

# Comprendre l'échec et prévenir les récurrences des infections

## Analyse des causes de l'échec

Adrien Lemaïgnen

## Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

**Intervenant : Lemaigen Adrien**

**Titre : Analyse des causes de l'échec**

L'orateur ne souhaite pas répondre

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique  OUI  NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents VitalAire - MSD  OUI  NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations Pfizer  OUI  NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique études observationnelles académiques  OUI  NON

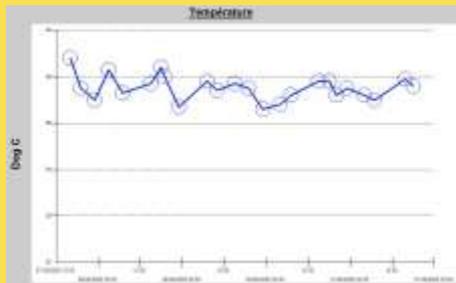


# Echec de prise en charge en infectiologie

- **Guérison**  
**= absence d'échec à distance du traitement**
- **Echec :**
  - Sous traitement ou « Peu après » le traitement (rechute)
  - Absence de contrôle ou reprise de l'infection initiale
    - Non-amélioration/évolution des symptômes malgré traitement
    - Persistance/reprise de la positivité des examens microbio

# Ce qui n'est pas un échec

## Persistance de fièvre



Courant jusqu'à 72h

Intérêt de la pente sur la pancarte

## Persistance de symptômes

- Rougeur et erysipèle
- Toux et viroses respi
- Pollakiurie et cystite

Durée raisonnable ...

## Persistance

- **de prélèvements +**  
Sérologies  
ECBU

Prélèvement superficiel  
(peau, redon...)

- **de sd inflammatoire**  
CRP + tardive que  
leucocytes  
Regarder la cinétique

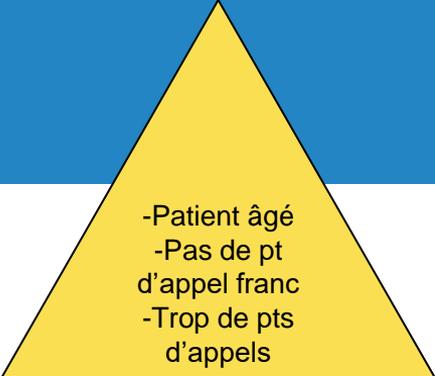
« Prendre son temps est le meilleur moyen de n'en pas perdre ... »

Nicolas Bouvier

# Causes d'échec : Diagnostic erroné

- **Le diagnostic initial n'était pas le bon**

- Site infecté ciblé n'est pas le bon
  - Diagnostic initial par excès ? (ECBU)
  - Embole septique ? (endocardite) Site à faible diffusion AB ? (os, SNC)
- Traitement choisi ne cible pas la bonne bactérie
  - Enterocoques, Anaérobies, Germes résistants
- Diagnostic différentiel : viral, inflammatoire, néoplasique ...
  - Virus respiratoires vs pneumopathie etc.
  - Aucun effet attendu des AB



-Patient âgé  
-Pas de pt  
d'appel franc  
-Trop de pts  
d'appels

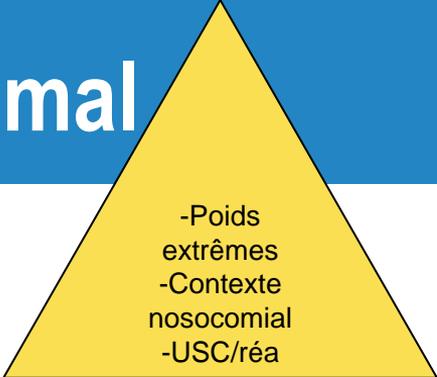
# Causes d'échec : traitement sous-optimal

- **Choix de la molécule**

- Adaptée à l'antibiogramme
- Bactéricide vs Bactériostatique
- Diffusion suffisante

- **Dose choisie**

- Adaptation au poids / au volume de distribution
- Adaptation à la cible pharmacologique au site atteint
- Adaptation aux capacités d'élimination (rein/foie)
- Variation inter-individuelle : intérêt des dosages



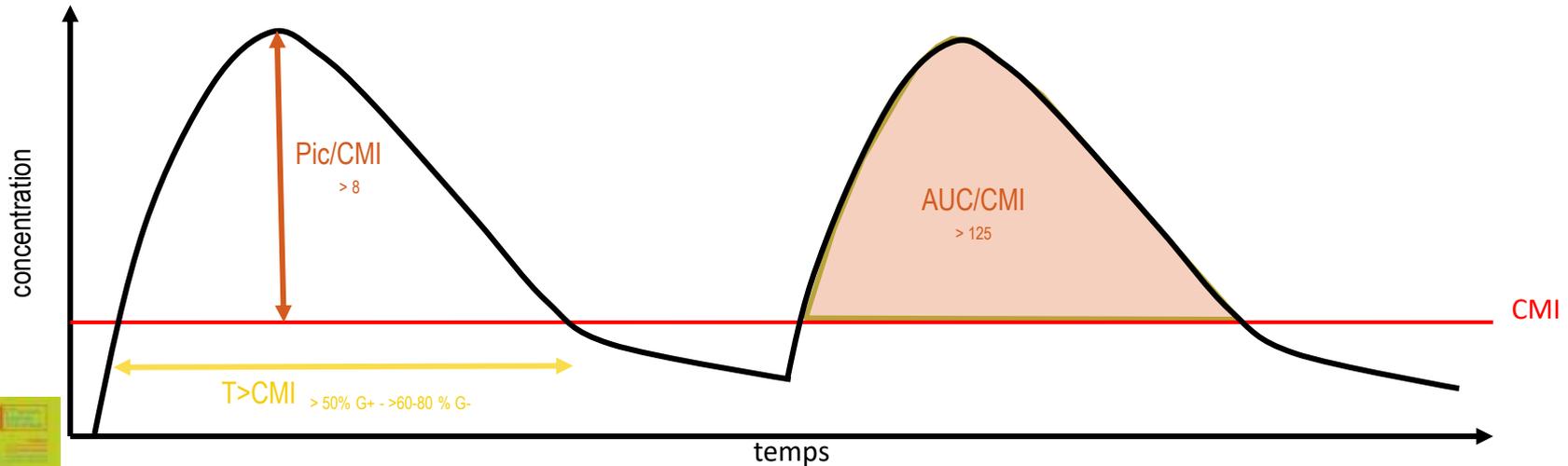
-Poids extrêmes  
-Contexte nosocomial  
-USC/réa

Sites à faible diffusion

- SNC/oeil
- Os/articulations
- Prostate
- Végétation
- Biofilm

# Principes de PK/PD : pharmacodynamie

- Antibiotique **bactéricide** VS **bactériostatique**  
**CMB  $\geq$  CMI**      **CMB  $\gg$  CMI**
- Antibiotique **temps-dépendant** VS **concentration-dépendant**



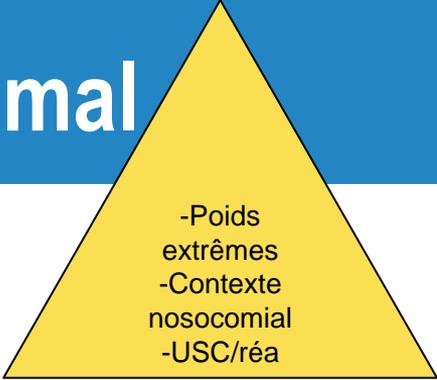
# Causes d'échec : traitement sous-optimal

- **Les modalités d'administration**

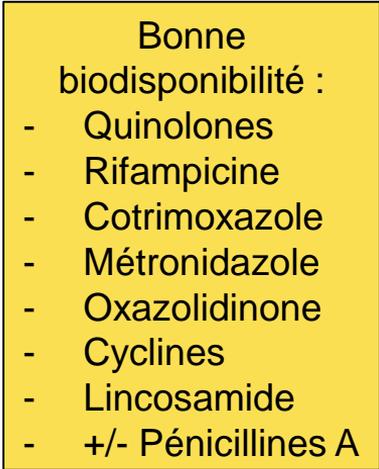
- IV vs SC
- Continu Vs Discontinu : Temps ou concentration-dpdt ?
- Parentéral Vs Oral : biodisponibilité ?

- **La durée de traitement**

- Action antibiothérapie : phase de division
- Prolongée pour certaines localisations
  - Endocardites, IOA, présence de matériel



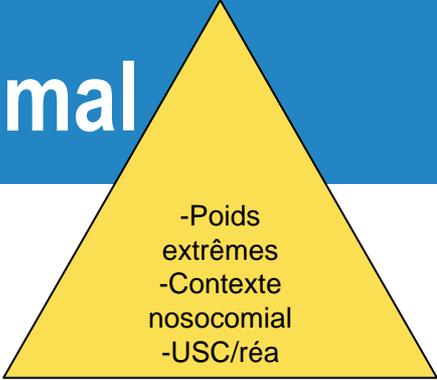
-Poids extrêmes  
-Contexte nosocomial  
-USC/réa



Bonne biodisponibilité :

- Quinolones
- Rifampicine
- Cotrimoxazole
- Métronidazole
- Oxazolidinone
- Cyclines
- Lincosamide
- +/- Pénicillines A

# Causes d'échec : traitement sous-optimal



-Poids  
extrêmes  
-Contexte  
nosocomial  
-USC/réa

- **Indication chirurgicale ?**

- Diminuer l'inoculum
  - Drainage d'un abcès
  - Lavage/débridement d'un site infecté
- Présence de matériel étranger infecté
  - Lavage/débridement si infection précoce (biofilm non mature)
  - Retrait si infection tardive (prothèse, pacemaker etc.)
  - Retrait si matériel temporaire (KT, PAC etc.)

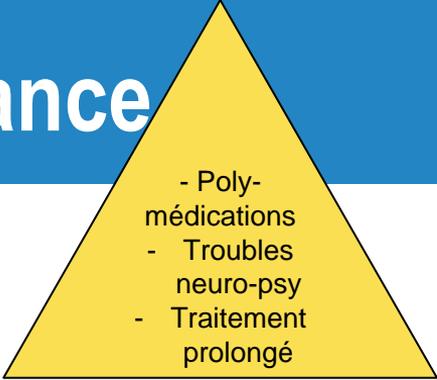
# Causes d'échec : Interactions/observance

- **Traitement adapté mais inefficace :  
attention aux interactions**

- Absorption ? IPP, Chélateurs, Argile
- Interaction ?
  - Inducteurs / Inhibiteurs enzymatiques
  - Compétition pharmacologique : association d'antibiotiques de même classe

- **Problème de l'observance**

- Cf topo



- Poly-médications  
- Troubles neuro-psy  
- Traitement prolongé

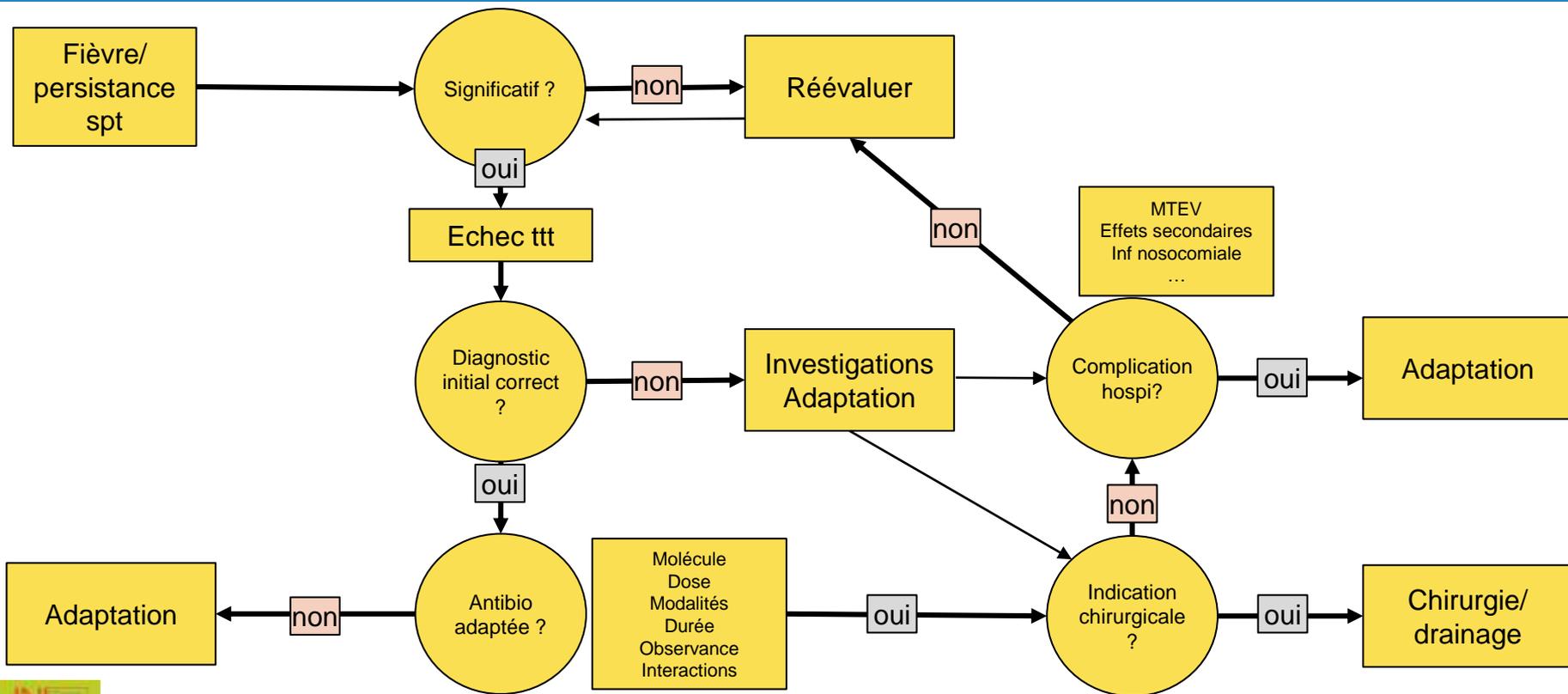
# Causes d'« échec » : Autres causes

- **Complications de l'hospitalisation**
  - Maladies thrombo-emboliques
  - Infections nosocomiales (perf, urines ...)
  - Escarres
- **Complications du traitement**
  - Allergie/toxidermie
  - Fièvre aux antibiotiques (Dg d'élimination)

-TTT  
prolongé  
- Doses  
élevées



# Analyse des causes de l'échec : Synthèse



# Merci pour votre attention

