

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

Sommaire

- **Qu'est ce qu'un échec en maladies infectieuses ?**
- **Le diagnostic était-il le bon ?**
 - Où ? Quoi ?
- **Le traitement était-il le bon ?**
 - La molécule ? Les modalités d'administration ?
 - La durée ? La chirurgie ?
- **Le traitement était-il absorbé ?**
 - Observance ? Interactions ?
- **Et si c'était autre chose ?**

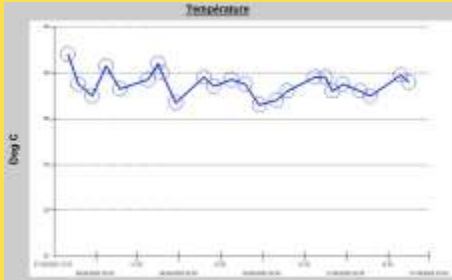


Echec de prise en charge en infectiologie

- **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

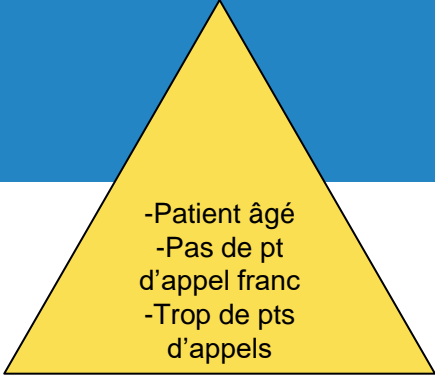
« Prendre son temps est le meilleur moyen de n'en pas perdre ... »

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

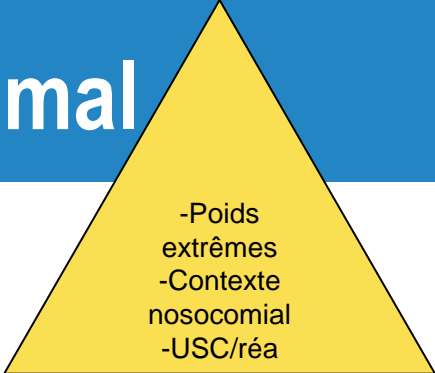
Causes d'échec : traitement sous-optimal

- **Choix de la molécule**

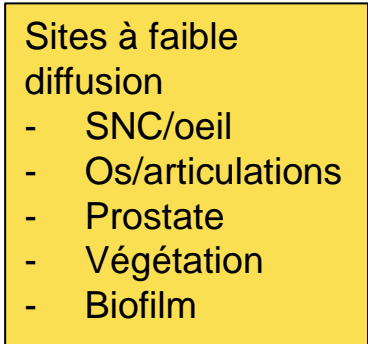
- Adaptée à l'antibiogramme
- Bactéricide vs Bactériostatique
- Diffusion suffisante

- **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

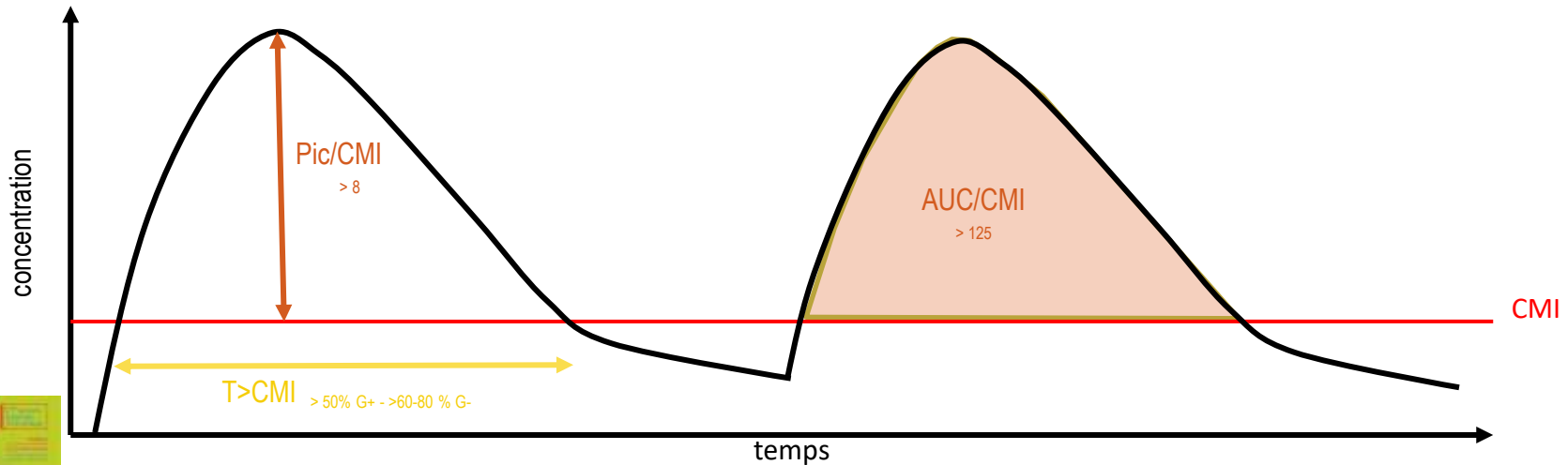


Sites à faible diffusion

- 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**



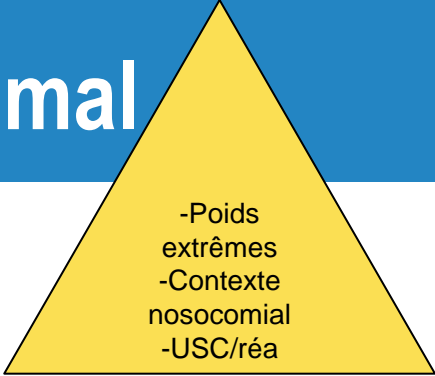
Causes d'échec : traitement sous-optimal

- **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



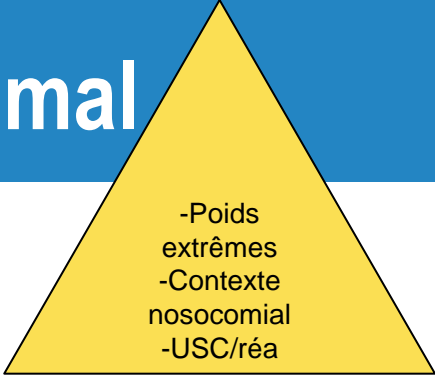
-Poids extrêmes
-Contexte nosocomial
-USC/réa



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.)

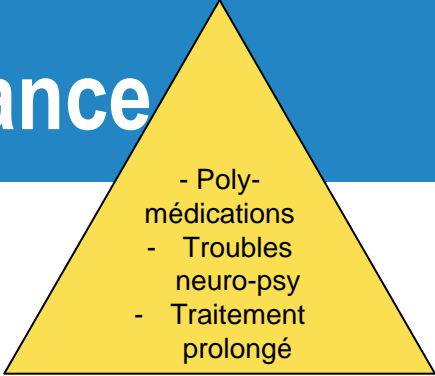
Causes d'échec : Interactions/observance

- **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

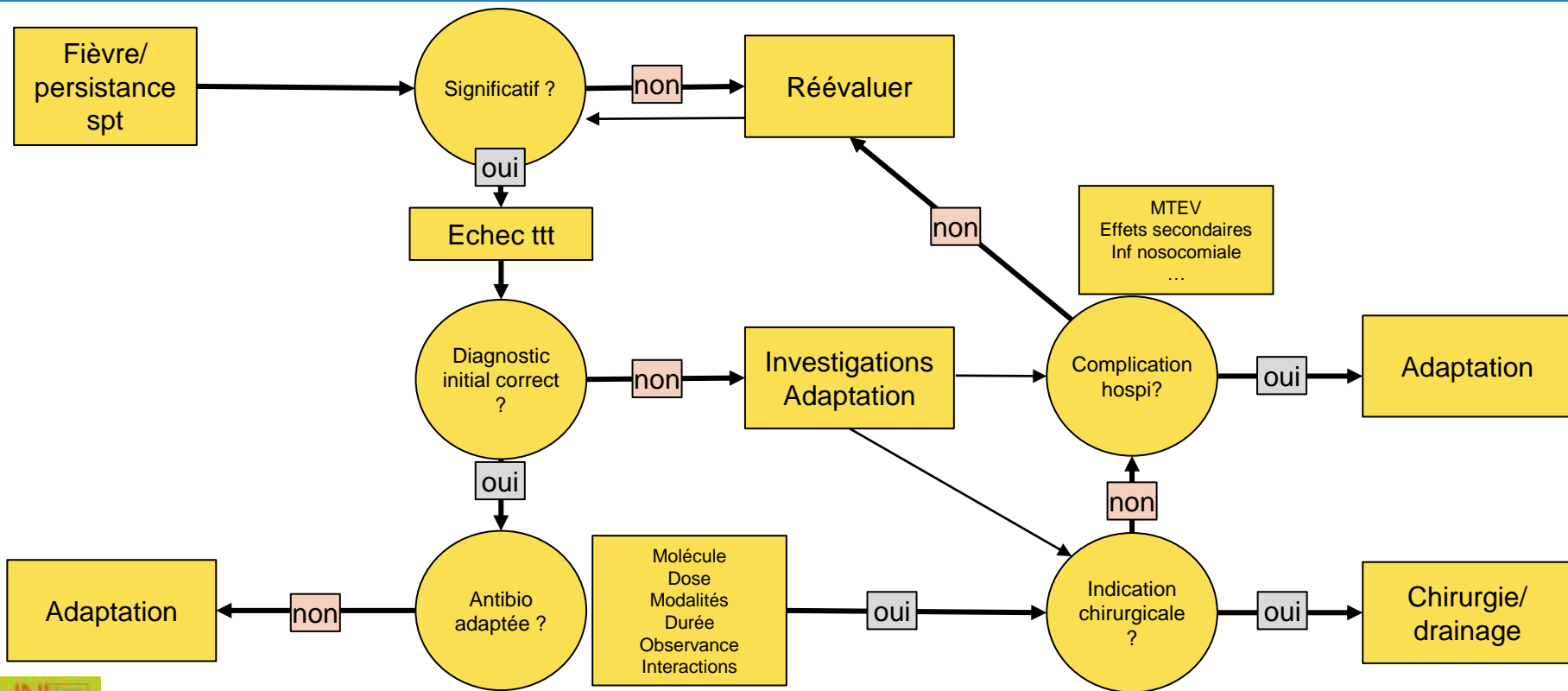
Causes d'« échec » : Autres causes

- **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

