

Info-antibio N° 77 : septembre 2017

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#)..

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

Recommandations internationales sur la prise en charge des pneumonies acquises à l'hôpital et des pneumonies acquises sous ventilation mécanique. [Voir le document pdf](#)

Ce document est issu de plusieurs sociétés savantes et a été rédigé par une quinzaine d'experts internationaux reconnus. Il est basé sur une analyse de la littérature de type GRADE, exprimées en recommandations (faibles à forte) et qualité de preuve (faible à forte), le tout se focalisant sur 7 interventions/procédures.

Il nécessite une lecture attentive et critique avant d'être mis (éventuellement) en place car une lecture trop rapide pourrait conduire à un excès d'antibiothérapies à très large spectre. En particulier, ce document ne semble concerner que les pneumonies graves nécessitant une admission, ou survenant, en réanimation et non les pneumonies associées aux soins non graves, pouvant être prises en charge dans un service de médecine ou de chirurgie.

Quels prélèvements pour une PAVM ?

Le panel suggère d'effectuer des prélèvements distaux quantitatifs avant antibiothérapie et recommande de faire un prélèvement respiratoire bas (distal quantitatif, proximal quantitatif ou culture qualitative) pour adapter l'antibiothérapie.

Les pneumonies précoces sans FdR de BMR peuvent être traitées avec une ATB empirique à spectre plus étroit selon les auteurs.

Mais, dans les molécules listées, ils citent une monothérapie par ceftriaxone, céfotaxime, lévofloxacine, moxifloxacine, mais aussi l'ertapénème. Or si pour un carbapénème il a un spectre étroit, celui-ci ne l'est pas réellement dans l'absolu et cette molécule doit faire l'objet d'une utilisation particulièrement raisonnée comme les autres carbapénèmes.

Pour les pneumonies avec FdR de BMR, les auteurs recommandent une antibiothérapie probabiliste initiale couvrant *Pseudomonas aeruginosa*, les BLSE, voire selon l'écologie locale, *Acinetobacter spp.* Celui concerne les patients en choc septique, ou pris en charge dans des centres à taux élevé de BMR ou avec d'autres FdR de BMR.

Bithérapie initiale :

Les auteurs recommandent de couvrir les BGN et les SARM chez les patients à risque, puis de continuer en monothérapie selon le résultat des prélèvements. Une bithérapie est à poursuivre pour les BGN multi R (sensibles à 1 ou 2 classes d'ATB), les non fermentant toto-R, ou les carbapénémases.

La **durée de traitement** recommandée est de 7-10 jours hors situation particulière : mucoviscidose, empyème, abcès, pneumonie nécrosante, mais aussi immunodépression (sans en donner de définition), non réponse clinique. Les auteurs suggèrent de ne pas traiter plus de 3 jours les patients avec une faible probabilité de PAVM sans détérioration clinique à 3J du début des symptômes.

L'intérêt des **biomarqueurs** est limité. Les auteurs recommandent une évaluation clinique quotidienne plutôt qu'une utilisation systématique de biomarqueurs.

La place de la **procalcitonine** est, pour les auteurs, couplée à l'évaluation clinique quotidienne et limitée à aider à la réduction de la durée de traitement lorsqu'il pourrait dépasser 7-8 jours, et donc uniquement dans certaines situations : ATB probabiliste inappropriée, immunodéprimé sévère, pathogènes très résistants (EPC, ABRI, *P. aeruginosa*), utilisation d'antibiotiques de réserve (colistine, tigécycline)

Décontamination digestive : les auteurs ne se prononcent pas sur l'utilisation de la chlorhexidine en décontamination orale en raison d'incertitudes sur le rapport bénéfice risque. Il suggère cependant qu'une décontamination orale sélective (mais non digestive sélective) pourrait être utile dans les réanimations ayant une faible prévalence de résistance et une faible consommation antibiotique (< 1000 DDJ/JH. Pour mémoire, la moyenne nationale en Réanimation dans le réseau ATBRAISIN tourne autour de 1400 DDJ/JH)

Commentaire global : il semble nécessaire d'attendre de voir si les sociétés savantes Française de Réanimation et d'Infectiologie, SRLF, SFAR et SPILF, vont valider ces recommandations avant de les appliquer en routine.

Autres documents

SPF: [Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en EHPAD](#)

ECDC: [Increase of Legionnaires' disease in EU travellers returning from Dubai since October 2016](#)

Médecine et
maladies infectieuses



Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](#). ATB rationnelle en soins primaires: [antibioticlic.com](#). ANSM: AMM des ATB, surveillance des effets indésirables. [Site sur les ATB](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILF](#). Sites régionaux d'information sur les ATB : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)