

Une antibiothérapie atypique ?

Dr Emmanuel FORESTIER
Maladies infectieuses



Cas clinique 1

- **Patient de 90 ans**
- **En EHPAD, GIR 2, sous ELIQUIS pour une ACFA**
- **Fatigue inhabituelle, sans fièvre, depuis 2 jours**
- **Pas de point d'appel clinique**
- **BU: GB +, nitrites +; ECBU en cours**
- **CRP 149mg/l, créatinine 90 μ mol/l**

Préparez-vous à voter



*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans le
add-in Sendsteps.*

*Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous
sur <https://dashboard.sendsteps.com/>.*

Quelle attitude adoptez-vous?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. Abstention thérapeutique et surveillance quel que soit le résultat de l'ECBU
- B. Abstention thérapeutique puis antibiothérapie si ECBU +
- C. Antibiothérapie probabiliste par levofloxacine
- D. Antibiothérapie probabiliste par ceftriaxone

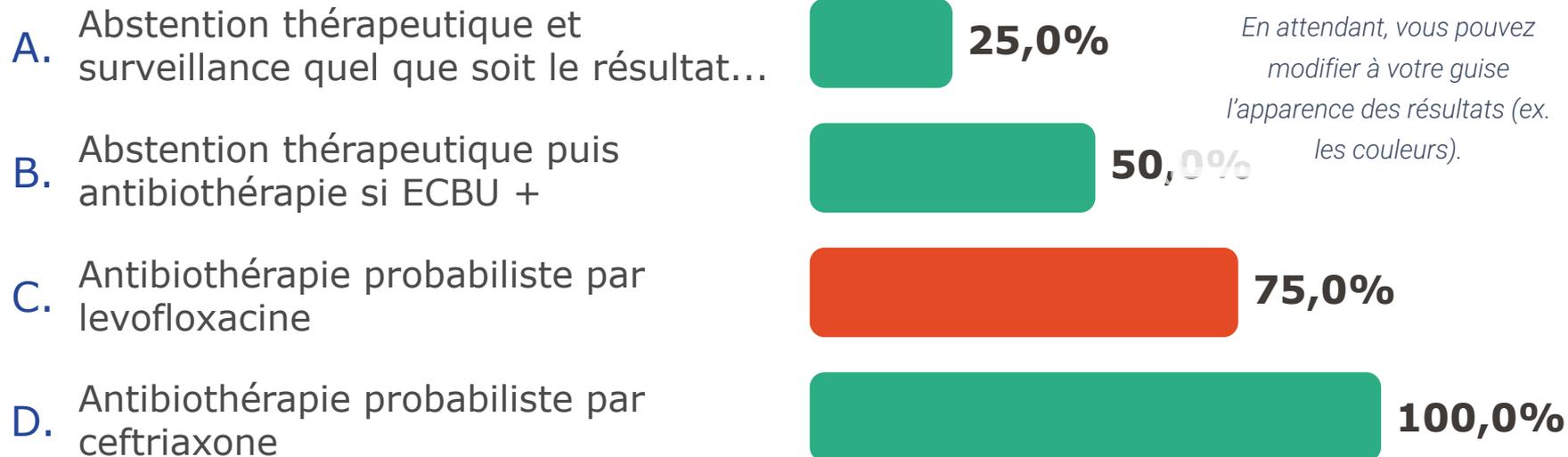
0 

0 

 Fermé

Quelle attitude adoptez-vous?

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.



En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Cas clinique 1

- **ECBU: GB 100000/ml; culture: E. coli > 10⁵**

Molécules	S//R
Ampicilline	R
Amox-ac. clav. (cystite)	S
Amox-ac. clav. (autres)	R
Témocilline	S
Pip-taz	S
Cefoxitine	S
Cefotaxime	R

Molécules	S//R
Ceftazidime	R
Imipénème	S
Ertapénème	S
Amikacine	S
Ofloxacine	R
Cotrimoxazole	R
Nitrofurantoine	S

Quel traitement mettez-vous en place?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. Pas d'hospitalisation – Amox-ac. clav PO
- B. Pas d'hospitalisation – Témocilline IV
- C. Pas d'hospitalisation – Ertapénem SC
- D. Hospitalisation – Céfoxitine IV
- E. Hospitalisation – Pip-taz SC

0 

0 



Fermé



Quel traitement mettez-vous en place ?

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

A. Pas d'hospitalisation – Amox-ac. clav PO



B. Pas d'hospitalisation – Témocilline IV



C. Pas d'hospitalisation – Ertapénem SC



D. Hospitalisation – Céfoxitine IV



E. Hospitalisation – Pip-taz SC



En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

Atypie 1: quand et comment traiter?

- **Atypies sémiologiques**
- **La « CRPite » du vieux**
- **Colonisations bactériennes fréquentes**
- **Risque augmenté d'infection à BMR**

Atypie 1: quand et comment traiter?

- **Comment y répondre?**
 - Personnaliser les indications et la nature des antibiothérapies
 - En fonction des antécédents, du risque de BMR, du contexte, des modalités d'administration possibles...
 - Appliquer les règles du bon usage
 - Réévaluer, dé-escalader
 - Appliquer les durées d'antibiothérapies recommandées
 - Proscrire les prélèvements inutiles

Atypie 2: voie d'administration

	IV	SC	PO
Voie d'abord			
Contraintes d'utilisation			
Effets indésirables potentiels			
Variabilité des concentrations sériques			
Disponibilité pour tous les antibiotiques			
Traitement ambulatoire			

Atypie 2: voie d'administration

- **Comment y répondre?**
 - Antibiothérapie sous-cutanée
 - Simplicité de mise en œuvre +++
 - Pratique hors AMM, à considérer **uniquement en alternative**
 - Antibiotiques les mieux documentés: **ceftriaxone, ertapénème et teicoplanine**
 - Antibiotiques à demi-vie longue
 - Lipoglycopeptides dans les EI et IOA à bactéries Gram +

*Forestier Clin Microbiol Infect 2015
Roubaud-Baudron Age Ageing 2017
Hernandez-Ruiz JAMDA 2020*

Almangour J Antimicrob Chemother 2019

Cas clinique 2

- **Patiente de 84 ans**
- **Vit à domicile avec aides**
- **Antécédents d'ACFA, myélodysplasie, insuf. Rénale (CKD 35ml/min), démence débutante**
- **Ttt: coumadine, ramipril**
- **Hospitalisée pour spondylodiscite à SARM**

Cas clinique 2

Molécules	S/I/R
Pénicilline	R
Oxacilline	R
Amikacine	S
Gentamicine	S
Tétracycline	S
Erythromycine	R
Clindamycine	S
Pristinamycine	S

Molécules	S/I/R
Linézolide	S
Vancomycine	S
Teicoplanine	S
Ofloxacin	R
Rifampicine	S
Acide fusidique	S
Trimétho-sulfate	S
Fosfomycine	S

Quelle antibiothérapie initiale débutez-vous?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. Vancomycine IV
- B. Vancomycine IV – Rifampicine PO
- C. Daptomycine IV
- D. Daptomycine IV – Rifampicine PO
- E. Linézolide PO

0 

0 



Fermé



Quelle antibiothérapie initiale débutez-vous?

- A. Vancomycine IV **0,0%**
- B. Vancomycine IV – Rifampicine PO **0,0%**
- C. Daptomycine IV **0,0%**
- D. Daptomycine IV – Rifampicine PO **0,0%**
- E. Linézolide PO **0,0%**

Quelle antibiothérapie de relais réalisez-vous?

- A. Pas de relais
- B. Lévofoxacine - rifampicine
- C. Tédizolide
- D. Dalbavancine IV
- E. Autre(s)

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

0 

0 



Fermé



Quelle antibiothérapie de relais réalisez-vous?

- | | |
|----------------------|-------------|
| A. Pas de relais | 0,0% |
| B. Lévofoxacine -... | 0,0% |
| C. Tédizolide | 0,0% |
| D. Dalbavancine IV | 0,0% |
| E. Autre(s) | 0,0% |

Atypie 3: risque d'interactions médicamenteuses

- $\approx 2/3$ des patients > 75 ans ont plus de 6 médicaments
- **ATB = médicaments les plus pourvoyeurs d'EI liés à des comédications**
- **ATB les plus à risque**
 - **Macrolides** (sauf azythromycine): inhibiteur (CYP3A4)
 - **Rifampicine**: inducteur (CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19)
 - **Fluoroquinolones**: inhibiteur (CYP3A4, CYP1A2)

*Pea Cur Opin Pharmacol 2018
Corsonello Clin Microbiol Infect 2015
Shuler Wien Klin Wochenschr. 2008
Field Arch Intern Med 2001*

Atypie 4: risque d'intolérance

- **Age = FDR indépendant de survenue d'EI**
- **ATB = parmi les médicaments les plus pourvoyeurs d'EI**
- **Principaux effets indésirables**
 - Intolérance digestive (rifampicine, cotrimoxazole)
 - Confusion (FQ, bêtalactamines)
 - Néphrotoxicité (aminosides, glycopeptides)

*Valour Antimicrob Agents Chemother 2014
Field Arch Intern Med 2001*

Atypies 3 et 4: risques d'interaction/intolérance

- **Comment les prévenir?**
 - Privilégier les monothérapies d'antibiotiques
 - Limiter le recours aux antibiotiques les plus à risque d'interactions et/ou d'effets indésirables (surtout en cas de traitements prolongés)

Cas clinique 2

- **Bonne efficacité de l'antibiothérapie**
 - Apyrexie en 2 jours, CRP normalisée en 1 semaine
- **Bonne tolérance de l'antibiothérapie**
- **Néanmoins, évolution défavorable avec apparition confusion, chutes à plusieurs reprises, escarres conduisant à limitation de soins puis décès**

Vous avez oublié de (ou plutôt vous n'avez pas pu...) mettre en place

- A. La kinésithérapie
- B. Les mesures de prévention des chutes
- C. Le support nutritionnel
- D. La stimulation cognitive
- E. Une PEC sociale pour favoriser une sortie rapide

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

0 

0 



Fermé



Vous avez oublié de (ou plutôt vous n'avez pas pu...) mettre en place

- | | | |
|----|--|-------------|
| A. | La kinésithérapie | 0,0% |
| B. | Les mesures de prévention des chutes | 0,0% |
| C. | Le support nutritionnel | 0,0% |
| D. | La stimulation cognitive | 0,0% |
| E. | Une PEC sociale pour favoriser une sortie rapide | 0,0% |



Fermé



Atypie 5: l'antibiothérapie seule ne suffit pas

- Mettre en place dans l'ensemble des services hospitaliers recevant des PA : le dépistage, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire *de novo* et les effets indésirables des médicaments.
- Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des PA, en particulier par le développement des équipes gériatriques intrahospitalières.
- Adapter l'environnement et les équipements du service aux besoins spécifiques des PA.
- Améliorer l'interface ville/ hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- Adapter l'organisation du service pour répondre à ces enjeux.
- Ces mesures doivent s'inscrire dans le projet d'établissement et supposent une organisation ad hoc du fonctionnement des services, une démarche d'amélioration continue de la qualité, et la formation et l'accompagnement des personnels à tous les niveaux de l'organisation hospitalière (administrative, médicale et paramédicale), afin de mettre en place et de soutenir le changement des pratiques sur le long terme.



Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

Cas clinique 3

- **Patiente de 83 ans**
- **Vit à domicile avec aides**
- **Antécédents de PR très évoluée non traitée**
- **Porteuse de 2 PTH, dont une fracturée depuis 3 ans**
- **Consultation pour fistule sur cicatrice de la hanche D**
- **Ponction sous écho: *P. aeruginosa* souche sauvage**

Cas clinique 3



Quel traitement mettez vous en place?

La question
s'ouvrira lorsque
vous démarrerez
votre session et
votre présentation.

- A. Changement PTH en 1 temps et antibiothérapie curative 3 mois
- B. Changement PTH en 2 temps et antibiothérapie curative 3 mois
- C. Lavage seul et antibiothérapie curative 6 mois
- D. Lavage seul et antibiothérapie curative 3 mois puis ttt suspensif
- E. Abstention thérapeutique

0 

0 



Fermé



Quel traitement mettez vous en place?

- | | | |
|----|---|-------------|
| A. | Changement PTH en 1 temps et antibiothérapie curative 3 mois | 0,0% |
| B. | Changement PTH en 2 temps et antibiothérapie curative 3 mois | 0,0% |
| C. | Lavage seul et antibiothérapie curative 6 mois | 0,0% |
| D. | Lavage seul et antibiothérapie curative 3 mois puis ttt suspensif | 0,0% |
| E. | Abstention thérapeutique | 0,0% |

Atypie 6: ne pas (ou « mal ») traiter est une option

- **Rapport bénéfice/risque à évaluer au cas par cas**
- **Quid de l'antibiothérapie suspensive?**
- **Considérations éthiques**

Prendki Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2017

Durand Infect Dis Now 2021

Messages à retenir (1)

- **Nombreuses atypies dans l'antibiothérapie du sujet âgé**
 - Quand et comment traiter?
 - Modalités d'administration non conventionnelles
 - Risque d'interactions médicamenteuses fréquent
 - Risque majoré d'intolérance
 - L'antibiothérapie seule ne suffit souvent pas
 - L'abstention thérapeutique (ou le ttt a minima) est parfois le plus raisonnable

Messages à retenir (2)

- **Peu de réponses dans la littérature**
 - **Peu de recommandations spécifiques aux sujets âgés**
 - **Une règle fondamentale: *primum non nocere***
- **Nécessité d'une réflexion au cas par cas**
- **Collaboration infectiologues et gériatres indispensable**

Merci

