

Bon usage des antibiotiques
Chez les adultes
En médecine générale

A Chabrol

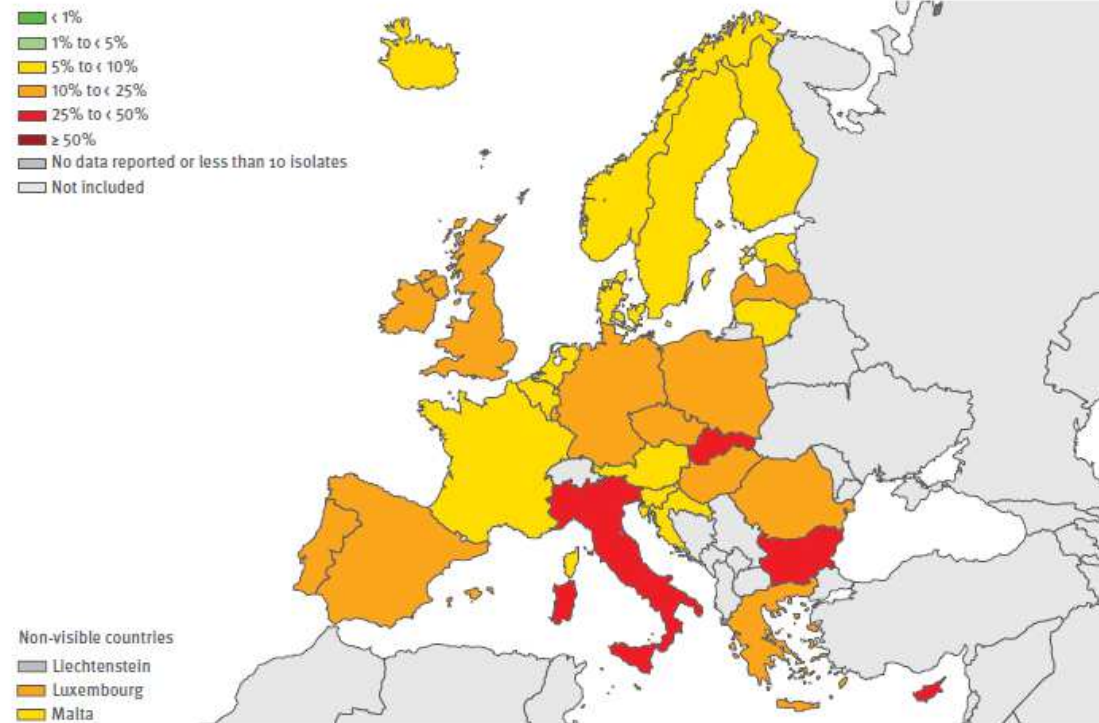
15/05/17

- La problématique
- Le plan d'attaque contre les résistances
- Exemple infections urinaires
- Exemple infections respiratoires hautes
- Exemple infections respiratoires basses
- Exemple infections cutanées

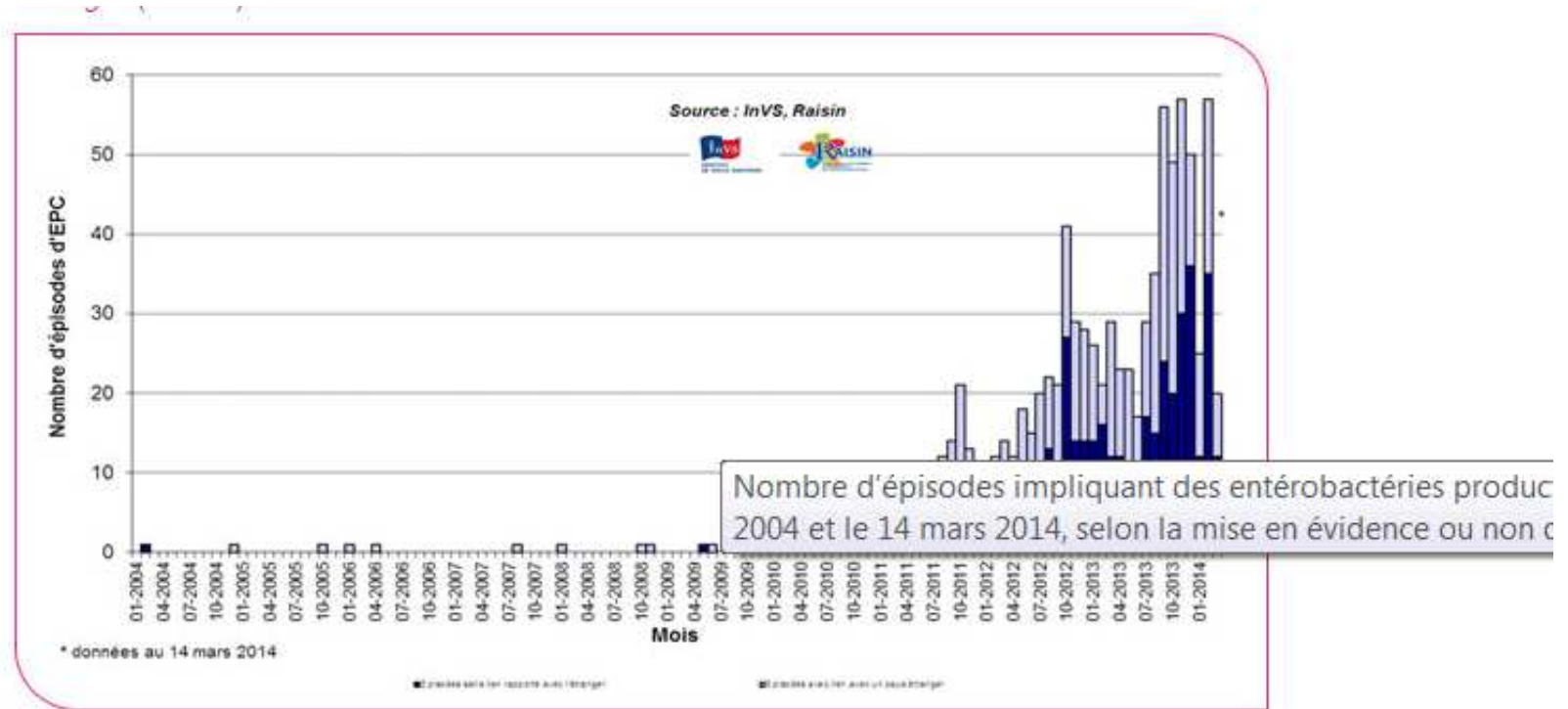
La problématique

- Résistances C3G en Europe des souches de E Coli : 10% en France = **les BLSE**

Figure 3.2. *Escherichia coli*. Percentage (%) of Invasive Isolates with resistance to third-generation cephalosporins, by country, EU/EEA countries, 2013



... et arrivée des carbapénémases



En 2007,
à cause des bactéries
multi résistantes

25 000  **DÉCÈS PAR AN**

COÛT pour la
société **1 Mds €**

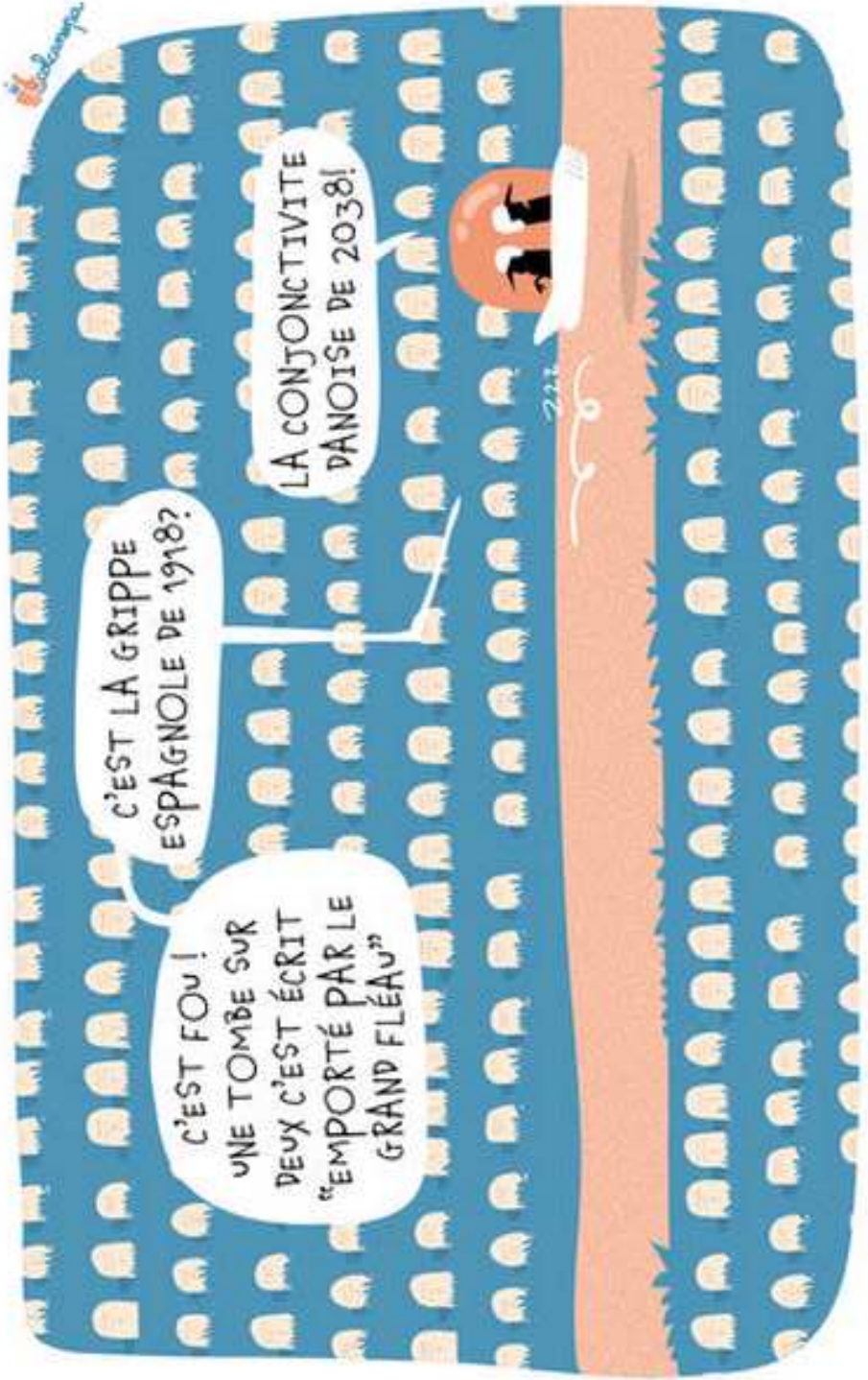


Demain en 2050,
si l'on ne fait rien...

 **10 millions**
DE MORTS 
(plus que le cancer)

COÛT pour la
société **100 000 Mds \$**





C'EST FOU !
UNE TOMBE SUR
DEUX C'EST ÉCRIT
"EMPORTÉ PAR LE
GRAND FLÉAU"

C'EST LA GRIPPE
ESPAGNOLE DE 1918?

LA CONJONCTIVITE
PANOÏSE DE 2038!

Que faire pour prévenir les BMR ?

- Précautions d'hygiène sont indispensables
... mais sont insuffisantes
- Car nous sommes tous porteurs d'environ 10^8 UFC d'entérobactéries / gramme de selles
- Donc le principal facteur favorisant est la pression de sélection antibiotique
- Et cela dès < H48 d'antibiothérapie

Donc une seule solution ...



PRÉSERVER l'efficacité
des antibiotiques,
LIMITER l'émergence
des bactéries multirésistantes

Comment mieux utiliser les antibiotiques

- 1 - Prévenir les infections**
- 2 - Savoir dire non aux antibiotiques**
- 3 - Prescription initiale :**
 - De la science et du courage !**
- 4 - Réévaluation à 48-72h systématique**
- 5 - Savoir arrêter un traitement**

L'allergie à la pénicilline

- Seules les allergies immédiates

(type I : urticaire, œdème Quincke, bronchospasme, choc anaphylactique)

contre indiquent toutes les bêta-lactamines

- Pour les autres types d'allergie à la pénicilline
=> OK céphalosporines
- Si doute => faire comme si type I

Les infections urinaires

- Les définitions
- Traitement cystites
- Traitement PNA
- Traitement prostatites

Définitions

- Colonisation urinaire = bactériurie asymptomatique
- Cystite aigue simple
- Cystite aigue avec FDR complication *
- Cystite récidivante
- PNA simple
- PNA avec FDR complication *
- Prostatite aigue

- *ATCD uronéphro, grossesse, Idep° grave, homme, > 75 ans, clairance < 30 ml/min*

Germes impliqués

- Entérobactéries > 90 %
 - E Coli +++
 - Proteus
 - Klebsiella
- Cocci gram + : rare
 - Staphylococcus saprophyticus (cystite femme jeune)
 - Strepto B, entérocoque

Résistances aux antibiotiques

E Coli

- Amoxicilline => environ 50 %
- Amox + AC => environ 30 %
- Cotrimoxazole => environ 30%
- FQ (**acide nalidixique**) => environ 15 % (<5% si pas de prescription dans les 6 mois précédents)
- C3G => 10%
- Fosfomycine => 2 %
- Furadantine => 2 %

Colonisation urinaire = bactériurie asymptomatique

- PAS D INDICATION THERAPEUTIQUE +++
 - Y compris chez les diabétiques
 - Y compris si vessie neuro, Bricker
 - Y compris avant pose prothèse articulaire
 - Y compris si neutropénie, chimio, ttt immunosuppresseur

- SAUF :
 - Femme enceinte à partir 2^e trimestre
 - Chirurgie ou biopsie urologique, antibio à débiter 48h avant chir
 - Post transplantation rénale précoce

Traitement : cystites simples

- Fosfomycine : Monuril[®] sachet en dose unique
- Pas de restriction pour l'insuffisance rénale
- Si femme jeune et LEU + / NIT – à la BU envisager staphylococcus saprophyticus :
 - Furadantine 100 mg × 3 / jour pendant 5 jours (pas si insuf rénale < 40 ml/min)

Traitement : cystites + FDR complication

- Si possible essayer d'attendre l'antibiogramme pour traiter (sauf terrain, ou importance des symptômes)
- Pas de ttt minute
- Si selon antibiogramme :
 - Furadantine, Cotrimoxazole , Amoxicilline, Pivmecillinam en premier lieu si sensible
 - Sinon Amoxicilline + Ac Clav, ou sinon Cefixime
 - 7 jours sauf Fquinolones 5 jours
- Si ttt probablisme :
 - Furadantine 100 mg × 3/ jour pendant 7 jours (50 mg x 3 si clairance 30-50, et pas si insuf rénale < 30)
 - En 2^e intention : cefixime 200 × 2/ jour pendant 5 jours ou norfloxacin 400 × 2/jour pendant 5 jours

Traitement : PNA (1)

- Qui hospitaliser ?
 - signes de gravité (sepsis grave notamment),
 - forme hyperalgique,
 - doute diagnostique,
 - impossibilité de réaliser le bilan (ECBU, échographie) en ambulatoire,
 - vomissements rendant impossible un traitement par voie orale,
 - conditions socio-économiques défavorables,
 - doutes concernant l'observance du traitement.

Traitement : PNA (2)

- Traitement ambulatoire initial :
 - Si pas d'utilisation de FQ dans les 6 mois précédents :
Ofloxacine 200 mg * 2 / j pendant 7 jours (à réévaluer selon antibiogramme)
 - Sinon : Ceftriaxone IM 1g / jour pendant 2 à 3 jours puis adaptation à l'antibiogramme

Traitement : PNA (3)

- Consult° à H48-72 systématique pour évaluation et adaptation ttt (récupération ECBU au labo externe si urgences)
- Relai : dans l'ordre préférentiel +++
 - Amoxicilline
 - Cotrimoxazole
 - Amoxicilline + Ac clav
 - Ofloxacine (si sensible acide nalidixique +++)
 - Cefixime
- Pas d'ECBU 1 mois après la fin du traitement

Traitement PNA (4) : durée

- PNA simple :
 - 7 jours si fluoroquinolones
 - 10 jours sinon
- PNA avec FDR complication en ville :
 - 10 jours quelle que soit la molécule

Traitement prostatites aiguës

- Critères d'hospitalisation : idem PNA
- Traitement probabiliste : idem PNA
- Relai oral si possible :
 - Cotrimoxazole si sensible
 - Ou sinon Ofloxacine si sensible acide nalidixique
 - Sinon : Ceftriaxone IM / IVD lente 3 minutes
 - Sinon : avis infectieux / microbio
- Durée : 14 jours (21 jours si gros adénome)

Les infections respiratoires hautes

- Angines
- Sinusites
- Otites
- Rhinopharyngites

Angine

- Strepto test +++
- Amoxicilline 1g × 2 / jour pendant 6 jours
- Si allergie peu sévère aux bêtalactamines :
C2G : Cefuroxime (Zinnat[®]) 250 mg × 2 / jour
pendant 5 jours
- Si allergie vraie et sévère aux bêtalactamines
Clarithromycine : Zeclar 500 mg/j pendant 5
jours

Sinusite maxillaire

- Caractère bactérien de la sinusite : 2/3 critères
 - Au moins 48 H d'évolution malgré ttt symptomatique
 - Rhinorrhée purulente continue
 - Douleur pulsatile unilatérale proclive
- Traitement sinusite maxillaire bactérienne :
 - Amoxicilline 1 g 3 fois par jour – 7 jours
 - Allergie peu grave : Zinnat 500 mg par jour – 5 jours
 - Allergie grave : Pyostacine 1g 2 fois par jour – 5 jours
- Si échec ou si origine dentaire : Augmentin 1 g 3 fois par jour

Sinusite frontale ethmoïdale sphénoïdale

- Diagnostic : idem avec douleur localisée selon sinus atteint
- Scanner +++
- Traitement :
 - Augmentin 1g 3 fois par jour – 7 jours
 - Si allergie : levofloxacine 1 cp / jour – 7 jours

Otite moyenne aigue

- Amoxicilline 1 g x 3 /jour pendant 5 jours (10 si perforée)
- Allergie non grave : cefuroxime axetil 5 jours
- Allergie grave : Pyostacine 5 jours

Rhinopharyngite

JAMAIS

JAMAIS

JAMAIS

JAMAIS

D'antibiotiques

Infections respiratoires basses

- Pneumopathies
- Exacerbation aigue de BPCO
- Bronchites

Pneumopathies : agents pathogènes

- Pneumocoque (30 à 47%) : brutal, 40°C
- Atypiques : contagé, progressif, interstitiel
- Post-grippe : Staph doré, Haemophilus, Pneumocoque (mais attention, pneumopathie à prouver comme toujours par **radio thorax**)

Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité

	Premier choix <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	Echec à 48 h Si 2^e échec : hospitalisation
Sujet présumé sain, sans signe de gravité <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	Amoxicilline <i>(Allergie : pristinamycine)</i>	Macrolides Ou pyostacine
<i>Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »³</i>	Amoxicilline	Macrolides ou pyostacine
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »³</i>	Macrolide	Amoxicilline
PNP post grippe ou inhalation ou Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité [sujet âgé en institution cf .Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique <i>(Allergie: FQAP (lévofloxacine)¹ ou ceftriaxone*</i>	Hospitalisation

Remarques

- Si PSDP, les concentrations d'amoxicilline restent suffisantes dans le poumon pour être $> 10 \times \text{CMI}$
- Pas de FQ si utilisation dans les 6 mois, ou si risque tendinopathie (personne âgée + corticoïdes par ex)
- Allergie péni : OK C3G si pas allergie sévère ni type I
- Eviter moxifloxacine et télithromycine autant que possible (toxicité)
- Attention macrolides et interactions +++ (sauf rovamycine)

Quelle durée ? **7 jours ++++++**

The American Journal of Medicine (2007) 120, 783-790



ELSEVIER

THE AMERICAN
JOURNAL *of*
MEDICINE®

CLINICAL RESEARCH STUDY

Efficacy of Short-Course Antibiotic Regimens for Community-Acquired Pneumonia: A Meta-analysis

Jonathan Z. Li, MD,^a Lisa G. Winston, MD,^{a,b} Dan H. Moore, PhD,^c Stephen Bent, MD^d

^aDepartment of Medicine, ^bInfectious Diseases Division, ^cDepartment of Epidemiology and Biostatistics, and ^dGeneral Internal Medicine Section, San Francisco VA Medical Center, University of California, San Francisco.

Exacerbation aiguë de bronchite chronique

- Définition :

BPCO (si possible avec EFR)

+ 2 critères / 3 : augmentation

DYSPNEE

TOUX

EXPECTORATION

EABC

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

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
<u>En absence d'EFR connus</u> Absence de dyspnée	<u>Résultats EFR connus</u> VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort (stade III)	VEMS < 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline <i>Allergie</i> ou <u>pristinamycine</u> ,
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos (Stade IV)	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou <u>C3G injectable</u> (céfotaxime ou ceftriaxone) ou <u>FQAP</u> (lévofloxacine) ² <i>Allergie</i>

Bronchites

JAMAIS

JAMAIS

JAMAIS

JAMAIS

JAMAIS

D'antibiotiques

Faire une RT pour aider les patients à l'accepter ?

Infection peau et tissus mous

- Erysipèle :
 - Amoxicilline 50 mg/kg/jour
 - PO en 3 prises si RAD
 - Si allergie : Pyostacine 1g × 3 jour
 - Si échec à H72 ou si FDR staph (porte d'entrée furoncle) : C1G (cefalexine 1g x 3/jour) ou Augmentin 50 mg/kg/j
 - Durée : 7 jours

Où trouver les sources des protocoles en infectiologie

www.infectiologie.com

⇒ Documents

⇒ Recommandations

ANTIBIOCLIC +++