



Formation GRIVE EHPAD

Mieux gérer l'antibiothérapie
dans les infections urinaires
respiratoires et ORL



Des cultures de micro-organismes créées dans une boîte de Petri. BROADVIEW PICTURES



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 Occitanie
Ph. Pauly



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 (extension à l'Occitanie ouest en mars 2019)



GRIVE pourquoi?

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

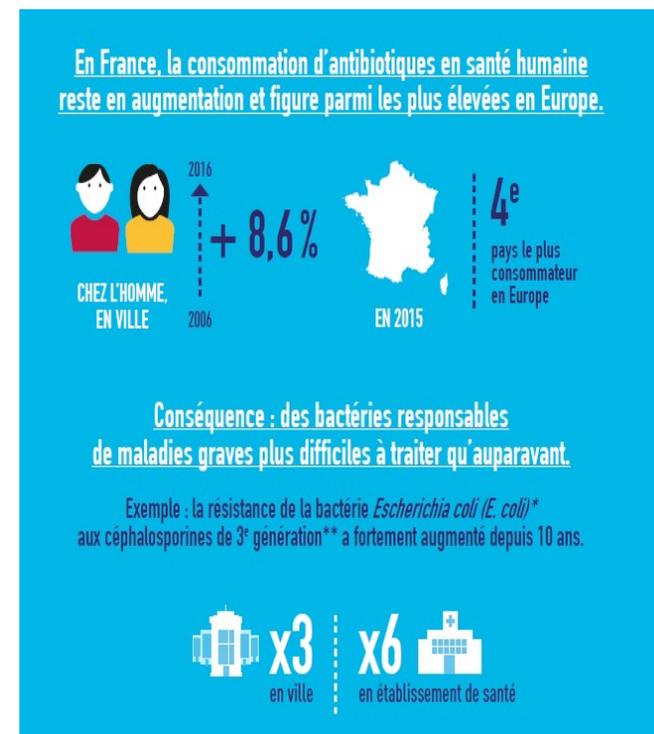
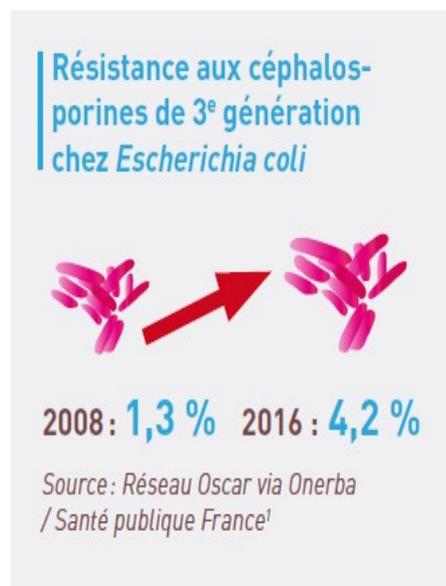
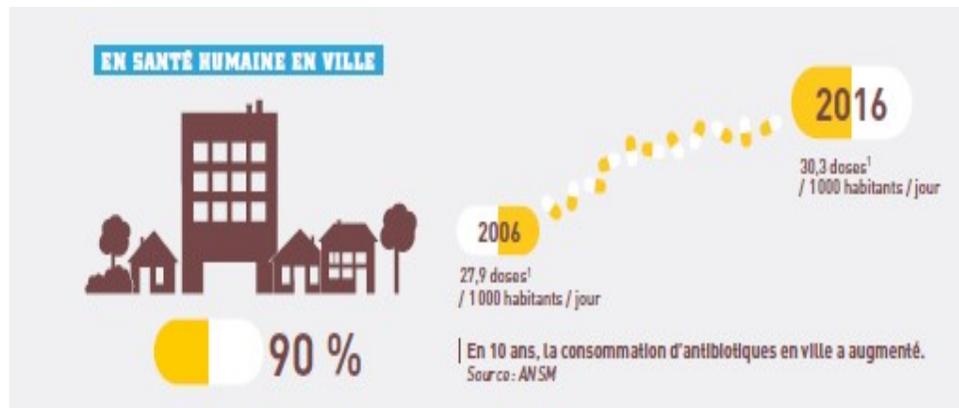


L'antibiorésistance... c'est quoi exactement ?





- Antibiorésistance = Problème de Santé Publique



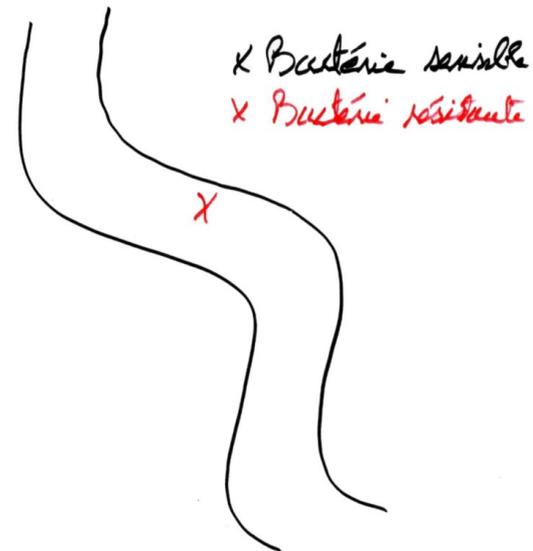
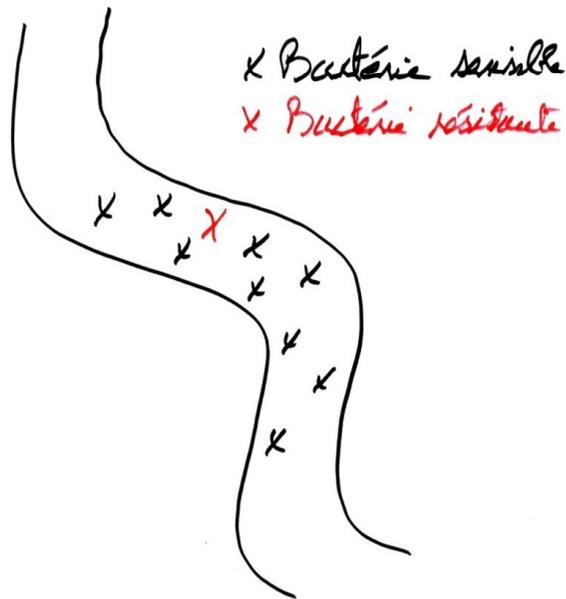


GENERALITES: L'ANTIBIORESISTANCE

Prise d'antibiotique

===== >

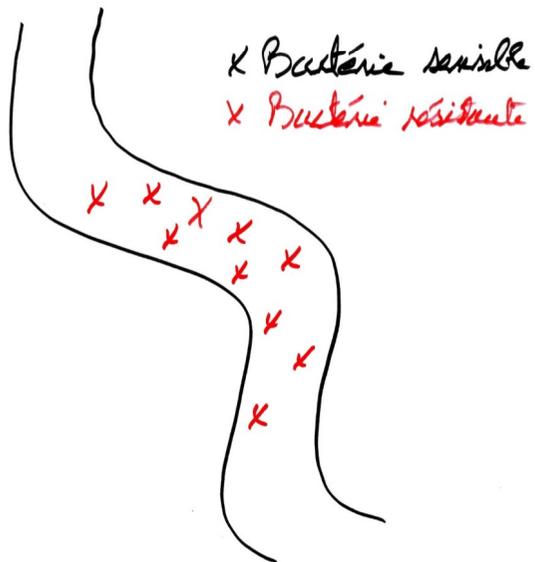
Impact sur la flore: destruction des germes sensibles





GENERALITES : L'ANTIBIORESISTANCE

=> Reconstitution d'une flore résistante. Le risque au prochain épisode infectieux = escalade thérapeutique





- **Lien évident entre consommation ATB et émergence de résistances**
- **Apparition de bactéries multi/toto-R**
- **Urgence sanitaire**



**Meilleur usage des ATB
Prévention de la transmission**



PRINCIPALE PROBLEMATIQUE:

**Résistance aux BGN
(entérobactéries)**



QUELLES ARMES ?

- **Bon usage des ATB**
 - Pas d'ATB inutile
 - Pas de prélèvements bactériologiques inutiles, source de prescriptions inutiles
 - Bonne molécule
 - Bonne dose
 - Bonne durée
- **Épargne ++ FQ, Céphalosporines, Pénicillines**



CAS CLINIQUES URINES...





Cas clinique 1

Patiente 90 ans : démence, incontinence

L'AS prévient IDE que les urines sont très malodorantes



Conduite à tenir infirmière

- Vérifier l'état de la patiente: fièvre, changement de comportement, plainte urinaire.
- Si la patiente est asymptomatique: pas de BU, et encore moins d'ECBU.
- Encourager son hydratation.
- Rassurer l'AS et lui expliquer que les urines malodorantes ne sont pas un signe d'infection urinaire



Conduite à tenir Médecin

La bonne pratique est :

- **ne pas réaliser la BU dans cette situation**
- **expliquer que** des urines malodorantes (de manière isolée) ne sont pas un signe d'infection urinaire
- Rappeler qu'il faut mieux hydrater la patiente

Néanmoins, si la BU a été réalisée, quelque soit son résultat:

- pas de prescription d'ECBU
- demander l'hydratation de la patiente



Cas clinique 2

Homme 85 ans : insuffisance cardiaque, rétention aigue d'urine il y a 1 mois, sonde urinaire, en attente d'un avis uro

Sa fille infirmière constate des urines troubles, réalise une BU qui est positive, et demande une antibiothérapie.

Le patient est asymptomatique, apyrétique, son comportement n'a pas changé



Conduite à tenir infirmière

Rappeller que 100% des patients qui ont une sonde urinaire ont des urines colonisées à 10 jours.

COLONISATION Urinaire = Bactériurie asymptomatique

- il n'y a pas lieu de faire de BU sur une poche à urine
- l'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des critères d'infection urinaire.
- son papa va bien, on va l'hydrater, le surveiller, mais on ne démarre pas une antibiothérapie alors qu'il n'y a aucun symptôme



Colonisation urinaire = bactériurie asymptomatique

Situation de portage, présence de micro-organismes sans que ceux-ci ne génèrent de manifestations cliniques

Reco 2015 : Patients asymptomatiques

- Il est fortement recommandé de ne pas traiter les patients colonisés (E-I) en dehors de:
 - La grossesse (« BA »)
 - La chirurgie urologique





Conduite à tenir médecin

- pas d'antibiotique puisque le patient est asymptomatique
- 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.
- Si indication de traiter: mieux vaut utiliser antibioclic.com



RECHERCHE

SOURCES

ACTUALITÉ

À PROPOS

CONTACT

+ Certaines infections cutanées ont été mises à jour : HAS - SPILF - SFD février 2019 +



RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

Domaine anatomique

Choisissez ...

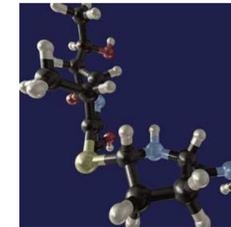


Pathologie

Choisissez ...

CHERCHER

politique de confidentialité



Modifications récentes

Érysipèle - 26 avril 2019

Impétigo - 26 avril 2019

Furoncle - 26 avril 2019



En préambule

ANTIBIOCLIC est un outil **indépendant** d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, **pour un bon usage des antibiotiques.**

Ce site est à **usage des professionnels de santé.**

Son contenu suit les dernières **recommandations françaises en vigueur.**



Cas clinique 3

- Patiente 80 ans: pollakiurie avec dysurie et brûlures mictionnelles depuis la veille, apyrétique
- Elle dit être très gênée
- clairance de la créatinine à 65ml/min.
- Nous sommes dimanche.
- Quelle est votre attitude pratique? (diagnostique et thérapeutique)



Conduite à tenir

- **cystite à risque de complications**

ECBU obligatoire avant tout traitement antibiotique

Si possible, Le traitement doit être différé pour l'adapter au mieux à l'antibiogramme

Mais la patiente est 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.

Pas d'ECBU de contrôle.

- Rappel: cl creat < 60



Cystite à risque de complication

cystite chez une patiente ayant au moins 1 facteur de risque de complication :

- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire
 - âge > 75 ans ou âge > 65 ans chez un sujet **fragile**
- ≥ 3 critères de Fried : perte de poids involontaire au cours de la dernière année
- vitesse de marche lente (<0,7 m/s)
 - faible endurance
 - faiblesse / fatigue
 - activité physique réduit
- Immunodépression grave (diabète non inclus)
 - Insuffisance rénale chronique sévère (Cl < 30 ml/mn)
 - (grossesse)



Traitement conseillé

- ECBU obligatoire avant tout traitement antibiotique.
- **Différer chaque fois que possible l'antibiothérapie** pour prescrire d'emblée un traitement adapté à l'antibiogramme. Risque de résistance élevé dans cette population.
- Eviter de prescrire un ATB à large spectre, même pour des courtes durées.

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DIFFÉRÉ SI LA TOLÉRANCE EST BONNE

Traitement d'emblée adapté à l'antibiogramme (dans l'ordre de choix) :

- **AMOXICILLINE PO** : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours
- ou **PIVMÉCILLINAM PO** : 400 mg 2 fois/j pendant 7 jours
- ou **NITROFURANTOÏNE PO** : 100 mg 3 fois/j pendant 7 jours
- ou **FOSFOMYCINE TROMÉTAMOL** : 3g à J1-J3-J5 (3 doses espacées chacune de 48h)
- ou **THRIMETHOPRIME** : 5 jours, dose optimale non établie

SI TRAITEMENT DIFFÉRÉ NON POSSIBLE : TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE PROBABILISTE

En lère intention

- **NITROFURANTOÏNE PO** : 100 mg 3 fois/j pendant 7 jours

VOTRE SITUATION

Pathologie : cystite

Groupe d'âge : adulte

Type de cystite : à risque de complication

Insuffisance rénale : non

Grossesse : non

Allaitement : non

MISE À JOUR

La dernière modification de cette page
date de **28 septembre 2018**.

NB : Les choix surlignés sont ceux qui sont
privilegiés par le groupe d'experts
d'ANTIBIOCLIC.



**DÉPARTEMENT
MÉDECINE GÉNÉRALE**
PARIS 7  **DIDEROT**

Service des Maladies
Infectieuses et Tropicales
Hôpital BICHAT, Paris, France



Antibiocllic pour iPhone



Antibiocllic pour Android





- 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 4

patiente 85 ans traitée pendant le we par le médecin de garde pour une pyélonéphrite aigue: ofloxacine 200mg matin et soir

Tableau identique il y a 5 mois, traitée de la même manière.

ECBU (2 jours plus tard):

leuco 10^4 , **Klebsiella pneumoniae : 10^5 multisensible**



Conduite à tenir infirmière

Appeler le médecin pour s'assurer qu'il a bien reçu l'antibiogramme et lui suggérer de changer de traitement.



JUSTIFICATIONS

- la patiente ayant déjà été traitée il y a moins de 6 mois par fluoroquinolone :

Il aurait déjà fallu éviter de les prescrire en 1ère intention (plutôt ceftriaxone ici) = **STRATEGIE D'EPARGNE**

- Il faut savoir changer l'antibiotique initialement prescrit pour un autre moins pourvoyeur de résistance.

L'amoxicilline aurait été souhaitable pour atteindre les 10 jours de traitement = **DESESCALADE THERAPEUTIQUE**

- Pas d'ECBU DE CONTRÔLE en cas d'évolution favorable.



A RETENIR



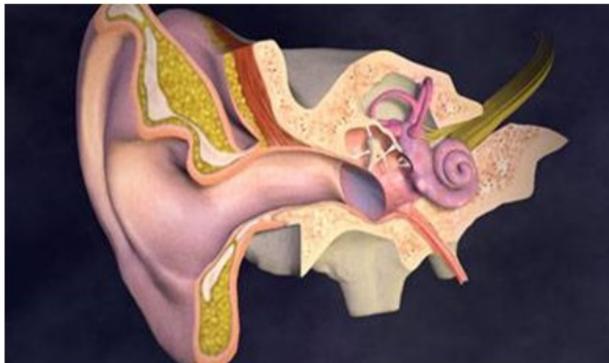


L'ESSENTIEL A RETENIR

- 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 nouvelle 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



LA PERSONNE AGEE QUI TOUSSE EN INSTITUTION





LA PERSONNE AGEE QUI TOUSSE EN INSTITUTION

- rhinopharyngite
- bronchite aigue
- Exacerbation de BPCO
- Pneumopathie aigue communautaire



Cas clinique 1

Patiente de 83 ans:

Depuis 2 jours: rhinorrhée, obstruction nasale, toux, 38°3

Cas identiques dans l'EHPAD depuis une semaine

Examen clinique: 38°2 (bien toléré), yeux larmoyants, pharyngite, pas de foyer auscultatoire, pas d'otite ni sinusite



Diagnostic et conduite à tenir

- Diagnostic: **rhinopharyngite**
- Conduite à tenir: **la rhinopharyngite est une affection bénigne, virale**

la fièvre dure en moyenne 2-3 jours

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

Possibilité de complications à surveiller: OMA, sinusite, infection pulmonaire basse



Traitement

- DRP, hydratation, repos
- +/- paracétamol : traitement symptomatique
- **Pas d'antibiotique:** aucun impact sur la durée des symptômes ni la prévention des complications
ET risque d'effet indésirable clinique,
ET impact sur le microbiote

- **REEVALUATION:** fièvre > 4 jours, AEG, conjonctivite purulente, dyspnée



Cas clinique 2

- Secrétaire 58 ans, tabagisme chronique, tousse tous les matins, pas de sport
- Depuis 3 jours: 38°, rhinorrhée jaune, asthénie, céphalée, odynophagie
- Auscultation pulmonaire: râles bronchiques diffus (sans foyer)

Hypothèse diagnostique ?

Traitement ?



Cas clinique 2 (suite)

- Rhinopharyngite avec bronchite aigue
- Origine virale +++
- Traitement symptomatique:
DRP, +- paracétamol, +-antitussif



Cas clinique 2 (suite)

- 5 jours plus tard: pas d'amélioration
- Dyspnéique à l'effort (1 étage)
- Crachats verdâtres et épais
- 38°8

Hypothèse diagnostique ?

Traitement ?



Cas clinique 2 (suite)

- Exacerbation de BPCO
(diagnostic =EFR , trouble ventilatoire obstructif)
- - Exacerbation= apparition ou majoration des symptômes respiratoires
 - Décompensation= exacerbation sévère avec engagement du pronostic vital

Tableau 9 : Exacerbations de BPCO : Indications et choix de l'antibiothérapie

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
<u>En absence d'EFR connus</u> Absence de dyspnée	<u>Résultats EFR connus</u> VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou cefpodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristinamycine ou télithromycine ¹
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 injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine) ²

* L'émergence de souches sécrétrices de bêta-lactamase dans la communauté devrait faire limiter leur utilisation

Remarque : compte tenu des études, aucune hiérarchisation des molécules n'a pu être établie au sein de chaque groupe.

AFSSAPS juillet 2010

La survenue d'un échec thérapeutique d'une antibiothérapie bien conduite impose d'éliminer une infection parenchymateuse par la radiographie de thorax, et de rechercher une infection due à *P. aeruginosa* chez les patients présentant une BPCO évoluée.

Outre l'antibiothérapie, la prise en charge de la BPCO est basée sur d'autres mesures associées : arrêt du tabac, bronchodilatateur en aérosol-doseur, courte corticothérapie par voie générale en cas de bronchospasme, kinésithérapie respiratoire, contre-indication des antitussifs, vaccinations anti-grippale et anti-pneumococcique (cf. Recommandations pour la prise en charge de la BPCO de la Société de Pneumologie de Langue Française – SPLF–).



Cas clinique 3

- Homme 88 ans, cardiopathie ischémique, FA:

38°8, asthénie, dyspnée, toux productive, crachats jaunes et épais, auscultation: foyer pulmonaire gauche

Hypothèse diagnostique ?

Traitement ?



Cas clinique 3 (suite)

- Pneumopathie
- Si le patient ne souhaite pas être hospitalisé : radio thorax, biologie
- Antibiothérapie :

Amoxicilline+ac. Clavulanique : 1g 3 fois/jour 7 jours

En cas d'échec à 48-72h ou d'allergie à la pénicilline:

Ceftriaxone : 1g IM ou sc 10 jours

Ou lévofloxacine : 500mg 2 fois/jour 10 jours



L'ESSENTIEL A RETENIR

- L'utilisation des antibiotiques dans les pathologies ORL est la première cause de sélection des E. Coli BLSE
- Utilisation du TDR dans l'angine
- DRP: traitement de la rhinopharyngite virale
- La bronchite aigue est la plupart du temps virale et ne nécessite pas de traitement antibiotique
- Réévaluation systématique à 48-72h d'antibiothérapie
- Très faible prévalence des germes atypiques dans la population gériatrique
- Cas groupés de pneumopathies: penser à la légionellose

- Kiné respiratoire
- Vaccination: antigrippe, antipneumococcique



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

www.grive-occitanie.fr



Ph. Pauly