

FMC Dinan

association indépendante de formation et information médicale

FMC Dinan Antibiothérapie 2014:

22 mai 2014

- Rappel règles de Bon Usage ATB
- Focus sur certaines situations:
 - Pré test
 - Infections respiratoires hautes
 - Pneumopathies communautaires
 - Un mot sur Infections urinaires communautaires
 - Discussion

Bon Usage des Antibiotiques en 2014

Bon Usage des ATB:

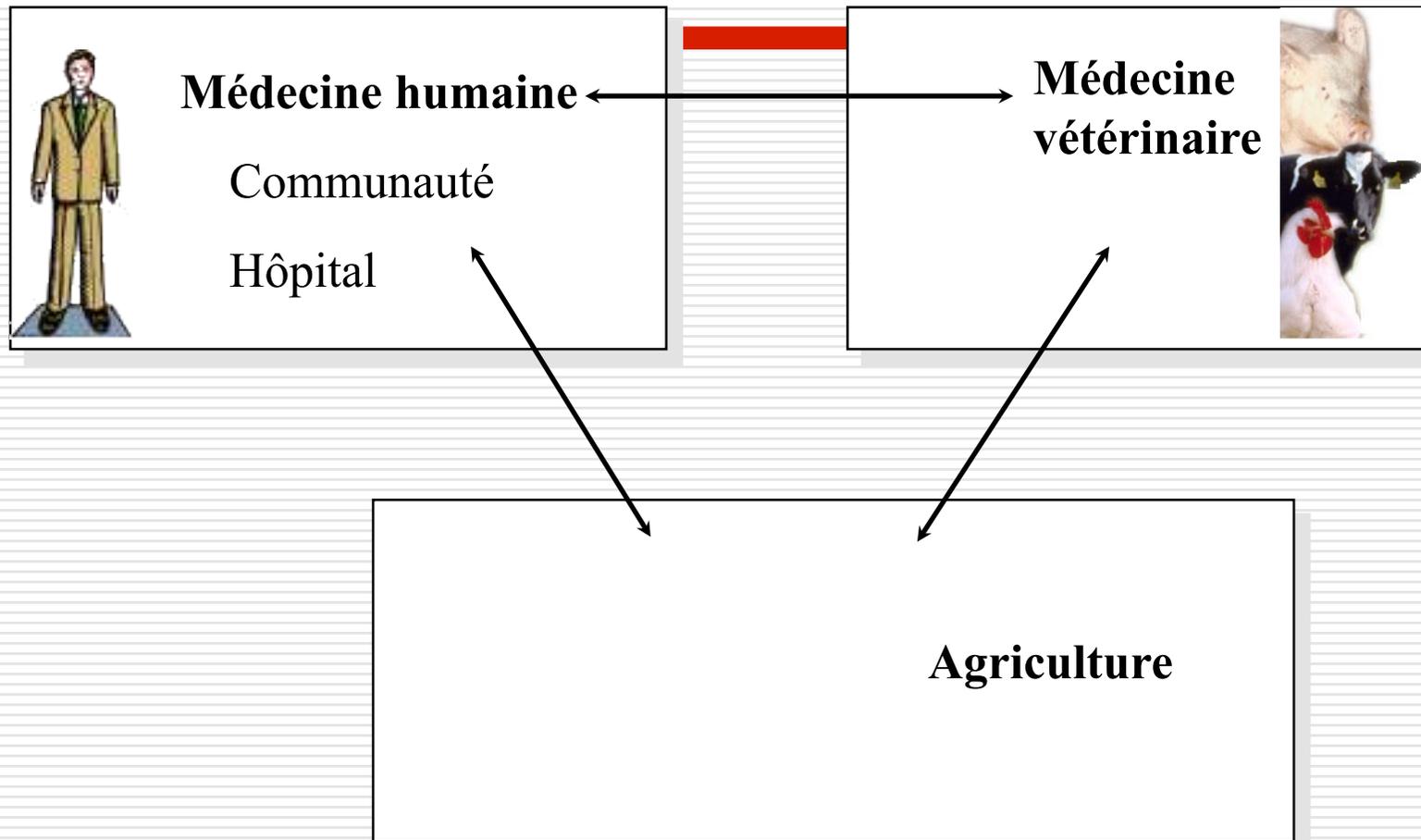
- Pourquoi s'inquiéter?
- Evolution des agents pathogènes?
- Evolution des agents anti-infectieux?

- Consommation et écologie locale
- Importance des règles de BU dont la réévaluation

Pourquoi s'en faire?

- ❑ Antibiotiques, une classe à part car:
 - ❑ Le plus de prescripteurs
 - ❑ Le plus grand nombre de prescriptions
 - ❑ Le plus grand nombre de patients traités
 - ❑ Le plus grand nombre de molécules ou de combinaisons
- Efficacité pharmacologique inconstante pour une cible identique (la bactérie): variable selon
 - ❑ l'époque
 - ❑ le site infecté
 - ❑ la localisation géographique
- Impact écologique
 - ❑ mise en danger de la communauté

Utilisation des antibiotiques

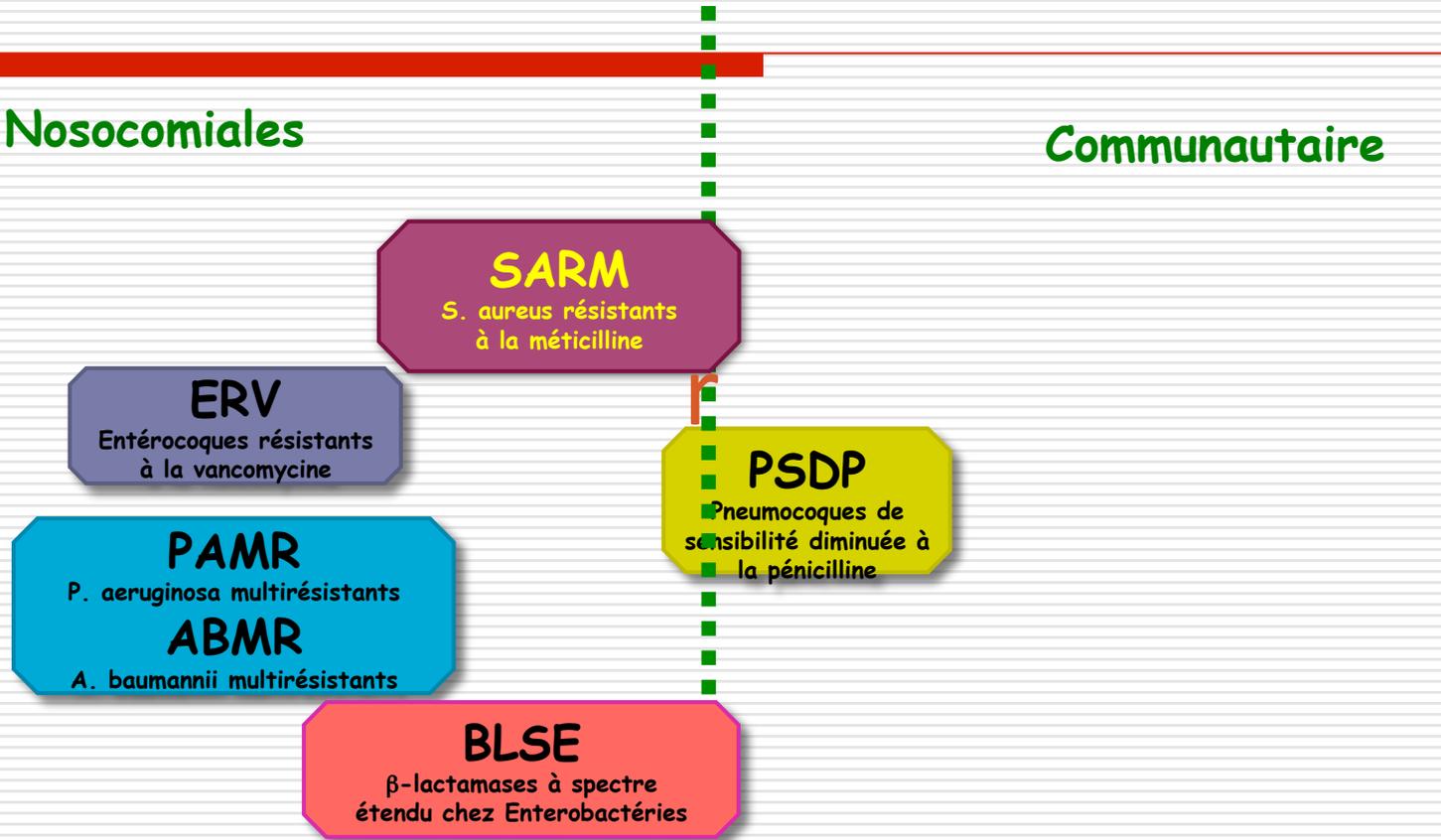


Hier

Bactéries multirésistantes

Nosocomiales

Communautaire

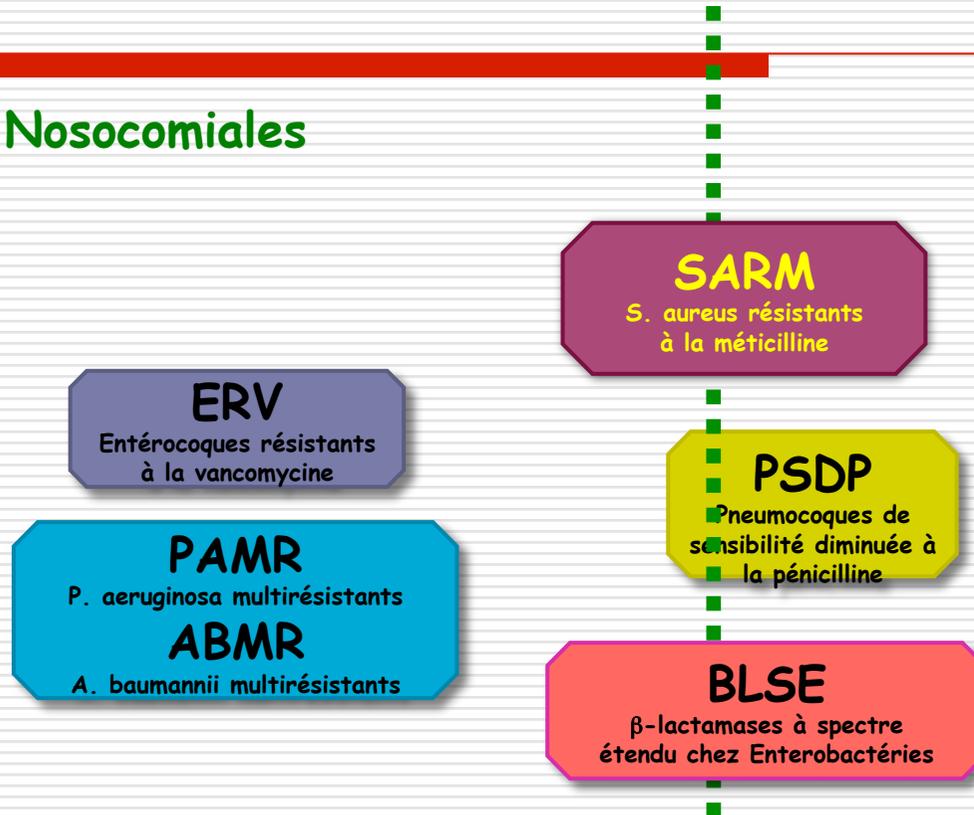


Aujourd' hui

Bactéries multirésistantes

Nosocomiales

Communautaires



Global Spread of Carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*

Patrice Nordmann, Thierry Naas, and Laurent Poirel

Entérobactéries et Carbapénémases

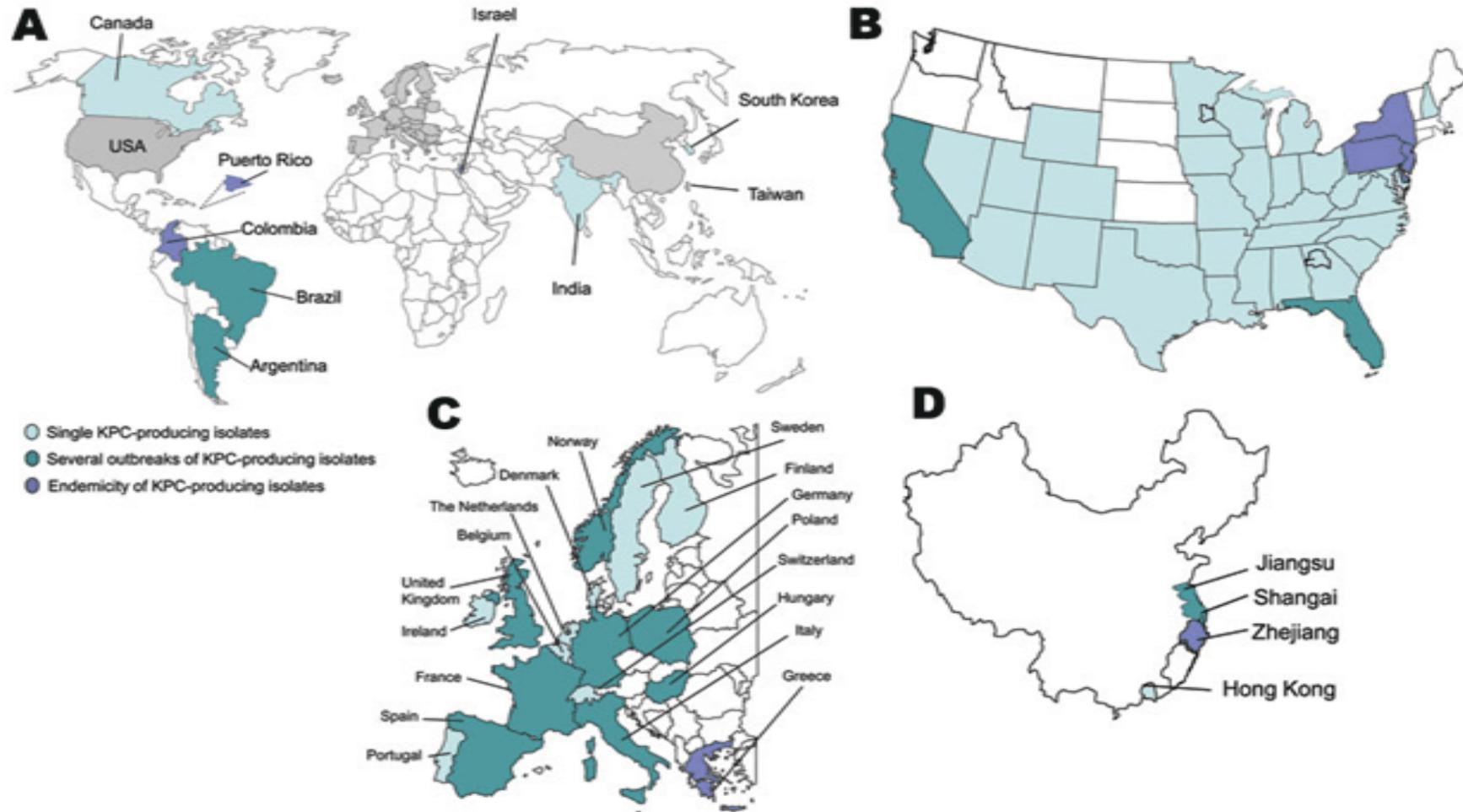
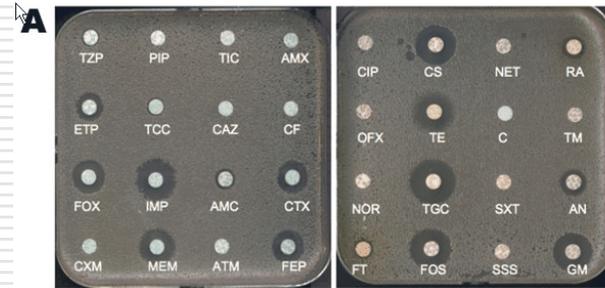
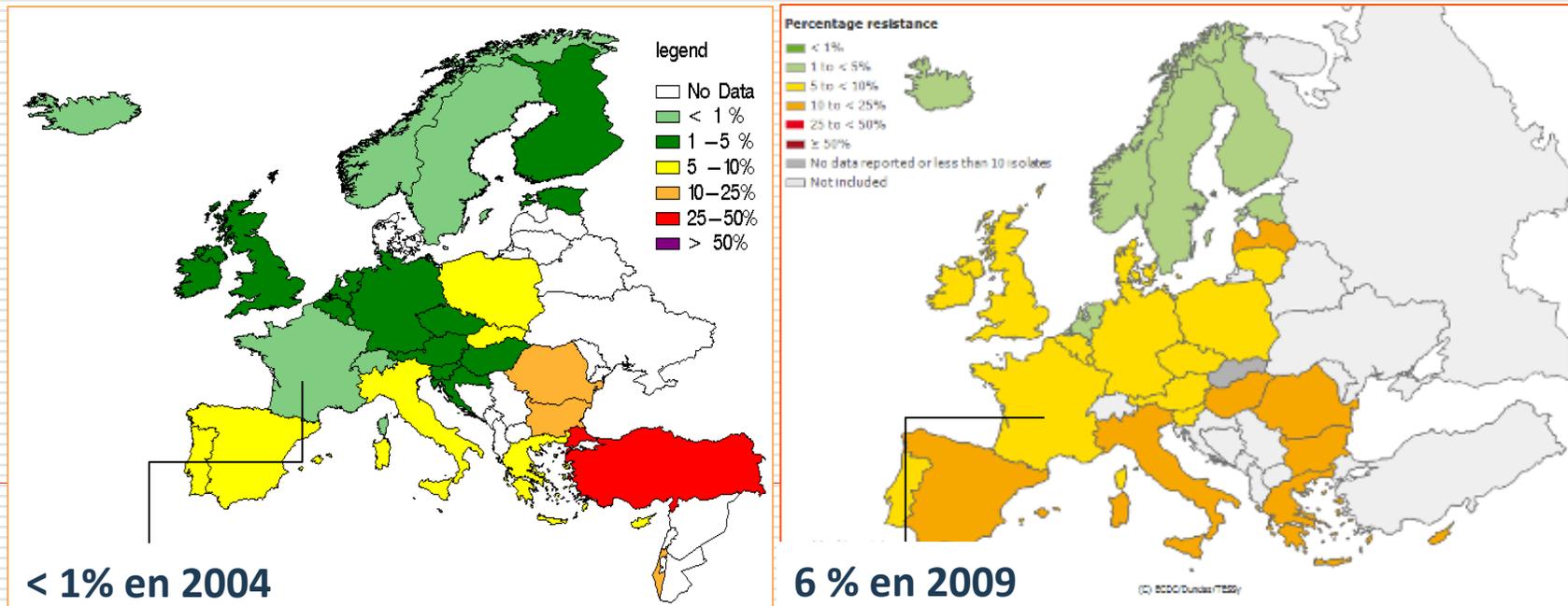


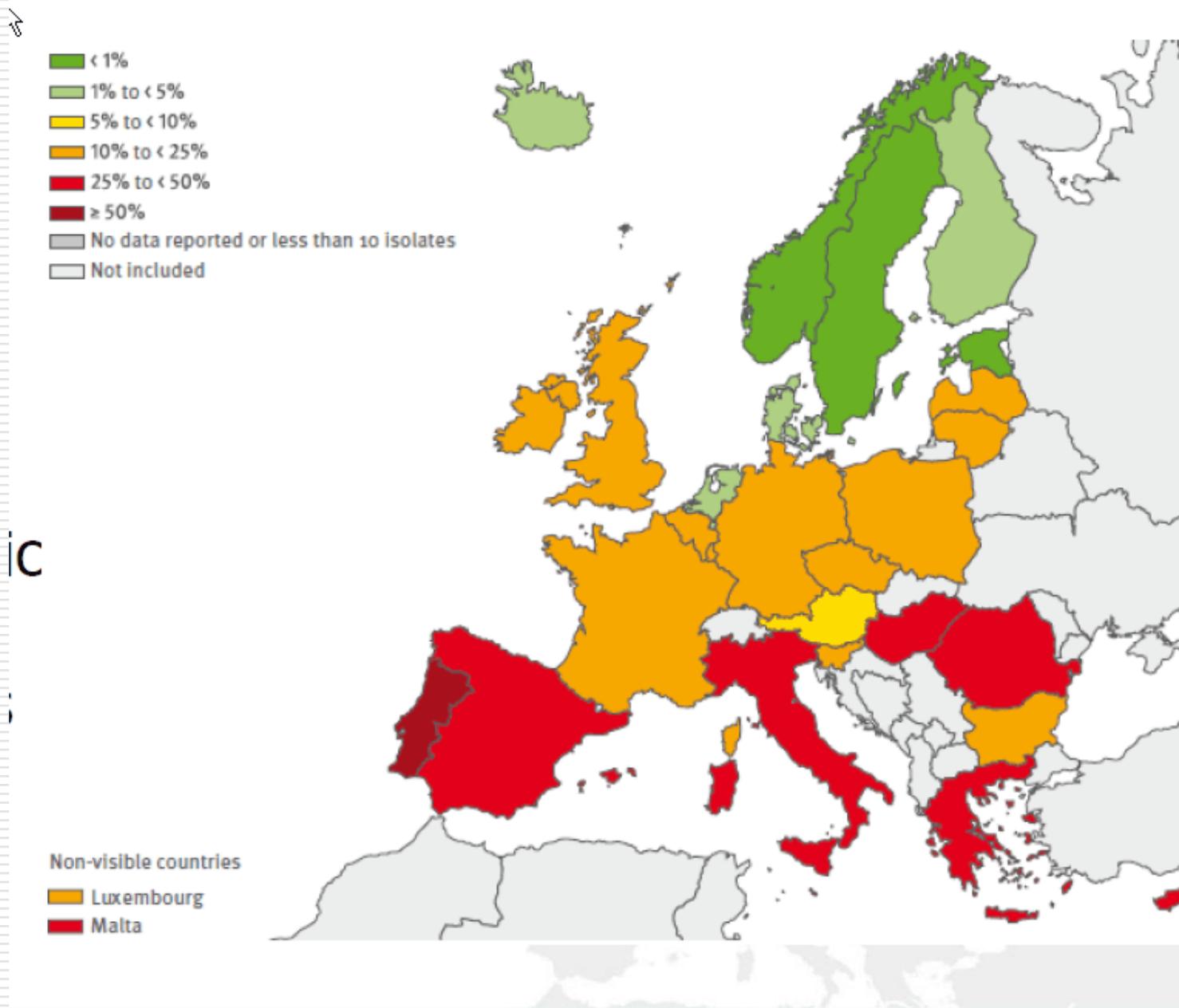
Figure 1. A) Worldwide geographic distribution of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC)

De plus en plus de résistances

- ❑ Méningocoque/péni G: 22%
- ❑ SARM: 24%
- ❑ Pneumocoque/péni G: 30%
- ❑ E. coli résistant aux C3G



SAMR 2010 Europe

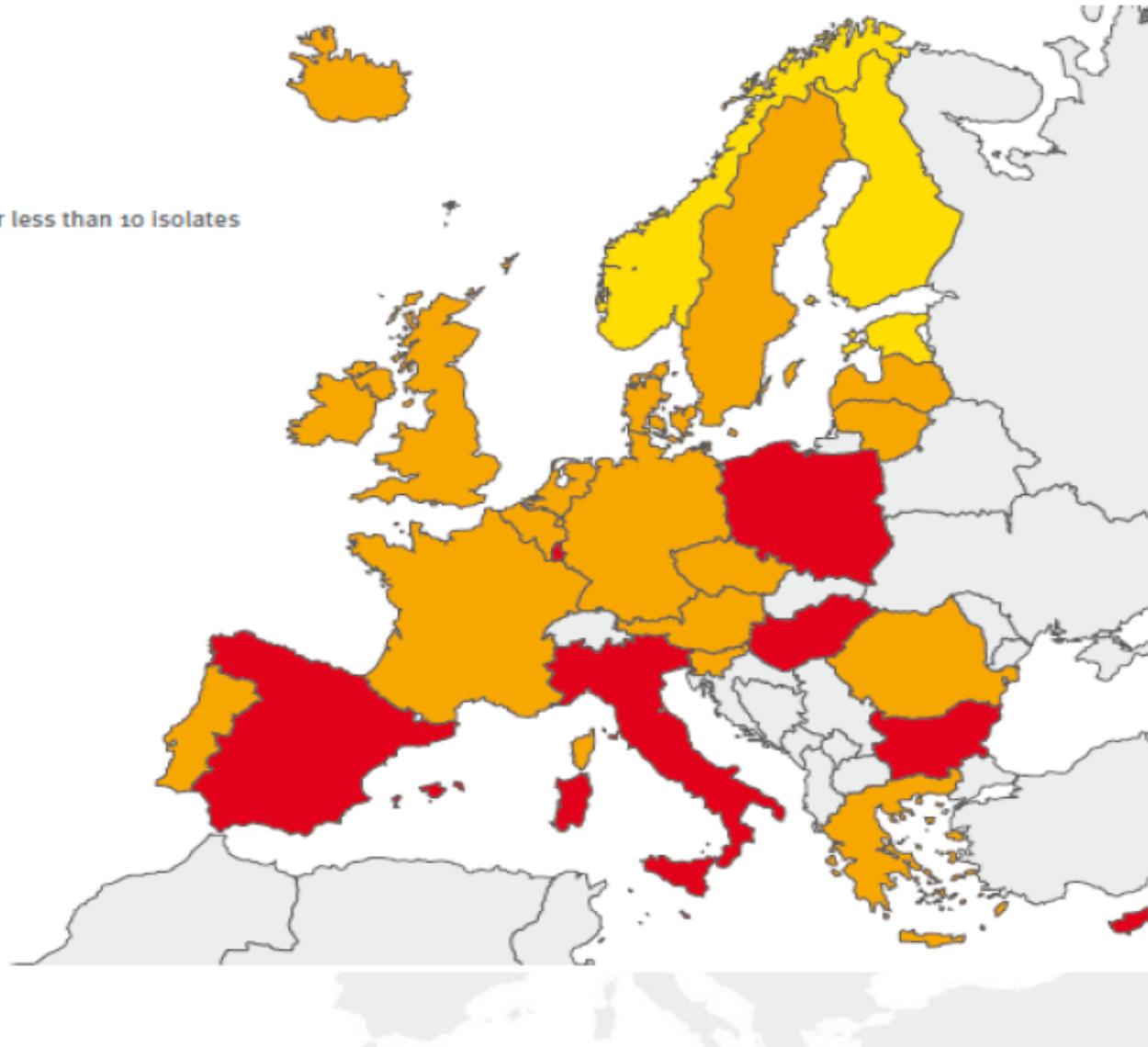


E. coli: R quinolones 2010



Non-visible countries

- Luxembourg
- Malta



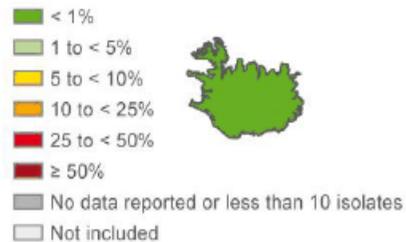
Klebsiella pneumoniae - Combined resistance*, 2010

Resistance combinée:

Céphalosporines + Fluoroquinolones + aminosides

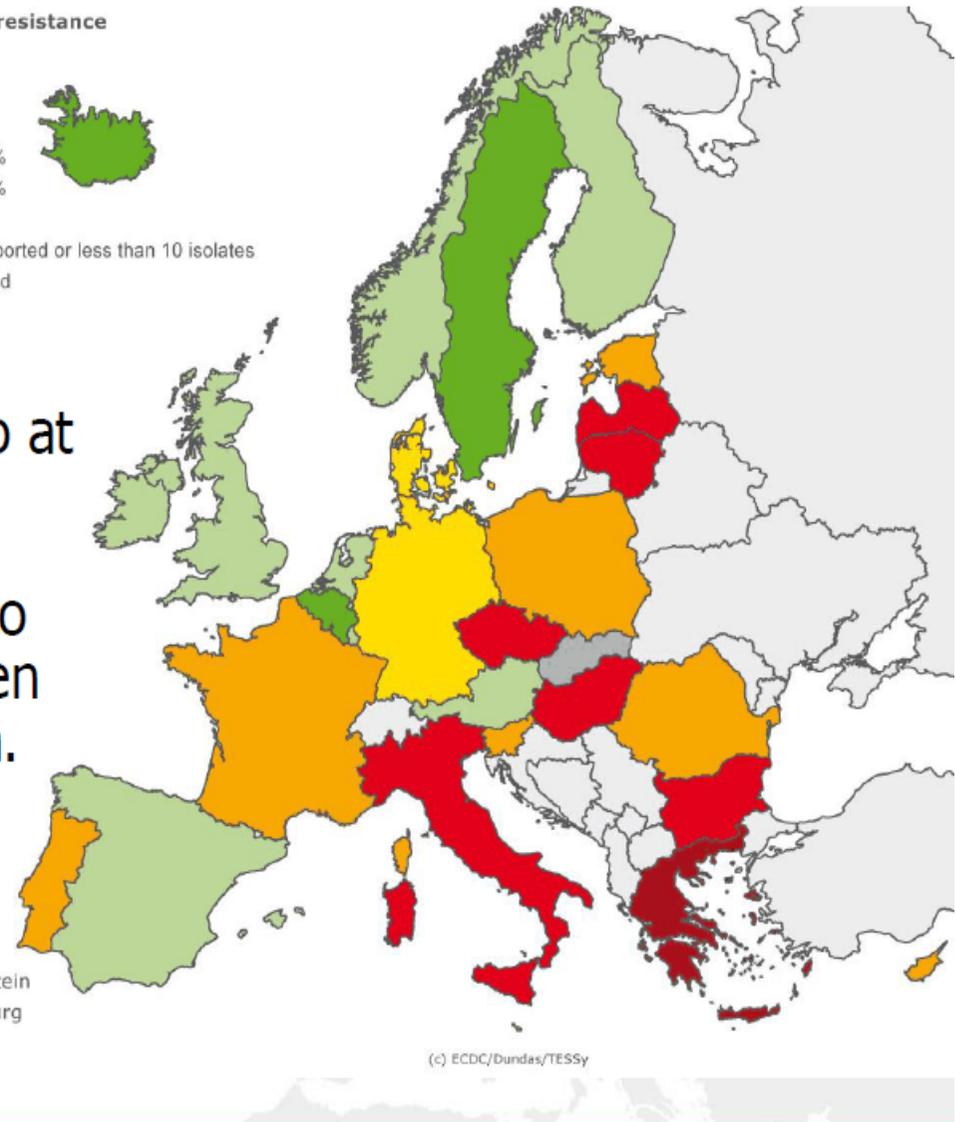
- 35% of the isolates were resistant to at least one of the antimicrobials
- 19% of the isolates were resistant to all three antimicrobials. This was even the most frequent resistance pattern.
- Combined resistance leaves few treatment options - carbapenems

Percentage resistance



Legend for specific countries:

- Liechtenstein
- Luxembourg
- Malta



L' inquiétude version



SAUVONS NOS ANTIBIOTIQUES

Sauvons nos antibiotiques

🇬🇧 Anglais

Mon identifiant

Mon mot de passe



[Mot de passe perdu](#)

Créer un compte

RECHERCHE



But

Acteurs

Actions

Évènements

Contact

À télécharger

Thèmes

Colloque du 24 juin

Commentaires d'articles

L'antibiorésistance : prise de conscience du problème par le monde politique

La Presse

Le groupe ALLIANCE

Les Instances Européennes

Médecine Vétérinaire

Sauvons les antibiotiques

Alliance contre le développement des bactéries multi-résistantes (AC de BMR) 20/04/2011

Les antibiotiques actuels sont menacés d'inactivité du fait de la résistance croissante des bactéries. Les nouveaux antibiotiques sont en nombre décroissant.

Les antibiotiques doivent être considérés comme une classe à part car leur cible est le « vivant » et leur maniement complexe doit être professionnalisé.

Le développement, l'emploi facilité, et le remboursement de tests diagnostiques fiables et rapides, visant à éliminer ou prouver une infection bactérienne, est indispensable pour éviter la prescription inutile d'antibiotiques.

La mise en place obligatoire d'équipes hospitalières d'infectiologie/hygiène, comprenant un/des référent(s) antibiotiques ayant une formation en microbiologie clinique, responsable de toute prescription antibiotique est indispensable pour le bon usage des antibiotiques (motifs de la prescription, prescription en CDI, mention des doses unitaires, schémas d'administrations, durées de traitement, ré-évaluation).

L'utilisation des outils informatiques doit être une aide incontournable (systèmes d'alertes et de blocage à différents niveaux de la prescription/délivrance des antibiotiques)

Groupes de réflexion/décision transdisciplinaires pour projets de recherche sur la résistance (épidémiologie, physiopathologie...) avec financements publics et privés

Aide au développement rapide, et à la mise sur le marché simplifiée de nouveaux antibiotiques : études comparatives de supériorité choisies, soutenues et financées par les pouvoirs publics au niveau européen ou mondial

Attribution, pour les antibiotiques très innovants, et actifs sur les BMR de prix appropriés (type médicaments orphelins)

Fournir régulièrement aux professionnels de santé et aux usagers du système de santé des informations simples sur la résistance et la consommation des antibiotiques, comparée à celle des pays européens.

Les antibiotiques ne doivent pas être utilisés comme facteurs de croissance, chez l'animal. Des règles de bon usage doivent être édictées concernant l'emploi des antibiotiques de chez les animaux d'élevages, poissons y compris

La diffusion de la résistance bactérienne est mondiale ; tout patient venant de l'étranger admis dans toutes structures de soins doit être isolé et prélevé à la recherche d'une colonisation à BMR

L' inquiétude version



Save Antibiotics August Newsletter (2012)

What's in your Lunchbox? & Senators Call for FDA Action

Aug 31, 2012 | [Pew Campaign on Human Health and Industrial Farming](#)

Below is your August 2012 newsletter from [the Pew Campaign on Human Health and Industrial Farming](#). This edition features a video of Supermoms visiting Capitol Hill, a new report on misleading meat labels, action from senators, and more.

What's In Your Lunchbox?

As August draws to a close and kids head back to school, many of us are faced with the daily task of packing a lunchbox. Unfortunately, because of confusing labeling practices by the meat industry, it is not as simple as you would think choosing turkey or bologna to make your child's sandwich.

A [Consumer Reports investigation](#) recently uncovered numerous confusing and unverified labels indicating that no antibiotics were used in meat and poultry production. In response to these criticisms, [the U.S. Department of Agriculture has said](#) (PDF) that the Food Safety and Inspection Service (FSIS) is committed to reviewing labels on meat packages, so that consumers can make thoughtful and informed meat product purchases.

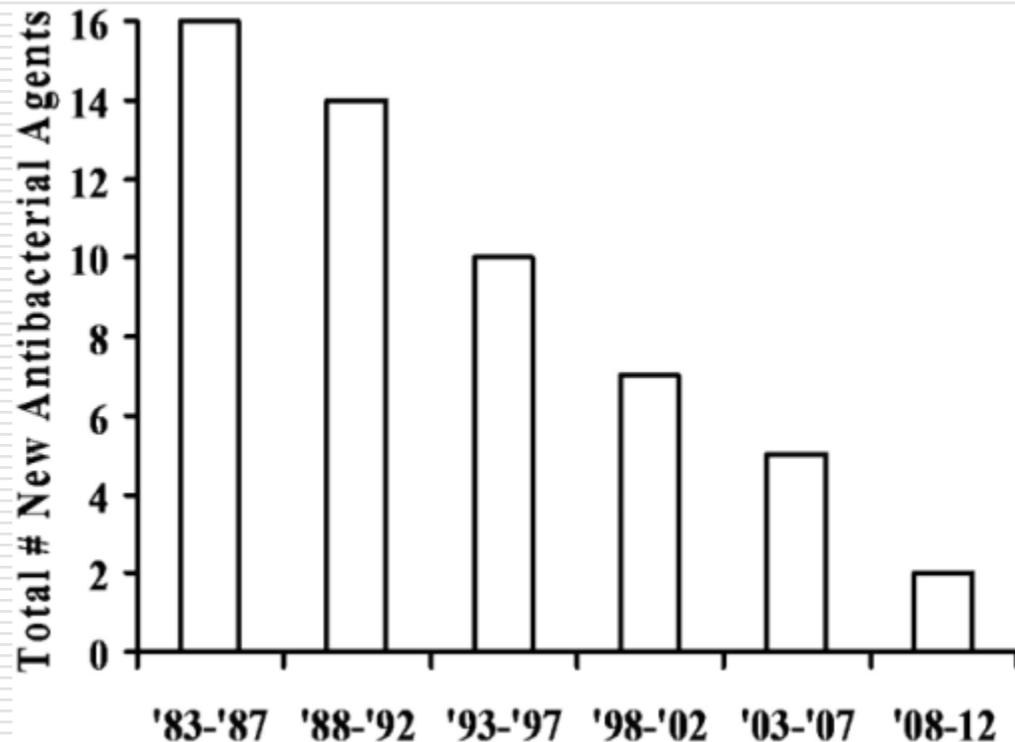
Learn which labels are trustworthy, and which are meaningless, in a [helpful chart](#).



De moins en moins de nouveaux antibiotiques

□ ATB systémiques autorisés par la FDA

- 2009: 506 phase II et III
 - 6 antibiotiques
 - 67 oncologie
 - 33 inflammation et douleur
 - 34 maladies métaboliques
- pourquoi ?
 - Maladies chroniques = TT long
 - Plus rentable que 10j d' ATB



2010: Cas importés



Secrétariat d'état à la santé

Direction générale de la santé
Personnes chargées du dossier :
Sous-direction de la prévention des
risques infectieux
Dr Philippe GARNIER
tél : 01 40 56 50 06
mail : philippe.garnier@sante.gouv.fr

Département des urgences sanitaires
Dr Jacques CHEMARDIN
Tél / 01.40.56.50.91
Mail : jacques.chemardin@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la qualité et du
fonctionnement des établissements de
santé

Le directeur général de la santé

La directrice générale de l'offre de soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de
santé
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements de santé (pour
attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs
des laboratoires de microbiologie (pour
attribution)

CIRCULAIRE N°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC)

Date d'application : immédiate
NOR : ETSP1031198C
Classement thématique : Protection sanitaire
Validée par le CNP le 3 décembre 2010 - Visa CNP 2010-284

2014: Cas « croisés »



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention des risques infectieux

Bureau des risques infectieux, risques émergents et de la politique vaccinale

Personne chargée du dossier :

Dr Arlette Delbosc

mél. : arlette.delbosc@sante.gouv.fr

Direction générale de l'organisation des Soins

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Personne chargée du dossier :

Me Sophie Alleaume

mél. : sophie.alleaume@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé (pour mise en œuvre et
diffusion)

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements
de santé (pour mise en œuvre)

**INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux
recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement
résistantes aux antibiotiques émergentes**

NOR : AFSH1401054J

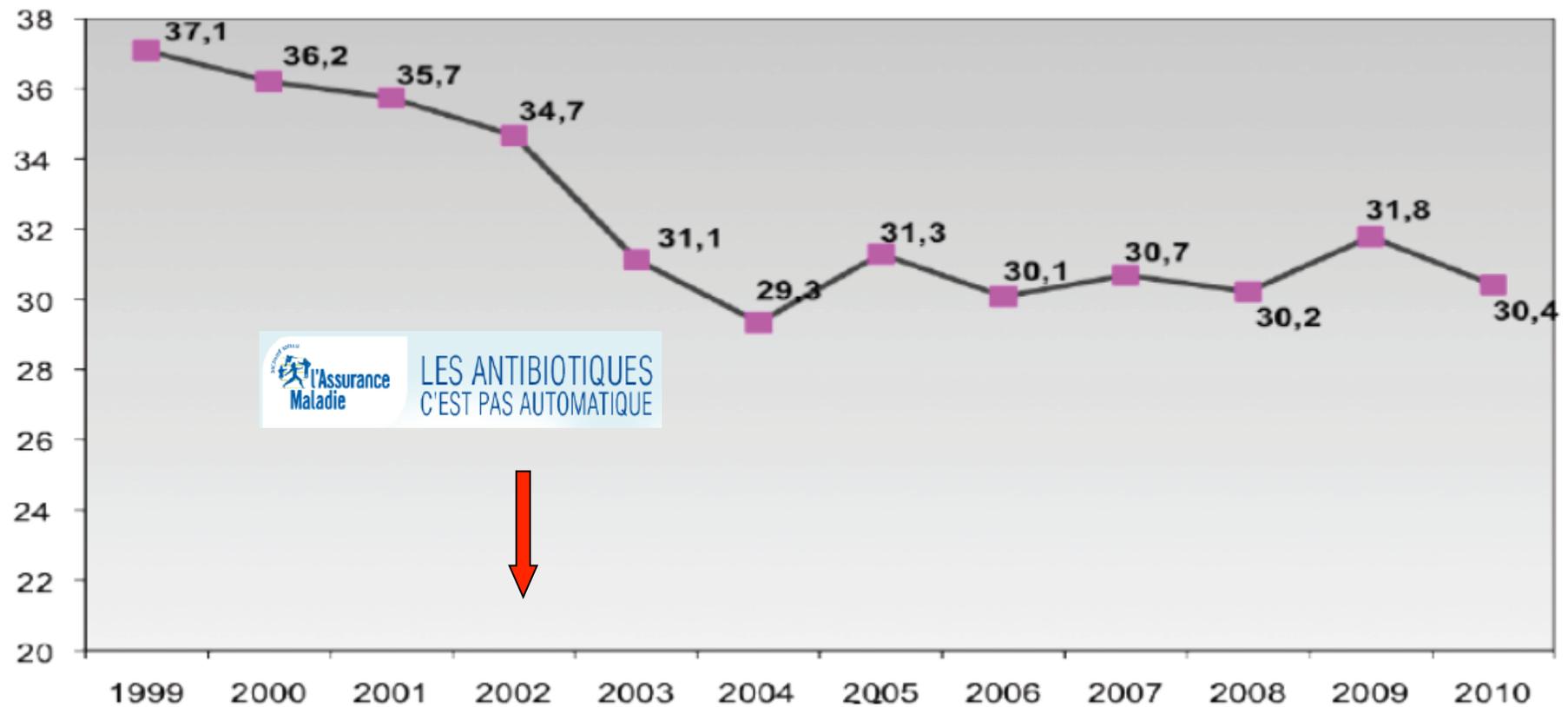
Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 10 janvier 2014 - Visa CNP 2014-06

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre
des dispositions dont il s'agit.

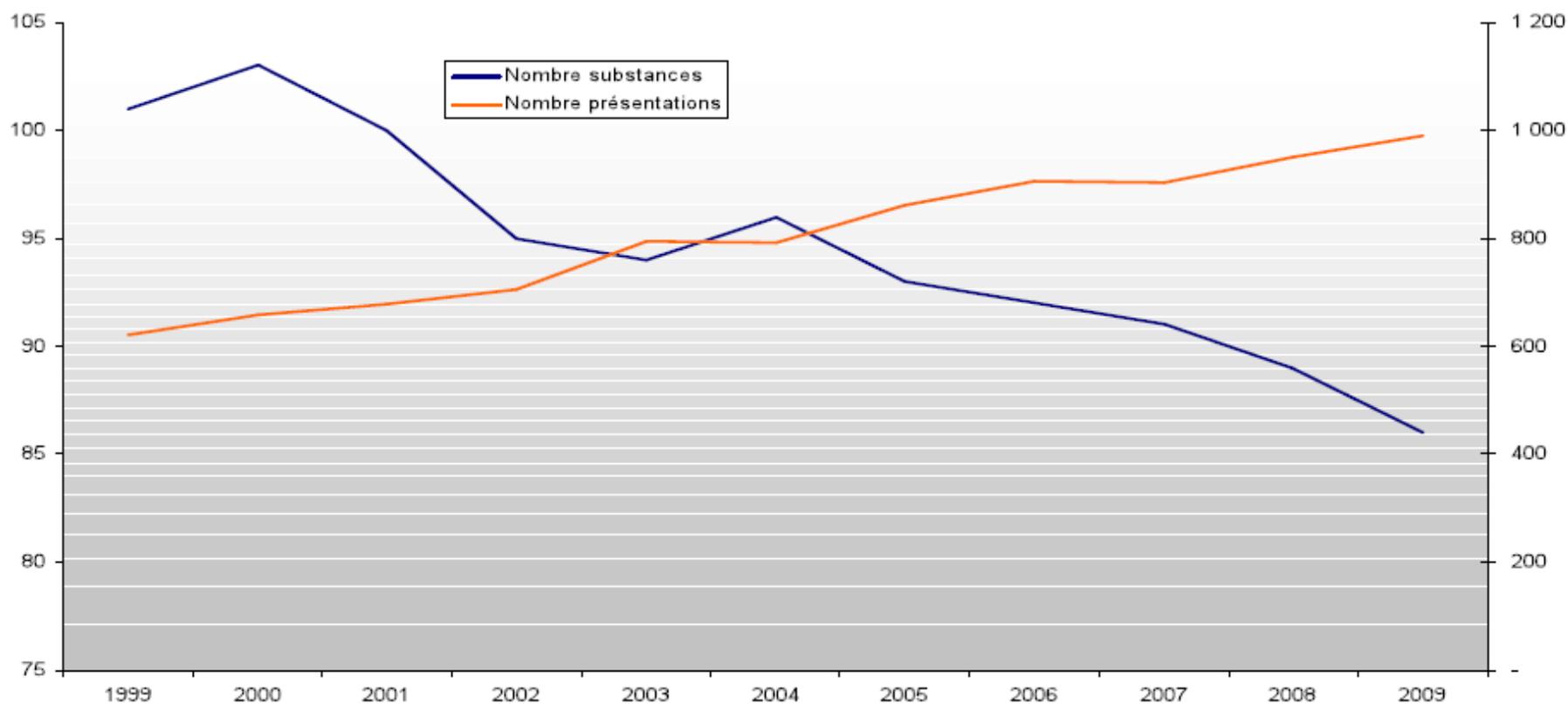
Evolution de la consommation globale

Figure n° 1 : Évolution de la consommation d'antibiotiques en France



Source : Afssaps

Impact des génériques

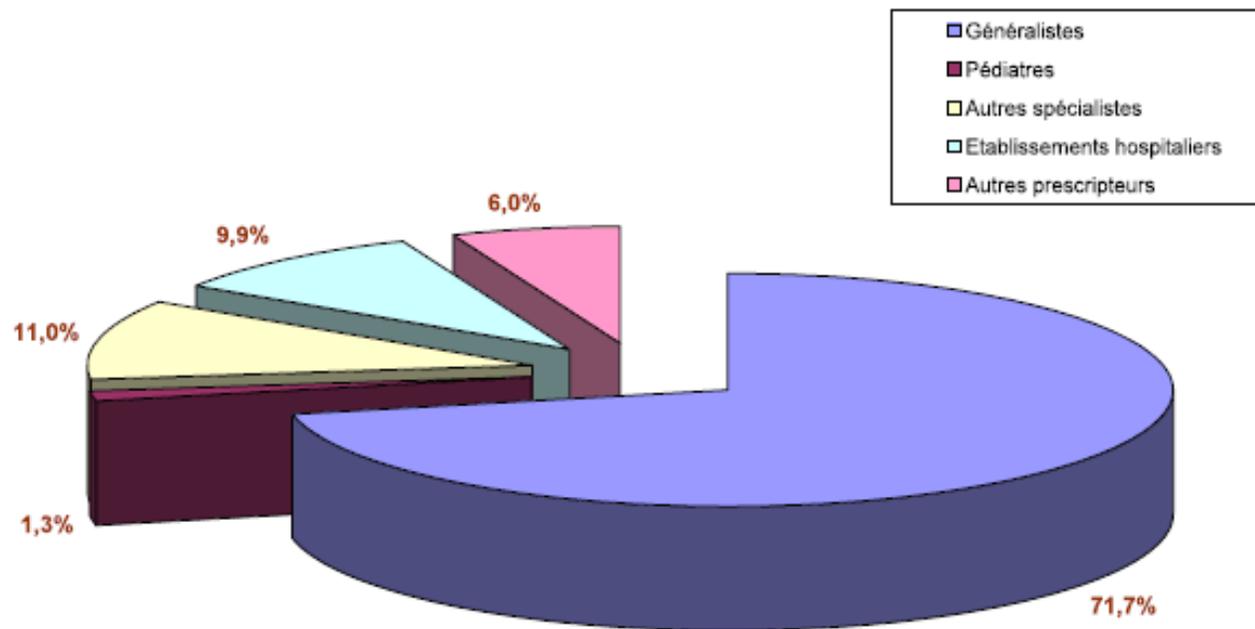


Source : Afssaps

Consommation en France: la « ville » données 2009

Les prescriptions sont majoritairement réalisées par les médecins généralistes

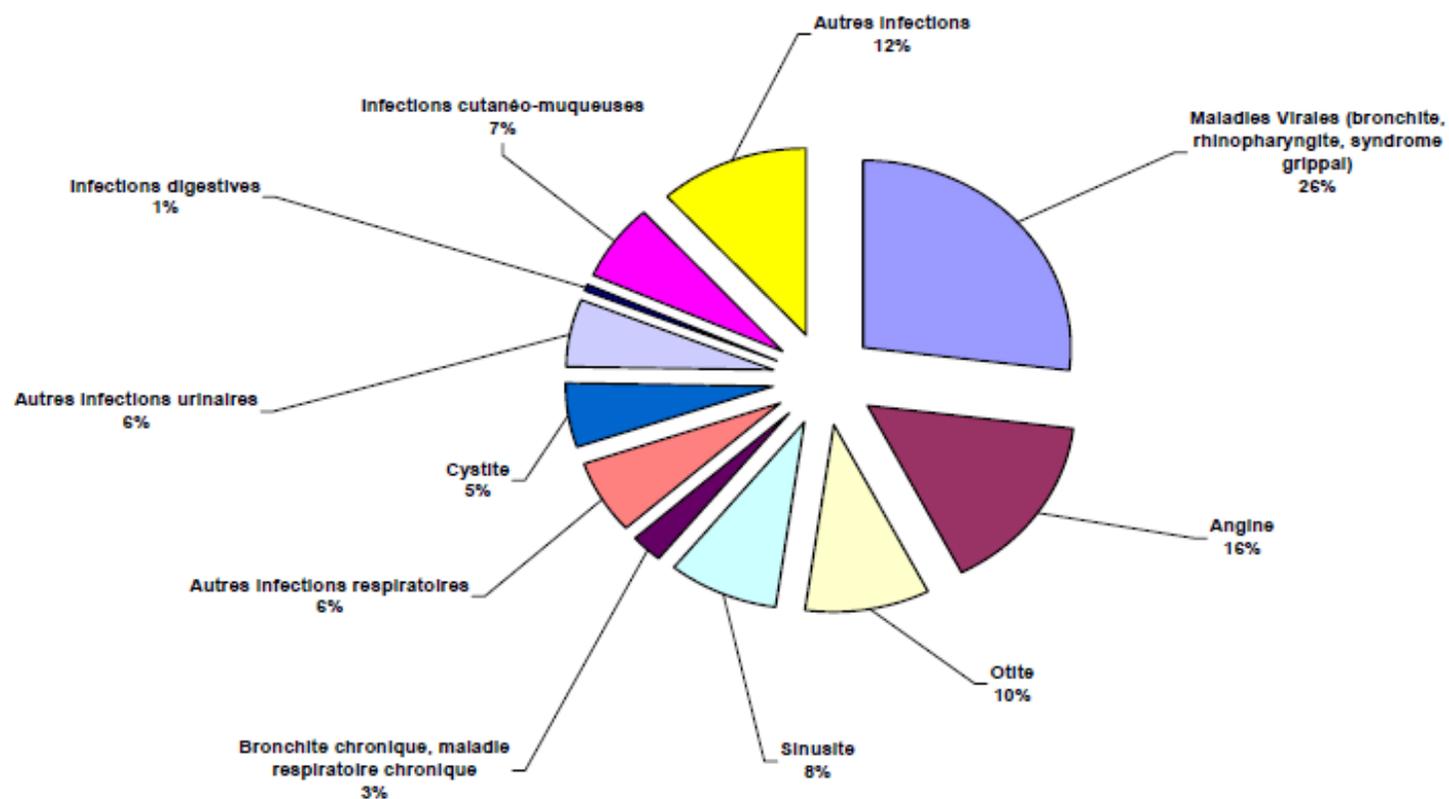
Figure n°4 : Part relative des prescriptions d'antibiotiques en ville selon les prescripteurs



Source : CNAMTS & Afssaps

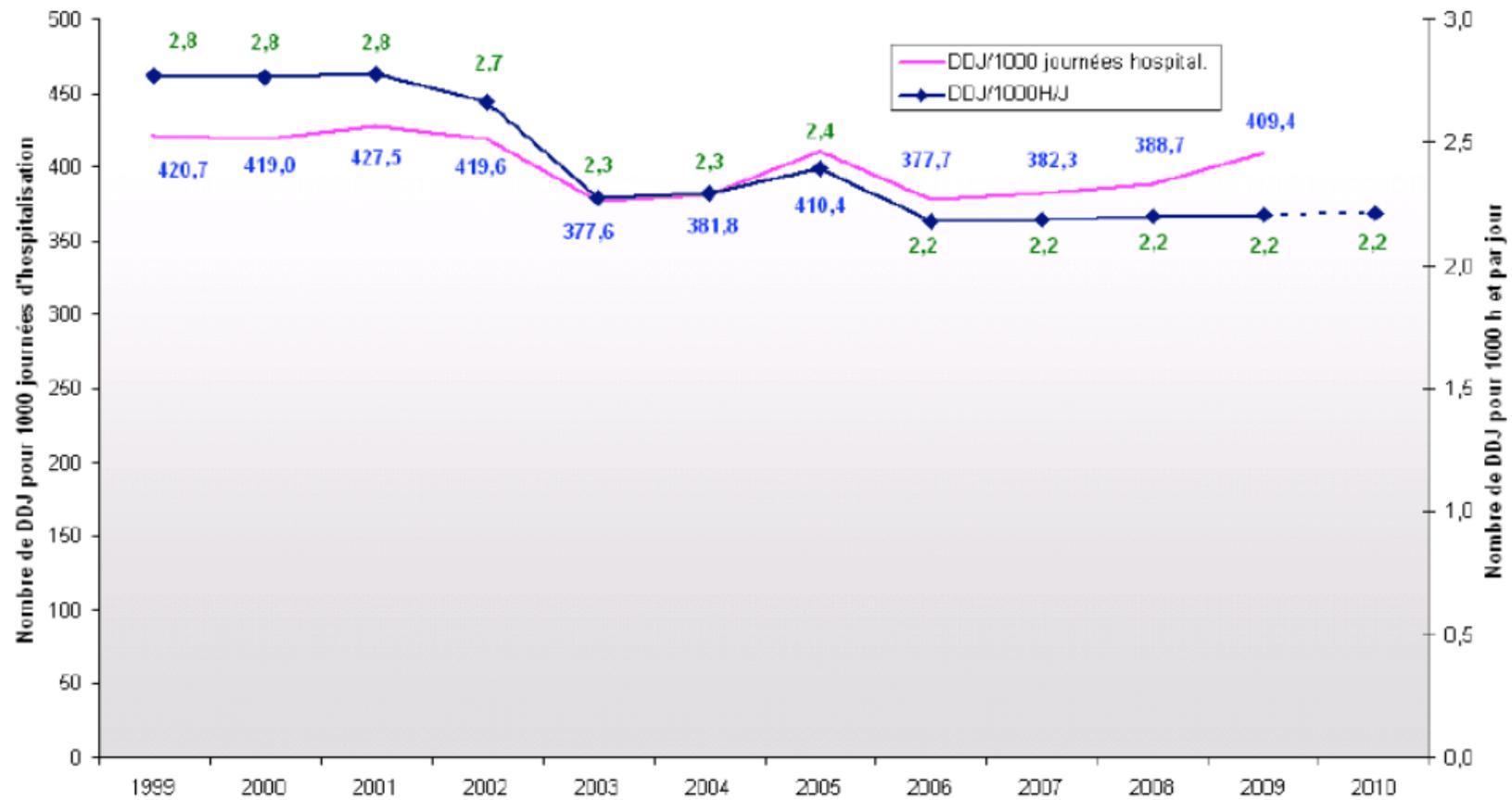
Motifs de prescription en « ville »

Répartition des prescriptions d'antibiotiques en France par diagnostic
Données IMS (Septembre 2009-Aout 2010)



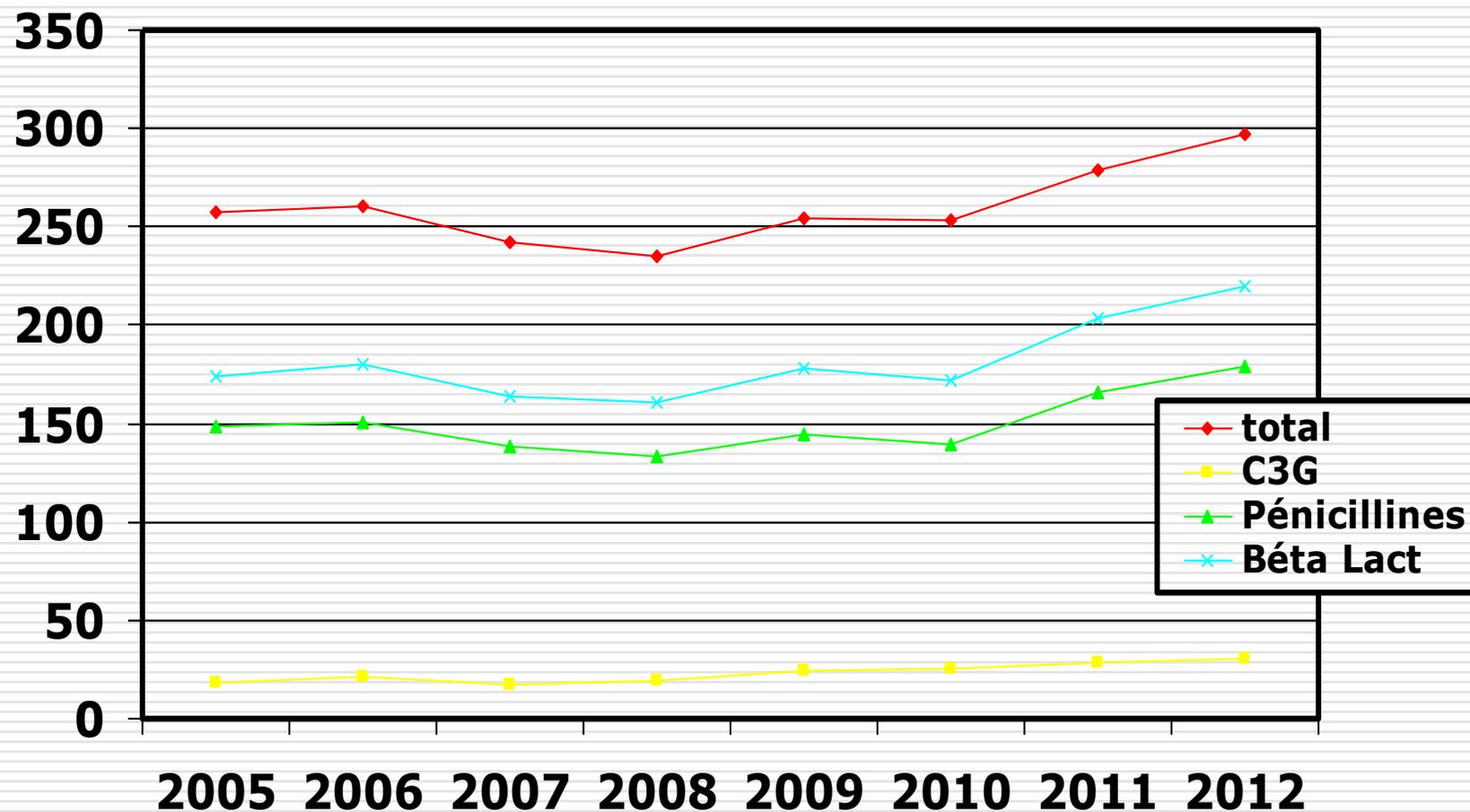
Prescriptions hospitalières: 2009

Figure n° 8 : Évolution de la consommation d'antibiotiques à l'hôpital



Source : Afssaps

Consommation ATB locale 2005-2012, en DDJ



Frein sur les Quinolones :

← précédent

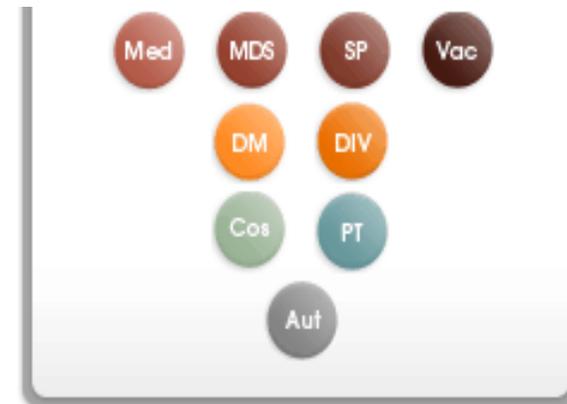
Modification des indications de la lévofloxacine (TAVANIC®) et mise à jour des informations relatives à la sécurité d'emploi - Lettre aux professionnels de santé

08/10/2012

Med

Information destinées aux médecins généralistes, ORL, pneumologues, gastro-entérologues, dermatologues, uro/néphrologues de ville, pharmaciens hospitaliers

A l'issue d'une procédure de révision des données d'efficacité et de sécurité des spécialités à base de lévofloxacine, les autorités de santé européennes ont décidé de modifier les informations contenues dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) destiné aux professionnels de santé et dans la notice destinée aux patients. Certaines indications (sinusites aiguës bactériennes, exacerbations aiguës de bronchite chronique, pneumonies communautaires, infections compliquées de la peau et des tissus mous) de cet antibiotique de la classe des fluoroquinolones ont été limitées aux situations dans lesquelles les antibiotiques recommandés dans les traitements initiaux de ces infections sont jugés inappropriés. Par ailleurs les informations relatives à la sécurité d'emploi ont été renforcées (nouvelles mises en garde et précautions d'emploi, ajout d'effets indésirables non mentionnés précédemment). En accord avec l'ANSM, une lettre d'information est adressée, par le laboratoire Sanofi-France, aux médecins généralistes, ORL, pneumologues, gastro-entérologues, dermatologues, les uro/néphrologues et aux pharmaciens hospitaliers.



Le plan national 2011- 2016 (1)

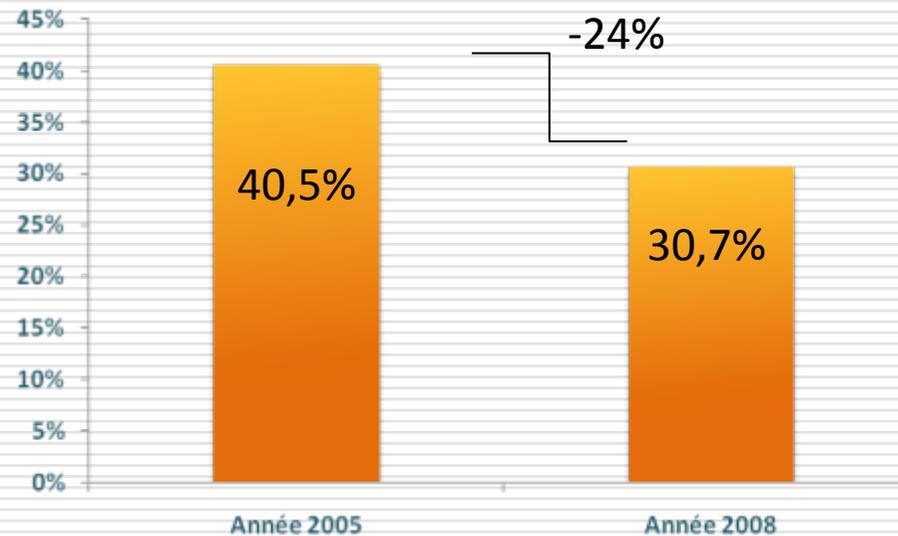
- ❑ Rationaliser et améliorer application des protocoles et référentiels de prescription des ATB
- ❑ Développer TDR et généraliser leur utilisation
- ❑ Organiser le conseil auprès des prescripteurs
- ❑ Adapter la formation initiale/Développer FMC/EPP
- ❑ Développer l'auto-évaluation des prescriptions d'antibiotiques

Le plan 2011- 2016 (2)

- ❑ Surveiller la consommation d'antibiotiques
- ❑ Surveiller la résistance aux antibiotiques
- ❑ Réduire la pression de sélection globale
- ❑ Réduire la pression des classes d'antibiotiques les plus génératrices de résistances
- ❑ Contrôler la diffusion des résistances
- ❑ Prescription nominative et dispensation contrôlée

Quel impact espérer de la réduction du nombre de prescriptions ? (2) en ville...

- Le taux de résistance de *S. pneumoniae* à l'érythromycine a baissé de **24%** entre 2005 et 2008



- **Réduction de 17%** du taux de *S. pneumoniae* de sensibilité diminuée à la pénicilline entre 2005 et 2008

Rappels

- ❑ Antibiothérapie curative
- ❑ Les associations
- ❑ La réévaluation

Réévaluation de l'antibiothérapie prescrite (1)

■ **Savoir attendre**

- L'effet sur la température, les signes cliniques (et radiologiques) n'est pas immédiat

■ **A 72 heures**

- première idée sur l'efficacité
- retour des examens bactériologiques et antibiogrammes
- désescalade (spectre, association-monothérapie, coût)

Réévaluation de l'antibiothérapie prescrite (2)

■ **Savoir attendre et**

■ Tous les jours, poser les **2 questions**

cette antibiothérapie est - elle efficace ?

■ **si non, changement**

cette antibiothérapie est - elle encore utile ?

■ **si non, arrêt**

Conclusion:

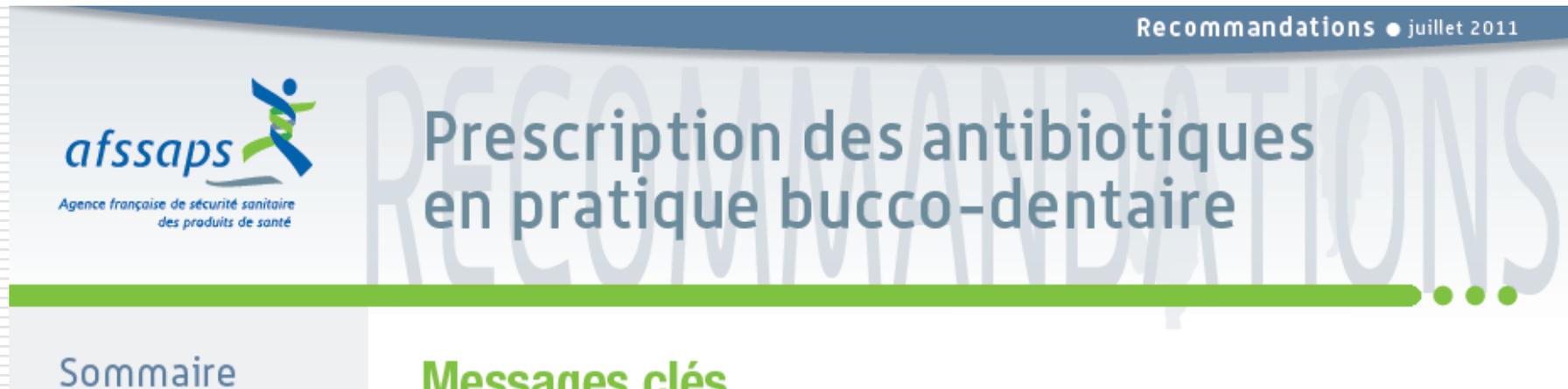
- ❑ Anti-Infectieux: classe « à part »
- ❑ Impact individuel-institutionnel-national-mondial...
- ❑ Plan 2011-2016
- ❑ Règles de bon usage: peu évoluée depuis 20 ans mais à rappeler
- ❑ La réévaluation: mesure clé svt négligée

Infections Respiratoires Hautes

- ❑ Représentent encore la majorité des prescriptions ATB de ville

- ❑ Recommandations novembre 2011:
 - ❑ Otites
 - ❑ Sinusites
 - ❑ Angines
 - ❑ Recommandations AFFSAPS: ATB et buccodentaire

ATB et bucco dentaires



- Recommandations 2011
- Principalement destinées aux Chirurgiens dentistes-Stomato
- Limitent drastiquement les indications

Recommandations sur
l'Antibiothérapie par Voie Générale en
Pratique Courante dans les Infections
Respiratoires Hautes de l'Adulte et de
l'Enfant
SPILF – SFP – GPIIP
Novembre 2011

Recommandations accessibles sur: infectiologie.com rubrique
« consensus et recommandations »

Menu

- Rhinopharyngites aiguës
- Otite moyenne purulente
 - Enfant
 - Adulte
- Sinusites aiguës
- Angines

Rhinopharyngite Aïgue

- Atteinte inflammatoire du pharynx et des fosses nasales.
- Touche le plus souvent les enfants de moins de 6 ans.
- Principalement d'origine virale.
- Tableau clinique
 - Associe de façon variable : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux.
 - Examen clinique pauvre :
 - Aspect inflammatoire ± important de l'oropharynx et de la muqueuse nasale,
 - Rhinorrhée antérieure et/ou postérieure
 - séromuqueuse (visqueuse et claire),
 - purulente (colorée, plus ou moins épaisse)
 - mucopurulente (visqueuse et colorée).
 - But essentiel : éliminer une complication ou une autre pathologie associée :
 - OMA :enfant de 6 mois à 4 ans
 - Sinusites aïgues purulentes moins fréquentes

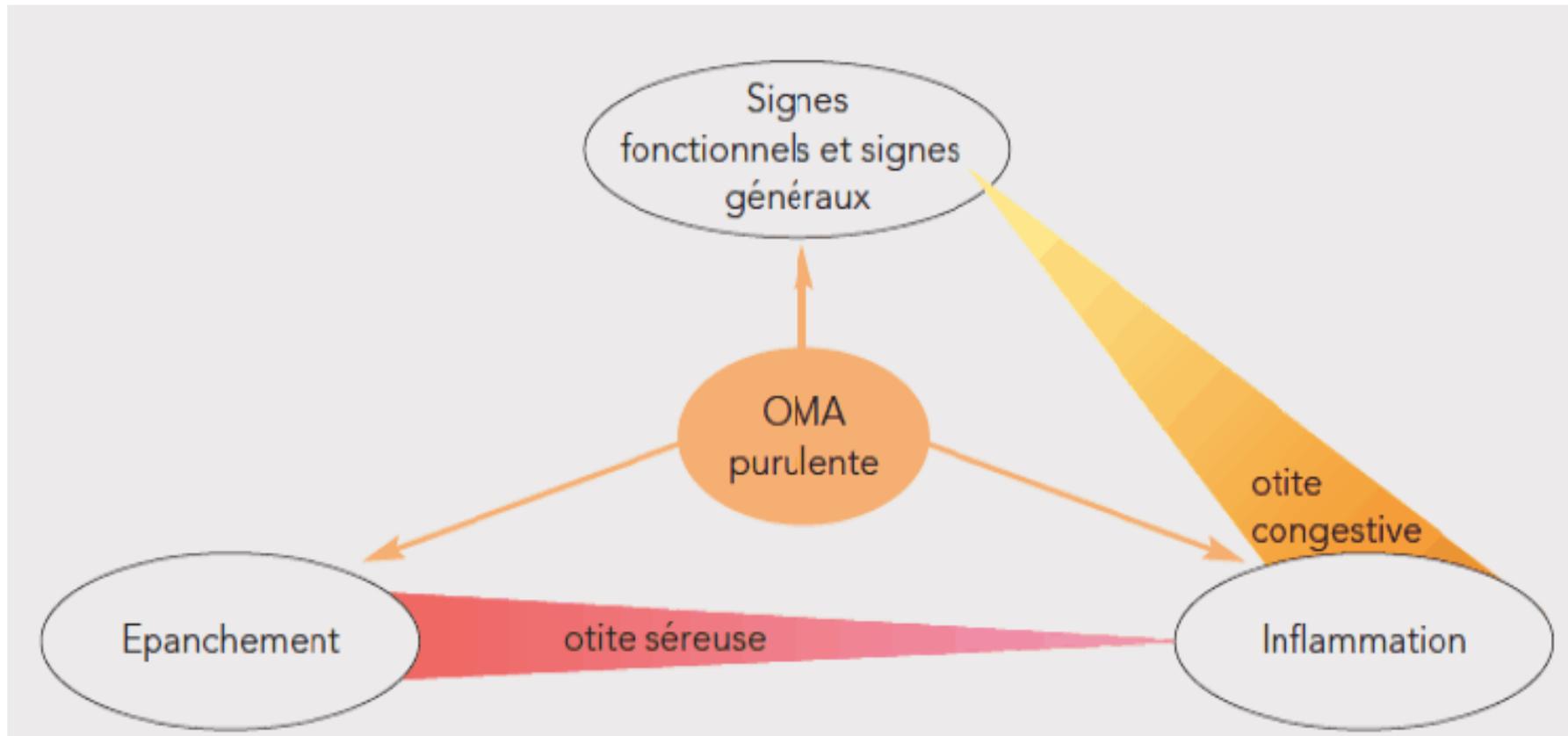
L' aspect purulent ou mucopurulent des sécrétions nasales n' a pas valeur de surinfection bactérienne, justifiant une antibiothérapie

Rhinopharyngite Aïgue : Traitement

- Antibiotiques non justifiés, chez l'adulte comme chez l'enfant (Grade A).
- Efficacité non démontrée
 - Sur durée des symptômes
 - Sur prévention des complications (sinusites et OMA purulentes)
 - même en présence de facteur de risque.
- Expose à des effets indésirables cliniques et écologiques.
- Traitement symptomatique possible pour améliorer le confort
 - Lavage de nez
- Vasoconstricteurs par voie générale, comme par voie nasale, non recommandés avant 15 ans
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes par voie générale non indiqués

Aucune rhinopharyngite ne justifie la prescription d'un traitement antibiotique. Celle-ci doit être proscrite au regard des conséquences différées, individuelles et collectives, qu'elle entraîne.

Otite Moyenne Aigue: la clinique/OMP-OMS-OMC???

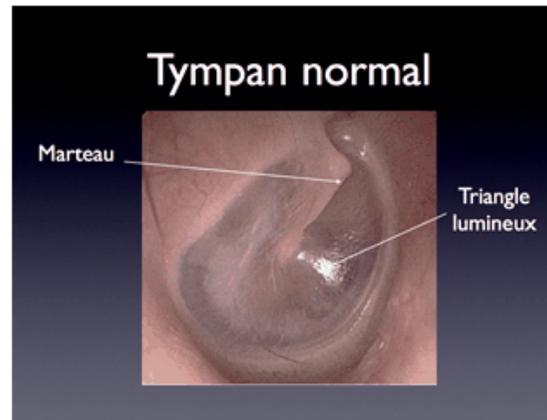


Otite Moyenne Aigue: la clinique/OMP-OMS-OMC???

L'OMA purulente doit être distinguée de l'OMA congestive et de l'otite séromuqueuse (OSM) :

- l'OMA congestive correspond à une congestion bénigne des tympans le plus souvent d'origine virale, dans le cadre d'une rhinopharyngite le plus souvent spontanément résolutive, sans épanchement rétrotympanique ;
- l'OSM se manifeste par un épanchement rétrotympanique évoluant sur un mode chronique sans inflammation marquée ni otalgie, ni signes généraux.

L'intérêt des antibiotiques par voie locale n'est démontré ni dans l'otite moyenne aiguë, qu'elle soit congestive ou purulente, ni dans l'otite séromuqueuse.



OMA purulente

Otite Moyenne Aigue Purulente Enfant > 3 mois immunocompétent

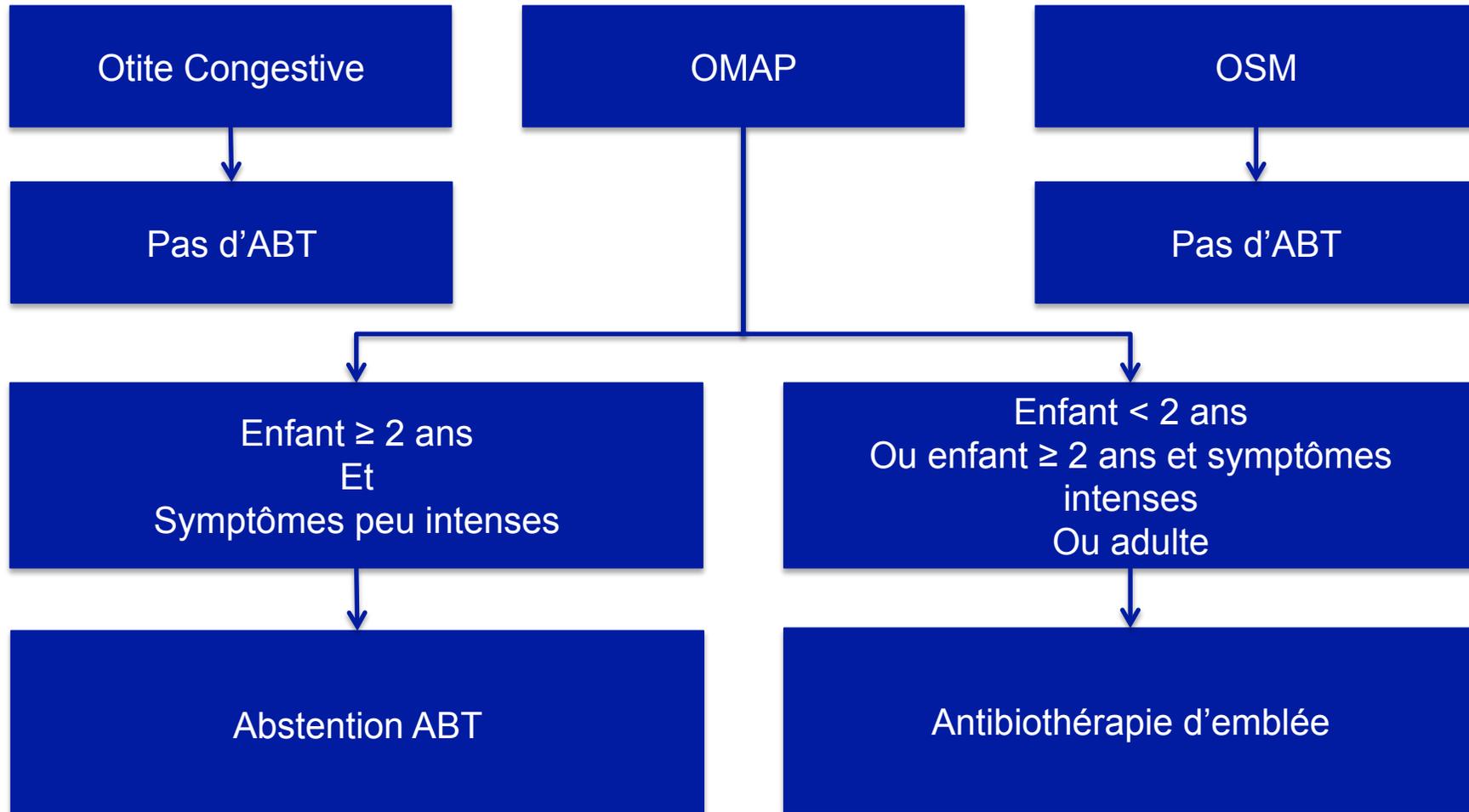
- Enfant < 3 mois, enfant immunodéprimé = avis spécialisé
- Diagnostic : SF +SG + signes otoscopiques évocateurs
- Signes Fonctionnels :
 - Otalgie et équivalents (irritabilité, pleurs, insomnie, enfant qui se touche les oreilles).
- Signes Généraux :
 - Dominés par la fièvre et signes d'accompagnement (frissons, myalgies, céphalées.).
 - Peuvent s'associer les symptômes suivants : toux, rhinorrhée, encombrement des voies aériennes supérieures, vomissements, diarrhée...
- Signes Otoscopiques :
 - Inflammation de la membrane tympanique (congestion ou hypervascularisation)
 - associée à un épanchement rétrotympanique,
 - extériorisé (otorrhée),
 - ou non extériorisé (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement).

Otite Moyenne Aigue Purulente Enfant > 3 mois immunocompétent

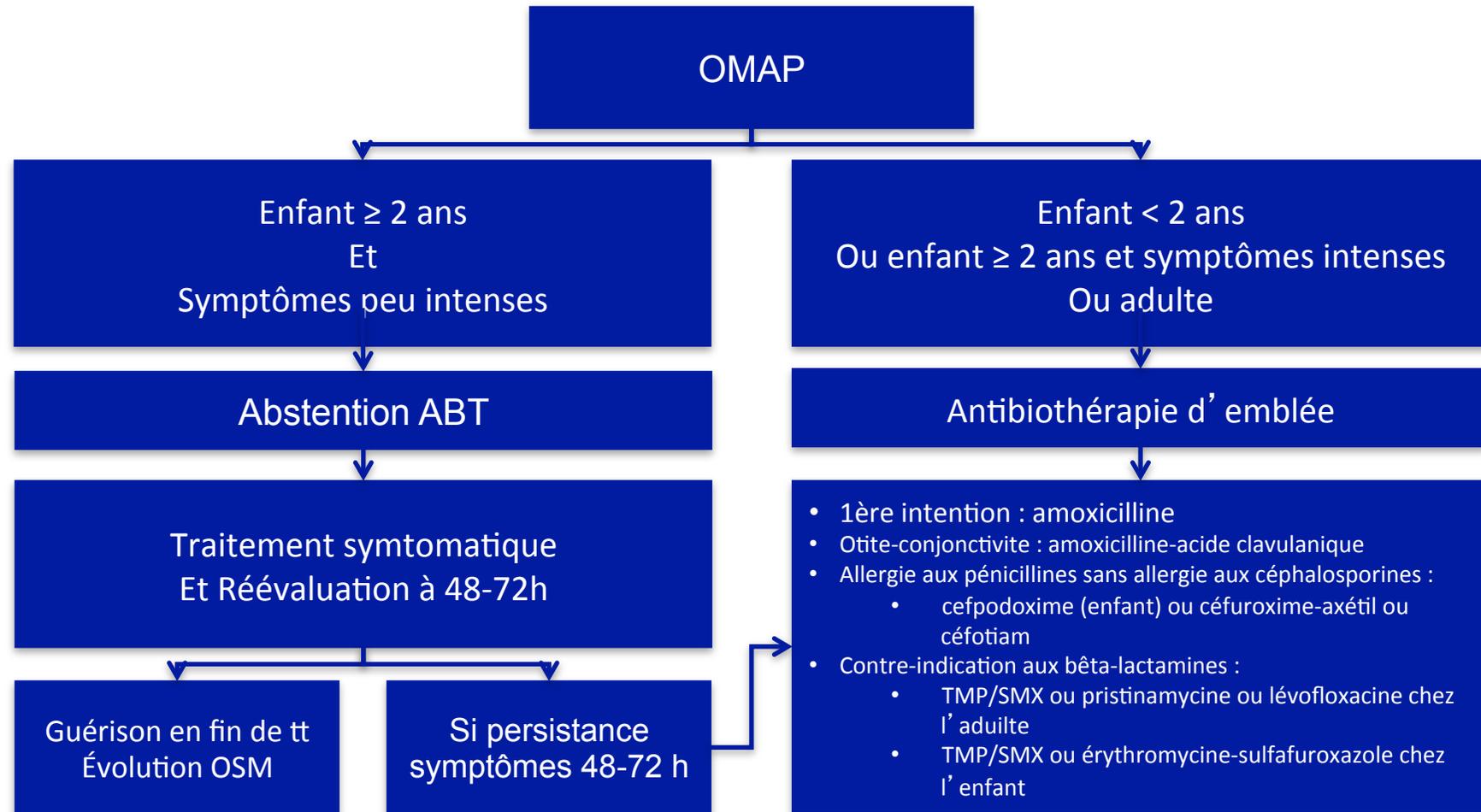
- L' OMAP doit être distinguée de :
 - L' otite congestive: Le plus souvent virale et spontanément résolutive.
 - Tympan rouge (par dilatation des vaisseaux tympaniques) mais transparent et non bombé,
 - Pas d' épanchement rétrotympanique.
 - Peut être douloureuse.
 - De plus, des tympans congestifs avec respect des reliefs normaux sont fréquemment observés lors des premiers jours d' une rhinopharyngite ;
 - L' Otite séromuqueuse
 - Se manifeste par un épanchement rétrotympanique
 - Sans inflammation marquée de la membrane tympanique
 - ni otalgie intense, ni signes généraux
- Orientation clinique vers bactérie responsable d' OMA purulente :
 - *H. influenzae* :
 - Si associée à conjonctivite purulente, syndrome otite-conjonctivite
 - le plus souvent peu fébriles et peu douloureuses ;
 - *S. pneumoniae* :
 - si $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$.
 - souvent douloureuses

Otite Moyenne Aïgue Purulente Enfant > 3 mois

Indications de l' Antibiothérapie



Otite Moyenne Aïgue Purulente Enfant > 3 mois Quelle Antibiothérapie ?



Otite Moyenne Aïgue Purulente Enfant > 3 mois

Quelle Antibiothérapie en Cas d' Echec ?

- 1ère intention : amoxicilline
- Otite-conjonctivite : amoxicilline-acide clavulanique
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines :
 - cefpodoxime (enfant) ou céfuroxime-axétil ou céfotiam
- Contre-indication aux bêta-lactamines :
 - TMP/SMX ou pristinamycine ou lévofloxacine chez l' adulte
 - TMP/SMX ou érythromycine-sulfafuroxazole chez l' enfant

Echec

Si tt initial = amoxicilline

échec en cours de traitement :
amoxicilline-acide clavulanique ou cefpodoxime ;
échec à la fin du traitement :
amoxicilline-acide clavulanique
Si 2ème échec :
Avis ORL recommandé, paracentèse, pvt
bacteriologique et traitement probabiliste :
amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/jour) +
amoxicilline (70 mg/kg/jour)
ou ceftriaxone (50 mg/kg/jour) 3 jours

Si tt initial autre que amoxicilline

Avis ORL recommandé, paracentèse, pvt bactériologique

Otite Moyenne Aïgue Purulente Enfant > 3 mois Autres Traitements ?

- Traitement antalgique-antipyrétique recommandé en fonction des symptômes observés.
- Utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires et des corticoïdes non démontrée.
- Gouttes auriculaires contenant des antibiotiques :
 - Aucune indication dans l' OMAP
 - Réservées au traitement des otites externes

Otite Moyenne Aigue de l'Adulte

Quelle Antibiothérapie ?

- Première intention
 - **Amoxicilline**
 - Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines
 - Cefpodoxime ou céfuroxime-axétil ou céfotiam
 - Contre-indication aux bêta-lactamines (péni et céphalo)
 - Pristinamycine* ou TMP/SMX* ou lévofloxacine*.
 - En cas d'échec
 - Amoxicilline-acide clavulanique,
 - Traitement de 5 jours
- * pristinamycine, TMP/SMX, lévofloxacine : recommandés sur la base d'arguments microbiologiques en l'absence d'étude clinique

Seules les otites moyennes aiguës purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie. La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus, doit être proscrite au regard des conséquences individuelles et collectives, qu'elle entraîne

AMM: Posologies et durées de traitement des ABT utilisables dans les OMA purulentes

Antibiotiques	Posologies quotidiennes (établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale)	Durée de traitement
Bétalactamines		
Pénicilline		
Amoxicilline	- Enfant : En première intention : 80 à 90 mg/kg et par j en 2 à 3 prises En cas d' échec : 150 mg/kg/j en 3 prises par jour	8-10 jours avant < 2 ans 5 jours après 2 ans
	- Adulte : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises	5 jours
Amoxicilline-acide clavulanique	- Enfant : 80 mg/kg/jour (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises - Adulte : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prise	8-10 jours avant < 2 ans 5 jours
Céphalosporines		
C2G : Céfuroxime-axetil	- Adulte : 500 mg/jour en 2 prises	5 jours
C3G : Céfotiam	- Adulte : 400 mg:j en 2 prises	5 jours
C3G :Cefpodoxime	- Enfant : 8 mg/kg/jour en 2 prises	5 jours à partir de 2 ans
	- Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d' intervalle	5 jours
Autres		
Erythromycine-sulfafurazole	- Enfant : 50 mg/kg/jour d'érythromycine et 150 mg/kg/jour de sulfafurazole	10 jours
Cotrimoxazole	- Enfant : SMX 30 mg/kg/j / TMP 6 mg/kg/j en 2 prises	8-10 jours avant < 2 ans
	- Adultes : SM 800 mg / TMP 160 mg en 2 prises	5 jours après 2 ans
Pristinamycine (≥ 6 ans)	- Enfant : 50 mg/kg/jour en 2 prises - Adulte : 2 g/jour en 2 prises	5 jours
Lévofloxacine	- Adulte : 500 mg en une prise	5 jours

Sinusite aiguë

Définition clinique

- Sinusite aiguë purulente
 - Infection d'une ou plusieurs cavités sinusiennes de la face par des bactéries (généralement *S. pneumoniae* et *H. influenzae*).
- Sinusites aiguës maxillaires
 - Les plus fréquentes
- Sinusites frontales et autres localisations plus rares (ethmoïdale, sphénoïdale)
 - Risque plus élevé de complications orbitaires ou cérébro-méningées.
- Signes cliniques de sinusite compliquée (syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, troubles de la mobilité oculaire, douleurs insomniantes)
 - Hospitalisation, prélèvements bactériologiques, TDM
 - Antibiothérapie IV urgente

Sinusite maxillaire aigue de l'adulte

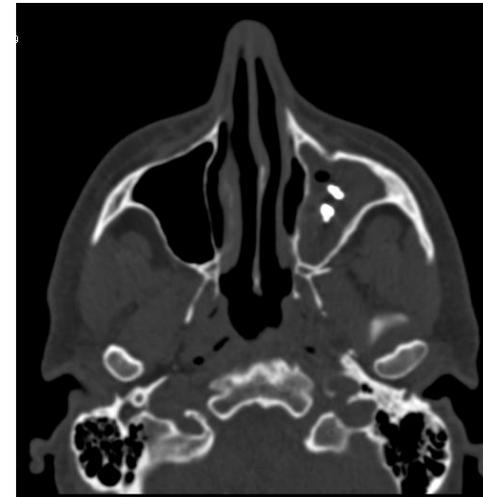
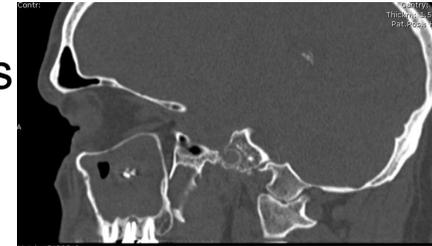
Diagnostic (I)

- Au moins deux des trois critères majeurs suivant une rhinopharyngite:
 - Persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré au moins 48h de TT symptomatique (antalgique, antipyrétique, décongestionnant).
 - Type de la douleur :
 - Unilatérale et/ou son augmentant la tête penchée en avant, et/ou pulsatile, et/ou acmé en fin d'après-midi et la nuit ;
 - Augmentation de la rhinorrhée et le caractère continu de la purulence.
 - Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux.
- Critères mineurs associés renforcent la suspicion diagnostique :
 - Fièvre qui persiste au delà du troisième jour d'évolution de la sinusite ;
 - Obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux, s'ils persistent au-delà de 10 jours.

Sinusite maxillaire aïgue de l'adulte

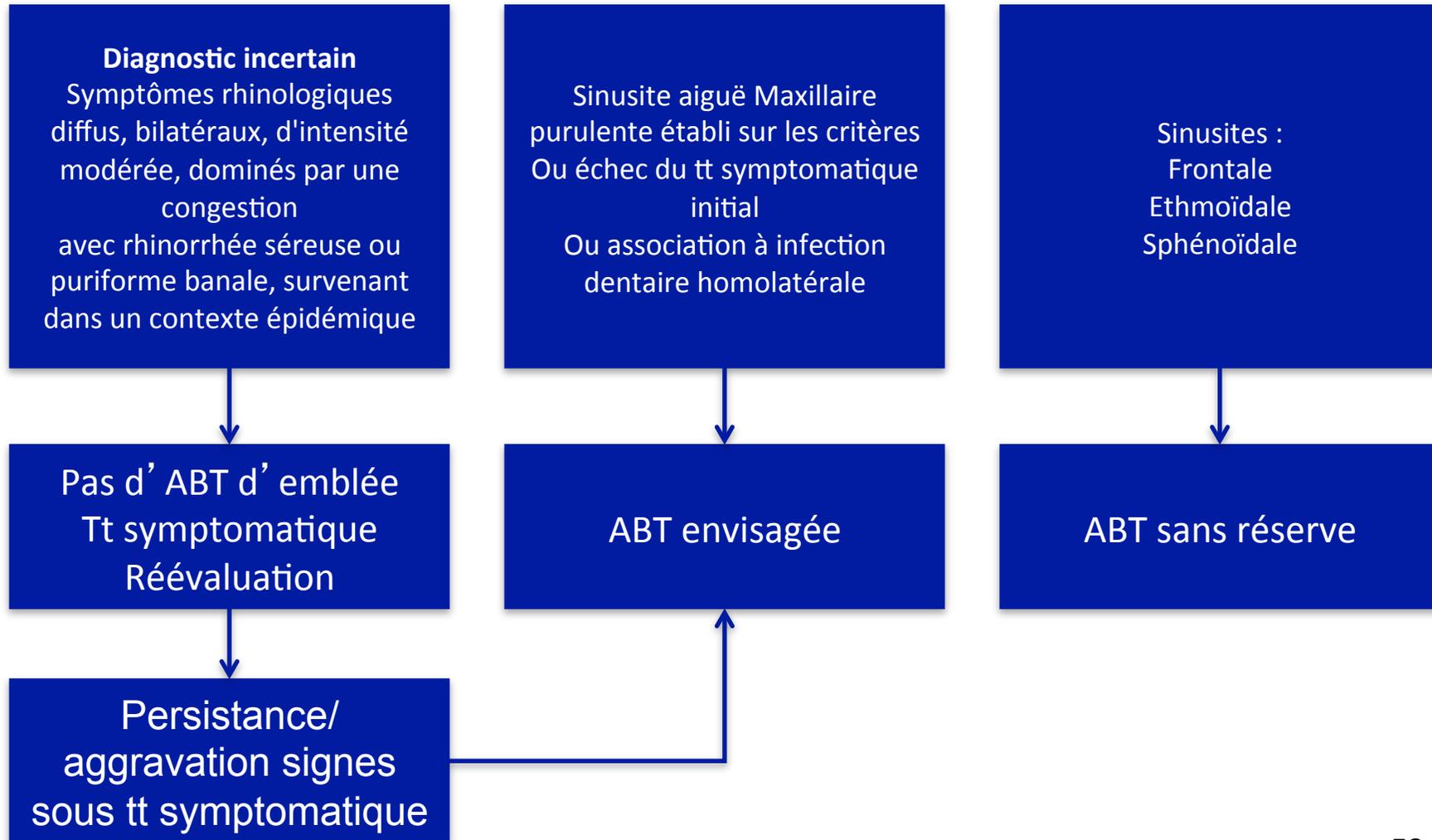
Diagnostic (II)

- En 1ère intention: pas d'imagerie, ni de prélèvements
- Scanner recommandé si suspicion
 - Sinusite maxillaire aiguë purulente compliquée
 - Sinusite frontale (douleurs frontales)
 - Sinusite sphénoïdale (douleurs rétro-orbitaires ou au vertex)
 - Sinusite ethmoïdale (oedème périorbitaire) ;
- Prélèvement bactériologique (ponction ou prélèvement au méat moyen) si:
 - sinusites compliquées
 - ou survenant chez un patient immunodéprimé
 - ou ayant reçu une antibiothérapie récente
- Avis odontologique si
 - Sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite
 - surtout si la rhinorrhée est fétide



Sinusite maxillaire de l'adulte

Indications de l'antibiothérapie



Sinusite maxillaire de l'adulte

Quelle antibiothérapie ?

- **Amoxicilline 7 à 10 jours = Première intention**
 - Molécule PO la plus active sur les PSDP et active sur > 80% des H. influenzae
- **Autres ABT: plus mauvais rapport bénéfice-risque:**
 - Moins efficaces : C2G et C3G, TMP/SMX
 - Plus d'effets 2nd : amoxicilline-acide clavulanique, C2G, C3G, TMP/SMX, pristinamycine, FQ, télithro.
- **Amoxicilline-acide clavulanique :**
 - échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
 - sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
 - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.
- **C2G, C3G po 5 jours: allergie péni sans allergie céphalo:**
 - céfotiam ou cefpodoxime ou céfuroxime-axétil.
- **Pristinamycine 4 jours ou télithromycine 5 jours:**
 - CI aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).
- **Lévofloxacine : situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves**
 - Sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusites ou échec 1^{ère} ligne dans sinusites maxillaires.
- **Risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves Toxicité:**
 - Télithromycine et moxifloxacine

Autres sinusites de l'adulte

Frontale	- amoxicilline-acide clavulanique ou - fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacin ou moxifloxacin*
Ethmoïdale	- amoxicilline-acide clavulanique ou - fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacin ou moxifloxacin*
Sphénoïdale	- amoxicilline-acide clavulanique ou - fluoroquinolone anti-pneumococcique lévofloxacin ou moxifloxacin*

* La moxifloxacin est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

Sinusites de l'enfant

Indications de l'antibiothérapie

- Antibiotique d'emblée :
 - Formes aiguës sévères de sinusite maxillaire ou frontale, évoquant une sinusite purulente
 - Tableau de rhinopharyngite
 - Se prolongeant au-delà de 10 jours sans signe d'amélioration
 - Ou se réaggravant secondairement.
- Pour les enfants sans facteurs de risque (asthme, cardiopathie, drépanocytose), le bénéfice de l'antibiothérapie est controversé et deux attitudes sont licites
 - soit une surveillance sous traitement symptomatique avec réévaluation à 3-4 jours,
 - soit la prescription d'antibiotiques d'emblée.
- En cas de rhinopharyngite, l'antibiothérapie ne prévient pas la survenue de sinusite.

Sinusites de l'enfant

Quelle antibiothérapie ?

- **Amoxicilline 8 à 10 jours = Première intention**
 - Molécule PO la plus active sur les PSDP et active sur > 80% des H. influenzae
- Autres ABT: plus mauvais rapport bénéfice-risque:
 - Moins efficaces : C2G et C3G, TMP/SMX
 - Plus d'effets 2nd : amoxicilline-acide clavulanique, cefpodoxime, erythromycine-sulfafurazole, TMP/SMX, pristinamycine
- **Amoxicilline-acide clavulanique :**
 - échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline,
 - sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire,
 - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.
- **Cefpodoxime**
 - allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines
- **TMP/SMX :**
 - Contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;
- Du fait de l'évolution de la résistance aux antibiotiques, les macrolides, les C1G, le TMP/SMX ne sont plus recommandés

AMM : POSOLOGIES ET DURÉES DE TRAITEMENT DES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDÉS DANS LES SINUSITES AIGÜES

Antibiotiques	Posologies (posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à la fonction rénale normale)	Durée de traitement
Bétalactamines		
Pénicilline : Amoxicilline	-Adulte : Sinusites maxillaires aiguës 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises - Enfant > 30 mois: 80-90 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	7 à 10 jours
Amoxicilline-acide clavulanique	-Adulte : Sinusites frontales 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises - Enfant : Sinusite frontale : 80 mg/kg/jour (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises	7 à 10 jours
C2G : Céfuroxime-axétil	- Adulte : 500 mg/j en 2 prises à 12 heures d' intervalle	5 jours
C3G : Céfotiam-hexétil	- Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d' intervalle	5 jours
Cefpodoxime-proxétil	- Adulte : 400 mg/j en 2 prises en 12 heures d' intervalle - Enfant : 8 mg/kg/jour en 2 prises	5 jours 8 à 10 jours
Macrolides		
Télithromycine	- Adulte : 800 mg/j en une prise	5 jours
Pristinamycine	- Adulte : 2 g/j en 2 prises	4 jours
Fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (voie orale) réservées aux échecs d' une première antibiothérapie après documentation bactériologique ou localisations autres que maxillaire.		
Lévofloxacine	- Adulte : 500 mg/jour en une prise	8 à 10 jours
Moxifloxacine*	- Adulte : 400 mg/jour en une prise	8 à 10 jours

* La moxifloxacine est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu' aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

Angine aiguë à streptocoque du groupe A

- Infection des amygdales palatines voire de l'ensemble du pharynx.
- Origine virale prépondérante
- Streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) : 1^{er} bactérie en cause
 - 25 à 40% des angines de l'enfant
 - 10 à 25% des angines de l'adulte.
 - Pic d'incidence se situe entre 4 et 15 ans.
 - Evolution des angines à SGA :
 - Favorable le plus souvent en 3-4 jours même en l'absence de traitement antibiotique
 - Complications possibles potentiellement graves prévenues par antibiothérapie
 - Syndromes post-strepto: rhumatisme articulaire aigu (RAA), glomérulonéphrite aiguë (GNA),
 - Complications septiques loco-régionales
- Autres causes d'angine bactérienne :
 - Rares: bacille diphtérique, gonocoque et bactéries anaérobies
 - Souvent contexte épidémiologique, clinique ou évolutif particulier.

Angine aiguë à streptocoque du groupe A

Complications

- RAA
 - Risque extrêmement faible dans les pays industrialisés
 - Reste préoccupant dans les pays en voie de développement
 - Réduction risque de RAA observée avant l'apparition des ATB dans les pays industrialisés
 - Modifications environnementales et sociales, évolution des souches
- GNA post-streptococciques
 - Point de départ le plus souvent cutané et rarement pharyngé
 - Pas de démonstration de réduction du risque par les ATB.
- Résistance
 - Pas de souches de SGA résistantes aux bêtalactamines.
 - Encore 10% de souches résistantes aux macrolides (en baisse depuis 2005)
 - ATB Gramme systématique plus nécessaire tant que résistance < 10%.
- Efficacité ATB sur angines à SGA:
 - accélération de la disparition des symptômes,
 - réduction de la contagiosité à l'entourage,
 - prévention des complications infectieuses locorégionales,
 - prévention des complications non suppuratives (RAA).

Angine aiguë

Indications de l'antibiothérapie

- Angines à SGA
- Angines à *C. diphtheriae* , *N. gonorrhoeae* et à anaérobies
- Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée de l'enfant
 - Aucun signe ou score clinique n'a de valeur prédictive positive et/ou négative suffisante pour affirmer l'origine streptococcique de l'angine (en dehors d'une scarlatine typique),
 - Seule la pratique de tests de confirmation microbiologique permet au praticien de sélectionner les patients atteints d'angine à SGA
- Les ABT sont inutiles dans les angines virales

Angine aiguë à streptocoque du groupe A

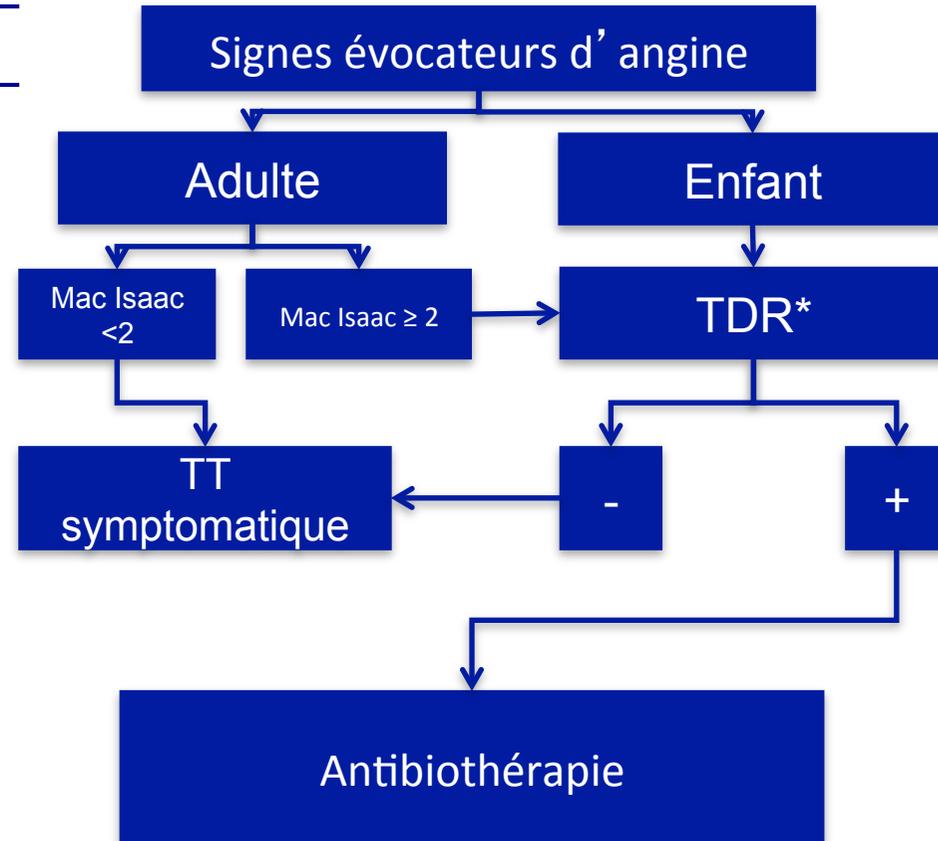
Indications de l'Antibiothérapie

- Culture du prélèvement pharyngé
 - Peu réalisée en France - résultat en 1 à 2 jours.
- Tests de diagnostic rapide (TDR):
 - Réalisables en 5 minutes
 - Spécificité : 95%, sensibilité : 90%
- Nourrisson et enfant < 3 ans
 - TDR ou une culture inutiles
 - Angines rares, le plus souvent virales
 - Pas de RAA décrit avant l'âge de 3 ans.
- Adulte
 - TDR si score de Mac-Isaac ≥ 2
- Les scores cliniques n'ont par contre aucune valeur chez l'enfant

Angine aiguë à streptocoque du groupe A

Indications de l'Antibiothérapie

Score de Mac-Isaac à utiliser chez l'adulte	
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (↗ volume ou exsudat)	1
Age 15-44 ans	0
Age ≥ 45 ans	-1
Score < 2 : probabilité d'infection à SGA de 5% au maximum. Un tel score, chez l'adulte, permet de décider de ne pas faire de TDR et de ne pas prescrire d'antibiotique.	



*Systématique chez l'enfant > 3 ans et l'adulte si score de Mac-Isaac ≥ 2

Angine aiguë à streptocoque du groupe A

Quelle Antibiothérapie ?

- **Amoxicilline 6 jours = Première intention**
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines :
 - Enfant : cefpodoxime
 - Adulte : céfuroxime-axétil ou cefpodoxime ou céfotiam
- Contre-indication aux bêta-lactamines :
 - Macrolide : azithromycine 3J, clarithromycine 5J ou josamycine 5J
- Pristinamycine :
 - non recommandée : efficacité non prouvée dans l'angine streptococcique.
- Persistance des symptômes (fièvre, dysphagie) après 3 jours
 - Evoquer une infection intercurrente et réexaminer le patient..
- Rechutes à l'arrêt du traitement sont plus fréquentes :
 - Pas de consensus pour leur prise en charge.
- Prise en charge scarlatine non sévère non compliquée (traitement et éviction) idem angine streptococcique.
 - Eviction limitée à 48h de traitement ATB.

Schémas d'administration des traitements antibiotiques utilisables pour les angines à SGA

Antibiotiques	Posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à fonction rénale normale)	Durée de traitement
Bétalactamines		
Pénicilline : Amoxicilline	adulte : 2 g/j en 2 prises enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	6 jours
C2G : Céfuroxime-axétil	adulte : 500 mg/j en 2 prises	4 jours
C3G : Céfotiam-hexétil	adulte : 400 mg/j en 2 prises	5 jours
Cefpodoxime-proxétil	adulte : 200 mg/j en 2 prises enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours
Macrolides*		
Azithromycine	adulte : 500 mg/j en une prise unique journalière enfant : 20 mg/kg/j, en 1 prise, sans dépasser la posologie adulte	3 jours
Clarithromycine (standard)	adulte : 500 mg/j en 2 prises enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte	5 jours
Clarithromycine (LP)	adulte : 500 mg/j en une prise journalière	5 jours
Josamycine	adulte : 2 g/j en 2 prises enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours

* Après pvt de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme si le taux de résistance du SGA aux macrolides est > à 10%.

ANTIBIOTHERAPIE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES

Situations dans lesquelles **IL N'EST PAS RECOMMANDE** de prescrire un antibiotique d'emblée :

- **Rhinopharyngite**, même en cas de sécrétions nasales d'aspect purulent ou mucopurulent, qui n'a pas valeur de surinfection bactérienne.
- **Otite congestive de l'enfant**
- **Otite séromuqueuse de l'enfant**
- **Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique**
- **Angine** avec TDR négatif chez l'enfant ou score de Mac-Isaac < 2 chez l'adulte.

Situations dans lesquelles **IL EST RECOMMANDE** de prescrire un antibiotique :

- **Otite moyenne aiguë purulente :**
 - de l'enfant de moins de 2 ans,
 - de l'enfant de plus de 2 ans : antibiothérapie d'emblée si fièvre élevée, otalgie intense ou difficulté de compréhension des consignes ou après réévaluation à 48-72 heures en cas de symptômes initiaux peu bruyants
 - de l'adulte
- **Sinusite aiguë de l'adulte**, dans les cas suivants :
 - sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale
 - sinusite aiguë maxillaire caractérisée, ou échec d'un traitement symptomatique initial ou complications
 - sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale supérieure
- **Sinusite aiguë de l'enfant**, dans les formes :
 - aiguës sévères de sinusite maxillaire ou frontale
 - tableau de rhinopharyngite se prolongeant au-delà de 10 jours sans signe d'amélioration ou se réaggravant secondairement
- **Angine à streptocoque A** avec TDR¹ positif chez les enfants à partir de 3 ans et les adultes ayant un score de Mac-Isaac ≥ 2 et un TDR positif.

L'amoxicilline est recommandée en première intention dans les infections respiratoires hautes

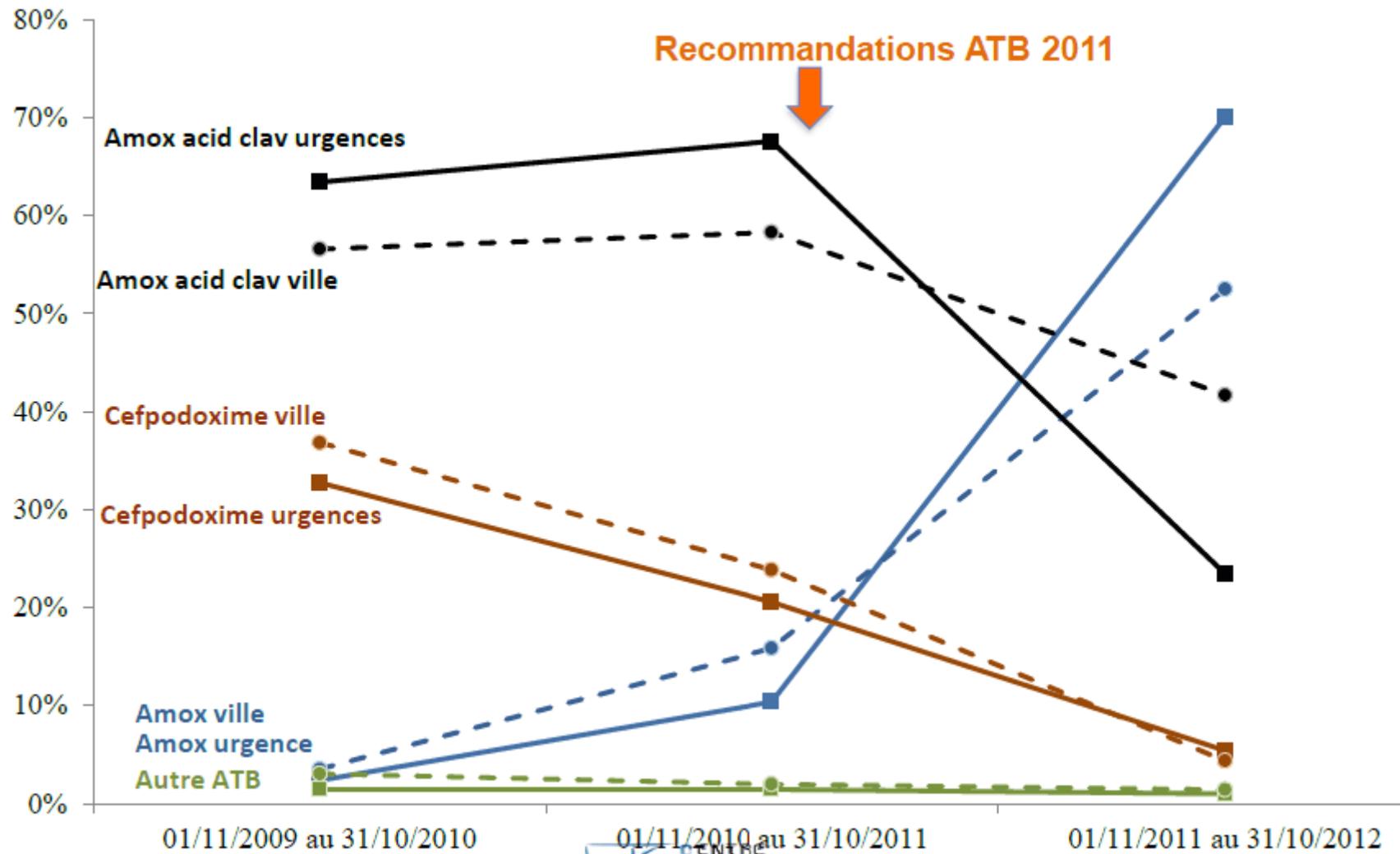
	Otite moyenne aiguë	Sinusite	Angine à streptocoque A	
Enfant	80-90 mg/kg/j pendant 8-10 jours (≤ 2 ans) et 5 jours (> 2 ans)	80-90 mg/kg/j pendant 8-10 jours	50 mg/kg/j (après 30 mois) pendant 6 jours	5

Les exceptions à l'amoxicilline en première ligne

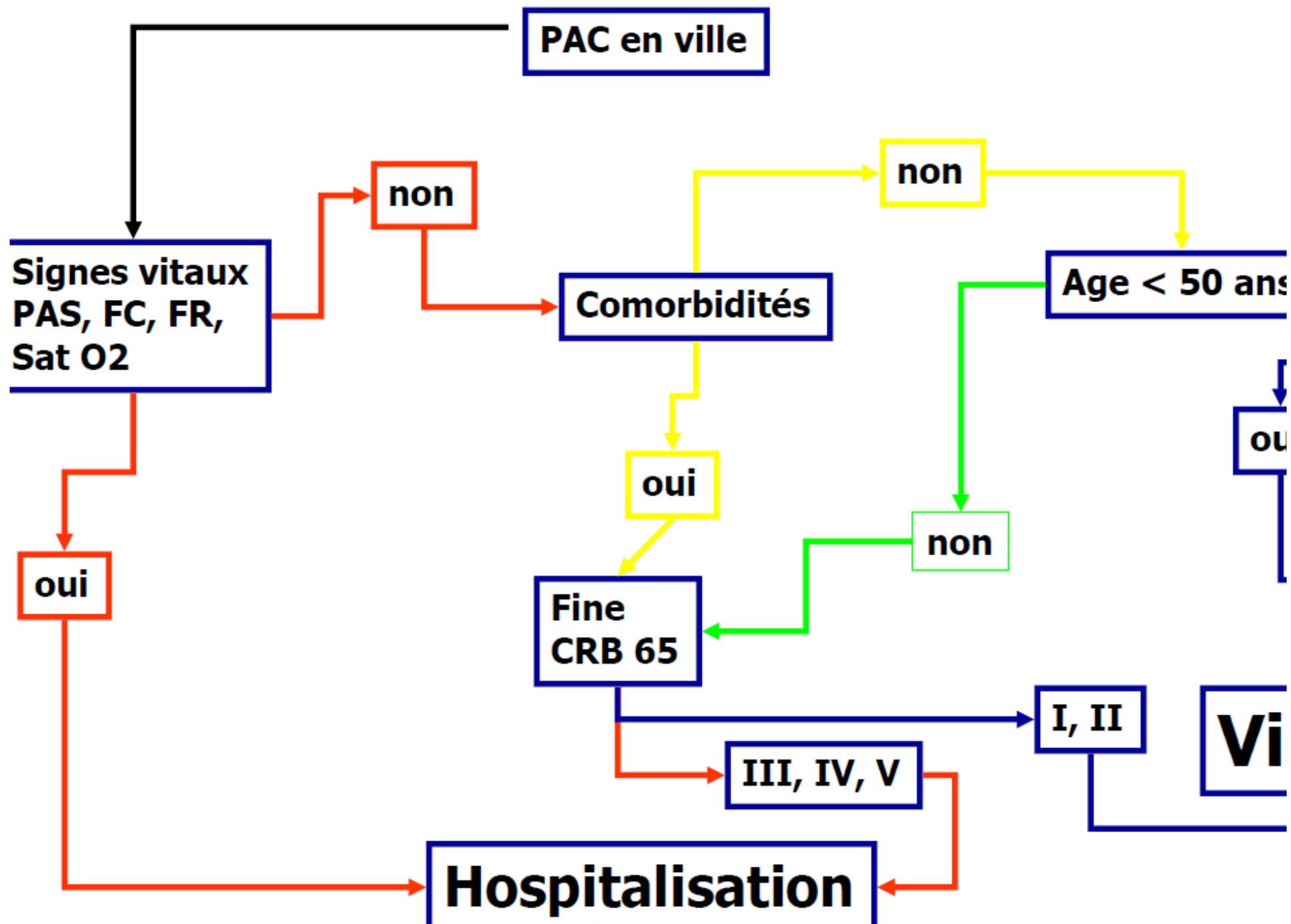
- OMA purulente + conjonctivite
 - Amoxicilline/ac-clavulanique 80 mg/kg/j sans dépasser la posologie adulte 3 gr/j
- Sinusite frontale
 - Amoxicilline/ac-clavulanique 80 mg/kg/j sans dépasser la posologie adulte 3 gr/j
- OMA purulente ou sinusite, ou angine en cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines
 - Cefpodoxime 8 mg/kg et par j sans dépasser la dose adulte
- En cas d'allergie aux céphalosporines
 - OMA purulente : Pediazole®
 - Sinusite : Pyostacine®
 - Angine : azithromycine, clarithromycine, josamycine

Des recommandations utiles!!!

ATB OMA ville et urgences pédiatriques



Les pneumopathies communautaires (PAC) - ATB dans la BPCO





PAC: antibiothérapie

- **Éléments d'orientation étiologique**
 - **A mon avis: AUCUN**
 - **Pour les experts**
 - **Aucun signe clinique, radiologique ou biologique, n'a de valeur discriminante suffisante pour identifier le micro-organisme en cause.**
 - **Il existe cependant des éléments d'orientation.**

PAC: recommandations ATB

Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité

	Premier choix <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	Echec à 48 h
Sujet présumé sain, sans signe de gravité <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télithromycine ² Hospitalisation si deuxième échec
<i>Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »³</i>	Amoxicilline ou pristinamycine ou télithromycine ²	FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télithromycine ² Hospitalisation si deuxième échec Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique**
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »³</i>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou pristinamycine ou télithromycine ² Hospitalisation si deuxième échec



PAC: recommandations ATB

Tableau 3 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité

Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité [sujet âgé en institution cf .Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou ceftriaxone*	Hospitalisation
---	--	------------------------

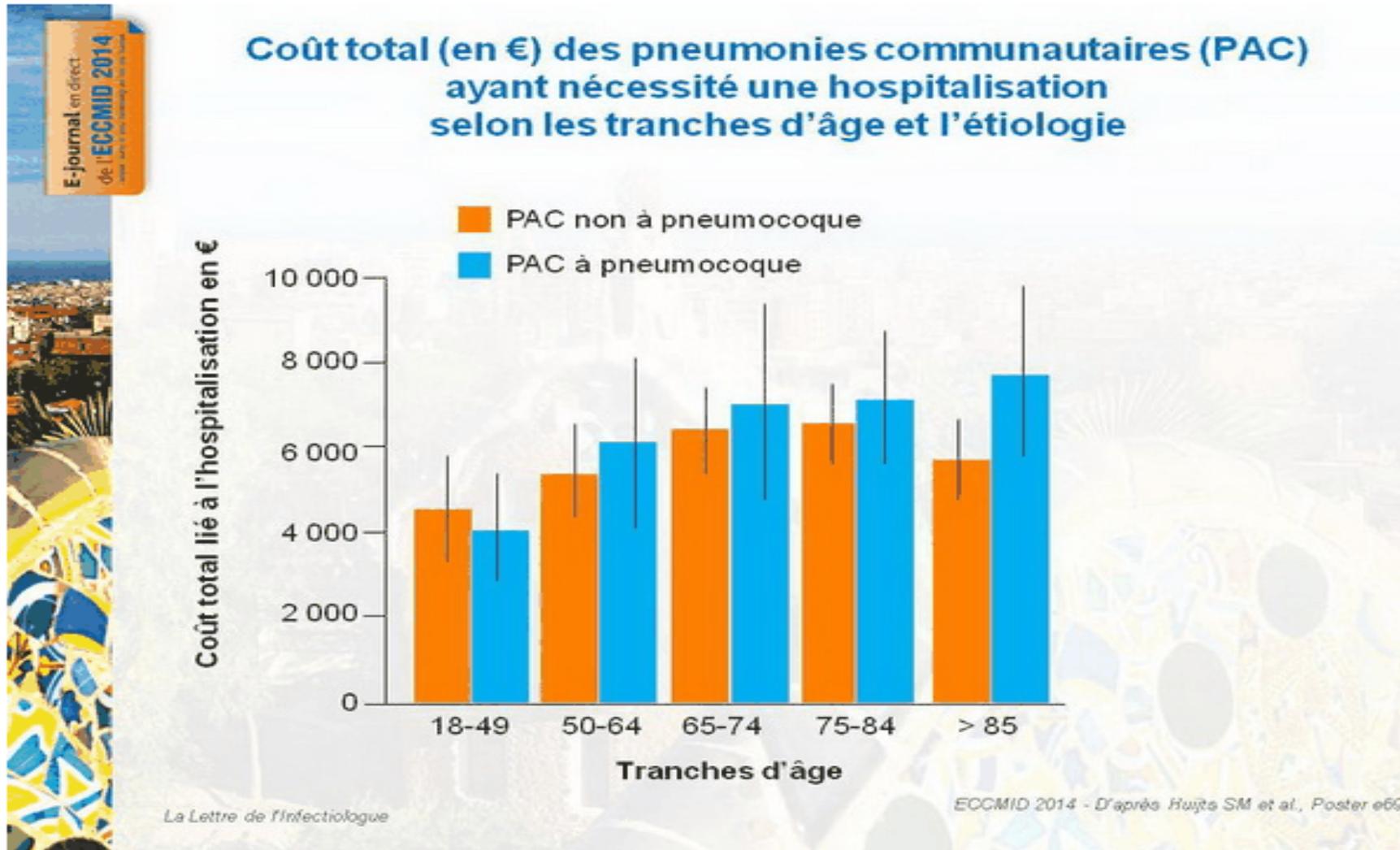
PAC: recommandations ATB

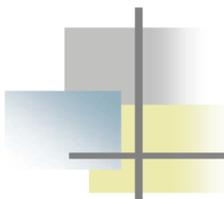
Tableau 4 : Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires non graves, hospitalisées (service d'urgence ou de médecine), situation générale

	<u>Premier choix</u>	<u>Echec à 48 h</u>
Arguments en faveur du pneumocoque (pneumocoque fortement suspecté ou documenté) ⁴ <i>Sujet jeune, sujet âgé ou sujet avec co-morbidité(s)</i>	Amoxicilline	Réévaluation
Pas d'argument en faveur du pneumocoque <i>Sujet jeune</i>	<u>Premier choix</u> Amoxicilline ou pristinamycine ou télithromycine ²	<u>Echec des Bêta-lactamines à 48 h</u> Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) ¹ Réévaluation
<i>Sujet âgé*</i> <i>Sujet avec co-morbidité(s)</i>	Amoxicilline/acide clavulanique ou céfotaxime ou ceftriaxone ou FQAP (lévofloxacine) ¹	Association à un macrolide ou substitution par FQAP (lévofloxacine) ¹ Réévaluation

* y compris en institution

Estimation coût PAC en 2014

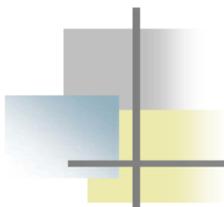




BPCO: antibiothérapie

Tableau 9 : Exacerbations de BPCO : Indications et choix de l'antibiothérapie

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
<u>En absence d'EFR connus</u> Absence de dyspnée	<u>Résultats EFR connus</u> VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou céfpodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristinamycine ou télithromycine ¹

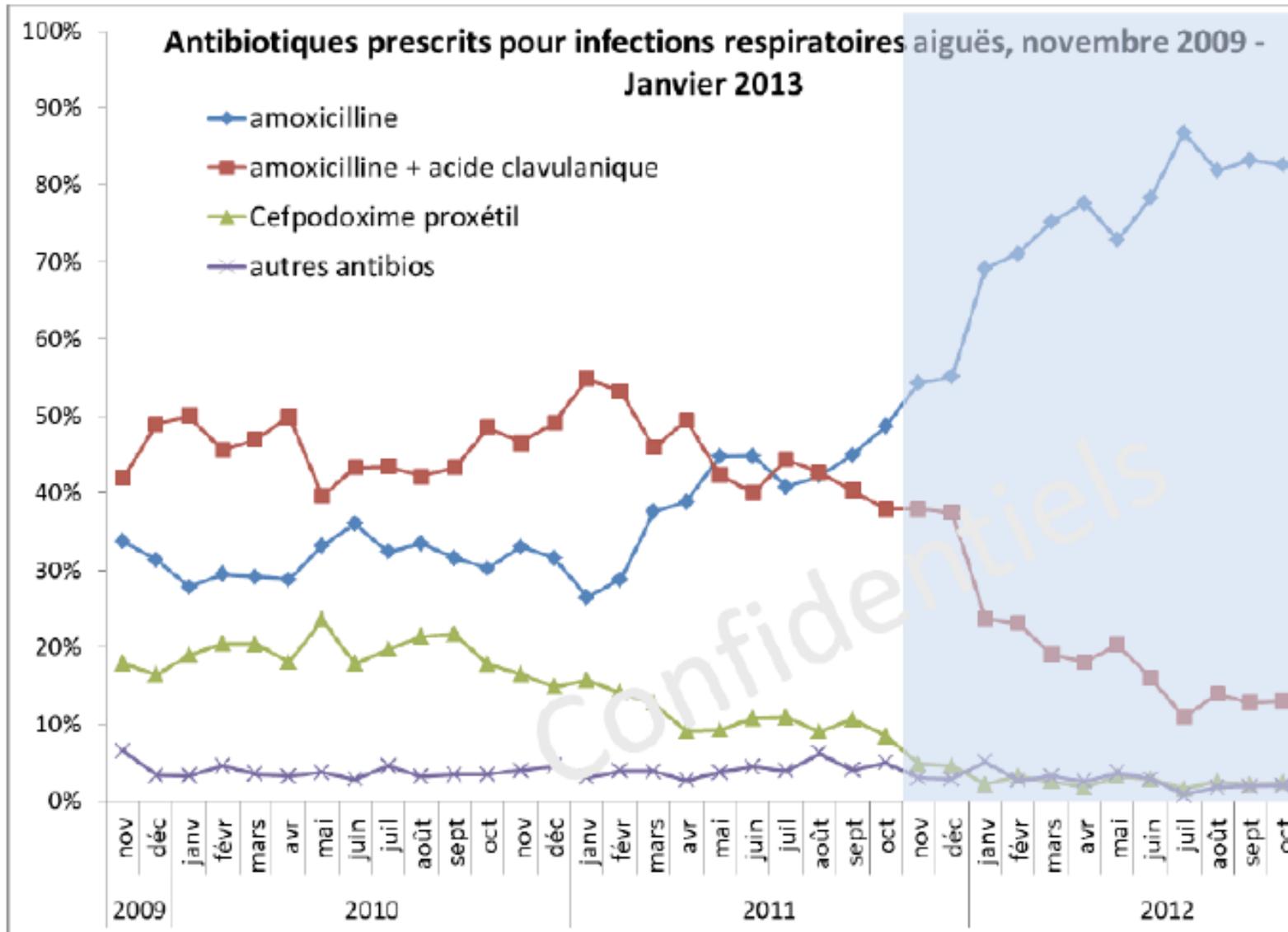


BPCO: antibiothérapie

Tableau 9 : Exacerbations de BPCO : Indications et choix de l'antibiothérapie

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
<u>En absence d'EFR connus</u>	<u>Résultats EFR connus</u>		
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine) ²

Des recommandations utiles!!!



F Angoulvant Mars 2013 étude PARI

Infections urinaires communautaires 2014

RECOMMANDATIONS INFECTIONS URINAIRES 2014

Actualités

Appel à commentaires avant finalisation

→ La période de commentaires avant finalisation des recommandations infections urinaires 2014 est terminée.

→ La version définitive sera mise en ligne le 31 mai 2014.



☑ auteur :

→ [webmaster](#)

☑ date de publication :

→ 30/04/2014

Infections urinaires communautaires 2014

□ Quelques ex:

- IU à risque de complications VS compliquées
- Les FQ en **3 ème** intention pour cystites aiguës simples
- Pas d'echo pour PNA **non** hyperalgique
- Pas d'ECBU de contrôle systématique pour PNA
- PAS de FQ en probabiliste si PNA grave
- Algorithme de PEC de l'IU masculine
- BU: VPP chez l'homme et VPN chez femme

□ Mise au point disponible 31 mai 2014

Conclusion:

- Problématique individuelle et collective / ATB et Résistance
- Retour en force de la Peni A
- Gros frein sur les FQ:
 - Respiratoire haut ou bas
 - Urinaire
- Volonté forte de réduire la pression de sélection ATB
- Durée ATB raccourcie

Contact:

- Pour nous joindre:
- 2 PH Maladies Infectieuses et Tropicales
 - Dr Fily Fabien poste 6488
 - f.fily@ch-stmalo.fr
 - Dr Dupont Mathieu poste 6351
 - m.dupont@ch-stmalo.fr
- CH St Malo: Service de Maladies Infectieuses et Respiratoires: 02 99 21 21 70