



CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

INFECTIOLOGIE et LABORATOIRE

Aurélia Eden SMIT

Le 25/05/2017



Revue de la littérature

- Le conseil en antibiotique via le rendu des hémocultures: tout Bénéf!
- Raccourcit le délai de mise sous ATB
- Diminution de la mortalité/ bactériémie
- Meilleure adaptation antibiotique,
- Diminution durée ATB
- Permet de rencontrer tous les prescripteurs

Impact of an antimicrobial stewardship initiative on time to administration of empirical antibiotic therapy in hospitalized patients with bacteremia. Am J Health Syst Pharm 2017 apr Bias T

Mais en pratique...

- Impose formation préalable du bon prélèvement,
- Impose deux consultations :
- Celle de l'examen direct puis celle de la réévaluation /disponibilité de l'antibiogramme
- La plus importante reste celle de la réévaluation
- et Staff hémoc hebdomadaire: suivi patients

What Is the More Effective Antibiotic Stewardship Intervention: Preprescription Authorization or Postprescription Review With Feedback. Clin Infect Dis.2017 mar Tamma PD.

Rendu des hémocultures

- Chronophage: visite des services concernés, traçabilité de l'avis...
- ...Au final: gain de temps:
- Recrutement éventuel en infectiologie des patients avec HAA positives
- Formation au lit du patient des médecins vus
- Diminution du recours à l'astreinte téléphonique
- Rendus d'autres prélèvements: os, tissus profonds...

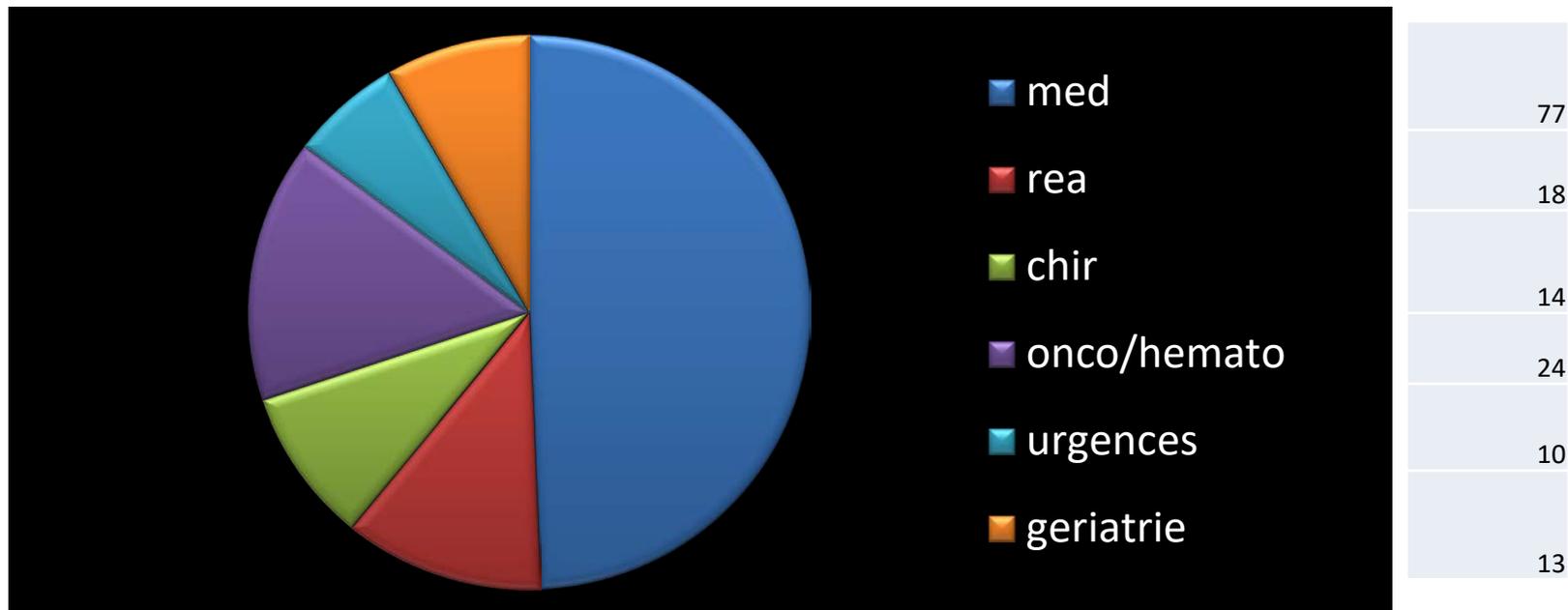
Au CHP

- Rendu des hémocultures (examen direct)
- les jours ouvrables vers midi par équipe de bactériologiste et clinicien au service clinique où patient hospitalisé
- alerte mail chaque jour à 11h: disponibilité de l'antibiogramme : consultation ou avis tel
- Traçabilité de l'avis via dossier informatique: formulaire ou avis: texte libre

2015

évaluation des HAA positives pertinentes sur 3 mois

- =156 patients (environ 50 par mois, soit 1,6 par jour)
- 99 hommes / 57 femmes
- Age moyen : 70,1 ans (20-96) mortalité :18%



Traçabilité de l'avis: examen direct

- 124 avis tracés (**80%**)
- Délai à l'avis = **1,9j** en moyenne
(entre date de prélèvement et trace écrite de l'avis) :70% dans les premières 48h

Patient []
Nom de naiss. []
Né(e) le [07/05/2017] Sexe [M]

RENDU DES HEMOCULTURES

Service []
N° de séjour []

Prélèvement

- BGN
- CGP amas
- CGP chaînette
- BGP
- CGN
- Anaérobie

Date du prélèvement

07/05/2017

Identification germe

SAMS

Nb flacons positifs/Hc totales

8 / 8

Terrain

- Immunodépression
- Diabète
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Dénutrition
- Démence
- Bronchopneumopathie chronique
- Cardiopathie

Poids [61,00] kg
Taille [178,00] cm
IMC [19,30] kg/m²
Créatinine [103]
Date [09/05/2017]
Heure [07:25]

Localisation prélèvement

- Voie veineuse périphérique VVP
- Voie veineuse centrale VVC
- Cathéter artériel
- Cathéter à chambre implantable PAC
- Cathéter central à insertion périphérique PICC LINE

Conseil en antibiothérapie

- Pas de modification
- Modification nature de l'antibiotique
- Modification posologie et voie d'administration
- Initiation de l'antibiotique
- Arrêt de l'antibiotique

Contexte clinique

- Infection urinaire haute
- Pneumopathie
- Méningite
- Endocardite
- Infection sur cathéters
- Péritonite
- Infection ostéoarticulaire
- Infection tissu mous
- Infection tube digestif
- Autres

Autres

veinite sur KT périph
avec ischémique sur thrombose
ETO sans particularité

Proposition thérapeutique

Réévaluation : SAMS, pas d'endocardite donc traitement d'une septicémie à point de départ d'un KT périph: stop zyvoxid pour orbénine 2 g x 3 / jour IV

Suivi

Surveillance de l'efficacité

faire hémoculture de contrôle systématique

Surveillance de la tolérance

allergie

Docteur [] Date avis [10/05/2017]

Traçabilité de la réévaluation/ATBG, HAA+=156 patients, avis=124

Sur formulaire HAA: 13 (pas adapté donc!)

Par autre réévaluation (CRH, observation, avis
tracé infectieux, staff hebdomadaire
réanimation, hématologie):100

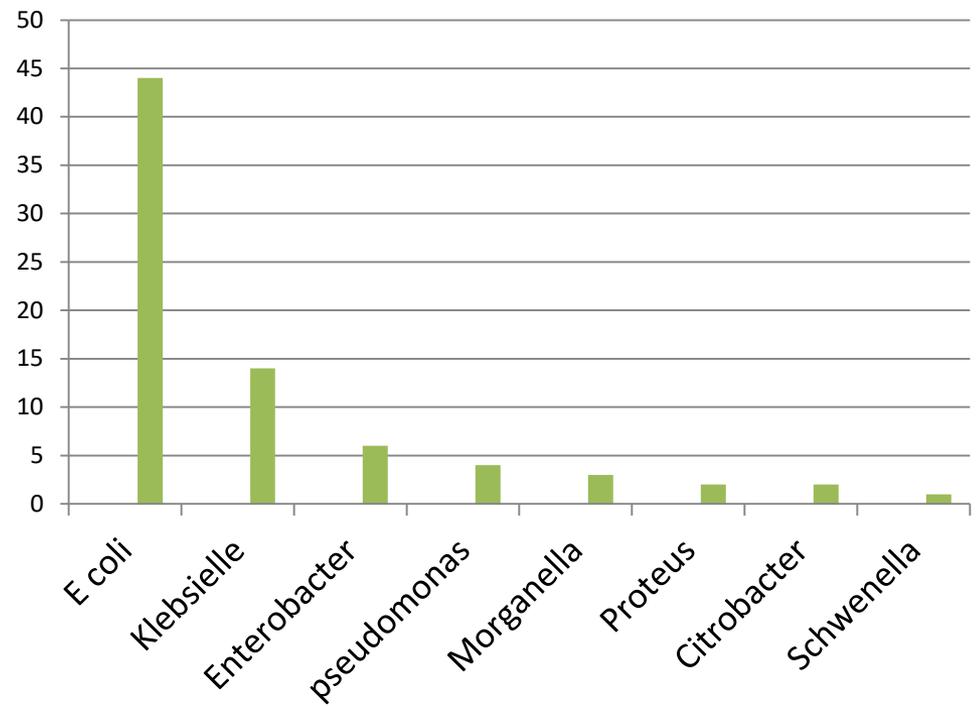
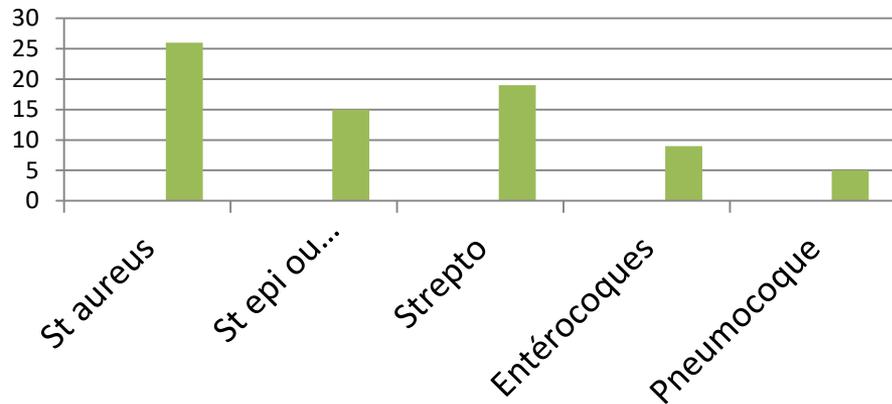
NB : non pertinente dans 29 cas sur 124 = 23%

(décès rapide, premier rendu avec déjà antibiogramme)

Germes

Cocci (74)

BGN (76)



Autres

| | |
|-----------------------------------|----|
| Candida | 2 |
| Bacteroides | 1 |
| Clostridium | 1 |
| Hémocultures positives à 2 germes | 15 |

BMR

| | |
|------------------|-------------|
| -SARM: | 5/26 (19%) |
| -BGN BLSE,Hcase: | 12/79 (16%) |

| | |
|--------------|-----------------|
| BMR : | 25 (16%) |
| Pas de BMR : | 131 (84%) |

Adéquation de l'antibiothérapie

Antibiothérapie adéquate /avis

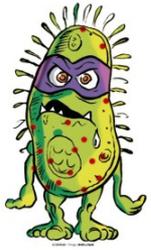
Oui :141 (91%)

Non :12 (8%)

Non renseigné :3

- 12 ATB inadéquate:

- Ça allait mieux avec l'atb inadéquate 2
- Suspicion à posteriori de souillure 1
- Soins palliatifs 3
- Absence totale d'information dans le dossier 5
- Proposition du formulaire non suivi 1



2016: Bactériémies à BLSE

- Toutes Hémocultures + à BLSE: année 2016
- = **41 patients en 2016 (/362 HAA+ BGN) (11%)**
- = 27 hommes/14 femmes, Age moy:71 ans (18-95)
- 2 épisodes d'Infections/HAA + à BLSE = 5 patients
- **22 HAA + dans les 24 heures** après entrée H
- en moyenne 9 jours après l'entrée au CHP
- Mortalité: 11 patients (**26%**), DMS: 29j

HAA+BLSE

Services:

Urgences:16



Réa:18

Porte d'entrée:

-16 communautaires

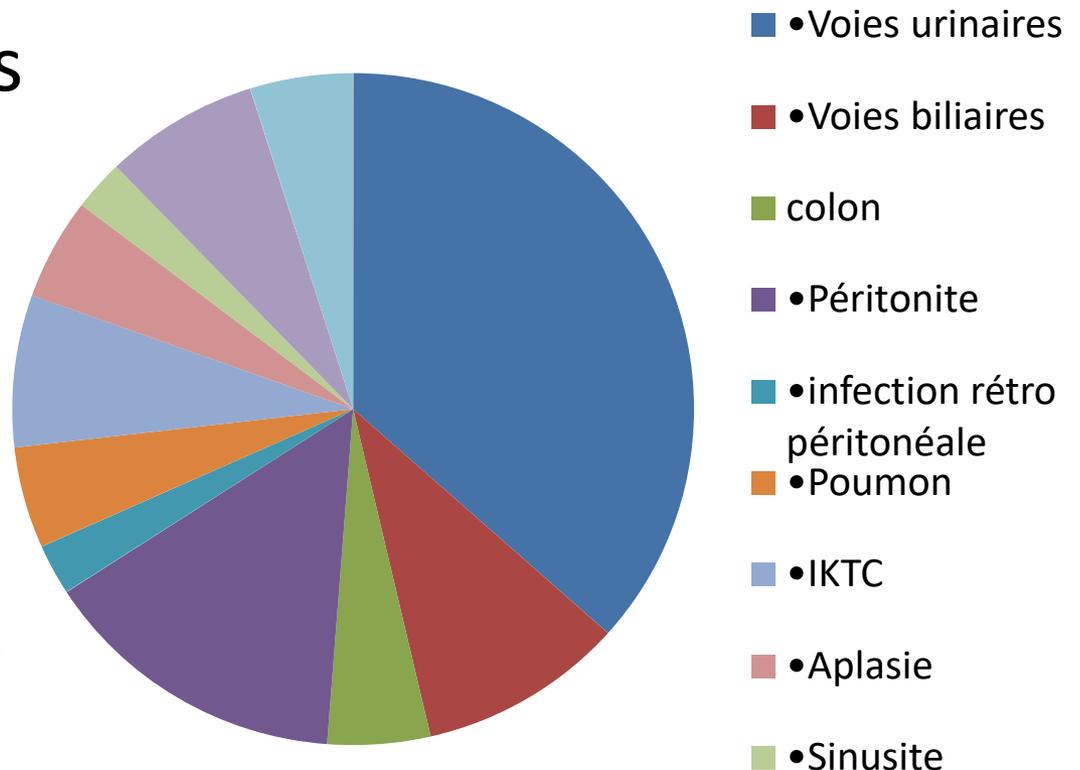
(3 EHPAD)

-25 nosocomiales,

(7 Infections

Post-chirurgicales)

Aucune co-morbidite:2



Germes/ATB

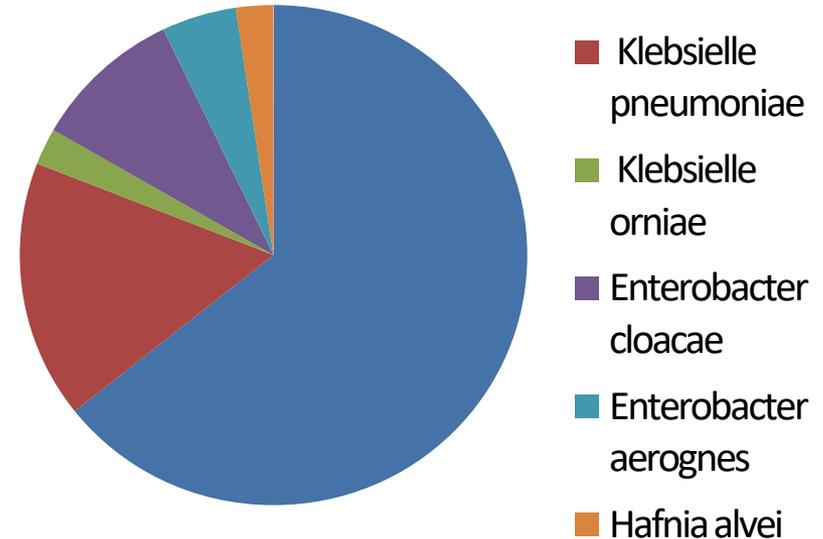
Délai moyen de rendu des ATBG:

2 j (extrême: 0 à 6 jours)

1^{er} ligne adaptée dans 11 /41 cas

(26%)

- Cas particulier : réanimation (18)
(staff SMIT hebdomadaire/ bactério: quotidien)
- Avis SMIT tracé dans 19 cas/23 **(82%)**
dont 16 pour la réévaluation (dont 12 ATB première inadaptée)
- Durée moyenne ATB: **14 j** (extrême à 44j)
- Nombre de ligne ATB moyen: 2 (0 à 4)



41 patients HAA+

28 monothérapies/41 (68%)

Nombre de ligne moyen: 2 (0 à 4)

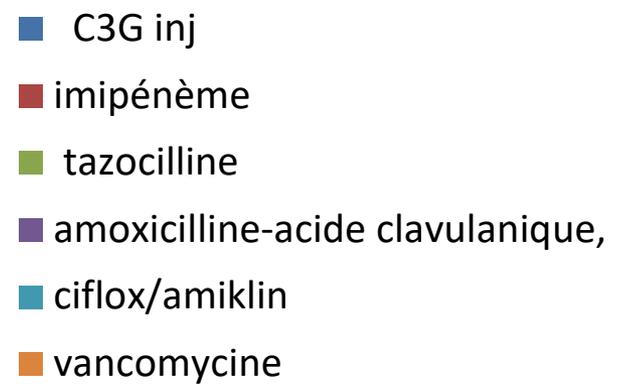
-6 souches /patients sensible à amikacine sans autre alternative

-16 souches sensibles Fluoroquinolones

-12 souches sensibles Cotrimoxazole

-Soit 28 souches/41 (68%) où relai vers ATB per os possible

-Allergie bêtalactamine: tracées dans 2 cas



Enfin à l'heure du bon usage...

- Rendu HAA = rendu info ATB!

Info-antibio N°73: mars 2017

Lettre mensuelle 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 recommandations initiales.

Propositions de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes

Extrait d'un document rédigé par le Groupe Recommandations de la SPILF et basé sur la littérature récente. Il propose des durées d'antibiothérapie raccourcies pour les situations simples, en particulier en choisissant la borne basse de la fourchette lorsque des intervalles sont proposés dans les recommandations initiales.

Document intégral, en PDF et en anglais, pour les abonnés à MMI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>

Infections respiratoires hautes

- 5 jours: - Otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant à partir de l'âge de 2 ans, non récidivantes, sans otorrhée
- Sinusite maxillaire de l'adulte
- 6 jours: Angine à Streptocoque du groupe A traitée par amoxicilline
- 10 jours: - OMA de l'enfant < 2 ans, ou récidivante, ou avec otorrhée
- Sinusite maxillaire de l'enfant
- Sinusite frontale

Infections respiratoires basses.

- 5 jours: - Exacerbations de BPCO
 - Pneumonies communautaires de l'enfant
 - 7 jours: Pneumonies communautaires de l'adulte.
- Une évolution clinique et/ou biologique favorable pourrait permettre de réduire la durée de traitement (3-5 jours), cependant les données de la littérature restent encore insuffisantes. Des études sont en cours.

Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)

- 5 jours: BLC à staphylocoque coagulase négative, après retrait du cathéter
 - 7 jours: BLC à streptocoques, entérocoques et BGN, après retrait du cathéter
 - 10 jours (+ verrou local antibiotique): BLC si cathéter laissé en place, SAUF *S. aureus*
 - 14 jours: BLC à *S. aureus*, après retrait du cathéter
 - 21 jours: thrombophlébite suppurée
- Si localisation 2ndaire ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée
- Bactériémies primaires non compliquées.

Infections intra-abdominales (IIA):

- 24 heures: - Perforation digestive opérée,
 - Appendicite opérée non perforée,
 - Cholécystite opérée dans les 24 heures, non compliquée
 - 3 jours: - Péritonite communautaire localisée opérée ou drainée*
 - Angiocholite drainée
 - Diarrhée aiguë nécessitant une antibiothérapie
 - 4 jours: Péritonite communautaire généralisée opérée ou drainée*
 - 5 jours: - Infection de liquide d'ascite, communautaire
 - Fièvre typhoïde (si azithromycine)
 - 8 jours: - Péritonites postopératoires si le traitement antibiotique probabiliste est actif sur les germes isolés en peropératoire
 - 10 jours: Infection à *Clostridium difficile* toxigène
- * contrôle de la source de l'infection

Infections urinaires

- 1 jour (dose unique): cystite aiguë simple (fosfomycine trométamol)
- 3 jours: cystite aiguë sur sonde urinaire
- 5 jours: - cystite aiguë simple (pivmécillinaam ou nitrofurantoinne)
- cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
- 7 jours: - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (antibiotique autre que cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
- pyélonéphrite aiguë (fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)
- 10 jours: pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-

re masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
 ée aux soins
 s et infections sexuellement transmises.
 cervicite (ceftriaxone 500 mg IM + azithromycine 1

ales hautes non compliquées (alternative :
 ie unique + azithromycine per os 1g 2 prises à 7

tales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens,

es

rothétique ostéo-articulaire (la prise en charge
 scuter avec le centre de référence des infections
 es)
 atériel d'ostéosynthèse)
 diabétique sans prise en charge chirurgicale

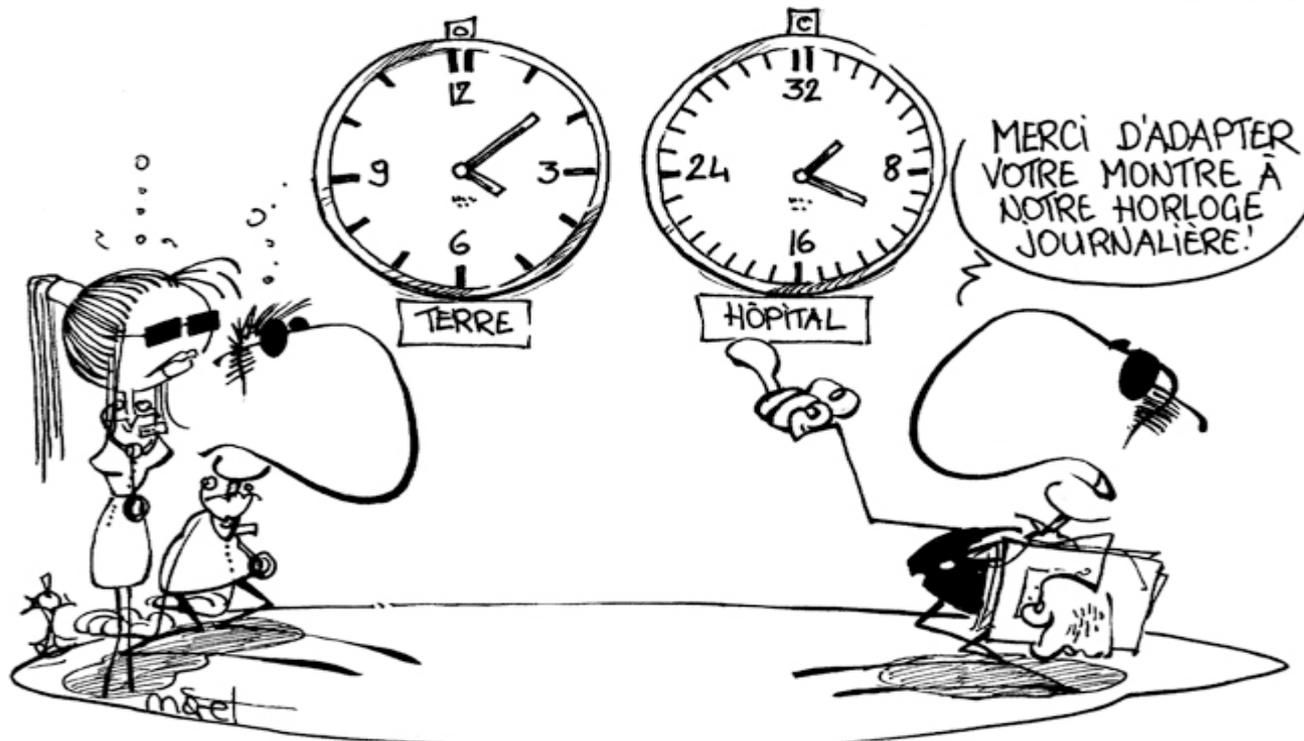
ocumentation clinique et microbiologique
 signes de gravité

le
 puis 48 heures
 : de 48h en milieu hospitalier si persistance de la
 édiate de l'antibiothérapie si reprise de la fièvre)
 1 microbiologique*
 plus de 4 jours
 microbiologique
 es signes cliniques d'infection
 ter au pathogène isolé et au foyer éventuel

ation des antibiotiques

soins primaires: antibiocliv.com, ANSM :
 u Ministère de la Santé. Évaluation des
 rrairie - Nord Pas de Calais - Pays de la Loire

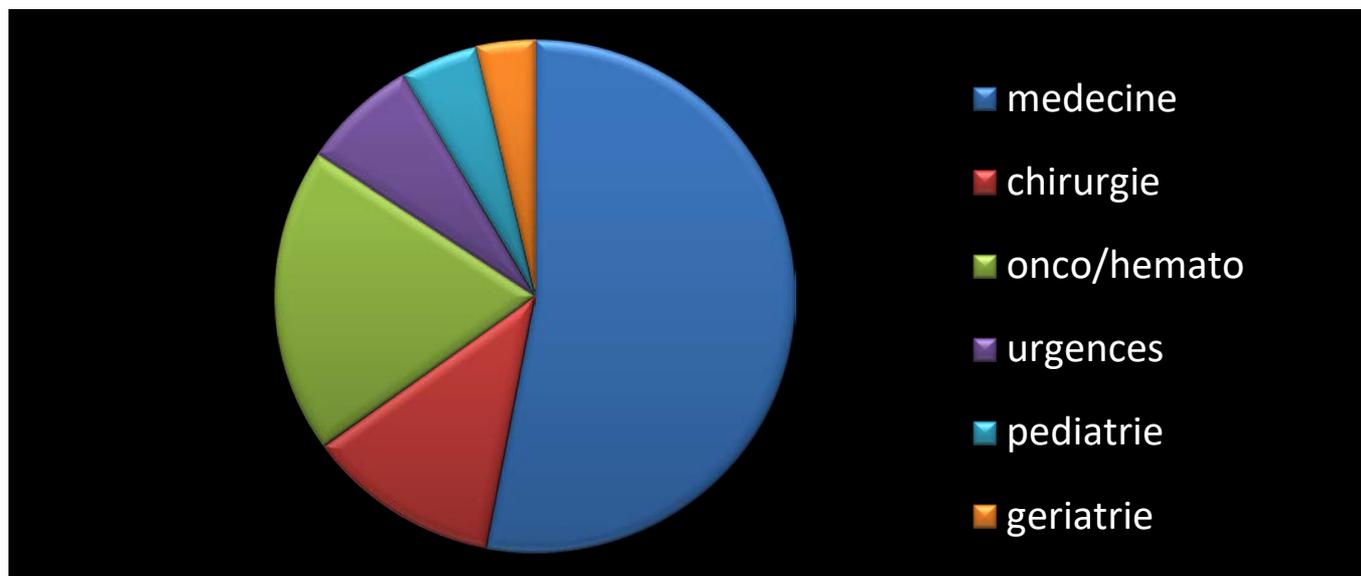
été de Pathologie Infectieuse de Langue
 idari.



2017: quid de la durée des ATB?



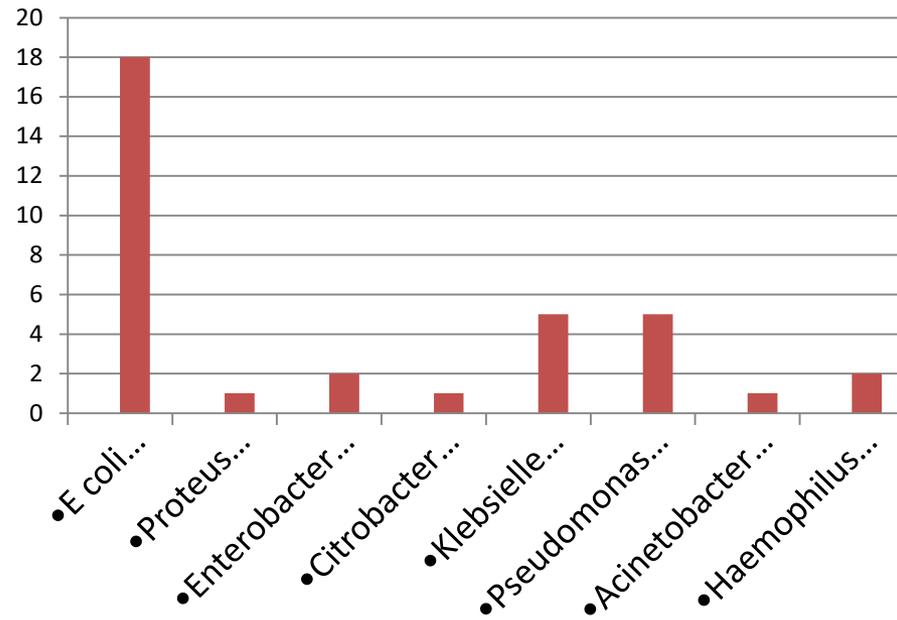
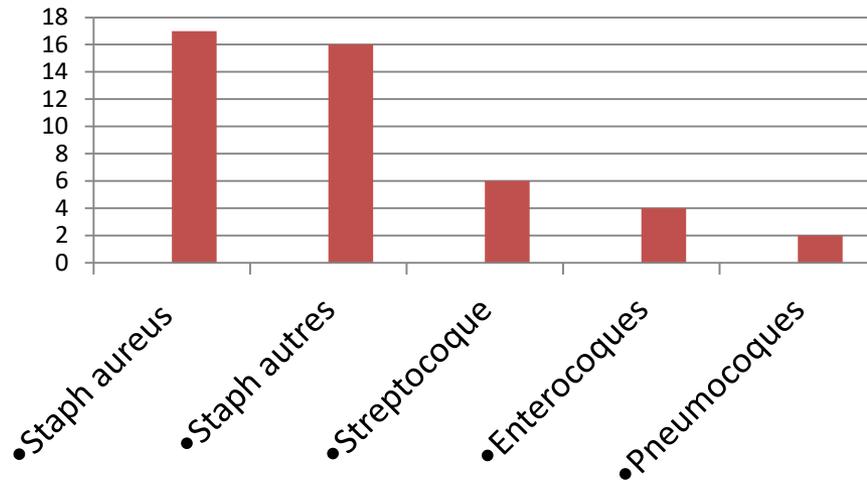
- Evaluation de tous les formulaires HAA/3 mois
- =**83** patients avec HAA positives/120 HAA +
- 53 hommes, 30 femmes, Age moy= 67 ans (1-97)
- Mortalité : 10 décès (12%)



Germes

-
- *CGP (45)*

BGN (35)



Autres Candida albicans:2 Branhamella:1

BMR: SARM/SA: 2/17

BGN BMR: 3/35

Réévaluation des ATB sur 83 patients

- Non fait dans 10 cas (dont 5 décès<10 jours,
2 transferts<24h)
- Fait pour 73 patients restants (**87%**) :
- Durée proposée tracée pour 54 patients (**73%**)
- **Toujours suivi**
- durée moyenne ATB=19jours,
- extrêmes (0-90 jours)
- 5 patients HAA positives: pas d'ATB de débuté
- 10 patients transfert Maladies infectieuses

Diagnostic clinique vs durée ATB

- IKTC/PAC:13 (5-30 jours)
- Pyélo/prostatite:11 (10-15j)
- Colite/angiocholite:8 (10-21j)
- Infection liquide ascite:4 (7-10j)
- Peau:3 (10-15j)
- IOA/spondylodiscite:12 (30-90 j)
- Aplasie febrile:4 durée souvent non renseignée
- Pneumopathies:5 (5-25j)

Si le couple infectiologue bactériologiste vous tente....



- Sachez que vous serez les bienvenus!!
- Mise en place d'un guide de prescription de l'antibiothérapie en fonction de l'examen direct/HAA (avec couple avec le pharmacien local!?)
- Faire la réévaluation clinique à la réception de l'antibiogramme pour consultation téléphonique ou physique avec durée à renseigner

Vous commencez quand?

Mais vos questions sont les
bienvenues aussi!!