

Quoi de neuf en infectiologie

les situations les plus fréquentes chez l'adulte

- La sur prescription des AB en France
- Les sources documentaires : les dernières reco
- Antibior 2007
- Les résultats de l'audit antibiothérapie (du GLAM)

La sur prescription des AB en France

- Les médecins et patients français et leur appétence pour les médicaments..
- Les antibiotiques
 - prescription 4 fois supérieure en France / Pays Bas (par habitant)
 - Peu de nouvelles molécules : préserver l'avenir++
- Corrélation conso AB / résistances

Mes sources

- www.has-sante.fr
- www.afssaps.fr
- www.antibiologie.com (spilf)
- www.splf.org
- www.antibiolor.org et son Cdrom
- Prescrire : Cdrom option confort

La diminution de la prescription d'antibiotiques

- Amorcée en France
- Sans risque : l'expérience anglaise
 - Évolution comparée prescriptions < 15 ans / hospitalisations pour abcès, RAA, mastoïdite
 - 1993 : 1999 : - 34%
 - Hospitalisations fluctuantes et non corrélées

Prescrire 2006 (26) 273 : 452

Le TDR

- Aucun signe ou score clinique n'a de valeur prédictive positive et/ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique)
- Spécificité voisine de celle des cultures 95% : 5% de faux positifs (les porteurs sains ?)
- Sensibilité supérieure à 90% (10 % de faux négatifs)
- Résultats en 5 minutes maximum.

Le TDR : chez qui ?

- Inutile
 - avant 3 ans (angines virales et pas de RAA à cet âge)
 - Si scarlatine typique
- Indiqué
 - Enfant > 3 ans

AB ?

- TDR + \Rightarrow AB (A)
- TDR négatif chez un sujet sans facteur de risque de RAA : tt symptomatique

Comment traiter ?

Amoxicilline pendant
6 jours (B) +++
(afssaps 2005)

Allergie pénicilline sans allergie céphalosporines

- céfuroxime-axétil : 4 jours,
 - cefpodoxime-proxétil : 5 jours,
 - céfotiam-hexétil : 5 jours.
-
- L'association amoxicilline-acide clavulanique et le céfixime n'ont plus d'indication (AMM) dans l'angine à SGA.

Allergie sévère à la pénicilline

- Macrolides mais taux actuel de résistance des SGA, en France, aux macrolides et apparentés élevé ++(entre 16 et 31%)

Traitements d'appoint

- ni AINS à dose anti-inflammatoire
- ni corticoïdes.
- Ni AB à usage local++

Angine : à retenir

- > 60 % des angines sont d'origine virale..=> TDR++
- Angine à SGA exceptionnelle < 3ans
- Angine à SGA :
 - Amox en première intention 6 jours
 - macrolide en deuxième intention ..
- Pas d'urgence à traiter

OTITE : définition

- Signes fonctionnels :
 - l'otalgie (et équivalents)
 - l'hypoacousie.
 - Les signes généraux : fièvre.
- Les signes otoscopiques :
 - l'inflammation (congestion ou hypervascularisation)
 - Et l'épanchement
 - Extériorisé (otorrhée)
 - ou non (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement) (AP).

OMA

- < 2 ans => antibiothérapie (AP).
- > 2 ans
 - peu symptomatique : abstention « licite » (en 1ère intention)
 - symptomatologie bruyante : (fièvre élevée, otalgie intense) => antibiothérapie (B).
- Abstention : réévaluation à 48-72 heures (B).

Antibiothérapie de 1ère intention

- l'association amoxicilline-acide clavulanique,
- le cefpodoxime-proxétil,
- le céfuroxime-axétil

(Syndrome otite / conjonctivite : cefpodoxime)

Pas de place pour le cefixime dans l'OMA ++

Et en cas d'allergie

- En l'absence d'allergie aux céphalosporines : cefpodoxime et céfuroxime
- < 6 ans : association érythromycine-sulfafurazole mais risque d'échec
- > 6 ans : pristinamycine
- Ceftriaxone en injection IM : très exceptionnellement (selon AMM) (B).

Durée de l'antibiothérapie (A)

- < 2 ans : 8 à 10 jours
- > 2 ans : 5 jours

- Pas de contrôle après traitement si évolution favorable

Traitements d'appoint

- Ni AINS (à doses anti-inflammatoires)
- Ni corticoïdes
- Traitement local :
 - Pas d'antibiotiques ++
 - corticoïde + lidocaïne ?

Otite : à retenir

- OMA : définition otoscopique ++
- Age :
 - < 2 ans : AB 8 jours
 - > 2 ans : O ou AB 5 jours
- Pas de cefixime...
- Pas d'urgence à traiter
- Pas de tt local sauf otite externe

SINUSITE : Diagnostic (AP)

- **Au moins 2 critères majeurs ++**
 - douleur majorée et > 48 heures sous tt
 - Douleur caractéristique
 - Rhinorrhée unilatérale, purulente, aggravée

Une perspective clinique

- Diagnostic : pus sous le méat moyen
- Visible en utilisant l'otoscope dans les fosses nasales...

Des examens complémentaires : ?

- RX inutile si présomption clinique forte.
- Utile en cas de doute diagnostique ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie (AP)
- Le scanner des sinus n'est pas indiqué sauf suspicion de
 - sinusite sphénoïdale
 - sinusite compliquée , notamment frontale.

Les autres sinusites

- L'antibiothérapie est indiquée sans réserve en cas de sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale.
- Quels critères diagnostiques ? (pas de reco)

antibiothérapie recommandée, par voie orale (AP)

- l'association amoxicilline-acide clavulanique ;
- les C2G orales de deuxième génération (céfuroxime-axétil)
- certaines C3G(cefpodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil)
- la pristinamycine (allergie aux b-lactamines).

Les fluoroquinolones ?

- Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacin, moxifloxacin) doivent être **réservées aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves** telles que les sinusites frontales, sphénoïdales ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie dans les sinusites maxillaires, après documentation bactériologique et/ou radiologique.

durée du traitement

- 7 à 10 jours (C).
- 5 jours :
 - cefuroxime-axétil
 - cefpodoxime-proxétil
 - céfotiam-hexétil
 - télithromycine
- 4 jours : pristinamycine.

Traitements d'appoint

- Vasoconstricteurs locaux (durée maximale : 5 jours)
- AINS : utilité non démontrée.
- Corticoïdes peuvent être utiles en cure courte (max 7 jours) dans les sinusites aiguës hyperalgiques

Sinusites : à retenir

- Un diagnostic clinique, à ne pas galvauder
- Promouvoir la rhinoscopie
- Sinusalgie n'est pas synonyme de sinusite
- Sinusite maxillaire sans rhinite : dent ?
- Pas de céfixime
- Sinusite frontale = AB

Bronchite chronique : définition clinique

- Expectoration quotidienne
- Pendant 3 mois consécutifs
- Au cours d'au moins 2 années consécutives
- Post tabagique : 90% des cas

Indications du traitement antibiotique BPCO : les préalables

- BPCO ? (Tiff < 70%)
- Exacerbation ?
- Origine bactérienne ?
- Etat respiratoire de base (classification)
- AB :
 - l'état respiratoire
 - fréquence des exacerbations.

L'origine infectieuse de l'exacerbation ?

- 50 % des cas et...
- 50 % des origines infectieuses sont...virales !

Exacerbation : infection bactérienne ?

- Bactérienne, virale ou d'origine non infectieuse.
- Bactérienne : AB bénéfique si syndrome obstructif.

Diagnostic d'exacerbation bactérienne : la triade d'Anthonissen (B)

- augmentation du volume de l'expectoration,
 - augmentation de la purulence de l'expectoration,
 - augmentation de la dyspnée.
-
- L'existence d'au moins deux des critères de cette triade évoque une origine bactérienne.

La fin d'Anthonissen ?

Actuellement, l'argument clinique prépondérant pour une étiologie bactérienne de l'exacerbation de la BPCO

est la mise en évidence d'une purulence **verdâtre** franche des crachats.

Une donnée indispensable : l'état de base

- Le VEMS et la CV
 - $VEMS/CV$ (tiffeneau) $< 70\%$ = BPCO
 - $VEMS /$ valeur attendue (age, taille, sexe) = stade de sévérité
- Une gazométrie si sévérité ou dyspnée de repos.
- En l'absence de VEMS (mais mauvaise corrélation)
 - dyspnée chronique ?
 - d'effort ?
 - de repos? préalable à l'exacerbation.

Exacerbation de bronchite chronique simple

- En 1ère intention : pas d'AB (B)
- Réévaluation : AB si fièvre $>38^{\circ}\text{C}$ au-delà du 3ème jour (C).

Quels sont les critères d'indication de l'antibiothérapie ? (SPILF 2006 ++): selon l'évaluation en dehors de toute exacerbation

- Absence de dyspnée : pas d'antibiotique (A)
- Dyspnée d'effort : antibiotique seulement si expectoration franchement purulente verdâtre (C)
- Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos : antibiotique systématique (A)

Quelle antibiothérapie en cas d'indication ? (SPILF 2006 ++) [1]

- Dyspnée d'effort et expectoration verdâtre :
 - Amoxicilline 3g/j
 - C2G orale (céfuroxime-axétil)
 - C3G orale (cefpodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil)
 - Macrolide
 - Pristinamycine
 - (Télithromycine)

Quelle antibiothérapie en cas d'indication ? (SPILF 2006 ++) [2]

- Dyspnée de repos :
 - Amoxicilline-acide clavulanique (3 g/j d'amoxicilline)
 - C3G injectable (céfotaxime I.V. ou ceftriaxone IV, IM ou SC)
 - Fluoroquinolone anti-pneumococcique (lévofloxacin, moxifloxacin) :

Les FQAP : mise en garde +++

- Les fluoroquinolones anti-pneumococciques ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu un traitement par une fluoroquinolone, quelle qu'en soit l'indication, depuis moins de 3 mois (A).
- Doivent être utilisées avec prudence
 - En institution (risque de transmission de souches résistantes)
 - Chez les sujets âgés sous corticothérapie par voie générale (risque accru de tendinopathie) (A).

Durée de l'antibiothérapie

- 5 jours : β -lactamines, macrolides, kétolide, fluoroquinolones) ; dans les formes peu sévères (stade 2) (AP). La clarithromycine à libération prolongée, la télithromycine et la moxifloxacin ont dans l'AMM une durée de traitement de 5 jours,
- 4 jours : la pristinamycine (A).
- 7 à 10 jours : dans certains cas sévères (A).

Insuffisance respiratoire chronique

- Antibiothérapie recommandée d'emblée (B).

EABC : à retenir pour la pratique

- Exacerbation non synonyme de surinfection bactérienne : 50% infection dont 50% virus = 25% bactérienne
- Connaissance indispensable de l'état de base
 - Clinique : dyspnée
 - Spirométrie : VEMS stable / VEMS Théorique
- Pas de dyspnée : pas d'AB
- Choix de l'AB : amox souvent !

La bronchite aiguë : définition : non consensuelle++

- Infection sous glottique (IRB)
- Signes ORL (IRH)
- Toux sèche puis productive
- Brûlures rétro sternales
- Fièvre <39°
- Signes auscultatoires ?
 - Non pour la SPLF
 - Oui pour la SFMG !
 - Oui pour les bronchites aiguës de l'enfant (afssaps)!

La problématique

- Fréquentes / > 10 millions de cas/an en France
- Incidence augmente avec l'âge.
- Un des motifs les plus fréquents de consultation et de prescription d'antibiotiques ++

Bronchite aiguë : le champ de la recommandation

De l'adulte sain....

- ✓ *Ni pathologie respiratoire chronique*
- ✓ *Ni comorbidité associée (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, pathologie néoplasique, immunodépression, cirrhose hépatique)*
- ✓ *Ni état physiologique altéré (âge)*

Le fumeur

- Est un adulte sain (SPILF)
- Sauf BPCO...

Etiologie

- Virus + + +
- Rares étiologies bactériennes
 - Chlamydiae
 - Mycoplasme
 - Bordetella Pertussis (toux > 3 semaines)

AB ?

- L'intérêt de l'antibiothérapie n'est pas démontré, ni sur l'évolution de la maladie ni sur la survenue de complications (B).
- La démonstration qu'un traitement antibiotique prévienne les surinfections n'est pas faite.

Abstention thérapeutique ! (le plus dur)

- Ni AB
- Ni AINS
- Ni corticothérapie
- (ni fluidifiants ?)

Evolution spontanée

- Favorable, en une dizaine de jours
- Toux pouvant durer...

A retenir pour la pratique

- Bronchite aiguë , même traînante, même chez un fumeur = pas d'antibiotiques..

Pneumonies (adulte) : difficile et dangereux

- Infections respiratoires basses de l'adulte : AFSSAPS actualisation oct 2005
- **SPILF CC 2006**
- SPLF RPC 1999
- ANAES 2001 : EPP ES
- Antibiolor

Un diagnostic pas toujours facile

- Signes suggestifs de PNEUMONIE :
 - Fièvre $>37,8^{\circ}\text{C}$
 - Tachycardie $> 100/\text{min}$
 - Polypnée $> 25/\text{min}$
 - Douleur thoracique
 - Absence d'infection ORL
 - **Impression globale de gravité (AP)**
 - **Foyer de râles crépitants (B)**

Imagerie

- RP initiale systématique (et contrôle à 2 mois spilf AP)
 - Opacités alvéolaires systématisées
 - Opacités interstitielles et opacités en mottes péribronchiques de type «bronchopneumonie» d'identification plus délicate.
 - Chez le sujet âgé, le diagnostic est encore plus difficile
- "radiologue dépendante + +"
- Scanner si doute et ...disponibilité

Pneumonie communautaire de l'adulte

- Acquis en dehors de l'hôpital
- Potentiellement mortelle
- Antibiothérapie probabiliste
- Dès le diagnostic posé.
- Contrôler l'efficacité du traitement à 3 jours.

Durée et suivi

- 7 à 14 jours
- Contrôle à J3
- Echec :
 - Changement de monothérapie
 - Plus rarement : bithérapie

C2 et C3G orales / FPAQ

- C2 et C3G orale : pas d'indication car
 - Insuffisamment actives sur Gram+
 - Inactives sur pneumo résistant péni
 - Faibles concentrations tissulaires (PSDP)
- FPAQ : attention aux résistances..peu d'indications

Les propositions de la SPILF 2006 et antibiolor 07 : simple !

- **Pas de comorbidité**
 - amoxicilline 1 g x 3/j PO
 - **ou** pristinamycine 1 g x 3/j PO
 - télithromycine 800 mg/j PO (réserves++)
- **Comorbidités** : amoxicilline-acide clavulanique 1 g x 3/j PO
- **Sujets âgés en institution**
 - amoxicilline-acide clavulanique 1 g x 3/j PO
 - ceftriaxone 1 g/j IM/I.V./sous-cutané
 - FQAP (lévofloxacine 500 mg/j PO **ou** moxifloxacine 400 mg/j PO)

En cas d'échec à 72 heures : substitution

- Pas de comorbidités : macrolide **ou** pristinamycine **ou** télithromycine ;
- Comorbidités : FQAP (lévofloxacine **ou** moxifloxacine) .

Pneumonie : à retenir pour la pratique

- Danger
- RP initiale
- Pas de comorbidité : Amox 3g/j, 10 jours
- Comorbidités : amox/ac clav ou alternatives
- Pas de CG orales et peu ou pas de FQ
- Contrôle à J+3

Cystites : à retenir (en attente RPC AFFSAPS)

- Le diagnostique clinique +/- BU
- Pas d'ECBU dans la cystite simple
- Les traitements courts (3 jours max)
- (respect de la bactériurie asymptomatique)

Erysipèle : à retenir

- Erysipèle = strepto
- Pas d'EC
- Bon pronostic : PEC ambulatoire
- Amox per os
 - CC : 3 à 4 g/j (selon le poids : 80kg), 3 prises, 15 jours
- Pas de tt local (sauf intertrigo)
- Pas de tt anticoagulant

LYME : Recommandations pour le diagnostic biologique en fonction des formes cliniques (C)

Formes cliniques	Indications et résultats des examens essentiels au diagnostic	Examens optionnels
Érythème migrant	AUCUN	AUCUN
Neuro-borreliose précoce	<ul style="list-style-type: none">- Réaction cellulaire lymphocytaire dans le LCR et/ou hyperprotéinorachie- Sérologie positive dans le LCR, parfois retardée dans le sang- Synthèse intrathécale d'IgG spécifiques	<ul style="list-style-type: none">- Culture et PCR du LCR- Séroconversion ou ascension du titre sérique des IgG
Lymphocytome borrélien	<ul style="list-style-type: none">- Aspect histologique du lymphocytome- Sérologie positive (sang)	Culture et PCR du prélèvement cutané
Atteinte cardiaque	<ul style="list-style-type: none">- Sérologie positive (sang)	Sur avis spécialisé

Situations au cours desquelles la sérologie n'a pas d'indication (C)

- Sujets asymptomatiques
- Dépistage systématique des sujets exposés
- Piqûre de tique sans manifestation clinique
- Érythème migrant typique
- Contrôle sérologique systématique des patients traités

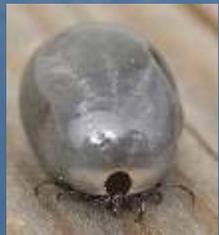
TT phase primaire de la borréliose de Lyme (B)

	ANTIBIOTIQUE	POSOLOGIE	DURÉE
ADULTE			
1^e ligne	Amoxicilline	1 g x 3/j	14-21 jours
	ou Doxycycline	100 mg x 2/j	14-21 jours
2^e ligne	Céfuroxime-axétil	500 mg x 2/j	14-21 jours
3^e ligne si CI 1^{re} et 2^e lignes ou allergie	Azithromycine	500 mg x 1/j	10 jours

En cas de piqure

Détection et retrait rapide d'une ou plusieurs tiques

- Examen minutieux du revêtement cutané (C)
- Extraire la tique par une technique mécanique (risque de transmission existe dès les premières heures d'attachement et s'accroît avec le temps, élevé si > 48)
- Éviter les substances « chimiques » (C) (risque de régurgitation)
- Désinfecter le site de la piqure
- Surveiller la zone pour dépister un érythème migrant



Prévention secondaire en zone d'endémie antibioprophylaxie ?

**L'antibioprophylaxie systématique après
piqûre de tique n'est pas recommandée**

- **SAUF : Risque élevé**
 - piqûres multiples
 - long délai d'attachement
 - fort taux d'infestation des tiques
 - grossesse
- **Modalités**
 - Doxycycline PO : 200 mg monodose (A)
 - Amoxicilline PO : 3 g/j 10 à 14 j (B)

Infections urinaires de l'enfant

Fièvre inexplicquée chez l'enfant : bandelette urinaire.

- Le prélèvement d'urine est réalisé chez le nouveau-né ou petit nourrisson par une poche laissée en place au maximum 20 minutes.

■ Hospitalisation :

- ✓ Impression clinique de gravité,
- ✓ Uropathie obstructive connue
- ✓ < 3 mois (L'hospitalisation entre 3 et 12 mois est souhaitable.)

■ Imagerie (echo + cystographie rétrograde) :

- ✓ Cystite chez le garçon
- ✓ Pyélonéphrite

Inf urinaire enfant : traitement

- Cystite : 5 à 7 jours
 - amox/ ac clav ou cefaclor (alfatil[®])
 - Alternative : cotrimoxazole ou cefadroxil (oracefal[®])
- **PNA non compliquée : 13 à 15 jours**
 - Ceftriaxone IM ou IV 50mg/kg 3 jours, puis relais par
 - Cefixime ou amox/ac clav 10 à 12 jours

Les 2 tours de l'audit du GLAM

- Amélioration des performances
- De 60,6 => 73,2 % de prescriptions conformes
- 2/3 des participants prescriptions conformes > 70% de leurs patients (1/3 au 1er tour)

et, en cas de difficultés

- N'hésitez pas et appelez antibiotel
- 03 83 76 44 89
- De 8h30 à 19h30