



Formation GRIVE EHPAD

Mieux gérer l'antibiothérapie dans les infections urinaires et respiratoires

Commission gériatrique EHPAD Les Garrigues,
Drs SAVRY Emilienne et SALMON Corine
Le 05 Juin 2019



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



GRIVE c'est quoi?

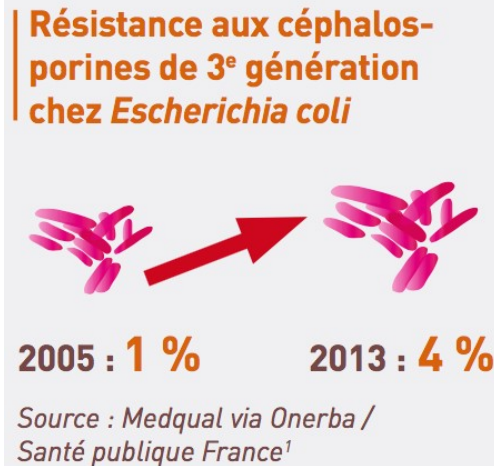
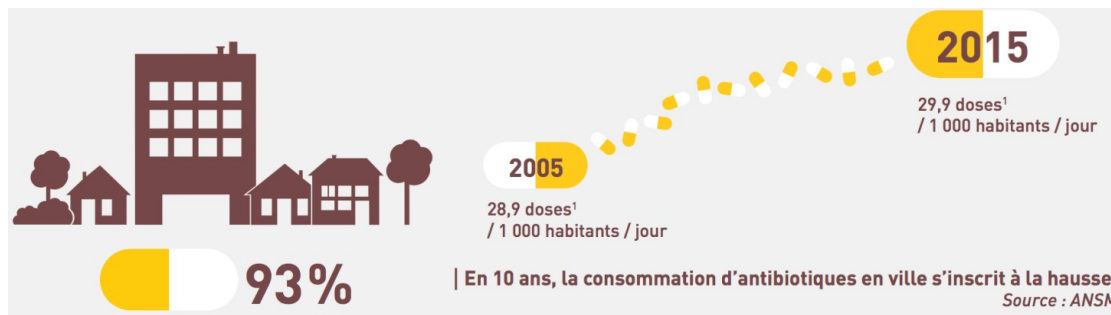


- Des **G**énéralistes **R**éférents en **I**nfectio**V**igilance **E**xtraHospitalière
- Activité soutenue par l'ARS , le CCLIN et les infectiologues de proximité
- Création en Janvier 2016



GRIVE pourquoi?

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





GRIVE pourquoi?

Tous concernés

Tous responsables

Rapport consommation des antibiotiques en France
Novembre 2018

- C'est quoi une bactérie résistante ? Propagation ? Prévention ?
- La France 3ème plus gros consommateur d'Europe...
- Consommations d'antibiotiques +/- stables mais élevées
- Plus de résistance bactérienne, notamment E. coli aux C3G



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.





QUE FAIRE POUR PRÉVENIR LA PROPAGATION DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES ?



PATIENTS



Respect
du traitement



Hygiène



Vaccination*

* Pour les infections courantes



RÉSIDENTS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX



Respect
du traitement



Hygiène lors
des repas et
activités collectives



Vaccination*

* Pour les infections courantes

L'hygiène des mains est très importante aussi pour les visiteurs.



PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Traitement
adapté et pertinent



Hygiène

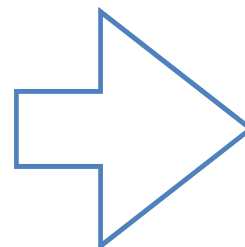


Respect des
recommandations
de prévention de
la transmission

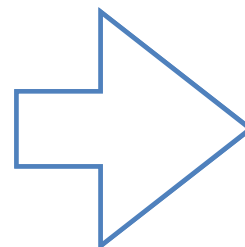


Vaccination*

* Pour les infections courantes



Fiche BMR Patient



Fiche BMR Médecin



Les 3 antibiotiques à économiser...

Les C3G = Ceftriaxone

L'Amox.-Ac clavulanique

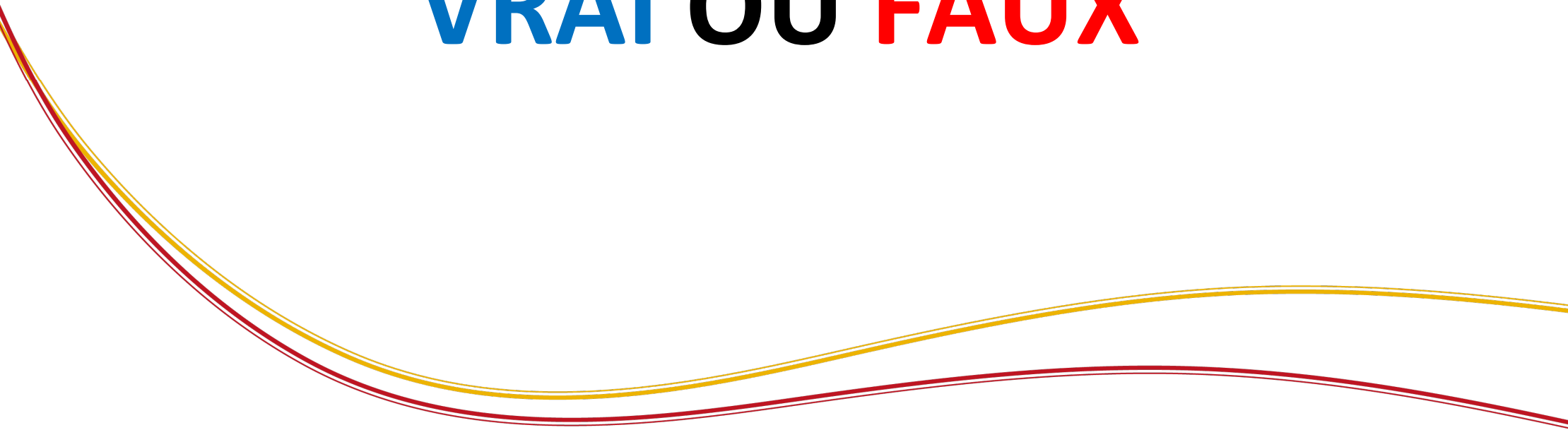
Les Fluoroquinolones



- Les BMR sont des bactéries devenues résistantes à la plupart des antibiotiques utilisés en médecine extra-hospitalière. Elles sont beaucoup plus virulentes que les bactéries classiques.
- Les BMR sont sans risque pour les personnes âgées.
- Il est quasi impossible d'éviter leur progression.



VRAI OU FAUX





- Les BMR sont des bactéries devenues résistantes à la plupart des antibiotiques utilisés en médecine extra-hospitalière. V

Elles sont beaucoup plus virulentes que les bactéries classiques. F

Elles NE sont PAS plus virulentes que les bactéries classiques, mais si elles sont responsables d'une infection, elles seront plus difficiles à traiter avec les antibiotiques habituels disponibles en ville.

- Les BMR sont sans risque pour les personnes âgées. F

Les BMR sont sans risque pour les personnes en bonne santé, mais peuvent causer des infections graves chez les personnes fragilisées et difficile voire impossible à traiter.

- Il est quasi impossible d'éviter leur progression. F

Un meilleur usage des antibiotiques et l'application des mesures d'hygiène adaptées permettent la régression des résistances.

CAS CLINIQUES URINES...





Cas clinique n° 1

- Mme Néfin est une patiente de 90 ans, Alzheimer, sans autre pathologie associée. Elle est incontinente.
- Après la toilette, l'aide soignante vient prévenir l'infirmière que les urines sont très très malodorantes, de façon inhabituelle.
- CAT?



CAT? D'accord ou pas d'accord?

- **Je suis l'infirmière**, je demande donc la réalisation immédiate d'une bandelette urinaire, qui, si elle est positive entrainera la réalisation systématique d'un ECBU

- **Je suis le médecin**, je demande effectivement un ECBU si la BU est positive.

Je traite alors par une antibiothérapie probabiliste en attendant le résultat de l'ECBU.



CAT

- **Je suis l'infirmière, je demande donc la réalisation immédiate d'une bandelette urinaire, qui, si elle est positive entrainera la réalisation systématique d'un ECBU. FAUX**

Je me renseigne sur l'état de la patiente : fièvre, changement de comportement, plainte urinaire.

Si Mme Néfin est asymptomatique,

- **je ne fais pas de BU, et encore moins d'ECBU**
- **j'encourage son hydratation**
- **je rassure l'équipe et leur explique que les urines malodorantes ne rentrent pas dans les critères de définition de l'infection urinaire.**



CAT

- **Je suis le médecin, je demande effectivement un ECBU si la BU est positive.**
Je traite alors par une antibiothérapie probabiliste en attendant le résultat de l'ECBU. **FAUX**

Même si la bandelette a finalement été réalisée et qu'elle est positive,

Je ne prescris pas d'ECBU puisque Mme Néfin se porte comme un charme...



Cas clinique n° 2

- **Monsieur Sondu**, 85 ans, insuffisant cardiaque, a fait un globe vésical il y a 4 semaines, sur un volumineux adénome de la prostate.

Il porte une sonde urinaire en attendant d'avoir l'avis du cardiologue, pour envisager une éventuelle prostatectomie.

- Tout se passait bien jusqu'à aujourd'hui, où sa fille, infirmière, vous alerte que les urines de la poche semblent vraiment très sales. Elle est très fière de vous dire qu'elle a pris les devants pour soulager la charge de travail de l'équipe infirmière, et qu'elle a réalisé une BU qui est positive. Elle demande à le mettre immédiatement sous antibiotique puisqu'il est fragile.
- Monsieur Sondu n'a pas de plainte, n'a pas de fièvre et son comportement n'a pas changé.



D'accord ou pas d'accord?

- **Je suis l'infirmière** : Je la remercie vivement, c'est vraiment sympa!

Je fais l'ECBU et m'empresse de téléphoner au médecin pour qu'il démarre une antibiothérapie

- **Je suis le médecin:**

Je prescris une antibiothérapie probabiliste en attendant le résultat de l'ECBU:
Ofloxacin 200 matin et soir

Résultat de l'ECBU à 48h :

- Bactériurie supérieure à 10^6 germes/ml à *E coli* C3G-R, FQ R
- Leucocyturie 10^4 /ml



CAT

- **Je suis l'infirmière:** Je la remercie vivement, c'est vraiment sympa! Je fais l'ECBU et m'empresse de téléphoner au médecin pour qu'il démarre une antibiothérapie.
FAUX

Je peux la remercier de ses bonnes intentions mais :

Je lui rappelle que 100% des sondes urinaires sont colonisées à 1 MOIS.

COLONISATION Urinaire= Bactériurie asymptomatique

Qu'il n'y a donc pas lieu de faire de BU sur une poche à urine

Que l'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des critères d'infection urinaire.

Que son papa va bien, qu'on va l'hydrater, le surveiller mais qu'en aucun cas, on ne démarre une antibiothérapie alors qu'il n'y a aucun symptôme.



CAT

- **Je suis le médecin:**

Je prescris une antibiothérapie probabiliste en attendant le résultat de l'ECBU:

Ofloxacin 200 matin et soir. **FAUX**

- **Je ne prescris surtout pas d'antibiotique puisque Mr Sondu se porte bien.**

Et ce, même si l'ECBU montre une bactériurie, et qu'un antibiogramme est réalisé.

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

- Précautions d'hygiène standard !!!

car il est porteur d'une bactérie multi résistante (BMR) à fort potentiel épidémique (il s'agit d'une E. Coli BLSE (betalactamase à spectre élargi))



Cas clinique n° 3

Mme Coli, 80 ans 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 dimanche.

Quelle est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)



CAT

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

Un **ECBU doit être réalisé avant tout traitement antibiotique**

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

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.

Pas d'ECBU de contrôle.

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.



Cas clinique n° 4

Mme Klebs, 85 ANS a été traitée pendant le we par le médecin de garde pour une authentique Pyélonéphrite aigue par Ofloxacine 200mg matin et soir.

Elle en a déjà faite une il y a 5 mois, traitée sans complication de la même manière.

Vous recevez les résultats de l'ECBU 2 jours plus tard: leuco 10 4, Klebsielle: 10 5 multisensible.



D'accord ou pas d'accord ?

- **Je suis l'infirmière:** J'appelle le médecin pour m'assurer qu'il a bien reçu l'antibiogramme et lui suggérer de changer de traitement.
- **Je suis le médecin:** Je rassure l'infirmière, lui indique que le traitement fonctionne bien et que l'on peut poursuivre l'ofloxacine pour 10 jours en tout. Je prescris un ECBU de contrôle en fin de traitement.



- **Je suis l'infirmière:** J'appelle le médecin pour m'assurer qu'il a bien reçu l'antibiogramme et lui suggérer de changer de traitement. **VRAI**
 - **Je suis le médecin:** Je rassure l'infirmière, lui indique que le traitement fonctionne bien et que l'on peut poursuivre l'ofloxacine pour 10 jours en tout. **FAUX**
1. **STRATEGIE D'EPARGNE** Mme Klebs a déjà été traitée il y a moins de 6 mois par des fluoroquinolones. Il aurait déjà fallu éviter de les prescrire en 1^{ère} intention (plutôt ceftriaxone ici) .
 2. **DESESCALADE THERAPEUTIQUE** (Amoxicilline en 1ere ligne !!)
 3. **PAS d'ECBU** de contrôle si évolution défavorable



A RETENIR



- **En cas d'évolution clinique favorable, aucun ECBU de contrôle 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

Pour aller plus loin...

Les recommandations actualisées des infections urinaires 2018

- L'émergence de BMR a changé la stratégie, désormais fosfomycine et pivmecillinam en 1ere intention !
- On ne parle plus de prostatite ni pyélo chez l'Homme mais d'« IU de l'homme ».
- Désormais 3 types d'IU sont individualisées : IU simple, IU à risque de complications et IU avec signe de gravité.
- Pas d'ECBU pour la cystite simple. Dans les autres cas, il est systématique et le ttt peut être différé en l'absence de symptômes bruyants ou signes de gravité.
- Les FQ ne sont plus indiquées dans le ttt des cystites.
- Si prescription nécessaire de FQ (PNA ou IU masculine), Ciprofloxacin ou Levofloxacin



VRAI OU FAUX POUMONS...





VRAI ou FAUX

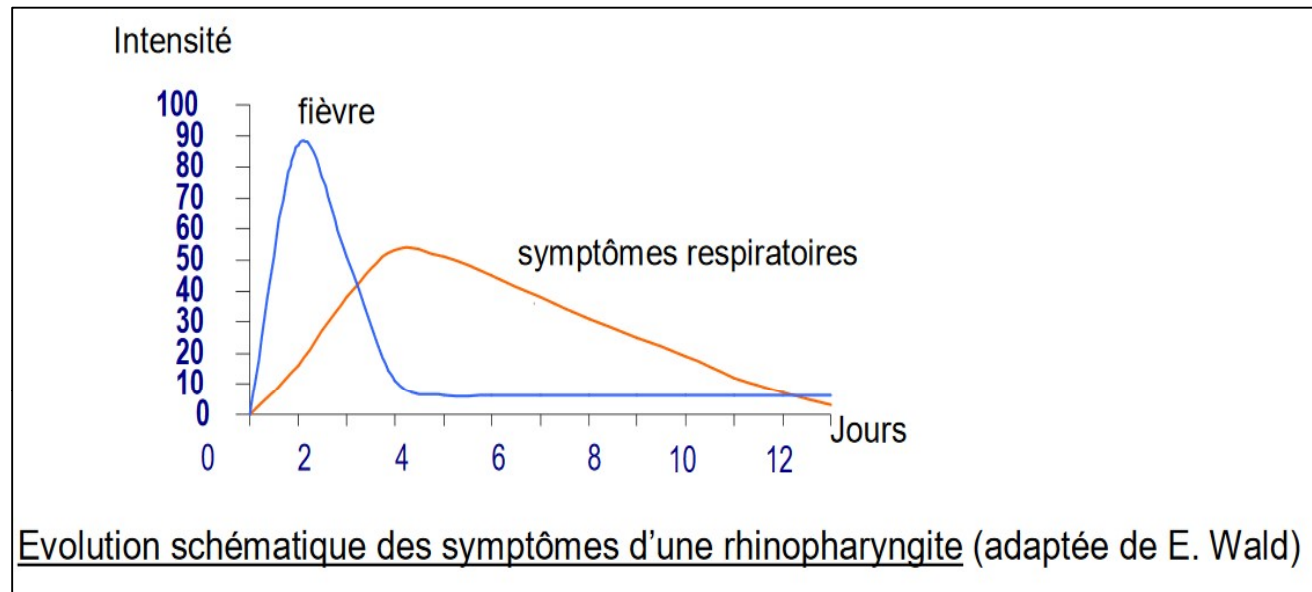
Bronchite aigue

- Une bronchite aigue est frequente 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 aigue**

- 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**



Alors quand c'est une bronchite on tousse longtemps....



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'exac



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 quelques soit la classe de l'ATB **F**



VRAI ou FAUX

Pneumopathie Aigue Communautaire (PAC)

- Chez la personne âgée, la symptomatologie d'une infection respiratoire est la même que chez l'adulte < 65 ans
- Actuellement, aucune molécule ne couvre l'ensemble des bactéries potentiellement responsables de pneumonie
- 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



VRAI ou FAUX

Pneumopathie Aigue Communautaire (PAC)

- 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, incontinence...
- Actuellement, aucune molécule ne couvre l'ensemble des bactéries potentiellement responsables de pneumonie 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 l'amox-ac.clavulanique ou ceftriaxone V
couverture du Staph et de l'Haemophilus



CAS CLINIQUES POUMONS...



Cas clinique n° 1

Mr Thous 85 ans, en EHPAD suite à un AVC ischémique, a reçu la visite de sa famille ce week-end dont ses arrières petits enfants !

Il a le nez qui coule, une toux sèche , des maux de tête, pas de fièvre ni perte d'appétit.

Que faites vous ?



Cas clinique n° 1

Rhinopharyngite, céphalée expliquée par la sinusalgie

TTT symptomatique : DRP, paracétamol

PREVENTION contagiosité !!! Mouchoirs jetables, lavage de mains, protection gouttelettes....



Cas clinique n° 2

2 mois plus tard, Mr Thous rentre d'un week-end passé en famille pour Noël

Alors que tout allait bien à nouveau il a le nez qui coule, il tousse sans dyspnée, a 39° de fièvre, de violentes courbatures et peu d'appétit...

Que faites-vous?



Cas clinique n° 2

Je suis l'infirmière ...

Je le laisse en chambre, DRP + paracetamol + j'appelle son médecin pour l'en informer

Je suis le médecin ...

Je prévois de venir le voir d'ici 24-48h si persistance de la fièvre

Je donne des consignes de surveillance (évaluation clinique pouls, TA, Sat, vigilance) et mesures contacts / autres résidents,
et valide la PEC faite par IDE



Cas clinique n° 2

Mr THOUS avait finalement une grippe traitée de façon symptomatique

Au bout d'une semaine, il tousse toujours et refait de la fièvre...

CAT ?



Cas clinique n° 2

- Mr Thous doit être examiné médicalement rapidement (<24h en dehors de critères de gravité).
- Il faut éliminer une pneumopathie post grippale.
- Indication théorique d'hospitalisation.
- Si pas de critères de gravité surajouté possibilité de traiter à domicile par Amox-Ac clavulanique per os.



Un traitement probabiliste...

Les germes retrouvés dans les IRB de la PA institutionnalisée sont « probablement » :

Cocci gram+

Strepto groupe A
Streptococcus pneumoniae (9%),
Staphylococcus aureus (MS) (29%)

BGN aerobies

Enterobacteries (15%)
Haemophilus influenzae
Moraxella catarrhalis (post grippal++)
Pseudomonas aeruginosa,
Legionella (-)

Intracellulaires

Mycoplasme
chlamydiae

AMOXICILLINE

AC.CLAVULANIQUE

CEFTRIAZONE

FLUOROQUINOLONES

BGN anaérobies (PNP deglutition++)

Bacteroides fragilis

Actinomyces et autres anaérobies bouche et peau



Quel atb dans les IRB PA en EHPAD ?

C3G parentérales —> Résistance aux C3G du StaphMethiR, pyocyanique (pseudomonas aeruginosa), intracellulaires

FQ antipneumo. Résistances des BGN anaérobies et Staph métiR



A RETENIR



Spécificité des infections respiratoires en EHPAD

- Symptomatologie frustre: 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 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
- Importance des mesures d'hygiène standard et gouttelettes !! SHA et masques

LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES EN EHPAD

PROBLÈMES URINAIRES patient non sondé

Urines malodorantes
et/ou troubles

PAS D'INFECTION

DONC PAS DE BANDELETTE URINAIRE *

Si fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
et/ou brûlures mictionnelles,
et/ou apparition d'envies
fréquentes d'uriner

INFECTION PROBABLE

FAIRE UNE BANDELETTE URINAIRE

- Pas de toilette préalable nécessaire
- Urines fraîchement émises
- Lecture rapide 1 à 2 min après le prélèvement :

● Leucocytes et Nitrites négatifs = Bandelette urinaire négative donc infection urinaire exclue

● Leucocytes et/ou Nitrites positifs(s) = Bandelette urinaire positive donc infection urinaire possible

Nb : respect des dates de péremption et des conditions de conservation des bandelettes !

TRANSMISSION DU RESULTAT AU MEDECIN

Modification
du comportement
chez des personnes
avec troubles cognitifs
et/ou apparition
d'une incontinence

INFECTION POSSIBLE

PAS DE BANDELETTE URINAIRE *

EXAMEN MEDICAL IMPERATIF AVANT TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE

PROBLÈMES URINAIRES patient sondé

Urines malodorantes
et/ou troubles
et/ou écoulement
autour de la sonde

PAS DE PRELEVEMENT
(ni bandelette ni
prélèvement de
l'écoulement) *

Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
et/ou douleurs sus-pubiennes
et/ou modification
du comportement

PAS DE BANDELETTE URINAIRE *

EXAMEN MEDICAL IMPERATIF AVANT TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE

PROBLÈMES RESPIRATOIRES

Toux et/ou crachats
Habituels, stables

SUIVI MEDICAL HABITUEL

D'apparition récente
ou d'aggravation récente

EXAMEN MEDICAL RAPIDE IMPERATIF

Avec fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
Et/ou essoufflement inhabituel

EXAMEN MEDICAL RAPIDE IMPERATIF

PROBLÈMES CUTANÉS

Plaie
(escarre, ulcère, mal perforant, ...)
OU
Infection
(furuncle, erysipèle, ...)
même avec aspect inflammatoire
et/ou suppuration

AUCUNE INDICATION DE PRELEVEMENT *

EXAMEN MEDICAL IMPERATIF

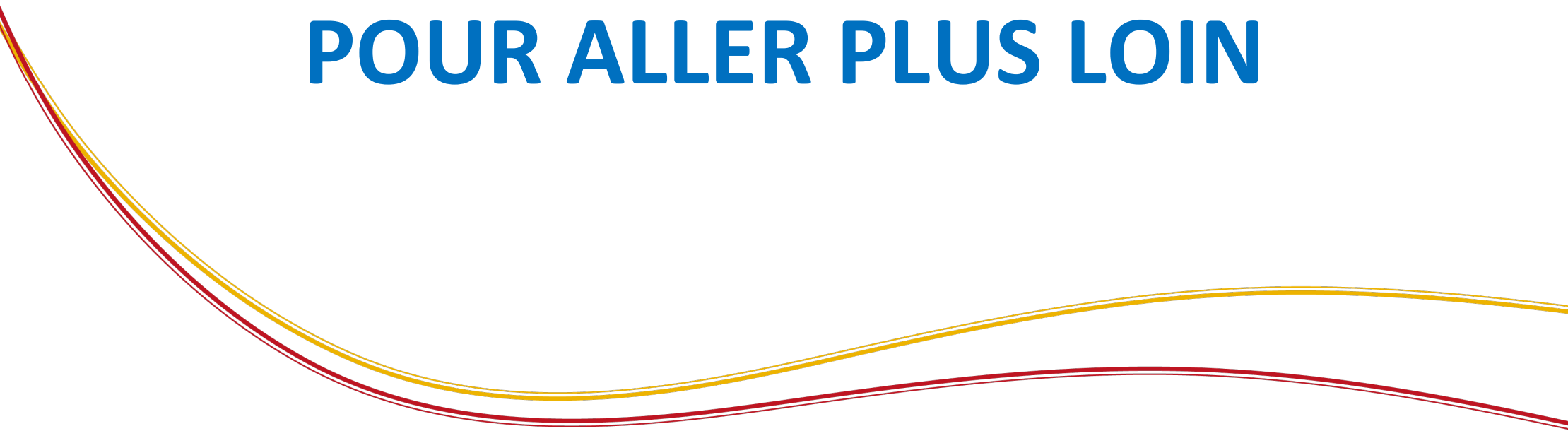
* Réaliser un **prélèvement non indiqué** est une mauvaise pratique qui peut avoir comme grave conséquence **la prescription inappropriée d'antibiotique** et donc :

- Un risque de sélection de **germes résistants** pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD et leurs proches.

- Un risque d'**effets indésirables** dus aux antibiotiques pour le résident.



POUR ALLER PLUS LOIN





ANTIBIOCLIC : www.antibioclic.com



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

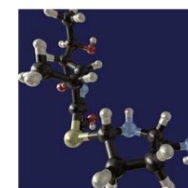
Domaine anatomique

Choisissez ...

Pathologie

Choisissez ...

CHERCHER





Calendrier 2017 - 2018

Offert par Grive Occitanie 

