

Introduction (1)

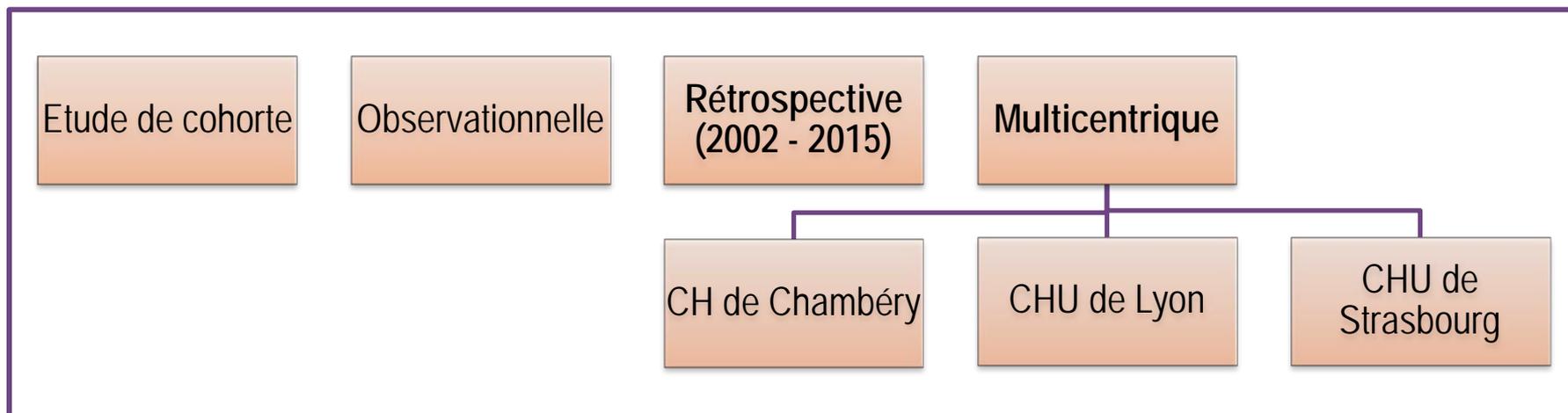
- **Antibiothérapie par voie sous-cutanée (SC)**
 - Pratiquée par plus de 95% des infectiologues
 - En dehors de toute recommandation
- **Avantages de la voie SC :**
 - Simplicité d'utilisation
 - Diminution des complications liées aux abords veineux
- **Téicoplanine par voie SC :**
 - ATB temps-dépendant de longue demi-vie (70h) : optimisation du T>CMI
 - Données de la littérature \approx inexistantes

Introduction (2)

- Objectif principal :

L'administration de la téicoplanine par voie sous-cutanée permet-elle d'atteindre et de maintenir un taux résiduel supérieur ou égal à 15 mg/L dans le traitement des IOA à staphylocoque et selon quelles modalités ?

Matériel et méthodes



Critères d'inclusion

- Âge supérieur à 18 ans
- Tous sexes confondus
- Atteint d'une IOA à *S.aureus* ou SCN
- Ayant reçu de la téicoplanine SC (quelle que soit la durée du traitement)

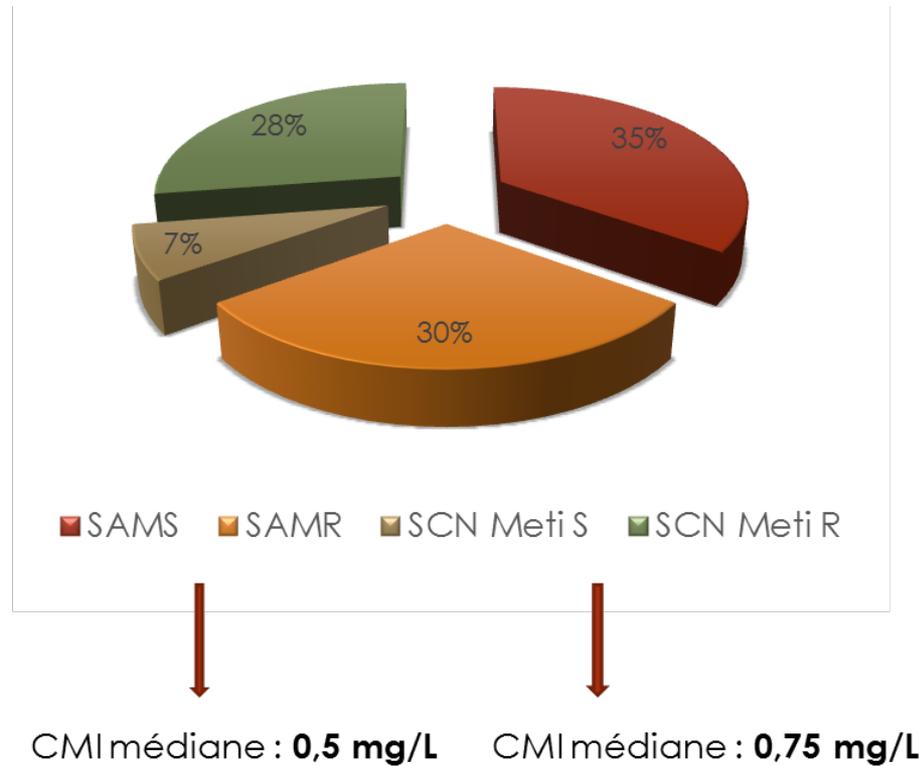
Critère d'exclusion

- Infection de pied diabétique

Résultats (1) : Description de population

- Population étudiée : 40 patients
 - Lyon : 14 patients
 - Chambéry : 11 patients
 - Strasbourg : 15 patients
- Age médian : 75 ans (IQR, 62 – 84)
- 85% d'IOA sur matériel, dont 67,5% d'infections sur prothèse articulaire
- 52,5% d'infections chroniques
- 42,5% d'infections compliquées d'emblée (abcès ou fistule)

Résultats (2) : Description microbiologique



Infections mono-microbiennes dans 72,5% des cas

Résultats (3) : Schémas d'antibiothérapie

Délai médian d'introduction de la téicoplanine : 23 jours (IQR, 6-53.8)

ATB avant téicoplanine

- Pénicillines M (25%)
- Fluoroquinolones (25%)
- Vancomycine (22,5%)

Durée médiane de téicoplanine 45 jours (IQR, 29.2-78.7)

Bithérapies les plus fréquentes :

- Rifampicine (n=23)
- Fluoroquinolones (n=16)

(55% des patients en bithérapie anti-staphylococcique d'emblée)

Ecourté chez 8 patients

Motifs d'arrêt prématurés : - ☹

- 3 décès
- 1 réaction inflammatoire au point d'injection
- 1 rash maculo-papuleux
- 2 rechutes en cours de traitement suspensif
- 1 Fièvre aux ATB

Prolongé chez 9 patients

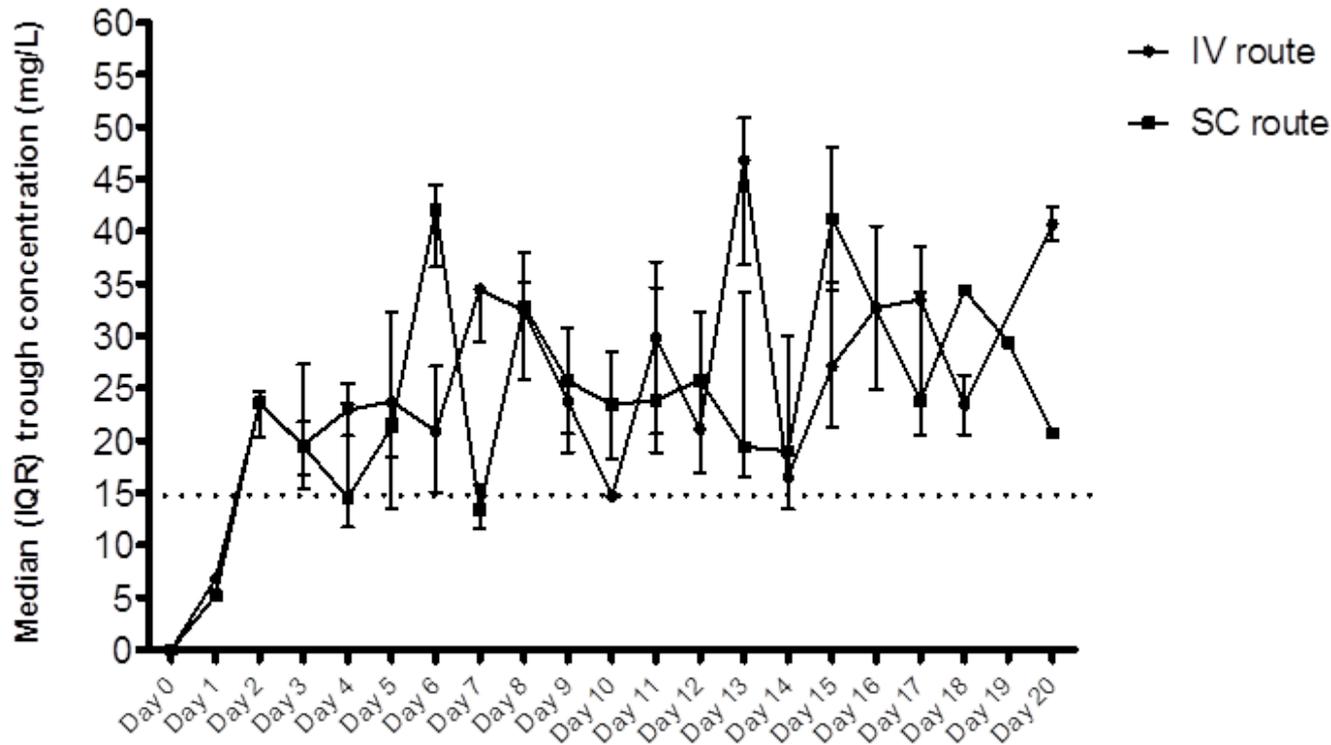
Motifs de prolongation :
Persistance de l'infection

Durée médiane de l'antibiothérapie complète : 124 jours (IQR, 55.5-286)

Résultats (4) : Modalités d'utilisation de la téicoplanine

- 35 patients ont reçu une dose de charge (DDC)
 - 16 par voie IV
 - 18 par voie SC
 - 1 par voie IM
- DDC : 5 injections en moyenne
- Délai médian de relais voie IV voie SC (le cas échéant) : 9 jours
- Durée médiane de traitement : 45 jours (IQR, 29,2 – 78,7)
- A noter : 13 patients ont reçu la téicoplanine en dose d'entretien en un schéma de 3 injections par semaine

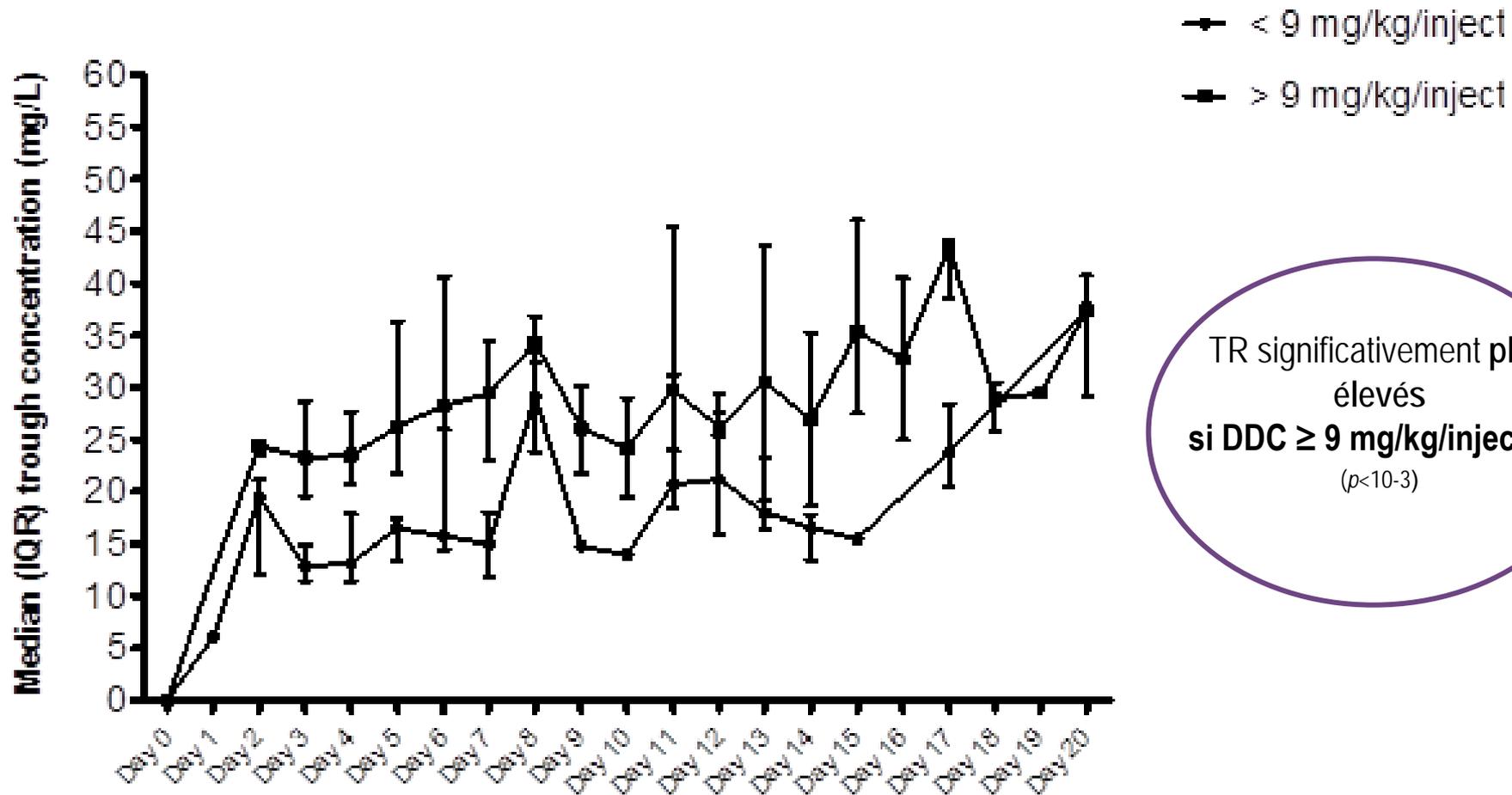
Résultats (5) : Objectifs de TR selon la voie de la dose de charge (DDC)



85% des patients avaient un TR ≥ 15 mg/L

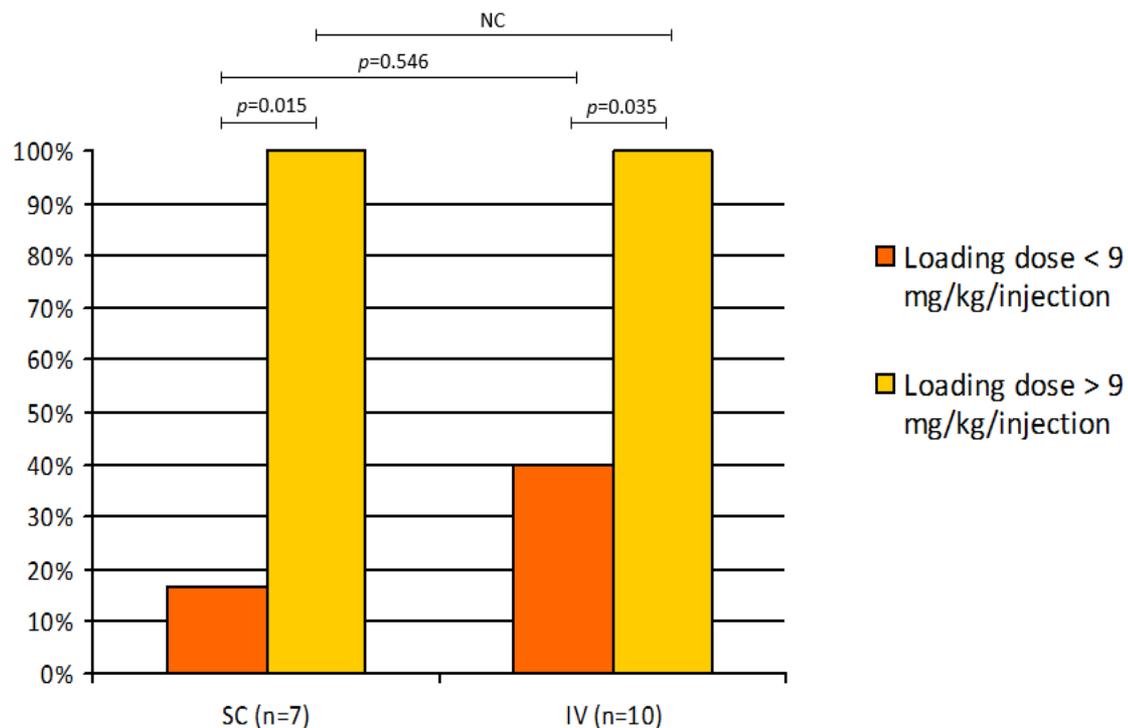
Absence de différence significative
($p=0,462$)
(avec ajustement sur fonction rénale et albumine)

Résultats (6) : Objectifs de TR selon la posologie de la dose de charge (DDC)



TR significativement plus élevés
si DDC ≥ 9 mg/kg/injection
($p < 10^{-3}$)

Résultats (7) : Objectifs de TR selon la voie et la posologie de la dose de charge (DDC)



- Confirme :
- ✓ différence significative entre DDC \geq et < 9 mg/kg/injection
 - ✓ absence de différence entre les voies IV et SC

Pourcentages de TR > 15 mg/l entre J2 et J4

Résultats (9) : Evolution et Tolérance

EVOLUTION

- 15 échecs soit 37,5%
 - 13 IOA sur matériel
 - 2 IOA natives
- Description des échecs :
 - 9 persistances de l'infection
 - 5 superinfections
 - 1 échec non documenté
- Sur le plan microbiologique :
 - 6 récurrences au même germe (3 S.A, 3 SCN)
 - 8 récurrences à un germe différent (5 SCN, 2 *E.Coli*, 1 *P.Aeruginosa*)
 - 1 échec non documenté

TOLERANCE

- Effets secondaires :
 - 15% d'effets secondaires
 - Troubles hématologiques
 - Troubles cutanéomuqueux
 - 1 réaction au point d'injection (seule réaction spécifique de la voie SC)
 - Majorité des effets secondaires : grade 2 (selon CTCAE)
 - Tous réversibles à l'arrêt du traitement

Conclusion (1)

- L'administration SC de la téicoplanine permet d'atteindre et/ou de maintenir les objectifs de concentration résiduelle
 - Chez **85%** des patients
 - Sans différence significative avec la voie intraveineuse
- Les taux résiduels sont :
 - Significativement plus élevés si la **DDC est $\geq 9\text{mg/kg}$**

Conclusion (2)

- Limites de l'étude
 - Faible effectif
 - Rétrospective
- Résultats à confirmer par une étude prospective plus large