



L'extra-hospitalier, les infections, et l'antibiorésistance en une soirée...



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/>

Drs SALMON Corine et SAVRY Emilienne, Mercredi 5/09/18



- présentation du réseau GRIVE
- Antibiorésistance?
- Infections ORL
- Infections URO
- Infections Peau et Tissus mous
- Infections Pulmonaires
- Infections digestives et vaccinations
- Questions et messages clés



GRIVE, c'est quoi?

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



Drs SALMON Corine et SAVRY Emilienne, Mercredi 5/09/18





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
- **Épargner les antibiotiques les plus pourvoyeurs de résistances = AMOX/AC.CLAV, C3G orales, FLUOROQUINOLONES**



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)



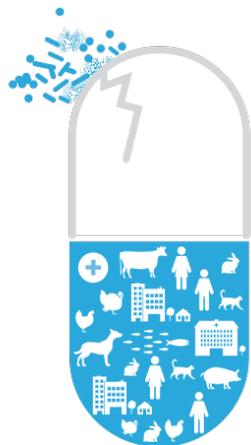
CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES ET
RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN FRANCE:
SOYONS CONCERNÉS, SOYONS RESPONSABLES!

- Absence de réduction de la consommation des ATB

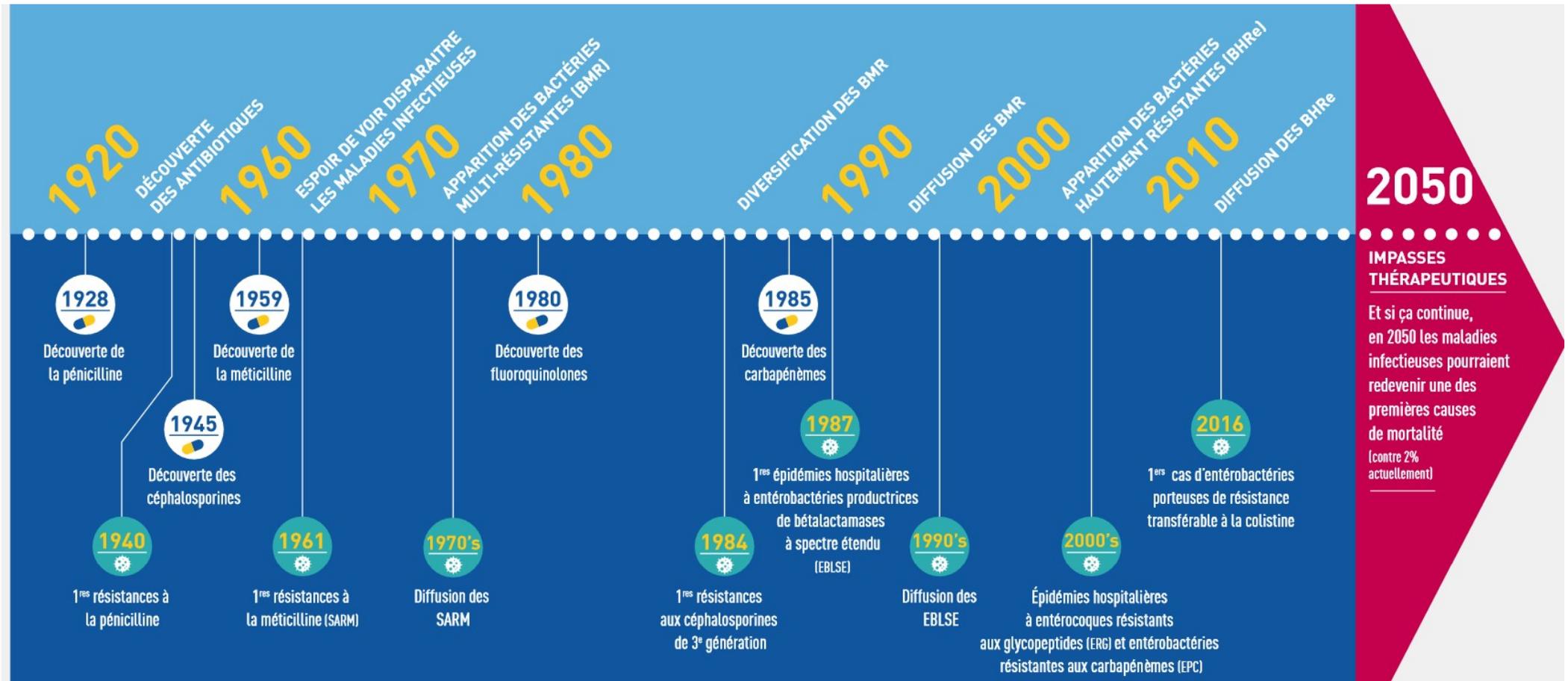
- **Multiplication E.coli R aux C3G**, notamment chez la PA++

(x3 en ville et x6 en établissement de santé)

- Apparition de R à la Ciprofloxacine chez Salmonelle et majoration de Salmonelle R aux C3G ++



Novembre 2017



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.

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.

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.



ANTIBIOCLIC : www.antibiocllic.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

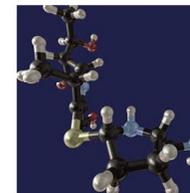
Domaine anatomique

Choisissez ... 

Pathologie

Choisissez ... 

CHERCHER





Infections Orl

VRAI ou **FAUX**



VRAI ou **FAUX** Généralités 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**
- L'Amoxicilline doit absolument être prise en 3 prises journalières **FAUX**

L'Amoxicilline est possible en 2 prises journalières si les 3 prises (toutes les 8h) sont difficiles.

- L'efficacité des C3G orales est moindre en cas de PSDP (Pneumocoque Sensibilité Diminué à la Pénicilline) du fait d'une mauvaise absorption intestinale. **VRAI**



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



VRAI ou **FAUX**

Sinusite maxillaire aiguë

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

Non souvent lié à une desquamation des cellules épithéliales

- Les germes à l'origine des sinusites maxillaires sont les même que dans l'OMA **VRAI**



VRAI ou **FAUX**

Sinusite maxillaire aiguë

- L'utilisation de l'amoxicilline – acide clavulanique est nécessaire si échec de l'antibiothérapie à 48-72h, si origine dentaire ou autre localisation sinusienne

VRAI



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 pendant 6jours**

VRAI



Infections Orl

Cas Cliniques

Cas Clinique 1

L'enfant Paul Strepto, 18 mois vient en consultation avec sa maman car il présente une otalgie droite avec une sensation de fièvre depuis 3 jours.

$T^{\circ}=38.5^{\circ}$

Examen ORL :



CAT?



Cas Clinique 1

Diagnostic :

OMA Purulente Droite

(Streptococcus pneumoniae ou Haemophilus influenzae)

Conduite à Tenir :

Traitement symptomatique

AMOXICILLINE 80mg/kg en 3 prises par jour (toutes les 8 heures) ou en 2 prises pendant 8 jours (enfant <2 ans) en première intention.

(si allergie chez l'enfant : COTRIMOXAZOLE 8 à 10 jours entre 1 mois à 2 ans)

(si allergie chez l'adulte : COTRIMOXAZOLE 5 jours, PRISTINAMYCINE 5 jours)



Cas Clinique 2

Mme Veuvitalémieu vient vous voir en consultation.

Elle se plaint d'une rhinorrhée, d'une fièvre, d'une douleur en fond de gorge ainsi que des douleurs au niveau des sinus maxillaires depuis 3 jours.

Elle n'en peut plus, elle a envie d'être vite rétablie.

A l'examen clinique vous trouvez des sinusalgies, tympan érythémateux et gorge érythémateuse avec écoulement postérieur sans inflammation des amygdales.

Votre diagnostique et conduite à tenir ?



Cas Clinique 2

Diagnostic :

Rhinopharyngite virale avec sinusalgies

correspondant à une congestion des méats sinusiers, fréquentes dans les premiers jours d'une rhinopharyngite, et résolutive spontanément.

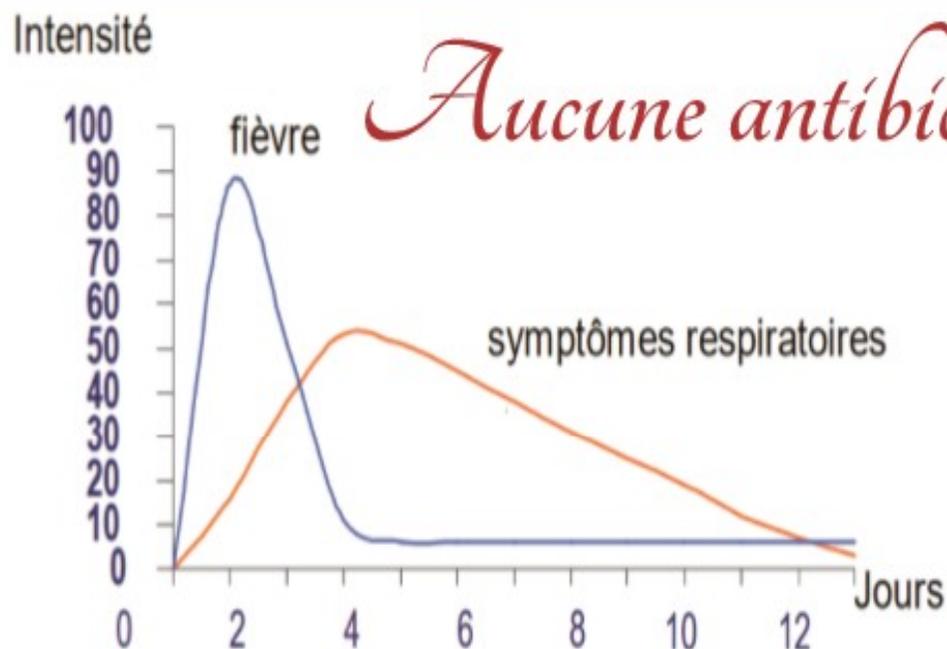
La fièvre dure entre 2 à 4 jours.

Les autres symptômes durent entre 7 à 10 jours.

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)



CAT :

**NOUS SOMMES MÉDECINS, PAS MAGICIENS !
elle ne pourra pas être rétablie demain.**

Traitement symptomatique : PARACETAMOL, DRP+++ (lavage des fosses nasales avec rhino-horn, sérum physiologique, eau de mer) +/- traitement symptomatique (ex: citron, miel, pastilles à sucer...)

Patient à réévaluer si traitement symptomatique bien conduit ET :

Si persistance des signes cliniques au-delà de 7 à 10 jours : rhinorrhée, obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée

Ou si aggravation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré le traitement symptomatique pendant plus de 48h

Ou si apparition d'une douleur sinusienne infra-orbitaire, unilatérale, pulsatile, augmentée la tête penchée en avant, maximale en fin de journée ou pendant la nuit

Ou si augmentation de la rhinorrhée et poursuite de la purulence

Ou symptomatologie évoquant OMAP, Infections pulmonaires basses à surveiller



**DISPONIBLE EN
PHARMACIE**





Cas Clinique 2 suite

Mme vevitalémieu (nom de JF: voulavédi) revient 3 jours plus tard...

elle se plaint d'une augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires surtout à droite, pulsatiles, augmentées la tête penchée en avant.

CAT?



Cas Clinique 2 suite

Diagnostic :

Sinusite aigue maxillaire bactérienne

CAT :

Traitement symptomatique : (PARACETAMOL, DRP)
AMOXICILLINE 3g/j en 2 ou 3 prises pendant 7 jours

(Si allergie aux bêta-lactamines : ***PRISTINAMYCINE 2 g par jour en 2 prises 4 jours*** ou Levofloxacin 500mg en 1 prise par jour 7 jours)



Cas Clinique 3

Emma g., 16 ans, vient vous voir quelques jours plus tard en consultation.

Elle a également mal à la gorge avec de la fièvre.

Elle est allergique à l'amoxicilline (urticaire ??)

TDR réalisé et positif

conduite à tenir ?



Diagnostic :

Angine bactérienne à Strepto A

CAT :

AZITHROMYCINE 500mg par jour 3 jours
(Risque de résistance aux Macrolides du Strepto A)

Eviction de la collectivité 2 jours après début ATB
Consultation allergologique à distance pour vérifier
l'allergie à l'AMOXICILLINE



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**

Infection urinaire masculine

- 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

Cas Cliniques





Cas Clinique 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 mais sans plainte de la patiente, 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 1

- Abstention thérapeutique : 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 bactérie multirésistante à fort potentiel épidémique (il s'agit d'un K.Pneumoniae BLSE)
- Pas de seuil de bactériurie et la leucocyturie n'intervient pas dans la définition de la colonisation urinaire.



Cas Clinique 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 ces 6 derniers mois.

- **Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)**



Réponse 2

Il s'agit d'une probable PNA simple

Prise en charge ambulatoire

BU+ECBU

Mise sous C3G IM : ROCEPHINE 1g IM ou FQ PO :
exemple : CIPROFLOXACINE 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 3

Le lendemain, vous voyez son voisin Mr Coli en consultation.

Il a 60 ans.

Depuis ce jour, il se plaint de douleurs sus-pubiennes, de pollakiurie et a de la fièvre à 38.5°.

Vous réalisez un TR qui est douloureux.

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

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

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)

Réponse 3

- BU+ECBU
- Traitement probabiliste par C3G 1g IM
- Puis **relais en fonction de l'antibiogramme**
- Bilan ultérieur : écho vésicale (recherche résidu post-mictionnel) et consultation urologie.



- ✓ 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.



Cas Clinique 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.

Nous sommes jeudi soir 20h...

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse 4

Cystite à risque de complications

ECBU 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 traitement par Nitrofurantoïne à la posologie de 100 mgx3/j.

Puis relais en fonction de l'antibiogramme

Durée de traitement de 7 jours

Rappel : CONTRE-INDIQUE si cl creat < 60



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

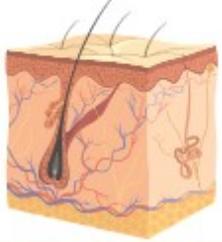
- Pour assurer une bonne conservation de l'échantillon d'urine, il est important de le transférer dans tube de bactériologie dans les 15 min qui suivent le recueil.
- Après transfert de l'urine dans le tube, homogénéiser vigoureusement l'échantillon.



FLASH GRIVE: les infos à retenir

- **En cas d'évolution clinique favorable, aucun ECBU de contrôle n'est nécessaire**
- **La clinique prime toujours sur un résultat d'ECBU**
- **En cas d'utilisation de Fluoroquinolones dans les 6 derniers mois, il faut éviter leur utilisation (stratégie d'épargne)**
- **Si possible, en cas d'IU masculine, ou de Cystite à risque de complication, préférer mettre en place un traitement différé pour adapter au mieux le traitement à l'antibiogramme**
- **Prévenir les infections = éviter la constipation, bonne hydratation, trophicité des muqueuses et canneberge**
- **Dire à vos patients de ramener les antibiotiques restants à la pharmacie**





Infections peau & tissus mous

VRAI OU FAUX



VRAI ou FAUX

Impétigo, Furoncle

- Le Staphylocoque aureus est le plus souvent responsable des impétigos et des furoncles

VRAI

- Le diagnostic de certitude d'impétigo nécessite un prélèvement bactériologique cutané

FAUX

Le **diagnostic est clinique**. Le prélèvement bactériologique est réservé aux études épidémiologiques ou aux échecs de traitement.



VRAI ou FAUX

Impétigo, Furoncle

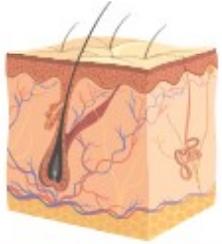
- Dans les furoncles, il est nécessaire d'associer une antibiothérapie locale à toute thérapeutique

FAUX

pas de nécessité d'antibiothérapie

- Dans l'impétigo, les critères d'une antibiothérapie générale sont : impétigo bulleux , > 2 % de surface cutanée atteinte ou > 10 sites lésionnels actifs ou extension rapide

VRAI



Infections peau & tissus mous

CAS CLINIQUES



Cas Clinique 1



Staphanie, 6 ans qui présente des vésico-bulles sur une peau inflammatoire au niveau de l'orifice narinaire.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



Réponse 2

- Il s'agit d'un impétigo
- Mesures d'hygiène, antiseptiques locaux
- Si formes peu étendues: (<2% de la surface corporelle et <5 sites lésionnelles):
 - ATB locale: acide fucidique ou mupirocine 2 à 3x/j pendant 5-7 jours.
- Pas d'éviction scolaire ici .
(éviction si forme étendue jusqu'à guérison.)



Cas Clinique 2

Mr Foll 28 ans,

Consulte pour une masse douloureuse et inflammatoire au niveau de l'aîne. Cela a commencé par un petit bouton type bouton d'acné .

Quelle est votre attitude pratique ?



Réponse 2

Furoncle : Streptococcus pyogenes

Soins locaux

- Hygiène quotidienne à l'eau et au savon, mousse à raser antiseptique, rasoirs jetables.
- Pas de manipulation du furoncle.
- Antisepsie locale ou pansements imbibés d'alcool à 70°.
- Antibiothérapie locale d'intérêt non démontré.

Antibiothérapie par voie générale uniquement si immunodépression ou furoncle de la face:

- Pristinamycine
- Amoxicilline-ac clavulanique

Et décontamination des sites de portage si cela se répète : toilette à la chlorhexidine 4% et bains de bouche chlorhexidine + mupirocine 5 jours dans les fosses nasales.



Infections respiratoires basses



Infections respiratoires basses

Pneumocoque
(*Streptococcus pneumoniae*)

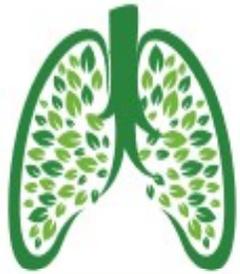


Bactéries dites atypiques
(notamment : *Mycoplasma pneumoniae*,
Chlamydia pneumoniae, *Legionella*
pneumophila).



Pneumopathie aiguë communautaire

Diagnostic: **CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE**



Infections respiratoires basses

Pneumopathie aiguë communautaire

Pneumocoque

(*Streptococcus pneumoniae*)



Amoxicilline (1gx3 pdt 7 jours)
= la molécule de référence

Bactéries dites atypiques

(notamment : *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*).



Macrolides

- 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
 - Eviter traitement par FQ anti pneumo répété chez le même patient
 - Eviter FQ anti pneumo en institution chez sujet âgé (transmission **croisée** de souches résistantes)



Infections respiratoires basses

CAS CLINIQUES



Cas Clinique 1

Mme satraine 63 ans, sans atcd particulier ni facteur de risque.

Consulte pour une toux gênante et fatigante qui évolue depuis 10 jours.

Tout a commencé par un rhume, avec un fébricule dans les 48 1eres heures. Elle n'a plus de fièvre, mais c'est tombé sur les bronches, elle tousse très gras, ça fait mal, ça traine, c'est fatigant et il faut faire quelque chose!

L'examen clinique ne met pas en évidence de fièvre. Elle n'est pas dyspnéique. L'auscultation pulmonaire ne retrouve pas de foyer de crépitants, mais il existe de nombreux râles bronchiques diffus et la respiration ample provoque des quintes de toux importante. Elle a une tête effectivement fatiguée...

Il n'y a pas eu a priori de contagage coqueluche.



Diagnostic :

Bronchite aigue

CAT :

Aucun examen complémentaire

Diagnostic différentiel: coqueluche ou pneumonie (tableaux non évocateurs)

Expliquer que la bronchite est quasi toujours **une infection virale bénigne**. La fièvre dure en moyenne 2-3 jours, rarement plus de 4 jours.

La toux est sèche dans un 1^{er} temps, puis grasse, et peut évoluer plusieurs jours voire semaines.

Le traitement est symptomatique.

L'évolution est favorable spontanément.



Infections respiratoires basses

Bronchite Aiguë

- Virale le plus souvent
- Expectoration purulente **ne signifie pas surinfection bactérienne.**
- La toux peut durer plusieurs semaines, notamment chez le fumeur.



Aucune antibiothérapie n'est nécessaire



Cas Clinique 2

Mr tabata, son voisin, vient vous voir 3 jours plus tard pour une toux fébrile. Il espère bien que vous ferez mieux que pour sa voisine qui lui a toussé dessus pendant tout le repas samedi soir!

Mr Tabata a 70 ans, il n'arrive pas à fumer ces derniers jours alors qu'il fume habituellement au moins 20 cigarettes par jour depuis 40 ans. Il n'a jamais voulu faire de bilan chez un pneumologue, malgré sa petite toux quotidienne.

Il ne se plaint pas d'être essoufflé sauf peut-être un peu ce matin en montant les escaliers.

Il crache plutôt clair, de façon plus abondante qu'habituellement. La toux le gêne beaucoup.

L'examen clinique retrouve un état général conservé. Une température à 38°3, des ronchis diffus, sans foyer. Une SatO2=97%.

CAT?



Diagnostic :

Exacerbation de BPCO (car majoration toux, dyspnée et expectorations)

CAT :

- ECBC? Interprétation difficile car l'évolution naturelle de la maladie fait que les voies respiratoires basses des patients BPCO sont en permanence colonisées par des bactéries.
- 50% des exacerbations sont d'origines infectieuses (virales 50%; bactériennes 50%)
- Hospitalisation? Non**

critères:

- 1/Signes cliniques de gravité : altération des fonctions supérieures, hémodynamique instable, détresse respiratoire aiguë.
- 2/Stade évolué de la BPCO : oxygénothérapie à domicile, corticothérapie orale prolongée.
- 3/Situations particulières : comorbidités, précarité, isolement.
- 4/Critère évolutif péjoratif : exacerbation récente avec hospitalisation, réponse insuffisante au traitement en ambulatoire.

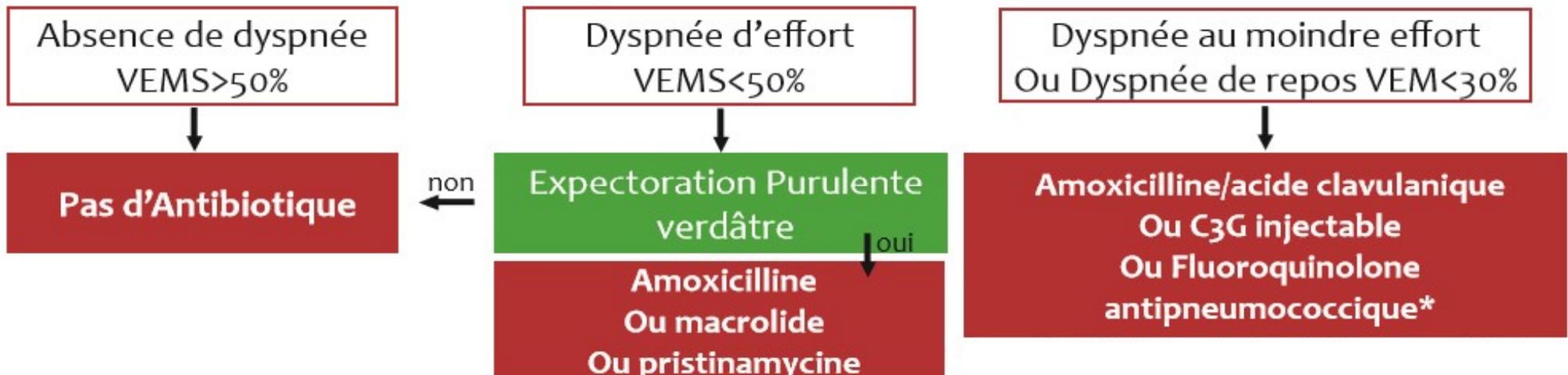


Infections respiratoires basses

Exacerbation d'une bronchopneumopathie obstructive

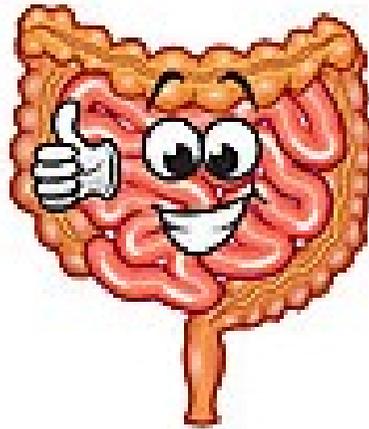
L'antibiothérapie n'est pas systématique.

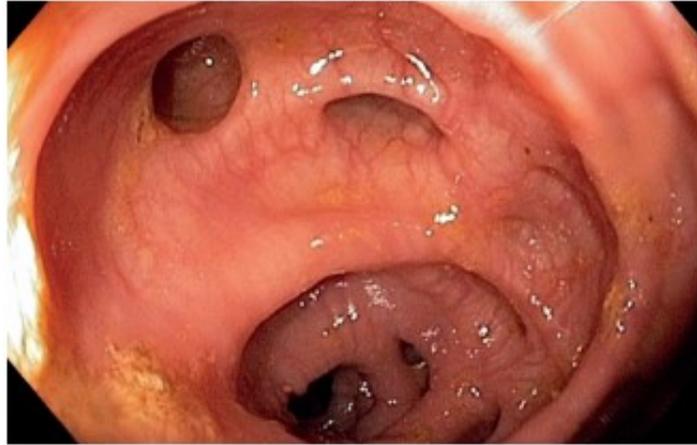
Elle doit tenir compte de **l'état respiratoire de BASE** du patient:



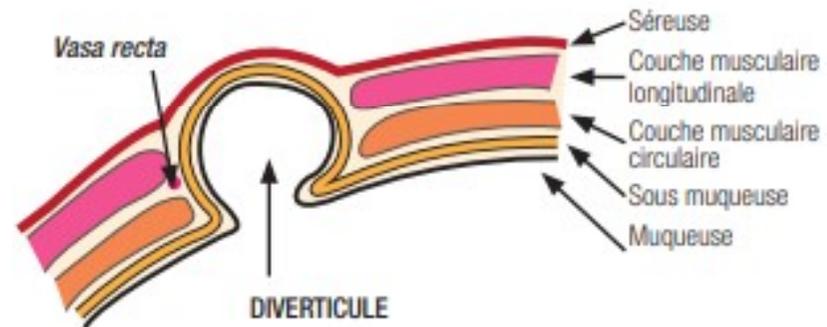
* Pas de FQAP si patient a déjà reçu une FQ dans les 3 derniers mois

Infections digestives





DIVERTICULITE





Cas Clinique 1

Cas 1

- Monsieur Ventroux, 46 ans, commercial, se présente chez vous, son médecin traitant, pour douleur abdominale depuis la veille au soir, associée à un fébricule à 38°. Il se plaint également de constipation depuis 2 jours avec nausées.
- Dans ses antécédents : tabagisme actif à 20 PA, surpoids avec un IMC à 28.
- A l'examen :
T° à 38,1, TA 13/8, pouls 80 régulier.
Sensibilité en fosse iliaque gauche, sans défense.
TR : indolore , pas de masse palpable , pas de fécalome , pas de rectorragies.



Cas Clinique 1

1/ Vous suspectez une diverticulite aiguë. Quelle est votre attitude diagnostique?

=> Biologie :

NFS, plaquettes

CRP

Fonction rénale

=> **TDM abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste, au plus tard dans les 72H (à chaque épisode)**

Cas Clinique 1

- La biologie retrouve 11000 GB avec 8000 PNN.
- La CRP est à 40.
- La fonction rénale est normale.

Vous réalisez une TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste: **Diverticulite aiguë non compliquée.**

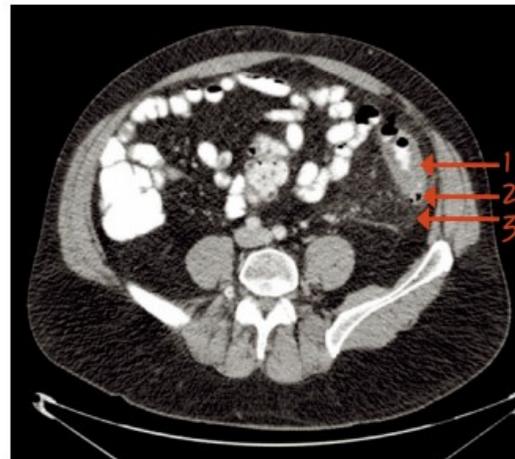


FIGURE 5 Diverticulite aiguë non compliquée (Hinchey 0). Ce scanner permet de faire le diagnostic de diverticulite aiguë non compliquée devant l'association des 3 éléments suivants : épaissement des parois coliques (> 4 mm) (1), présence de diverticules coliques (2) et infiltration de la graisse péri-colique (3).



Cas Clinique 1

2/ Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- Diverticulite aigue non compliquée.
- Absence de comorbidité ou de contexte social défavorable
- Donc traitement ambulatoire :

Traitement symptomatique SANS ANTIBIOTIQUE en première intention avec surveillance clinique :

- antalgiques: paracétamol +antispasmodique
 - alimentation non restrictive si bien tolérée
- (HAS2017)**



Cas Clinique 1

- 48 heures après, le patient revient en consultation. La fièvre et les douleurs abdominales persistent.
- L'examen clinique est inchangé, pas de signes de sepsis.

3/ Quelle est votre attitude ?



Cas Clinique 1

Le traitement curatif de la diverticulite repose sur les antibiotiques actifs sur **les bactéries aérobies (bacilles gram négatif et entérocoques) et anaérobies du côlon**

- AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE PO : 1g x3/j
pendant 7 jours
- Si allergie prouvée :
- LEVOFLOXACINE PO 500mg 1x/j +
METRONIDAZOLE PO 500mg x3/j, pendant 7 jours
- ou CIPROFLOXACINE PO 500mg 2x/j +
METRONIDAZOLE PO 500mg x3/j, pendant 7 jours

Helicobacter Pylori





VRAI ou FAUX

- 15 % de la population mondiale est infectée.

FAUX

50 % de la population mondiale est infectée.
C'est l'infection bactérienne chronique la plus répandue
chez les humains après la carie dentaire



VRAI ou FAUX

- HP peut être éliminé spontanément.

FAUX

Si une infection à HP est détectée, elle doit être impérativement traitée, pour l'éradiquer.

Après traitement, une fois la bactérie éradiquée, la réinfection est rarissime en France. Le traitement peut donc être considéré comme définitif.



VRAI ou FAUX

- Si HP est traité, et qu'il n'y a pas de symptôme, il n'est pas nécessaire de faire un contrôle d'éradication .

FAUX

Il est indispensable de s'assurer de l'éradication de la bactérie, par un test respiratoire à l'Urée 13 C.



VRAI ou FAUX

- La progression de la résistance bactérienne d'HP aux antibiotiques concerne essentiellement :
 - L'amoxicilline

FAUX

La clarithromycine : 22% des souches sont résistantes



VRAI ou FAUX

- On peut réaliser une sérologie pour contrôler l'éradication d'*Helicobacter pylori*.

FAUX

La sérologie détecte des IgG qui peuvent persister des mois, voire des années après éradication de la bactérie. Il est inutile de répéter un test sérologique.



VRAI ou FAUX

- Il est recommandé de rechercher une infection à *H. pylori* avant prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'aspirine à faible dose en cas d'antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal.

VRAI



VRAI ou FAUX

- Les méthodes diagnostiques, à l'exception de la sérologie, doivent être réalisées :
 - au moins 2 semaines après l'arrêt des antibiotiques
 - et au moins 4 semaines après l'arrêt des antisécrétoires (IPP ou anti-H2).

FAUX

Les méthodes diagnostiques, à l'exception de la sérologie, doivent être réalisées :

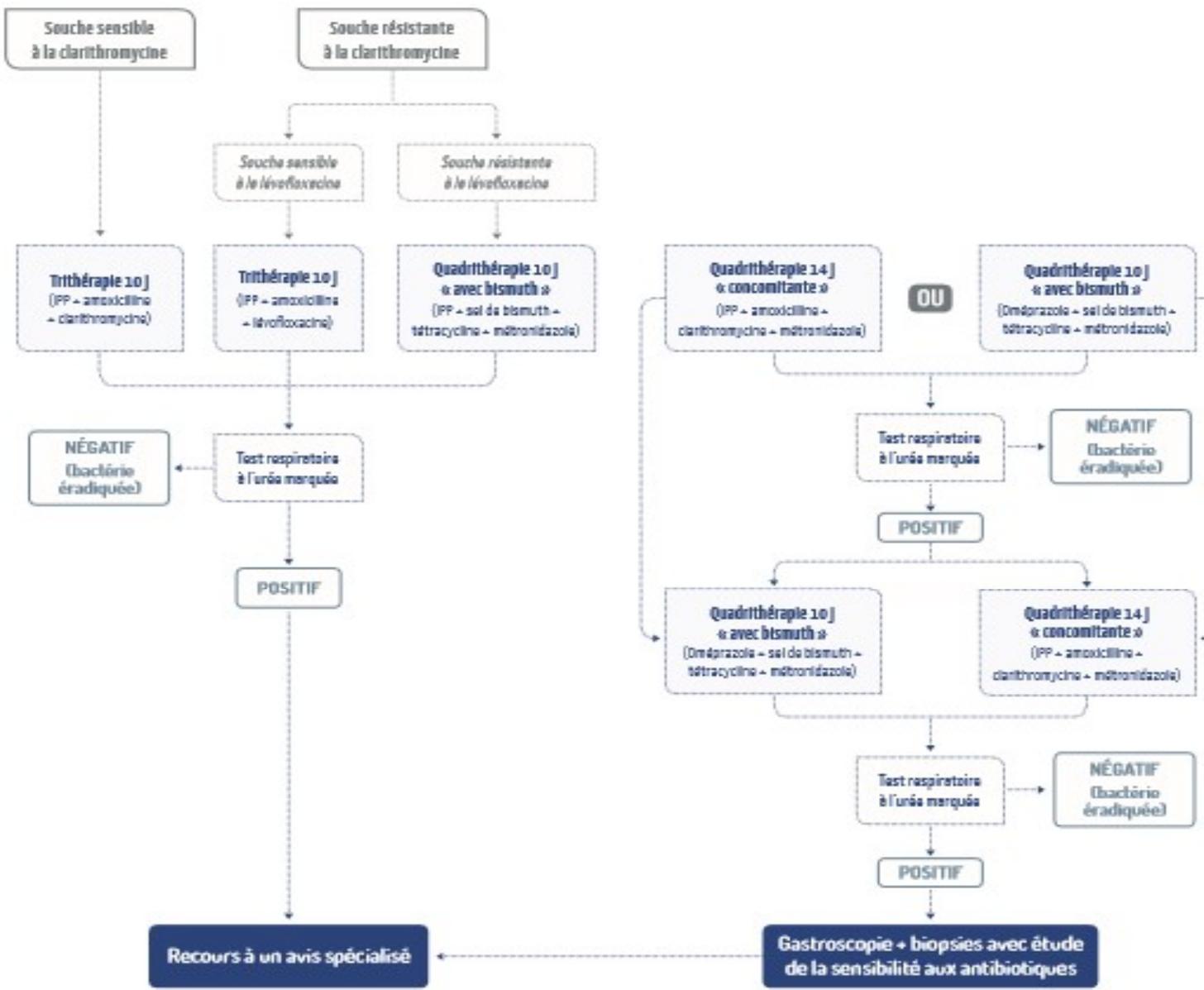
- au moins **4 semaines** après l'arrêt des antibiotiques
- et au moins **2 semaines** après l'arrêt des antisécrétoires (IPP ou anti-H2).



ETUDE DE LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES (GASTROSCOPIE + BIOPSIES + EXAMEN BACTERIOLOGIQUE)

Algorithme de traitement en cas d'infection à Helicobacter pylori chez l'adulte (sf Femme enceinte ou Allaitante)

FAITE TRAITEMENT GUIDÉ **NON FAITE** TRAITEMENT PROBABILISTE



HAS
mai
2017

Recommandations françaises du GEFH : deux alternatives en traitement probabiliste

Pylera* : quadrithérapie bismuthée

Bismuth – Métronidazole - Tétracycline (3 gél x 4/j)
Oméprazole 20 mg x 2/j
pendant **10 jours**

Quadrithérapie concomitante

Amoxicilline 1g x 2/j +
Clarithromycine 500 mg x 2/j +
Métronidazole 500 mg x 2/j
+ IPP (rabéprazole 20mg / ésooméprazole 40 mg) X 2/j
pendant **14 jours**

IDENTIFIER LES POPULATIONS À RISQUE DE CANCER GASTRIQUE

- A. Personne apparentée au 1^{er} degré à un patient ayant eu un cancer de l'estomac (parents, frères/sœurs, enfants)*.
- B. Patient ayant eu une gastrectomie partielle pour cancer (ou un traitement par endoscopie de lésions cancéreuses gastriques)*.
- C. Patient avec une lésion prénéoplasique gastrique (atrophie sévère et/ou métaplasie intestinale étendues, dysplasie, maladie de Biermer, maladie de Ménétrier)*.
- D. Patient traité par IPP (Inhibiteur de pompe à protons) depuis plus d'un an*.
- E. Personne ayant un syndrome de prédisposition aux cancers digestifs (HNPCC/Lynch)^{2**}.
- F. Personne devant subir une chirurgie bariatrique par by-pass (méthode non associée à une augmentation du risque de cancer gastrique, mais rendant une partie de l'estomac inaccessible à de futurs examens)**.

* Consensus européen de Maastricht IV/Florence - 2012³

** Avis des experts des sociétés savantes ayant collaboré à l'élaboration de cette brochure

RECHERCHER L'INFECTION À *HELICOBACTER PYLORI* CHEZ LES PERSONNES À RISQUE

A. Personnes apparentées au 1^{er} degré à un patient ayant eu un cancer de l'estomac

< 40/45 ans

Test respiratoire à l'urée ¹³C *
ou sérologie *Helicobacter pylori*

> 40/45 ans

Endoscopie
+ biopsies

* 4 semaines après l'arrêt de toute antibiothérapie et
2 semaines après l'arrêt d'un traitement IPP

B. C. D. E.

Pour les autres patients à risque, le diagnostic de l'infection par *Helicobacter pylori* doit être fait à l'occasion de l'endoscopie⁴

Diarrhées aiguës infectieuses





VRAI ou FAUX

- La Coproculture sera réalisée devant toute diarrhée de plus de 5 jours

FAUX

Copro dans 5 indications: diarrhée fébrile, patient immunodéprimé, présence de signes de gravité, retour des tropiques et TIAC

Syndrome cholériforme	Mécanisme entéro-invasif
<p>Virus (norovirus, adénovirus, rotavirus)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Épidémies · Collectivités (crèches, écoles, Ehpad) · Fièvre modérée ou absente · Évolution brève, bénigne, sauf nourissons, personnes âgées, immunodéprimés (déshydratation) 	<p>Shigelloses :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Contexte autochtone ou voyage · Syndrome dysentérique <p>Salmonelloses «mineures» (non typhi) <i>Campylobacter</i> sp. <i>Yersinia</i> sp. <i>E. coli</i> entéro-pathogènes</p>
<p>TIAC <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Bacillus cereus</i>, <i>Clostridium perfringens</i></p>	<p>TIAC Salmonelloses «mineures» (non typhi) Shigelloses <i>Campylobacter jejuni</i> <i>E. coli</i> entéro-hémorragiques et entéro-aggrégatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Toxine shiga-like · Diarrhée hémorragique · Formes graves, notamment chez l'enfant : syndrome hémolytique et urémique
<p>Voyage</p> <ul style="list-style-type: none"> · Virus · Cryptosporidies · <i>E. coli</i> entérotoxinogène · Choléra (exceptionnel chez le voyage, incubation de quelques heures, contexte de catastrophe sanitaire, diarrhée extrêmement abondante) 	<p>Voyage Amoébose colique :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Forme dysentérique rare · <i>Entamoeba histolytica</i> · Séjour en zone tropicale · Absence de fièvre
	<p>Diarrhée post-antibiotique</p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Clostridium difficile</i> · Pendant ou dans les 3 mois qui suivent une antibiothérapie

TUE6-172-2 : Traitement antibiotique probabiliste des diarrhées aiguës

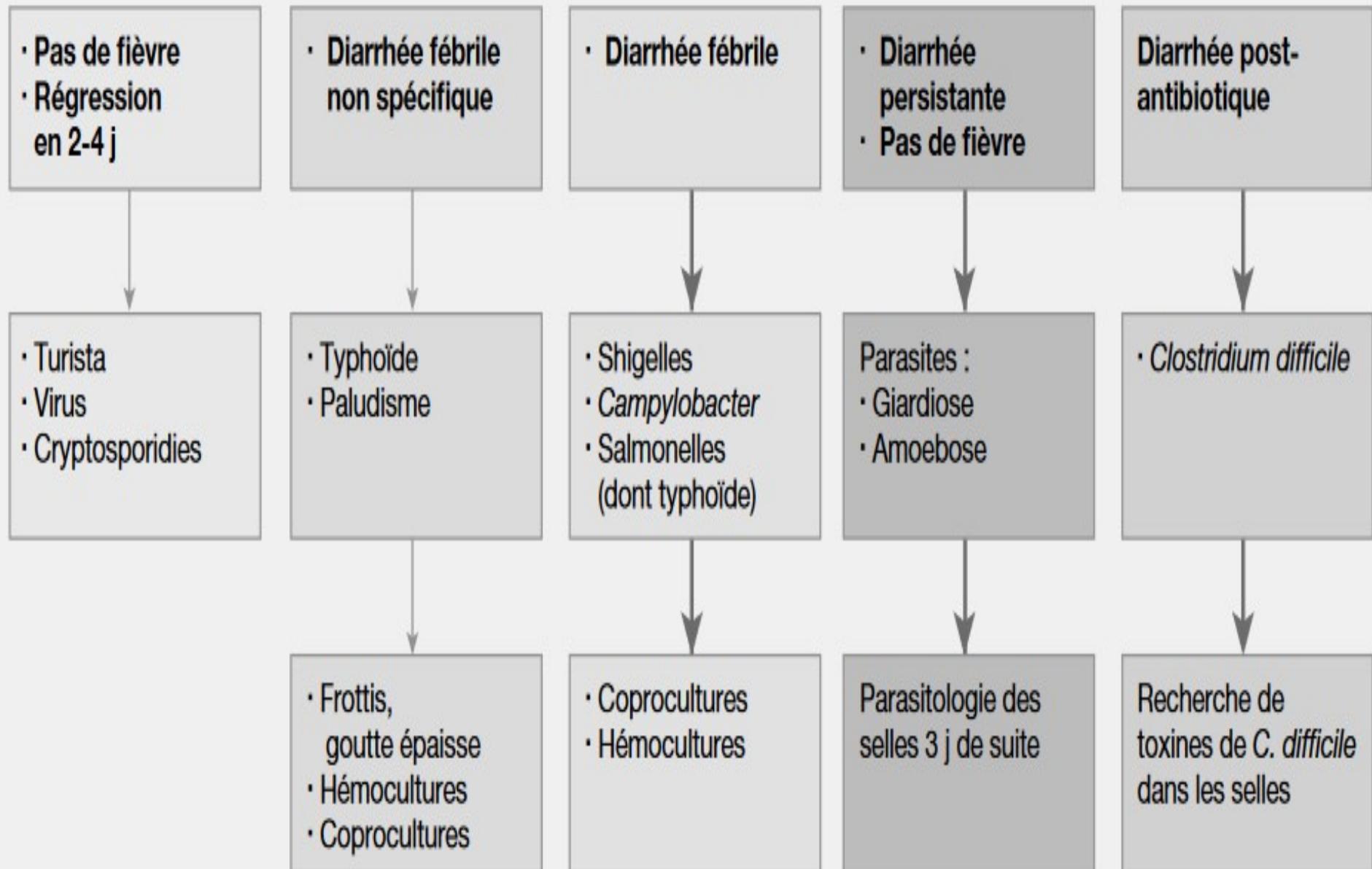
Diarrhée cholériforme T° < 38,5 °C		Diarrhée ± dysentérie T° ≥ 38,5 °C
Forme modérée	Forme grave	
Traitement symptomatique	Fluoroquinolone (3 à 5 j) ou azithromycine (1 j) + traitement symptomatique	Fluoroquinolone (3 à 5 j) ou azithromycine (1 j)
Si inefficace > 12-24 h, Fluoroquinolone ou azithromycine (1 j)		Antipéristaltiques contre-indiqués

TUE6-172-3 : Traitement antibiotique des diarrhées bactériennes documentées

Bactérie	Antibiotique (1^{re} intention)	Durée (jours)	Alternatives
<i>Salmonella</i> <i>Shigella</i>	Fluoroquinolone Ou C3G injectable*	3 à 5	Cotrimoxazole, Azithromycine
<i>Campylobacter</i>	Azithromycine	1 j (forte dose) ou 5 j	Fluoroquinolone (5 j)
<i>Y. enterocolitica</i>	Fluoroquinolone	7	Doxycycline Cotrimoxazole
<i>Clostridium difficile</i>	Metronidazole PO (formes légères)	10	Vancomycine PO Fidaxomicine
<i>Vibrio cholerae</i>	Doxycycline	1	Fluoroquinolone

* si traitement *per os* impossible, ou si résistance aux fluoroquinolones

FUE6-172-1 : Orientations diagnostiques devant une diarrhée du voyageur



TUE6-172-5 : Principales causes de TIAC à symptomatologie digestive et aliments en cause

Agent responsable	Durée d'incubation	Signes cliniques	Facteurs de contamination
<i>Salmonella enterica</i> sérotypes non Typhi (Enteritidis, Typhimurium)	12-24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée aiguë fébrile 	Aliments peu ou pas cuits : <ul style="list-style-type: none"> • Viandes • Volailles • Fruits de mer Restauration familiale ou collective.
<i>Staphylococcus aureus</i>	2-4 h	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements • Douleurs abdominales • Diarrhée • Pas de fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Lait et dérivés • Plats cuisinés la veille • Réfrigération insuffisante • Porteurs asymptomatiques ou staphylococcie cutanée
<i>Clostridium perfringens</i>	8-24 h	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée isolée sans fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Plats cuisinés la veille • Réfrigération insuffisante • Restauration collective
Norovirus	24-48 h	Vomissements, douleurs abdominales, diarrhée peu ou pas fébrile	Coquillages, crustacés, crudités

TUE6-172-6 : Principales TIAC d'expression neurologique, manifestations cliniques, aliments en cause, diagnostic et principes de prise en charge

Agent responsable	Durée d'incubation	Signes cliniques	Facteurs de contamination	Principes de prise en charge diagnostique et thérapeutique
Botulisme (<i>Clostridium botulinum</i>)	12-72 h	Phase d'invasion : <ul style="list-style-type: none"> · Troubles digestifs transitoires. · Pseudo-presbytie. Phase d'état : <ul style="list-style-type: none"> · Syndrome parasymphaticolytique (mydriase, sécheresse de bouche, dysphagie, constipation, dysurie) · Absence de fièvre · Vigilance normale · Parfois paralysie descendante (nerfs crâniens, membres, muscles respiratoires) 	Ingestion de la toxine préformée dans l'aliment : jambon, conserve artisanale	Diagnostic <ul style="list-style-type: none"> · Clinique · Mise en évidence de la toxine dans l'aliment incriminé (voire dans le sang, les vomissements, les selles) Traitement <ul style="list-style-type: none"> · Hospitalisation · Traitement symptomatique · Réanimation et sérothérapie si atteinte respiratoire
Intoxication histaminique	10 min à 1 h	<ul style="list-style-type: none"> · Troubles vasomoteurs (face, cou +++) · Céphalées · Troubles digestifs 	Poisson mal conservé (thon +++)	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnostic clinique. · Régression rapide, accélérée par antihistaminiques et corticoïdes

FLASH GRIVE: les infos à retenir

- ⇒ La grande majorité des diarrhées aiguës ne nécessite qu'un traitement symptomatique
- ⇒ En cas de traitement antibiotique probabiliste, instaurer une Fluoroquinolone ou l'Azithromycine
- ⇒ Penser au Clostridium Difficile devant une diarrhée post-antibiothérapie
- ⇒ Penser à la recherche de palu devant une diarrhée fébrile au retour de zone à risque
- ⇒ Coproculture si : sd cholériforme > 24h et/ou gravité, diarrhée fébrile, retour de zone impaludée, TIAC, immunodéprimé.



VACCINATION

Quelques messages



Calendrier 2018

Vaccins contre :		Naissance	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11 - 13 ans	15 ans	16-18 ans
Recommandations générales	Diphtérie (D), Tétanos (T), coqueluche acellulaire (Ca), Poliomyélite (P)		DTCaP	DTCaP		DTCaP			DTCaP			
	<i>Haemophilus influenzae</i> b (Hib)		Hib	Hib		Hib						
	Hépatite B (Hep B)		Hep B	Hep B		Hep B						
	Pneumocoque (PnC) ¹		PnC	PnC		PnC						
	Méningocoque C (vaccin conjugué MnC)				MnC		MnC					
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)						ROR 1	ROR 2				
	diphtérie (d), Tétanos (T), coqueluche acellulaire (ca), Poliomyélite (P) ²									dTcaP		
	Papillomavirus humains (HPV) chez jeunes filles									2 doses (0, 6 mois) : vaccin quadrivalent ou vaccin bivalent ou vaccin neufvalent (11/14 ans)		
Rattrapage	Hépatite B									3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou, de 11 à 15 ans révolus, 2 doses selon le schéma 0, 6 mois ³		
	Méningocoque C (vaccin conjugué)									1 dose jusqu'à 24 ans ⁴		
	Papillomavirus humains (HPV) chez jeunes filles										3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou 0, 2, 6 mois (jeunes filles de 14 ou 15 à 19 ans révolus) selon le vaccin utilisé	
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)										2 doses à au moins 1 mois d'intervalle si pas de vaccin antérieur ; 1 dose si une seule dose vaccinale antérieure	



VACCINS 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.*



Comment répondre aux patients hésitants?

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**
 Appelés 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.

SEL D'ALUMINIUM

ANTIGÈNE

Virus

CONSERVATEUR ANTIMICROBIEN

Anticorps

Ceux qui ont du sel d'aluminium

Vaccin obligatoire **Vaccins obligatoires à partir de 2018** **Vaccin facultatif**

Diphtérie
Tétanos
Poliomyélite

Coqueluche

Hépatite B

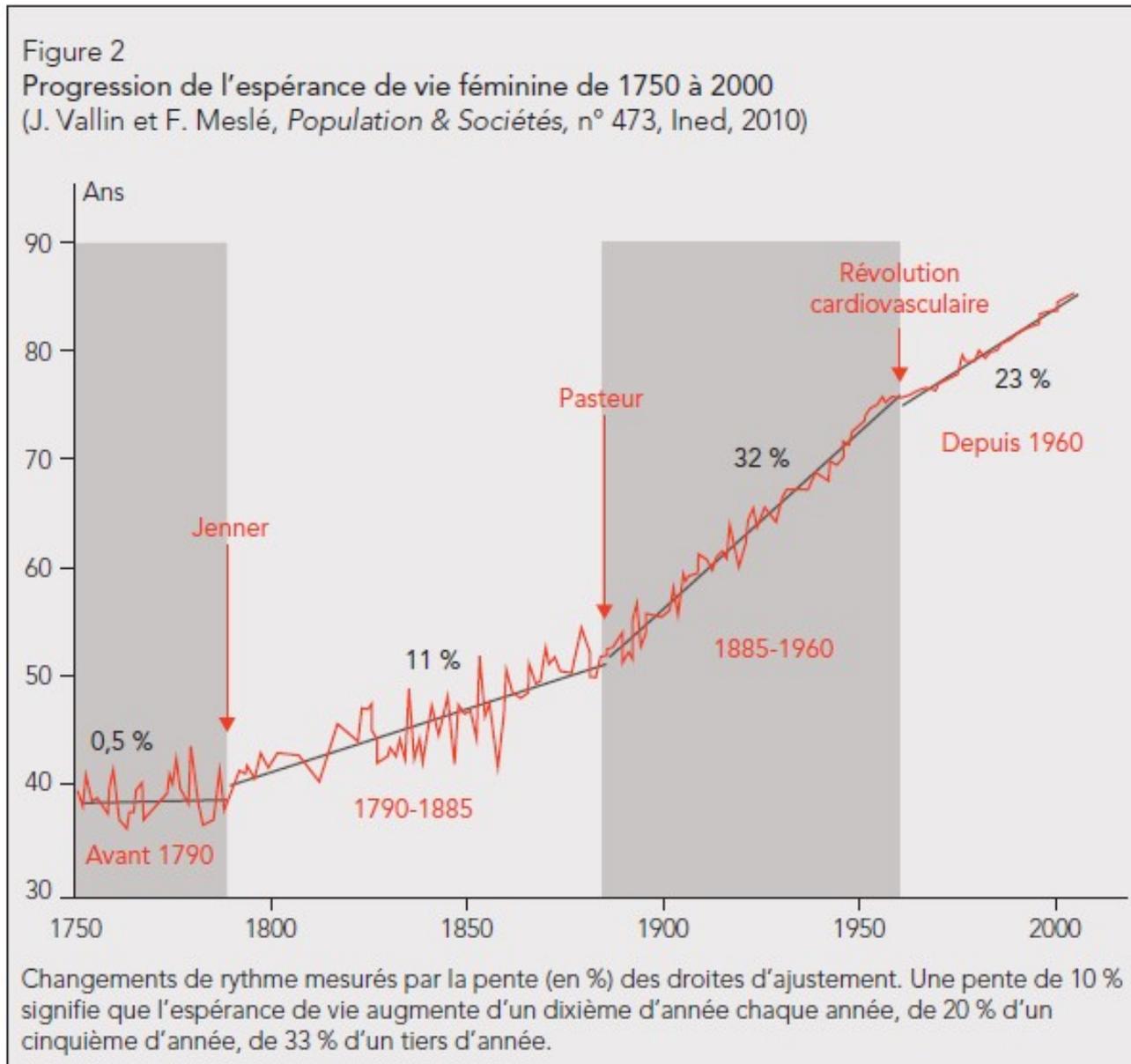
Pneumo-
coques

Méningo-
coque C

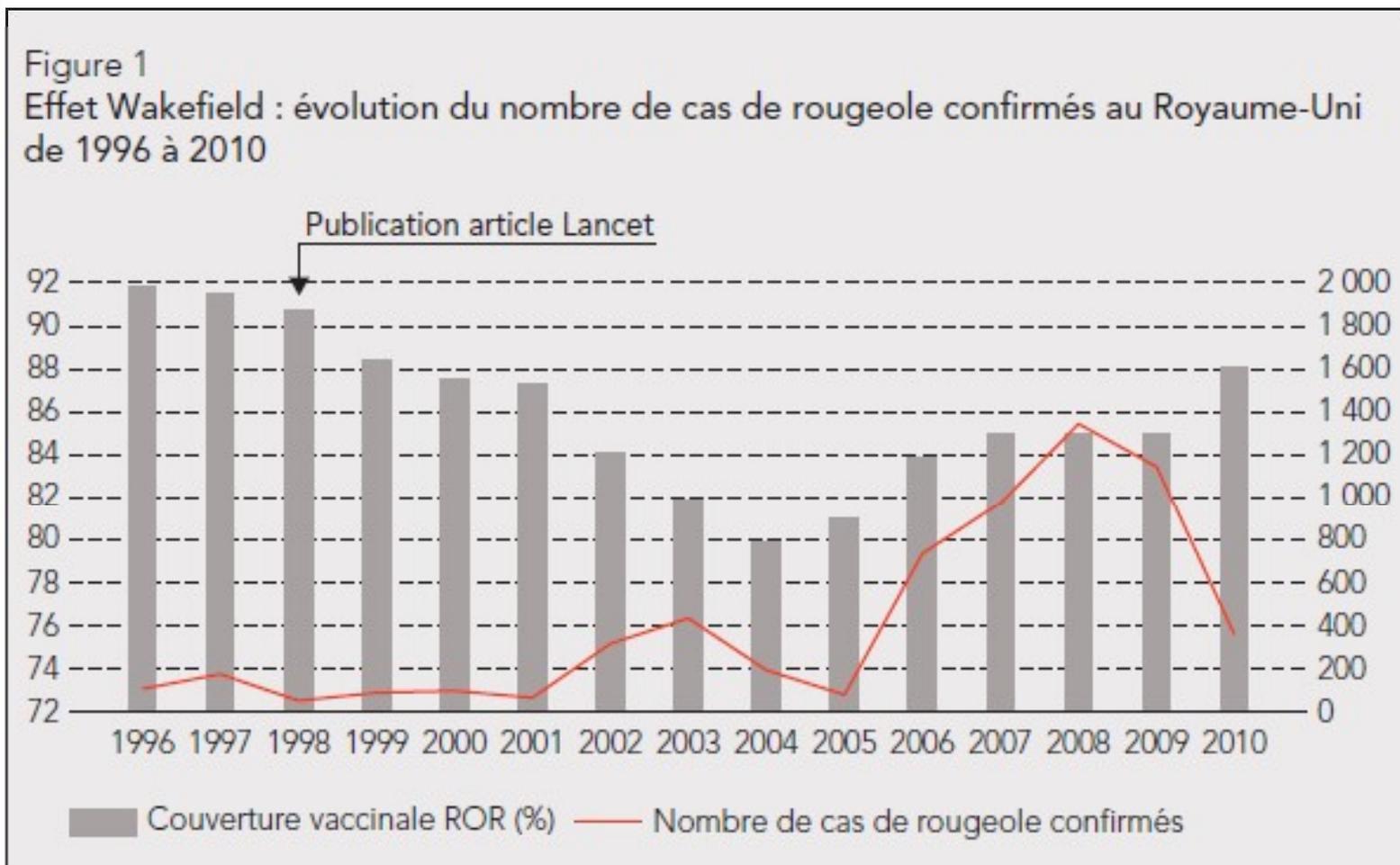
Papilloma-
virus
humain

L'INFORMAGRAPHIE, C. TÊCHE

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.



ROR et « effet Wakefield »





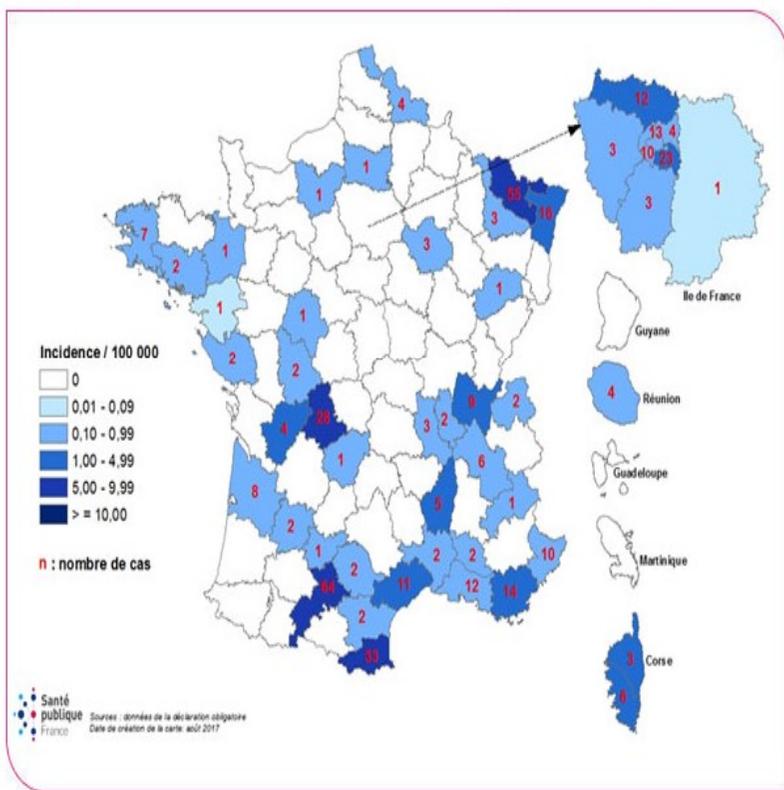
Rougeole en France



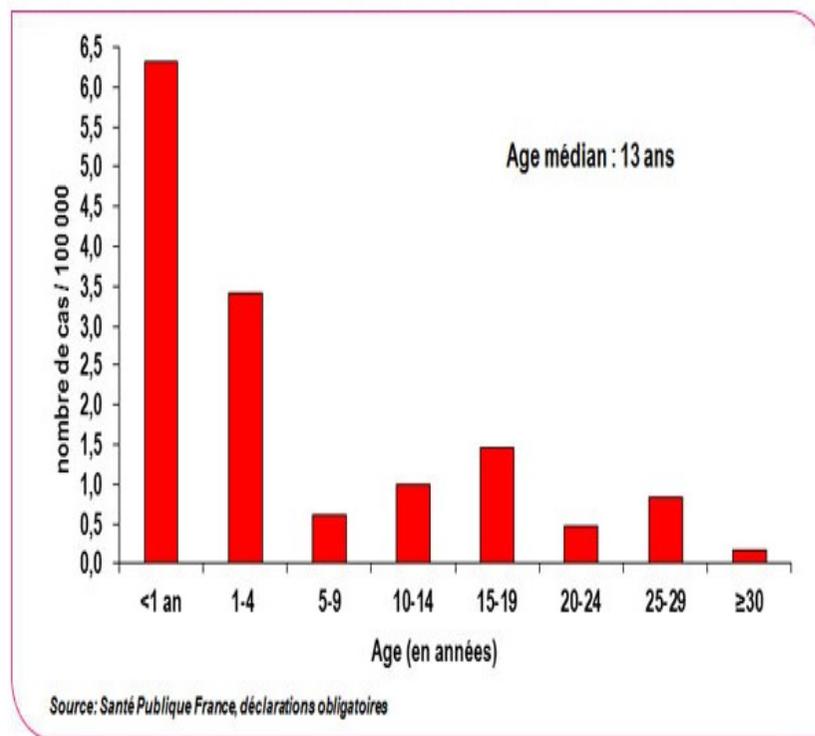
- Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2017 :
387 cas déclarés
 - 154 cas (40%) hospitalisés
 - 2 encéphalites
 - 31 pneumopathies sévères
 - 1 décès : 16 ans, sans antécédents médicaux, non vaccinée : tableau de détresse respiratoire aigue et de défaillance multiviscérale.

Le taux d'incidence le plus élevé est observé chez les enfants de moins de 1 an (6,3/100 000), non ciblés par la vaccination et ne pouvant être protégés que si leur entourage est immunisé contre la maladie. Ceci est très préoccupant car les complications (neurologiques ou pulmonaires notamment) sont plus fréquentes et sévères dans ce groupe d'âge ainsi que chez les jeunes adultes.(INVS)

Distribution géographique des cas déclarés au cours des 12 derniers mois du 01/08/16 au 31/07/17 (n=406) / Geographical distribution of notified measles cases during last 12 months, 01/08/16 to 31/07/17 (n=406)



Incidence des cas de rougeole déclarés par groupes d'âge, France, du 01/08/16 au 31/07/17 (n=406) / Incidence of notified measles cases by age groups, France, du 01/08/16 au 31/07/17 (n=406)





« Il y a un complot »

« Il existe une collusion entre les autorités, les médecins et l'industrie pour obliger les patients à se vacciner. »

Les vaccins rapportent moins de 2% des recettes de l'industrie pharmaceutique.

Principale cause des pénuries itératives :

↑ de la demande mondiale,

↓ du nombre d'industriels capables de répondre
(autres médicaments plus rentables)



« 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 HB 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



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/ga/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.



DERNIERS MESSAGES

Pour éviter l'aggravation de l'antibiorésistance:

- Ajustons au mieux nos prescriptions antibiotiques.
- 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.

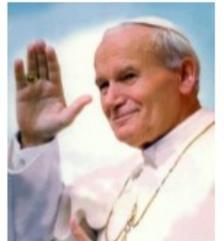


Et vous, quelles sont vos astuces?

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



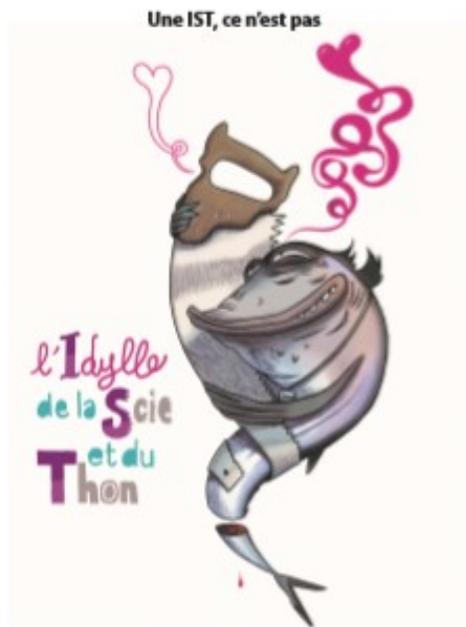
17^e CONGRÈS de CNGE
COLLÈGE ACADÉMIQUE

22 / 24
NOVEMBRE

CORUM DE
MONTPELLIER

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

Affiches bonus



Une IST, c'est une **Infection Sexuellement Transmissible.**
Hépatites, chlamydiae, lésions, gonocoques, papillomavirus, VIH, syphilis... Certaines IST n'ont pas de signes visibles et peuvent avoir des conséquences graves pour la santé. Plusieurs millions de personnes en sont atteintes en France. Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.info-ist.fr ou appelez le 0 800 040 000*.

*Appel gratuit depuis un poste fixe



Une IST, ce n'est pas

L'INIMITABLE SUMO en TUTU



Une IST, c'est une **Infection Sexuellement Transmissible.**
Hépatites, chlamydiae, lésions, gonocoques, papillomavirus, VIH, syphilis... Certaines IST n'ont pas de signes visibles et peuvent avoir des conséquences graves pour la santé. Plusieurs millions de personnes en sont atteintes en France. Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.info-ist.fr ou appelez le 0 800 040 000*.

*Appel gratuit depuis un poste fixe



Une IST, ce n'est pas

L'insecte super terrien



Une IST, c'est une **Infection Sexuellement Transmissible.**
Hépatites, chlamydiae, lésions, gonocoques, papillomavirus, VIH, syphilis... Certaines IST n'ont pas de signes visibles et peuvent avoir des conséquences graves pour la santé. Plusieurs millions de personnes en sont atteintes en France. Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.info-ist.fr ou appelez le 0 800 040 000*.

*Appel gratuit depuis un poste fixe



IST : les IST avancent
masquées: <https://www.youtube.com/watch?v=ANj2HKgD2qg>



chlamydia

[https://www.youtube.com/watch?v=j6pVsUgp](https://www.youtube.com/watch?v=j6pVsUgp5xl)

[5xl](#)

Gonocoque

[https://www.youtube.com/watch?v=uWQKJC2](https://www.youtube.com/watch?v=uWQKJC26wWY)

[6wWY](#)

hépatite B

Pour finir:



17^e CONGRÈS de CNGE
COLLÈGE ACADÉMIQUE

22 / 24
NOVEMBRE

CORUM DE
MONTPELLIER

Des messages forts d'hommes visionnaires, à méditer...



« Ceux qui abuseront de la pénicilline seront moralement responsables de la mort des patients qui succomberont aux germes résistants, j'espère que ce fléau pourra être évité »,

Alexander Flemming, découvreur de la pénicilline



« Devant chaque cas particulier, la difficulté est de ne pas privilégier l'individuel par rapport au collectif »,

Maurice Rapin, réanimateur

17^e CONGRÈS de CNGE
COLLÈGE ACADÉMIQUE

22 / 24
NOVEMBRE

CORUM DE
MONTPELLIER