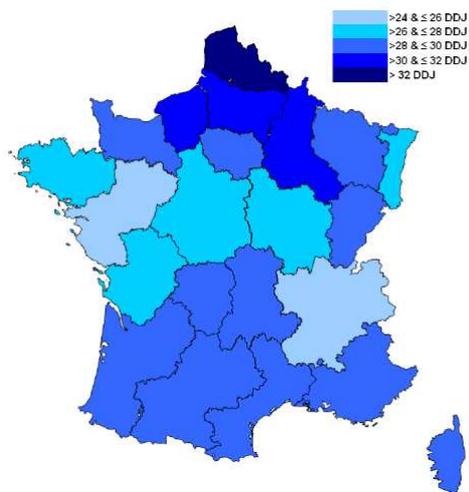


Recommandations de bonnes pratiques en antibiothérapie en EHPAD

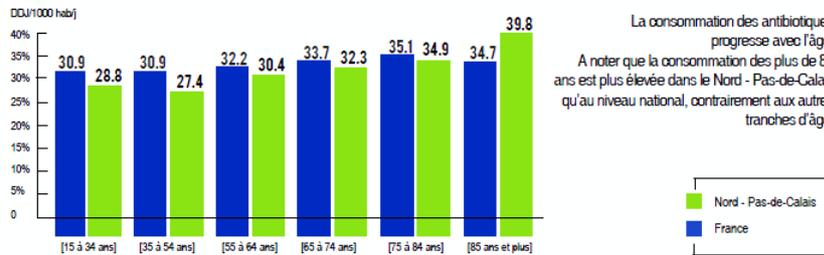
S. Alfandari
CH Tourcoing
Mai 2013

Consommation ATB en 2010

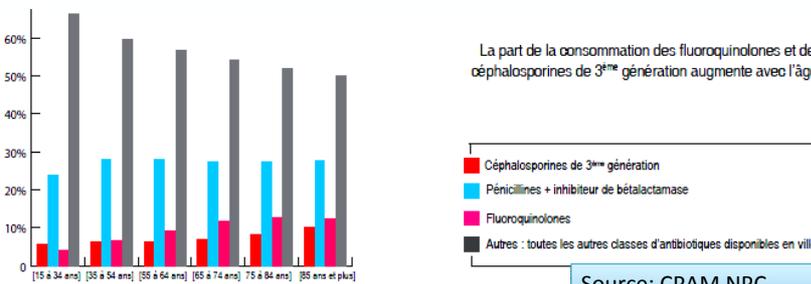


Source: ANSM 11/12

Surconsommation des > 65 ans



La consommation des antibiotiques progresse avec l'âge.
A noter que la consommation des plus de 85 ans est plus élevée dans le Nord - Pas-de-Calais qu'au niveau national, contrairement aux autres tranches d'âge.

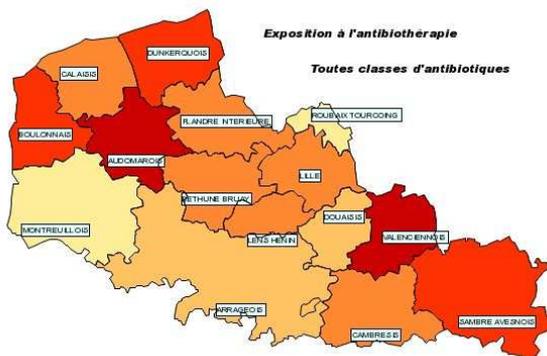


La part de la consommation des fluoroquinolones et des céphalosporines de 3^{ème} génération augmente avec l'âge.

Source: CPAM NPC

Des grosses différences par bassin de vie

Consommation des Antibiotiques chez les plus de 65 ans

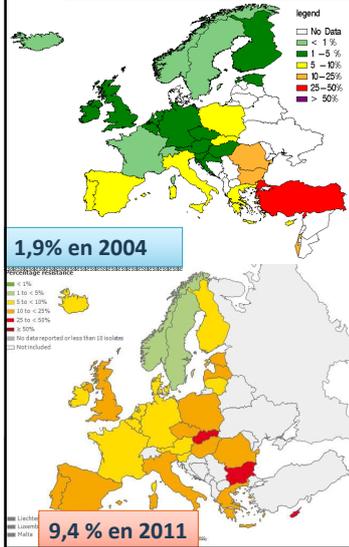


Source: C Dupont, ARS NPC

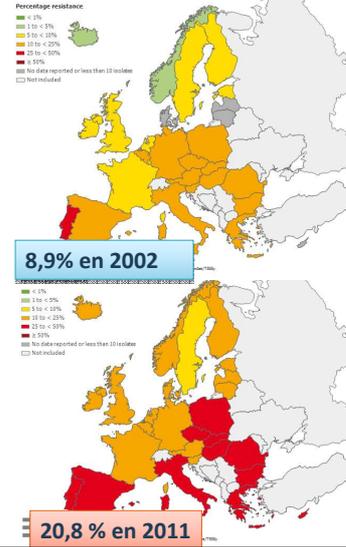
Source: EARSS

De plus en plus de résistances

E. coli I/R aux C3G



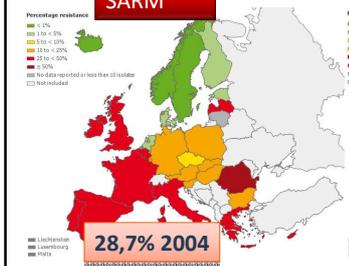
E. coli I/R aux FQ



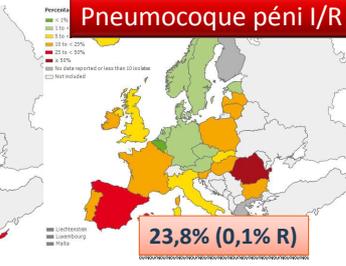
Source: EARSS

Résistances en Europe 2011

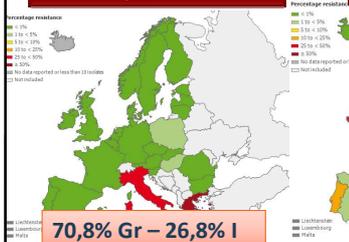
SARM



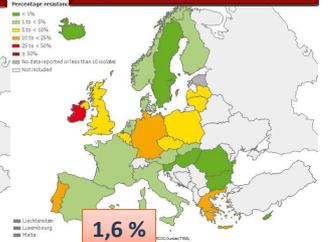
Pneumocoque péni I/R



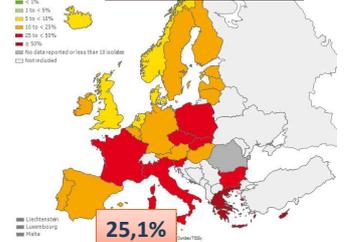
KP carbapénèmes R



E. faecium vanco-R

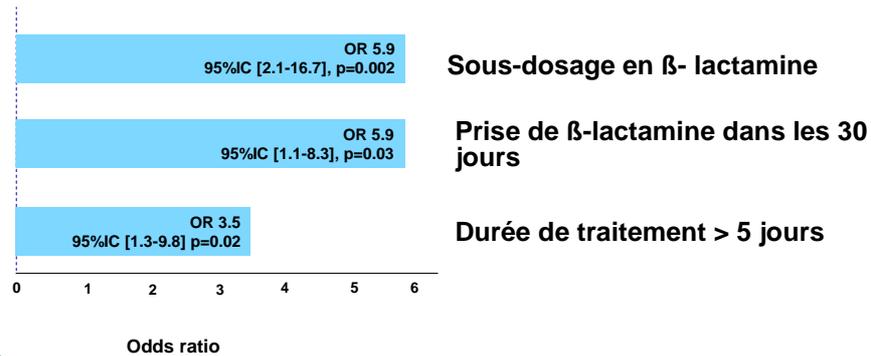


PA carba-I/R



Des résistances sélectionnées par un mauvais usage des ATB

- ▶ **Pneumocoque résistant à la pénicilline chez 941 enfants de 3 à 6 ans**

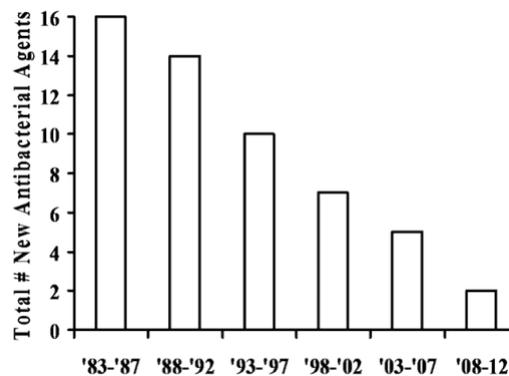


Guillemot et al, JAMA 1998

De moins en moins de nouveaux antibiotiques

- ▶ **ATB systémiques autorisés par la FDA**

- 2009: 506 phase II et III
 - 6 antibiotiques
 - 67 oncologie
 - 33 inflammation et douleur
 - 34 maladies métaboliques
- pourquoi ?
 - Maladies chroniques = TT long
 - Plus rentable que 10j d'ATB



Clin Infect Dis. 2011;52:S397-S428

Lutter contre les BMR

- ▶ **Ne pas les transmettre**

- Hygiène: précautions standard, contact etc.....

- ▶ **Ne pas les sélectionner**

- **Meilleur usage des antibiotiques**

Règle N° 1:

Pas de bon traitement sans diagnostic

- ▶ **Diagnostic = hypothèse diagnostique**

- Clinique +/- étayée d'examens complémentaires

- ▶ **Hypothèse diagnostique => choix du traitement**

- Diffusion dans l'organe suspecté
- Pathogènes que l'on cible

- Un prélèvement positif ne veut pas dire infection

Règle N° 2: Pas de prélèvements inutiles

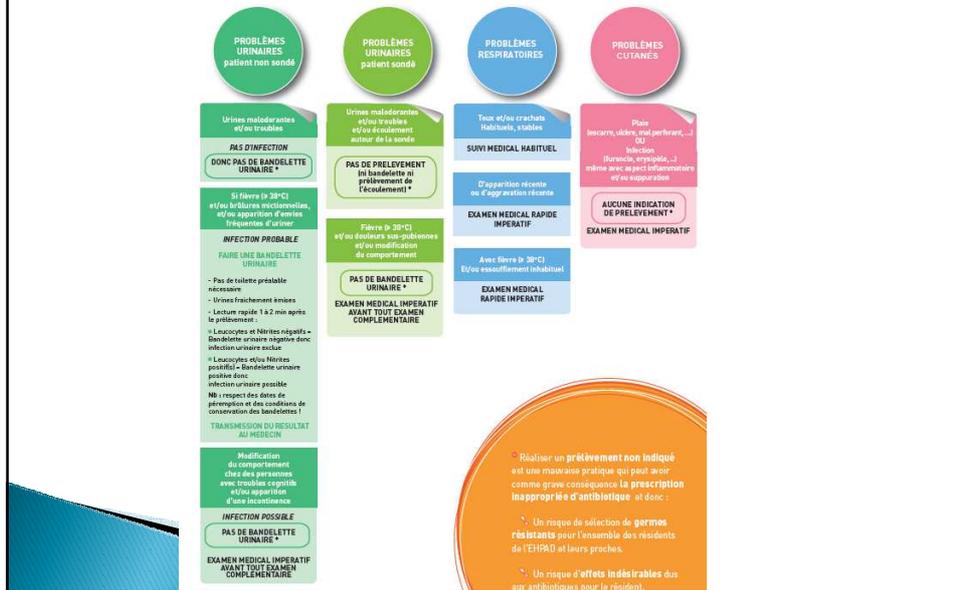
Urines

- ▶ **Patient non sondé**
 - Pas de BU devant des urines troubles ou malodorantes
 - **Risque ATB inutile**
- ▶ **Patient sondé**
 - Pas de BU devant urines troubles, malodorantes, ou écoulement autour d'une sonde urinaire
 - ECBU + = colonisation (3% par jour de SU, 100% > 1 mois)
 - **Risque ATB inutile**
- ▶ **BU d'emblée UNIQUEMENT si**
 - T° ≥ 38°C/brulures/pollakiurie chez patient non sondé
- ▶ **Examen médical d'emblée**
 - Modif comportement/apparition incontinence
 - Chez sondé: T° ≥ 38°C / douleurs sus pubiennes

Règle N° 2: Pas de prélèvements inutiles

- ▶ **Plaies**
 - Aucun écouvillon, JAMAIS, Examen médical
 - Discuter aspiration à l'aiguille/biopsie
 - **Risque ATB inutile**
- ▶ **Poumons**
 - Un crachat mal réalisé montre les bactéries (physiologiques) de la bouche
 - **Risque ATB inutile**
 - Troubles récents/s'aggravant/≥38°C/dyspnée: examen médical

LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES EN EHPAD



Règle N°3 Mieux utiliser les antibiotiques

- ▶ **Moins de C3G et de quinolones**
 - Pas en première intention
 - Pas pour les infections peu sévères
 - Pas de manière répétée
- ▶ **Privilégier les durées de traitement courtes**
- ▶ **Ne pas sous doser les patients**

Projet régional:

► Guide d'aide à la prescription

- Tryptique de poche
 - Feuille A4 pliée en 3, plastifiée
- Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques
- 13 situations cliniques fréquentes
- Liste et numéros de tel des infectiologues de la région

► Actions de formation avec l'ARS

- réunions territoriales GDR en EHPAD
- réunions territoriales d'information avec les médecins généralistes

<p>Antibiothérapie en EHPAD 2013</p> <p>Recommandations élaborées par les Services de Maladies Infectieuses du CH Tourcoing et du CHRU de Lille à partir des recommandations de l'ANSM et des sociétés savantes SPLIF, GPIP</p> <p>Pas d'antibiotiques</p> <p>Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques en 1ère intention. Donner un traitement symptomatique et revoir à 48h si absence d'amélioration</p> <p>Bronchite aigüe</p> <p>Bronchite aigüe</p> <p>Exacerbation de BPCO légère à modérée</p> <p>Angine à TDR négatif</p> <p>Rhinopharyngite</p> <p>Furoncles simples</p> <p>Morsure/giffure mineure</p> <p>Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques si pas d'infection profonde objectivée</p> <p>Colonisation urinaire asymptomatique</p> <p>Pleite ou escarre</p> <p>Document rédigé en février 2013</p>	<p>Exacerbation de BPCO</p> <p>Stade II: (dyspnée d'effort, symptômes chroniques inconstants)</p> <p>→ Abstinence sauf pus franc</p> <p>→ Amoxicilline 3g/j-7j</p> <p>→ Allergie: pristinamycine 3g/j</p> <p>Stade III: (dyspnée de repos, symptômes chroniques quasi constants, ou > 4 épisodes/an)</p> <p>→ Amoxiclav 3g/j-7j</p> <p>→ Allergie type I: pristinamycine 3g/j</p> <p>→ PO impossible: ceftriaxone 1g/j</p> <p>Pneumonie aigüe</p> <p>Simple: début brutal, crépitations, opacité, GB/CRP ++</p> <p>→ Amoxiclav 3g/j-7j</p> <p>→ Allergie type I: pristinamycine 3g/j</p> <p>→ PO impossible: ceftriaxone 1g/j</p> <p>Inhalation: 3g déglutition, foyer droit</p> <p>→ Amoxiclav 3g/j-7j</p> <p>→ All: ceftriaxone 1g/j + métronidazole 500mg q3j</p> <p>Sévère ou échec à H48:</p> <p>→ Transfert SAU</p> <p>→ Ceftriaxone 1g/j + spiramycine 3MUx3/j</p>	<p>Pyélonéphrite aigüe</p> <p>Avant résultat de l'ECBU</p> <p>→ Ceftriaxone: 1g/j</p> <p>→ Allergie de type I:</p> <p>→ ofloxacine 200x2/j</p> <p>→ Gentamicine 6mg</p> <p>Après antibiogramme: privilégier</p> <p>→ Amoxicilline 1gx3-4</p> <p>→ Costimoxazole forte total</p> <p>→ Allergie de type I:</p> <p>→ Cotrimoxazole forte</p> <p>J10:</p> <p>→ ofloxacine 200x2/j, bisou à J7</p> <p>Prostatite aigüe</p> <p>Avant résultat de l'ECBU</p> <p>→ Ceftriaxone: 1g/j</p> <p>→ Si sévère, avant transfert SAU: +1 dose de</p> <p>→ Gentamicine 6mg/kg</p> <p>Après antibiogramme: privilégier (14j au total)</p> <p>→ Costimoxazole forte: 1 cp2-3</p> <p>→ Levofloxacine 500 mg/j</p> <p>Pyélonéphrite ou prostatite chez un porteur de BLS</p>	<p>Éléments diagnostics</p> <p>Molécule recommandée et alternative</p> <p>Posologie</p> <p>Durée de traitement</p>
<p>Infections digestives</p> <p>Diarrhée simple, sans fièvre</p> <p>→ Pas d'antibiotiques</p> <p>Si exposition récente aux antibiotiques</p> <p>→ Recherche toxine de Clostridium difficile</p> <p>→ Si positive: métronidazole: 500x3/10j</p> <p>Cholécystite/angiocholite/appendicite/sigmoïdite</p> <p>→ Transfert SAU</p>	<p>Cystite de la femme</p> <p>Monuril</p> <p>l'absence d'antécédents</p> <p>→ Si échec: privilégier</p> <p>Réhydratation</p> <p>Grade 1: atteinte cutanée isolée</p> <p>→ Absent</p> <p>Grade 2: au moins 2 des: chaleur, rythme péliculaire 0,5-2cm, douleur, tuméfaction, pus</p> <p>→ 880 d'urgence: avis spécialisé</p> <p>Grade 3: superficielle érythème < 2cm + 1 signe stade 2</p> <p>+ infection récente (< 1 mois)</p> <p>→ 880 d'urgence: avis spécialisé</p> <p>Grade 3: profonde → atteinte structures sous-cutanées (abcès, lymphangite) ou sepsis sévère</p> <p>→ Amoxiclav 50 mg/kg/en 3 prises PO</p> <p>→ Transfert SAU</p> <p>→ Allergie ou portage SARM: pristinamycine 3g/3/j</p> <p>Infections oculaires</p> <p>Conjonctivites virales (concom épidémiques)</p> <p>→ Pas d'antibiotiques</p> <p>→ Ringage sérum pht-collères antiseptiques</p> <p>Conjonctivite bactérienne</p> <p>→ Ringage sérum pht-collères antiseptiques</p> <p>→ Si échec à 48h: collère tobramycine 1 g3x/j-7j, adalstap à l'antibiogramme</p>	<p>Furoncles</p> <p>Nepas traiter à l'aveugle sauf retentissement systémique</p> <p>→ Syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie)</p> <p>→ signes de mauvaise tolérance: (hypotension ou choc, polyurie et/ou hypurie, oligurie ou insuffisance rénale, érythrocytémie ou CIVD, acidoses métabolique, encéphalopathie)</p> <p>→ au patient neutropénique (< 500 PNN)</p> <p>Sepsis sévère ou choc septique</p> <p>→ Ceftriaxone: 2g</p> <p>→ Gentamicine: 8 mg/kg</p> <p>→ 880: 1 hémoculture + l'ECBU</p> <p>→ Appel SAU pour transfert</p> <p>Allergie aux pénicillines</p> <p>Rares allergies croisées pénicillines-céphalosporines</p> <p>Contre-indication uniquement si allergie de type I aux pénicillines (urticaire, bronchospasme, gonèdème de quai, choc anaphylactique)</p> <p>Si allergie de type autre que I: une céphalosporine peut être utilisée</p> <p>Si intolérance digestive (nausées, diarrhées...): ce n'est pas une allergie et ne contre-indique pas une pénicilline</p> <p>Sources d'information en ligne</p> <p>antibiotic.com</p> <p>infectio-lille.com</p> <p>infectologie.com</p>	<p>Coordonnées des infectiologues de la région</p> <p>Tourcoing → numéro vert: 08 05 40 09 10</p> <p>→ Pr E. Serenoche</p> <p>→ Dr F. Allard</p> <p>→ Dr S. Allardand</p> <p>→ Dr AL Blanc</p> <p>→ Dr C. Chetani</p> <p>→ Dr T. Housay</p> <p>→ Dr C. Coussin</p> <p>→ Dr M. Mellet</p> <p>→ Dr A. Pasquet</p> <p>→ Dr C. Royer</p> <p>→ Dr N. Vigier</p> <p>Lille → Jour: 03 20 44 09 62 poste 30238</p> <p>Nuit: 03 20 44 09 61</p> <p>→ Pr B. Guazy</p> <p>→ Pr K. Faure</p> <p>→ Dr C. Gaspere</p> <p>→ Dr M. Pichon</p> <p>→ Dr C. Robin</p> <p>→ Dr F. Vuotto</p> <p>Arras → Dr M. Masson → 03 20 21 13 40</p> <p>→ Dr S. N. Givert → 03 21 64 63 27</p> <p>Boulogne → Dr G. Bagnin → 03 21 99 30 19</p> <p>Denaix → Dr P. Leccoc → 03 27 34 31 02</p> <p>Douai → Dr C. Lemaire/AL Blanc → 03 27 94 74 50</p> <p>Dunkerque → Dr C. Dehecq → 03 28 28 59 40</p> <p>Lens → Dr E. Assai/N. Vanhundertbeck → 03 21 69 03 04</p> <p>Valenciennes → Dr M.C. Choppy/N. Etienne → 03 27 34 30 61</p>

Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques

- ▶ **Pas d'antibiotiques en 1ère intention.**
- ▶ **Traitement symptomatique et revoir à 48h si absence d'amélioration**
 - Bronchite aigue
 - Exacerbation de BPCO légère à modérée
 - Angine à TDR négatif
 - Rhinopharyngite
 - Furoncles simples
 - Morsure/griffure mineure
- ▶ **Pas d'antibiotiques si pas d'infection profonde objectivée**
 - Colonisation urinaire asymptomatique
 - Plaie ou escarre

Situations cliniques

- ▶ **Voies respiratoires**
 - Exacerbation de BPCO
 - Pneumonie aigue
- ▶ **Voies urinaires**
 - Cystite de la femme:
 - Pyélonéphrite aigue:
 - Prostatite aigue
 - Pyélonéphrite ou prostatite chez un porteur de BLSE
- ▶ **Peau**
 - Erysipèle
 - Furonculose/plaie surinfectée
 - Pied diabétique
- ▶ **Autres**
 - Infections digestives
 - Infections oculaires
 - Fièvre isolée
 - Allergie aux pénicillines

Exemple: cystite de la femme

▶ Monuril monodose

- 1 prise unique si pas d'ATCD urinaires.

▶ Si échec ou ATCD urinaires: ECBU puis privilégier

- Amoxicilline; 1gx3- 5j
- Cotrimoxazole forte: 1 cpx2- 5j
- Nitrofurantoïne: 50mg 3/j - 5j

Exemple: pyélonéphrite aigue

▶ Avant résultat de l'ECBU

- Ceftriaxone: 1g/j
- Allergie de type I
 - Ofloxacine 200x2/j + 1 seule dose de
 - Gentamicine: 6 mg/kg

▶ Après antibiogramme: privilégier

- Amoxicilline; 1gx3- 10j au total
- Cotrimoxazole forte: 1 cpx2- 10j au total
- Allergie de type I
 - Cotrimoxazole forte: 1 cpx2 jusqu'à J10
 - Ofloxacine 200x2/j jusqu'à J7

Exemple: pyélonéphrite chez porteur BLSE

▶ Avant résultat de l'ECBU

- Ceftriaxone: 2g/j
- + 1 dose de Gentamicine: 8 mg/kg

Pour en savoir plus

▶ Sources d'information en ligne

- antibiocliv.com
- infectio-lille.com

▶ Modules de formation pour EHPAD

- Documents du
 - Ministère de la Santé
 - Poster/dépliant/diaporama/12 situations filmées
 - ARS/OMEDIT Île de France
 - Guides prescription/prélèvements/diaporamas/plaquette patients
- Visibles sur: www.infectiologie.com/site/ehpad.php

Exemple: poster ministère santé

PEAU



- ✓ Pas d'écouvillon en Ehpad pour les ulcères et les escarres
- ✓ Les soins locaux vers la cicatrisation dirigée avant tout
- ✓ La colonisation n'est pas l'infection
- ✓ Les situations relevant d'une antibiothérapie sont rares

URINE



- ✓ Ni BU ni ECBU sans symptôme
- ✓ La colonisation n'est pas l'infection
- ✓ Le risque de favoriser l'émergence de bactéries résistantes existe aussi en Ehpad
- ✓ La lecture de l'antibiogramme = un moment privilégié pour ré-évaluer ma prescription

POUMON



- ✓ Le HIT Parade des germes
 - Pneumocoque
 - Bacilles Gram -
 - Myxovirus influenzae
- ✓ Réévaluer l'efficacité cliniquement à 72 heures
- ✓ Attention aux antibiotiques en aérosols
 - Pas d'antibiothérapie discontinuée au long cours
 - Pas de biantibiothérapie systématique en première intention
 - Ne pas omettre la kinésithérapie respiratoire
- ✓ Optimiser la couverture vaccinale (grippe et pneumocoque)

Conclusion

- ▶ **Il faut épargner les antibiotiques**
 - Pas d'antibiotiques sans diagnostic
 - Ne (prélevez pas et ne) traitez pas les colonisations
- ▶ **Messages prioritaires**
 - Antibiothérapie > 8j = exception
 - Monothérapie habituelle
 - Pas de C3G en 1ère intention hors pyélo/prostatite
 - Pas de quinolones en 1ère intentio,
- ▶ **N'hésitez pas à demander des avis**