



infos

Editorial

VERS UN MEILLEUR USAGE DES ANTIBIOTIQUES

TUBERCULOSE : les médecins au coeur d'une nouvelle stratégie de lutte



Robert Koch, médecin allemand célèbre pour sa découverte du bacille de la tuberculose.

Si la France est considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose, le risque de maladie reste cependant particulièrement élevé dans certaines populations, notamment celles qui vivent en situation de précarité, les migrants, les détenus, les patients infectés par le VIH et... les soignants. En Lorraine, 150 cas sont déclarés chaque année mais tous ne le sont pas...

Le constat épidémiologique ainsi que les réactions au site d'injection du BCG intra dermique ont conduit les autorités sanitaires à

mettre en place une nouvelle stratégie pour lutter de manière plus ciblée et plus efficace.

Le caractère obligatoire du BCG est remis en cause et son indication sera, après décision du médecin traitant, du pédiatre ou du médecin de PMI, ciblé aux enfants des populations à risque ou devant se rendre en zone d'endémie plus d'un mois ainsi qu'aux professionnels de santé. La décision de vacciner ou non devrait être systématiquement évoquée avec les parents pendant la grossesse et au décours de l'accouchement et figurer dans le carnet de santé. Des Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) ont été installés dans chaque département avec pour mission d'organiser le dépistage et le traitement des populations exposées.

Il est indispensable que chaque praticien notifie à la DDASS les cas dont il a connaissance pour que l'équipe du CLAT puisse mettre en place le dépistage des sujets contacts et le traitement des tuberculoses latentes.

L'utilisation de l'IDR à la tuberculine devrait progressivement faire place à un dosage sanguin de l'Interferon gamma (test QuantiFERON ou Elispost) plus spécifique de la multiplication du BK dans un organisme. C'est l'ensemble de ce nouveau dispositif qui devrait permettre de faire régresser la tuberculose tout en abandonnant le caractère obligatoire de la vaccination par le BCG (décret que le Ministre de la Santé n'a pas encore signé).

AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro d'astreinte téléphonique destiné aux professionnels libéraux de santé de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne 5 jours par semaine de 8h30 à 19h30 hors jours fériés.

Un seul numéro d'appel
03 83 76 44 89

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin d'astreinte, bénévole pour cette fonction.

Le Réseau

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires du nourrisson et de l'enfant (Recommandations de bonne pratique, AFSSAPS, février 2007)

PRINCIPAUX MESSAGES

■ Diagnostic des infections urinaires (IU) :

Les signes et symptômes des IU (cystite et pyélonéphrite) sont souvent non spécifiques, en particulier chez le nourrisson. Le dépistage des IU repose sur les bandelettes réactives (recherche de leucocytes et de nitrites dans l'urine), sauf avant 3 mois (valeur prédictive négative de l'ordre de 97 %).

Le diagnostic des IU repose sur la clinique et l'examen cytbactériologique des urines. Le diagnostic des pyélonéphrites doit être systématiquement évoqué devant toute fièvre sans foyer infectieux patent. Il faut privilégier le prélèvement urinaire per-mictionnel. En cas de difficulté ou si l'antibiothérapie est urgente, il ne faut pas hésiter à recourir au cathétérisme, voire à la ponction sus-pubienne.

La culture permet de préciser l'espèce bactérienne, de quantifier la bactériurie (prélèvement mictionnel : seuil = 10⁵ UFC/ml I UFC : unités formant colonies), autres types de prélèvement : seuil = 10³ UFC/ml) et d'effectuer un antibiogramme.

■ Traitement des cystites aiguës (petite fille à partir de 3 ans) :

- cotrimoxazole (contre-indiqué avant l'âge d'1 mois) : sulfaméthoxazole : 30 mg/kg/j et triméthoprime : 6 mg/kg/j, en 2 prises par jour,

- ou céfixime 8 mg/kg/j (à partir de 3 ans) en 2 prises par jour, notamment en cas de résistance, d'intolérance ou de contre-indication au cotrimoxazole.

Une durée de traitement de 3 à 5 jours est recommandée chez l'enfant. L'examen cytbactériologique des urines (ECBU) de contrôle est inutile.

■ Traitement des pyélonéphrites aiguës :

Le traitement comprend un traitement d'attaque par voie injectable suivi par un traitement oral de relais. La durée totale de traitement est de 10 à 14 jours.

1. Traitement d'attaque pendant 2 à 4 jours :

Le traitement de première intention est :

- ceftriaxone (IV ou IM), pour les patients hospitalisés ou ambulatoires : 50 mg/kg/j en injection quotidienne unique, sans dépasser la dose adulte de 1 g/j ;
- ou céfotaxime (IV) uniquement chez les patients hospitalisés : 100 mg/kg/j, en 3 ou 4 injections, sans dépasser la dose adulte de 4 g/j.
- Les aminosides (gentamicine à la dose de 3 mg/kg/j en injection IV ou IM quotidienne unique) peuvent également être utilisés :
- en association aux céphalosporines de 3^e génération injectables dans les pyélonéphrites sévères (enfant de moins de 3 mois, uropathie malformative connue, syndrome septicémique, immunodéprimé) ;



poche urinaire

- en monothérapie dans les pyélonéphrites notamment en cas d'allergie aux bêta-lactamines chez le sujet à fonction rénale normale ;

- en association à l'amoxicilline (100 mg/kg/j en 3-4 injections sans dépasser 4 g/j) en cas d'infection à entérocoques.

2. Traitement oral de relais :

- cotrimoxazole (contre-indiqué avant l'âge d'1 mois) ou céfixime (à partir de 6 mois), en fonction des résultats de l'antibiogramme.

En cas de résistance aux autres familles d'antibiotiques, la ciprofloxacine peut être envisagée chez l'enfant pré-pubère. Chez l'adolescent pubère, les fluoroquinolones peuvent être utilisées comme chez l'adulte.

3. Prise en charge :

L'hospitalisation est recommandée chez l'enfant de moins de 3 mois ou présentant des signes cliniques d'infection sévère. Il est recommandé d'effectuer un examen clinique, 48-72 heures après le début du traitement.

■ Antibiothérapie dans les infections récidivantes :

Il n'existe pas de consensus sur l'intérêt et la durée de l'antibiothérapie de l'IU. L'antibiothérapie réduit la fréquence des épisodes dans le cadre des cystites à répétition en complément du traitement des facteurs de risque de l'infection : réplétion rectale, troubles mictionnels, prépuce physiologiquement étroit.

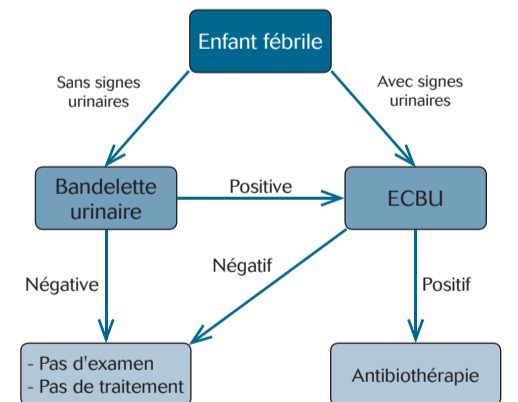
Aucune efficacité n'a été démontrée chez les enfants présentant un reflux vésico-urétéro-rénal.

Si une antibiothérapie est décidée, les antibiotiques proposés sont :

- cotrimoxazole (contre-indiqué avant l'âge d'1 mois) : 5-10 mg/kg/j pour le sulfaméthoxazole et 1-2 mg/kg/j pour le triméthoprime),
- ou nitrofurantoïne (à partir de 6 ans) : 1 à 2 mg/kg/j.

La durée du traitement prophylactique est de plusieurs mois en continu. La prise en charge doit s'accompagner d'une hygiène périnéale adaptée et d'une vigilance accrue pour permettre un diagnostic précoce des pyélonéphrites aiguës, afin de maintenir une prévention optimale des cicatrices rénales et de leurs conséquences.

■ Stratégie diagnostique des infections urinaires :



Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiothérapie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagnée de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2007

A glisser dans une enveloppe accompagnée de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiothérapie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2007

Montant : (cocher)

- 600 € pour les CHU/CHR
- 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques
- 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
- 300 € pour les Associations professionnelles
- 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

ANTIBIOLOR

Mlle C. Barthélemy
Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses
Tour Drouet 7 - Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY



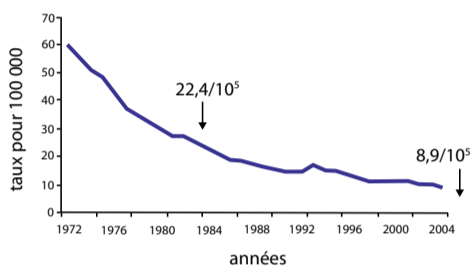
Suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents.

Le Comité Technique des Vaccinations et le Conseil Supérieur d'Hygiène de France ont suspendu l'obligation vaccinale par le BCG chez les enfants et les adolescents (séance du 9 mars 2007). Plusieurs constatations sont à l'origine de cette décision :

1. Diminution de la tuberculose maladie dans la population générale :

Tout d'abord, l'incidence moyenne annuelle de la tuberculose diminue lentement après une période de stagnation. (cf fig 1). Cette diminution s'accompagne de fortes disparités : dans les populations de nationalité étrangère l'incidence de la tuberculose est élevée (69,8/10⁵ en 2005), en augmentation de + 6 % sur la période 2000-2005, alors qu'elle décroît dans le même temps dans la population de nationalité française avec un taux annuel moyen de variation de - 7 % entre 2000 et 2005 et une incidence de 4,8/100 000 en 2005 à l'exception de l'Île de France (incidence à 21,8/10⁵ sur la période 2003-2005). Par ailleurs, dans les populations de nationalité étrangère, l'incidence de la tuberculose est superposable, dans les premières années suivant l'arrivée dans le pays d'accueil, à celle du pays d'origine, notamment pour les pays de forte endémicité (annexe 1) ; le niveau de prévalence de la tuberculose dans la zone où une personne a passé son enfance et sa jeunesse a un impact important sur le risque de développer une tuberculose à l'âge adulte ;

■ Fig. 1 : Evolution de l'incidence de la tuberculose (taux pour 100 000 habitants), France métropolitaine, 1972-2005 (lnVS) :



On constate que le taux d'incidence national annuel moyen des cas de tuberculose avec la présence de bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen direct est évalué à 3,8/10⁵ sur la période 2003-2005 (4,8/10⁵ en données corrigées de la sous notification), valeur inférieure au seuil (fixé à 5) proposé par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UNION) comme l'un des critères permettant d'envisager l'arrêt de la vaccination généralisée des enfants.

2. Efficacité du BCG :

Le vaccin BCG n'est pas efficace à 100 % : 75 % pour les formes graves extra pulmonaires de l'enfant et 50 % pour les formes pulmonaires, pendant les 10 à 15 ans qui suivent cette vaccination. De plus, le BCG protège essentiellement les sujets vaccinés et n'intervient pas sur la chaîne de transmission de la maladie.

Les diverses études conduites en Europe et en Amérique du Nord, montrent que la tuberculose maladie est associée à des conditions socio-économiques défavorables et la tuberculose chez l'enfant, très exceptionnellement contagieuse, est presque toujours due à une contamination à partir d'un adulte bacillifère.



3. Effets indésirables du vaccin :

Le vaccin BCG n'a pas que des avantages. Si les infections généralisées par le BCG, sont exceptionnelles, le plus souvent liées à un déficit immunitaire congénital, c'est le mode d'administration du vaccin qui présente le plus d'inconvénient. Depuis janvier 2006, on ne dispose plus que du seul vaccin du Statens Serum Institute de Copenhague (souche 1331), administré par voie strictement intradermique, ce qui rend son administration difficile chez le petit enfant. Les données nationales de pharmacovigilance font état d'effets indésirables loco-régionaux, notamment des abcès chez le nourrisson avec un taux de notifications compris entre 0,6 et 1,2 cas/1000, du même ordre que dans les données internationales. En Suède l'arrêt de la vaccination généralisée a entraîné une augmentation globale de l'incidence de la tuberculose de l'enfant, notamment, mais pas uniquement, parmi ceux vivant dans un environnement à risque, défini essentiellement par le pays d'origine de l'enfant ou de ses parents. Cette situation a conduit à un renforcement des mesures visant à vacciner les enfants vivant dans un environnement à risque, qui a permis une réduction de l'incidence de la tuberculose pédiatrique. Cependant, celle-ci n'est pas revenue à son niveau observé lors de la vaccination généralisée, y compris chez les enfants ne vivant pas dans un environnement à risque.

4. Risque calculé de la tuberculose en cas d'arrêt du vaccin :

On estime que l'arrêt total de la vaccination par le BCG en France entraînerait une augmentation non négligeable des cas de tuberculose chez les enfants de moins de 15 ans, de 320 à 800 cas par an, dont au moins 10 à 16 cas de méningites ou miliaires tuberculeuses. En outre un nombre

additionnel annuel de plus de 340 cas d'infections à mycobactéries atypiques serait observé ; Si la vaccination était centrée sur les enfants à risque élevé de tuberculose (risque défini par leur origine ou l'origine de leurs parents d'un pays de forte endémie), cela entraînerait chaque année, parmi les enfants à faible risque, environ 80 à 200 cas supplémentaires de tuberculose selon les hypothèses d'efficacité du BCG, dont 2 à 4 cas de méningites ou miliaires tuberculeuses, ainsi qu'environ 300 cas supplémentaires d'infections à mycobactéries atypiques mais permettrait d'éviter chaque année environ 260 cas d'adénites suppurées et une dizaine de cas d'infections généralisées par le BCG ;

Les experts soulignent que la vaccination des enfants par le BCG ne sert en aucun cas de stratégie de remplacement à la lutte contre la tuberculose. Cette vaccination a une efficacité incertaine sur la transmission de la maladie entre adultes, qui sont, eux, la source principale de cette transmission.

5. Aussi, le Comité Technique des Vaccinations et le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section des maladies transmissibles, émettent les recommandations de vaccination suivantes :

• Qui vacciner ?

La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse (annexe 1) ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME, ...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.
- Tout enfant dont les parents demandent la vaccination doit être vacciné sauf contre indication.

• Quand vacciner ?

- chez les enfants à risque élevé de tuberculose (définis ci-dessus) la vaccination BCG doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie, sans nécessité d'IDR à la tuberculine préalable ;
- chez des enfants appartenant à l'une des catégories à risque élevée définies ci-dessus et non vaccinés, la vaccination doit être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans ;

- l'IDR à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois afin de rechercher une infection liée à une contamination après la naissance ;
- le BCG est contre indiqué en cas de déficit immunitaire. Chez les enfants nés de mère infectée par le VIH, la vaccination doit être reportée jusqu'à obtention de la preuve de l'absence d'infection de l'enfant par le VIH ;
- en dehors des professionnels soumis à l'obligation vaccinale listés aux articles L3112-1, R3112-1C et R 3112-2 du code de la santé publique, la vaccination BCG n'est pas recommandée après l'âge de 15 ans ;
- dans l'attente d'un avis complémentaire, les professionnels visés aux articles L3112-1, R3112-1C et R 3112-2 du code de la santé publique demeurent soumis à l'obligation vaccinale par le BCG.

• Qui vaccine ?

- Tout médecin, infirmier(e), sage femme peut vacciner.
- Au cours de leurs stages pratiques d'études médicales, les étudiants en médecine doivent obligatoirement faire preuve de leur capacité à réaliser correctement une injection par voie intradermique chez le jeune enfant.
- Des aiguilles plus fines pour les intra dermo seront mises à disposition.

Coordonnées des Centres de Lutte contre la Tuberculose (CLAT) en Lorraine

- MEURTHE ET MOSELLE**
- CHU Nancy : 03 83 15 35 82 ou 03 83 15 38 37
 - BRIEY : 03 82 47 50 00 (poste 6107 ou poste 6119)
 - TOUL : 03 83 62 23 72
 - MONT ST MARTIN : 03 82 44 75 99
- MEUSE**
- BAR LE DUC : 03 29 45 86 43
 - VERDUN : 03 29 87 48 04
- MOSELLE**
- 03 87 31 31 31 ou 03 87 90 32 81
- VOSGES**
- REMIREMONT : 03 29 23 41 70
 - EPINAL : 03 29 68 71 09

■ Annexe 1

Les zones géographiques à forte incidence tuberculeuse, selon les estimations de l'OMS, et en tenant compte de certaines imprécisions liées aux difficultés du recueil fiable des données épidémiologiques dans certains pays, sont :

- Le continent africain dans son ensemble,
- le continent asiatique dans son ensemble, y compris les pays du Proche et Moyen-Orient,
- les pays d'Amérique centrale et du sud,
- les pays d'Europe Centrale et de l'Est y compris les pays de l'ex URSS,
- dans l'Union européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal et Roumanie.

Cas clinique

Variations sur l'infection urinaire

Vanessa, 18 ans :

Consulte pour une pollakiurie récente, accompagnées de brûlures mictionnelles et d'hématurie macroscopique. L'examen clinique est normal et Vanessa est apyrétique.

- Examens complémentaires ?
- Vanessa en est à sa 3^e cystite de l'année...
- Examens complémentaires ?
- (BU, ECBU, imagerie)

Marguerite :

Elle a 66 ans et fait une cystite...

- Examens complémentaires ?

Mélodie, 2 ans :

Consulte en raison d'une fièvre isolée depuis 48 heures et vous vous posez, légitimement, la question d'une éventuelle infection urinaire.

- Comment poser le diagnostic ou l'éliminer ?
- Mélodie revient avec sa maman et son ECBU : 4000 leucocytes et 10⁵ entérocoques...
- Elle est en pleine forme et apyrétique
- Que proposez vous ?

Vanina :

Vanina est enceinte (34 SA) et consulte avec un ECBU prescrit à titre systématique :

- 20 000 leuco/mL et assez nombreux cocci en chainettes.
- Culture : nombreuses colonies de Streptocoques du groupe B.
- Traitement ?

Infection urinaire sur sonde :

- Iphigénie est porteuse d'une sonde urinaire à demeure en raison d'une vessie neurologique (SEP).
- L'infirmière vous informe qu'elle a constaté que les urines étaient très troubles et vous demande s'il ne faudrait pas réaliser un ECBU ?
- L'ECBU a été réalisé :
- 1 250 000 leucocytes/mL

- 10⁶/mL *Pseudomonas aeruginosa* et 10⁵/mL Streptocoques du groupe D
- Traitement ?

Marie, 85 ans :

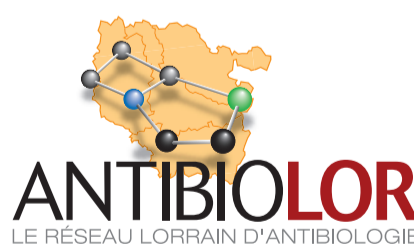
Présente une baisse de l'état général inexplicable (anorexie, asthénie, diminution des activités...) et votre remplaçant qui l'a vue la semaine dernière lui a prescrit une NFS, normale, et une CRP à 50 mg/l et un ECBU : 25000 leucocytes/ml et 10⁵/ml E.coli...

- Que faire ?
- Variante :
- Dans l'ECBU : 10 000 leucocytes/ml et 10⁶/ml *Staphylococcus aureus* (ou *S saprophyticus*).

Adhères à AntibioLor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.



LA LETTRE DU RÉSEAU LORRAIN D'ANTIBIOLOGIE

ANTIBIOLOR

infos

Directeur de la publication : Thierry May
Conception graphique et maquette : Agence MédiaCom
Impression : Lorraine graphic
Ce numéro a été tiré à 5 200 exemplaires
ISSN : 1955-0820

ANTIBIOLOR

LE RÉSEAU LORRAIN D'ANTIBIOLOGIE

Je soussigné(e)
M - Mme - Mlle
(rayer la mention inutile)

NOM Prénom

Fonction Spécialité

Adresse prof.

N° de téléphone E-mail

NOM de l'Etablissement ou de l'Association

ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association

par Chèque bancaire par Chèque postal Virement bancaire

RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28

Banque Ville ou centre.....

N° du chèque Libellé au nom de «Association AntibioLor»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date Signature

oui non