



# Évaluation prospective multicentrique de la prescription des glycopeptides (GP) dans la région Nord-Pas de Calais

Levent.T<sup>1</sup>, Grandbastien.B<sup>2</sup>, Alfandari.S<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois, 56 600 Maubeuge,

<sup>2</sup> CHRU de Lille Hôpital Calmette, 59 037 Lille Cedex,

<sup>3</sup> Réanimation et maladies infectieuses, CH Tourcoing 59 208 Tourcoing

# 1. Généralités

- ❖ Prescription inappropriée des ATB ⇒ émergence de BMR (SARM)
- ❖ Glycopeptides (GP) ⇒ traitement de référence des infections à SARM
- ❖ Aux USA, résistance aux GP élevée des entérocoques, épidémies récentes d'ERV en France.
- ❖ Nombreux référentiels internationaux, nationaux et locaux précisent les indications et les modalités de prescription des GP.
- ❖ En France peu d'études disponibles sur la qualité de la prescription des GP.

**Objectif de l'étude** : évaluation des indications et modalités de la prescription des GP par rapport à un référentiel

## 2. Matériels et méthodes

### *Design de l'étude*

- Enquête multicentrique prospective (avril-juin 2005)
- Traitements curatifs
- Toutes les spécialités

### *Recueil de l'information*

- Enquêteur local non prescripteur,
- Dossier ouvert pour toute prescription
- Données cliniques:
  - à l'entrée,
  - à J3,
  - à la fin du traitement ou à la sortie du patient
- Informations recueillies: données démographiques, indications, modalités et suivi de la prescription, données bactériologiques

## Indication du traitement

Traitement par GP indiqué (critères étendus à la teicoplanine) et adaptation

*HICPAC 1995*

## Modalités techniques d'administration

Critères	Vancomycine	Teicoplanine	Référentiels
<b>Dose de charge (DDC)</b>	15 mg/kg	6 mg/kg/12h pendant 3-5j	<i>Garrafo 1997</i>
<b>Posologie d'entretien</b>	30 mg/kg/24h	6-12 mg/kg/24h	<i>Garrafo 1997</i> <i>PILLY 2006</i>
<b>Rythme d'administration</b>	perfusion continue ou 1 injection/6h	une injection journalière	<i>Vuagnat 2007</i> <i>Wysocki 2001</i> <i>Bernard 1997</i>
<b>Réalisation d'au moins un dosage sérique</b>	à l'équilibre (24°h)	avant la 5° - 6° injection	<i>Vuagnat 2004</i> <i>Harding 2000</i>
<b>Dosage sérique</b>	> 20-30 mg/l ou > à 5 - 8 X la CMI		<i>Bingen 2006</i>
<b>Adaptation du traitement</b>	aux données de l'antibiogramme (désescalade si possible) et à la fonction rénale		<i>PILLY 2006</i>

## Évaluation des prescriptions

Un infectiologue et un référent ATB non prescripteurs



Au total, un traitement était correct si:

- ❖ **L'indication** était pertinente
- ❖ **Les conditions d'administrations** étaient respectées
  - DDC
  - posologie d'entretien
  - rythme d'administration
- ❖ **Un(des) dosage(s) sérique(s)** étai(en)t réalisé(s) et leur(s) résultat(s) pris en compte
- ❖ **Les données bactériologiques** étaient utilisées (désescalade ou poursuite du traitement)

### 3. Les résultats (1): population

9 établissements (1 CHR, 9 CHG, 2 établissements privés),

117 traitements curatifs

<b>Age médian</b> (quartiles)	66 ans (47-75)	<b>Origine de l'infection</b> <i>n</i> (%)	
<b>Fonction rénale</b> <i>n</i> (%)		Communautaire	29 (25)
Normale	41 (61)	Nosocomiale	80 (68)
Altérée	37 (32)	Inconnue	8 (7)
Inconnue	9 (8)	<b>Sites infectés</b> <i>n</i> (%)	
<b>Unités</b> <i>n</i> (%)		Sepsis, bactériémies	38 (32)
Médecine	72 (62)	Pneumopathies	24 (21)
Chirurgie	21 (18)	Peau-tissus mous	16 (14)
Réanimation-USI	23 (20)	Ostéo-articulaire	15 (13)
SSRLD	1 (1)	Autre	24 (21)

### 3. Les résultats (2): types de traitement et bactériologie

---

#### Indication et microbiologie

Traitement initialement justifié microbiologiquement	32 (27%)
Traitement documenté justifié	21 (18%)
Traitement empirique stoppé sur résultats microbiologiques	39 / 85 (46%)

---

---

<b>Traitements documentés initialement ou en cours de TT</b>	<b>n (%)</b>	<b>87 (74)</b>
Patients avec <i>S. aureus</i>		44 (38%)
% de SARM		68%
Patients avec Staphylocoque coagulase négative		17 (15%)
Patients avec entérocoque		16 (14%)
% souches Amp <sup>i</sup> -R		31%
Patients avec Streptocoque		8 (7%)
Patients avec Pneumocoque		4 (3%)
% souches de sensibilité diminuée à la pénicilline		25%
<b>Micro-organismes isolés</b>		<b>137</b>

---

### 3. Les résultats (3): modalités de prescription

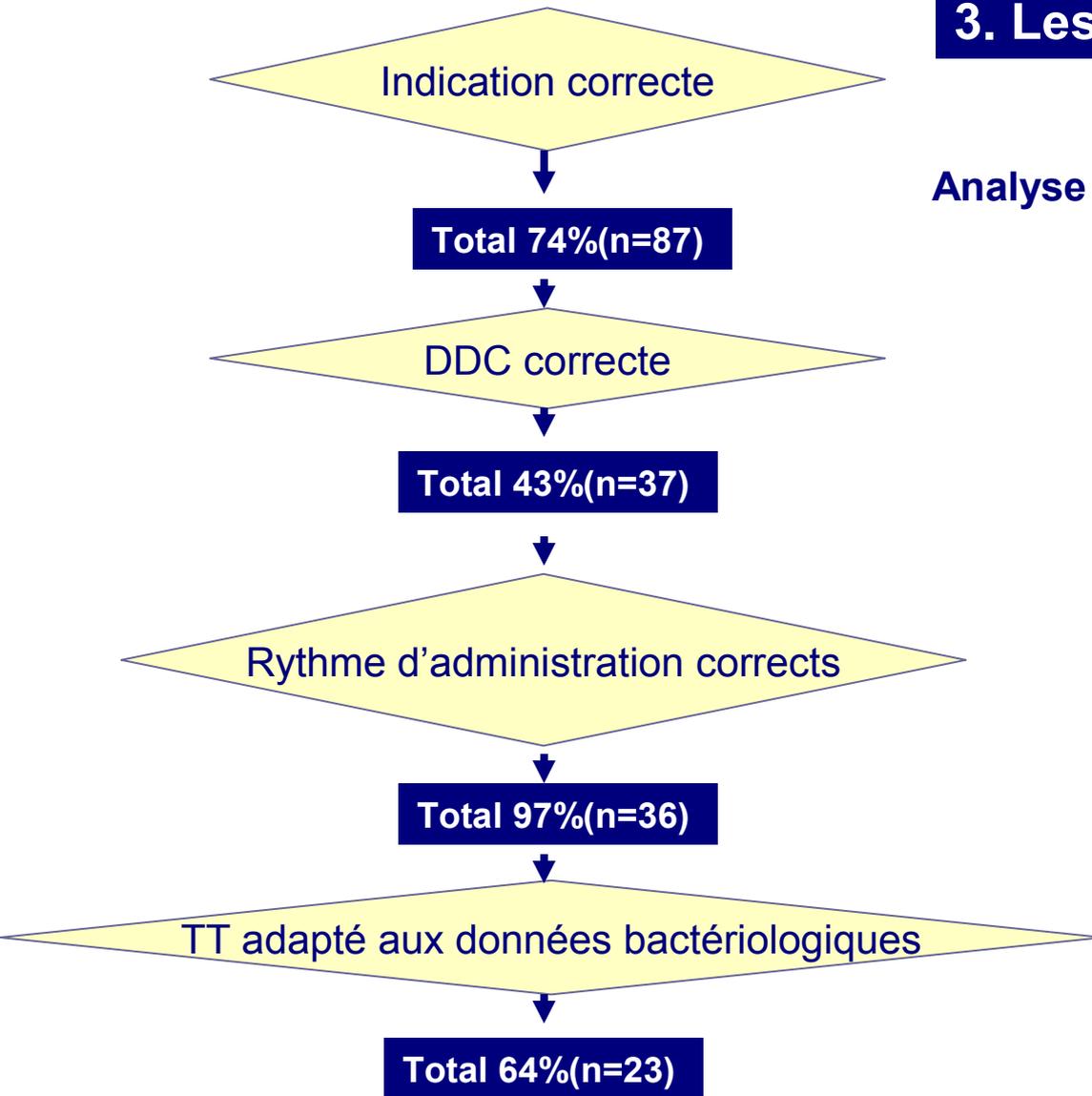
	V*	T*	
<b>Dose de charge correcte</b>	27 (36%)	23 (55%)	p=0,049
<b>Posologie d'entretien correcte</b>	71 (95%)	35 (83%)	p=0,043
Adaptation à la CMI du germe (si disponible)	15/15	5/5	
Adaptation à la clearance de la créatinine	9/9	NA	
<b>Fréquence d'administration correcte</b>	54 (69%)	NA	
<b>Dosage(s) sérique(s) réalisé(s)</b>			
Réalisé(s) au bon moment	17 (23%)	11 (34%)	
Ajustement des posologies si sous dosage	35%	31%	

V\*: vancomycine, T\* :teicoplanine NA: non applicable

NS

### 3. Les résultats (4) : synthèse

Analyse étape par étape des 117 traitements



*Si prise en compte dosages*

Prescriptions correctes :

V\*: 2/75 (2,7%)

T\*: 1/42 (2,4%)

V\*: vancomycine, T\* :teicoplanine

## 4. Discussion

- ❖ **Indications** : plutôt bien
  - ... **modalités de prescription** : beaucoup moins bien
    - Doses de charge et contrôles sériques : très déficients
    - Posologies d'entretien, rythme d'administration : plutôt bien
    - Prise en compte des données microbiologiques pour une adaptation du traitement : à améliorer
      - (« On ne change pas une équipe qui gagne même si désescalade possible »)
- ❖ **Universalité des référentiels ?**  
(absence de consensus international)
- ❖ **Impact ?**
  - Échec thérapeutique
  - Sélection

## 5. Discussion- conclusion

- ❖ Sensibilisation des prescripteurs:
  - indications
  - conditions techniques d'administration
  - Laboratoire: dosages sériques et délai des résultats compatibles avec un bon monitoring du TT
  
- ❖ Intérêt d'une évaluation élargie à d'autres molécules

# Remerciements

Descamps.D, CH Béthune

Hendricx.S, CH Douai

El Kaili.A, CH Armentières

Cattoen.C, CH Valenciennes

Taisnes.V, Polyclinique du Parc, Saint-Saulve

Ariman.O, Polyclinique du Bois, Lille