

USAGE DES ANTIBIOTIQUES EN EHPAD

LES PIEGES A EVITER !

17/10/2019

8^{ème} journée prévention du risque infectieux en EMS

Antibio-référents régionaux

Dr Willy Boutfol

Dr Hélène Cormier

Contexte général

❑ Poids de l'antibio-résistance

- France : 4^{ème} plus gros consommateur d'ATB en ville en Europe
- 12 500 décès/an en France
- En 2050 : plus de décès par infection à BMR que par cancer + tuberculose réunis

❑ Vieillissement de la population

- Hausse de 40% des plus de 65 ans entre 2012 et 2027 en PDL
- 11% des plus de 75 ans vivent en EHPAD
- PDL : près de 600 EHPAD, 45000 résidents

Consommation antibiotique en EHPAD

Table 3 Use of antibacterials for systemic use and vaccines (dispensed at least once during the year) in people admitted to nursing homes without a pharmacy during the first quarter of 2013 and still alive at 1 year, according to age

Age (year)	65-74		75-84		≥ 85		Total	
	(n = 744)		(n = 3386)		(n = 7557)		(n = 11,687)	
Reimbursed drugs (%)	Bef	Aft	Bef	Aft	Bef	Aft	Bef	Aft
Antibacterials for systemic use	36.2	51.6	42.6	57.1	46.8	64.0	44.9	61.2*
Beta-lactam antibacterials, penicillins	19.8	32.8	22.3	34.9	24.6	41.8	23.6	39.3*
Penicillins with extended spectrum (amoxicillin)	11.3	18.5	12.5	20.4	14.9	25.8	14.0	23.8*
Beta-lactamase resistant penicillins (cloxacillin)	1.3	1.5	1.4	1.5	1.9	2.2	1.7	1.9
Combinations of penicillins, including beta-lactamase inhibitors (amoxicillin and enzyme inhibitor)	9.5	17.1	10.6	18.5	11.1	22.6	10.8	21.1*
Quinolone antibacterials	9.0	16.4	13.3	19.3	13.4	20.5	13.1	19.9*
Fluoroquinolones	8.9	16.3	13.1	19.0	13.1	20.2	12.8	19.6*

% de résidents ayant reçu au moins 1 fois un ATB dans l'année

Atramont et al, Eur J Clin Pharmacol, 2017

75-84 ans	>85 ans	EHPAD >75 ans
28,8	32,4	38,1

DDJ/1000hab/an

Données MedQual et DRSM Rhône Alpes

Consommation antibiotique en EHPAD

Angleterre
1 244 313 patients

			% pres ATB / an	
< 75 ans (<i>n</i> =1 142 293)			53%	
> 75 ans (<i>n</i> =102 020)			142%	x3
> 75 ans en EHPAD (<i>n</i> =7481)			199%	x1,5
> 75 ans en EHPAD avec SU (<i>n</i> =329)			440%	x2

Consommation antibiotique en EHPAD

- ❑ 50-80% des résidents reçoivent au moins une antibiothérapie par an
- ❑ Un jour donné...
 - 3 à 5 % de patients infectés : 1/3 IU - 1/3 IRespi - 20% infections cutanées
 - 4 % de résidents sous ATB : C3G > Pénic A > Amox-acide clav > FQ
- ❑ ~75-80% des infections entraînent une prescription ATB dont **50 % inutiles ou inappropriées** :
 - Traitement des BA, des infections virales (IRespi ++)
 - Durée trop longue, trop de C3G / FQ
 - Antibioprophylaxie au (très) long cours (IU)
 - ATB topiques...

Antibio-résistance en EHPAD

Antibiotiques	VILLE n= 127 371		EHPAD n= 4691	
	n	%S	n	%S
Amoxicilline	126774	57,6%	4680	45,4%
Amoxicilline + acide clavulanique	50926	82,2%	1833	74,4%
Mecillinam	121326	92,6%	4377	88,1%
Cefixime	111348	95,8%	4295	89,0%
Cefotaxime / Ceftriaxone	122469	96,7%	4583	90,9%
Ceftazidime	114209	97,3%	3999	92,1%
Ertapénème	127208	100,0%	4683	100,0%
Acide nalidixique	106425	86,0%	3946	77,0%
Ofloxacin	87391	86,3%	3136	77,8%
Ciprofloxacine	58374	90,6%	2145	82,7%
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	123811	80,1%	4513	76,6%
Fosfomycine	117582	99,3%	4274	98,5%
Nitrofurantoïne	122367	99,4%	4517	99,0%
Nombre de souches productrices de BLSE (n , %)	3601 (2,9%)		374 (8,2%)	

La situation complexe de l'EHPAD

	Liées au sujet âgé	Liées à la structure
Diagnostic	Symptomatologie trompeuse : - signes généraux absents - Confusion, chute, anorexie... BA fréquente - distinction colonisation / infection	Accès au plateau technique Disponibilité du médecin traitant : - prescriptions sans examen clinique - réalisation d'ECBU en autonomie
Thérapeutique	Fragilité : ATB = anxiolytique ! Voie d'abord Dénutrition Polymédication et iatrogénie Fin de vie (*)	Manque de personnel Activités de groupes Transferts EHPAD ↔ ES Mesures d'hygiène Isolement EHPAD : accès à l'expertise en hygiène ou en infectiologie
Général	Pas de référentiels propres	Nombreux intervenants / turn over Relationnel med co / prescripteurs Familles

(*) 42% des résidents déments reçoivent une antibiothérapie dans les 15j précédant leur décès - D Agata AIM 2008

1. J'appuie sur le(s)
numéro(s), selon
mon(mes) choix



2. J'appuie sur OK
pour valider mon(mes)
choix



Mme C, 85 ans

- HTA sous bithérapie, diabète (HbA1c 8% sous ADO) compliquée d'une insuffisance rénale chronique avec un DFG à 35mL/min
- Elle a déjà fait 2 épisodes de cystite aiguë l'année dernière

Ce matin, lors de sa tournée, une aide soignante a réalisé une BU car les urines de Mme J étaient **foncées** et **malodorantes**.

La BU retrouve leuco + et nitrites +

Quelle est la première question à se poser ?

Mme C ne présente **aucun signe urinaire**.

Vous êtes cadre infirmière et l'aide soignante vous attrape dans le couloir pour vous demander conseil.

Que faut-il faire ?

1. Réaliser un ECBU
2. Appeler le médecin traitant pour prescrire un antibiotique (« *après tout Mme J a déjà fait des infections urinaires, c'est probablement un nouvel épisode* »)
3. Hydrater la patiente

Trop tard, l'ECBU a déjà été demandé !

48h plus tard les résultats sont là. L'ECBU met en évidence un ***E.coli* BMR**.

L'infirmière vous rapporte le résultat.

Elle s'apprête à décrocher le téléphone pour en informer le médecin traitant de la patiente et demander la prescription adéquate.

Que lui dites-vous ?

1. Rien, c'est une BMR il faut traiter
2. Stop !!
3. Suspension temporaire des activités pour la résidente et repas en chambre
4. Hygiène des mains avant le repas

Bactériurie asymptomatique

= colonisation urinaire

= présence d'une bactérie sur un ECBU sans symptôme clinique (le seuil de bactériurie n'entre pas dans la définition)

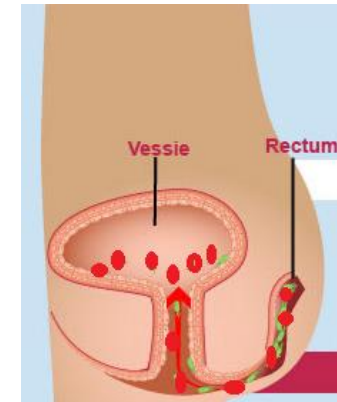
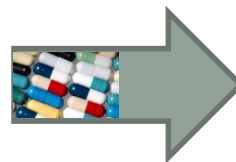
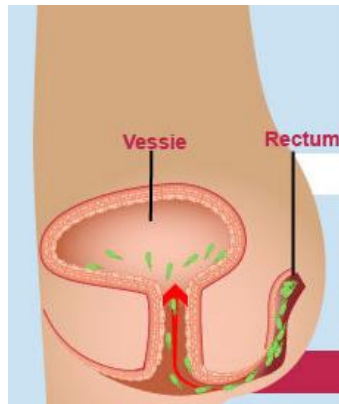
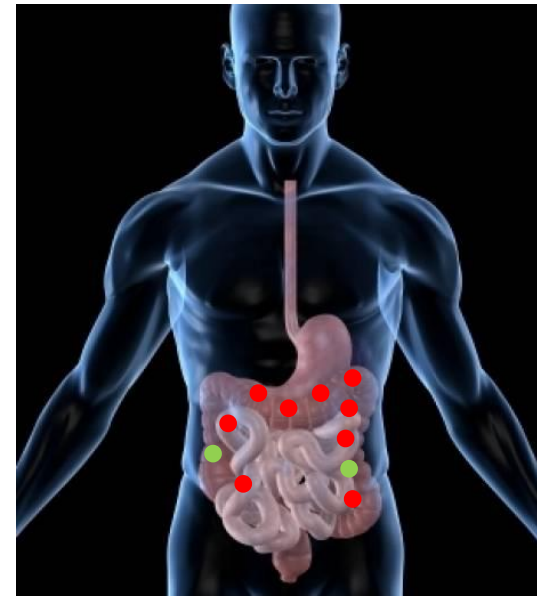
≠ infection

❑ **Très fréquente en EHPAD ++**

- 15 à 40% des hommes, jusqu'à **50% des femmes**
- **100% des SU** après 1 mois

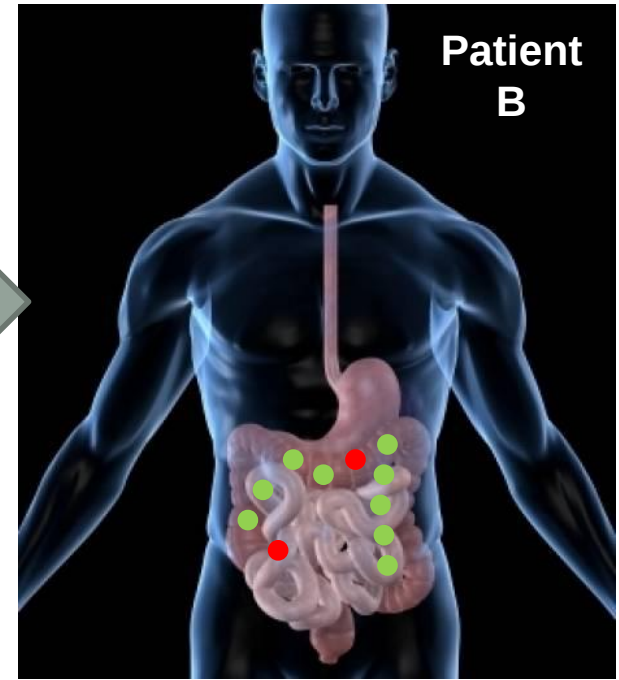
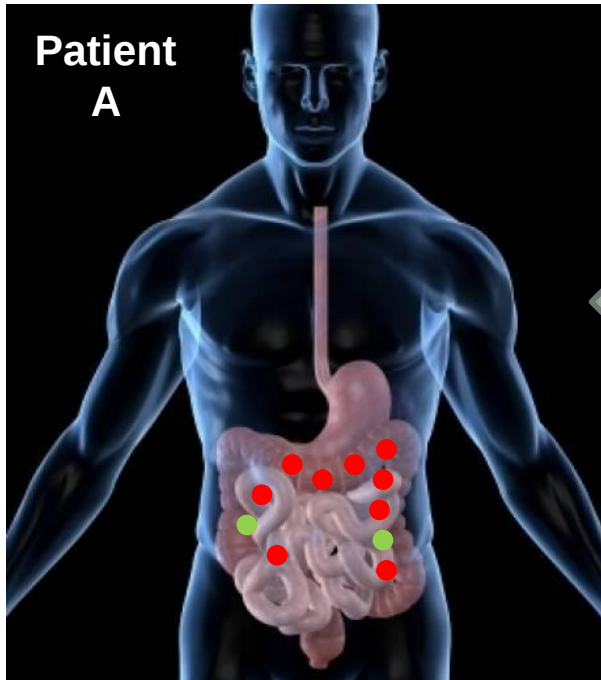
❑ **ATB inutiles :**

- Aucun bénéfice sur le nombre d'IU, l'incontinence chronique, la survie, la colonisation
- Délétère : antibio-résistance, effets secondaires des traitements...



IMPACT des ANTIBIOTIQUES sur le
MICROBIOTE

La TRANSMISSION CROISEE en EMS / milieu de SOINS



Messages n°1

- ✓ Colonisation fréquente en EHPAD et ne doit pas être traitée
- ✓ Ne pas banaliser la réalisation d'une BU / d'un ECBU

Revenons à Mme C...

Reçus :0

1 mois plus tard, elle se plaint de **brûlures mictionnelles** et de **fuites urinaires**. Elle est par ailleurs en **bon état général**.

Ayant suivi vos conseils, l'aide soignante réalise une BU qui retrouve des leucocytes et des nitrites.

Que préconisez-vous ?

1. Réaliser un ECBU
2. Débuter une antibiothérapie
3. Ne rien faire
4. Hydrater la patiente

Cystite à risque de complication
= ECBU

Différer l'ATB ++

Traitement pouvant être différé de 24-48h
Antibiothérapie initiale adaptée à
l'antibiogramme :

- 1^{er} choix amoxicilline
- 2^{ème} choix pivmécillinam
- 3^{ème} choix nitrofurantoïne
- 4^{ème} choix fosfomycine-trométamol
- 5^{ème} choix triméthoprime (TMP)

Les FQ et les C3G n'ont plus leur
place dans le traitement des
cystites aiguës !

Durée totale

- Amoxicilline, pivmécillinam et nitrofurantoïne : 7 j
- Fosfomycine- trométamol : 3 g à J1-J3-J5
- TMP : 5 j

Max 7 jours !

Traitement ne pouvant être différé
Antibiothérapie initiale probabiliste

- 1^{er} choix nitrofurantoïne
- 2^{ème} choix fosfomycine - trométamol

Adaptation à l'antibiogramme dès que
possible

Pas d'ECBU de contrôle
si évolution clinique
favorable

IU du sujet âgé

- 1/3 des infections en EHPAD
- Problèmes diagnostiques
 - **Colonisation** fréquente +++ → attribution de signes généraux à une bactériurie à tort
 - **Classification** : simple vs à risque de complications / cystite vs IU masculine
- Problèmes thérapeutiques
 - Prescription par **téléphone**
 - ATB **différée** dans cystites : < 40%
 - **C3G et FQ** : > 50% des ATB prescrits
 - Durée trop **longue** (8,5j de moyenne)
 - **Antibioprophylaxie** au (très) long cours

Messages n°2

- ✓ IU en EHPAD = à risque de complication
- ✓ cystites aiguës :
 - ATB différée
 - Pas de FQ/C3G
 - Max 7 jours

Messages n°3

- ✓ Examen complet devant des signes généraux, même en présence d'une bactériurie ++

M. D, 84 ans, présente depuis 48h un œdème inflammatoire des jambes.

Antécédent : obésité (IMC 32), insuffisance veineuse avec OMI chroniques, diabète bien équilibré.

M. D va très bien. Il est apyrétique.

La palpation des œdèmes est douloureuse.

Quel est votre diagnostic ?



Quelques mois plus tard, M. D présente une ulcération punctiforme de la jambe droite.
Il est apyrétique.



Le médecin de M. D prescrit un écouvillon de la plaie dont voici le résultat :

Culture positive à
Staphylococcus aureus
résistant à la meticilline

Antibiotique	Résultats
Pénicilline G	R
Oxacilline	R
Kanamycine	R
Tobramycine	S
Gentamycine	S
Erythromycine	R
Clindamicine	S
Pristinamycine	S
Rifampicine	S
Vancomycine	S
Ofloxacine	S
Cotrimoxazole	S
A. fusidique	S
Linezolide	S

Quelle est votre prise en charge ?

Quelle est votre prise en charge ?

1. Antibiothérapie
2. Poursuite des soins locaux

- Toute plaie chronique est colonisée, notamment à BMR
- Écouvillons inutiles (une solution : ne plus en commander ??)
- Bannir les ATB topiques : seule indication = décontamination portage staph et impétigo peu étendu
- La présence de bactérie résistante ne signe pas l'infection et ne justifie pas de tentative d'éradication
- Nettoyer au sérum physiologique

Messages n°4

- ✓ Aucune place pour les écouvillons de plaie !
- ✓ (quasi) aucune place pour les antibiothérapies topiques

Mme. E, 79 ans, présente depuis 24h un œdème inflammatoire du membre inférieur gauche.

Antécédents : insuffisance rénale chronique (DFG 37 mL/min), une maladie de Parkinson.

Elle pèse 87 kg.

Vous suspectez une dermo-hypodermite aigue (érysipèle).

Quelle durée de traitement antibiotique prescrivez-vous ?

1. 3 jours
2. 7 jours
3. 10 jours
4. 14 jours

Info-antibio N°85: Avril 2019

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#).

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes RBP HAS/SPILF/SFD

[Synthèse](#) – [Recommandations](#) - [Argumentaire](#)

Ces recommandations s'adressent surtout à la médecine de ville, et actualisent celles de la conférence de consensus SPILF/SFD de 2000. Elles précisent par ailleurs les signes cliniques et les examens éventuels à réaliser.

Le message principal est que la durée de l'antibiothérapie doit être au maximum de 7 jours.

Dermohypodermite bactérienne (DHB) non nécrosante (ancien érysipèle) : 7 jours

Adulte Amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour

Si allergie à la pénicilline :

Pristinamycine : 1g x 3 /jour ou clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg

Antibioprophylaxie à partir de 2 épisodes dans l'année, à réévaluer en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence

Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard) : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines

Pénicilline V (phénoxyéthylpénicilline) : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises

Si allergie à la pénicilline : Azithromycine : 250 mg/jour

Messages n°5

- ✓ durée de traitement ATB ≤ 7 jours

Sauf pyélonéphrite aiguë et IU masculine.

- ✓ adapter au poids
- ✓ adapter à la fonction rénale

IU

- ✓ Colonisation urinaire fréquente
- ✓ Ne pas banaliser la réalisation d'une BU / d'un ECBU : sur avis médical
- ✓ Pas de prescription ATB sans examen médical
- ✓ IU en EHPAD = à risque de complication
- ✓ Signes généraux / aspécifiques : éliminer un autre site infectieux, même si bactériurie
- ✓ 0 C3G/FQ dans cystites
- ✓ Réévaluation / désescalade après réception ECBU
- ✓ Durée max = 7j (cystite) / 14j (infection parenchymateuse)

Infections peau et tissus mous

- ✓ Jamais d'écouvillon !
- ✓ Bannir les antibiotiques topiques