

Bon usage de la prescription des antibiotiques

SOFOMECC, oct. 2010

Enjeu de l'antibiothérapie

Guérir le patient

Eviter la sélection de souches résistantes

Infection bactérienne = antibiotique

Signes (para-) cliniques

SIRS : $T > 38^\circ$ ou $< 36^\circ\text{C}$
Fc > 90 batt/min
Fr > 20 cyc/min ou PaCO₂ < 32 mmHg
GB $> 12000/\text{mm}^3$ ou $< 4000/\text{mm}^3$

Imagerie

Suspicion d'infection bactérienne



Traitement probabiliste

Prélèvements

TDR
Hémoc
ECBU
Prélèvements profonds, ...

Certitude bactérienne



Traitement documenté

Traitement probabiliste

Pari microbiologique

Quels sont les micro-organismes pouvant être responsable de l'infection?

Une bact. responsable

Autres bactéries non responsables

Bénéfice/risque

Guérison

Sélection

Déterminants du choix de l'antibiotique

Quel est le site infecté?



Cinétique (diffusion)

+

+

Sur quel terrain survient l'infection?



Tolérance



+

Quel(s) est ou sont les germes
supposés de l'infection?



Spectre

=

=

Diagnostic infectieux



Choix de l'antibiotique

Pari microbiologique

	Microbiologies habituelles	Autres (co-morbidité ++)
PAC	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> , <i>L. pneumophylia</i>	<i>H. influenzae</i> , entérobact. Anaérobies, <i>S. doré</i>
Méningite bact	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> <i>L. monocytogenes</i>	<i>H. influenzae</i> , entéobact. <i>Streptococcus sp</i>
Cystite, PNA	<i>E. coli</i> , <i>P. mirabilis</i>	<i>K. pneumoniae</i> , <i>S. saprophiticus</i> Entérobact, <i>entérocooccus sp</i>
Dermo-hypodermite	<i>S. pyogenes</i>	<i>S. doré</i> , BGN, anaérobies
I. digestives	<i>E. coli</i> , <i>K pneumoniae</i> , anaérobies	Entérobact., anaérobies, <i>enterococcus sp</i> <i>Streptococcus sp</i> , <i>Pseudomonas sp</i>



Diffusion



SPECTRE

Association d'antibiotique ?

Monothérapie

Ne doit jamais être prescrit en monothérapie :

- . Rifampicine
- . Acide fucidique
- . Fosfomycine

Risque de sélection de souches résistantes

Association d'antibiotique ?

Association dans trois situations

- ⇒ Réduction du risque de sélection de souches résistantes
 - . Staph : Péni M + autre
 - . Pseudomonas : β lactamine anti pyo + Tobra

- ⇒ Elargissement du spectre anti bactérien
 - Un seul antibiotique ne suffit pas à couvrir l'ensemble des germes supposés responsables

- ⇒ Association synergique
 - Augmentation de l'effet anti bactérien

Rythme et posologie d'administration d'un ATB

Rythme :

C dépendant ou T dépendant

1 fois par jour pour les C dépendants

Plusieurs fois par jour pour T dépendants

Posologie :

Posologie usuelle recommandée selon l'infection

(peu de possibilité d'adaptation)

Surveillance

Ré évaluation clinico-biologique à 48 – 72h

Aucun intérêt de modifier un traitement avant

Modification en fonction de l'antibiogramme :

- . Choix de l'ATB à spectre « limité » au micro-organisme
- . Retour à une monothérapie (sauf si Staph.)
- . +- Adaptation des doses (CMI) : Csite > 8 à 10 CMI
Ex : CMI de la Ceftriaxone E. Coli < 4mg/l
1g de Ceftriaxone : C plasmatique = 168 mg/l (> 8 CMI)

Causes d'échec à 72h

- . Erreur dans le pari microbiologique (résistance, 2^{ème} site,...)
- . Compliance thérapeutique (IV > per os)
- . Interraction médicamenteuse (CYP 450)
(Dosage plasmatique)
- . Mauvaise diffusion ou concentration insuffisante

Durée des traitements

Très variable :

- . Traitement minute
- . Septicémie 7 à 10 jours
- . Voire plusieurs mois

Se référer aux recommandations

AIDES À LA PRESCRIPTION



Aides à la prescription

. Protocoles anti infectieux

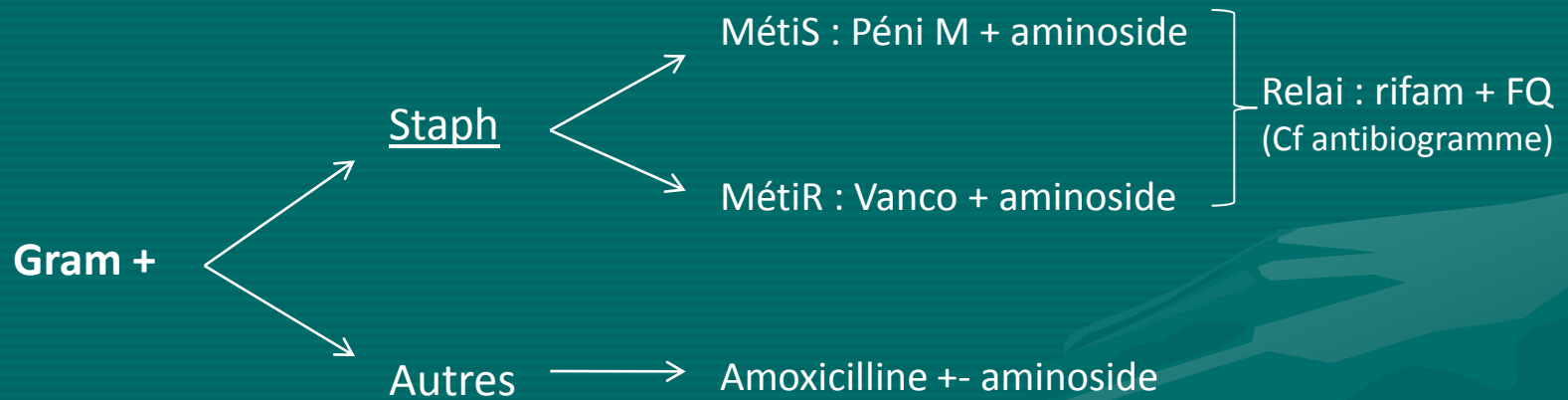
. Recommandations anti infectieuses

Patient + site



Prescription antibiotique

Aides simples à une antibiothérapie probabiliste



Anaérobies → Métronidazole (Inhibiteur des β lactamases)