



Mise en place d'une équipe mobile d'antibiothérapie (EMA) dans un CHG par le biais d'une étude observationnelle des patients hospitalisés bactériémiques

A. LORLEAC'H ^{1*}, L. STRUILLOU ¹, N. GRANDGIRARD ², JF. YGOUT ²

¹ Unité de médecine interne – maladies infectieuses, ² Laboratoire de microbiologie, Centre Hospitalier Bretagne Sud, 56100 LORIENT



Introduction

- ***L'efficacité d'une EMA a été démontrée:***
 - dans l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés pour une infection bactérienne
 - ⇒ **efficacité « individuelle »**
 - dans la promotion d'un meilleur usage des antibiotiques et donc la prévention de l'émergence des résistances bactériennes
 - ⇒ **efficacité « collective »**
- ***Pour qu'une EMA soit efficace, nécessité:***
 - d'une étroite collaboration avec le laboratoire de microbiologie
 - d'une connaissance et reconnaissance par les autres prescripteurs.

Objectifs - méthodes

Mise en place d'une EMA et donc *se faire connaître et reconnaître!*

Moyen

étude observationnelle des patients bactériémiques au sein du CHBS



sur 6 mois (janvier – juillet 2012)



bactériémie cliniquement significative (exclusion des contaminations)



patients de réanimation, gynécologie – obstétrique, pédiatrie, SSR exclus



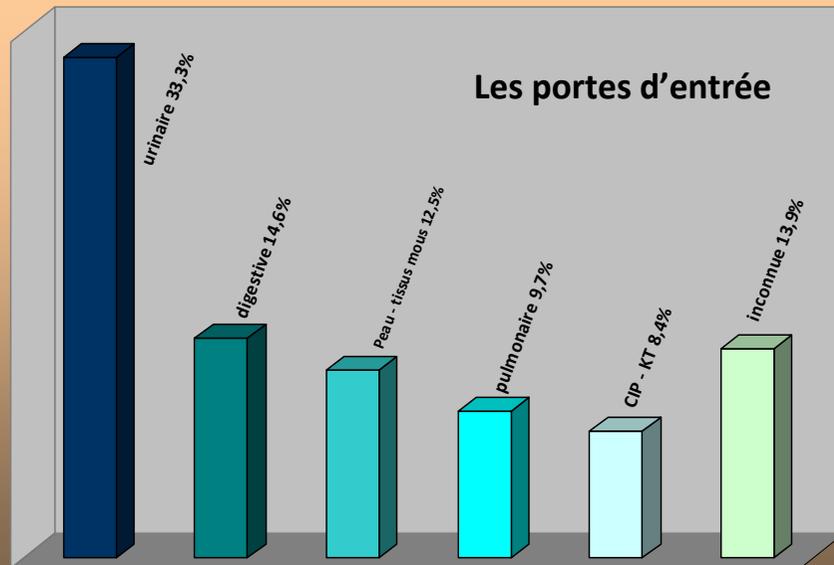
recueil de données concernant le patient / l'infection / la (les) bactérie(s) / le type de conseil fourni.

Résultats (1)

Les patients (n=144)

Sexe	Féminin 44,4% Masculin 55,6%
Comorbidités	Aucune (score McCabe – Knauss 1A) 13,9% Grabataire / restriction majeure (Knauss D) 13,9%
Matériel étranger*	34,7%

* Sauf cathéter veineux périphérique



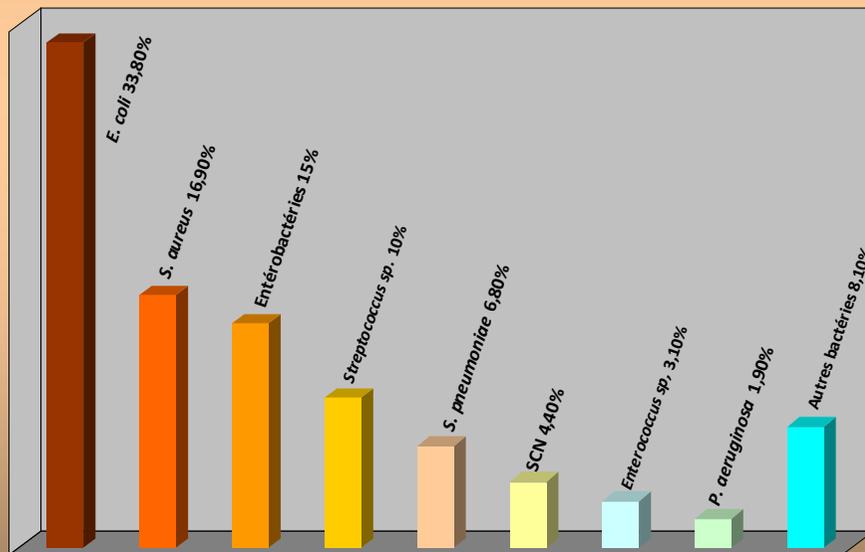
Les infections (n = 144)

Associées aux soins dans 38,9% des cas
Greffe secondaire dans 12,5% des cas
(os 11,8% - endocardie 7,6% - méninges 4,2%)

Résultats (2)

Les bactéries

(n = 160, 12 hémocultures polymicrobiennes)



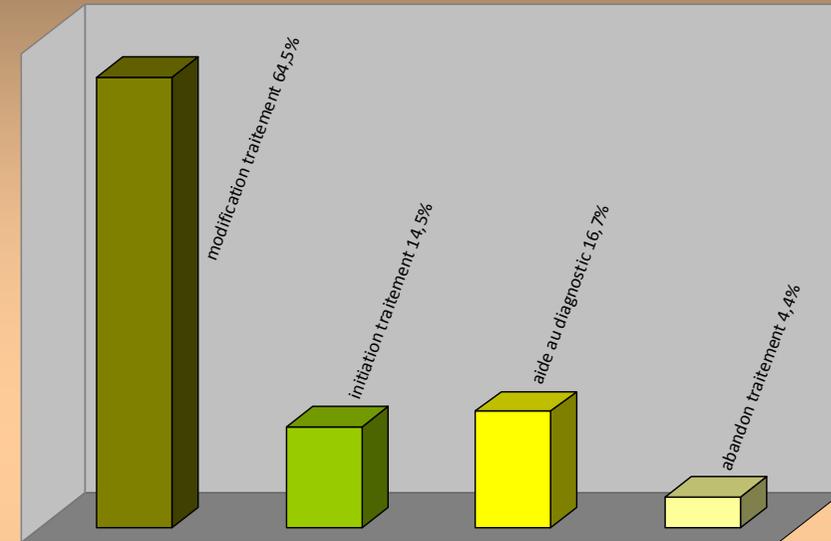
13,8% de BMR dont:

7,5% de SARM

6,3% d'EBLSE

Les conseils fournis par l'EMA

(n = 138)



Parmi les modifications :

Désescalade / adaptation à l'ATBG : 83%

Modification durée du traitement : 9%

Relais oral : 6%

Modification du dosage : 2%

Discussion

Résultats descriptifs

Résultats similaires à d'autres études en terme

=> de portes d'entrée (urinaire dans 1/3 des cas, puis par ordre décroissant digestive, IPTM et pulmonaire; inconnue dans 14% des cas)

=> de résultats microbiologiques (8% d'hémocultures polymicrobiennes, 55% de BGN, 15% de *S. aureus* dont entre 20 et 25% de méticillino - résistance; 14% de BMR).

Moins d'infections associées aux soins / ISO car offre chirurgicale moindre au CHBS (pas de chirurgie urologique, vasculaire, cardio-thoracique).

Moins de SCN car peu d'ISO et surtout hémocultures contaminées non prises en compte.

Objectif principal = nous faire connaître!

Pas de variables catégorielle ou continue avant / après l'étude permettant d'apprécier cet objectif mais l'EMA est désormais reconnue localement, le recrutement et le nombre croissant de demandes d'avis en témoignent.

Conclusion

Pour qu'une équipe mobile d'antibiothérapie / d'infectiologie transversale soit efficace au sein d'un CHG, il faut au préalable qu'elle soit ***connue et reconnue par les autres prescripteurs***.

La réalisation d'une ***étude observationnelle***, simple et facile à mettre en œuvre, telle que la nôtre, outre les résultats intéressants qu'elle fournit, peut aider à remplir cet objectif.

Références

- [1] Byl B, Clevenbergh P, Jacobs, et al. Impact of infectious diseases specialists and microbiological data on the appropriateness of antimicrobial therapy for bacteremia. *Clin Infect Dis* 1999; 29:60-6.
- [2] Diamantis S, Rioux C, Bonnal C, et al. Evaluation of initial antibiotic therapy for bacteraemia and role of an antibiotic management team for antibiotic stewardship. *Med Mal Infect* 2010; 40:637-643.
- [3] Lesprit P, Merabet L, Fernandez L, et al. Improving antibiotic use in the hospital: focusing on positive blood cultures is an effective option. *Presse Med* 2011; 40:297 – 303.
- [4] CCLIN Ouest – surveillance des bactériémies – année 2010. Coordination interrégionale : Jarno P ; analyse statistique :Tavenard A.
- [5] Diekema DJ, Beekmann SE, Chapin KC, et al. Epidemiology and outcome of nosocomial and community-onset bloodstream infection. *J Clin Microbiol* 2003;41:3655-60.