

Antibiothérapie en EHPAD Quelles indications ?



Sylvain Diamantis
Infectiologue, Melun
3/04/2014



Deux objectifs

1. Traiter efficacement
 2. Prévenir les résistances
- =
- moins prescrire d'antibiotiques**

**Objectif individuel
GUERIR**

**Objectif collectif
Prévenir l'émergence des
BMR**

YearTo: 2003



Proportion of Fluoroquinolones (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2003

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundes/TESSy



Proportion of Fluoroquinolones (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2009

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundes/TESSy

YearTo: 2003



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2003

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundes/TESSy



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2003

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundes/TESSy



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Escherichia coli* isolates in participating countries in 2010

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundas/TESSy



Proportion of 3rd gen. cephalosporins (R+I) resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates in participating countries in 2009

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundas/TESSy



Proportion of Carbapenems (R+I) resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates in participating countries in 2006

Percentage resistance

- < 1%
- 1 to < 5%
- 5 to < 10%
- 10 to < 25%
- 25 to < 50%
- ≥ 50%
- No data reported or less than 10 isolates
- Not included

Liechtenstein
Luxembourg
Malta

(C) ECDC/Dundas/TESSy

Firefox

Trois morts à l'hôpital de Massy : alerte à...

<http://www.leparisien.fr/essonne-91/trois-morts-a-l-hopital-de-massy-alerte-a-la-bacterie-tueuse-30-08-2011-1584354.php>

Actualité > Essonne

EXCLUSIF. Trois morts à l'hôpital de Massy : alerte à la bactérie tueuse

Contamination. La *Klebsiella pneumoniae*, qui attaque les poumons et les voies respiratoires, a provoqué en juillet le décès de trois patients à l'hôpital privé Jacques-Cartier de Massy (Essonne).

Florian Loisy et Alexandra Echkenazi | Publié le 30.08.2011, 07h00

Recommander 876 recommandations. Inscription pour voir ce que vos amis recommandent.



La *Klebsiella pneumoniae* est le nom de la bactérie à l'origine de trois décès cet été à l'hôpital de Massy (Essonne). Un microbe connu des médecins mais qui résiste désormais aux antibiotiques. L'établissement a dû rappeler 180 patients pour vérifier qu'ils ne sont pas infectés.

1/2



Proportion of Carbapenems Resistant (R+I) *Klebsiella pneumoniae* Isolates in Participating Countries in 2012

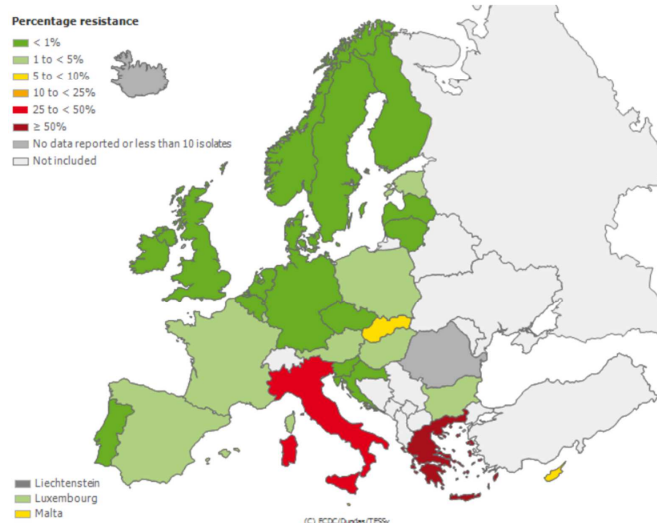
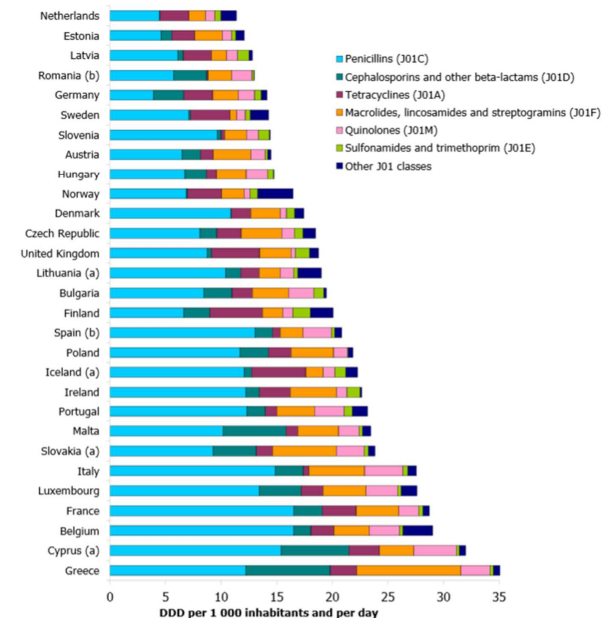


Figure 3.1. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) at ATC group level 3 in the community, EU/EEA countries, 2011, expressed as DDD per 1 000 inhabitants and per day



Evolution de la consommation en France

Trend of the consumption in the community (primary care sector) of ATC group J01 expressed in DDD per 1000 inhabitants and per day

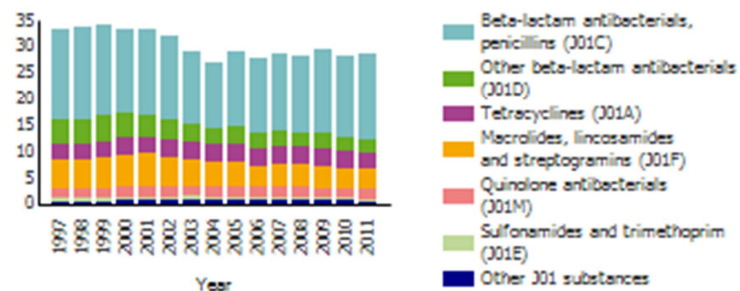
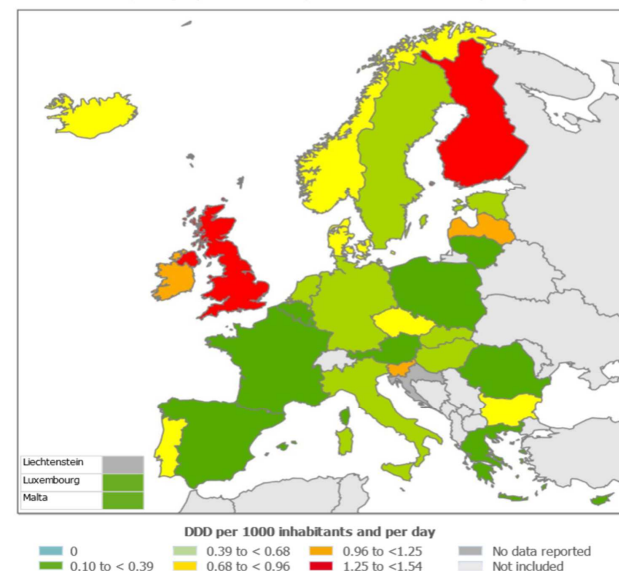
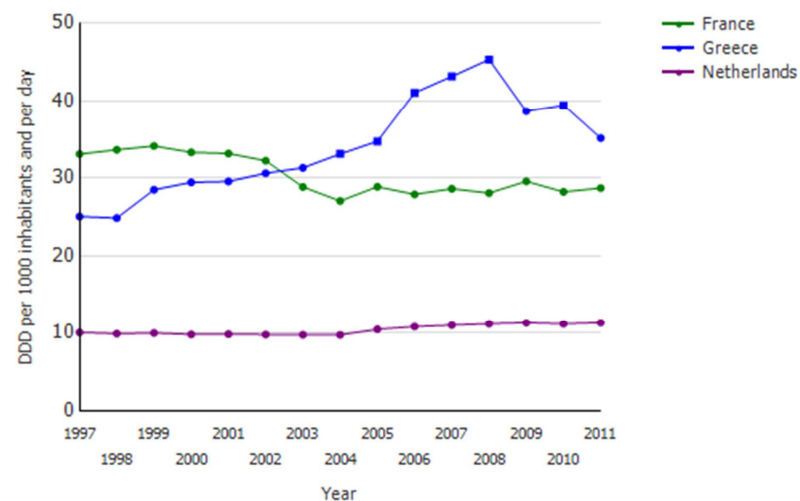


Figure 3.16. Consumption of sulfonamides and trimethoprim (ATC group J01E) in the community, EU/EEA countries, 2011, expressed as DDD per 1 000 inhabitants and per day



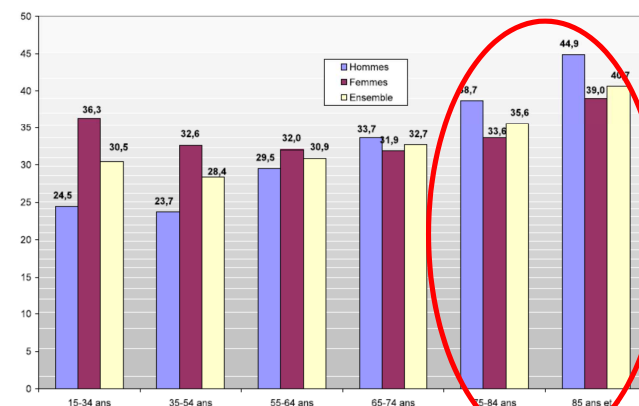
Cyprus, Iceland, Lithuania and Slovakia provided total care data, i.e. including the hospital sector. Romania and Spain provided reimbursement data, i.e. not including consumption without a prescription and other non-reimbursed courses.

Trend of the consumption of antimicrobials in ATC group J01 (antibacterials for systemic use) in the community (primary care sector) in France, Greece and Netherlands from 1997 to 2011



consommation selon les tranches d'âge

Figure n° 5 : Variations de la consommation selon les tranches d'âge



Source : CNIAMTS & Atssaps

EHPAD ET EBLSE

- Les SSR-SLD sont des réservoirs de EBLSE
 - SSR Irlandais 40-75% de portage rectale d'*E.Coli* BLSE Rooney. JAC 2009
 - SSR Italien 64% March.CMI 2009
 - APHP E Blse /1000jH: 0,07 (1996) - 0,28 (2005) Nicolas-Chanoine CMI 2008
- Les EPHAD sont le lieux d'épidémies d'infections urinaire a *E.Coli* BLSE Martin. SFHH 2010

Antibiothérapie en EHPAD

- Prévalence : 7,5-8% des patients sous antibiothérapie
- Indication: 48-58% pour IU
- Adéquation aux recommandations:
 - Initiation justifié: 62%
 - Documentation: 57%
 - Traitement adapté: « très faible » ,22-82%

Warren. Am Geriatr Soc 1991

Zimmer. J Am Geriatr Soc 1986

Jones. Am J Med 1987

Pression de sélection et résistance

- Atcd d'antibiothérapie = FDR de portage de BMR

Leclercq.CID 2006

- Egalement observé en EHPAD pour le EBLSE

Muder. Infect Control Hosp Epidemiol 1997

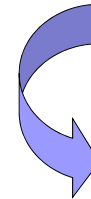
Wiener.JAMA 1999

Loeb. Am J Epidemiol 2003

Que faire ?

- Maîtrise de la consommation des antibiotiques:

- ☐ « Bon usage »
- ☐ « moindre usage »

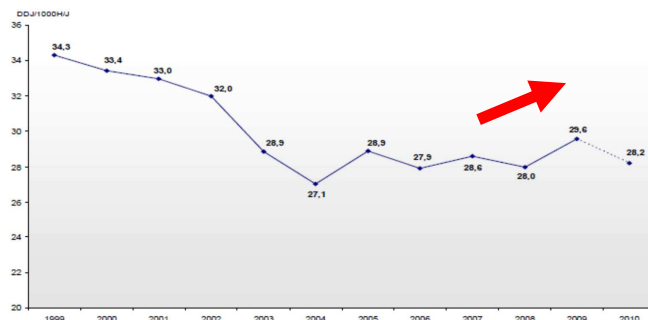


Efficacité démontrée de programme de control en EHPAD

- 7 vs 10,5 DDJ pour les traitements d'IU dans le bras intervention .
- Mais pas de diminution globale du volume sur l'éhapd.

Loeb. BMJ 2005

Évolution de la consommation des antibiotiques en ville



Source : Atssaps

La consommation est présentée en nombre de Doses Définies Journalières pour 1000 Habitants et par Jour (DDJ/1000H/J). Définie par le « Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology » de l'OMS, la DDJ, ou posologie standard pour un adulte de 70 Kg, permet de calculer, à partir du nombre d'unités vendues, et en fonction du nombre d'habitants, la consommation de chaque molécule.

Recommandations

Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Consensus formalisé d'experts
Juin 2009



4 Politique antibiotique en ÉHPAD

4.1 Mise à disposition de recommandations de pratique clinique

- 247** Il est recommandé de rédiger, de diffuser un guide de bon usage des antibiotiques en ÉHPAD. **Accord fort**

4.2 Consultation téléphonique d'aide à la prescription antibiotique

- 248** Il est recommandé que l'ÉHPAD identifie son référent en antibiothérapie. **Accord fort**

Action de l'ARS IDF 2012



KIT ANTIBIOTIQUE

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Accès Rapide | Emploi

L'ARS Ile-de-France | L'offre de soins et médico-sociale | Santé publique | Appels à projets et financements | Professionnels de santé et partenaires | Démocratie sanitaire

Accueil > Actualités à la une > 11-10-2012 - Bon usage des antibiotiques en EHPAD : des prélèvements bactériologiques à la prescription

Actualités

- Actualités à la une
 - Toutes les actualités
 - Actualités - Archives
 - Tout l'agenda
 - Toutes les brèves
 - Brèves - Archives
 - Communiqués de presse

Flux RSS

Services en ligne

- Espace presse
- PDSSES
- Cahier des charges PDSA
- CartoSanté Ile-de-France
- Professionnels : MDO ou autres signalements
- Permanence IVG
- Implants mammaires (PIP)
- Twitter @ARS_IDF
- Accès aux documents administratifs - PRADA

Bon usage des antibiotiques en EHPAD : des prélèvements bactériologiques à la prescription

Ce colloque est organisé par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France.

Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 concerne les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) au même titre que les hôpitaux et le secteur ambulatoire. L'OMEDIT (Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques) et l'ARS (Agence Régionale de Santé) Ile de France, ont souhaité soutenir et accompagner les professionnels des EHPAD de la région.

Dans ce but, un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels de terrain et d'experts* a élaboré un kit d'information et de formation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques en EHPAD (outils de formation destinés aux soignants centrés sur la «juste réalisation» des examens bactériologiques ; plaquette d'information destinée aux résidents et aux familles ; guide de prescription des antibiotiques adapté aux spécificités des résidents). La diffusion de ce kit sera assurée par les binômes médecin et infirmier coordonnateurs. Ce colloque permettra de présenter ces outils et leurs modalités d'utilisation.

Cette action est la première étape d'une démarche à plus long terme de maîtrise de la consommation des antibiotiques pour en préserver l'efficacité en diminuant l'apparition des résistances, et, in fine, assurer la sécurité et la qualité des soins délivrés aux résidents.

* Le groupe de travail était coordonné par Dominique Bonnet-Zamponi (généraliste ; CHU Bichat, OMEDIT-ARS Ile de France) et Remy Gauzit (réanimateur ; CHU Hôtel Dieu, OMEDIT-ARS Ile de France) et était composé de :
Hélène Archambault (cadre infirmier chargée de mission ; ARS Ile de France), Odette

Infos pratiques

Le 11 octobre 2012 de 13h45 à 16h45

Lieu :
Maison de la Chimie
Salle 9
28 bis, rue Saint-Dominique
75007 Paris

Programme

Invitation

A télécharger

- Guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD
- Le bon usage des antibiotiques en EHPAD
- Dépliant sur les antibiotiques en EHPAD (grand public)
- Kit de communication : Bon usage des antibiotiques en EHPAD De la théorie à la pratique pour les soignants

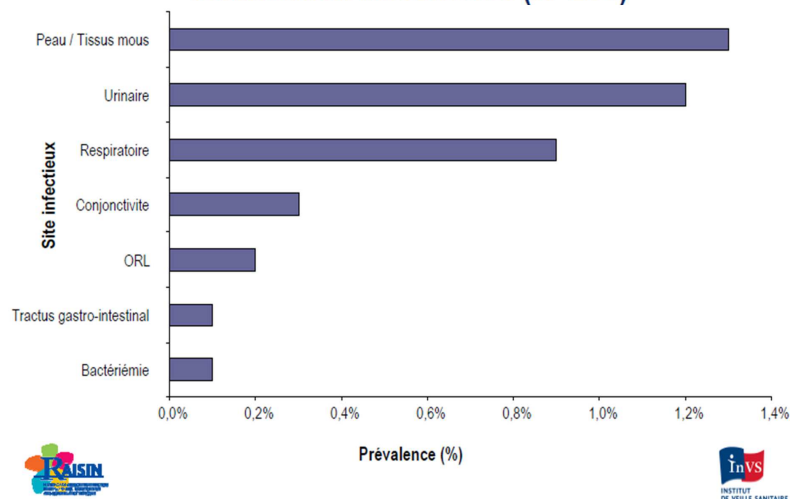
Les recommandations en antibiothérapie

Cahier des charges:

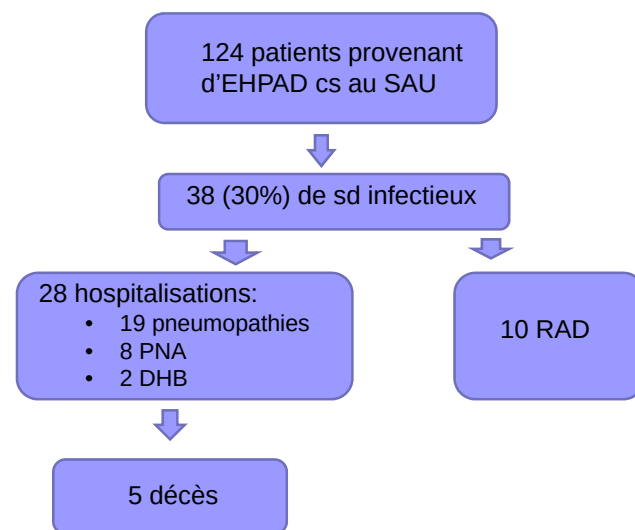
- **Traiter efficacement**
- **Moins prescrire d'antibiotiques**
- **Adapté aux circonstances de terrain**
 - ❑ Simple
 - ❑ Choix de molécule à faible impact écologique (Quinolone, Amoxiclav, C3G)
 - ❑ Fenêtre courte des durées de traitement
 - ❑ Adaptation à la fonction rénale
 - ❑ Alternative de traitement IM/SC/IV
 - ❑ Arsenal thérapeutique restreint
 - ❑ Recommandations restrictive

2012	SOMMAIRE
GUIDE DES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS AIGUES EN EHPAD	
ars Agence Régionale de Santé Île-de-France	
	CIRCONSTANCES DE LA PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE 4 ALLERGIE AUX PENICILLINES 4 BRONCHITES 5 PNEUMOPATHIES 6 INFECTIONS URINAIRES 7 INFECTIONS DIGESTIVES 10 INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS 11 INFECTIONS OCULAIRES 13 ANTIBIOTHERAPIE EN CAS DE FIEVRE ISOLEE 14 TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES MOLECULES ANTIBIOTIQUES DE PREMIERE INTENTION 15

HALT 2010 (FR) : Prévalence des infections par localisation infectieuse (N=258)



Enquête au CHMJ



FAMILLE	Conso DDJ 2012	DDJ/1000JR 2012	Conso DDJ 2013	DDJ/1000JR 2013	EVOLUTION 2012-2013 (%)
AMOXICILLINE+INHIBITEUR	10206	26,33	8787	22,35	-15
AMOXICILLINE	8070	20,82	7635	19,42	-6,7
QUINOLONES	2754	7,10	2028	5,16	-27,3
C3G	2090	5,39	1800	4,58	-15
MACROLIDES	835	2,15	845	2,15	-0,2
COTRIMOXAZOLE	818	2,11	507	1,29	-38,9
LINCOSAMIDES-STREPTOGRAMINES	803	2,07	852	2,16	4,6
NITROFURANTOINE	630	1,62	642	1,63	0,5
PENICILLINE-V	333	0,86	153	0,39	-54,5
C1G+C2G	232	0,59	276	0,70	17,6
TETRACYCLINES	222	0,57	220	0,55	-2,2
PENICILLINE-M (cloxacilline)	154	0,39	120	0,30	-23
IMIDAZOLES	72	0,18	78	0,19	6,9
AC_FUSIDIQUE	26	0,06	36	0,09	35,5
FOSFOMYCINE	23	0,05	123	0,31	427
GENTAMICINE	5	0,01	47	0,12	840
CARBAPENEMES	0	0	0	0	0
TOTAL	27276	70,37	24232	69	-12.3

FAMILLE	Conso DDJ 2012	DDJ/1000JR 2012	Conso DDJ 2013	DDJ/1000JR 2013	EVOLUTION 2012-2013 (%)
AMOXICILLINE+INHIBITEUR	10206	26,33	8787	22,35	-15
AMOXICILLINE	8070	20,82	7635	19,42	-6,7
QUINOLONES	2754	7,10	2028	5,16	-27,3
C3G	2090	5,39	1800	4,58	-15
MACROLIDES	835	2,15	845	2,15	-0,2
COTRIMOXAZOLE	818	2,11	507	1,29	-38,9
LINCOSAMIDES-STREPTOGRAMINES	803	2,07	852	2,16	4,6
NITROFURANTOINE	630	1,62	642	1,63	0,5
PENICILLINE-V	333	0,86	153	0,39	-54,5
C1G+C2G	232	0,59	276	0,70	17,6
TETRACYCLINES	222	0,57	220	0,55	-2,2
PENICILLINE-M (cloxacilline)	154	0,39	120	0,30	-23
IMIDAZOLES	72	0,18	78	0,19	6,9
AC_FUSIDIQUE	26	0,06	36	0,09	35,5
FOSFOMYCINE	23	0,05	123	0,31	427
GENTAMICINE	5	0,01	47	0,12	840
CARBAPENEMES	0	0	0	0	0
TOTAL	27276	70,37	24232	69	-12.3

C3G

	DDJ/1000JR 2012	DDJ/1000JR 2013	EVOLUTION 2012-2013 (%)	DDJ/1000JR 2013 MELUN
C3G	5,3	4,5	-15	2,28
CEFIXIME	2,2	1,6	-25	0
CEFPODOXIME	0,6	0,7	5	0
CEFTRIAXONE	2,4	2,2	-11	2,2

Quinolones

	DDJ/1000JR 2012	DDJ/1000JR 2013	EVOLUTION 2012-2013 (%)	DDJ/1000JR 2013 MELUN
QUINOLONES	7,1	5,1	-27	1,22
PIPEMIDIQUE ACIDE	0,07	0,10	33	0
FLUMEQUINE	0,1	0	NA	0
NORFLOXACINE	3,3	1,77	-46	0,2
OFLOXACINE	1,6	1,59	-4,8	0,72
CIPROFLOXACINE	1,2	0,85	-31	0,3
LEVOFLOXACINE	0,5	0,77	40	0
LOMEFLOXACINE	0,05	0,02	-57	0
MOXIFLOXACINE	0,09	0,03	-66	0

Quelles indications?



Non indications

Pathologies (les plus fréquentes en pratique courante)	Situations où les antibiotiques ne sont pas recommandés aujourd'hui
INFECTIONS RESPIRATOIRES	
Rhinopharyngites aiguës	Chez l'adulte et chez l'enfant, car ils n'accroissent pas la guérison et ne préviennent pas la survenue de complications
Angines aiguës érythémateuses ou érythémato-pultacées	Si le test de diagnostic rapide (TDR) du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A est négatif
Otitites moyennes aiguës	
Otite purulente (otalgie, hypoacousie, fièvre, inflammation tympanique, épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non)	Chez l'enfant, après l'âge de 2 ans, sauf en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense)
Otite congestive (congestion, reliefs normaux sans bombement, début rhinopharyngite)	Chez l'enfant quel que soit son âge
Otite séromuqueuse (épanchement rétrotympanique, sans inflammation, ni otalgie, ni signes généraux)	Chez l'enfant sauf en cas de persistance des symptômes au-delà de 3 mois
Sinusites maxillaires aiguës	- Chez l'adulte, en cas de symptômes rhinologiques diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique ; - Chez l'enfant, en dehors des formes sévères, des formes subaiguës (symptômes > 10 jours), sans tendance à l'amélioration
Bronchiolites	Chez l'enfant sans facteur de risques, antibiothérapie inutile en première intention
Bronchites aiguës	- Chez un enfant sans facteur de risques ; - Chez un adulte sain, sans pathologie respiratoire chronique ou sans co-morbidité

Pathologies (les plus fréquentes en pratique courante)	Situations où les antibiotiques ne sont pas recommandés aujourd'hui
Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) <i>Chez l'adulte, le diagnostic de BPCO repose sur des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) effectuées en dehors de tout épisode d'exacerbations chez des sujets à risque de BPCO (tabac) et/ou devant une symptomatologie chronique (toux, exacerbation, dyspnée) et/ou devant des épisodes de bronchite aiguë à répétition</i>	Devant une exacerbation chez un patient « BPCO », dont l'état en dehors de toute exacerbation est : - une absence de dyspnée ou un VEMS > 50 % aux EFR, - une dyspnée d'effort ou un VEMS < 50 % aux EFR, si l'expectoration n'est pas franchement purulente verdâtre
INFECTIONS URINAIRES	
Colonisation urinaire ou bactériurie asymptomatique <i>= situations de portage (présence de bactéries détectées à l'examen cytot bactériologique des urines sans que celles-ci ne génèrent de manifestations cliniques)</i>	Chez l'adulte, en dehors de la grossesse

Question courte n°1



Question courte n°1

Patiente de 80 ans, LLC , présente un érysipèle , poids 110 kg

Q : Traitement ?

R : traitement : amoxicilline 50 mg/kg/j (2g ×3 /j) en 3 prises par jour, 7 jours

Question courte n°2



Question courte n°2

Patiente de 80 ans, retour d'hospitalisation

Veinite: (staphylocoque)

Q : Traitement ?

R : traitement : amoxicilline +ac clav 50 mg/kg/j (1g x3 /j)
en 3 prises par jour, 7 jours

Ou Pyostacine 1g x3/j

Question courte n°3



Question courte n°3

Vous êtes sollicité pour voir un pansement douloureux:

Q : Traitement ?

R : Ulcère artériel chronique avec probable atteinte articulaire

CAT: Pas d'antibiothérapie en urgence. Détersion et lavage chirurgicale avec prélèvement bactériologique.

CAS 1

Un homme de 85 ans, sans atcd, alerté par l'IDE pour dyspnée fébrile depuis 48 heures.

➤ Examen clinique :

- T : 38,5 °C, FC : 110/min, PA : 14/7, SaO2 : 95%, FR : 20
- Foyer de crépitants dans le champ pulmonaire droite

Radio de thorax



JCL1

PNEUMOPATHIES

Contexte	Traitement	Durée
Pneumopathie aigue Penser à la vaccination antipneumococcique	Début brutal, foyer de crépitations, fièvre élevée, frissons, douleurs thoraciques, opacité systématisée Globules blancs ↑↑(neutrophiles), PCT(procalcitonine) et CRP ↑↑ Allergie de type 1 Amoxicilline-acide clavulanique 1g×3/j PO Pristinamycine 1g×3/j PO Si voie orale impossible Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC	7 jours
Suspicion d'inhalation	Trouble de déglutition, foyer de crépitations droit Amoxicilline-acide clavulanique 1g×3/j PO Ou Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métronidazole 500mg×3/j PO	7 jours
Pneumopathie aigue sévères ou échec à 48 h du traitement de première intention	Transfert SAU Ceftriaxone 1g /j IV/IM/SC + Spiramycine, 3 MU×3/j PO ou IV si possible.	

Diapositive 46

JCL1

argumenter les C3G vs amoxi +++ (gravité avec hypoxie et polypnée) . ce serait bien d'ajouter un élément de terrain. faire aussi discuter le même cas moins grave (auquel cas l'amoxi est plutôt recommandé)
LUCET; 19/05/2008

Cas clinique n° 2 : Bactériurie

Mme M., 82 ans, vie en EPHAD

➤ A votre arrivée :

- ☐ Etat général conservé, mais la patiente ne sort plus de chez elle depuis une chute il y a deux jours.
- ☐ Apyrexie, pas de plainte fonctionnelle (notamment urinaire),
- ☐ Examen clinique sans particularité,
- ☐ Pas de fracture identifiée,
- ☐ Bandelette U (systématique) : nitrites ++, leucocytes : ++

➤ Quelle est :

- ☐ La valeur diagnostique de cette bandelette urinaire positive ?
- ☐ Votre attitude vis-à-vis de cette bandelette urinaire positive ?

Bactériurie

- Dans ces circonstances (bactériurie communautaire chez un patient sans antécédent), la BU a une bonne valeur prédictive positive et une excellente VPN.
En situation nosocomiale, la VPP est plus faible (30-50%), et la VPN (80-90%).
- La réalisation d'un ECBU ne s'impose pas (pas plus que celle d'une bandelette U).
- La bactériurie est fréquente chez les personnes âgées :
 - autonomes : 5-10% chez l'homme, 15-20% chez la femme,
 - dépendantes : 15-30% chez l'homme, 20-50% chez la femme.
- Elle est très généralement asymptomatique.

Bactériurie

- Malgré vos conseils, un ECBU a cependant été réalisé :
 - 10^5 L/ml
 - 10^5 UFC/ml, *E. coli* sensible à tous les antibiotiques habituellement actifs
- Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Bactériurie

- Malgré vos conseils, un ECBU a cependant été réalisé :
 - 10^5 L/ml
 - 10^5 UFC/ml, *E. coli* sensible à tous les antibiotiques habituellement actifs
- Quelle est votre attitude thérapeutique ?
 - Abstention thérapeutique, surveillance clinique
 - Assurer une bonne diurèse
 - Mais quelques indications à traiter une bactériurie asymptomatique :
 - grossesse
 - patient neutropénique, greffé récent de rein
 - manœuvre invasive urinaire
 - patient devant être opéré (notamment prothétique)
 - non chez le diabétique (NEJM 2002)

Bactériurie

- Malgré vos conseils, un ECBU a cependant été réalisé :
 - 10^5 L/ml
 - 10^5 UFC/ml, *E. coli* sensible à l'amoxicilline
- Quelle serait votre attitude thérapeutique si une fracture du col fémoral (chirurgicale) était découverte 48 h. plus tard ?

Bactériurie

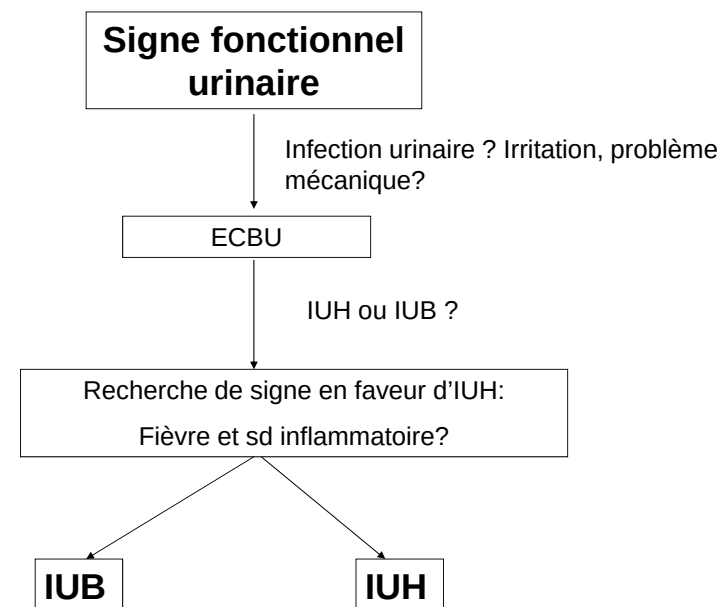
- Malgré vos conseils, un ECBU a cependant été réalisé :
 - ❑ 10^5 L/ml
 - ❑ 10^5 UFC/ml, *E. coli* multisensible
- Quelle serait votre attitude thérapeutique si une fracture du col fémoral (chirurgicale) était découverte 48 h. plus tard ?
 - ❑ Antibiothérapie par amoxicilline, per os, 5 jours
 - ❑ Assurer une bonne diurèse

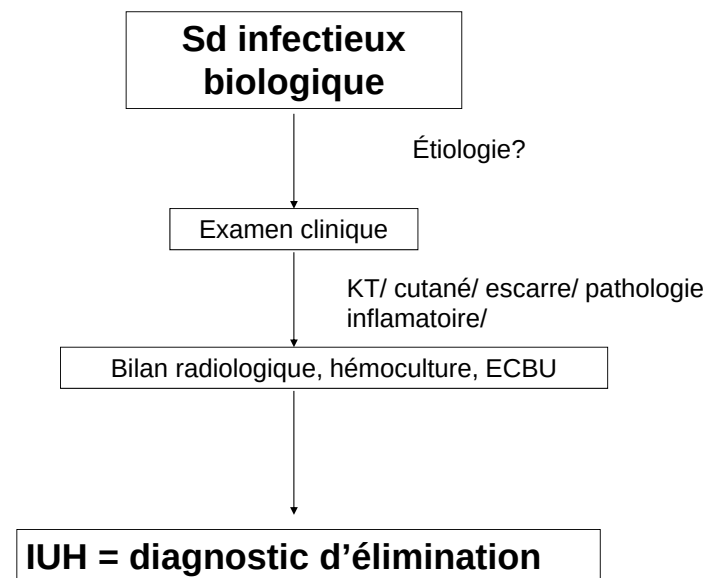
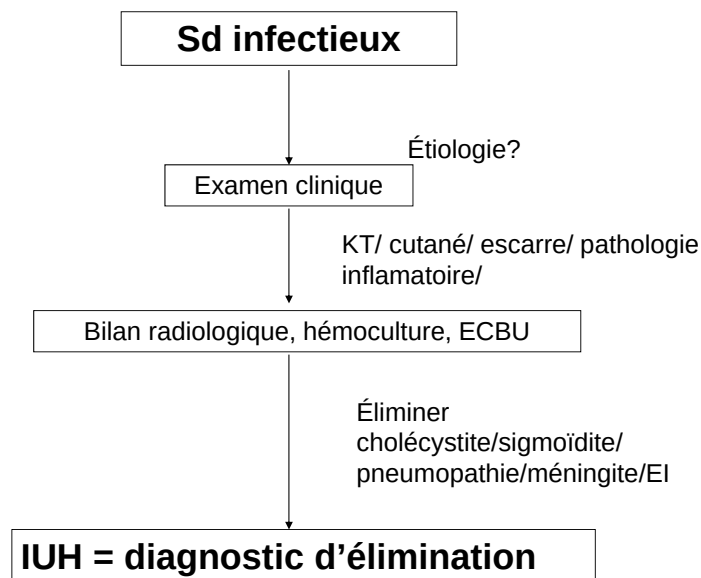
Prostatite Stratégie diagnostic: 3 présentations

- SFU
- Sd inflammatoire bio
- Sd infectieux

Stratégie diagnostic: 3 présentations

- SFU
- Sd inflammatoire bio
- Sd infectieux
- ~~ECBU +~~





Stratégie thérapeutique IUH

1. Antibiothérapie probabiliste:

1. ceftriaxone 1g +/- gentamicine 6-8 mg/kg (1 dose unique) (si situation sévère après ECBU et avant transfert au SAU)

2. Après documentation : relais PO rapide, selon antibiogramme :

- ☐ Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j en première intention
- ☐ Ofloxacin 200 mg ×2/j
- ☐ Ceftriaxone 1g/j si pas d'alternative

Sepsis urinaire chez patient connue porteur de E BLSE

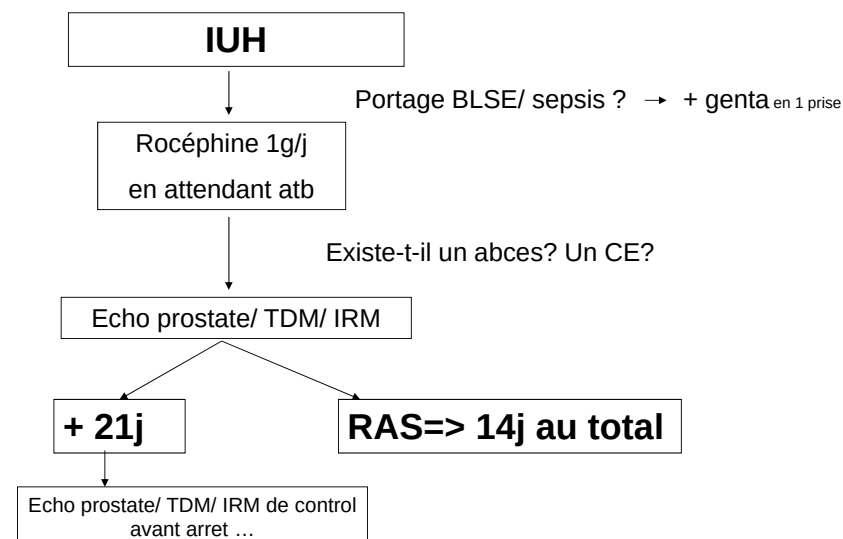
- **Probabiliste : Ceftriaxone 2g IM +/- Gentamycine 6-8 mg/kg** (1 dose unique En référence aux nouvelle recos CASFM : récupérer une partie de CTXM à CMI relativement basse. Mais hors toutes recos actuelle.
- amox + clav pourrait être également associé a la Genta
- CASFM 2011

Durée de traitement

Selon réponse aux questions:

- Présence d'un abcès:
 - imagerie echo/TDM/IRM
- Présence de corps étranger:
 - sonde JJ ?
 - Calculs coralliformes?

En pratique



Les recommandations

IDSA GUIDELINES

Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults

Lindsay E. Nicolle,¹ Suzanne Bradley,² Richard Colgan,³ James C. Rice,⁴ Anthony Schaeffer,⁵ and Thomas M. Hooton⁶

¹University of Manitoba, Winnipeg, Canada; ²University of Michigan, Ann Arbor; ³University of Maryland, Baltimore; ⁴University of Texas, Galveston; ⁵Northwestern University, Chicago, Illinois; and ⁶University of Washington, Seattle

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

1. The diagnosis of asymptomatic bacteriuria should be based on results of culture of a urine specimen collected in a manner that minimizes contamination (A-II) (table 1).
 - For asymptomatic women, bacteriuria is defined as 2 consecutive voided urine specimens with isolation of the same bacterial strain in quantitative counts $\geq 10^5$ cfu/mL (B-II).
 - A single, clean-catch voided urine specimen with 1 bacterial species isolated in a quantitative count $\geq 10^5$ cfu/mL identifies bacteriuria in men (B-III).
 - A single catheterized urine specimen with 1 bacterial species isolated in a quantitative count $\geq 10^5$ cfu/mL identifies bacteriuria in women or men (A-II).
2. Pyuria accompanying asymptomatic bacteriuria is not an indication for antimicrobial treatment (A-II).
3. Pregnant women should be screened for bacteriuria by urine culture at least once in early pregnancy, and they should be treated if the results are positive (A-I).
 - The duration of antimicrobial therapy should be

- 3–7 days (A-II).
- Periodic screening for recurrent bacteriuria should be undertaken following therapy (A-III).
- No recommendation can be made for or against repeated screening of culture-negative women in later pregnancy.
- 4. Screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria before transurethral resection of the prostate is recommended (A-I).
 - An assessment for the presence of bacteriuria should be obtained, so that results will be available to direct antimicrobial therapy prior to the procedure (A-III).
 - Antimicrobial therapy should be initiated shortly before the procedure (A-II).
 - Antimicrobial therapy should not be continued after the procedure, unless an indwelling catheter remains in place (B-II).
- 5. Screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria is recommended before other urologic procedures for which mucosal bleeding is anticipated (A-III).
- 6. Screening for or treatment of asymptomatic bacteriuria is not recommended for the following persons.
 - Premenopausal, nonpregnant women (A-I).
 - Diabetic women (A-I).
 - Older persons living in the community (A-II).
 - Elderly, institutionalized subjects (A-I).
 - Persons with spinal cord injury (A-II).
 - Catheterized patients while the catheter remains in situ (A-I).
- 7. Antimicrobial treatment of asymptomatic women with catheter-acquired bacteriuria that persists 48 h after indwelling catheter removal may be considered (B-I).

Received 29 October 2004; accepted 2 November 2004; electronically published 4 February 2005.

These guidelines were developed and issued on behalf of the Infectious Diseases Society of America and have been endorsed by the American Society of Nephrology and the American Geriatric Society.

Correspondence: Dr. Lindsay E. Nicolle, University of Manitoba, Health Sciences Centre, Rm. G6443, 820 Sherbrook St., Winnipeg, MB R3A 1R9, Canada (lnicolle@thsc.mb.ca).

Clinical Infectious Diseases 2005; 40:643–54

© 2005 by the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved. 1058-4608/2005/4005-0011\$15.00

Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America

Thomas M. Hooton,¹ Suzanne F. Bradley,² Diana D. Cardenas,³ Richard Colgan,⁴ Suzanne E. Geerlings,⁵ James C. Rice,^{6*} Sanjay Saint,⁷ Anthony J. Schaeffer,⁸ Paul A. Tambayh,⁹ Peter Tenke,¹⁰ and Lindsay E. Nicolle¹¹

Departments of ¹Medicine and ²Rehabilitation Medicine, University of Miami, Miami, Florida; ³Department of Internal Medicine, Ann Arbor Veterans Affairs Medical Center and the University of Michigan, Ann Arbor, Michigan; ⁴Department of Family and Community Medicine, University of Maryland, Baltimore; ⁵Department of Medicine, University of Texas, Galveston; ⁶Department of Urology, Northwestern University, Chicago, Illinois; ⁷Department of Infectious Diseases, Tropical Medicine, and AIDS, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ⁸Department of Medicine, National University of Singapore, Singapore; ⁹Department of Urology, Jahn Ferenc Del-Pesti Korhaz, Budapest, Hungary; and Departments of ¹⁰Internal Medicine and ¹¹Medical Microbiology, University of Manitoba, Winnipeg, Canada

1090

4. In the catheterized patient, pyuria is not diagnostic of CA-bacteriuria or CA-UTI (AII).

i. The presence, absence, or degree of pyuria should not be used to differentiate CA-ASB from CA-UTI (A-II).

ii. Pyuria accompanying CA-ASB should not be interpreted as an indication for antimicrobial treatment (A-II).

iii. The absence of pyuria in a symptomatic patient suggests a diagnosis other than CA-UTI (A-III).

5. In the catheterized patient, the presence or absence of odorous or cloudy urine alone should not be used to differentiate CA-ASB from CA-UTI or as an indication for urine culture or antimicrobial therapy (A-III).

INFECTIONS URINAIRES

Contexte	Traitement	Durée
Bactériurie asymptomatique	Extrêmement fréquente chez la personne âgée institutionnalisée: en cas de fièvre inexpliquée, chercher une autre cause avant d'incriminer un ECBU positif.	Pas d'indication à une antibiothérapie
Cystite aiguë de la femme	Signes fonctionnels urinaires isolés + ECBU positif	Avant résultats ECBU Fosfomycine 3 g monodose
ECBU impératif avant traitement	Après antibiogramme Fosfomycine-S: rien de plus Fosfomycine-R : - Amoxicilline 1g×3/j Ou - Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j	5 jours
	Si situation d'échec et clairance rénale >30ml/min Nitrofurantoïne 50mg×3/j	5 jours
	Eviter les fluoroquinolones si possible	
Pyélonéphrite aiguë	Signes fonctionnels urinaires + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique	Avant résultats ECBU Ceftriaxone 1g/j IM/SC/IV
ECBU impératif avant traitement	Après antibiogramme, privilégier : - Amoxicilline PO 1g×3/j Ou	10 jours au total

		- Cotrimoxazole forte PO 1cp×2/j Eviter les fluoroquinolones si possible	
		Allergie de type I : Avant résultats ECBU : Ofloxacine 200 mg ×2/j PO + 1 seule injection de gentamicine 6-8 mg/kg IM/IV	
		Après antibiogramme privilégier : - Cotrimoxazole forte PO 1cp×2/j Ou - Ofloxacine 200 mg ×2/j PO	10 jours au total
Cystite de l'homme âgé	Signes fonctionnels urinaires isolés + ECBU positif	Après antibiogramme: - Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j Ou - Amoxicilline 1g×3/j	7 jours au total
Prévoir un bilan urodynamique à distance		Eviter les fluoroquinolones si possible	
Prostatite aiguë	Signes fonctionnels urinaires + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique	Avant résultats ECBU - Ceftriaxone 1g/j IM +/- (si situation sévère avant transfert au SAU) 1 seule injection de gentamicine 6-8 mg/kg IM/IV Après antibiogramme - Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j Ou - Ofloxacine 200 mg ×2/j	14 jours au total
		Seule la présence d'un abcès objectivé sur un examen d'imagerie justifie une antibiothérapie prolongée au delà de 14 j	

Recommandations de prise en charge
des infections aiguës en EHPAD

2012

Sepsis urinaire chez patient connu porteur de E BLSE (résistance à la ceftriaxone)	Pyélonéphrite aiguë ou prostatite avec état septique aigu	Avant résultats ECBU Ceftriaxone 2g/j IM * et 1 seule injection d' amikacine 20 mg/kg	
Changement de sonde urinaire	ECBU systématiquement positif après plusieurs semaines de sondage	Pas de traitement antibiotique entourant de changement de sonde	

* En accord avec les recommandations 2011 du CASFM (Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie).

Recommandations de prise en charge
des infections aiguës en EHPAD

2012

Sepsis urinaire chez patient connu porteur de E BLSE (résistance à la ceftriaxone)	Pyélonéphrite aiguë ou prostatite avec état septique aigu	Avant résultats ECBU Ceftriaxone 2g/j IM * et 1 seule injection d' amikacine 20 mg/kg	
Changement de sonde urinaire	ECBU systématiquement positif après plusieurs semaines de sondage	Pas de traitement antibiotique entourant de changement de sonde	

* En accord avec les recommandations 2011 du CASFM (Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie).

Gentamycine 6-8 mg/kg

QUE CHOISIR
N°523 • MARS 2014

ALERTE ANTIBIOTIQUES

Prudence est mère de sûreté

Trop de médecins prescrivent encore des antibiotiques sans raison. Au risque de compromettre la santé future de leurs patients. À chacun de pratiquer la modération.

Le slogan est resté dans les esprits. «Les antibiotiques, c'est pas automatique», tout le monde connaît. Malheureusement, les amateurs de vers de mirilton pourraient aujourd'hui ajouter: «Mais cette phrase n'est pas qu'un gimmick, il faut aussi la mettre en pratique.» Car, si la première campagne sur ce thème a conduit à une baisse sensible des consommations, la pente remonte inexorablement depuis quelques années (voir graphique ci-dessous). Notre consommation se situe aujourd'hui à 30% au-dessus de la moyenne.

En témoignent les résultats stupéfiants de l'enquête menée par *Que Choisir Santé* (voir encadré ci-dessous). Un bon conseil, si votre médecin a tendance à vous prescrire des antibiotiques à tout bout de bras, changez-en! Et gardez à l'esprit quelques idées-forces que les campagnes publiques devraient marteler au lieu de se contenter de slogans simplistes: les antibiotiques ne peuvent rien contre les virus, responsables de la plupart des infections courantes (rhinopharyngites, bronchites, angines); ils n'agissent pas sur les symptômes de ceux-ci.

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

QUE CHOISIR
N°523 • MARS 2014

ALERTE ANTIBIOTIQUES

Prudence est mère de sûreté

Trop de médecins prescrivent encore des antibiotiques sans raison. Au risque de compromettre la santé future de leurs patients. À chacun de pratiquer la modération.

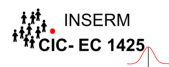
Le slogan est resté dans les esprits. «Les antibiotiques, c'est pas automatique», tout le monde connaît. Malheureusement, les amateurs de vers de mirilton pourraient aujourd'hui ajouter: «Mais cette phrase n'est pas qu'un gimmick, il faut aussi la mettre en pratique.» Car, si la première campagne sur ce thème a conduit à une baisse sensible des consommations, la pente remonte inexorablement depuis quelques années (voir graphique ci-dessous). Notre consommation se situe aujourd'hui à 30% au-dessus de la moyenne.

En témoignent les résultats stupéfiants de l'enquête menée par *Que Choisir Santé* (voir encadré ci-dessous). Un bon conseil, si votre médecin a tendance à vous prescrire des antibiotiques à tout bout de bras, changez-en! Et gardez à l'esprit quelques idées-forces que les campagnes publiques devraient marteler au lieu de se contenter de slogans simplistes: les antibiotiques ne peuvent rien contre les virus, responsables de la plupart des infections courantes (rhinopharyngites, bronchites, angines); ils n'agissent pas sur les symptômes de ceux-ci.

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!



Merci de vos commentaires



Sylvain Diamantis
Infectiologue, Melun
3/04/2014

