

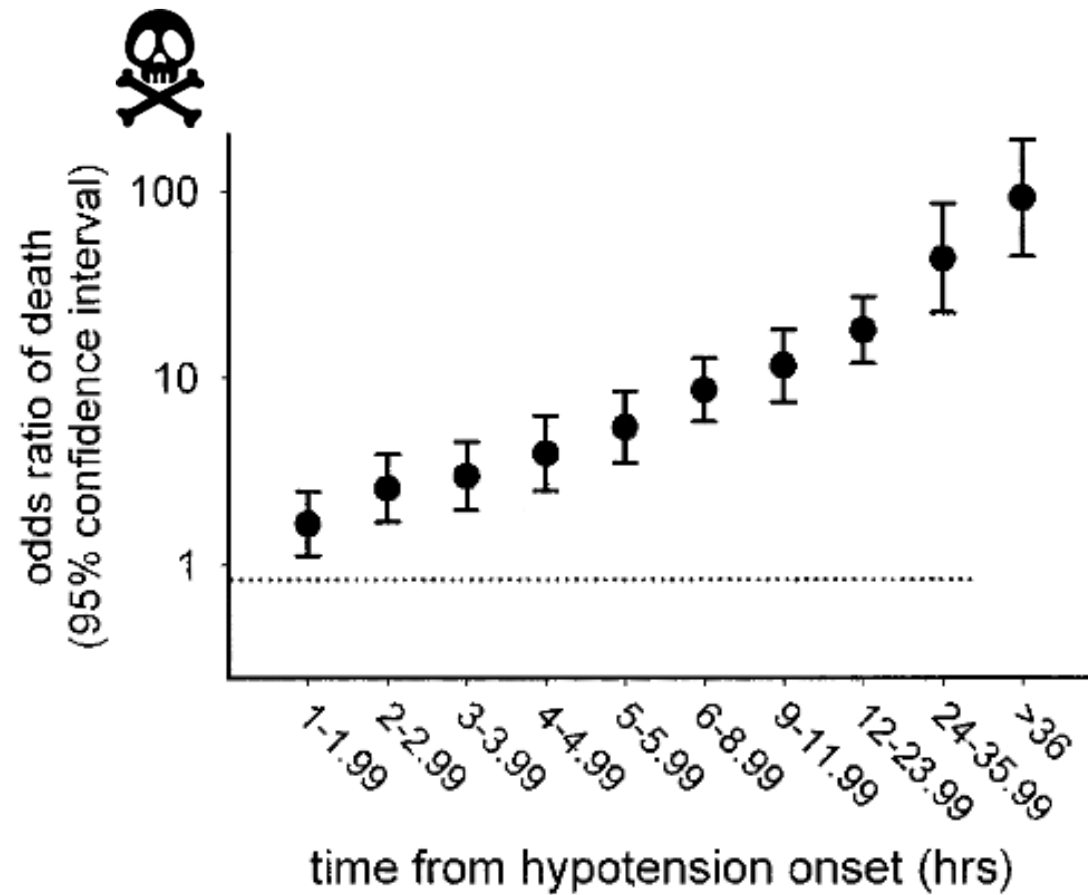


Antibiothérapie du patient grave: *ou l'art de la prise en charge d'un sepsis en SAUV*

RENAU - 13 Juin 2019

Virginie Vitrat – Centre Hospitalier Annecy Genevois

Réagir vite!



Poser le diagnostic d'urgence infectiologique

QuickSOFA

PA \leq 100 mm Hg
FR \geq 22/min
Confusion

Origine septique

Temp < 36 ou > 38 ,
Leucocytes > 12 ou < 4
Point d'appel clinique

≥ 2 :

monitorage
accru + avis
réanimateur

**Patient septique avec score qSOFA = 2
→ 10 % mortalité hospitalière**

Dénutrition
Âges extrêmes
Immunodépression
Etc...

Apyrécie

Patient
hypertendu

**Une TA normale
n'élimine pas un
choc**

Les pièges diagnostiques

The Absence of Fever Is Associated With Higher Mortality and Decreased Antibiotic and IV Fluid Administration in Emergency Department Patients With Suspected Septic Shock

Daniel J. Henning, MD, MPH^{1,2}; Jeremy R. Carey, MD²; Kimie Oedorf, BSc¹; Danielle E. Day, BSc¹; Colby S. Redfield, MD¹; Colin J. Huguenel, MD¹; Jonathan C. Roberts, MD¹; Leon D. Sanchez, MD, MPH¹; Richard E. Wolfe, MD¹; Nathan I. Shapiro, MD, MPH^{1,3}



2017

TABLE 4. Results From the Multivariable Logistic Regression Model Predicting Mortality

Covariate	OR	95% CI	p
Afebrile	4.29	2.24–8.23	< 0.001
Tachypnea > 24 breaths/min	2.14	1.12–4.07	0.02
Bicarbonate < 20 mEq/L	2.31	1.21–4.41	0.01
Lactate (mmol/L)	1.42	1.23–1.64	< 0.001
No emergency department antibiotics	0.26	0.09–0.80	0.02
Total IV fluids (L)	0.69	0.57–0.85	< 0.001

**Penser aux hémocultures devant un état de choc
inexpliqué, même sans fièvre**

Réagir bien!

antibiothérapie initiale inadaptée = augmentation de la mortalité

Table 7. Risk factors independently associated with 28-day and in-hospital death by multivariate analysis

Risk Factor	28-Day Mortality	In-Hospital Mortality
	OR (95% CI)	OR (95% CI)
SOFA (1st day)	1.43 (1.32–1.55)	1.29 (1.19–1.40)
ΔSOFA (3)	1.52 (1.34–1.72)	1.40 (1.19–1.65)
Urological sepsis	0.11 (0.04–0.35)	0.14 (0.05–0.41)
IEAT in nonsurgical sepsis	4.42 (1.17–16.7)	8.14 (1.98–33.5)
AEAT in surgical sepsis	0.35 (0.16–0.76)	0.37 (0.18–0.77)
Respiratory failure		3.12 (1.54–6.33)

ANTIBIOTHÉRAPIE ADAPTÉE?

- Quand considérer le risque BMR?
- Mono ou bithérapie?
- Place des aminosides?

Prise en compte des BMR?

Dans quelles situations y penser? → Risque BLSE >>> risque SARM

- **FDR EBLSE:**

- exposition à un antibiotique (amoxicilline-acide clavulanique, C2G, C3G, fluoroquinolones, pipé/tazo) dans les 3 mois précédents
- une infection nosocomiale ou liée aux soins (= associée aux soins) ;
- un antécédent de colonisation ou d'infection à entérobactérie résistante aux C3G dans les 3 mois
- un voyage à l'étranger dans les 3 mois dans les zones géographiques connues à risque

Pénèmes

Tazocilline+
amikacine

- **FDR SARM/SCNMR:**

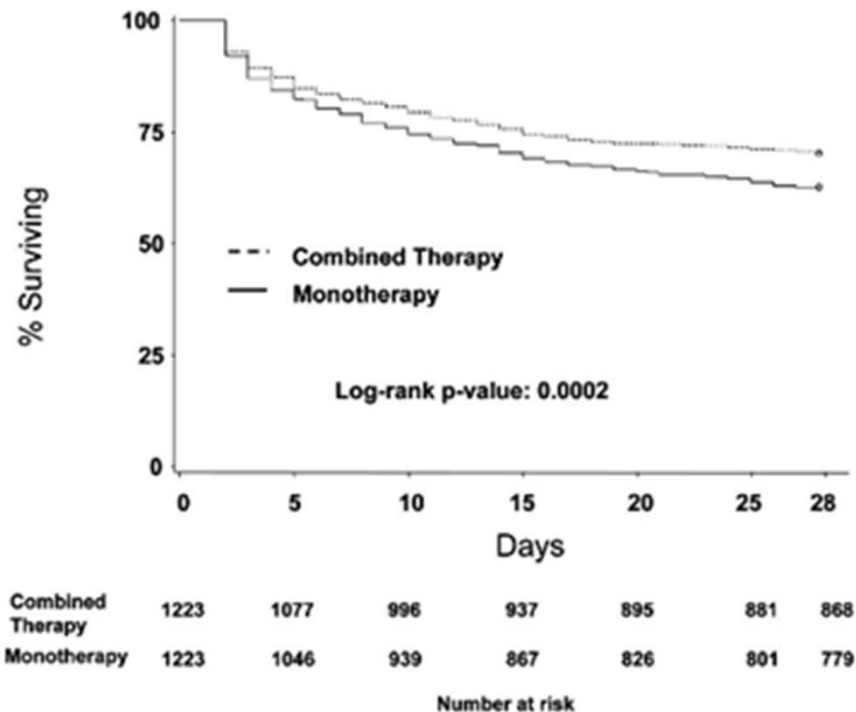
- infection cutanée et voyage à étranger
- Infection sur matériel (VVC, prothèse, etc..)

Vancomycine
ou
Daptomycine

FDR BLSE	Situations cliniques			
	IU sans signe de gravité (simple ou à FDR de complication)	IU grave		
		Geste urologique	Sepsis grave	Choc septique
- ATCD colonisation / IU à EBLSE < 6 mois	non	oui	oui	oui
- Amox-clav ou C2G ou C3G ou FQ < 6 mois	non	non	non	oui
- voyage récent en zone d'endémie	non	non	non	oui
- Hospitalisation < 3 mois	non	non	non	oui
- Vie en long séjour	non	non	non	oui

CARBAPÉNÈME:
seulement si infection à risque de BGN **ET** choc
septique **ET** FDR

Mono ou bithérapie?



Étude retrospective,
4662 patients choc septique

- Bénéfice avec bêta-lactamine + aminoside (43%)/FQ/macrolide
- Bénéfice moins marqué si administration précoce des ATB

Dans la **pneumonie communautaire grave**: pas de supériorité des FQ/ macrolides

→ C3G + spiramycine

Probablement dans le **choc septique sans point d'appel ou sepsis urinaire, abdominal**

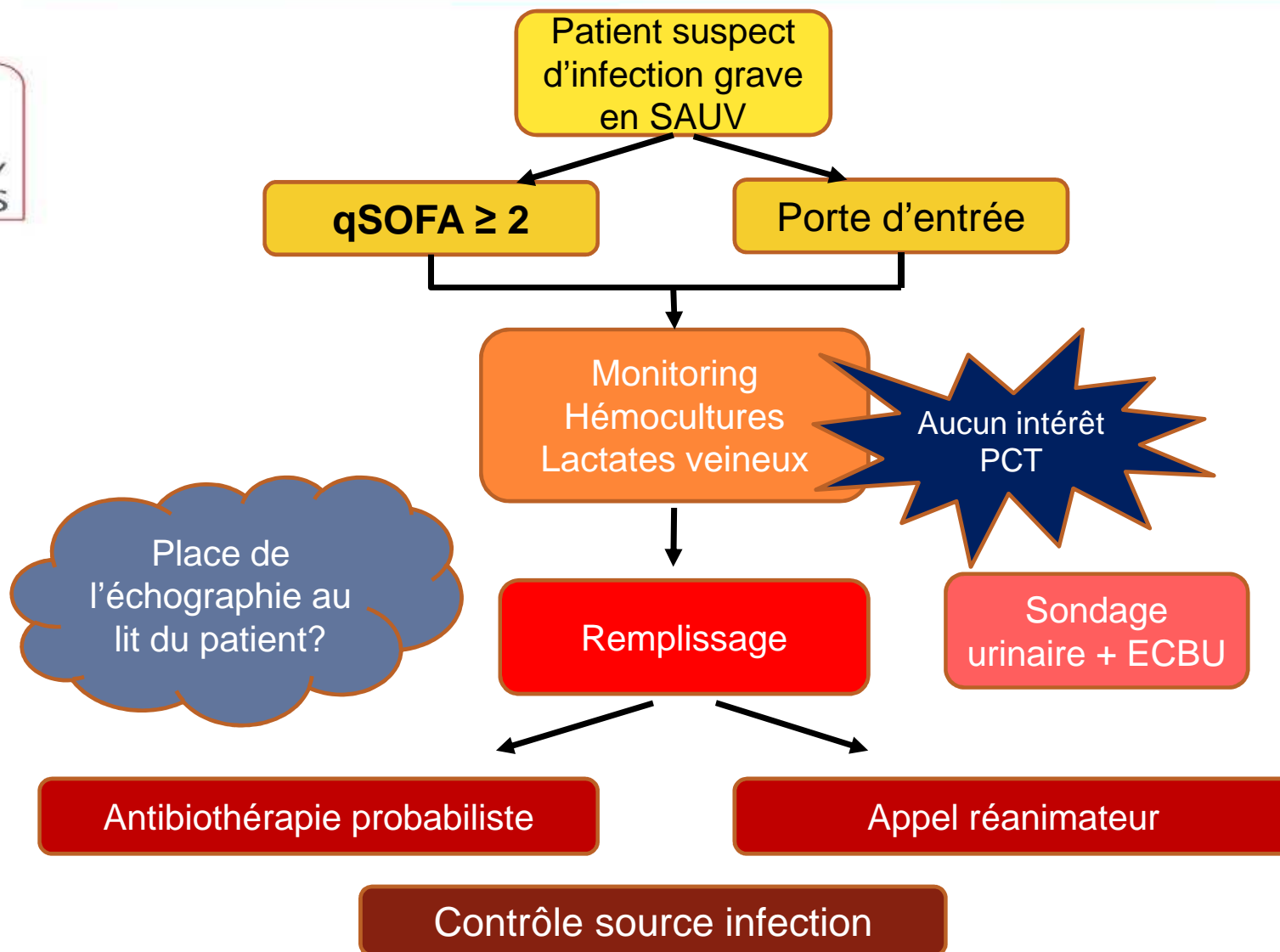
→ Association avec un aminoside

AMINOSIDES

NON dans les infections neuroméningées et pulmonaires

OUI dans choc septique avec point d'appel urinaire ou digestif ou risque de BMR

En dose unique journalière, durée courte, fortes doses, attention FDR (cirrhose)



Quels prélèvements pour quel patient?

- **Hémocultures pour tous avant ATB**

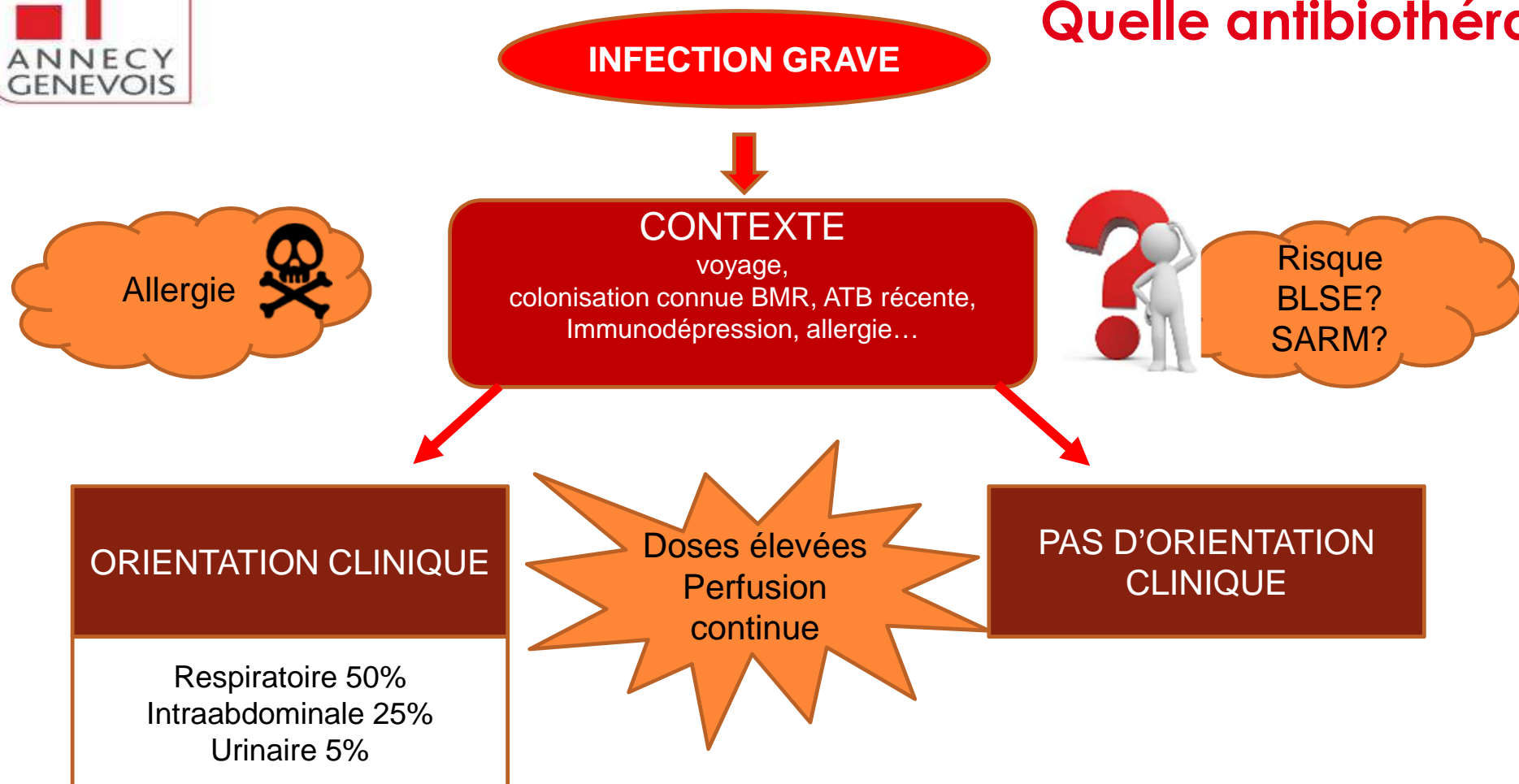
- ✓ Sensibilité = volume total de sang dans les flacons = 40 ml minimum
- ✓ Ponction unique de **40 à 60 ml** (soit 4 à 6 flacons)
- ✓ **Ponction veineuse directe** (pas sur VVC)
- ✓ Commencer par 1 flacon aérobie puis 1 flacon anaérobie puis ordre peu important
- ✓ Numérotter les flacons d'hémocultures

PONCTION UNIQUE

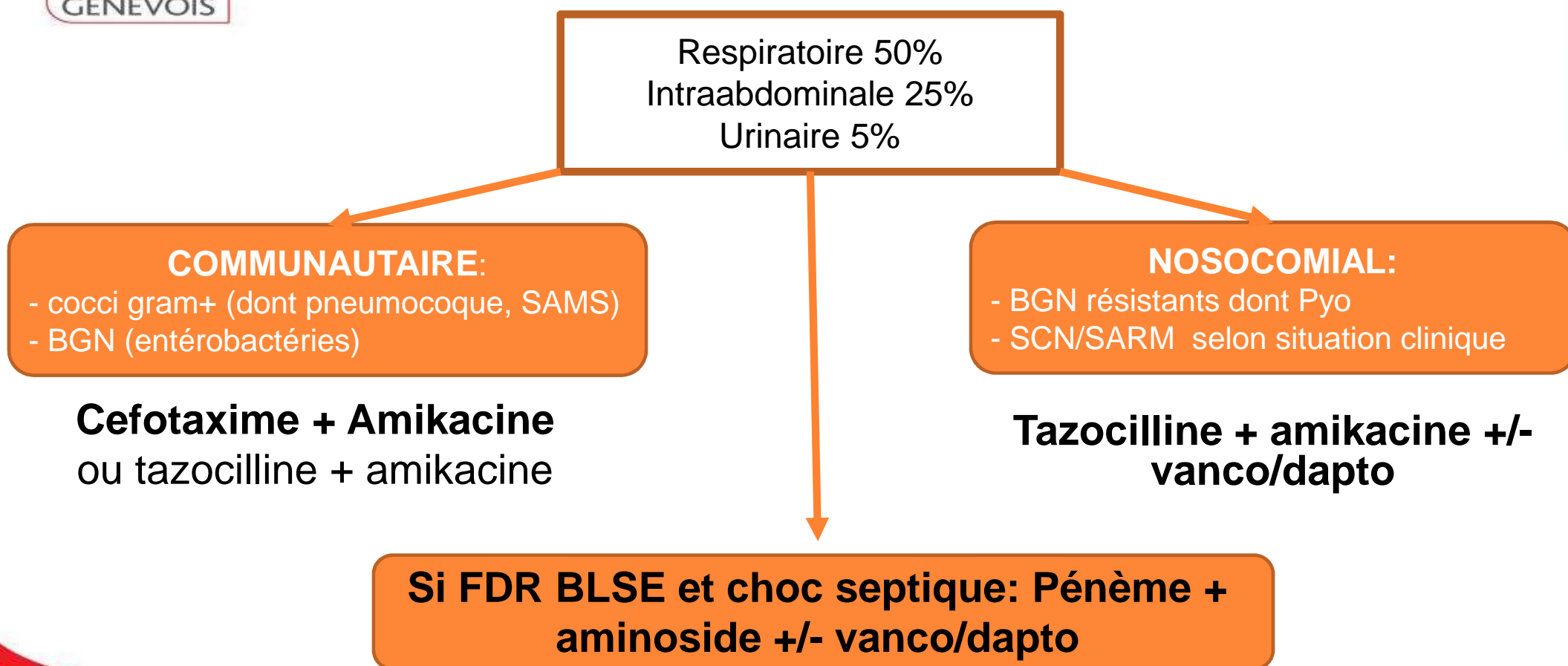
- Améliore la sensibilité
- Diminue le risque de contamination

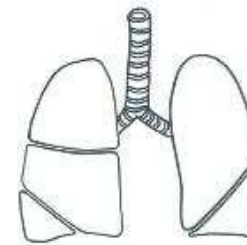
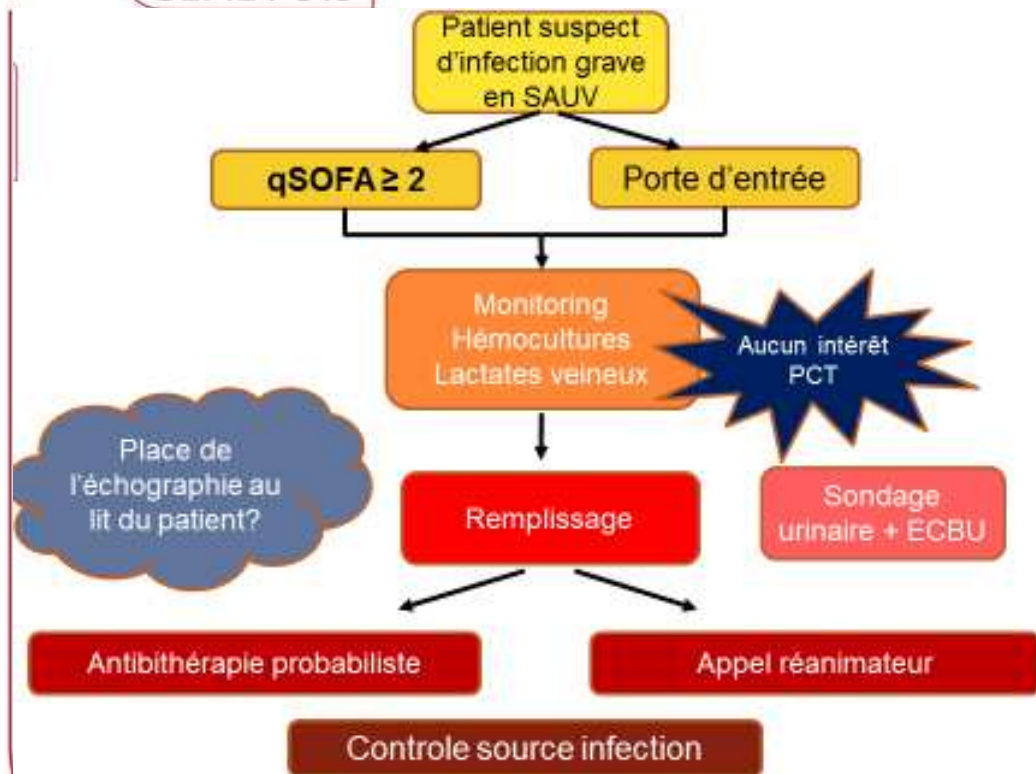
- **Autres prélèvements selon origine suspectée et faisabilité rapide** (ECBU, ponction lombaire, prélèvement cutané)

Quelle antibiothérapie?



Sepsis avec signe de gravité sans orientation clinique

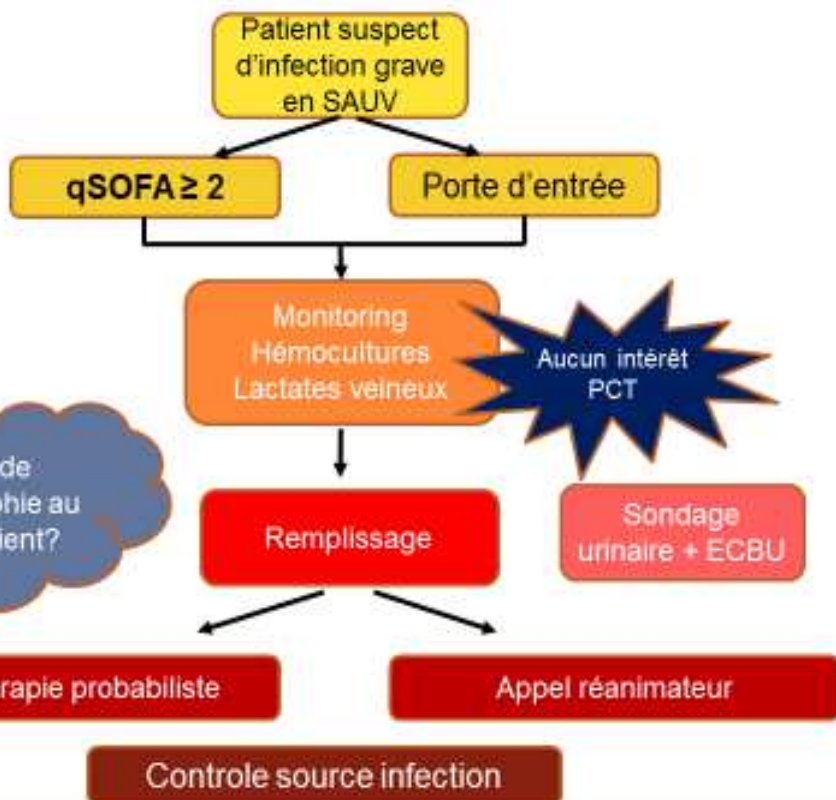




Ag urinaire, RT+/- écho au lit du patient

- Bithérapie uniquement si réanimation/soins continus : **C3G + macrolide***
- (Oseltamivir si grippe)

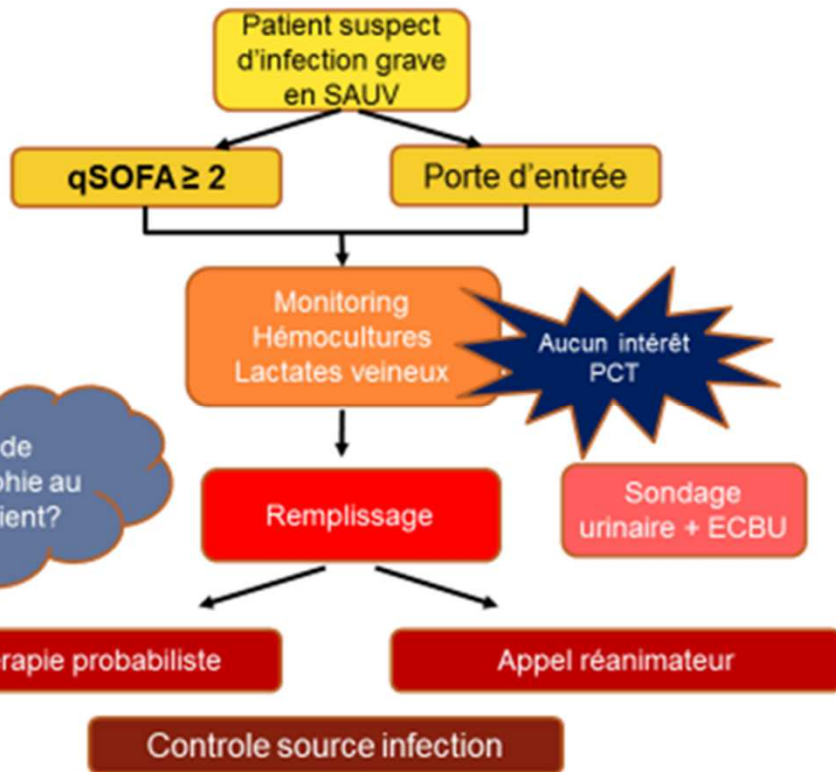
Drainage pleurésie



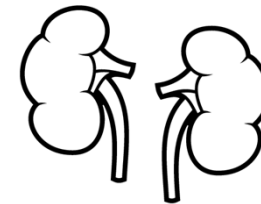
- [BH, lipasémie]
- [Echo au lit du patient]
- [**Tazocilline+amikacine* +/- caspofungine si FDR candida****]
- [+/- Chirurgie]

**FDR candida: femme, > 50 ans, susmésocolique

* Sauf FDR BLSE et choc septique: imi/méropénème + amikacine

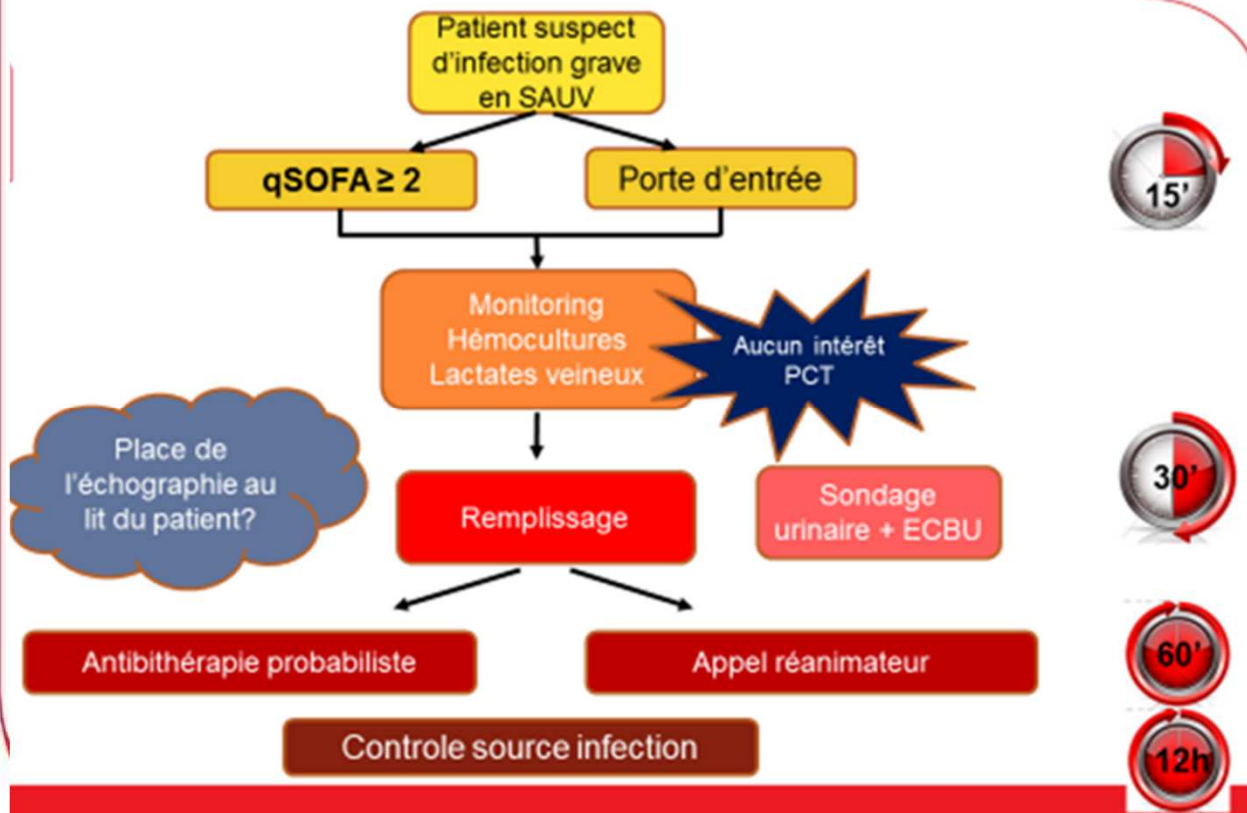


Place de l'échographie au lit du patient?



- [ECBU
- [Échographie voies urinaires: obstacle?
- [Communautaire: C3G + amikacine*
- [Associée aux soins: tazocilline+ amikacine*
- [+/- Drainage voies urinaires

Patient porteur d'un dispositif vasculaire invasif



- Signes locaux
- Fièvre en début d'utilisation
- Idéalement: hémocultures centrales en même temps que périphériques
- Cefepime ou Tazo + daptomycine / vancomycine**
- Ablation PAC/VVC

Take Home messages

- Intérêt Quick SOFA et lactates veineux au SAU
- Antibiothérapie probabiliste adaptée dans l'heure (communautaire vs nosocomiale, FDR BLSE?)
- Bithérapie initiale souvent (bétalactamine + FQ ou amikacine)
- Avis réanimateur si pas d'amélioration dans l'heure
- Traitement de la porte d'entrée