



JNI 15^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Bordeaux
et l'interrégion Aquitaine § Limousin



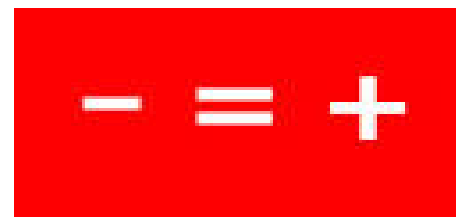
du mercredi 11 au vendredi 13 juin 2014
Palais des Congrès de Bordeaux

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

RFE organisée par la SRLF
En collaboration avec la SFAR

**less
is
more**

- Mies Van der Rohe -





JNI 15^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Bordeaux
et l'interrégion Aquitaine & Limousin

du mercredi 11 au
vendredi 13 juin 2014
Palais des congrès de Bordeaux



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

Intervenant **BEDOS Jean-Pierre**

Titre : Stratégie de réduction de l'utilisation des antibiotiques à visée curative en réanimation

L'orateur ne souhaite pas répondre

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

Antibiothérapie = cercle infernal = coûts +++

Diagnostic microbiologique (technologies évolutives)



Antibiothérapie probabiliste documentée « ciblée »



Efficacité clinique et résistance bactérienne !!



Nouvelle infection et diagnostic microbiologique...



Antibiothérapie ... « plus large spectre » ... et ...



→ **SURCONSOMMATION** antibiotique

► 5 QUESTIONS CLES

1. Comment suivre le lien existant entre la résistance des bactéries et la consommation des antibiotiques en réanimation?
2. Quelles données microbiologiques et comment les utiliser pour une meilleure consommation des antibiotiques (= moindre usage)?
3. Comment choisir l'antibiothérapie pour limiter la consommation des antibiotiques ?
4. Comment optimiser l'administration des antibiotiques?
5. Comment réévaluer et diminuer la durée des traitements antibiotiques?

Méthodologie

- Réunions préparatoires
- Analyse bibliographique (GRADE)
- Rédaction des textes (argumentaires)
- Premier (puis second) tour de votes
- Méthode RAND/UCLA (Accord faible ou fort)
- 2 tours de vote
- Publications à paraître sur le site et dans les revues
- Déclinaison prochaine EPP/DPC (chemin clinique)

Un modèle d'approche multidisciplinaire !

- **20 experts:** Bernard Allaouchiche, Laurence Armand-Lefevre, Olivier Baldesi, Lila Bouadma, Dominique Decré, Samy Figueiredo, Rémy Gauzit, Benoît Guéry, Nicolas Joram, Boris Jung, Sigismond Lasocki, Alain Lepape, Fabrice Lesage, Olivier Pajot, François Philippart, Bertrand Souweine, Pierre Tattevin, Jean-François Timsit, Jean Ralph Zahar
- **1 coordonnateur expert:** Jean-Pierre Bedos
- Benoît Misset, Marc Leone, Cédric Bretonnière, Christophe Milési, David Osman (Com des référentiels SRLF et SFAR)
- Chantal Sevens, Matthieu Lloung (SRLF)

► **74 recommandations ont été faites**
► **47 recommandations étaient d'un accord fort (63,5%)**

1. Comment suivre le lien existant entre la résistance des bactéries et la consommation des antibiotiques en réanimation?

► Il faut utiliser des données françaises d'épidémiologie bactériennes globales et locales. (Accord fort)

Il faut que les sociétés savantes diffusent (revues et/ou sites) les données existantes d'épidémiologie bactérienne des infections acquises en réanimation colligées par les réseaux de surveillance, en particulier REARaisin . (Accord fort)

Il faut disposer de données épidémiologiques locales (au niveau de l'unité de réanimation et de l'établissement de santé) qui précisent la fréquence des espèces bactériennes isolées par type d'infection et la fréquence des résistances par espèce. (Accord fort)

► Il faut mesurer les DDJ d'antibiotiques pour toutes les unités de réanimation, globales et ciblées sur les classes à risque (carbapénèmes, fluoroquinolones notamment). (Accord faible)

2. Quelles données microbiologiques et comment les utiliser pour une meilleure consommation des antibiotiques (= moindre usage)?

► Dans les 24 heures qui suivent le prélèvement, il faut qu'un premier résultat de culture soit rendu. (Accord fort)

► En cas d'hémoculture positive, il faut réaliser l'identification bactérienne et l'antibiogramme directement à partir du flacon d'hémoculture. (Accord fort)

► En cas de culture positive, pour permettre une adaptation plus précoce de l'antibiothérapie, il faut fournir l'identification bactérienne le plus rapidement possible par spectrométrie de masse. (Accord faible)

► Il faut déterminer et communiquer aux cliniciens les CMI telles que recommandées par le CA-SFM. (Accord fort)

Il faut probablement, après discussion entre microbiologiste et clinicien, déterminer les CMI pour des sites infectés particuliers et pour certaines espèces bactériennes. (Accord fort)

► En cas d'hémoculture positive à cocci Gram positif en amas, il faut utiliser des tests rapides permettant la détection de *S. aureus* et sa sensibilité à la oxacilline. (Accord fort)

3. Comment choisir l'antibiothérapie pour limiter la consommation des antibiotiques ?

► Il ne faut pas prescrire un traitement antibiotique systématique en cas d'identification d'une bactérie dans un prélèvement de colonisation ; ceci quel qu'en soit le type en particulier en cas d'aspiration trachéo-bronchique (*Accord fort*).

► En traitement probabiliste, en cas d'infection bactérienne sévère associée aux soins/nosocomiale suspectée, il ne faut pas prescrire de **carbapénème** uniquement sur le caractère nosocomial de l'infection mais plutôt considérer la **présence d'au moins 2 des différents facteurs** comme :

- le traitement antérieur par C3G, FQ (dont monodose) ou TZP dans les 3 mois,
- le portage d'une entérobactérie productrice de BLSE, ou d'un *P. aeruginosa* caz-R, sur un prélèvement de moins de 3 mois, quel que soit le site,
- une hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois,
- le fait pour un patient de vivre en EHPAD médicalisé ou SLD et d'être porteur d'une sonde à demeure et/ou d'une gastrostomie, une épidémie en cours dans le secteur de soins à bactérie multirésistante pour laquelle l'unique option thérapeutique est un carbapénème. (*Accord fort*)

3. Comment choisir l'antibiothérapie pour limiter la consommation des antibiotiques ?

▶ Il ne faut pas prescrire en probabiliste de FQ en monothérapie dans les infections nosocomiales sévères. (Accord fort)

▶ Il ne faut pas prescrire de FQ sur les souches d'entérobactéries ayant acquis une résistance de 1er niveau (résistance à l'acide nalidixique et/ou acide pipémidique). (Accord fort)

▶ Dans le choc septique, en cas d'association avec une bêtalactamine, il faut préférer les aminosides plutôt qu'une FQ y compris chez l'insuffisant rénal. (Accord faible)

▶ Il faut prendre en compte la possibilité d'un *Staphylococcus aureus* résistant à l'oxacilline (SARM) dans les infections sévères associées aux soins (patients hémodialysés chroniques, patients porteurs de plaies chroniques, d'un cathéter de longue durée et chez les patients de long séjour). (Accord fort)

▶ Il faut prendre en compte la possibilité d'un SARM dans les infections sévères chez les patients sortis précédemment de l'hôpital (dans l'année) porteurs de SARM. (Accord fort)

▶ En cas d'absence d'amélioration clinique après 3 jours, pour une infection à SARM dont la CMI est supérieure à 1 mg/l, il faut probablement utiliser une alternative à la vancomycine. (Accord fort).

4. Comment optimiser l'administration de antibiotiques?

- ▶ Devant une suspicion de **pneumonie communautaire sévère**, il faut probablement avant toute antibiothérapie envisager d'autres diagnostics dans un délai maximal de **4 heures** après l'admission, évitant ainsi toute prescription inutile. (Accord faible)

- ▶ Il faut probablement **mesurer la concentration sérique de certaines bêta-lactamines à large spectre en résiduelle** en cas d'administration discontinue ou prolongée ou à l'équilibre en perfusion continue en termes à la fois d'efficacité et de toxicité. (Accord faible)

- ▶ En réanimation, pour le traitement des infections sévères, d'autant plus si les bactéries documentées ont des CMI élevées, il faut probablement **administrer les bêta-lactamines** (céfépime, pipéracilline-tazobactam, méropénème et doripénème) **en perfusion iv allongée sur 3 ou 4 heures**. (Accord fort)

5. Comment réévaluer et diminuer la durée des traitements antibiotiques ?

► Il faut une réévaluation de l'antibiothérapie chez tous les patients de réanimation au plus tard à 48-72h et faire une désescalade en fonction de la situation clinique et des données microbiologiques. (Accord fort)

► Lorsque l'antibiothérapie initiale est adaptée, pour une pneumonie associée à la ventilation chez les patients non immunodéprimés, il faut limiter la durée totale de l'antibiothérapie à 8 jours quelle(s) que soi(en)t la(les) bactérie(s) responsable(s). (Accord faible)

► En dehors de situations cliniques particulières, il faut probablement limiter à 5-7 jours le traitement pour une infection communautaire. (Accord fort)

► En dehors d'une bactériémie à *S. aureus*, ou d'une bactériémie compliquée de métastases infectieuses, il faut probablement limiter à 5-7 jours le traitement d'une bactériémie liée au cathéter si les hémocultures se négativent dans les trois premiers jours du traitement et que le cathéter a été retiré. (Accord fort)

► Il faut probablement mettre en place une concertation pluridisciplinaire afin d'améliorer l'adéquation des antibiothérapies, d'augmenter le taux de désescalade et de limiter leur consommation. (Accord fort)

► Il faut probablement mettre en place des protocoles d'antibiothérapie pour améliorer le pronostic des patients et pour limiter l'émergence de résistances aux antibiotiques. (Accord fort)

Take home messages

- Importance de l'épidémiologie
- Limiter les antibiothérapies indues:
 - Collaboration cliniciens-microbiologistes « labos de pointe »
 - Savoir (parfois) attendre,
 - Ne pas multiplier les associations.
- Éviter les carbapénèmes et les fluoroquinolones
- Réévaluation toujours
- Raccourcir la durée des traitements souvent
- Approche pluridisciplinaire

Merci !

- N'oubliez pas de consulter
- ... puis d'appliquer ces recommandations !

