

Info-antibio N° 50 : décembre 2014

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 résistances 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.

Stratégies de réduction de l'utilisation des antibiotiques à visée curative en réanimation

Recommandations Formalisées d'Experts (pour l'instant disponibles uniquement pour les abonnés à la [revue Reanimation](#))

Ce document ambitieux, rédigé par la SRLF et la SFAR 2014 avec la participation de la SPILF, de la SFM, de la SF2H et du GFRUP présente des recommandations, basées sur une analyse GRADE de la littérature puis une cotation par 20 experts.

Le document rappelle :

Le lien entre consommation antibiotique et résistance, la nécessité de disposer de données locales, sur les ATB et l'écologie, et l'intérêt de réaliser des prélèvements. Que les colonisations, en particulier respiratoires, ne doivent pas être traitées, mais qu'une colonisation à BMR peut être prise en compte devant des signes de gravité

Carbapénèmes :

Ils ne doivent pas être employés en traitement probabiliste d'une infection communautaire mais peuvent être discutés si une BLSE ou un PARC a été isolé dans les 3 mois **ET** s'il y a sepsis sévère ou choc septique.

Devant une infection nosocomiale sévère, ils sont à discuter en probabiliste s'il y a au moins 2 FdR suivants :

① TT dans les 3 mois par C3G, FQ ou TZP ② Isolement BLSE ou PARC dans les 3 mois ③ Hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois ④ Vie en EHPAD/SLD **ET** sonde à demeure ou gastrostomie ⑤ Epidémie en cours dans le secteur.

Quinolones :

Ne sont recommandées qu'en l'absence d'alternatives (hors légionelle, infection osseuse, prostatite, sur antibiogramme), ne doivent pas être utilisées de manière répétée ou si 1^{er} niveau de résistance et pas en monothérapie sur les infections sévères. En cas de choc septique, un aminoside est préférable à une quinolone (en association à une bêta-lactamine)

Anti staph méti-R :

En probabiliste : Ils ne doivent pas être employés pour les infections communautaires. Ils sont à discuter pour les infections sévères associées aux soins (dont les patients hospitalisés dans l'année connus porteurs de SARM).

En documenté : une seule hémoculture à SCN ne doit pas être traitée. La daptomycine est préférée pour les SARM de CMI à la vancomycine > 1 mg/l, le linézolide pour les PAVM à SARM. Une association se discute sur certains sites.

Délai d'administration d'une antibiothérapie :

Dans l'heure suivant un choc septique

Dans les 3 heures suivant l'admission d'une méningite

Dans les 4 heures (pour rechercher d'autres diagnostics) pour les suspicions de pneumonies communautaires sévères.

Rapidement (pas de délai donné) pour les splénectomisés, neutropéniques fébriles ou dermo hypodermes nécrosantes

Une association initiale probabiliste est recommandée en cas de choc septique, neutropénie fébrile ou suspicion de BMR

Dosage sériques des antibiotiques :

Ils sont recommandés vu la variabilité pharmacocinétique chez les patients sévères de réanimation.

Aminosides : en pic, 30mn après la perfusion de 30mn, et en résiduel, en particulier en cas d'insuffisance rénale

Vancomycine : à l'équilibre si perfusion continue, en résiduel si discontinue

Bêta-lactamines : il peut être utile d'en doser certaines, en résiduel ou à l'équilibre, pour évaluer efficacité et toxicité

Modalités d'administration pour minimiser le risque de résistance

Intérêt des bêta-lactamines en perfusion étendue/3-4h (mais pas continue) pour être > a (4/6x) la CMI >70% du temps.

Intérêt de la dose de charge, puis de la perfusion continue pour la vancomycine.

Réévaluation et durée des traitements antibiotiques

Une réévaluation à 48-72h est recommandée, en particulier pour désescalader sur discussion microbio-clinique

La PCT peut être employée pour guider l'arrêt d'une antibiothérapie

Une PAVM à ATB probabiliste adapté doit être traitée 8 jours, quel que soit le pathogène (hors immunodéprimé)

Une infection communautaire ne doit généralement être traitée que 5 à 7 jours. De même pour les bactériémies sus cathéter (hors *S. aureus* et métastases septiques) négativées en moins de 3 jours et cathéter enlevé.

Enfin, une concertation multidisciplinaire sur la conduite et la politique antibiotique est recommandée

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

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

[ANSM](#) : AMM des antibiotiques, surveillance des effets indésirables. [Site sur les antibiotiques](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILF](#). Page [ATB du site CCLIN-ARLIN](#)

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

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.