

Formations hivernales

Cas clinique



Cas clinique

Nous sommes un lundi matin de décembre.

M. Détrusor vous inquiète car il est **confus depuis ce week-end**.

Il s'agit d'un résident de 83 ans avec pour antécédents :

- Troubles cognitifs non étiquetés. MMS 20/30 il y a 1 an.
- HTA bien équilibrée sous valsartan et amlodipine.
- Insuffisance cardiaque avec OMI modérés sous furosémide 40mg/j.
- Douleurs arthrosiques avec prise régulière de dafalgan codéiné.

M. Détrusor ne semble pas plus algique que d'habitude. Il n'a pas pris de paracétamol codéiné récemment.

Son week-end s'est bien passé, pas d'élément perturbateur.

Les constantes sont correctes. Il est apyrétique.

Dans l'attente de l'examen clinique, une BU a été réalisée et s'avère positive.

M. Détrusor est toujours confus.

Qu'en pensez-vous ?

Question 1 : qu'en pensez-vous ?

83 ans, HTA, IC, troubles cognitifs
Confusion depuis 24h, BU+

- M. Détrusor doit avoir une infection urinaire
- C'est une urgence thérapeutique : il faut introduire une antibiothérapie
- Il faut réaliser un ECBU et on verra en fonction des résultats
- L'examen clinique est indispensable
- La confusion est un signe très évocateur d'une infection urinaire

Pas certain

FAUX

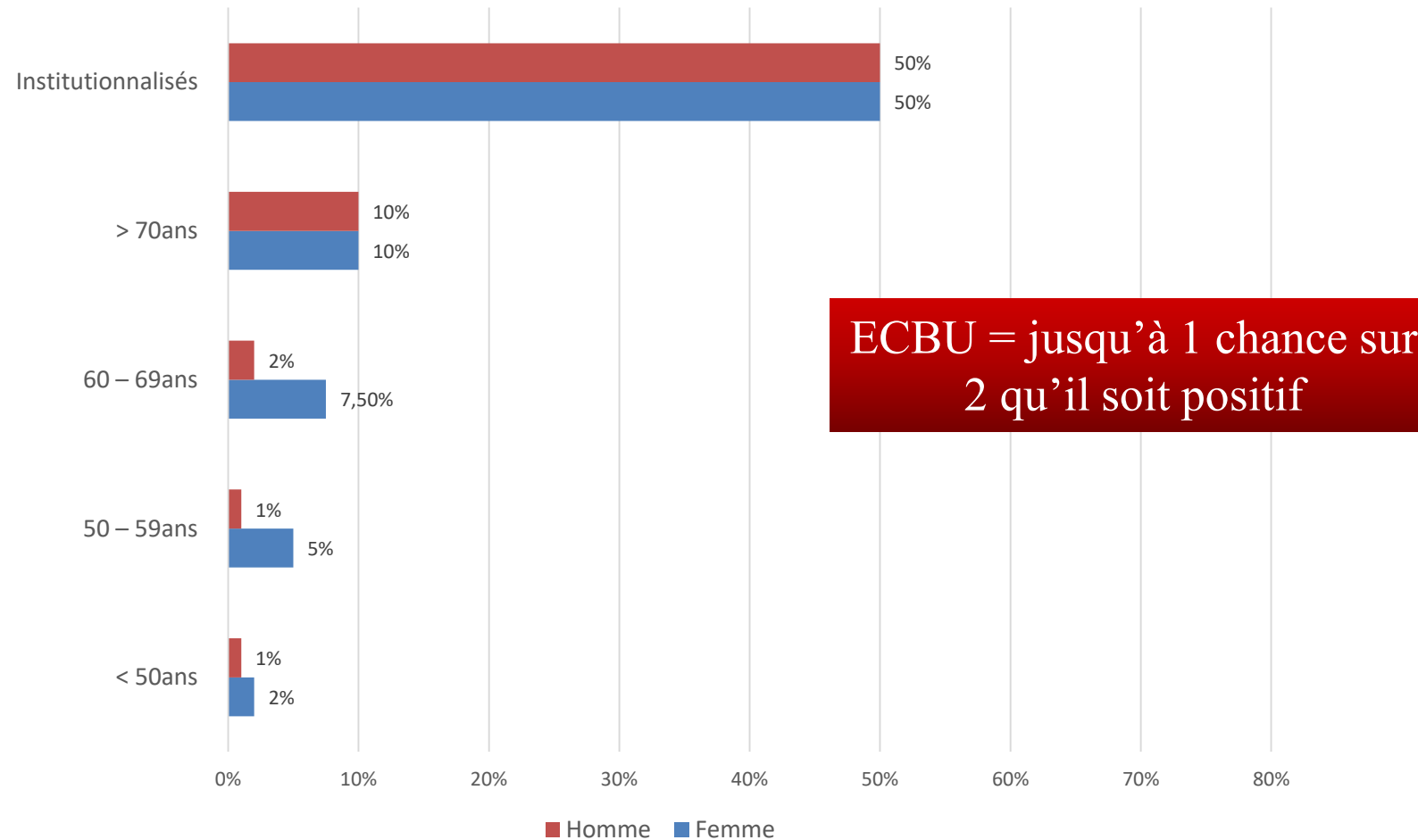
Discutable

VRAI

FAUX

Les urines : forcément stériles ?

Taux de colonisation urinaire



Confusion en EHPAD

- Souvent multi factorielle
- **Iatrogénie = 1^{ère} cause**
- Confusion révélatrice d'une infection urinaire : possible mais...
 - non prédictive d'une IU
 - **examen clinique indispensable**
 - IU = diagnostic d'élimination, même en présence d'une bactériurie ++
- **Prudence sur les prélèvements urinaires ++**

Patients >75 ans hospitalisés en médecine avec ECBU+

Functional symptoms <i>n</i> = 241 ^a	Colonization % <i>n</i> = 91	Cystitis % <i>n</i> = 72	Parenchymatous infection % <i>n</i> = 68	
Asymptomatic ^b	51.7	20.8	4.4	
Pollakiuria ^b	1.1	23.6	20.7	
Burning on urination ^b	2.2	11.1	8.8	
Macroscopic hematuria ^c	1.1	2.8	7.4	
Dysuria	4.4	5.6	4.4	
Bladder distension ^c	7.7	9.7	17.6	
Pelvic pain	3.3	9.7	13.2	
Lumbar pain	1.1	4.2	7.4	
Incontinence	8.8	20.8	7.4	
Fever ^c	6.3	7.1	61.2	
Chills ^c	1.6	0	22.4	
Confusion	17.2	21.4	18.4	NS

Recommandations SPILF 2017
Révision des recommandations IUAS juin 2015
Gavazzi et al. MMI 43 (2013) 189–194

Programme Antib'EHPAD

The screenshot shows the Antib'EHPAD website interface. At the top left is the logo 'ANTIB'EHPAD'. To its right is a navigation menu with four items: 'CONTEXTE', 'SITUATIONS CLINIQUES', 'PROGRAMME', and 'OUTILS'. On the far right, there is a user profile section labeled 'MON COMPTE' with a dropdown arrow and the name 'WILLY BOUTFOL'. Below the navigation menu are four main content blocks, each with a blue background and a white icon. The first block, 'CONTEXTE', features a bar chart icon and the text 'Prescriptions antibiotiques et antibio-résistance en EHPAD.' The second block, 'SITUATIONS CLINIQUES', features a circular refresh icon and the text 'Actualisation des connaissances et recommandations.' The third block, 'PROGRAMME', features a checklist icon and the text 'Mener un programme de bon usage des antibiotiques sur son établissement'. The fourth block, 'OUTILS', features a wrench and screwdriver icon and the text 'Sélectionner et diffuser les outils utiles à la mise en place du programme de bon usage'.

<https://antibehpad.fr/>

Le médecin traitant de M. Détrusor est débordé. Les constantes étant correctes, il passe examiner le résident le lendemain.

Le lendemain, donc, M. Détrusor tousse un peu. Il est toujours confus. L'auscultation retrouve des crépitants des bases, prédominant à droite. Le reste de l'examen est sans particularité.

Température 36,8°C

Qu'en pensez-vous ?

Question 2 : qu'en pensez-vous ?

83 ans, diabète, IC, BPCO, troubles cognitifs
Confusion depuis 48h, apyrétique, toux, crépitants

- M. Détrusor a une pneumonie
- M. Détrusor a une bronchite aiguë
- M. Détrusor a un œdème aigu pulmonaire
- M. Détrusor a une pneumopathie d'inhalation
- Il manque des informations pour conclure
- Les infections respiratoires du sujet âgé sont souvent bactériennes

???

???

???

???

OUI !

FAUX

Une hantise : la pneumonie

- 11 fois plus fréquent qu'un sujet sujet âgé à domicile
- Mortalité en EHPAD : 20-40%
- Signes généraux absents 1 fois sur 2
- Importance de la fréquence respiratoire et SaO₂
- Part des virus probablement sous estimée

Groupe d'âge (Nb patients)	18 – 44 ans (N = 780) %	≥ 75 ans (Nb = 280) %
Toux	90	84
Dyspnée	75	66
Douleur pleurale	60	46
Fièvre	85	53
Frissons	85	52
Céphalées	75	32
Myalgies	67	25
Tachypnée	36	65

Comment avancer sur le diagnostic ? Réduire la marge d'incertitude !

CONSTANTES
dont SATURATION ?

TROD / BIO

POLYPNÉE

ÉTAT
GÉNÉRAL

+/- ECG

BPCO ?

ÉTAT DE BASE :
AUSCULTATION,
DYSPNÉE, BNP

SIGNES D'IC ?

83 ans, diabète, IC, BPCO, troubles cognitifs
Confusion depuis 48h, apyrétique, toux, crépitants

État général	Correct	Altéré
Constantes	FR 18/min Sat 97% TA 120/80 FC 85	FR 26/min Sat 92% TA 100/60 FC 110
État cardio pulmonaire « de base »	Auscultation habituelle : crépitations des bases	Auscultation habituelle : normale

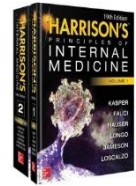


Pneumonie improbable !
→ Pas d'antibiothérapie
→ Réévaluation si dégradation



Pneumonie probable !

→ Amox-acide clavulanique
→ Pas de place pour les bithérapies



Et l'entre deux !

- Biologie : CRP, BNP
- Réévaluer ++
- en cas de doute, et dans l'attente des différents résultats : ATB, à réévaluer, +/- arrêt dans un 2nd temps



Admettons que M. Détrusor soit polypnéique à 26/min

Sat 92%

TA 100/60

FC 110

Vous suspectez une pneumonie

Qu'elle est votre prise en charge ?

Question 3 : quelle est votre prise en charge ?

83 ans, diabète, IC, BPCO, troubles cognitifs
Confusion depuis 48h, pneumonie probable

- Il faut réaliser une radio de thorax
- Il faut hospitaliser M. Détrusor
- Dans l'hypothèse d'une pneumonie d'inhalation il faut prescrire C3G + metronidazole
- L'amoxicilline-acide clavulanique est le traitement de choix
- En cas d'évolution rapidement favorable, 5 jours de traitement peuvent suffire

À discuter

À discuter

FAUX

VRAI

VRAI

Pneumonie : prise en charge

- Radio : difficile, sensibilité médiocre...
- Hospitalisation ?
 - Terrain
 - Clinique

= au cas par cas, projet de vie à discuter en amont ++

- Traitement : amox-ac clav (ou amox si tableau brutal et bruyant)

Efficace également sur pneumopathie d'inhalation

- 5 jours si évolution rapidement favorable

Facteurs de risque de mortalité

- Âge > 65 ans
- Insuffisance cardiaque congestive
- Maladie cérébro-vasculaire (antécédents d'AVC)
- Insuffisance rénale chronique
- Hépatopathie chronique
- BPCO
- Immunodépression (chimiothérapie)
- Drépanocytose homozygote
- Antécédent de pneumonie bactérienne
- Hospitalisation dans l'année
- Vie en institution

Traitement conseillé

- **Dans cette situation, l'hospitalisation est recommandée.**

Recherche de signes de gravité :

- atteinte des fonctions supérieures (altération de la conscience),
- atteinte des fonctions vitales : PA systolique < 90 mmHg, fréquence cardiaque > 120 /min, fréquence respiratoire > 30 / min
- température < 35°C ou ≥ 40°C
- néoplasie associée (cancer actif ou diagnostiqué dans l'année, autre que basocellulaire),
- pneumonie d'inhalation ou sur obstacle trachéo-bronchique connu ou suspecté.

Et si c'était la grippe ?

TROD Grippe

- **Sensibilité moyenne*** / bonne spécificité
- **Un test négatif n'élimine pas le diagnostic** et ne doit pas retarder la mise en route d'un traitement antiviral s'il est indiqué
- **Quand ?**
 - En période épidémique
 - Tableau respiratoire / sd grippal
 - **Dans les 48h** suivant le début des symptômes
 - Si cas groupés : tester les 3 premiers résidents. 1 test + suffit

Anticiper ++ Commander ++

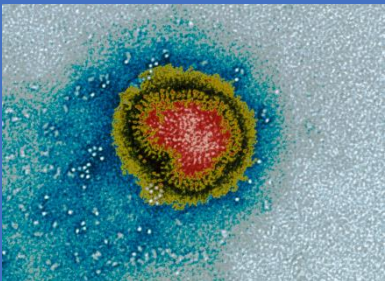
* Dépend du type de test, de la qualité du prélèvement, du délai de réalisation...

Tests les plus performants :

https://www.pasteur.fr/sites/default/files/rubrique_pro_sante_publique/les_cnr/virus_des_infections_respiratoires_dont_grippe/trod-grippe-france-2017-20191030.pdf



<https://www.cpias-pdl.com/wp-content/uploads/2019/01/CPIAS-GRIPPE- V8-MODIFIE.pdf>



La grippe en quelques chiffres en France par saison hivernale :



2 à 6 millions personnes touchées



20 000 hospitalisations directement liées 79 millions €

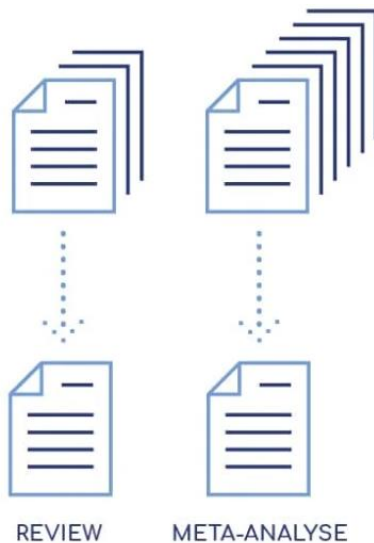
10 000 décès

+ de 90% des décès surviennent chez des personnes > 65 ans



Oseltamivir (TAMIFLU®)

CURATIF (en cas d'infection grippale)



Nombreuses études mais niveau de preuve faible.



- Réduction mortalité
- Réduction risque de pneumonie virale

Intérêt d'une administration précoce < 48h.

Wolkewitz M et al. Neuraminidase Inhibitors and Hospital Mortality in British Patients with H1N1 Influenza A: A Re-Analysis of Observational Data. PLoS One. 2016 Sep 1;11(9)



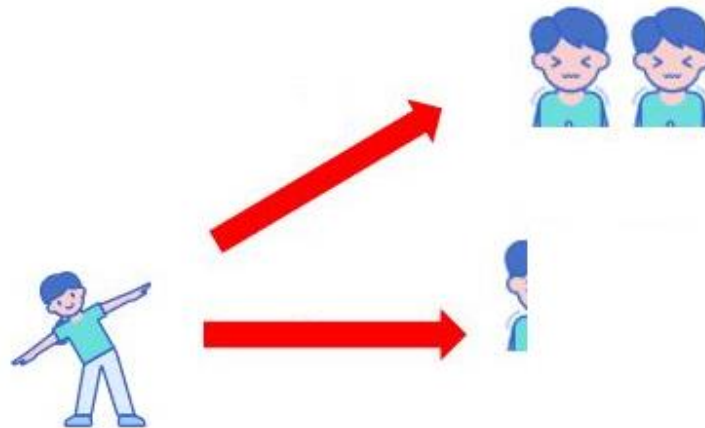
Oseltamivir (TAMIFLU®)

PROPHYLACTIQUE (contact avec un sujet grippe +)

Réduction du risque de transmission du virus ++

Ex : étude camp militaire Singapour. 1100 personnes

R0 1,91 → 0,11





Oseltamivir (TAMIFLU®)

EFFETS SECONDAIRES les plus fréquents

Table 2. Side Effects of Oseltamivir Prophylaxis.

Side Effect	Personnel (N=816)
	no. (%)
Diarrhea	14 (1.7)
Headache	9 (1.1)
Nausea or vomiting	22 (2.7)
Dizziness	5 (0.6)
Epigastric pain	4 (0.5)
Drowsiness	8 (1.0)
Mild allergic reaction (rash)	6 (0.7)

Rares : troubles psy (confusion...), thrombopénie, hépatite

*Komiya et al. Household transmission of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus in Osaka, Japan in May 2009. J Infect. 2010; 61:284–288.
RCP base VIDAL*






Oseltamivir (TAMIFLU®)



RECOMMANDATIONS

16.03.2018

« l'administration d'oseltamivir à titre curatif ou prophylactique, associée aux autres mesures de prévention, contribue au contrôle des épidémies de grippe dans les EHPAD »

Situation	Indications	Posologie
Curative	<ul style="list-style-type: none">- Personne jugée à risque ciblée par la vaccination (= résident)- Grippe grave	75 mg x 2 / jour 5 jours  - 
Prophylactique en post-exposition	<ul style="list-style-type: none">- Personnes à risque- Collectivités de personnes à risque (= EHPAD)	75 mg x 1 / jour 10 jours 

Débuter le plus précocement possible!



Adaptation posologie dès clairance < 60 ml/min

Vaccination anti-pneumococcique et anti-grippale

Infections invasives à pneumocoque

5 comorbidités



Diabète

~ 3 millions personnes



Maladies respiratoires chroniques

~ 800 000 personnes



Insuffisance cardiaque chronique

~ 500 000 personnes



Hépatopathies chroniques

~ 300 000 personnes



Néphropathies chroniques (dialyse)

~ 100 000 personnes

4 immunodépressions



Maladies inflammatoires chroniques traitées

~ 700 000 personnes



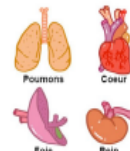
Néoplasies sous chimiothérapie

~ 400 000 personnes



Infection par le VIH

~ 170 000 personnes

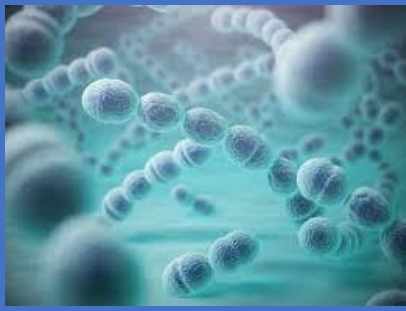


Transplantation d'organe

~ 70 000 personnes

≥ 4 millions d'adultes (≥ 2 chez 90 % des personnes vivant avec un diabète)

En EHPAD : quasiment tout le monde !



Le pneumocoque en quelques chiffres en France



1^{ère} cause de pneumonie bactérienne communautaire et de méningite



Pneumonies 300000 hospitalisations / an
10 000 hospitalisations directement liées

10 à 30% mortalité

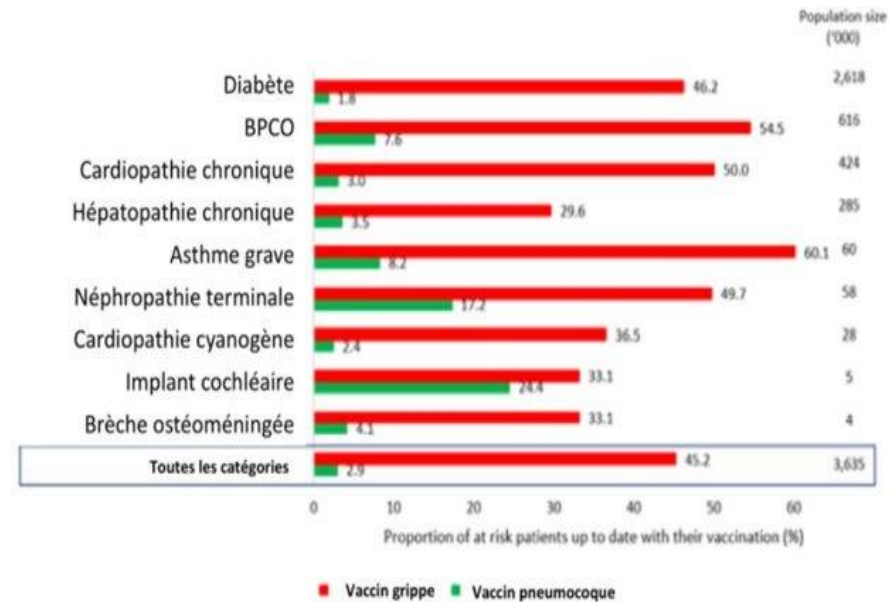
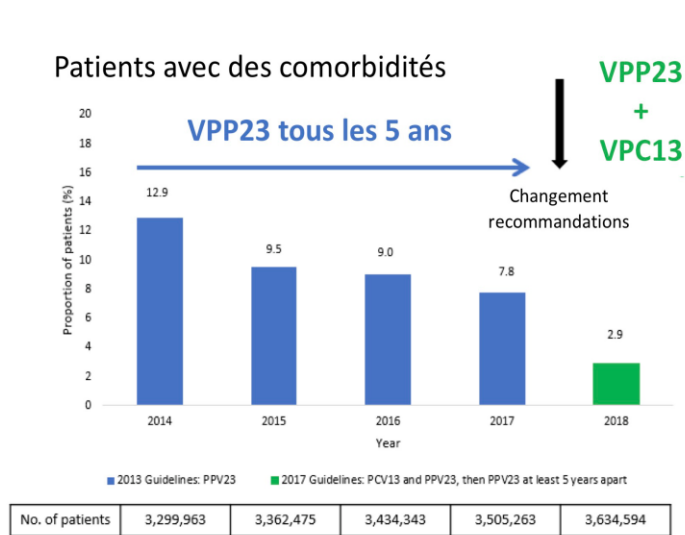
Sources : Santé Publique France

Médecine et Maladies Infectieuses Formation Volume 1, Issue 2, Supplement, June 2022

- Schéma vaccinal :

VPC 13 (prevenar®) puis VPP 23 (pneumovax®) à 8 semaines
rappel VPP 23 à 5 ans

- Problème :



- Solutions ?

- Vérifier la vaccination pneumocoque de chaque résident à l'entrée? Lors des campagnes de vaccination anti-grippale?
- Nouveaux schémas vaccinaux? VPC 20 (en 2023 ?) qui pourrait simplifier la vaccination pneumococcique (**VPC 20 remplacerait VPC 13+VPP 23 ?**)



Et pour la Grippe? Comorbidités mais aussi âge > 65 ans... Et les professionnels de santé !

Données de couverture vaccinale grippe par saison par groupe d'âge

Saison grippale	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Âge < 65 ans à risque	29,7 %	31,0 %	38,7 %	34,3 %
Âge ≥ 65 ans	51,0 %	52,0 %	59,9 %	56,8 %
Total	46,8 %	47,8 %	55,8 %	52,6 %

(SNDS – DCIR- tous régimes – Traitement SPF)

Et **86,9 %** des résidents en EHPAD (+ vaccin "haute dose" depuis 2021)

MAIS, la vaccination des **professionnels de santé**, fondamentale pour protéger les plus fragiles (protection indirecte), est **restée très insuffisante** (22 % en établissements de santé et 27,6 % en EHPAD).

HCSP rappelle que la vaccination représente le moyen le plus efficace de prévention de la grippe. Les mesures d'hygiène, indispensables, restent un **complément** à la vaccination antigrippale mais **ne la remplacent pas**.

Campagne de vaccination anti-grippale 2022-2023

18 octobre 2022, 4 vaccins tétravalents dont 1 "haute dose"

Couplée campagne vaccination COVID : les modalités pratiques d'organisation conjointe des campagnes des vaccinations grippe/COVID n'ont pas encore été officialisées

Diminution du risque de **co-infection** (protection directe et indirecte) mais aussi (et surtout ?) **limitation de la surcharge du système de soins**, (augmentation des hospitalisations et de la demande de soins ambulatoires, indisponibilité des professionnels malades...)

Conclusion



- Attention aux prélèvements urinaires devant une confusion / chute / AEG
- Tableau aigu en EHPAD : réduire la part d'incertitude :
 - Etat de base : état cognitif, auscultation, dyspnée, BNP,...
 - Constantes : saturation et FR ++
 - TROD
 - +/- bio...
- Ne pas se jeter sur l'antibio chez un résident qui va bien
- Importance de la surveillance et de la réévaluation
- Vaccination

Conclusion



« la critique est aisée mais l'art est difficile »

Philippe Néricault

- Rien n'est simple en EHPAD !
- Gestion au cas par cas
- Réduire la part d'incertitude = bien connaître l'état de base des résidents, savoir d'où on part...
- ...mais aussi où on va ! Quel est le projet de vie ? Quel risque est-on prêt à accepter ?
- En sachant que l'incertitude fait partie de la prise en charge...
- Concertation ++