

Info-antibio N° 87: Juin 2019

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...

RFE de la SRLF: [Gestion des abords vasculaires en réanimation](#)

Cette mise au point porte sur la prévention, le diagnostic et le traitement des infections (et complications autres, non résumées ici) des accès vasculaires centraux. Il s'agit presque toujours d'avis d'experts en l'absence d'études permettant une classification « GRADE ». Certaines de ces recommandations, au moins pour le diagnostic et le traitement des infections sur cathéter, semblent pouvoir être applicables dans des services de médecine ou de chirurgie.

Définitions:

La suspicion d'infection sur cathéter (ILC) repose sur un de trois critères suivants:

- 1-Apparition ou augmentation de signes généraux d'inflammation aiguë (fièvre ou dysfonction d'organe) après la pose du cathéter sans autre point d'appel infectieux et sans cause non infectieuse probable.
- 2-Apparition de signes locaux autour du cathéter (cellulite ou rougeur > 0,5 cm de diamètre, tunnelite, écoulement purulent au point de ponction ou abcès).
- 3- Hémoculture positive sans porte d'entrée certaine (sur au moins 2 séries, avec un même antibiogramme pour les commensaux cutanés).

Des signes de gravité sont identifiés: instabilité hémodynamique, neutropénie < 500PNN/mm³, transplantation d'organe solide et autres immunodépresseurs (qu'on imagine sévères), matériel étranger intravasculaire (valve, PM, prothèse vasculaire)...

Le diagnostic positif évolue peu:

- ILC non bactériémique : culture du cathéter > au seuil (10³/ml en méthode de Brun-Buisson) et signes locaux, ou généraux, ces derniers régressant au moins partiellement dans les 48h suivant l'ablation.
- Bactériémie (ou fongémie) liée au cathéter : HC dans les 48h encadrant le retrait du cathéter (ou la suspicion) et, soit présence du même micro-organisme sur une culture de site d'insertion, ou du cathéter (> au seuil), soit des HC KT/périph différentielles (délai >2h) ou quantitatives (ratio>5) en faveur d'une infection de cathéter.
- La persistance d'HC positives après 3j de traitement bien conduit définit une bactériémie (fongémie) persistante.

Explorations:

- En cas d'hémocultures persistantes, il est recommandé (R3.2) un **bilan d'extension** avec écho doppler du vaisseau, imagerie recherchant des embolies septiques et écho cardiaque pour les cathéters posés en cave supérieur (ETT sauf:...). Une **ETO** est suggérée en cas de bactériémie persistante à *S. aureus*, ou entérocoque (R3.3a), et, quel que soit le micro-organisme (R3.3b), chez les patients à risque d'endocardite (hémodialyse, embolies septiques, toxicomanie IV, chambre implantable, dispositif électronique intracardiaque, valve prothétique, antécédent d'endocardite infectieuse et anomalie structurelle cardiaque).

Traitement:

Le panel se prononce pour une ablation du cathéter quasi systématique (dans d'autres services, en l'absence de signes de gravité, et sous réserve d'un suivi attentif et d'une ablation en cas d'échec précoce, un traitement conservateur peut se discuter pour certains micro-organismes avec antibiothérapie systémique et verrou curatif. La SPILF prépare une recommandation sur les verrous antibiotiques).

Traitement probabiliste d'une suspicion d'ILC

En se basant sur des données nationales, issues de réa-RAISIN, il est proposé de couvrir les BGN, dont *Pseudomonas aeruginosa*, et les CGP (R3.11), mais pas *Candida* (R3.12).

Vancomycine, mais pas teicoplanine est proposée en traitement probabiliste, daptomycine, entre autre si choc septique ou insuffisance rénale, (c'est une reco GRADE2+), alors que le linézolide n'est pas recommandé en cas de choc septique (R3.14)

Durées de traitement recommandées

Bactériémies sur cathéter (R3.8 et R3.13))

- Infection non compliquée : 14j pour *S. aureus* et *Candida*, 7j pour les autres pathogènes
Thrombophlébite suppurée : 4 semaines pouvant être prolongées à 6 selon l'évolution.
Autre localisation : durée adaptée au site

Signes généraux d'inflammation sans bactériémie et colonisation de cathéter > seuil (R3.10)

S. aureus, *Candida spp.* ou BGN non-fermentant : 3 à 5j d'ATB

Médecine et
maladies infectieuses



Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](#). Evaluation et sécurité d'emploi des ATB: [ANSM](#). Évaluation des pratiques et RBP : [HAS](#) - [SPILF](#). Sites régionaux d'information sur les ATB : [Grand Est](#) – [Hauts de France](#) – [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#)