

LE REFERENT EN ANTIBIOTHERAPIE

RETOUR D'EXPERIENCE

Dr Armelle RABJEAU

Présentation

➤ **Profession : Pharmacien**

➤ **Etablissement de santé : CH DOUE LA FONTAINE**

➤ **(ex Hopital Local)**

Nombre de lits : 255 (225 EHPAD, 30 SSR, 10 Médecine)

Activité principale : EHPAD

Services de maladies infectieuses : non

Les moyens

➤ Temps dédié : 0,001

➤ Equipe opérationnelle :

Externe : Convention CH Saumur (PH, IDE hygiéniste)

Interne : IDE en cours de formation hygiéniste

➤ Commission des anti-infectieux

Intégrée dans chaque COMEDIMS

Les actions mises en place dans mon établissement

- Commission anti-infectieux : oui au cours COMEDIMS
- Suivi des consommations antibiotiques (Consores)
- Protocoles d'antibiothérapie : Prise en charge des infections urinaires, Protocole antibiothérapie 1^{ère} intention (validation MedQual)
- Liste d'antibiotiques ciblés : FQ et « hors livret » délivrances nominatives
- Réévaluation à 48/72 h : secteur sanitaire : rappel par la pharmacie si non tracé
- Formation des nouveaux prescripteurs : à venir : changements récents dans l'équipe médicale

Les actions mises en place dans mon établissement

- Diffusion de messages clés :
- Pas de BU, ni ECBU en absence de signes cliniques
(messages auprès des soignants : Urines troubles, malodorantes : pas de BU : faire boire)
- Limiter l'utilisation de FQ
- Traçabilité diagnostic et réévaluation

Les actions mises en place dans mon établissement

- EPP : infections urinaires
- 30 dossiers EHPAD et SSR (traitement ATB à l'entrée dans l'établissement exclus)
- Signes cliniques
- Résultats BU/ECBU
- Traçabilité diagnostic
- Clairance créatinine
- Pertinence traitement antibiotique
- Traçabilité réévaluation
- désescalade

Les actions mises en place dans mon établissement

- Résultats SSR>EHPAD
- Traçabilité diagnostic, réévaluation, fonction rénale
- Points à améliorer :
- Traçabilité signes cliniques et diagnostic
- Pertinence mise en route traitement ATB EHPAD
- Traçabilité de réévaluation

Les difficultés

- Positionnement /communication

- Manque de temps :
 - faible disponibilité des médecins intervenants
 - pas de « vrai » temps référent ATB dédié et identifié
(pas le temps d'approfondir)

- Ecart théorie/réalité clinique
- Au-delà des recommandations, reste plus de questions, (+/- intermédiaire)
- Nécessaire collaboration pluri-professionnelle, pour compléter les informations et apporter
- réponse pratique, adaptée, au bon moment

Les petits succès

- prélèvement escarre non réalisé en EHPAD
- Quelques ECBU « de contrôle » évités
- Appel référent pour avis sur ECBU positif avec BMR mais absence de signes cliniques → ttt antibiotique non débuté + précautions complémentaires contact + surveillance

Des questions en plus

- Infection urinaire chez femme agée 1ere intention Nitrofurantoine mais souvent CI car IR
- ECBU + sans antibiogramme ?
(1 corynebacterium minutissimum isolé à plusieurs reprises chez une femme agée)
(1 cas aerococcus viridans chez un homme âgé → a été traité par nitrofurantoine (non recommandé chez l'homme))

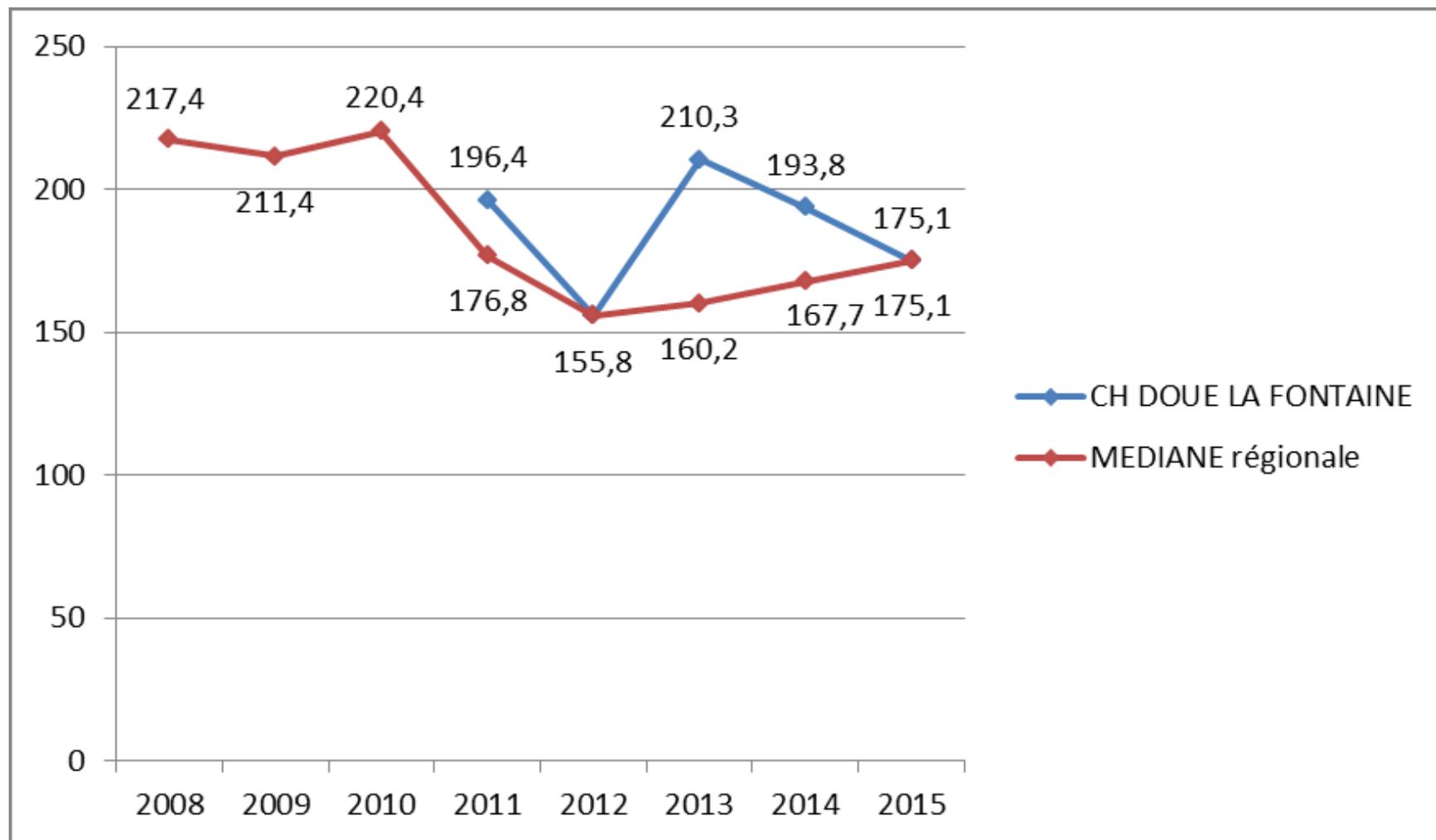
Reprise ttt ATB C3G 3 IM/j : élévation inexplicquée de CRP depuis arrêt ATB (8 j amoxicilline puis 14j cefotaxime)

CONCLUSION

- Pas si simple
- Progression pas à pas
- Encore des questions
- Valorisation et mesure de l'activité ?
- Consommation ATB n'est pas toujours un bon reflet (ex soins de suite patient porteur infection ostéo-articulaire)

SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Evolution de la consommation ATB DDJ/1000JH



Recommandations pour la prise en charges en 1ere intention des principales infections CH de Doué la Fontaine

- Ce document est un résumé, il tient compte des recommandations en vigueur en janvier 2016 et du profil des patients/résidents habituellement pris en charge au CH de Doué la Fontaine.
- Aides à disposition : gratuit en ligne : www.antibiocllic.com www.medqual.fr
- Référent externe : Dr Baudoux CH Saumur : veronique.baudoux@chsaumur.fr
- Recommandations générales :
- Antibiotiques chez le sujet âgé : bon usage = moindre usage
- Ni BU, ni ECBU sans signes cliniques,
- Réévaluation à 48h
- Ulcères et escarres : Pas d'écouvillon en EHPAD
- Eviter Fluoroquinolone (FQ) si prescription dans les 6 mois précédents
-
- Infections urinaires
- Cystite à risque de complication (femme âgée >75 ans, signes cliniques et ECBU +)
- Selon Antibiogramme : Amoxicilline, Pivmecillinam, Nitrofurantoïne, amox/ac clavulanique, céfixime durée 7 jours, FQ, TMP/SMX durée 5 jours.
- Si le traitement ne peut être différé, nitrofurantoïne 300mg/j 5 jourS
- Pyélonéphrite aiguë (PNA) :
- C3G inj (Ceftriaxone) ou FQ puis relais selon antibiogramme durée totale 10 à 14j
- En cas de traitement par FQ ou de traitement poursuivi par bêta-lactamine injectable, 7 jours
- Infection urinaire masculine
- Traitement à privilégier : TMP/SMX ou Ofloxacine ou Ciprofloxacine durée 14 j
- Infections respiratoires
- Bronchite aiguë : Pas d'antibiotique si absence comorbidité. En cas de doute, si la clinique ne permet pas de différencier une bronchite d'une pneumopathie ou que la RxT ne peut être réalisée, possibilité d'instaurer une antibiothérapie (Amoxicilline).
- Pneumopathie d'inhalation : amox/ac clavulanique 7j
- Pneumonie aiguë communautaire (PAC) si pneumocoque fortement suspecté : Amoxicilline 7 à 14 j
- Autres PAC : AMOX/AC ou C3G inj alternative Levofloxacine (sauf si FQ dans les 3 mois)
- Infections cutanées
- Erysipèle : Amoxicilline 10 à 15 j, alternative Pristinamycine 10-15j

Infections urinaires

Messages clés : Ni BU ni ECBU en absence de signes cliniques

Pour plus de détails s

Préférer à la procédure de diagnostic et traitement des infections urinaires chez le sujet âgé

type	caractéristiques	traitement	alternative
Cystite compliquée	femme âgée >75 ans, signes cliniques et ECBU +	selon ATBG	
PNA		C3G ou FQ	Relais selon ATBG durée totale 10 à 14j
Infection masculine			

infections respiratoires

Messages clés : Réévaluation à 48 h

Associer kiné respi

type	caractéristiques	traitement	alternative/Echec à 48h
bronchite aiguë	Le plus souvent virale Rarement simple chez le sujet âgé	abstention thérapeutique	Si doute sur pneumopathie Amoxicilline ou AMOX/AC
pneumopathie d'inhalation	Favorisée par décubitus, SNG, troubles déglutition, mauvais état bucco-dentaire, psychotrope, IPP ?	AMOX /AC CLAVULANIQ UE 1g x3/j 7 j	Ceftriaxone inj + Métronidazole
pneumopathie communautaire avec arguments en faveur de pneumocoque	Début brutal Fièvre élevée Malaise général hyper PNN	AMOXICILLIN E 1 g 3x/j 7 à 14 j	Réévaluation hospitalisation en cas de signes de gravité
pneumopathie aiguë	Début progressif	AMOX/AC	