

Guide d'utilisation des anti-infectieux

2016

4^{ème} édition



Sommaire FMC Mai 2017

- Antibiotiques
- Résistances
- Cas cliniques et actualités :
 - Urines
 - ORL
 - Poumons
 - Peau
 - Diarrhée
- Fluoroquinolones
- Amélioration de la prescription atbt
- EMID

I- Antibiotiques

CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES
LA FRANCE REPLONGE...

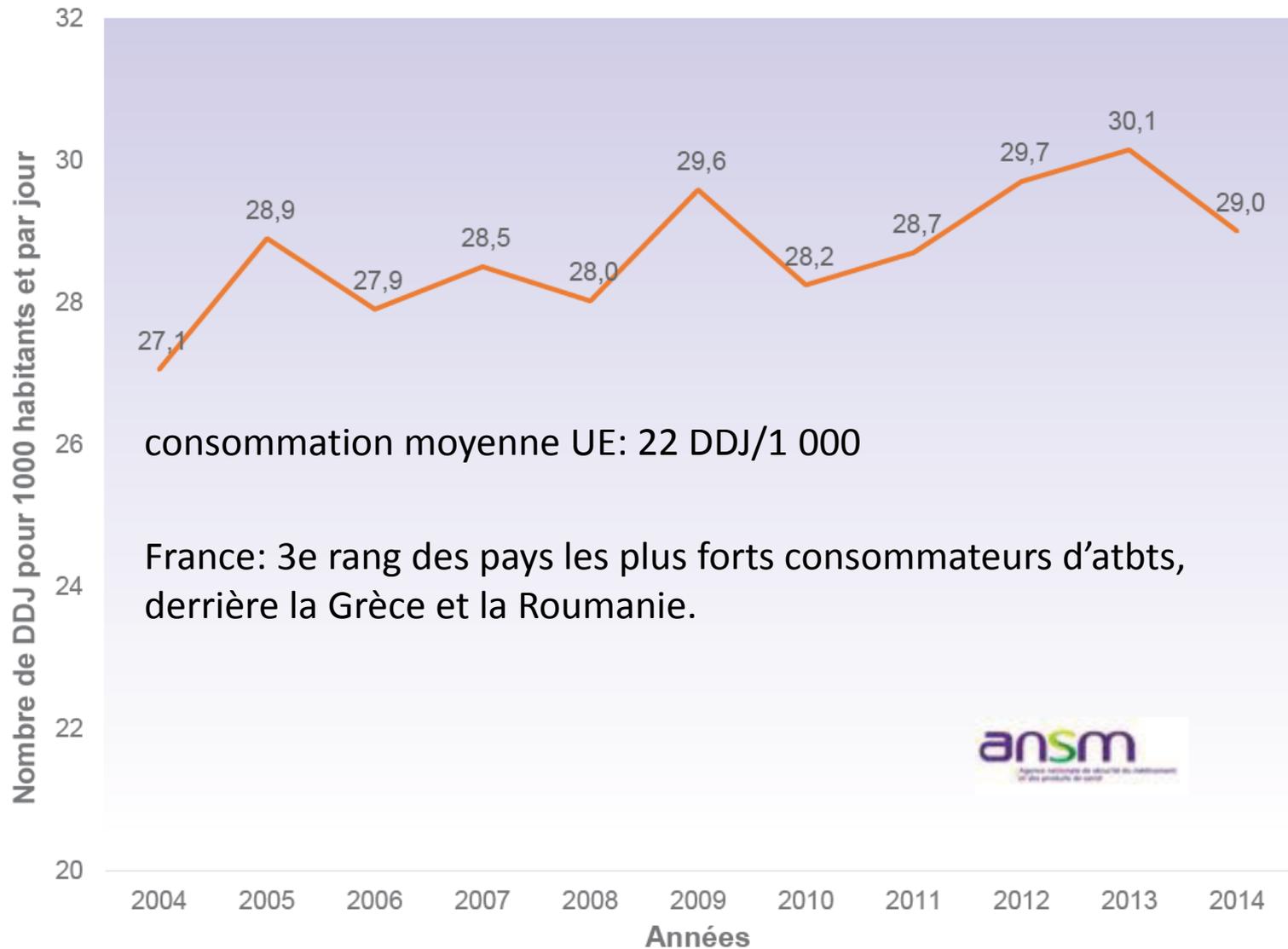


CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES ET RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN FRANCE : NÉCESSITÉ D'UNE MOBILISATION DÉTERMINÉE ET DURABLE

Novembre 2016



Évolution de la consommation globale d'antibiotiques en secteur de ville, France, 2004-2014, données ANSM



EN SANTÉ HUMAINE EN VILLE



 **93%**

2005

28,9 doses¹
/ 1 000 habitants / jour

2015

29,9 doses¹
/ 1 000 habitants / jour

| En 10 ans, la consommation d'antibiotiques en ville s'inscrit à la hausse

Source : ANS

EN SANTÉ HUMAINE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (HÔPITAUX ET CLINIQUES)



 **7%**

2005

2,4 doses¹
/ 1 000 habitants / jour

2015

2,2 doses¹
/ 1 000 habitants / jour

| En 10 ans, la consommation d'antibiotiques en établissements de santé est plutôt stable

Source : ANS

Consommation d'antibiotiques en France, en 2015 et depuis 10 ans

En 2015, il a été vendu en France 786 tonnes d'antibiotiques destinés à la santé humaine et 514 tonnes d'antibiotiques destinés à la santé animale. Ce rapport entre consommations en santé humaine et animale est très variable d'un pays européen à l'autre ^[2]. En santé humaine, plus de 90 % des antibiotiques sont consommés en médecine de ville et 7 % en établissements de santé ^[3,4]. En santé animale, 96 % sont consommés par les animaux destinés à la consommation humaine et 4 % par les animaux domestiques ^[5].

En ville

En 2015, la consommation globale d'antibiotiques en médecine de ville ^[3,4], telle qu'elle peut être calculée à partir des déclarations de ventes, s'est élevée à 29,9 doses pour 1 000 habitants et par jour. Sur 10 ans, la consommation d'antibiotiques en ville s'inscrit à la hausse, mais il faut relever que la consommation en 2015 demeure à un niveau inférieur à celui observé au début des années 2000.

Source : ANSM

CONTEXTE EUROPÉEN

La France se situe parmi les pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe, même si elle n'occupe plus le premier rang ^[6]. En 2014, elle se plaçait au 3^e rang, derrière la Grèce et la Roumanie. En Europe, la consommation d'antibiotiques en ville était en moyenne de 22,0 doses pour 1 000 habitants et par jour. Au cours de la période 2000-2014, la consommation d'antibiotiques a évolué dans de nombreux pays (dont la France) mais, finalement, aucun changement majeur n'est observé dans la cartographie des consommations en Europe. En 2000 comme en 2014, ce sont les mêmes pays qui se caractérisent par le niveau modéré, ou élevé, de leur consommation d'antibiotiques. Source : ESAC-Net

Évolution de la consommation par principale classe d'antibiotiques en secteur de ville, France, 2004-2014, données ANSM

Classe ATC 	2004	2006	2008	2010	2012	2014	% variation entre 2004 et 2014
J01A - Tétracyclines	3,5	3,3	3,4	3,2	3,3	3,2	-7,3 %
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	12,8	14,6	14,7	15,6	17,4	18,0	40,6 %
<i>dont J01CA04 - Amoxicilline</i>	6,8	7,9	8,0	8,5	9,7	10,4	54,5 %
<i>dont J01CR02 - Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme</i>	5,2	6,0	6,1	6,6	7,3	7,2	38,7 %
J01D - Autres bêtalactamines	3,1	2,8	2,5	2,7	2,4	2,1	-33,0 %
<i>dont J01DD - Céphalosporines de 3^e et 4^e génération</i>	1,5	1,6	1,7	1,8	1,7	1,5	-3,0 %
<i>dont J01DD04 Ceftriaxone</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-1,8 %
J01E - Sulfamides et triméthoprime	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	-12,9 %
J01F - Macrolides	4,3	3,9	4,1	3,8	3,7	3,0	-29,2 %
J01G - Aminosides	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-33,9 %
J01M - Quinolones	2,1	2,2	2,1	2,0	1,9	1,7	-16,1 %
J01M - Autres antibactériens	0,9	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	-52,1 %

Résumé - consommation antibiotique “en ville”

- 1- Stable depuis 10 ans
- 2- 93% de la consommation atbt
- 3- usage important des pénicillines et notamment de l'association amoxicilline-acide clavulanique, qui est particulièrement génératrice de résistances ;
- 4- Diminution de l'usage des quinolones, ce qui constitue un point positif ;
- 5- Des durées de prescription très variables, avec une moyenne se situant à 9,2 jours ;

Nouveaux antibiotiques

Temocilline : dérivé de la ticarcilline (“vieil” antibiotique)

Ceftobiprole : C5G, C3G actif sur CG+

Ceftaroline : C5G, C3G actif sur CG+

Ceftaroline / avibactam

Ceftolozame/tazobactam : C5G, C3G actif sur CG+ + inhibiteur BL

Meropeneme / vaborbactam : EBLSE et EPC

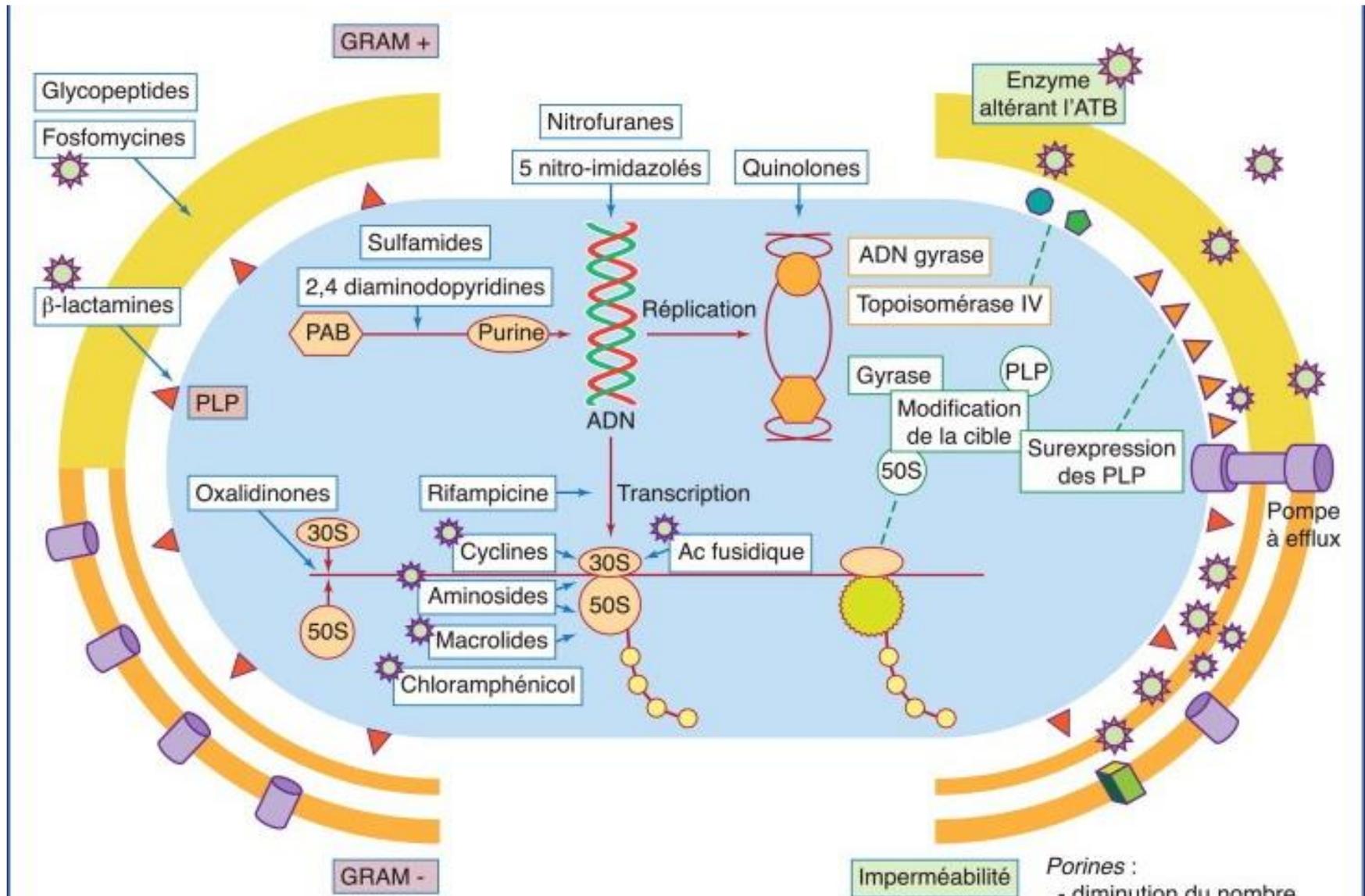
Plazomycine : aminoside

Fidaxomicine : *C. difficile*

Evaracycline : Tetracyclines (large spectre): IV et per os

Dalbavancine : glycopeptide, 1 inj/semaine

II - Résistance bactérienne aux atbts

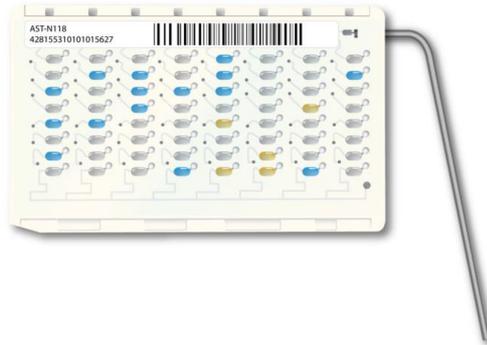


Porines :
- diminution du nombre
- changement de structure

Paroi :
- épaissement


CASFM
means
Comité de l'Antibiogramme de la
Société Française de
Microbiologie
by acronymsandlang.com

 **EUCAST** EUROPEAN COMMITTEE
ON ANTIMICROBIAL
SUSCEPTIBILITY TESTING
European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases



INNOVATIONS
for the Global Challenge
of Antibiotic Resistance



Antibiogramme

HDJ

N° Client bioMérieux : 06508
Référence du système : VK2C1725

Rapport du laboratoire

Imprimé 26 avr. 2017 11:13 CEST
Imprimé par : BACTERIO

Nom du patient : ██████████
Groupe d'isolats : 171111022509-1

ID du patient : 173072

Type de carte : GN Instrument de test : 0000170874A1 (VITEK2C DUCUING 2015)
Type de carte : AST-N340 Instrument de test : 0000170874A1 (VITEK2C DUCUING 2015)

Profil biochimique : 0405610554026611

Commentaires :	

Informations sur l'identification	Carte :	GN	N° de lot :	2410052103	Péréemption :	17 janv. 2018 12:00 CET
	Terminée le :	22 avr. 2017 18:51 CEST	État :	Final	Heure de l'analyse :	3,75 heures
Germe sélectionné	99% de probabilité		Escherichia coli		Fiabilité : Excellente identification	
Profil biochimique :	0405610554026611					
Germe SRF						
Germes identifiés et tests discriminants :						
Commentaire sur l'ident. :						
Tests à l'encontre						

Résultats Antibiogramme	Carte :	AST-N340	N° de lot :	7800244403	Péréemption :	28 juil. 2018 13:00 CEST
	Terminé le :	23 avr. 2017 05:21 CEST	État :	Final	Heure de l'analyse :	14,25 heures
Antibiotique	CMI	Interprétation	Antibiotique	CMI	Interprétation	
Méccillinam	> 32	R	Ceftriaxone	<= 1	S	
Ampicilline	> 16	R	Ertapénème	<= 0,5	S	
Amoxicilline/acide clavulanique			Amikacine	<= 2	S	
Urine	16	S	Gentamicine	<= 1	S	
Autre	16	R	Acide nalidixique	<= 2	S	
Ticarcilline	> 64	R	Ciprofloxacine	<= 0,25	S	
Pipéracilline/tazobactam	64	R	Ofloxacine	<= 0,25	S	
Céfoxitine	<= 4	S	Fosfomycine	<= 16	S	
Céfixime	<= 0,25	S	Nitrofurantoïne	<= 16	S	
Ceftazidime	<= 1	S	Triméthoprime/sulfaméthoxazole	<= 20	S	

+ = Antibiotique déduit * = Modification AES ** = Modification Utilisateur

Acquisition de résistance aux FQ

HDJ

N° Client bioMérieux : 06508
Référence du système : VK2C1725

Rapport du laboratoire

Imprimé 26 avr. 2017 11:14 CEST
Imprimé par : BACTERIO

Nom du patient : ██████████
Groupe d'isolats : 171091024742-1

ID du patient : 6116

Type de carte : GN Instrument de test : 0000170874A1 (VITEK2C DUCUING 2015)
Type de carte : AST-N233 Instrument de test : 0000170874A1 (VITEK2C DUCUING 2015)

Profil biochimique : 0007000341442211

Commentaires :	

Informations sur l'identification	Carte :	GN	N° de lot :	2410052103	Péréemption :	17 janv. 2018 12:00 CET
	Terminée le :	21 avr. 2017 22:22 CEST	État :	Final	Heure de l'analyse :	5,00 heures
Germe sélectionné	98% de probabilité Proteus mirabilis					
	Profil biochimique :	0007000341442211		Fiabilité :	Excellente identification	
Germe SRF						
Germes identifiés et tests discriminants :						
Commentaire sur l'ident. :						
Tests à l'encontre						
Proteus mirabilis H2S(76).						

Résultats Antibiogramme	Carte :	AST-N233	N° de lot :	6330252203	Péréemption :	5 août 2018 13:00 CEST
	Terminé le :	22 avr. 2017 11:23 CEST	État :	Final	Heure de l'analyse :	18,00 heures
	Antibiotique	CMI	Interprétation	Antibiotique	CMI	Interprétation
	Ampicilline	<= 2	S	Ertapénème	<= 0,5	S
	Amoxicilline/acide clavulanique			Imipénème	1	S
	Urine	<= 2	S	Amikacine	<= 2	S
	Autre	<= 2	S	Gentamicine	<= 1	S
	Ticaracilline	<= 8	S	Tobramycine	<= 1	S
	Pipéracilline/tazobactam	<= 4	S	Acide nalidixique	4	S
	Céfalotine			Ciprofloxacine	<= 0,25	S
	Céfoxitine	<= 4	S	Ofloxacine	<= 0,25	S
	Céfoxatime	<= 1	S	Nitrofurantoïne	128	R
	Ceftazidime	<= 1	S	Triméthoprim/sulfaméthoxazole	<= 20	S

+ = Antibiotique déduit * = Modification AES ** = Modification Utilisateur

HDJ

N° Client bioMérieux : 06508
Référence du système : VK2C1725

Rapport du laboratoire

Imprimé 26 avr. 2017 11:12 CEST
Imprimé par : BACTERIO

Nom du patient : ██████████
Groupe d'isolats : 171111002205-1

ID du patient : 52694

Type de carte : GN Instrument de test : 0000170874A1 (VITEK2C DUCUING 2015)
Type de carte : AST-N340 Instrument de test : 0000170874A1 (VITEK2C DUCUING 2015)

Profil biochimique : 0407610554527211

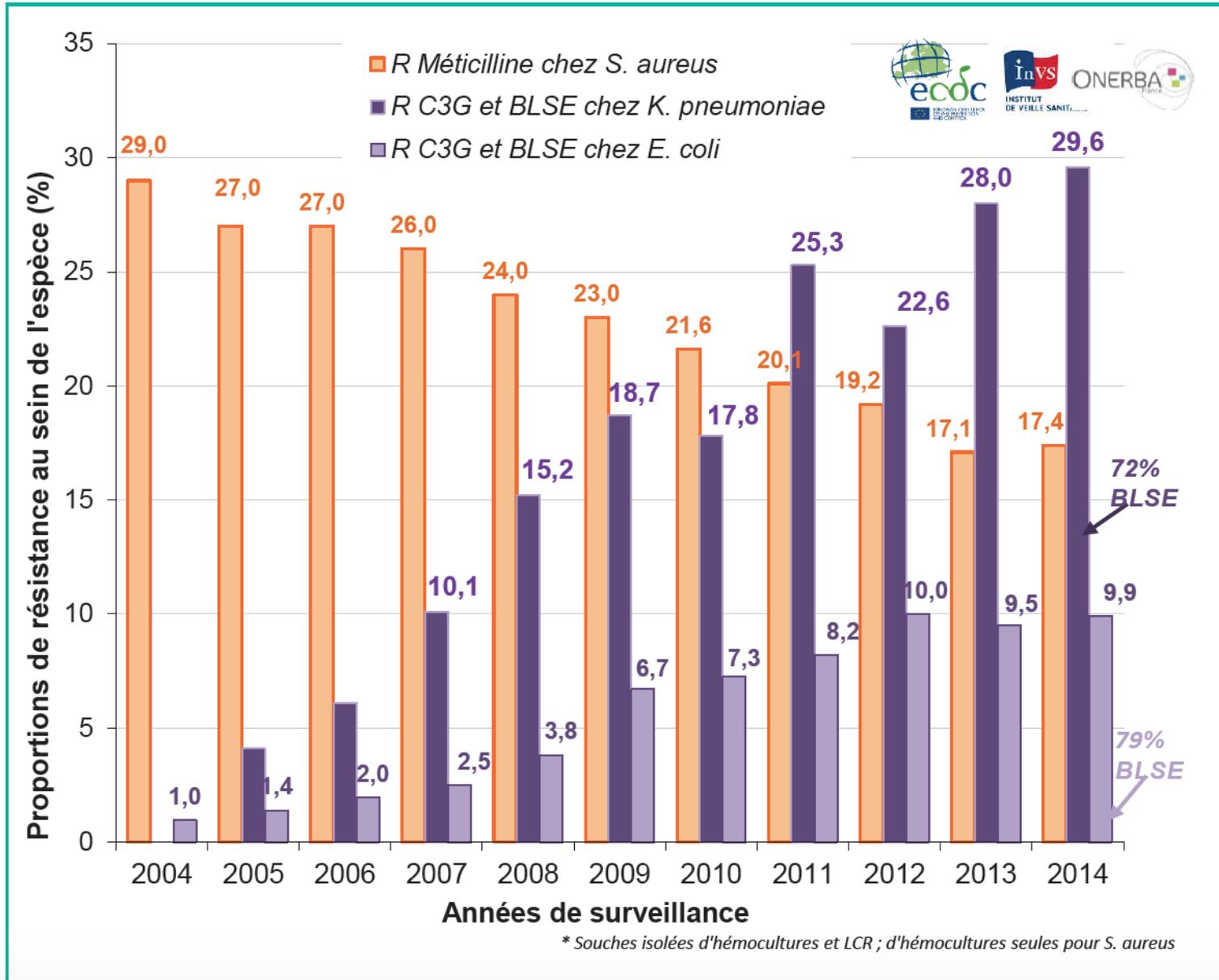
Commentaires :	

Informations sur l'identification	Carte :	GN	N° de lot :	2410052103	Péréemption :	17 janv. 2018 12:00 CET
	Terminée le :	22 avr. 2017 20:05 CEST	État :	Final	Heure de l'analyse :	5,00 heures
Germe sélectionné	96% de probabilité Escherichia coli					
	Profil biochimique :	0407610554527211		Fiabilité :	Excellente identification	
Germe SRF						
Germes identifiés et tests discriminants :						
Commentaire sur l'ident. :						
Tests à l'encontre						
Escherichia coli PHOS(81),BGUR(83).						

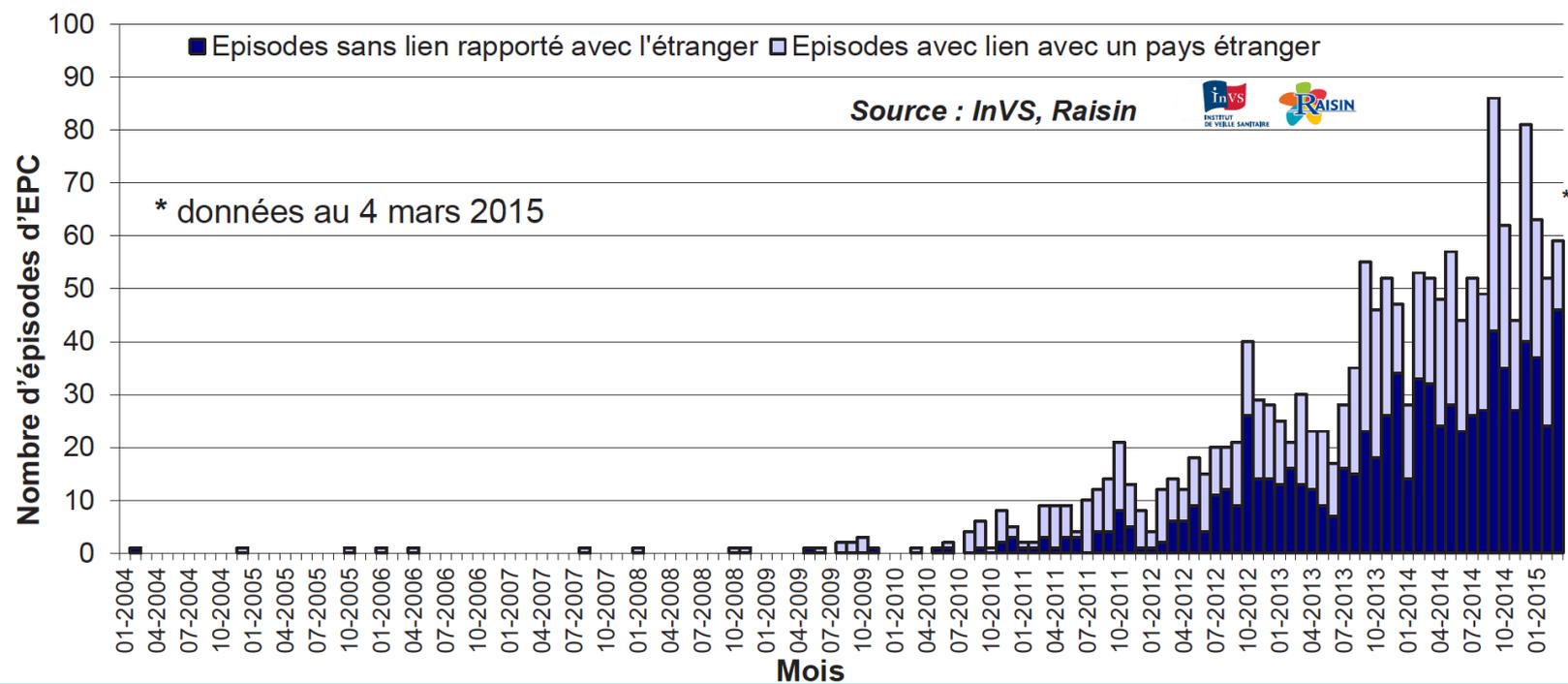
Résultats Antibiogramme	Carte :	AST-N340	N° de lot :	7800244403	Péréemption :	28 juil. 2018 13:00 CEST
	Terminé le :	22 avr. 2017 22:50 CEST	État :	Final	Heure de l'analyse :	7,75 heures
	Antibiotique	CMI	Interprétation	Antibiotique	CMI	Interprétation
	Méclillinam	<= 1	S	Ceftriaxone	<= 1	S
	Ampicilline	> 16	R	Ertapénème	<= 0,5	S
	Amoxicilline/acide clavulanique			Amikacine	<= 2	S
	Urine	4	S	Gentamicine	<= 1	S
	Autre	4	S	Acide nalidixique	> 16	R
	Ticaracilline	> 64	R	Ciprofloxacine	<= 0,25	S
	Pipéracilline/tazobactam	<= 4	S	Ofloxacine	2	R
	Céfoxitine	<= 4	S	Fosfomycine	<= 16	S
	Céfixime	<= 0,25	S	Nitrofurantoïne	64	S
	Ceftazidime	<= 1	S	Triméthoprim/sulfaméthoxazole	> 160	R

+ = Antibiotique déduit * = Modification AES ** = Modification Utilisateur

Évolution de la résistance à la méticilline chez *S. aureus*, et aux céphalosporines de 3^e génération chez *K. pneumoniae* et *E. coli*, France, 2004-2014, données EARS-Net France – InVS



Nombre d'épisodes impliquant des EPC par mois de signalement, France, 2004-2014, données InVS-Raisin au 4 mars 2015



III - Urines



REMARQUES CONCERNANT LES INFECTIONS URINAIRES

Données générales :

Distinguer :

- **Les infections urinaires (IU) simples.**

- **Les IU à risque de complication :**

- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire.
- Chirurgie des voies urinaires de moins de 3 mois.
- Immunodép. grave (immunomodulateurs, cirrhose, transplant.).
- Plus de 65 ans avec plus que 3 critères de fragilité ou > 75 ans.

- Sexe masculin.
- Grossesse.
- Insuffisance rénale chronique sévère.
- Le diabète ne constitue pas un facteur de risque.

- **Les IU graves** qui sont les pyélonéphrites (PNA) et les IU masculines associées à une indication de drainage, y compris par sondage urétral, et/ou à un sepsis grave (cf chapitre).

Particularités du sujet âgé :

Les signes fonctionnels sont très souvent atypiques : confusion, signes digestifs. Rechercher un globe vésical, fréquent chez l'homme.

Pas de traitement minute. Ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques.

Limiter l'utilisation des fluoroquinolones, sauf au cours des prostatites. La ceftriaxone peut être utilisée par voie sous-cutanée.

Antibiorésistance :

Fluoroquinolones : environ 10%, en augmentation. Ne pas utiliser en probabiliste si prescription < 6 mois. Éviter les prescriptions répétées.

Entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargie (BLSE) : environ 5%, en augmentation

Les facteurs de risque (en tenir compte pour traiter les infections graves et utiliser l'imipénème en probabiliste) sont :

- Colonisation ou IU à BLSE < 6 mois.
- Antibiothérapie large spectre < 6 mois.
- Zone d'endémie BLSE < 1 an
- Hospitalisation < 3 mois
- Vie en long-séjour

Divers :

En l'absence de comorbidité favorisant les infections graves ou de situation à risque, différer le traitement pour être d'emblé adapté à l'antibiogramme. Privilégier l'amoxicilline (1gx3), sauf chez l'homme.

D'une façon générale, quand l'évolution est favorable et en absence de lithiase, pas d'indication à un ECBU de contrôle.

INFECTIONS URINAIRES

Situation clinique	Remarques	Germe	Examens	Traitements			
				Produit	Posologie	Durée	Alternative (Allergie...)
Cystite aiguë simple		Dans l'ordre : <i>E. coli</i> <i>S. saprophyt.</i> Autres Ebact <i>E. faecium</i> <i>C. urealyt.</i> <i>P. aerugino.</i> <i>S. aureus</i>	Bandelette urinaire (BU)	Fosfomycine-trométamol	1 sachet à jeun	Monodose	Pivmecillinam 400mg x2/j, 5 jours
Cystite aiguë à risque de complication	Si possible, attendre atbg pour traiter		ECBU	Cefixime	200mg x2	7 jours	Ciprofloxacine 500mgx2/j, 5 jours
Cystite aiguë récidivante (1)	≥ 4/an		Si ex clin normale, Uniqut ECBU	Comme une cystite simple + ttt non atbt			
	≥ 1/mois			Atbprophylaxie : TMP-SMX ou fosfomycine-trométamol			
Cystite aiguë gravidique	Ttt minute si 1 ^{er} épisode et peu sévère	Enterobact <i>S. agalactiae</i>	ECBU à J10, puis mensuel	Fosfomycine-trométamol	1 sachet à jeun	Monodose	Cefixime 200mg x2/j, 7 jours
Candiduries (2)	Ne ttt que si symptomatique	<i>Candida sp.</i>	Selon symptômes	Fluconazole	400mg J1 200mg	7 à 14 jours	Ampho B déoxychol. 0.5 mg/kg ou 5FC
Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)	Personnes âgées +++ ; sondage	Entérobact. Strepto.	✓ le nbre de GB ECBU (à contrôler)	Seulement 2 situations pour dépistage et traitement : grossesse à partir du 4eme mois ; procédure urologique invasive.			
Leucocyturie aseptique (3)	Plusieurs cas de figure	Décapité, BK <i>Chlam.</i> , non inf	ECBU, Plvt urétral, Plvt vaginal	Selon compléments du bilan. Le plus souvent cystites décapitées par antibiothérapie antérieure ou automédication			
Pyélonéphrite aiguë (PNA) simple, sans signe de gravité	Ambulatoire Ttt adapté à 48H	Entéro bactéries	ECBU, (hémons, écho dans les 24H)	Ceftriaxone	1 à 2gx1/j	Relai adapté 10 à 14j : amox si possibl amox/ac. clay. céfixime, cipro, tmp-smx.	Ciprofloxacine 500 mgx2/j, 7 jours
PNA à risque de complication, sans signe de gravité (4)	Réévaluation clinique à 72H		Bio, hémons, ECBU, uroTDM	Ceftriaxone	1 à 2gx1/j		Cipro si < 6 mois. Amik. monothérapie
PNA grave	Avis urologique		+ avis réanimateur	Ceftriaxone + Amikacine	2g x 1/j 30mg/kg/j		Si suspicion BLSE Imipeneme+ amik.
PNA gravidique	Couvrir listériose si évocateur		hospitalisation recommandée	Ceftriaxone +/- amikacine	2g x 1/j 15mg/kg/j	Relai adapté J2 Ttt total 14 jrs	Si allergie : aztreonam

Situation clinique	Remarques	Germe	Examens	Traitements			
				Produit	Posologie	Durée	Alternative (Allergie...)
IU masculine, dont prostatite aigüe (5)	Formes simples, si possible, attendre résultats ECBU	Entérobact, seuil 10^3 CFU/ml	BU, ECBU Echo ds les 24H Hémocs Cs. uro. à distance	Ceftriaxone +/- amikacine	1 à 2gx1/j 30mg/kg/j	Relai adapté J2. Ttt total 14 à 21 jrs	<u>Ciproflo. 500 mgx2</u> <u>TMP-SMX « forte », 1cpx2</u>
Urétrite et orchi-épididymite aigue	Distinguer les IST des infections d'origine urinaire (comme prostatite)	<u>N.gonorrhoe</u> , <u>Chlamydiae</u> , autres intracel Entérobact.	ECBU, hémocs, <u>plyt. urétral</u> <u>PCR chlamydiae</u> Echo.	Ceftriaxone + <u>azithromycine</u>	1g IV ou IM 1g per os	<u>monodose</u>	- Allergie : <u>spectinomycine 2gIM</u> - Si parentéral impos: <u>cefixime : 400mg</u>
Infections urinaires associées aux soins (IUAS) (6)	Quand sonde : la retirer ou la changer (si drainage indispensable) 24H après début atbt.	Entérobact. <u>Pseudomonas</u> Entérocoques	Ne pas changer de sonde pour ECBU. Milieu de jet, urine fraiche sur sonde.	Attendre si possible résultat ECBU. Adapter dès que possible	<u>Amino - sides en assoc. ≤ 72H.</u>		
	Cystite Postopératoire		IUAS sur sonde : pas de seuil pour les GB. <u>Bact ≥ 10⁵ CFU/ml</u>	Fosfomycine-trométamol	<u>Avt atbg</u>	5 à 7 jours	Ciprofloxacine Furadantine
	Pyélonéphrite		<u>Piper/tazo +/- Amikacine</u>	4gx3 ou 4 15 à 30	10 jours	Amikacine en monothérapie	
	Prostatite		<u>Ceftriaxone +/- Amikacine</u>	1 à 2 g/j 30 mg/kg	14 jours	<u>Ciprofloxacine</u> <u>TMP - SMX</u>	

Selon le type d'infection :

(1) Cystite aiguë récidivante :

ECBU indiqué pour faire la preuve d'infections à germes différents. Pas d'autres ex. chez la femme non ménopausée avec ex. clinique normal.
Prophylaxie : apports hydriques suffisants, mictions non retenues, régulariser le transit intestinal, arrêt des spermicides, canneberge, oestrogènes local après la ménopause (avis gynéco).

Antibioprophylaxie quand > 1/mois ou post-coïtales : fosfomycine-trometamol, 1 sachet/semaine. (TMP-SMX, 1 cp/j en l'absence d'alternative, compte tenu de la gravité du syndrome de Lyell). A évaluer à 6 mois.

(2) Candiduries :

Quand asymptomatique (le plus souvent), ne nécessite qu'une correction des facteurs favorisants : changement de sonde, arrêt des antibiotiques.

Quand symptomatique ou fébrile : candidémie (hémoculture, antigène circulant), écho/TDM à la recherche d'une suppuration locale.

Traiter d'abord l'infection bactérienne si elle est associée à la candidurie.

Traiter 7 jours une cystite à *Candida sp.* et 14 jours une pyélonéphrite à *Candida sp.* Drainage chirurgical si suppuration associée.

(3) Leucocyturie aseptique : (GB $\geq 10^4$ /ml et bactériurie $< 10^3$ /ml) :

La cause la plus courante est la cystite découpée par une antibiothérapie. Un syndrome urétral fait évoquer une inf. à chlam. ou à ureaplasma.

Une tuberculose urogénitale – bien que rare – doit être évoquée. Peut aussi révéler une cause non infectieuse : lithiase, tumeur, néphropathie.

(4) Pyélonéphrite :

Prise en charge graduée selon terrain et signes cliniques. Au minimum : ECBU et réévaluation à 48H.

Le TDM injecté > échographie pour visualiser de petits foyers de néphrite ou des obstacles. Attention aux CI : insuffisance rénale, grossesse.

(5) IU masculine, prostatite :

Présentation clinique hétérogène, tjrs évoquer une prostatite, la PNA isolée est exceptionnelle. Critères d'hospit plus large que chez la femme.

TR mais pas de massage prostatique. Pas de PSA à la phase initiale. Ttt symptomatique : antalgiques. AINS et alpha bloquants discutés.

Bilan ultérieur : uroTDM APC, cs d'urologie, +/- débitmétrie, +/- fibro (qd > 40 ans et présence d'un FDR de carcinome urothélial (Tabac)).

(6) Infections urinaires associées aux soins :

Clinique souvent aspécifique. Éliminer d'autres sites d'infection, même en présence d'une bactériurie.

Respecter et limiter le drainage vésical. Évaluation quotidienne. Pas de changt planifié de la sonde (seult si obstruction ou inf symptomatique).

Si nécessité d'un drainage permanent, privilégier le sondage intermittent : 5 à 6 sondages par 24H avec diurèse de 2l par 24H.

Cystite? Ex 1/3

- Mme V, 84 ans,

Vit en collectivité

Continente

A présenté au moins 2 “inf urinaires” dans l’année

L’IDE vous transmet que les urines sont devenues troubles

10 GB/mm³,

E coli : 10⁴/ml, Atbg joint, R ampi, R FQ

Cystite? Ex 1/3

•Mme V, 84 ans,

Vit en collectivité

Continente

A présenté au moins 2 “inf urinaires” dans l’année

L’IDE vous transmet que les urines sont devenues troubles

10 GB/mm³,

E coli : 10⁴/ml, Atbg joint, R ampi, R FQ

Colonisation urinaire ou bactériurie asymptomatique)	Personnes âgées +++ ; sondage	Entérobact. Strepto.	" le nbre de GB ECBU (à contrôler)	Seulement 2 situations pour dépistage et traitement : grossesse à partir du 4eme mois ; procédure urologique invasive.
---	----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

Bactériurie asymptomatique :

Ne doivent pas être traitées dans l’immense majorité des cas. Uniquement si :
terrain : grossesse, neutropénie, immunodépression ; présence de matériel étranger :
prothèse articulaire, vasculaire ; en pré opératoire de chirurgie orthopédique

Cystites a répétition Ex 2/3

GABRIELLE
 Nom de naissance: **GABRIELLE**
 Né(e) le : 1909/1997 / F 19 an(s) ELLE
 N° de séjour : 179004567
 Dossier n° LA 1716 1087 / 1711110228
 Prélèvement du 21/04/17 à
 Enregistré le 21/04/17 à 21:43
 Duplicata édité le 26/04/17 à 11:27

BACTERIOLOGIE (Tous prélèvements humains)

Nature du prélèvement EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES
Site du prélèvement Miction normale
Cellules épithéliales Présence +
Numération des hématies <5 /mm3 (1)
Numération des leucocytes 400 /mm3 (1)
Culture aérobie >10e5 UFC/ml *Staphylococcus saprophyticus* (2)

Antibiogramme			
Germe n°1 <i>Staphylococcus saprophyticus</i>			
	Germe n°1		Réf. CMI
PENICILLINES			
Benzylopénicilline	Résistant	(0,25)	de 0.25 à 16
Oxacilline	Sensible	(1)	
AMINOSIDES			
Gentamicine	Sensible	(<=0,5)	de 2 à 4
Kanamycine	Sensible	(<=4)	de 8 à 16
Tobramycine	Sensible	(<=1)	de 2 à 4
MACROLIDES			
Erythromycine	Résistant	(>4)	de 1 à 4
LINCOSAMIDES			
Lincomycine	Sensible	(<=1)	de 2 à 8
STREPTOGRAMINES			
Pristinamycine	Sensible	(<=0,5)	de 1 à 2
GLYCOPEPTIDIQUES			
Teicoplanine	Sensible	(<=0,5)	de 4 à 8
Vancomycine	Sensible	(<=0,5)	de 4 à 8
OXAZOLINIDONES			
Linézolide	Sensible	(4)	de 2 à 4
QUINOLONES			
Ofloxacine	Intermédiaire	(1)	de 0.5 à 1
ACIDE FUSIDIQUE			
Acide Fusidique	Résistant	(8)	de 1 à 2
FOSFOMYCINE			
Fosfomycine	Résistant	(>64)	de 31 à 32
RIFAMPICINE			
Rifampicine	Sensible	(<=0,03)	
TETRACYCLINES			
Tétracycline	Sensible	(<=1)	de 4 à 8
SULFAMIDES-TRIMETHOPRIME			
Triméthoprime-sulfaméthoxazole	Sensible	(<=10)	de 38 à 152
NITROFURANES			
Nitrofuranes	Sensible	(<=16)	de 32 à 128

Cystite? Ex 3/3

- Mme B, 71 ans, se plaint d'urines malodorantes

5 GB/mm³,

C albicans: 10³/ml, antifongogramme joint

Cystite? Ex 3/3

- Mme B, 71 ans, se plaint d'urines malodorantes
- 5 GB/mm³,
C albicans: 10³/ml, antifongogramme joint

Candiduries (2)	Ne tt que si symptomatique	<i>Candida sp.</i>	Selon symptômes	fluconazole	400mg J1 200mg	7 à 14 jours	ampho B déoxychol. 0.5 mg/kg ou 5FC
------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------	-------------	-------------------	--------------	--

(2) Candiduries :

Quand asymptomatique (le plus souvent), ne nécessite qu'une correction des facteurs favorisants : changement de sonde, arrêt des antibiotiques.

Quand symptomatique ou fébrile : candidémie (hémoculture, antigène circulant), écho/TDM à la recherche d'une suppuration locale.

Traiter d'abord l'infection bactérienne si elle est associée à la candidurie.

Traiter 7 jours une cystite à *Candida sp.* et 14 jours une pyélonéphrite à *Candida sp.* Drainage chirurgical si suppuration associée.

Pyélonéphrite aiguë

- Quels ex cpts?
- Quel traitement probabiliste?
- Quelle réévaluation?

Pyélonéphrite aiguë

- Quels ex cplts?
- Quel traitement probabiliste?
- Quelle réévaluation?

Néphrite aiguë (PNA) e, sans signe de gravité	Ambulatoire Ttt adapté à 48H	Entéro bactéries	ECBU, (hémocs, écho dans les 24H)	ceftriaxone	1 à 2gx1/j	Relai adapté 7 à 14j : amox si possibl amox/clav, céfixime, cipro, tmp-smx.	7 jours uniquement si ttt par fluoroq.
risque de complication, s signe de gravité (4)	Réévaluation clinique à 72H		Bio, hémocs, ECBU, uroTDM	ceftriaxone	1 à 2gx1/j		7 jours uniquement si amikacine en monothérapie.
PNA grave	Avis urologique Drainage		+ avis réanimateur	ceftriaxone + amikacine	2g x 1/j 30mg/kg/j		Si suspicion BLSE imipeneme + amikacine 3 jours
PNA gravidique	Couvrir listériose si évocateur		hospitalisation recommandée	ceftriaxone +/- amikacine	2g x 1/j 15mg/kg/j		Relai adapté J2 Ttt total 14 jrs

(4) Pyélonéphrite :

Prise en charge graduée selon terrain et signes cliniques. Au minimum : ECBU et réévaluation à 48H.

Le TDM injecté > échographie pour visualiser de petits foyers de néphrite ou des obstacles. Attention aux CI : insuffisance rénale, grossesse.

Pyélonéphrite aiguë

- Quels ex cplts?
- Quel traitement probabiliste?
- Quelle réévaluation?

IU masculine, et prostatite aiguë (5)	Formes simples, si possible, attendre résultats ECBU. Si rétention d'urine, drainage en urgence, si possible par voie urétrale (moins invasif).	Entérobact, seuil 10^3 CFU/ml	BU, ECBU Hémocs Echo rénale et prostatique sus-pubienne dans les 24H. Cs. uro. à distance	ceftriaxone +/- amikacine	1 à 2gx1/j 30mg/kg/j	Relai adapté J2. Ttt total 14 à 21 jrs	ciproflo. 500 mgx2 TMP-SMX « forte », 1cpx2
--	--	---------------------------------------	--	------------------------------	-------------------------	--	---

(5) IU masculine, prostatite :

Présentation clinique hétérogène, tjrs évoquer une prostatite, la PNA isolée est exceptionnelle. Critères d'hospit plus large que chez la femme. TR mais pas de massage prostatique. Pas de PSA à la phase initiale. Ttt symptomatique : antalgiques. AINS et alpha bloquants discutés. Bilan ultérieur : uroTDM APC, cs d'urolgie, +/- débitmètrie, +/- fibro (qd > 40 ans et présence d'un FDR de carcinome urothélial (Tabac)).

IU sur sonde

Sondage intermittent à privilégier

Pas d'ECBU en l'absence de symptômes

Atbproph pour certains patients

Suggested treatment durations:

- 1 day (single-dose): acute uncomplicated cystitis (fosfomicin-trometamol);
- 3 days: catheter-related acute cystitis;
- 5 days:
 - acute uncomplicated cystitis (pivmecillinam or nitrofurantoin),
 - acute cystitis at risk of complications or healthcare-associated acute cystitis (co-trimoxazole or fluoroquinolones);
- 7 days:
 - acute cystitis at risk of complications or healthcare-associated acute cystitis (antibiotics other than co-trimoxazole or fluoroquinolones),
 - acute pyelonephritis (fluoroquinolone or injectable beta-lactam);
- 10 days: severe acute pyelonephritis and/or at risk of complications and/or healthcare-associated and/or antibiotics other than fluoroquinolone or injectable beta-lactam;
- 14 days: community-acquired or healthcare-associated male urinary tract infection (co-trimoxazole or fluoroquinolone).

10.1.2. Cystitis at risk of complications

- 5 days with co-trimoxazole or fluoroquinolone.
- 7 days with other agents (amoxicillin, pivmecillinam, nitrofurantoin, combination of amoxicillin/clavulanic acid, cefixime).

We are currently lacking study data supporting the use of shorter durations.

10.1.3. Healthcare-associated cystitis

- 3 days if symptoms improve following urinary catheter removal in female patients under 75 years of age and in the absence of frailty criteria.
- 5 days with co-trimoxazole or fluoroquinolone.
- 7 days with other agents (amoxicillin, pivmecillinam, nitrofurantoin, combination of amoxicillin/clavulanic acid, cefixime).

However, the authors of a study performed in 1991 [137] observed a similar success rate with a single-dose of co-trimoxazole and with a 10-day treatment in female patients presenting with lower urinary tract infection following catheter removal. Results from this small sample size study (27 female patients) would need to be confirmed.

For neurogenic bladder infections, asymptomatic urinary tract colonization and infection (no treatment required) need to be differentiated from symptomatic urinary tract infection, bearing in mind that these patients present with few symptoms.

With regard to intermittent catheterization, Mohler et al. [138] observed that a microbiologically tailored 10-day antibi-

IV - ORL

Amygdalite

Place du TDR

formes aiguës (1)	A. érythématopultacées ou A. pseudomembraneuses	Virus <i>S. pyogenes</i> EBV diphthérie	Le plus souvent, diagnostic clinique	Strepto. : amoxicilline : 1g x 3, 1 semaine A. Vincent : Métronidazole, 500mg x 3, 10j	Si strepto : azithromycine 2cps à J1 puis 1cp/j qsp 4j. pristinamycine : 1gx3
	A. ulcéreuses	A. de Vincent hémopathie Syphilis	Si possible : Streptotest® +/- plvt. pharyngé.	Herpès : aciclovir dans les formes sévères, 5mg/kg/8H (Perf d'1H) MNI : Corticoïdes dans les formes sévères	
	A. vésiculeuses	HSV, VZV, coxsackie	Selon : NFS, CRP sérologies	Syphilis : Pénic G retard 2,4M Dans tous les cas : traitement symptomatique (antalgique, antipyrétique)	

IV - ORL

Suggested treatment durations:

- 5 days:
 - acute otitis media (AOM) in children from 2 years of age, without any relapse nor any otorrhea,
 - adult maxillary sinusitis;
- 6 days:
 - group A streptococcal tonsillitis treated with amoxicillin;
- 10 days:
 - AOM in children aged below 2 years, or recurrent AOM, or AOM associated with otorrhea,
 - pediatric maxillary sinusitis,
 - frontal sinusitis.

V- Poumons



Pneumopathie communautaire

- Sébastien, 40 ans, sans antécédent autre qu'un RGO sous IPP au long cours
- Pas d'intoxication tabagique
- Cadre commercial, un enfant de 4 ans et demi
- Vers le 20/06/16: fièvre + toux grasse d'aggravation progressive
- Cs médecin traitant le 26/06:
 - 38°5, crépitants des deux bases
 - Pas d'examen complémentaire
 - Amoxicilline 3 g/J

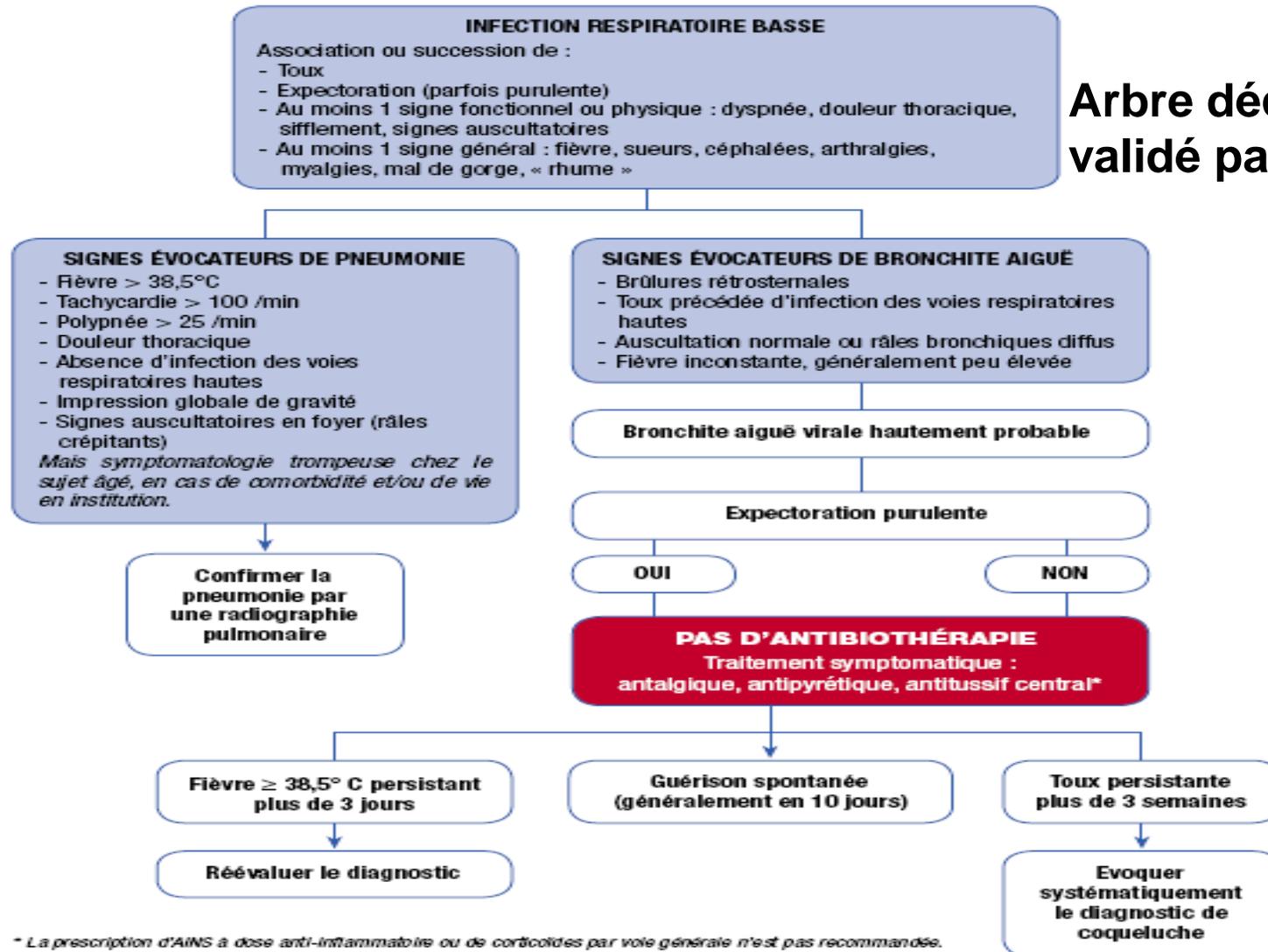
Que penser de l'attitude du médecin ?

Que penser de l'attitude du médecin ?

- Indication théorique (et HAS) à une radiographie thoracique :
 - mais celle-ci n'est pas toujours disponible facilement
 - mais celle-ci est parfois faussement négative, TDM beaucoup plus sensible
 - la radiographie aurait pu donner un argument de plus pour choisir un macrolide si elle avait mis en évidence un syndrome interstitiel
- Si on évoque une pneumonie, devant un tableau progressif sans signe de gravité chez un sujet jeune, on évoque plutôt **les intracellulaires** qui requièrent un macrolide mais ce n'est pas une erreur de privilégier le traitement du pathogène le plus grave, le pneumocoque
- Il eût fallu donner un rendez-vous de suivi à Sébastien (réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h)

Chez l'adulte de moins de 75 ans et sans comorbidité D'après les recommandations de l'AFSSAPS (octobre 2005)

Arbre décisionnel validé par la HAS

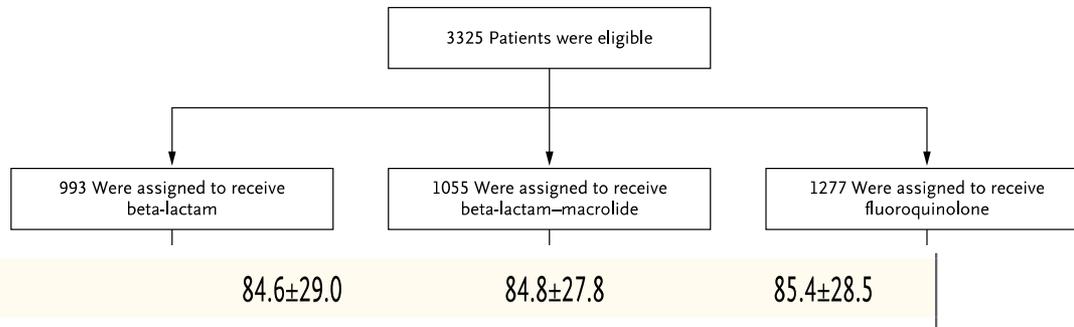


* La prescription d'AINS à dose anti-inflammatoire ou de corticoïdes par voie générale n'est pas recommandée.

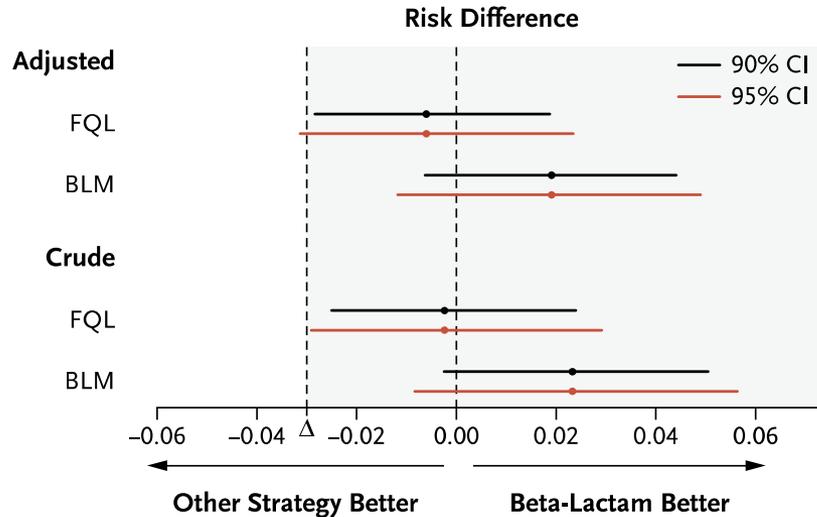
→ Pour en savoir plus
<http://afssaps.sante.fr>

ORIGINAL ARTICLE

Antibiotic Treatment Strategies for Community-Acquired Pneumonia in Adults



A Intention-to-Treat Analysis



Changement antibiotiques

- bétalactamines: 8.8%
- association: 6.1%
- FQ: 3,7%

Pneumopathie communautaire (suite)

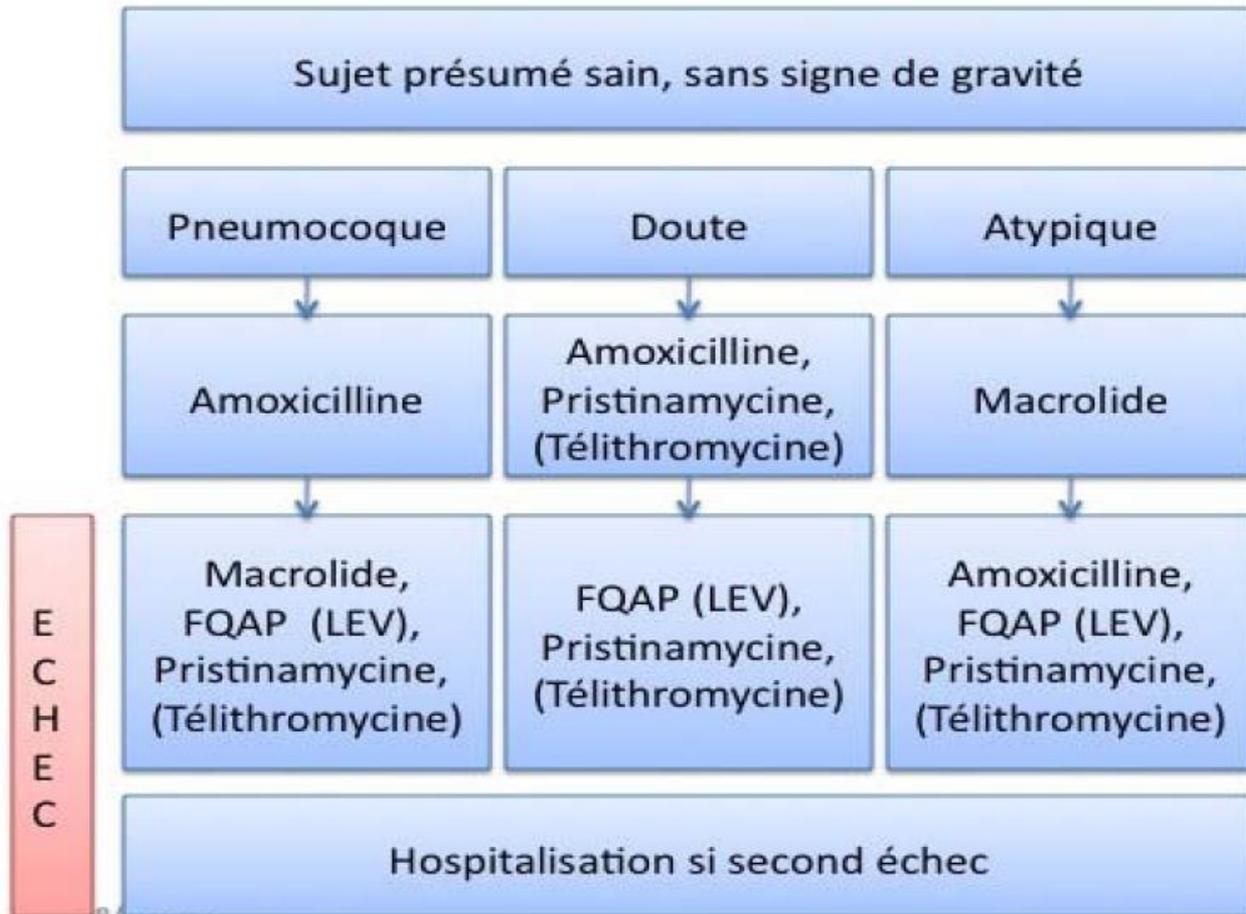
- Le 1/07, Sébastien est toujours fébrile et se sent essoufflé y compris au repos, il retourne voir son médecin traitant
- Pas d'examen complémentaire
- Ceftriaxone 2 g/ j IM

Que penser de l'attitude du médecin ?

Que penser de l'attitude du médecin ?

- Il eût fallu tenir compte de la dyspnée de repos chez un homme jeune = évaluation hospitalière
- Antibiothérapie non conforme aux recommandations: il eût fallu changer de classe thérapeutique: macrolide (ou fluoroquinolone « antipneumococcique » = lévofloxacine)

ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité



Critères d'hospitalisation PAC

- Les signes de gravité, les comorbidités, la situation sociale vont décider de l'hospitalisation. Le bon sens clinique est déterminant.
- Les scores les plus utiles pour une aide à l'orientation des patients et de la gravité:
 - CRB 65 : confusion, fréquence respiratoire > 30/mn, TA < 9/6, âge > 65. La présence d'un critère oriente vers une hospitalisation.
 - Le score de Fine, plus complet : démographie, comorbidités, examen physique, biologie : <http://www.urgences-serveur.fr>

Pneumopathie communautaire (suite)

Le 4/07, Sébastien se sent mal, il consulte aux urgences du CH de Sète:

- Température: 41°C, FR: 30/min, tirage
- PaO₂: 45 mm Hg, PaCO₂ 28 mm Hg
- Pas d'hyperleucocytose
- Bilan hépatique, CPK et natrémie normaux
- CRP 215 mg/L
- Antigénurie légionelle négative
- Radiographie: pneumopathie interstitielle
- Un traitement par lévofloxacine est débuté associé à une oxygénothérapie au masque haute concentration

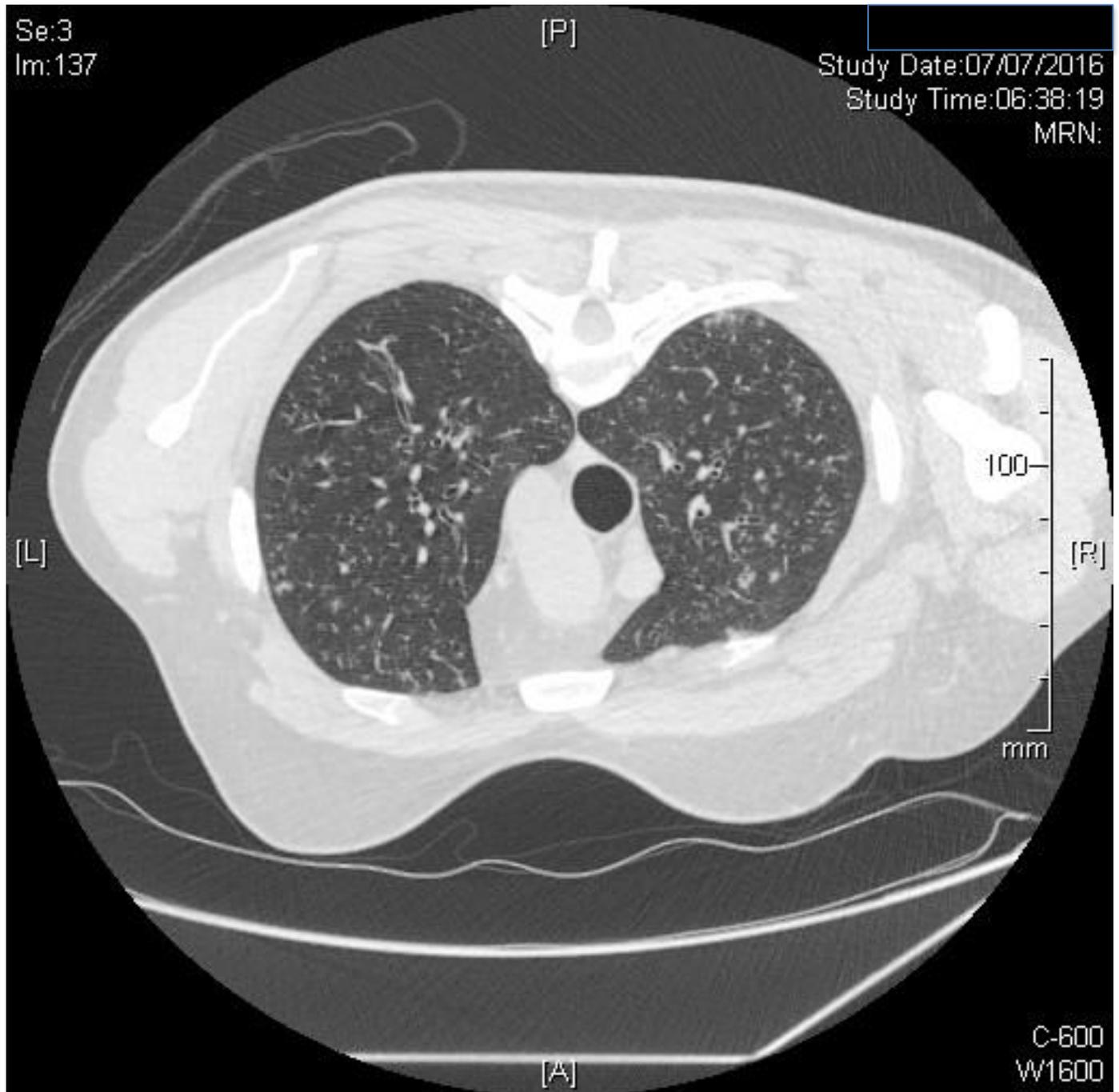
Se:3
Im:137

[P]

Study Date:07/07/2016
Study Time:06:38:19
MRN:

**Multiples
nodules
bronchogènes
=
broncho-
pneumonie
diffuse**

[L]



[R]

100
mm

[A]

C-600
W1600

Pneumopathie communautaire (suite)

Dans la nuit du 4/07 au 5/07, transfert au CHU de Montpellier en soins intensifs:

- Ventilation non invasive par Optiflow[®]
- Poursuite de la lévofloxacine
- Adjonction de pipéracilline-tazobactam

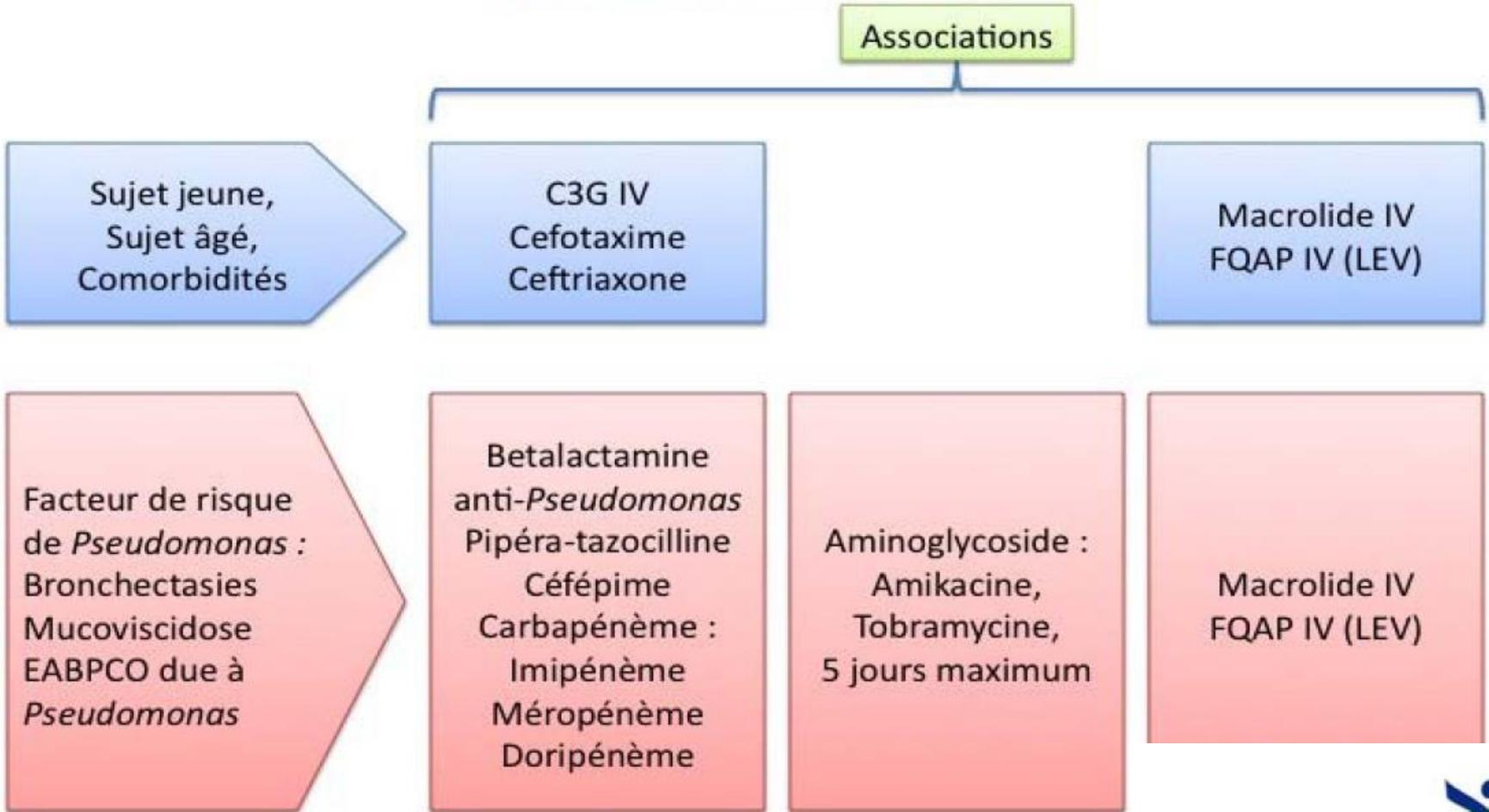
Que penser du choix antibiotique
des réanimateurs ?

Que penser du choix antibiotique des réanimateurs ?

- Antibiothérapie non conforme aux recommandations: pas d'indication à un traitement anti-*Pseudomonas aeruginosa*
- Toutefois, l'échec de la C3G et la gravité pouvaient inciter à la prudence en attendant les résultats des prélèvements

ABT Probabiliste des PAC Graves (USI, Réanimation)

Associations



Pneumopathie communautaire (suite)

Bilan étiologique:

- Hémocultures stériles
- Antigénurie légionelle négative
- PCR sur sécrétions naso-pharyngées: positive pour *Mycoplasma pneumoniae* (PCR spécifique)

- Arrêt pipéracilline-tazobactam et lévofloxacine, initiation spiramycine IV puis clarithromycine per os pour 10 jours
- Amélioration rapide: sortie de réanimation le 9/07 et de l'hôpital le 13/07

Exacerbation de BPCO

- Mr M 55 ans, BPCO connue, séjour en réa il y a 2 ans pour surinfection à *P. aeruginosa*
- Toux grasse depuis 5 jours
- Expectoration verdâtre

=> Quelle est votre CAT?



GOLD 2017 Report: Chapters

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease



GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS,
MANAGEMENT, AND PREVENTION OF
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
2017 REPORT

1. Definition and Overview
2. Diagnosis and Initial Assessment
3. Evidence Supporting Prevention & Maintenance Therapy
4. Management of Stable COPD
5. Management of Exacerbations
6. COPD and Comorbidities

Exacerbation de BPCO

- 3 critères:
 - Aggravation dyspnée (EFR base +++)
 - Augmentation vol expectoration
 - Purulence de l'expectoration
- Le plus souvent Il infection, mais non constante. A distinguer de la colonisation, constante: pas d'ECBC
- Critères d'infection:
 - Fièvre
 - Anomalies Rx thorax

Exacerbation de BPCO

- Prise en charge multifactorielle
- Ttt exacerbation:
 - Intensification B/D anticholinergique
 - Intensification béta2 mimétique
 - +/- corticothérapie
 - Kinésithérapie respiratoire
 - Antibiotiques : non systématique (si infection patente) : pyostacine ou AMC en 1ere intention
 - Réévaluation à 48H (recherche pyo et aspergillus)

Deux vaccins complémentaires et un seul schéma vaccinal pour mieux lutter contre les infections à pneumocoque des adultes à risque

- Une dose de vaccin 13-valent Prevenar 13 ;
- Puis une dose de vaccin 23-valent Pneumo 23 deux mois plus tard.

3.2. Un groupe à risque intermédiaire ou moyen. Il s'agit de personnes immunocompétentes (c'est-à-dire dont le système immunitaire fonctionne normalement) mais prédisposées aux infections à pneumocoque du fait d'une maladie sous-jacente. En voici la liste :

- cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;
- insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème ;
- asthme sévère sous traitement continu ;
- insuffisance rénale ;
- hépatopathie chronique d'origine alcoolique ou non ;
- diabète non équilibré par le simple régime ;
- patients présentant une brèche ostéo-méningée, un implant cochléaire ou candidats à une implantation cochléaire.

3.3. Un groupe à haut risque, constitué d'immunodéprimés chez qui les infections sont encore plus fréquentes et graves.

- aspléniques ou hypospléniques (incluant les drépanocytoses majeures) ;
- atteints de déficits immunitaires héréditaires ;
- infectés par le VIH, quel que soit le statut immunologique ;
- sous chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne ;
- transplantés ou en attente de transplantation d'organe solide ;
- greffés de cellules souches hématopoïétiques ;
- traités par immunosuppresseur, biothérapie ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;
- atteints de syndrome néphrotique.

4. Lower respiratory tract infections

Suggested treatment durations:

- 5 days:
 - COPD exacerbations,
 - pediatric community-acquired pneumonia;
- 7 days: adult community-acquired pneumonia.

A favorable clinical and/or biological outcome could lead to reducing treatment duration (3–5 days), but literature data is still scarce. Studies are currently ongoing.

VI - Peau



Cette femme de 50 ans, sans antécédents ni traitements particuliers, présente cette éruption depuis 1 semaine.

Il s'agit d'une lésion maculeuse centrée par une petite croûte. Cette lésion arrondie s'étend avec une bordure périphérique plus érythémateuse que le centre.

Cette lésion est unique. Elle n'est pas prurigineuse.

Le reste de l'examen clinique est normal.

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

- Le diagnostic est celui **d'érythème chronique migrant**, pathognomonique de la phase primaire d'une **Maladie de Lyme**.
- Elle est due à un spirochète du genre *borrelia*.
- Le point de piqûre central, l'évolution centrifuge l'absence de signes inflammatoires locaux et de prurit permettent d'écartier les autres diagnostics : érysipèle, mycose, eczéma, vascularite...
- Cet érythème survient 3 à 30 jours après l'inoculation. En l'absence de traitement, il persiste environ 1 mois avant de pâlir et disparaître sans séquelles. Puis peuvent survenir les phases secondaires puis tertiaires
- Le diagnostic est avant tout clinique. Les examens sérologiques ne sont pas standardisés et les titres limites sont les plus fréquents. (cette patiente avait un titre au 1/128).
- Le traitement a pour but de guérir les manifestations cliniques et d'éviter l'évolution. De nombreux antibiotiques sont actifs sur les borrélioses. En pratique on utilise une bétalactamine ou une cycline pour une durée de 21 jours.

Orientation diagnostique d'une éruption infectieuse

Purpura
vasculaire
inflammatoire



Erythème papuleux
des MI



Eruption maculeuse
fébrile



Eruption maculo-
papuleuse non
prurigineuse



Ulcère de jambe



Ulcère de jambe

- Soins locaux,
 - Désinfection, quels produits : betadine, chlorhexidine, serum phy
 - Sels d'argent
 - VACtherapie
 - Antibiotiques topiques

Ulcère de jambe

- Soins généraux
 - Vasculaire +++
 - Place de l'antibiothérapie :
 - Signes de DHB, écoulement purulent, signes généraux
 - S'assurer de l'absence d'osteite
 - 0 plvts
 - AMC ou macrolides apparentes 15 jours

PEAU



- Toutes les plaies sont colonisées
- Tous les écouvillons seront positifs
- L'écouvillon met en évidence des germes non pathogènes
- Les seuls prélèvements pertinents sont des prélèvements profonds : aspiration à l'aiguille ou biopsie du bord de l'ulcère
- Les prélèvements sont réalisés en cas de suspicion d'infection et relèvent d'une expertise spécialisée

DHB *S. pyogenes* après AINS



Inflammation aigue a J5 d'une PTG



13. Skin and soft tissue infections

Suggested treatment durations:

- 3 days: superficial skin infections (when antibiotics are indicated);
- 5 days: preemptive treatment for animal bites;
- 7 days: bacterial cellulitis, including erysipelas, wound infections, and extensive skin abscess (lesion $> 75 \text{ cm}^2$).

VII - Diarrhée

Diarrhées : qui est le coupable

Cas N° 1

Madame B. 84 ans, myélodysplasie avec 900 PNN/mm³.

Hospitalisation pour infection urinaire et bronchopathie infectieuse.

Atbthérapie: amoxicilline et ciprofloxacine.

Elle sort, et 5 jours plus tard présente des douleurs abdominales, des diarrhées profuses avec du sang dans les selles, diurnes et nocturnes jusqu' à 10/jour...

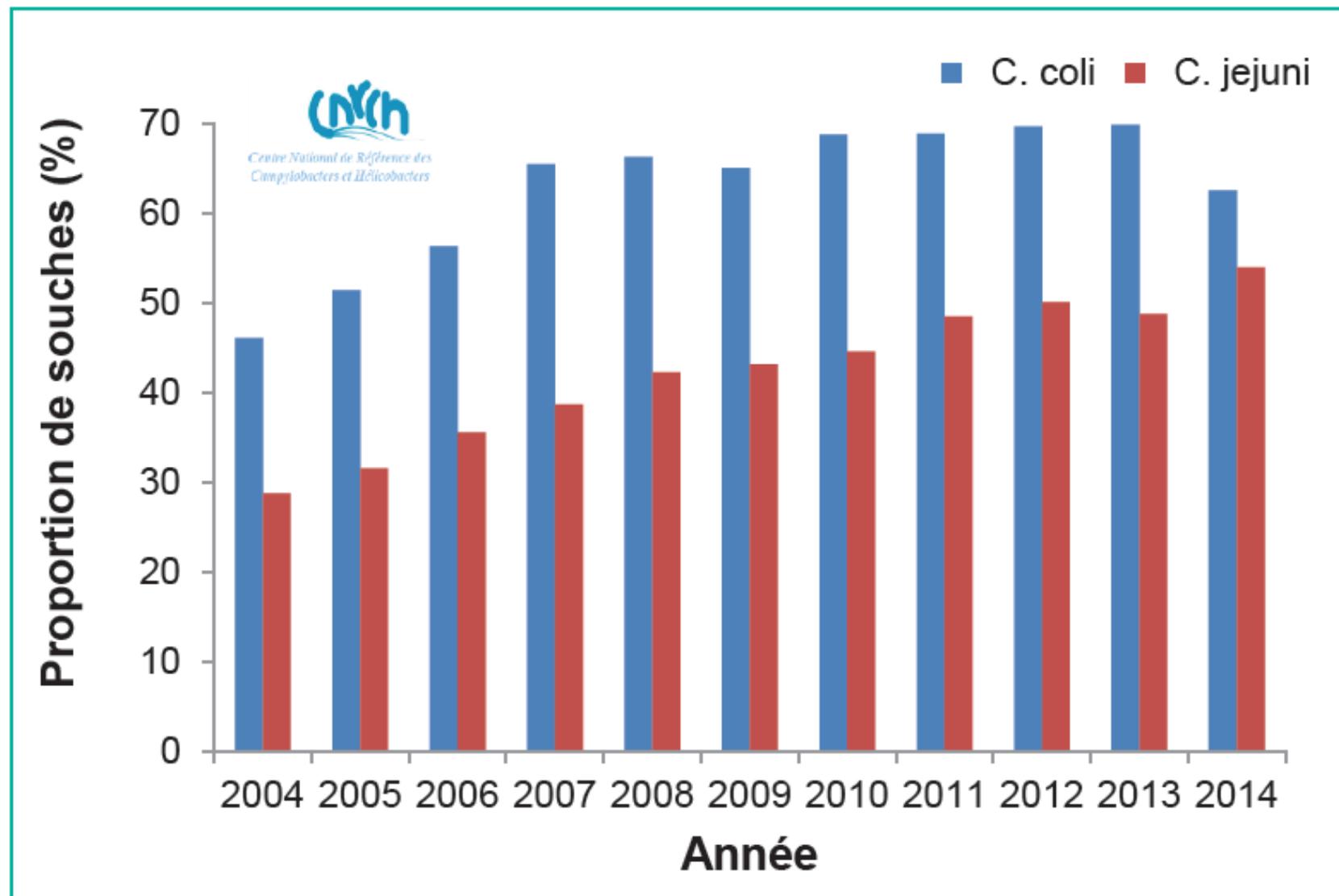
Diarrhées associées aux antibiotiques

- 25% des antibiothérapies
 - surtout large spectre
 - surtout orales
- Colite pseudo-membraneuse
 - Surtout *C. difficile*
 - Fréquent hôpital, EHPAD (3% de porteurs).
 - Epidémique, nosocomial (souche O27)
 - Hopital : 25 000 cas/an, 1000 deces
 - En ville : 1,5% des antibiotherapies

Diarrhées associées aux antibiotiques

- Diagnostic
 - Immunoenzymatique
 - PCR
- Prise en charge
 - Arrêt atbt incrimine, suffit dans $\frac{1}{4}$ des cas
 - Metronidazole, puis vancomycine si besoin
 - ReH₂O
 - PCC
 - Fidaxomicine, voire transplant. fecale

Résistance à la ciprofloxacine chez les souches humaines de *Campylobacter* rapportées par les laboratoires d'analyses de biologie médicale de ville, France, 2004-2014 données CNR des *Campylobacters* et *Hélicobacters*



9. Intra-abdominal infections (IAI)

Suggested treatment durations:

- ≤ 24 hours:
 - digestive perforation, with surgery,
 - non-perforated appendicitis, with surgery,
 - uncomplicated cholecystitis, with surgery performed within 24 hours;
- 3 days:
 - localized community-acquired peritonitis, with surgery or drainage,¹
 - angiocholitis, with drainage,
 - acute diarrhea requiring antibiotic therapy;
- 4 days: generalized community-acquired peri-
- 5 days:
 - community-acquired ascitic fluid infection,
 - typhoid fever (if azithromycin);
- 8 days:
 - postoperative peritonitis if the empirical antibiotic therapy is active against bacteria isolated during the procedure;
- 10 days: toxin-secreting *Clostridium difficile* infection.

VIII - Rappel sur les fluoroquinolones

- bactéricides avec une activité concentration dépendante
- biodisponibilité équivalente par voie orale ou IV (sauf ciprofloxacin : 70%)
- diffusent largement dans les tissus (dont l'os, la prostate, le rein...) et les macrophages

FQ : Leur potentiel de sélection de résistance impose certaines limites :

- 1/4- Pas de prescription en probabiliste pour les patients ayant reçu une quinolone dans les 6 mois (quelle que soit l'indication)
- 2/4- Utilisation à fortes doses, et en association sur certaines espèces (*P. aeruginosa*, *S. aureus*).

FQ : Leur potentiel de sélection de résistance impose certaines limites :

- 3/4 En raison de résistances par paliers, éviter de prescrire une FQ s'il y a une résistance de 1er niveau. Si c'est indispensable, il faut de fortes doses et y associer une autre molécule.
- 4/4 Choisir la FQ la plus active sur la bactérie isolée ou présumée et celle ayant la meilleure PK au site de l'infection



Ne pas prescrire de FQ

Recommandations SPILF2015

- si un autre antibiotique peut être utilisé (notamment pour la moxifloxacine)
- si patient déjà traité par FQ il y a moins de 6 mois
- pour une durée inférieure à celle recommandée
- pas de norfloxacine (hors ISA)
- pas de ciprofloxacine sur un staphylocoque/streptocoque
- en monothérapie dans : IOA à *S.aureus*, pneumonies nosocomiales, salpingites, endométrites



Réserver la moxifloxacine aux cas où aucun autre antibiotique ne peut être utilisé (y compris les autres FQ)

FQ: Indications en première intention en traitement probabiliste : limitées

- Inf urinaires : non
- Sinusites : non
- Diarrhée aiguë fébrile : non
- Salpingite/endométrite : non
- Neutropénie fébrile (<7j, sans signe de gravité,) : ciproflo ou lévoflo, associée AMC
- Pneumopathies en réanimation : en association

FQ : Indication en premier choix sur atbg montrant une souche sensible

- Infection ostéo-articulaires : ofloxacin ou ciprofloxacine ou lévofloxacine, en association
- IU masculine : ofloxacin ou ciprofloxacine ou lévofloxacine (en probabiliste, une C3G est préférable)
- Pyélonéphrites aiguës à risque de complication et PNA graves

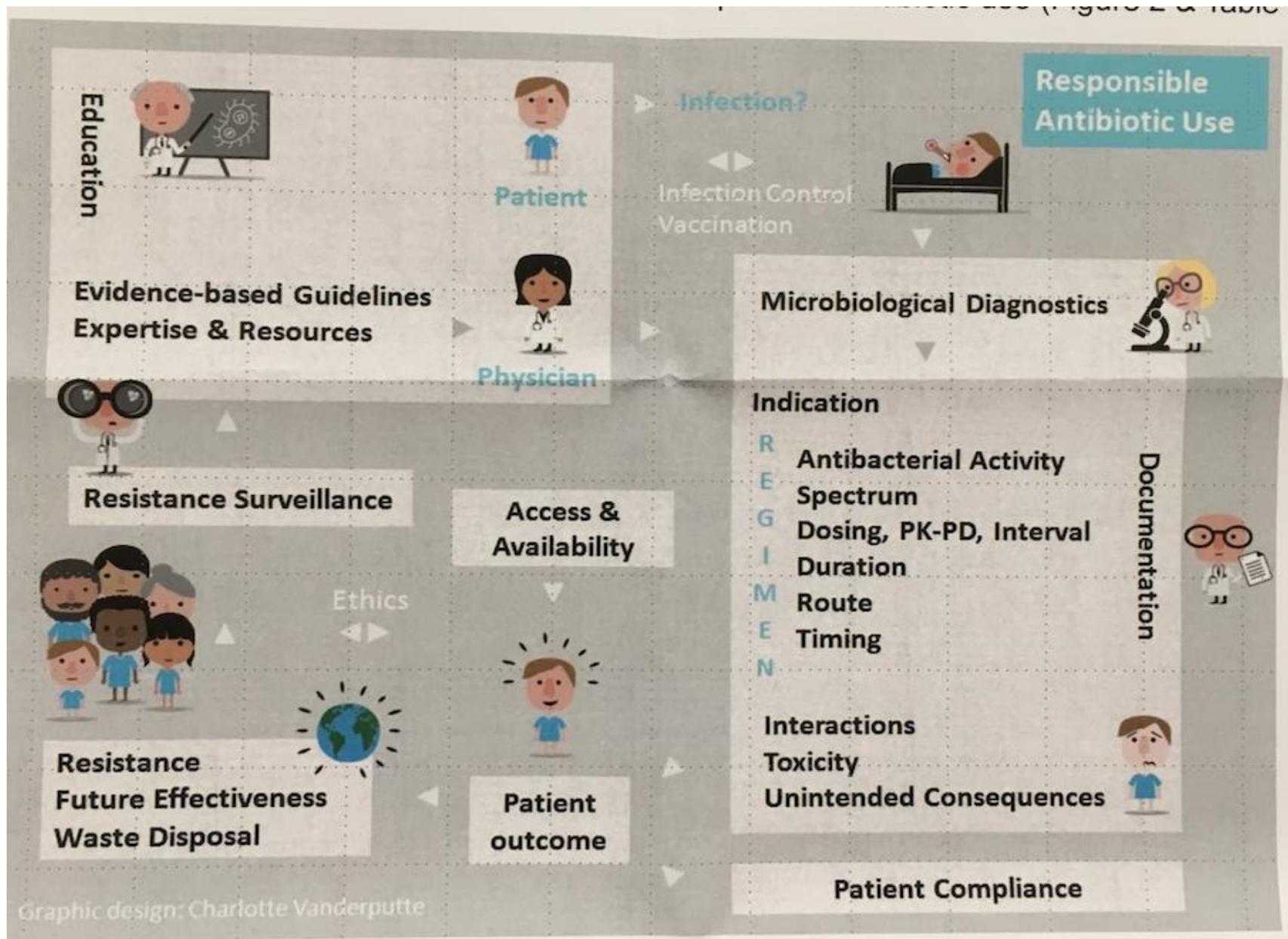
FQ: Indication en 2ème intention, si l'ATB de 1er choix ne peut être utilisé

- Allergie vraie aux β -lactamines : infections pulm, abdo, neuro, BPCO...
- Pneumonie associée aux soins : si FDR BMR (ciprofloxacinine) et aminoside non utilisable. Associé à β -lactamine.
- Ttt probabiliste des cystites aiguës à risque de complication (oflo-cipro)

IX - Ameliorer la prescription

Qu'est-ce qu'une utilisation responsable d'antibiotiques

Les 22 elements pris en compte



Eviter le mésusage des atbts

- Vente à l'unité
- Ordonnance dédiée
- Limitation des spécialités commercialisées
- (ex: Piperacilline/acide clavulanique, Colimycine)
- Limitation de prescription à certaines molécules en ville
- Antibiogrammes limités

Tampon du médecin

Identification patient

Le / / 20

- Prescription relative au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) – AFFECTION EXONERANTE
 - Prescription sans rapport avec l'affection de longue durée – MALADIE INTERCURRENTE
-

Votre docteur vous a prescrit un antibiotique

Les antibiotiques sont des médicaments à part.

Ils doivent être utilisés à bon escient pour préserver leur efficacité.

Il est essentiel que vous respectiez le dosage et la durée prescrits par votre docteur.



VOUS VENEZ DE RECEVOIR UNE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES...

LISEZ CES INFORMATIONS UTILES et apprenez comment éviter les erreurs les plus fréquentes lors de l'utilisation d'antibiotiques :

- ✓ **Respectez rigoureusement le dosage et la durée du traitement prescrit**
Votre médecin vous a prescrit la posologie à respecter: nombre de prises par journée, quantité à prendre lors d'une prise, durée du traitement, avant, pendant ou après le repas...
Cette posologie vous garantit l'efficacité optimale de vos antibiotiques.
- ✓ **N'oubliez pas de prise**
L'oubli d'une prise peut **retarder inutilement votre guérison** et nécessiter une durée de traitement prolongée.
- ✓ **Ne partagez pas vos antibiotiques avec d'autres personnes**
Votre traitement a été prescrit pour vous, et correspond à votre besoin personnel.
- ✓ **N'arrêtez pas votre traitement prématurément**
Respectez la durée de traitement prescrit, même si vos symptômes se sont améliorés et que vous vous sentez déjà mieux. Ceci est nécessaire parce que les bactéries ne sont détruites que progressivement dans votre corps. La durée de prescription dépend du type d'infection et d'antibiotiques prescrits, ainsi que de votre état de santé.
- ✓ **Ne gardez pas des restes d'antibiotiques pour les réutiliser ultérieurement**
Ramenez-les chez votre pharmacien.

POURQUOI CES INFORMATIONS SONT-ELLES AUSSI IMPORTANTES ?

A cause de l'utilisation trop fréquente et inadéquate d'antibiotiques, de nouvelles bactéries résistantes se sont développées, contre lesquelles les antibiotiques à notre disposition n'agissent plus. Ainsi, des maladies infectieuses peuvent devenir de plus en plus dangereuses et difficiles à soigner.

Aujourd'hui 25 000 personnes décèdent chaque année dans l'UE, des suites d'infections par des bactéries ultrarésistantes, contre lesquelles il n'existe plus de traitements efficaces. Aidez-nous à arrêter cette progression en apprenant à utiliser les antibiotiques à bon escient.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN, VOTRE PHARMACIEN OU WWW.SANTE.LU



EUROPEAN
ANTIBIOTIC
AWARENESS DAY



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la santé

Antibiogrammes ciblés

- Antibiogramme adapté au site et au germe
- Pour:
 - Limiter les choix et épargner certaines classes
- Contre:
 - Nombreux paramètres non pris en compte
 - Forme clinique de la maladie
 - Allergie éventuelle
 - Interactions médicamenteuses
 - ...

**Equipe Mobile
d'Infectiologie de
l'hôpital Ducuing**

EMIID

Coordonnateur : Dr Eric Bonnet

Hôpital Joseph Ducuing
15, Rue de Varsovie, BP 53160
31027 TOULOUSE CEDEX 3

 **05 61 77 50 42 (secrétariat 8h30-18h)**

 **05 61 77 50 44 (ligne directe
infectiologues 14h-18h)**

Fax 05 81 91 86 79

Mails : emid@hjd.asso.fr
secretariat.emid@hjd.asso.fr

EMID

ETABLISSEMENTS PARTENAIRES



Hôpital Joseph Ducuing



Clinique Médipôle Garonne



Clinique Pasteur



Clinique de l'Union

Nous prenons soin de vous



Capio

Clinique des Cèdres



Capio

Polyclinique du Parc



Capio

Clinique Saint Jean Languedoc



Clinique d'Occitanie



Clinique Monié



Clinique des Minimes

- Disponible
- Ce n'est pas – ou rarement – une recette, mais une réflexion
- Fonctionnement en équipe
- Soutien de l'administration et logistique hospitalière
- Financement ARS : ouverture MG

CONCLUSION

- Vraie urgence antibiotique : rare et « facile »
- Antibiothérapie indiscutable : bien codifié
- Antibiothérapie discutabile : fréquent et « difficile » =>
 - Le plus souvent, n'aurait pas été nécessaire, MAIS...
 - D'où l'intérêt de :
 - Arguments paracliniques
 - **REEVALUATION**