

Info-antibio N° 11 : Janvier 2011

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques.

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

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

Cette lettre présente de manière synthétique des actualités ou mises au point concernant les antibiotiques. Elle est accessible gratuitement en inscrivant son mail [ICI](#). Les liens internet sont actifs et amènent à des documents accessibles sans restriction.

Neutropénie fébrile: recommandations de l'IDSA

<http://cid.oxfordjournals.org/content/52/4/e56.full>

L'IDSA vient de publier la révision 2010 de ses recommandations sur l'utilisation des agents antimicrobiens chez les patients neutropéniques (versions précédentes 1997 et 2002). Attention, **elles ne sont pas strictement applicables en France**, la fréquence et la répartition des BMR étant assez différente (SARM communautaires, ERG, etc...). Les principales sont:

Stratification du risque

- Patients à haut risque (neutropénie prolongée >7j, profonde (<100 PNN/mm³), comorbidités ou sévérité initiale importantes)
- Patients à bas risque (neutropénie <7j, peu ou pas de comorbidités). Ils pourraient bénéficier d'une prise en charge à domicile et/ou d'un traitement oral après une évaluation et prise en charge initiale hospitalière.

Bilan initial:

- l'IDSA suggère de réaliser NFS, bilan rénal et hépatique, 2 hémocultures, l'une en périphérie, l'autre sur le cathéter, radio de thorax si signes respiratoires et des prélèvements microbiologiques orientés par la clinique (hors recos, mais de l'avis du rédacteur, on pourrait aussi proposer glycémie, CRP, SaO₂ et, si signes de gravité: GDS, lactates, hémostase).

Traitement probabiliste initial:

- Il est recommandé d'utiliser une monothérapie par une β -lactamine active contre *Pseudomonas aeruginosa*.
 - Une association à une autre molécule peut se discuter en traitement initial d'une complication (hypotension ou pneumonie) ou en cas d'infection documentée ou suspectée à une bactérie résistante.
- Ne pas utiliser en routine de la vancomycine ou une autre molécule anti CG+. Leur utilisation devrait être réservée aux cas de suspicion clinique (infection peau ou tissus mous, infections de cathéter veineux.....) ou d'instabilité hémodynamique.
 - Arrêt de l'anti CG+ à J2 si pas de CG+ sur les prélèvements

Situations particulières

- Chez un patient connu porteur d'un BMR particulier (ERG, BLSE, carbapénémase...) ou en cas de situation épidémique, la prise en compte de ce pathogène dans l'antibiothérapie initiale est possible.
- Une hypersensibilité immédiate à une β -lactamine doit faire préférer un traitement, par exemple, par aztreonam plus vancomycine. Une allergie "simple" aux pénicillines doit pouvoir recevoir une céphalosporine.

Modifications du traitement initial

- Doit être guidée par l'évolution clinique et les résultats microbiologiques avec adaptation à l'antibiogramme éventuel
- Ne pas modifier systématiquement l'antibiothérapie d'une fièvre persistant chez un patient cliniquement stable, en l'absence d'une documentation le justifiant
- Elargir le spectre devant une instabilité hémodynamique persistante
- Passer en PO et/ou à domicile le traitement des patients à bas risque ayant bien répondu au traitement initial
- Discuter d'un traitement antifongique probabiliste chez les patients à haut risque restant fébriles après 4-7 j de traitement
 - Recherche d'antigène aspergillaire et scanner thoracique +/- sinusien

Durée du traitement

- Elle est celle du site ou du microorganisme concerné, et, au moins jusqu'à des neutrophiles > 500 /mm³ (note du rédacteur: le document ne parle pas des patients ayant une neutropénie prolongée de plusieurs mois, tels ceux sous azacitidine)
- En cas de fièvre inexpliquée, poursuivre jusqu'à l'apparition de signes de récupération médullaire.

Prophylaxie antibiotique

- Une fluoroquinolone peut être discutée chez les patients à haut risque (<100PNN pendant > 7 jours) mais doit s'accompagner d'un suivi des résistances bactériennes aux quinolones. Elle n'est pas recommandée chez les patients à bas risque.

Documents récents

InVS: [Entérobactéries productrices de carbapénémases, situation épidémiologique au 7 janvier 2011](#)

AFSSAPS: [Mise au point sur la prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né](#)

[Arrêt de commercialisation du synergid](#) (quinupristine/dalfopristine)

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Sociétés savantes : consensus et conférences d'experts : [Infectiologie.com](#)

[AFSSAPS](#) : recommandations, AMM des antibiotiques, surveillance des effets indésirables.

[Site sur les antibiotiques](#) du Ministère de la Santé

Sites régionaux d'information sur les antibiotiques : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILE](#)

Médecine et
maladies infectieuses



Un service du journal *Médecine et Maladies Infectieuses* & de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S. Alfandari.