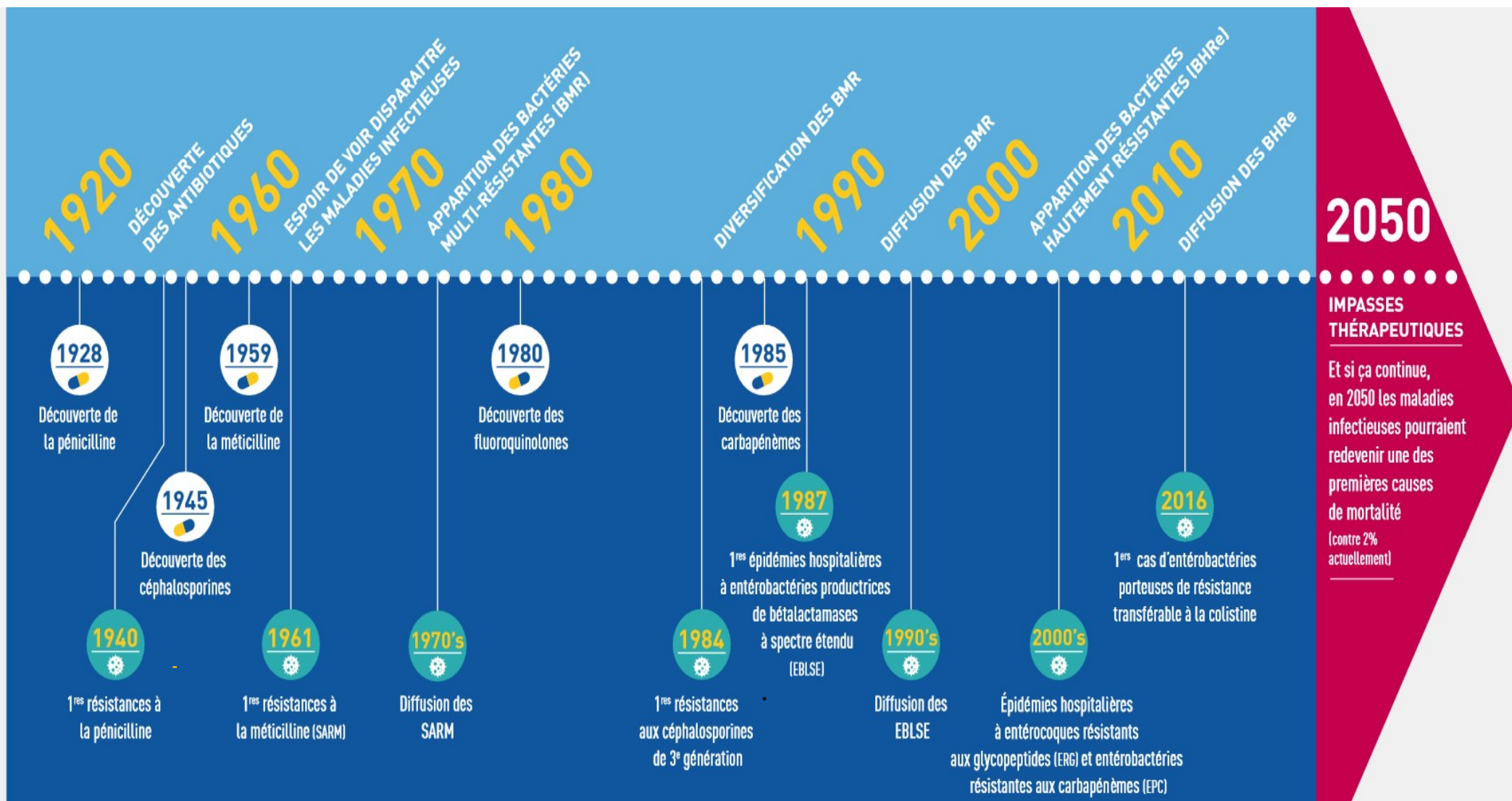
Restitution d'une flore bactérienne
« sauvage » nécessaire à notre bonne
santé « nous vivons avec plus de
bactéries en nous que de cellules !! »

= protection contre une colonisation
marquée , puis infection à bactéries
résistantes (BMR, BHRE)



E. coli produisant CTX-M





Sensibilité d'*Escherichia coli* (n, %) aux antibiotiques dans les prélèvements urinaires selon l'âge

Antibiotiques	Patients âgés de 0 à 15 ans		Patients âgés de 16 à 65 ans		Patients âgés de plus de 65 ans	
	n	%S	n	%S	n	%S
Amoxicilline	1382	58,5%	16504	57,1%	15019	51,4%
AMC-urines	1005	92,0%	12579	91,7%	11301	89,4%
Mecillinam	1381	96,0%	16497	95,7%	15014	94,1%
Cefixime	1381	97,7%	16498	96,4%	15013	92,5%
Ceftriaxone	1008	98,1%	12646	97,2%	11363	93,8%
Ertapénème	1380	100,0%	16499	100,0%	15013	100,0%
Acide nalidixique	5	80,0%*	68	88,2%	60	70,0%
Ofloxacin	2	50,0%*	65	92,3%	57	70,2%
Norfloxacin	362	95,6%	4071	90,6%	3748	82,5%
Ciprofloxacine	1380	95,7%	16499	91,7%	15014	83,7%
Triméthoprim +Sulfaméthoxazole	1382	81,6%	16485	80,2%	14999	75,7%
Fosfomycine	1381	100,0%	16499	99,8%	15012	99,3%
Nitrofurantoïne	1381	100,0%	16499	99,6%	15014	99,1%

* : Attention au faible nombre de souches

Sensibilité (%) des E. coli isolés d'IUC en fonction des antécédents d'antibiothérapie

Traitement antibiotique < 6 mois

Antibiotique	non	β -lactamine	quinolone
n =	212	66	56
Amoxicilline	68	41*	54
Amoxicilline + AC	72	41*	59
Ac nalidixique	92	83	63*
Ciprofloxacin	97	94	78*

* différence significative

Source AFORCOPI-BIO, 1999

Diapositive 14

- 1 Impact durable de nos prescriptions sur la flore = intérêt / suivi des recommandations
; 21/09/2018

BLSE dans la communauté en France

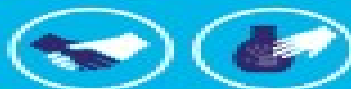
- Volontaires sains, Paris, 2011 :
 - **Prévalence : 6.1%** (21/345) : 18 CTX-M, 3 SHV
Nicolas-Chanoine MH et al, J Antimicrob Chemother 2013
- Consultation de pédiatrie de ville, 2011
 - **Prévalence: 4.6%** (19/409), CTX-M (n= 17)
 - Association avec prise récente de céphalosporine
Birgy A et al, BMC Infect Dis 2012
- 25 crèches, sud de la France, 2012 :
 - **Prévalence : 6,7%** (28/419), 26/27 *E. coli* CTX-M
Blanc V et al, J Antimicrob Chemother 2014
- Consultation de pédiatrie de ville, 2015
 - **Prévalence : 10,2%** (28/419), *E. coli* CTX-M : 90%
 - Soins à domicile, antibiotiques, voyage récent
Birgy A et al, J Antimicrob Chemother 2016

Diapositive 15

1 Diffusion des BMR

Un clin d'oeil pour vivre et travailler proprement ..
; 21/09/2018

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.





Avant



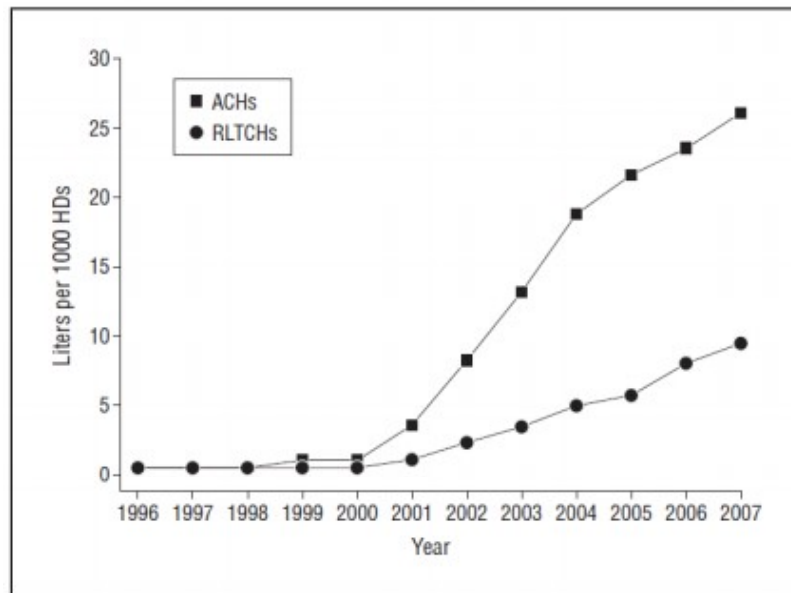
Après

Diapositive 17

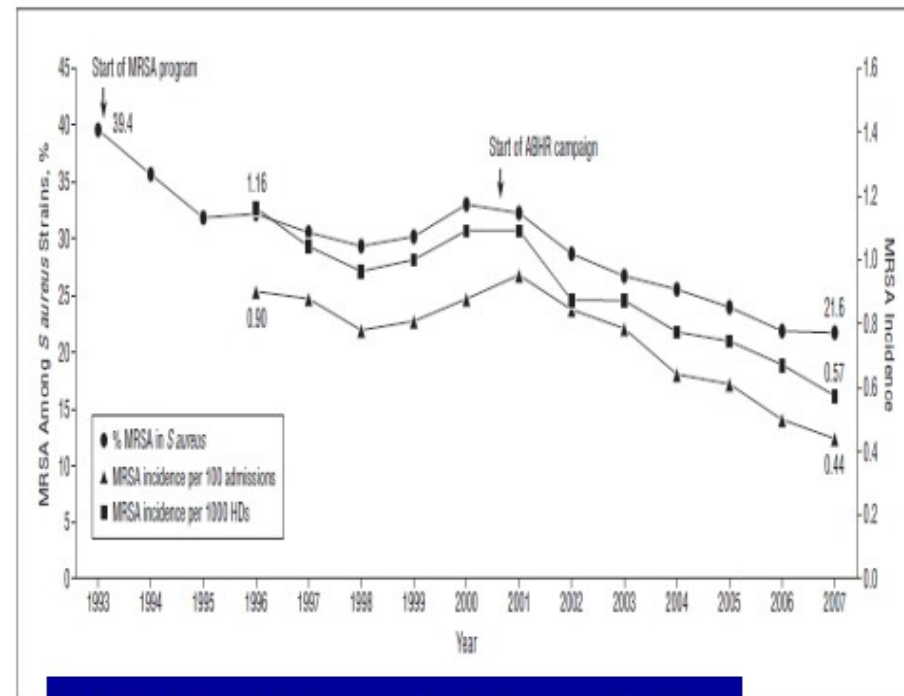
- 1 Notre pratique
Nos conseils et prescriptions
Fichiers BMR / site
; 21/09/2018

SARM et SHA

AP-HP. 38 hôpitaux, 1993-2007



Consommation de SHA

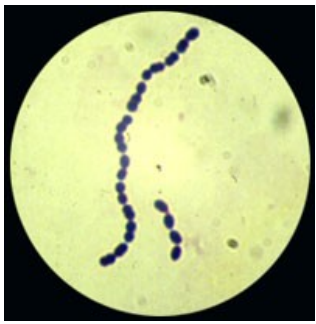


Pourcentage de SARM

Jarlier V et al, Arch Int Med 2010



- GRIVE ?
- Retour l'auto évaluation et vos attentes
- Antibiorésistance ?
- **Les 3 bactéries de la pratique**
- Trousse antibio en pratique
- Antibiothérapie en garde
- Aller soi même puis Accompagner le patient vers la non prescription antibiotique
- Selon le site infectieux
 - Infections ORL



Streptocoque

Cocci Gram + en chainettes

- Streptocoque A : Angine Streptocoque A ,
Dermohypodermite streptococcique, 1/3 impétigo,
scarlatine

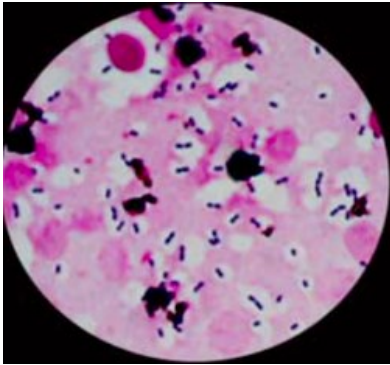
Strepto B : IMF/ dépistage PV + trt / nouveau né si + ou non
disponible

Strepto D et entérocoques : présence / infections urinaires,
digestives, endocardites

Pneumocoque (diapo suivante)

- Sensibilité à l'amoxicilline

Résistance naturelle des entérocoques / Céphalosporines,
Quinolones (! / urines)

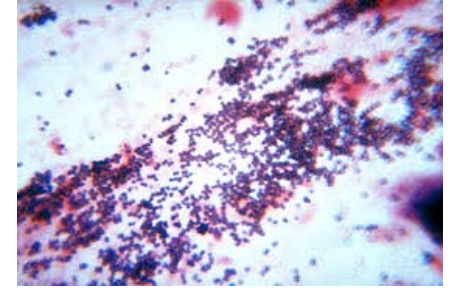


Pneumocoque

Parfois /Otite moyenne aigue, Sinusite et le plus fréquent /
Pneumopathie systématisée (méningite)

- Sensibilité / amoxicilline +++ si au – 3g / adulte et 80 mg /kg / enfant . Recours à l'acide clavulanique inutile et délétère (flore digestive et bmr, mycose, Clostridium)
- Impact favorable ++ vaccination VPC13 x 3 (M2, M4, M11) / nourrisson et adulte / insuffisant respiratoire ou ayant déjà des pneumopathies à pneumocoque (VPC13, et à S8 VPP23)

Staphylocoque, Cocci Gram + en amas



Flore permanente / Staphylocoque coagulase négative avec résistance bactérienne naturelle ++, non pathogène en médecine générale le plus souvent (infections sur matériel)

- Flore transitoire / Staphylocoque coagulase + = Staphylocoque aureus, portage nasal, transmission manuportée +++

70 % impétigo, furoncles

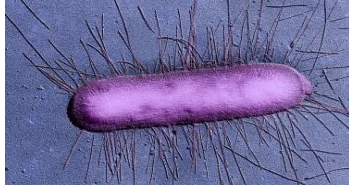
Acquisition rapide de résistance ++ : acide fucidique (CI per os / monotrtr), rifampicine, quinolones

péni M (oxa,cloxaciline = 50-60 % absorption per os = sous dosage = sélection Résistance et échec = pas per os

intérêt : Pristinamycine, Triméthoprim-sulfamides en médecine générale, (amox+clavulanique aussi, mais pression de sélection ++)

Décolonisation nasale et axillaire si récurrences

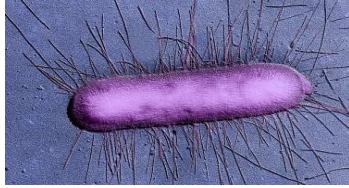
- Si Staphylocoque aureus Résistant à la méthicilline (SARM)
 - Place ++ prévention manuportage / hygiène des mains (précautions renforcées) + communication / autres soignants
 - Traitement selon les recommandations selon l'antibiogramme, avec recours facile à avis infectieux téléphonique



E.Coli

Bacille gram négatif flagellé. Commensal du tube digestif , périné .

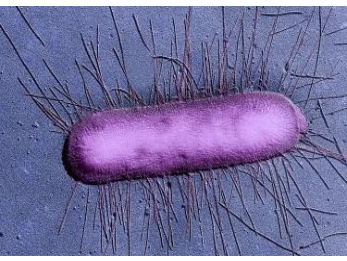
- 80 % des colonisations et infections urinaires, avec récides
- Modification ++ de la sensibilité / pression antibiotique dans le tube digestif / Céphalosporines II, III, Amoxicilline+acide clavulanique, Quinolones)
- Evolution ++ de la résistance (amox R, amox clav R, ac nalidixique I/R puis Oflo I/R, Cipro I/R,CIII I/R(BLSE))



E.Coli

- Prévenir la colonisation urinaire ++ =
 - assurer un bon transit fécal et urinaire (activité, fauteuil, hydratation +++)
 - pas trop d'hygiène local, laisser faire la nature / place des bactéries / équilibre
 - éviter les sondages prolongés(100 % colonisation à J10)
 - éviter atropiniques, sécheresse trophique

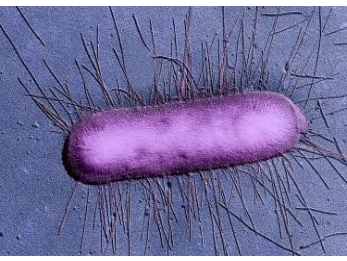
E.Coli



Ne pas rechercher la colonisation et ne pas la traiter =

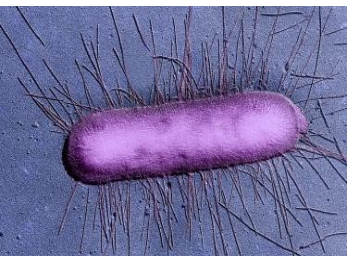
- Pas de BU puis d'ecbu si + en l'absence de SFU francs ou d'absence d'autres piste si dégradation / personne âgée (et femme enceinte et nourrisson fébrile)
- pas de contrôle d'ecbu après le trt d'une infection urinaire, avant une chirurgie (autre qu'urologique)

E.Coli



- **Eviter la pression antibiotique en cas de nécessité de traitement**
 - Alternative possible sur cystite peu symptomatique = hyperhydratation + canneberge (Urell* le plus évalué 1x 2/ j x 5 j)
 - Traitement minute > trt prolongé, sans quinolones = Fosfomycine 3g
 - Non recours / amox-clavulanique, Céphalosporines orales, quinolones / cystites : Pivmecillam, nitrofurantoïne

E.Coli



- Eviter la pression antibiotique en cas de nécessité de traitement
 - Non recours / amox-clavulanique, Céphalosporines orales/
Infections urinaires hautes (échec + sélection Résistance)
 - **Désescalade** après mise en route d'un traitement probabiliste/
IU haute / rendu antibiogramme CIII Iv (cefotaxime 1gx3>
ceftriaxone 1 g si possible, car moins d'impact digestif)
- Ou
- ciprofloxacin (sauf si quinolones / 6 derniers mois)
- = tracer dans un item dédié / antibiothérapie / antécédents

C'est important de différencier

- Contamination : ex : - 10.4 E. Coli, 10,4 Entérocoque faecalis sans leucocyturie / ECBU

Pas de traitement - Hémoculture + / staphylocoque coagulase négative

- Colonisation : ex : - 10.5 GB, 10,5 bactéries UFC/ml sur SU
- 10.5 gb, 10.5 bactéries UFC/ ml , sans Signes

Pas de traitement fonctionnels urinaires
- Ecoulement verdâtre sur rhinopharyngite

- Infection bactérienne Signes cliniques locaux +/- généraux
(polynucléose, éosinopénie, crp>80 après 18h)

Antibiothérapie



- GRIVE ?
- Retour l'auto évaluation et vos attentes
- Antibiorésistance ?
- Les 3 bactéries de la pratique
- **Trousse antibio en pratique**
- Antibiothérapie en garde
- Aller soi même puis Accompagner le patient vers la non prescription antibiotique



Ma boîte à outils d'antibiotiques première intention



AMOXICILLINE

L'indispensable

5-7 jours

7 jours



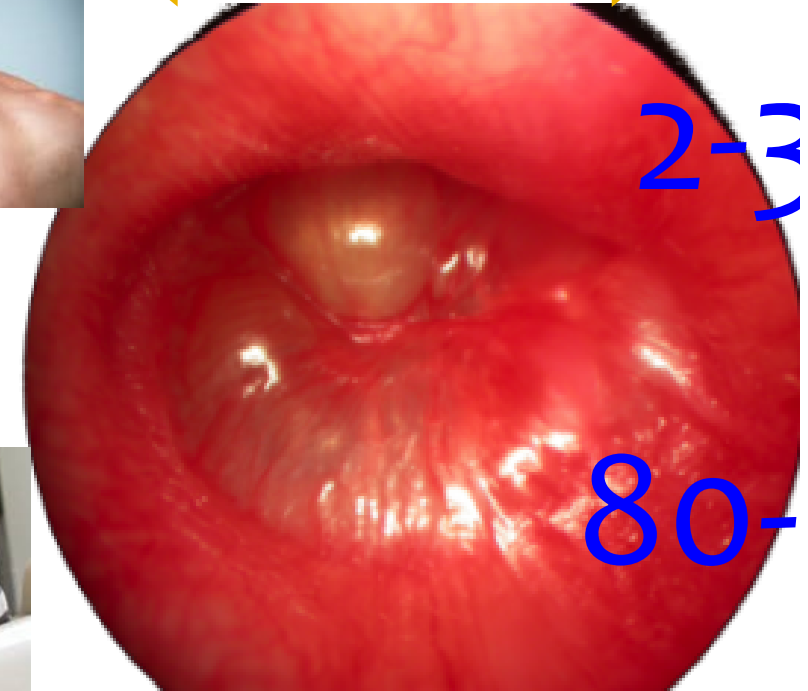
AMOXICILLINE

L'indispensable

6 jours



>2 ans, après 48h
observation si possible



3M-2A

6 jours

8 jours



AMOXICILLINE

L'indispensable



6 jours

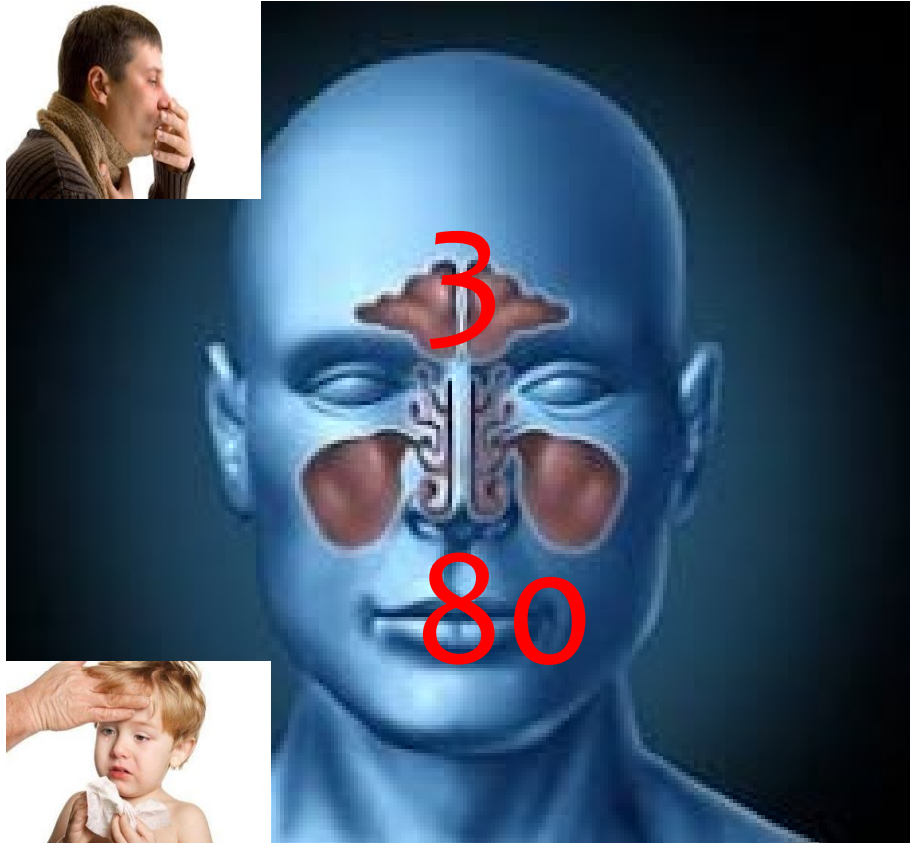


10 jours

AMOXI-AC CLAV



7 jours



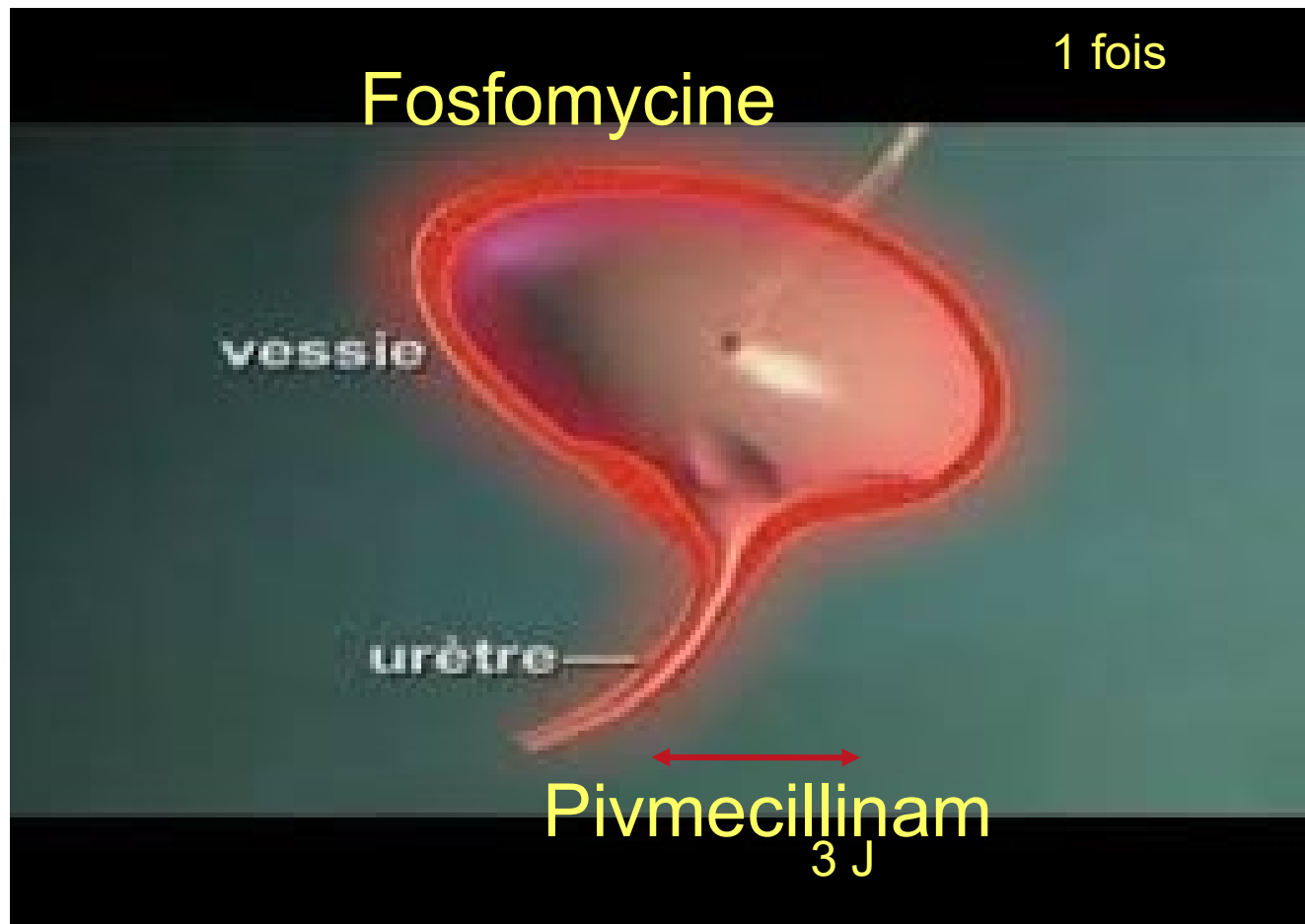
7 jours



7 jours

Les « urinaires »

ECBU



Les « urinaires probabilistes »

ECBU !

NITROFURANTOINE

3X 100

vessie

urètre

400

 IR +75 ID

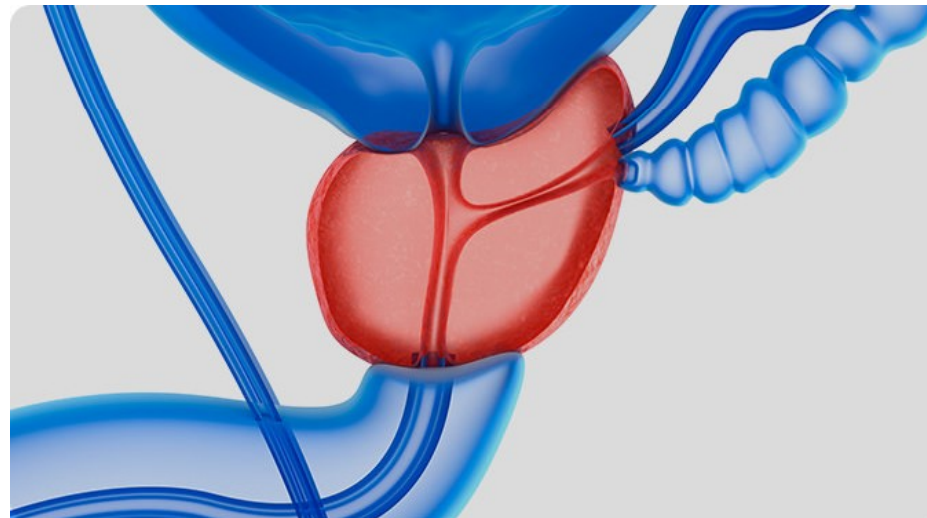
OFLOXACINE



Les « urinaires probabilistes »

Cipro
500 x2
 ← 2-3 J →

**(Oflo 200
 x2)**



1
 ← 2-3 J →

C
E
F
T
F
I
A
>
C
M
E

Si possible Cefotaxime 1 g x 3 (moins d'impact/ flore/ émergence BLSE, + Clostridium)

PRISTINAMYCINE



7 jours

>6



7 jours

Ma boîte à outils d'antibiotiques

AMOXI

AMOXI-AC CLAV



OFLOXACIL
CEFTRIAXON



FOSFOMYCINE
PIVMÉCILLINAM
NITROFURANTOÏNE

PRISTINAMYCINE
(TMP-Sulf)

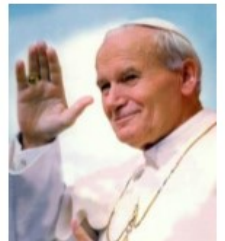


- GRIVE ?
- Retour l'auto évaluation et vos attentes
- Antibiorésistance ?
- Les 3 bactéries de la pratique
- Trousse antibio en pratique
- **Antibiothérapie « en garde »**
- Aller soi même puis Accompagner le patient vers la non prescription antibiotique

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



Les situations relevant d'une antibiothérapie

Après un examen clinique complet, patient en sous vêtement , et nu/ nourrisson et petit enfant

Utilité Streptotest, BU, CRP capillaire si doute, ou anxiété

Prélever avant de traiter si possible (écouvillon/ amygdale si TDR – et aspect bactérien, ECBU sur tube citraté, hémocultures éventuelles (avec antiseptie 4 temps), coproculture ..)

Toute antibiothérapie doit faire l'objet d'une réévaluation précoce à 48-72h

qui prendra en compte l'efficacité, la tolérance et si possible

**Et en cas de documentatio bactériologique, la réduction du spectre, en retenant l'antibiotique efficace à moindre spectre
(Amox> Amox-clav> CIII> quinolones)**



INFECTIONS URINAIRES

- **Pas de symptômes = pas de traitement** (même si présence de bactéries = bactériurie asymptomatique)
- Urines nauséabondes ≠ infection urinaire
- Cystite aiguë simple = **FOSFOMYCINE** première intention
 - Si cystite à risque de complication ou IU masculine = **DIFFERER** le traitement (à adapter à l'ATBgramme)
 - Si cystite à risque de complication et ttt retardé pas possible = **NITROFURANTOINE 100mgx3/j pdt 7 jours en 1^{ère} intention;**



INFECTIONS URINAIRES

PNA non compliquée , sans notion de colonisation antérieure récente (< 3-6 mois) à BLSE

Trt Probabiliste

(Cefotaxime 1x 3 iv) > Ceftriaxone 1g iv/sc/im

Ou

Ciprofloxacin 500 x 2 (ou Oflo 200 x 2) (sauf si Quinolones / 6 mois)

Réévaluation, desescalade à 48-72 h .

Si colonisation BLSE connue , avis infectieux / Piper-tazo ou Ertapénem ou autre

Un ECBU un dimanche? Oui avec le tube boraté!

Prélèvement



1



2



3



4

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

Ordre de prélèvement - Dans le cas d'un prélèvement de tubes urine de chimie et de bactériologie, toujours prélever :

1. Le tube de chimie
(bouchon sécurité BD
Hemogard™ beige)



2. Le tube de bactériologie
(bouchon sécurité BD
Hemogard™ vert kaki)



Traitement et conservation Le mélange d'additifs assure une conservation de l'échantillon jusqu'à 48h à température ambiante.



INFECTIONS ORL

- **ATB en pathologie ORL = 1^{er} pourvoyeur d'E.Coli BLSE**
- Mouchage sale ≠ infection
- Sinusalgies ≠ sinusite infectieuse
- Sinusite aiguë maxillaire:
 - unilatérale, fièvre, douleur
 - **AMOXICILLINE 1^{ère} intention 1gx3/j pdt 7 jours**



INFECTIONS RESPIRATOIRES

- Bronchite, rhinopharyngite, grippe = VIRALES = **PAS D'ANTIBIOTIQUES**
- Pneumopathies:
 - Pneumocoque: **AMOXICILLINE**
 - Atypiques: **MACROLIDES**
 - Echec à 48h de traitement = switch ATB
- Exacerbation de BPCO: **traitement selon l'état respiratoire de base**
 - Dyspnée d'effort + expectoration purulente = **AMOXICILLINE**
 - Dyspnée de repos + expectoration purulente = **AMOXICILLINE + AC. CLAV**



INFECTIONS CUTANÉES

- Erysipèle:
 - streptocoque B hémolytique groupe A
 - **AMOXICILLINE 1gx3/j** 10j 1^{ère} intention
 - Traitement de la porte d'entrée et mise à jour VAT
- Impétigo:
 - **Peu étendu** (= < 2% SC / < 5 sites) = **ttt local** par **ACIDE FUSIDIQUE** ou **MUPIROCINE**
 - **Étendu** (= > 2% SC / > 10 sites) = **ttt systématique**
 - Adultes et enfants > 6 ans: PRISTINAMYCINE
 - Enfants < 6 ans: AMOXICILLINE + AC.CLAV



IST

- Dépistage:
 - Chlamydia: chez l'homme = PCR 1^{er} jet urinaire / chez la femme = PCR auto-prélèvement endo-vaginal
 - Gonocoque: PCR sur écoulement urétral chez l'homme / sur prélèvement vaginal chez la femme
- Traitement Chlamydia: **AZT 1g PO monodose**
- Traitement Gonocoque: **CEFTRIAXONE IM 500mg monodose**



IST

- Syphilis: (hors patient VIH)
 - Phase précoce, Chancre contamination < 1 an = **BENZATHINE PENICILLINE G 2,4MUI IM dose unique**
 - Contamination inconnue ou > 1 an = **BENZATHINE PENICILLINE G 2,4MUI IM 1 fois par semaine pdt 3 semaines + CTD à Jo ou doxycycline 200 x 14 j**
 - Si phase tertiaire (atteinte neuro/ophtalmo) et/ou VIH = avis spécialisé



INFECTIONS DIGESTIVES

- Diverticulite:
 - **PAS D'ANTIBIOTIQUE si poussée simple** sans comorbidités
 - **AMOXICILLINE + AC. CLAV** si antibiotique nécessaire et PEC ambulatoire possible
 - Pas d'Imidazolés en plus
 - Place du scanner/ repérer les formes graves



INFECTIONS DIGESTIVES

- Diarrhées infectieuses aiguës:

Antibiothérapie si signes de gravité, syndrome dysentérique ou sd cholériforme > 24h = **Azythromycine 500mg 1 fois ou CIPROFLOXACINE 500MG 2/j pdt 5 jours ou LEVOFLOXACINE 500MG 1/j pendant 5 jours**

—Traitement symptomatique pour toutes les autres

—Penser au Clostridium Difficile devant une diarrhée post-antibiothérapie. Spécifier sa recherche + recherche toxines sur ordonnance. Traitement = **METRONIDAZOLE 500mgx3/j 10 jours ou Vancomycine 250 x 4/jour per os (ampoule injectable)**

- **Penser au paludisme, hépatie A, typhoïde si voyage récent exposé**



- GRIVE ?
- Retour l'auto évaluation et vos attentes
- Antibiorésistance ?
- Les 3 bactéries de la pratique
- Trousse antibio en pratique
- Antibiothérapie « en garde »

**Aller soi même vers la non prescription
antibiotique pour accompagner ensuite
le patient**

Et vous , que faites vous pour vous ou les vôtres ?

- avec une toux grasse productive J5, , 38 ° , sans dyspnée , sans foyer ?
- Gène mictionnelle et légère dysurie ?
- Acceptez vous de tousser 8 jours sur une rhino-pharyngo-bronchite ?

Et vous , que faites vous pour vous ou les vôtres ?

si antibiothérapie

plutôt Amox

Amox clav

CII, CIII

Quinolones ?

Examiner ?

Expliquer ?

Rassurer ?

Accompagner ?

Convaincre ?

Prescrire de l'eau + DRP + fumigations + ?
de la patience ?



Aller soi même vers la non prescription antibiotique pour accompagner ensuite le patient

Selon le site infectieux

- Voies aériennes supérieures
- Voies aériennes inférieures
- Urines
- Peau et Tissus mous
- Tube digestif

- Selon le terrain

- Vaccinations



ANTIBIOCLIC : www.antibioclic.com

ANTIBIOCLIC 
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Dernière MàJ : 08/10/2015

[NOUVELLE RECHERCHE](#) [SOURCES](#) [ACTUALITÉ](#) [À PROPOS](#) [CONTACT](#)

+ Les lettres d'actualité de Mequal, Antibiolor et de la SPILF sont dans l'onglet Actualités! +



RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

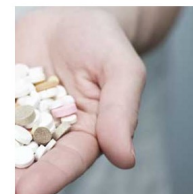
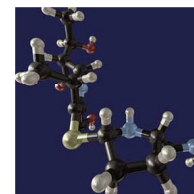
Domaine anatomique

Choisissez ...

Pathologie

Choisissez ...

CHERCHER





VRAI OU FAUX





VRAI ou FAUX

Généralités:

- E. Coli est responsable de 90% des IU communautaires
- Le diabète ne fait pas partie des facteurs de risque de complications des IU
- Pour définir une colonisation urinaire le seuil de bactériurie est de 10⁴/ml et le seuil de leucocyturie est de 10⁵/ml
- Les 2 seules situations pour le dépistage et le traitement des colonisations urinaires sont :
 - Grossesse à partir du 4^e mois de grossesse
 - Avant une procédure urologique programmée



VRAI ou FAUX

Généralités:

- E. Coli est responsable de 90% des IU communautaires V
- Le diabète ne fait pas partie des facteurs de risque de complications des IU V
- Pour définir une colonisation urinaire le seuil de bactériurie est de 10^4 et le seuil de leucocyturie est de 10^5 F
- *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.*
- 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 V



VRAI ou **FAUX**

- Infection urinaire

- La BU seule est recommandée dans les cystites aiguës simples
- Un ECBU de contrôle est nécessaire dans le suivi d'une PNA ou d'une IU masculine même si l'évolution clinique est favorable
- L'antibiothérapie de 1^{ère} intention pour traiter une cystite aiguë simple est la FOSFOMYCINE
- Le traitement d'une PNA simple est de 10 jours si traitement par FQ



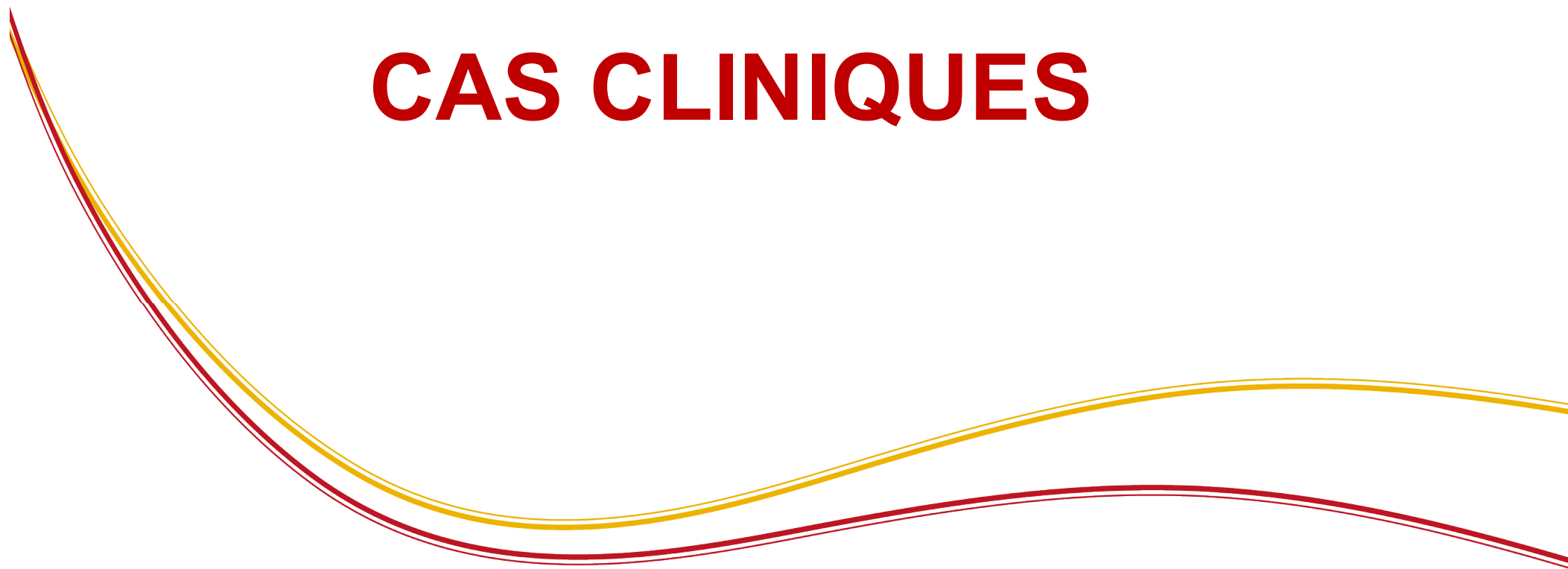
VRAI ou FAUX **Infection urinaire**

- La BU seule est recommandée dans les cystites aiguës simples
- Un ECBU de contrôle est nécessaire dans le suivi d'une PNA ou d'une IU masculine même si l'évolution clinique est favorable F
- Pas de contrôle nécessaire si évolution clinique favorable
- L'antibiothérapie de 1^{ère} intention pour traiter une cystite aiguë simple est la FOSFOMYCINE
- Le traitement d'une PNA simple est de 10 jours si traitement par FQ F

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



CAS CLINIQUES





Cas clinique n° 1

Vous êtes appelé en visite à l'EHPAD du village, l'infirmière vous montre l'ECBU de Mme GRIVE réalisé il y a 5 jours car les urines semblaient sales sans plainte... Mme GRIVE est sondée à demeure.

► Résultat de l'ECBU:

- Bactériurie supérieure à 10^6 germes/ml à *K.pneumoniae* C3G-R, FQ R
- Leucocyturie 10^4 /ml

Quel est votre attitude pratique ?



Réponse

Abstention thérapeutique: il s'agit d'une colonisation du matériel de sondage sans impact clinique

100% des patients sondés à demeure ont une sonde urinaire colonisée.

Précautions d'hygiène standard (+ contact si mal appliquées) car elle est porteuse d'une bactérie multi résistante à fort potentiel épidémique (il s'agit d'une E. Coli BLSE)

Pas de seuil de bactériurie, et la leucocyturie n'intervient pas dans la définition de la colonisation urinaire.



Cas clinique n° 2

Vous reprenez vos consultations au cabinet. La fille de Mme GRIVE, 35 ans, vient vous voir, elle a de la fièvre à 38.5°, une douleur en fosse lombaire droite, une pollakiurie et des brûlures mictionnelles.

Elle n'a pas d'antécédent particulier.

Elle n'a pas reçu d'antibiotique les 6 derniers mois.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse

Il s'agit d'une probable PNA simple

Prise en charge ambulatoire

BU+ECBU

Mise sous C3G IV : ROCEPHINE 1g IV ou FQ PO : exemple : OFLOXACINE 200mg matin et soir

Puis relais en fonction de l'antibiogramme

Durée de traitement : 10 jours (7 jours si FQ)

Pas d'ECBU de contrôle



Cas clinique n° 3

Le lendemain, vous voyez son voisin Mr Coli en consultation.
Il a 60 ans.

Depuis ce jour, il se plaint de douleur sus pubienne, de pollakiurie et a de la fièvre à 38.5°.

Le TR est douloureux.

C'est son 2^{ème} épisode de prostatite aigue.

Au cours du dernier épisode datant de 2 mois il avait reçu de l'ofloxacine.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse

- BU+ECBU
- Traitement probabiliste par C3G 1g IV
- Puis relais en fonction de l'antibiogramme.
- Epargner les FQ étant donné la prise récente datant de moins de 6 mois (stratégie d'épargne)
- Privilégier COTRIMOXAZOLE (bonne diffusion prostatique) en alternative aux FQ
- Durée de traitement de 14 jours.
- Pas d'ECBU de contrôle systématique
- Bilan ultérieur à prévoir avec écho vésicale et mesure du résidu post mictionnel, consultation urologie +/- débitmétrie urinaire.



Cas clinique n° 4

Vous terminez votre journée de consultation en recevant sa mère Mme Coli, 80 ans qui présente une pollakiurie avec dysurie et brûlures mictionnelles depuis hier sans fièvre.

Elle dit être très gênée.

Elle a une clairance de la créatinine à 65ml/min.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse

Il s'agit d'une cystite à risque de complications

Un ECBU doit être réalisé avant tout traitement antibiotique

Le traitement doit être différé pour adapter au mieux le traitement à l'antibiogramme, seulement la patiente dit être très gênée.

Donc un traitement par Nitrofurantoïne doit être débuté à la posologie de 100mg matin midi et soir

Puis relais en fonction de l'antibiogramme

Durée de traitement de 7 jours

Rappel : CI si cl creat < 60

Voies aériennes inférieures



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.

La bronchite aigue se déclare d'emblée.



Bronchite aigue **VRAI** ou **FAUX**

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.

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

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

La bronchite aigue se déclare d'emblée

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
- La toux doit avoir disparu en 1 à 2 semaines
- Le traitement est ambulatoire et symptomatique. Aucune antibiothérapie est indiquée.
- L'absence d'amélioration doit faire reconsidérer le diagnostic de bronchite simple.
-



VRAI ou FAUX

BRONCHITE AIGUE

- Le caractère secondairement purulent de l'expectoration signe une surinfection bactérienne
- Le caractère secondairement purulent de l'expectoration est fréquent et n'est pas synonyme d'une surinfection bactérienne (réaction inflammatoire)
- La toux doit avoir disparu en 1 à 2 semaines.
- La toux peut durer plusieurs semaines
- Le traitement est ambulatoire et symptomatique. 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 ou FAUX

- Le diagnostic de pneumopathie aigue communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectorations, dyspnée, douleur thoracique) fébrile
- Les facteurs de risque principaux sont tabagisme, >65ans, comorbidités.
- L'incidence est élevée: 500000cas/an en France et augmente avec l'âge
- Létalité: 5% (3% en ambulatoire, 7% hospitalisés, jusqu'à 40% en institution)



VRAI ou FAUX

- Le diagnostic de pneumopathie communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectorations, dyspnée, douleur thoracique) fébrile

Le diagnostic de pneumopathie communautaire repose sur l'association de signes fonctionnels respiratoires (toux, expectorations, dyspnée, douleur thoracique) fébrile **ET d'une radio thoracique prouvant l'atteinte parenchymateuse.**

- Les facteurs de risque principaux sont tabagisme, >65ans, comorbidités.
- L'incidence est élevée: 500000cas/an en France et augmente avec l'âge
- Létalité: 5% (3% en ambulatoire, 7% hospitalisés, jusqu'à 40% en institution)



VRAI ou FAUX

- ➡ Le pneumocoque est la 1ere cause de PAC (~50% des PAC documentées)
- ➡ Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez les plus de 40 ans
- ➡ La légionnellose s'observe surtout en présence de facteurs de risque
- ➡ Les anaérobies sont à considérer chaque fois que l'on suspecte une pneumopathie d'inhalation
- ➡ Les germes en cause dans les pneumopathies post grippales sont:

Streptocoque Pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, streptococcus pyogènes (groupe A)



VRAI ou FAUX

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

Mycoplasme pneumoniae est fréquent chez **les moins de 40 ans**

- La légionnellose s'observe surtout en présence de facteur de risque (tabac, comorbidités)
- Les anaérobies sont à considérer chaque fois que l'on suspecte une pneumopathie d'inhalation
- Les germes en cause dans les pneumopathies post grippales sont:

Streptocoque Pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, streptococcus pyogènes (groupe A)



VRAI ou FAUX

- ➡ L'amoxicilline est la molécule de référence 1^{ère} ligne pour le pneumocoque
- ➡ 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.
- ➡ Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacin) sont des ATB à utiliser en 1^{ère} intention en cas de suspicion de PAC



VRAI ou FAUX

- L'amoxicilline est la molécule de référence 1^{ère} ligne pour le pneumocoque
- 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.
- Les fluoroquinolones anti pneumococciques (lévofloxacine) sont des ATB à utiliser en 1^{ère} intention en cas de suspicion de PAC

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

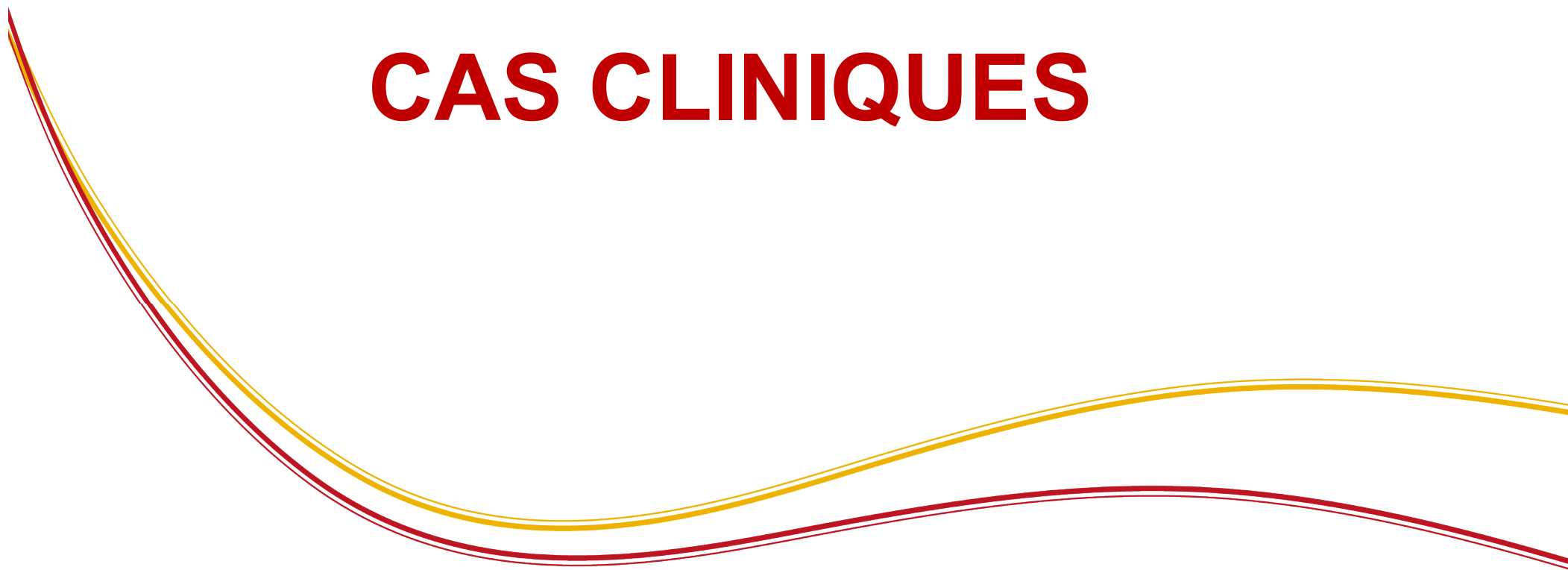
- Pas de prescription si FQ dans les 3 mois précédents
- Eviter traitement par FQ anti pneumo répété chez le même patient
- Eviter FQ anti pneumo en institution chez sujet âgé (transmission croisées de souches résistantes)

TUE6-151-13 : Indication de l'antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
En l'absence d'EFR connue	Résultats EFR connus		
Absence de dyspnée	VEMS > 50 %	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50 %	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou macrolide ou pristnamycine
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30 %	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectables (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP* (lévofloxacine)

*une fluoroquinolone anti-pneumococcique ne doit pas être prescrite si le malade a reçu une fluoroquinolone dans les 3 derniers mois.

CAS CLINIQUES





Cas clinique n° 1

Mme atension, 50 ans, diabétique, vient vous voir en consultation.

Depuis 2 jours, elle a de la fièvre à 38.5°, elle tousse, et se sent fatiguée. Elle n'a pas de signe ORL associé.

TA=13/7, FC=72/min, FR=16/min, SaO2=99% AA

L'auscultation pulmonaire est normale. Examen ORL normal.

CAT?



CAT

Bronchite aigue.

TTT symptomatique: PARACETAMOL, pas d'antitussifs

Education sur l'évolution clinique de la bronchite aigue (fièvre pendant 3-4 jours puis toux pendant plusieurs semaines)

Consignes de reconsultation si persistance de la fièvre au-delà de 3-4 jours, apparition d'une dyspnée, douleur thoracique.



Cas clinique n° 1 suite

Elle revient vous voir 2 jours plus tard. Elle a toujours de la fièvre, elle tousse toujours, et se sent essoufflée quand elle marche.

TA=12/6, FC=100/min, FR=25/min, SaO₂=98%AA

L'auscultation pulmonaire met en évidence un foyer de crépitants en base gauche.

CAT?



CAT

Sepsis à point d'appel pulmonaire sans critère de gravité

Pneumocoque: germe le plus probable

Prise en charge ambulatoire:

NFS CRP,

bilan hépatique, rénal

radio de thorax

Tableau 1 : Score CRB 65

<u>Critères du score CRB 65</u>	<u>Conduite à tenir</u>
C : Confusion	0 critère : traitement ambulatoire possible ≥ 1 critère : évaluation à l'hôpital
R : Fréquence respiratoire ≥ 30 / mn	
B : Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou Pression artérielle diastolique ≤ 60 mmHg	
65 : Age* ≥ 65 ans	
« C » pour confusion, « R » pour respiratoire, « B » pour « blood pressure » et « 65 » pour 65 ans.	

* Plus que l'âge civil, l'âge physiologique - notamment chez les patients sans co-morbidité - est à prendre en compte

Début d'une ATB probabiliste sans attendre les résultats par
AMOXICILINE 1g matin midi et soir 7 jours

Réévaluation clinique +/- paraclinique à 48h.



Cas clinique n° 2

Mr Mickael Padbol 26 ans, sans comorbidité, interne en médecine, vient vous voir en consultation.

Depuis 1 semaine, il tousse de plus en plus, il dit avoir de la fièvre et se sent de plus en plus essoufflé à l'effort. Pas de symptômes extra respiratoires.

Certains de ces co internes vivant avec lui à l'internat ont les mêmes symptômes.

T°=38°, FC=70/min, TA=12/6, FR=18/min, SaO2=98% AA

Auscultation pulmonaire normale

CAT ?



CAT

Suspicion de pneumopathie à germes atypiques (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*)

Bilan devant fièvre + dyspnée, évolutivité des symptômes depuis 1 semaine, cas groupé.

NFS CRP, bilan hépatique, rénal

Radio de thorax

**TTT ATB probabiliste sans attendre les résultats du bilan par MACROLIDE:
par exemple: CLARITHROMYCINE 250mg 2 fois par jour 10 à 14journspilf.**

Réévaluation à 48h.



Cas clinique n° 3

Mr Gripoupa vient vous voir en consultation en pleine épidémie de grippe, il n'a pas été vacciné contre la grippe.

Il est diabétique.

Il vit avec sa mère de 80 ans, ATCD: Insuffisance cardiaque, AC/FA, vaccinée contre la grippe.

Depuis 3 jours, il est fatigué, courbaturé, a des céphalées, tousse, et a de la fièvre à 38.5°. Il n'est pas essoufflé, n'a pas de signe ORL.

T°=37°, TA=12/6, FC=60, FR=18, SaO2=98%AA

Auscultation pulmonaire normal, examen ORL normal

CAT?



CAT

Etat grippal

TTT symptomatique: PARACETAMOL si fièvre, vitamine C

Mesures d'hygiène: précautions d'hygiène standard: lavage des mains au SHA, mouchoirs à usage unique puis les jeter après utilisation, éviter contact avec personne fragile: nourrisson, femme enceinte, personne avec comorbidités. Aérer pièces. Port de masque chirurgical pendant état grippal quand contact étroit avec sa mère.

Pour sa mère: patiente à risque de complications de la grippe:

(TTT prophylactique antiviral grippal ??? : OSELTAMIVIR (Tamiflu) 75mg par jour pendant 10 jours (en plus des mesures barrières++++))

Consignes de reconsultation, si persistance état grippal au-delà de 5 jours, dyspnée



Cas clinique n° 3 suite

Il revient vous voir 2 jours plus tard.

Il tousse de plus en plus, se sent essoufflé, a toujours des céphalées, myalgies et a à présent des douleurs abdominales et des diarrhées.

Il dit être fatigué

Vous creusez d'avantage l'interrogatoire, il vous dit aller fréquemment au sauna, la dernière fois la semaine dernière.

T°=38.5°, FC=60, FR=20, SaO2=98% AA, pas de trouble de conscience

Auscultation pulmonaire non contributive.



CAT

Hypothèses diagnostiques:

Pneumopathie post grippale

Légionellose pulmonaire

NFS CRP, bilan rénal, hépatique, CPK

PCR Grippe sur prélèvement rhinopharyngé

Ag U legionella pneumophila

Radio de thorax

ATB probabiliste vers germes des pneumopathies post grippales + légionellose pulmonaire

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE 1g 3 fois par jour+
MACROLIDE exemple: CLARYTHROMYCINE 250mg 2
fois par jour

Patient à réévaluer dans 48h



Cas clinique n° 3 suite

48h plus tard, son état clinique s'est amélioré.

Vous recevez les résultats:

Vaccination

Hyperleucocytose à PNN, CRP=120mg/l, bilan rénal et hépatique normal,
CPK normales

Quelques messages

PCR grippe + (influenza A)

Radio du thorax: opacité systématisée en base droite.

Pneumopathie post grippale, poursui
de 7 jours, arrêt MACROLIDE.

totale

