

Formation GRIVE

La personne âgée qui tousse en institution

FMC 34

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 c'est quoi?

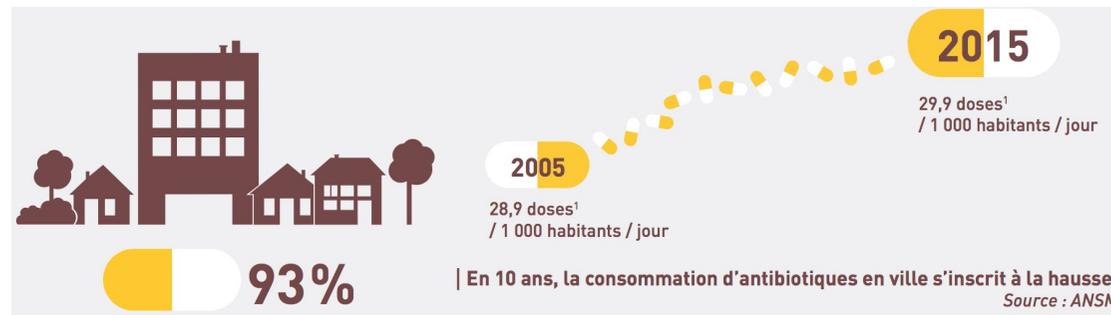
- Des **G**énéralistes **R**éférents en **I**nfectio**V**igilance **E**xtraHospitalière
- Activité soutenue par l'ARS , le CCLIN et les infectiologues de proximité
- Création en Janvier 2016





GRIVE pourquoi?

- Mieux et moins prescrire: un juste usage de l'antibiothérapie
- Travail de pair à pair avec un savoir partagé



Résistance aux céphalosporines de 3^e génération chez *Escherichia coli*



2005 : 1 % 2013 : 4 %

Source : Medqual via Onerba / Santé publique France¹



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, Antibolor et de la SPILF sont dans l'onglet Actualités! +



RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

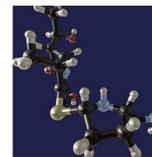
Domaine anatomique

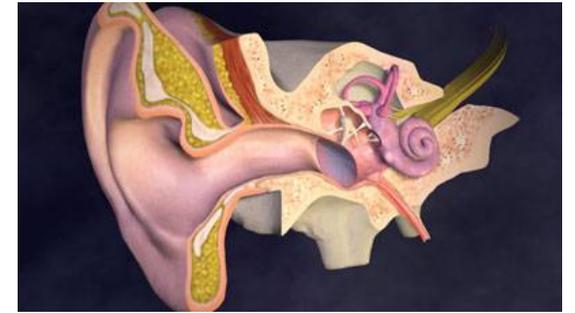
Choisissez ... 

Pathologie

Choisissez ... 

CHERCHER





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.
- Les résistances bactériennes des principaux germes ORL (Pneumocoque, Haemophilus Influenzae, Streptocoque groupe A) sont en diminution.
- 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 ou FAUX

Généralités ORL

- Les deux antibiotiques ayant le plus d'impact sur l'acquisition de résistance d'E. Coli sont: les C3G et les Fluoroquinolones. **V**

Respectivement x 10 et x 5

- Les résistances bactériennes des principaux germes ORL (Pneumocoque, Haemophilus Influenzae, Streptocoque groupe A) sont en diminution. **V**

PSDP environ 40%, Haemophilus Influenzae 8% de résistance à l'amoxicilline (sur sécrétion d'un bêta-lactamase), Strepto A résistance aux macrolides en diminution

- L'Amoxicilline est possible en 2 prises journalière si les 3 prises (toutes les 8h) sont difficiles. **V**

Critère prédictif d'efficacité = temps au dessus de la CMI

- L'efficacité des C3G orales est moindre en cas de PSDP du fait d'une mauvaise absorption intestinale. **V**



VRAI ou FAUX

Rhinopharyngite aiguë

- Les rhinopharyngites aiguës sont toujours virales
- Au cours d'une rhinopharyngite aiguë, la toux peut persister de 7 à 10 jours, voire plus
- Chez la personne âgée en institution, la rhinopharyngite aiguë nécessite la mise en route d'une antibiothérapie à titre préventif



VRAI ou FAUX

Rhinopharyngite aiguë

- Les rhinopharyngites aiguës sont toujours virales V
- Au cours d'une rhinopharyngite aiguë, la toux peut persister de 10 jours à 3 semaines V
- Chez la personne âgée en institution, la rhinopharyngite aiguë nécessite la mise en route d'une antibiothérapie à titre préventif F

traitement à visée préventive: bonne hydratation, lavages de nez et surveillance signes d'une éventuelle complication: fièvre, AEG



VRAI ou FAUX

Sinusite maxillaire aiguë

- Le caractère puriforme des sécrétion nasales correspond forcément à une surinfection bactérienne.
- Les germes à l'origine des sinusites maxillaires sont le plus souvent le pneumocoque et l'Haemophilus influenzae
- 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 ou FAUX

Sinusite maxillaire aiguë

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

Non, souvent lié à une desquamation des cellules épithéliales

- Les germes à l'origine des sinusites maxillaires sont le plus souvent le pneumocoque et l'Haemophilus influenzae **V**

Autres germes possibles: streptocoque, Moraxella catarrhalis, staph aureus, anaérobies si origine dentaire

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



CAS CLINIQUES





Cas clinique n° 1

Mme Patience, 83 ans,

Rhinorrhée, obstruction nasale, toux et fébricule à 38°3 depuis 2 jours.

L'infirmière de l'EHPAD vous appelle, et vous dit que plusieurs autres résidents présentent les mêmes symptômes depuis une semaine.

L'examen clinique : fébricule à 38°2 bien toléré, oropharynx inflammatoire, yeux larmoyants, sinusalgies diffuses, pas de signe de complication infectieuse bactérienne locorégionale : pas d'OMA purulente, ni de signe d'infection respiratoire basse, ni de sinusite.

Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique?



Diagnostic :

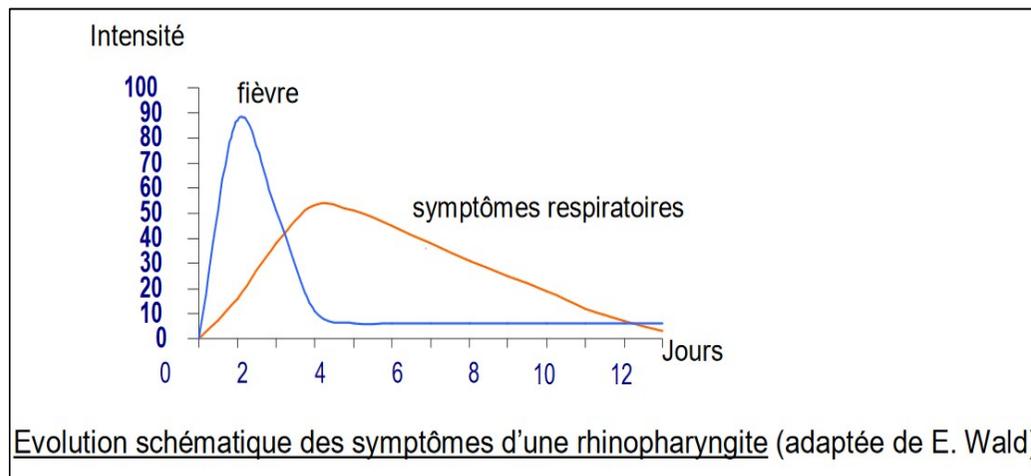
Rhinopharyngite virale

Conduite à Tenir :

La rhinopharyngite est **une infection virale bénigne**. La fièvre dure en moyenne 2-3 jours, rarement plus de 4 jours.

La rhinorrhée, la toux, l'obstruction nasale évoluent sur 7 à 10 jours.

Possibilité de complications bactériennes : OMA, sinusite, infections pulmonaires basses à surveiller.





Traitement:

DRP, hydratation, repos

Traitement symptomatique antipyrétique : PARACETAMOL

Pas d'ATB (risque d'effet indésirable clinique et écologique), AUCUN IMPACT sur la durée des symptômes ni sur la prévention des complications.

A réévaluer en cas de :

- Persistance au-delà de 4 jours d'évolution ou de réapparition de la fièvre,
- AEG: anorexie, asthénie
- conjonctivite purulente
- œdème palpébral unilatéral
- apparition ou persistance d'une gêne respiratoire.



**DISPONIBLE EN
PHARMACIE**





VRAI OU FAUX



VRAI ou FAUX

Bronchite aiguë:

- Une bronchite aiguë est fréquente en contexte épidémique et évolue sur une dizaine de jours
- Une bronchite aiguë est d'origine virale le plus souvent
- Une expectoration purulente est synonyme de surinfection
- Une toux prolongée est le témoin d'une surinfection
- Devant une toux persistante ou en l'absence d'amélioration on peut évoquer la coqueluche.



VRAI ou FAUX

Bronchite aiguë:

- Une bronchite aiguë est fréquente en contexte épidémique et évolue sur une dizaine de jours **V**
- Une bronchite aiguë est d'origine virale le plus souvent **V (90% cas)**
- Une expectoration purulente est synonyme de surinfection **F**

La purulence est le témoin de la présence de PNN et de cellules épithéliales

- Une toux prolongée est le témoin d'une surinfection **F**

Cause : hyperréactivité bronchique liée à une destruction de l'épithélium bronchique, elle peut durer plusieurs semaines.

- Devant une toux persistante, on peut évoquer la coqueluche **V**



VRAI ou FAUX

Exacerbation de BPCO:

- Les critères d'antibiothérapie dépendent du stade de la BPCO
- La purulence verdâtre des crachats est un argument fort en faveur d'une origine bactérienne
- La fièvre est toujours présente
- Une antibiothérapie de courte durée (5j) est recommandée dans les formes peu sévères d'exacerbation de BPCO quelque soit la classe de l'ATB
- En cas d'inefficacité à 72h, on peut arrêter l'ATB car il n'est pas efficace



VRAI ou FAUX

Exacerbation de BPCO:

- Les critères d'antibiothérapie dépendent du stade de la BPCO **V**
- La purulence des crachats est un argument fort en faveur d'une origine bactérienne **V**
- **La fièvre est toujours présente F**
- Une antibiothérapie de courte durée (5j) est recommandée dans les formes peu sévères d'exacerbation de BPCO quel que soit la classe de l'ATB **V**
- En cas d'inefficacité à 72h, on peut arrêter l'ATB car il n'est pas efficace: **V** → ***On fait un ECBC et une radiographie de thorax***



VRAI ou FAUX

Pneumopathie aiguë communautaire (PAC):

- La documentation bactériologique est nécessaire pour la mise en place d'une antibiothérapie
- En cas de suspicion de pneumopathie atypique, l'utilisation d'un macrolide en 1ère intention est légitime par exemple : SPIRAMYCINE
- Les pneumonies survenant dans un contexte grippal doivent faire être traitées par amoxicilline per os, au même titre que les PAC
- L'AMOXICILLINE est le traitement de 1ère intention du pneumocoque
- Actuellement, aucune molécule ne couvre l'ensemble des bactéries potentiellement responsables de pneumonie



VRAI ou FAUX

Pneumopathie aiguë communautaire (PAC):

- La documentation bactériologique est nécessaire pour la mise en place d'une antibiothérapie **F**
- En cas de suspicion de pneumopathie atypique (sujet <40ans, pas de comorbidité) l'utilisation d'un macrolide en 1ère intention est légitime par exemple : SPIRAMYCINE **V**

Absence d'interaction médicamenteuse.

SPIRAMYCINE (ROVAMYCINE) PO : 3 MUI 2 à 3 fois/j pendant 14 jours

- Les pneumonies survenant dans un contexte grippal doivent faire être traitées par amoxicilline per os, au même titre que les PAC : **F**
- L'AMOXICILLINE est le traitement de 1ère intention du pneumocoque **V**
- Actuellement, aucune molécule ne couvre l'ensemble des bactéries potentiellement responsables de pneumonie **V : réévaluation à 72h**





VRAI ou FAUX

Pneumopathie aiguë communautaire (PAC): spécificité chez la personne âgée en institution

- Chez la personne âgée, la symptomatologie d'une infection respiratoire est la même que chez l'adulte < 65 ans
- Devant un tableau pouvant évoquer une bronchite, ou une pneumonie, que l'on ne peut différencier, il peut être prescrit de l'amoxicilline
- Comme pour tout patient, une réévaluation est faite à 48-72h. Toute aggravation impose une hospitalisation
- En contexte post grippal, devant un risque staphylococcique, le choix portera sur amox-ac.clavulanique, céfotaxime, ou ceftriaxone
- Chez la personne âgée, l'antibiothérapie devant une suspicion de pneumopathie, doit couvrir également les BGN



VRAI ou FAUX

Pneumopathie aiguë communautaire (PAC): spécificité chez la personne âgée en institution

- Chez la personne âgée, la symptomatologie d'une infection respiratoire est la même que chez l'adulte < 65 ans F
symptomatologie souvent plus frustrée: AEG, confusion
- Devant un tableau pouvant évoquer une bronchite, ou une pneumonie, que l'on ne peut différencier, il peut être prescrit de l'amoxicilline V
- Comme pour tout patient, une réévaluation est faite à 48-72h. Toute aggravation impose une hospitalisation V
- En contexte post grippal, devant un risque staphylococcique, le choix portera sur amox-ac.clavulanique, céfotaxime, ou ceftriaxone V
couverture du Staph et de l'Haemophilus
- Chez la personne âgée, l'antibiothérapie devant une suspicion de pneumopathie, doit couvrir également les BGN V
si suspicion de pneumopathie d'inhalation



CAS CLINIQUES



Cas clinique n° 1

Mme M. 57 ans, infirmière en EHPAD, tabagisme chronique, sans suivi.

Tousse toujours le matin, ne fait pas de sport.

Depuis 3 jours, fébricule 38°, rhinorrhée colorée, asthénie, céphalée, odynophagie.

Auscultation râles diffus, sans foyer systématisé

- **Votre présomption diagnostique ? Votre action thérapeutique ?**



Réponse

- Rhinopharyngite+HRB, céphalée expliquée par la sinusalgie

Réassurance: Pas de critère de surinfection bronchique

Râles bronchiques possible lors d'une bronchite aiguë

TTT symptomatique : DRP, paracétamol



Cas clinique n° 1 - Suite

Elle revient 1 semaine après car ça ne va pas mieux.

Essoufflée quand elle monte un étage, mouche et crache vert et sale.

Toujours fébrile, cette fois-ci à 39°.

- **Votre présomption diagnostique ? Votre action thérapeutique ?**



Réponse

- Exacerbation BPCO

TTT ATB : amox 1gx3/j 7 jours, si allergie: pristinamycine 1gx3/j 4 jours

Ou Azithromycine 500 mg en 1 prise le 1^{er} jour puis 250 mg en 1 prise pdt 4 jours

Penser à alterner les classes ATB si plusieurs exacerbations dans l'année

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 pristinamycine
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 clinique n° 2

M. Centan, 94 ans, maladie de Parkinson, vit dans l'EHPAD où travaille Mme M.

L'IDEC vous appelle car il est fébrile à 38,5° depuis la veille

Pas d'AEG, toux productive

Clinique : pas de dyspnée, râles diffus à l'auscultation

- **Quelle attitude diagnostique et thérapeutique adoptez-vous ?**



Réponse

- Suspicion bronchite aiguë virale
- Mais attention risque de pneumopathie d'inhalation
- Bilan bio :

NFS : hyperleucocytose à PNN, CRP=32

- Si état général conservé: ttt symptomatique et surveillance rapprochée
- Kinésithérapie respiratoire
- Si AEG: ATB d'emblée avec couverture des BGN, Amox-Ac clavulanique 1g 3 fois par jour pdt 7 jours



Cas clinique n° 2- Suite

On vous rappelle après 48h d'ATB, M. Centan ne va pas mieux, toujours fébrile, anorexie

- **Quelle est votre attitude ?**



Réponse

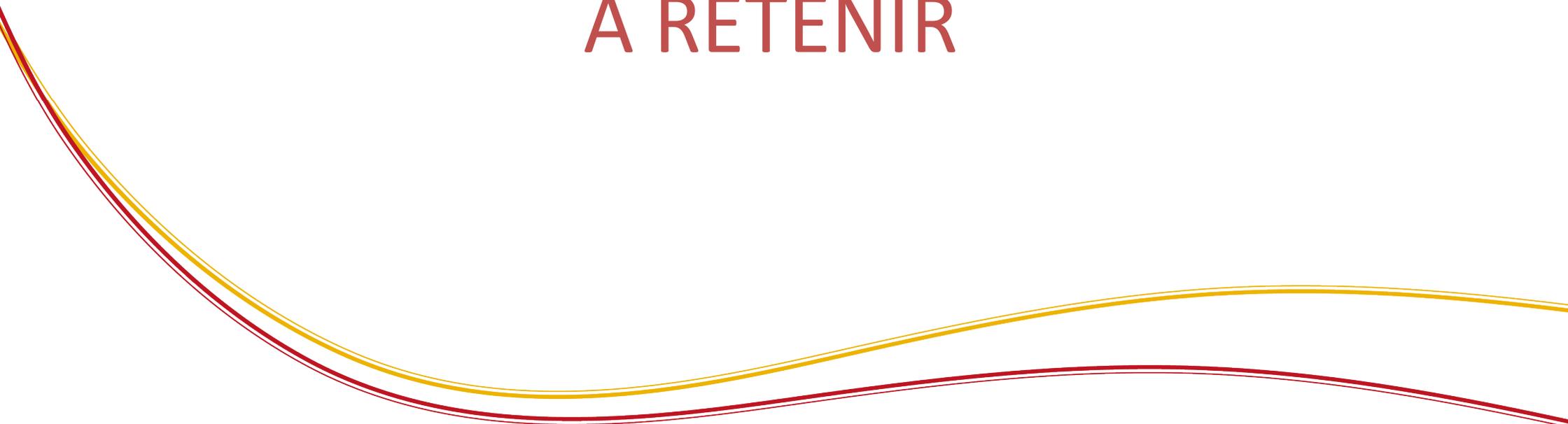
- Soit hospitalisation d'emblée
- **Si souhait de ne pas être hospitalisé:**

Radio thorax: foyer de pneumopathie franche lobaire aiguë

- Proposition thérapeutique : switch vers
- Soit CEFTRIAXONE IV/IM (sauf contre-indication aux bêta-lactamines) : 1 g 1 fois/j pendant 10 jours
- Soit **LÉVOFLOXACINE PO** : 500 mg 2 fois/j pendant 10 jours



A RETENIR





Take Home Messages: Poumons

- Les bronchites sont la plupart du temps virale et ne nécessite pas d'antibiothérapie
- **DANS LES PNEUMOPATHIE AIGUË COMMUNAUTAIRE LA TRAITEMENT DE PREMIÈRE INTENTION EST L'AMOXICILLINE 1Gx3/J**
- Si le patient a plus de 65ans ou a des comorbidités on rajoute de l'acide clavulanique pour couvrir le staphylocoque et les BGN
- L'antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO se fait selon le degré de dyspnée au repos



Take Home Messages: Spécificité des infections respiratoires en EHPAD

- **Symptomatologie frustrée: importance de la surveillance**
- **Réévaluation systématique à 48-72 heures de l'antibiothérapie**
- **Très faible prévalence des germes atypiques dans la population gériatrique**
- **Penser à la légionellose dans les cas groupés de pneumopathie**
- **Penser à prescrire la kinésithérapie respiratoire**
- **Importance de la vaccination anti-grippale**
- **Penser à la vaccination anti-pneumococcique chez nos patients insuffisants cardiaques, insuffisants rénaux et aux maladies chroniques respiratoires**



Pour plus d'infos...

www.grive-occitanie.fr



Flash Info Grive

Le Saviez-vous?

**La solution hydro alcoolique S.H.A. est inefficace
en cas d'infection à Clostridium difficile ou de gale**

http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_recommandations_bonnes-pratiques-essentielles-en-hygiene-a-l-usage-des-professionnels-de-sante-en-soins-de-ville-2015.pdf

Cet email a été envoyé à spf.othmane@gmail.com, cliquez ici pour vous désabonner.