




## Antibiothérapies probabilistes aux urgences

RENAU - 16 juin 2017  
Virginie Vitrat- Centre Hospitalier AnnecyGenevois




## Cas clinique N° 1


Mr V, 79 ans, fumeur, autonome à domicile  
Adressé par son médecin généraliste pour:

- fièvre à 38° 8,
- frissons
- « gêne respiratoire »
- Depuis la veille au soir

ATCD: HTA, ACFA, arthrose


TA: 110/70, Fc 100, FR 28/min  
Peu compliant à l'auscultation : doute sur crépitants base gauche





**Quel(s) examen(s) réalisez-vous?**


1. Radiographie thoracique
2. Biologie standard avec BH
3. Hémocultures
4. Ag urinaire pneumocoque
5. Ag urinaire légionelle
6. aucun




**Quel(s) examen(s) réalisez-vous?**


1. Radiographie thoracique
2. Biologie standard avec BH
3. Hémocultures
4. Ag urinaire pneumocoque
5. Ag urinaire légionelle
6. aucun





## Radiographie thoracique Mr V







## **Vous retenir un diagnostic de pneumonie aigue communautaire sans signe de gravité**

Quelles affirmations retenir-vous?

1. Vous hospitalisez le patient
2. Vous traitez le patient en ambulatoire
3. Vous initiez une antibiothérapie par amoxicilline - acide clavulanique ou ceftriaxone
4. Vous initiez de l'amoxicilline
5. Vous initiez de la levofloxacin
6. Durée de traitement: 5 jours
7. Durée de traitement 7 jours







**Vous retenez un diagnostic de pneumonie aigue communautaire sans signe de gravité**

Quelles affirmations retenez-vous?

1. Vous hospitalisez le patient
2. Vous traitez le patient en ambulatoire
3. Vous initiez une antibiothérapie par amoxicilline - acide clavulanique ou ceftriaxone
4. Vous initiez de l'amoxicilline
5. Vous initiez de la levofloxacin
6. Durée de traitement: 5 jours
7. Durée de traitement 7 jours



**Pneumonie communautaires : Score CRB 65 (CURB 65 simplifié)**

<b>C</b> Mental <b>C</b> onfusion	<div style="font-size: 3em; line-height: 1;">}</div> <p>si 0 critère : traitement ambulatoire possible, ≥ 1 critère : évaluation à l' hôpital)</p>
<b>R</b> Respiratory rate ≥ 30/min	
<b>B</b> Blood pressure: systolic < 90 mmHg or diastolic ≤ 60 mmHg	
<b>65</b> Age ≥ 65	



## Cas clinique n° 2

Pierre, 55 ans, sans antécédent, consulte en période d'épidémie grippale.

Vous apprenez qu'il a été en arrêt de travail il y a 10 jours pour syndrome grippal mais qu'il allait mieux depuis 5 jours.

Depuis ce matin:

- douleur basithoracique droite
- récurrence fièvre à 39°
- Crachats hémoptoïques

A l'examen:

Crépitations base droite


Pas de signe de gravité sauf FR à 30/min

Biologie: PNN 13 G/L, CRP 160, reste sans particularité





## Radiographie Pierre






### Quelles affirmations vous paraissent exactes?

1. Pierre souffre d'une pneumonie virale (grippale)
2. Pierre souffre d'une pneumonie bactérienne
3. Vous introduisez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique
4. Vous introduisez une antibiothérapie par ceftriaxone
5. Vous le surveillez sans antibiothérapie
6. Vous introduisez une antibiothérapie par amoxicilline

### Quelles affirmations vous paraissent exactes?

1. Diagnostic = pneumonie virale (grippale)
2. Diagnostic = pneumonie bactérienne
3. Vous introduisez une antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique
4. Vous introduisez une antibiothérapie par cefotaxime
5. Vous le surveillez sans antibiothérapie
6. Vous introduisez une antibiothérapie par amoxicilline



**CH ANNECY GENEVOIS**

## Pneumonies: documentation

- Documentation microbiologique rare (<40%)
- Quand documentation: S. pneumoniae ++ (hémoc, Ag urinaire)  
 Virus  
 Intracellulaires (Legionnelle, Mycoplasme, Chlamydiae)  
 BGN (terrain)  
 Anaérobies (inhalation)
- **Étiologie principale en fréquence et gravité: PNEUMOCOQUE**
- ECBC :  
 → non indiqué dans les pneumonies  
 → EABPCO : discuté si situations d'échec, patients avec antibiothérapies fréquentes ou ayant un stade de BPCO sévère (recherche notamment d'une bactérie multirésistante ou de Pseudomonas aeruginosa)
- Ag urinaire pneumocoque: Intérêt si gravité, échec traitement bêta-lactamine  
 Coût: 25 euros
- Ag urinaire légionnelle: si suspicion clinique ou PAC grave ou contexte épidémique

**les ANTIBIOS**  
juste ce qu'il faut

**CH ANNECY GENEVOIS**

## Pneumonies: antibiothérapie probabiliste

ATB < 4 h / admission = diminution de la mortalité

**ATB probabiliste des PAC non graves hospitalisées (SAU, Médecine)**

Arguments en faveur du Pneumocoque ?

OUI	NON				
<div style="background-color: #f8d7da; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amoxicilline</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; background-color: #d6d8db; padding: 5px;">Sujet jeune</td> <td style="width: 50%; text-align: center; background-color: #d6d8db; padding: 5px;">Sujet âgé, Comorbidités</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 10px;"> <div style="background-color: #d6d8db; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amoxicilline, Pristinamycine, (Télithromycine)</div> </td> <td style="text-align: center; padding: 10px;"> <div style="background-color: #d6d8db; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amox + ac. Clav, Céfotaxime, Ceftriaxone, FQAP</div> </td> </tr> </table>	Sujet jeune	Sujet âgé, Comorbidités	<div style="background-color: #d6d8db; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amoxicilline, Pristinamycine, (Télithromycine)</div>	<div style="background-color: #d6d8db; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amox + ac. Clav, Céfotaxime, Ceftriaxone, FQAP</div>
Sujet jeune	Sujet âgé, Comorbidités				
<div style="background-color: #d6d8db; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amoxicilline, Pristinamycine, (Télithromycine)</div>	<div style="background-color: #d6d8db; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Amox + ac. Clav, Céfotaxime, Ceftriaxone, FQAP</div>				

1<sup>er</sup> choix

Amoxicilline

Echec 48h

Echec de la B-L : Amoxicilline + Macrolide ou FQAP  
 Autres cas : Réévaluation

**les ANTIBIOS**  
juste ce qu'il faut



## Cas clinique N° 3

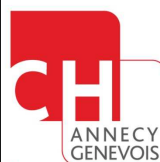
Madame D, 90 ans, vit en EHPAD, elle est vaccinée contre la grippe.

Elle est adressée aux urgences par l'IDE de la maison de retraite pour une toux grasse depuis 2 jours avec une gêne respiratoire et une asthénie.

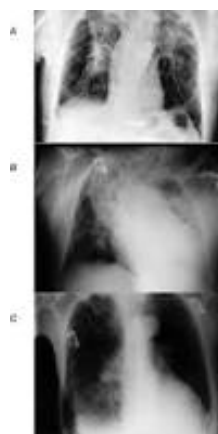
Cette patiente est traitée pour HTA, AC/FA et insuffisance cardiaque par IEC, diurétiques, anti Vitamine K, digitaliques et antagoniste calcique.

### A l'examen :

- Température: 38° 3.
- Râles bronchiques diffus dans les 2 champs pulmonaires et spasticité
- discrets OMI,
- Bon état général
- TA 150/80
- Fc 88 /min
- F Resp 20 /min
- SaO2: 94% en AA



## Radiographie thoracique Mme D




Ininterprétable!

- BU négative
- CRP 70, leucocytes: 11 G/ dont 8,9 PNN
- Reste du bilan sans particularité










## Quel diagnostic retenez-vous?

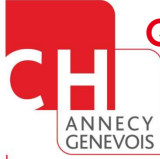
1. Une pneumonie bactérienne
2. Une bronchite
3. Un OAP
4. Une infection urinaire



## Quel diagnostic retenez-vous?


1. Une pneumonie bactérienne
2. Une bronchite
3. Un OAP?
4. Une infection urinaire





## Quel traitement antibiotique instaurez-vous en première intention?

- Aucun
- Amoxicilline
- Amoxicilline-acide clavulanique
- Ceftriaxone
- lévofloxacine





## Quel traitement antibiotique instaurez-vous en première intention?

- Aucun
- Amoxicilline
- Amoxicilline-acide clavulanique
- Ceftriaxone
- lévofloxacine



**CH ANNECY GENEVOIS**

## Bronchite aiguë de l'adulte

- Fréquent : 10 millions de cas par an
- Origine virale >90%

### Pas d'antibiotique chez l'adulte sain!

ATB à discuter si

- Comorbidité
- Terrain: pathologie respiratoire chronique
- Sujet âgés fragiles
- Durées courtes++ (5 jours)

==> Amoxicilline ou Cefuroxime axetil ou Cefpodoxime proxetil ou Pristinamycine

**LES ANTIBIOS**  
juste ce qu'il faut


**CH ANNECY GENEVOIS**

## Exacerbation de BPCO : comment traiter?

Pas de dyspnée	Dyspnée d'effort	Dyspnée moindre effort ou de repos
VEMS > 50%	VEMS ≤ 50%	VEMS < 30%
PAS d'ABT	ATB si purulence verdâtre	ATB systématique
	Amoxicilline, Cefuroxime axétil, Cefpodoxime proxétil*, Céftiam hététil*, Macrolide, Pristinamycine, (Télithromycine)	Amox + ac. Clav, C3G injectable, céfotaxime, ceftriaxone FQAP



\* L'émersion de souches sécrétrices de bêta-lactamase dans la communauté devrait faire limiter leur utilisation.  
Remarque : compte tenu des études, aucune hiérarchisation des molécules n'a pu être établie au sein de chaque groupe.

**LES ANTIBIOS**  
juste ce qu'il faut




**Cas n° 4**


- Cindy, 25 ans, consulte pour brûlures mictionnelles, pollakiurie sans fièvre ni douleur lombaire
- Elle n'a pas d'antécédent particulier, elle fait régulièrement des cystites et son médecin la traite habituellement par ofloxacine
- Elle n'en a plus, et aimerait bien que vous lui en prescriviez



**Quelles sont les réponses exactes?**


1. Vous réalisez un ECBU
2. Vous réalisez un bilan complémentaire avec créatininémie, NFS, CRP
3. Vous l'adrezsez à un urologue à distance
4. Vous lui prescrivez un sachet de fosfomycine-trometamol
5. Vous réalisez une bandelette urinaire
6. Vous lui prescrivez de l'ofloxacine comme demandé






## Quelles sont les réponses exactes?

1. Vous réalisez un ECBU
2. Vous réalisez un bilan complémentaire avec créatininémie, NFS, CRP
3. Vous l'adrezsez à un urologue à distance
4. Vous lui prescrivez un sachet de fosfomycine-trometamol
5. Vous réalisez une bandelette urinaire
6. Vous lui prescrivez de l'ofloxacine comme demandé






## Cystites simple/ à risque de complication/ récidivantes

	Cystite simple	Cystite à risque de complication	Cystites récidivantes
Critères	Clinique / BU	Clinique + BU + terrain	Clinique + BU
ECBU	Non (sauf femme enceinte)	Oui	1er épisode et si échec tt
Bilan complémentaire	Non	Oui	Non si examen clinique N
Antibiothérapie 1ere ligne	1. Fosfomycine-trométamol (1J) 2. Pivmecillinam (5J)	Attendre ECBU, sinon furadantine (7J)	Idem cystite simple

Pas de FQ dans la cystite!





## Cas clinique N° 5

- Jeannine 67 ans, consulte pour douleur intense à début brutal lombaire droite sans irradiation et fièvre à 38° 9 depuis le matin
- Pas d'antécédent
- Hémodynamique conservée, douleur à l'ébranlement lombaire droit
- Bilan: BU + leuco, sang et nitrites, créatininémie à 167, PNN 13G/L, plaquettes 122, reste RAS
- L'échographie réalisée devant l'ins. rénale et le caractère hyperalgique met en évidence une lithiase dans le haut uretère droit avec dilatation modérée des cavités pyélocalicielles droites



## Quelle est votre attitude?

1. Avis urologique
2. Je fais prélever une hémoculture en complément du bilan initial
3. Je débute un traitement par ofloxacine seul
4. Je début un traitement par ceftriaxone + amikacine
5. Je débute un traitement par piperacilline-tazobactam
6. Je débute un traitement par C3G injectable



**CH ANNECY GENEVOIS**

## Quelle est votre attitude?

1. Avis urologique
2. Je fais prélever une hémoculture en complément du bilan initial
3. Je débute un traitement par ofloxacine seul
4. **Je début un traitement par ceftriaxone + amikacine**
5. Je débute un traitement par piperacilline-tazobactam
6. Je débute un traitement par C3G injectable

**les ANTIBIOS juste ce qu'il faut**

**CH ANNECY GENEVOIS**

## Pyélonéphrite communautaire de la femme

**FDR de complication**

NON → **Gravité?** → OUI → **Hospitalisation**  
 • C3g\*+ aminoside  
 • ou pénème selon risque BLSE

OUI → Nécessite parfois adaptation molécule, dose, durée  
Exam complémentaires

NON → **Probabiliste: C3G inject ou FQ\***  
 (si pas de FQ dans 6 mois)  
 Réévaluation à 48-72: désescalade avec molécule à spectre étroit

**Durée:**  
 7 jours si FQ ou C3G injectable  
 10 jours sinon

Allergie vraie bétalactamine et CI FQ: aztreonam ou aminoside

**les ANTIBIOS juste ce qu'il faut**



## infections urinaires: grands principes

- BU: bonne VPN chez la femme, bonne VPP chez homme
- Probabiliste non grave homme ou femme : FQ ou C3G IV
- **Pas de FQ en probabiliste si FQ reçue dans les 6 mois**
- Prise en compte risque BLSE?

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

Attention au diagnostic par excès  
ECBU positif sujet âgé....fréquent!



## Mésusage ATB = sélection résistance...

Molécules	R	Molécules	S/R	Molécules	S/R
Amoxicilline	R	Amoxicilline	R	Amoxicilline	R
AMX / Ac clavulanique	R	AMX / Ac clavulanique	R	AMX / Ac clavulanique	R
Ticarcilline	R	Piperacilline/Tazobactam	R	Ticarcilline	R
Piperacilline / Tazobactam	R	Cefotaxime	R	Piperacilline / Tazobactam	R
Cefotaxime	R	Cefotaxime	R	Cefotaxime	R
Ceftriaxone	R	Ceftriaxone	R	Ceftriaxone	R
Ceftazidime	R	Ceftazidime	R	Ceftazidime	R
Imipénème	R	Imipénème	R	Imipénème	R
Ertapénème	R	Ertapénème	R	Ertapénème	R
Amikacine	R	Amikacine	R	Amikacine	R
Gentamicine	R	Gentamicine	R	Gentamicine	R
Acide nalidixique	R	Acide nalidixique	R	Acide nalidixique	R
Ofloxacine	R	Ofloxacine	R	Ciprofloxacine	R
Ciprofloxacine	R	Ciprofloxacine	R	Trimétho-sulfate	R
Trimétho-sulfate	R	Triméthoprim-sulfamé	R	Nitrofurantoïne	R
Nitrofurantoïne	R	Nitrofurantoïne	R	Fosfomycine	R
Fosfomycine	R	Fosfomycine	R	Colimycine	R

Hier

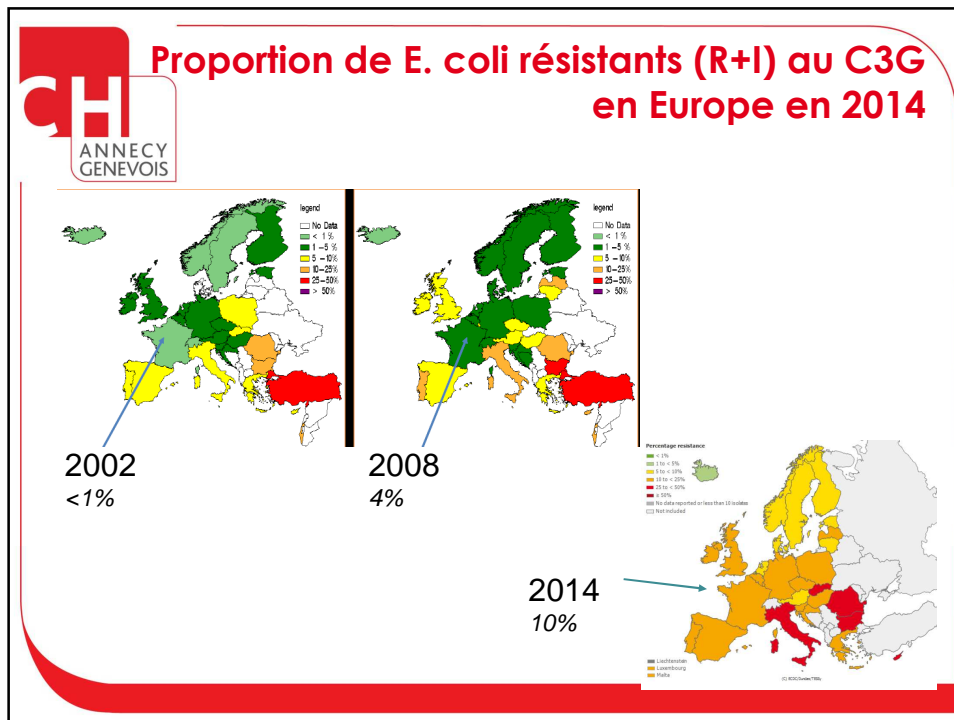
Aujourd'hui

Demain

12 500 DC dus à infection par bactérie multirésistante en 2014 en France  
Projection 2050 : plus de morts que le cancer!









**CH ANNECY GENEVOIS**

## Cas clinique n° 6


- Cet homme de 76 ans aux ATCD de FA sous AVK a été opéré d'une prothèse de genou il y a 17 jours
- Depuis quelques jours la cicatrice coule surtout sur la partie supérieure, écoulement trouble
- Il n'y a pas de fièvre

**les ANTIBIOS**  
juste ce qu'il faut



## Vous proposez


- Pristinamycine pdt 8 jours
- Ofloxacin e pdt 8 jours
- Vous faites un prélèvement local superficiel
- Amox- acide clavulanique pdt 8 jours
- Une surveillance simple
- Un bilan biologique : NFP, CRP
- Vous appelez le chirurgien sans tarder



## Vous proposez


- Pristinamycine pdt 8 jours
- Ofloxacin e pdt 8 jours
- Vous faites un prélèvement local superficiel
- Amox- acide clavulanique pdt 8 jours
- Une surveillance simple
- Un bilan biologique : NFP, CRP
- Vous appelez le chirurgien sans tarder






## Signes cliniques d'infection sur matériel

- Les signes cliniques locaux qui **affirment** l'infection sur prothèse sont :
  - écoulement purulent ;
  - abcès ;
  - fistule.
- Les signes cliniques locaux suivants sont **évocateurs** d'infection sur prothèse même en l'absence de signes généraux (fièvre, frissons) :
  - incidents cicatriciels
  - persistance ou apparition d'une inflammation locale,
  - absence et retard de cicatrisation, désunion, nécrose,
  - tout écoulement non purulent ;
  - réapparition ou aggravation de la douleur locale postopératoire ;
  - dégradation de la récupération fonctionnelle ;
  - épanchement douloureux (pour le genou).
- L'existence de signes généraux (non systématiques) est évocatrice d'infection surtout si associée à des signes locaux.





## Infection ostéoarticulaire: l'urgence c'est de documenter

- Biologie standard non nécessaire (sauf fièvre élevée, signe de gravité)
- Pas d'intérêt des prélèvements superficiels
- PONCTION (+/- sous écho ou par chirurgien)
- AVIS CHIRURGICAL++
- Pas d'antibiotique avant prélèvements

