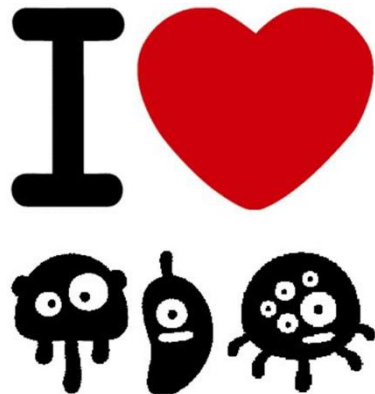
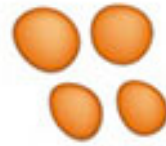


Infections et anti-infectieux



*Recommandations SPILF sur infectiologie. com
Infectio.lille*

Bactéries en (très) résumé



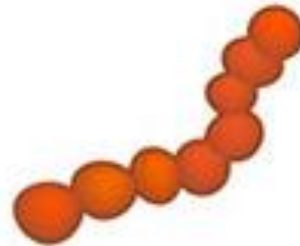
COCCI

Cocci Gram Négatif



Neisseria

Cocci Gram Positif



COCCI EN CHAINE
(streptocoque)

+ *Enterocoque*



DIPLOCOQUES
(pneumocoque)



COCCI EN AMAS
(staphylocoque)

SA

SCN

Bactéries en (très) résumé



BACILLE

Bacille Gram Négatif

Entérobactéries

Pseudomonas, Acinetobacter

Groupe 1 : *E. coli*, *P. mirabilis*, *Salmonella*,
Shigella

Groupe 2 : *Klebsiella pneumoniae*

Groupe 3 : *Enterobacter cloacae*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter freundii* , *Morganella morganii*

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Aminopénicillines	S	R	R
Carboxypénicillines	S	R	S
Uréidopénicillines	S	R	S
Céphalosporines			
1G	S	S	R
2G	S	S	V
3G	S	S	S

Céphalosporinase dérégulée

Fièvre ≠ Infection

- Pathologie thrombo-embolique
- Maladies inflammatoires
- IDM
- Allergie sévère
- Néoplasie

Infection ≠ Bactérien ≠ ATB

- Infection virale
- Escarre
- Colonisation urinaire
- Ulcère chronique

Antibiotique

≠ Antipyrétique ≠ Anxiolytique ≠ AntiCRP

Anti-infectieux en (très) résumé

Béta-lactamines

- Pénicillines

spectre étroit = communautaire ou documenté: Péni A, Péni V, Péni G, Péni M

association avec inhibiteur de béta lactamase: Péni A + acide clavulanique

spectre large = associé aux soins: uréidopénicilline (pipéracilline), carboxypénicilline (ticarcilline)

association avec inhibiteur de béta lactamase: Pipéracilline + tazobactam

Anti-infectieux en (très) résumé

Béta-lactamines

- Céphalosporines

spectre étroit = communautaire ou documenté: C1G, C2G, C3G po et iv



Il faut réduire les consommations d'antibiotiques à l'hôpital aussi : focus sur les céphalosporines de 3^{ème} génération



spectre large = associé aux soins: C4G (céfépime, ceftazidime), C5G (ceftaroline, ceftobiprole)

association avec inhibiteur de béta lactamase: ceftolozane + tazobactam, ceftazidime + avibactam

Anti-infectieux en (très) résumé

Béta-lactamines

- Carbapénèmes

spectre ultralarge = infections associées aux soins en 2^{ème} ligne ou polymicrobienne

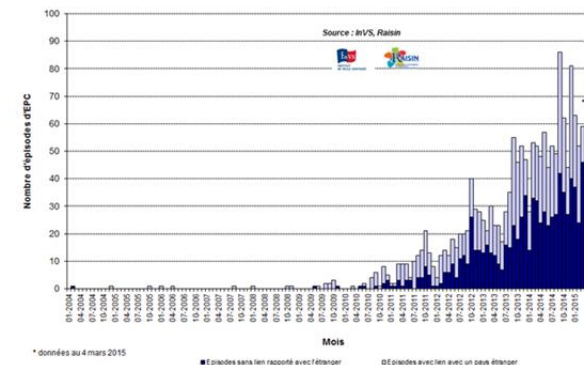
Imipénème

Méropénème (pas de cilastatine, intérêt chez l'insuffisant rénal ou fortes doses)

(Ertapénème)



Episodes d'EPC, France, 2004 – 2015, par mois de signalement
Bilan au 4 mars 2015 (N= 1625 épisodes)



1625 épisodes au total

2009: 10, 2010: 28, 2011: 113, 2012: 233, 2013: 402, 2014: 656, 2015: 174

Anti-infectieux en (très) résumé

Béta-lactamines

- Effets secondaires

- **Encéphalopathie aux bétalactamines**

- Surdosage sur insuffisance rénale

- Manifestations cliniques variées: somnolence, mouvements anormaux, convulsions, coma

- **Cytopénies**

- ICD

- **Insuffisance rénale** sur néphrite interstitielle IA/cristallurie (forte dose d'Amoxicilline)

- Cytolyse

- Troubles digestifs

Anti-infectieux en (très) résumé

Béta-lactamines

- Allergie
 - Eruption cutanée banale mais aussi rares réactions d'hypersensibilité immédiate → Allergie grave: œdème de Quincke/urticaire géante/choc anaphylactique
 - **Allergie grave** → pas de réintroduction d'une autre classe de bêtalactamines sauf monobactam (spectre ceftriaxone BGN), carbapénèmes à discuter
 - **Allergie non grave** → réintroduction d'une autre classe de bêtalactamines sous surveillance
 - Faire tester les malades ++++

Anti-infectieux en (très) résumé

Aminosides

- Indications

Surtout Sepsis +++++++: bactéricidie rapide, faible effet inoculum, effet post-antibiotique

Un peu Synergie, BMR

- Modalités de prescription

Amikacine à 25-30 mg/kg

Gentamicine à 8-10 mg/kg

- Surveillance

1 ou 2 injections

Pas de pic, pas de résiduelle en service médical

Anti-infectieux en (très) résumé

AntiGramP

- Glycopeptides

Vancomycine

Teicoplanine pour infection à Entérocoque

- Daptomycine

Bactériémie, EI à Staph MéthiR quand CMI Vanco > 2,
toxicité ou biofilm

Inactif/pulmonaire

- Linézolide

Bactériostatique donc pas sur une bactériémie

Toxicité > 14 jours

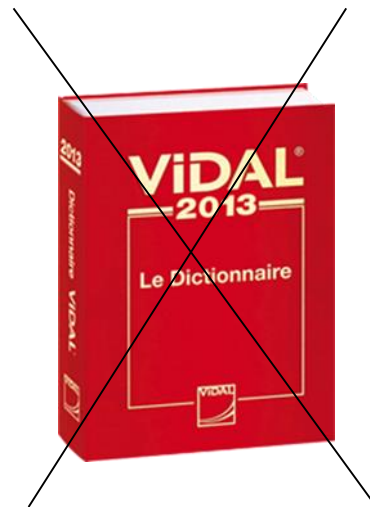
Anti-infectieux en (très) résumé

Fluoroquinolones

- Sélection de mutants résistants sous traitement fréquente et durable
- Presque aucune indication en probabiliste en hospitalier
- Pas d'indication à une bithérapie systématique pneumonies AS
- Bactériostatique

Anti-infectieux en (très) résumé

- Le VIDAL ne vous sert à rien (doses, tolérance, indication...éventuellement pour les interactions)
- Adaptation à la fonction rénale = site GPR
- Femme enceinte = CRAT
- Désescalade
- Raccourcissement des durées de ttt
- Epargne écologique



Bactériémies

- Traitement probabiliste HC à CGP allure staph
Communautaire = Péni M ou céphazo
AS = Vanco ou Dapto
- Traitement probabiliste HC à CGP allure strepto
Péni A
- Traitement probabiliste HC à BGN
Communautaire = C3G iv
AS = pip/taz

Bactériémie à Staphylocoque

- Traitement documenté HC à SCN

Plusieurs HC

Oxa S ou Oxa R

Si Oxa R, CMI Vanco

Si ILC, traitement conservateur possible. Pas de recherche EI systématique

- Traitement documenté HC à SA

1 HC suffit

Oxa S ou Oxa R

Si Oxa R, CMI Vanco

Ablation du KT

HC/jr jusqu'à négativation pour durée de ttt, min 14 j

Echo cœur

Bactériémies: durée de ttt

- Bactériémie sur érysypèle/ppie/IU = relais po
- Bactériémie à BGN
7 ou 10 jours en fonction contrôle de la source
- Bactériémie à SCN
5 jours après retrait KT, 7 jours, 10 jours si ILC KT en place
- Bactériémie à Strepto
7 ou 10 jours en fonction contrôle de la source

Fongémie

- 1 HC suffit → ttt urgent
- Caspofongine en ttt probabiliste (sauf colonisé à *C. parapsilosis*)
 - HC/jour
 - Ablation KT
 - Echo cœur
 - FO si symptômes ou SC
- Relais Fluco
 - Espèce sensible
 - Pas d'EI
 - Evolution favorable
- 14 jours

Culture de KT

- Culture de KTC à SA, Candida on réfléchit
- Culture de KTC à autre chose chez un patient asymptomatique = surveillance
- Relais Fluco
 - Espèce sensible
 - Pas d'EI
 - Evolution favorable

Infections urinaires

- ECBU

Aucune valeur diagnostique en tant que tel

ECBU + sans symptômes = COLONISATION URINAIRE

Quelque soit le niveau d'immunosuppression éventuelle, la leucocyturie, l'aspect des urines, le type de bactéries

Traitement si femme enceinte ou avant chir urologique

- Candidurie

COLONISATION URINAIRE

Traitement avant chir urologique (2 jours avant-2 jours après)

- ECBU à Entérocoque

Entérocoque + BGN = on ne traite que le BGN

Monomicrobien = on réfléchit, le plus souvent = ECBU contaminé donc on cherche autre chose

Infections urinaires

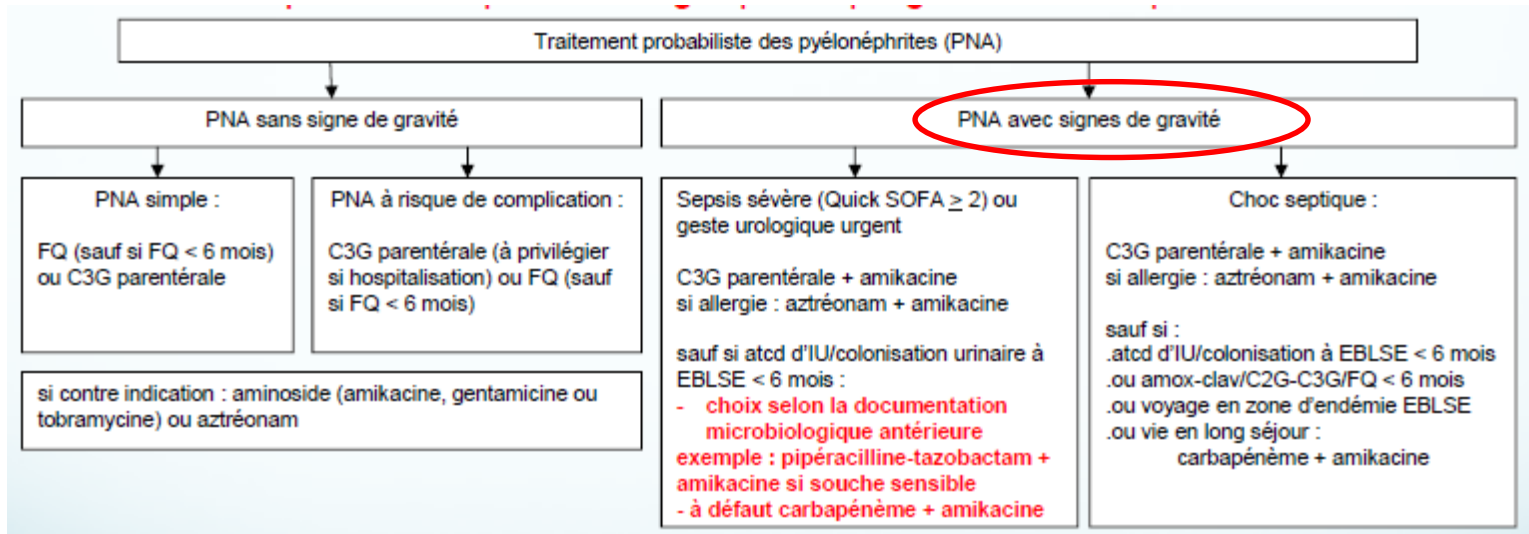
- Traitement probabiliste PNA/IUM communautaire

IU hospitalisée = C3G iv

- Traitement probabiliste PNA/IUM AS

Pip/taz

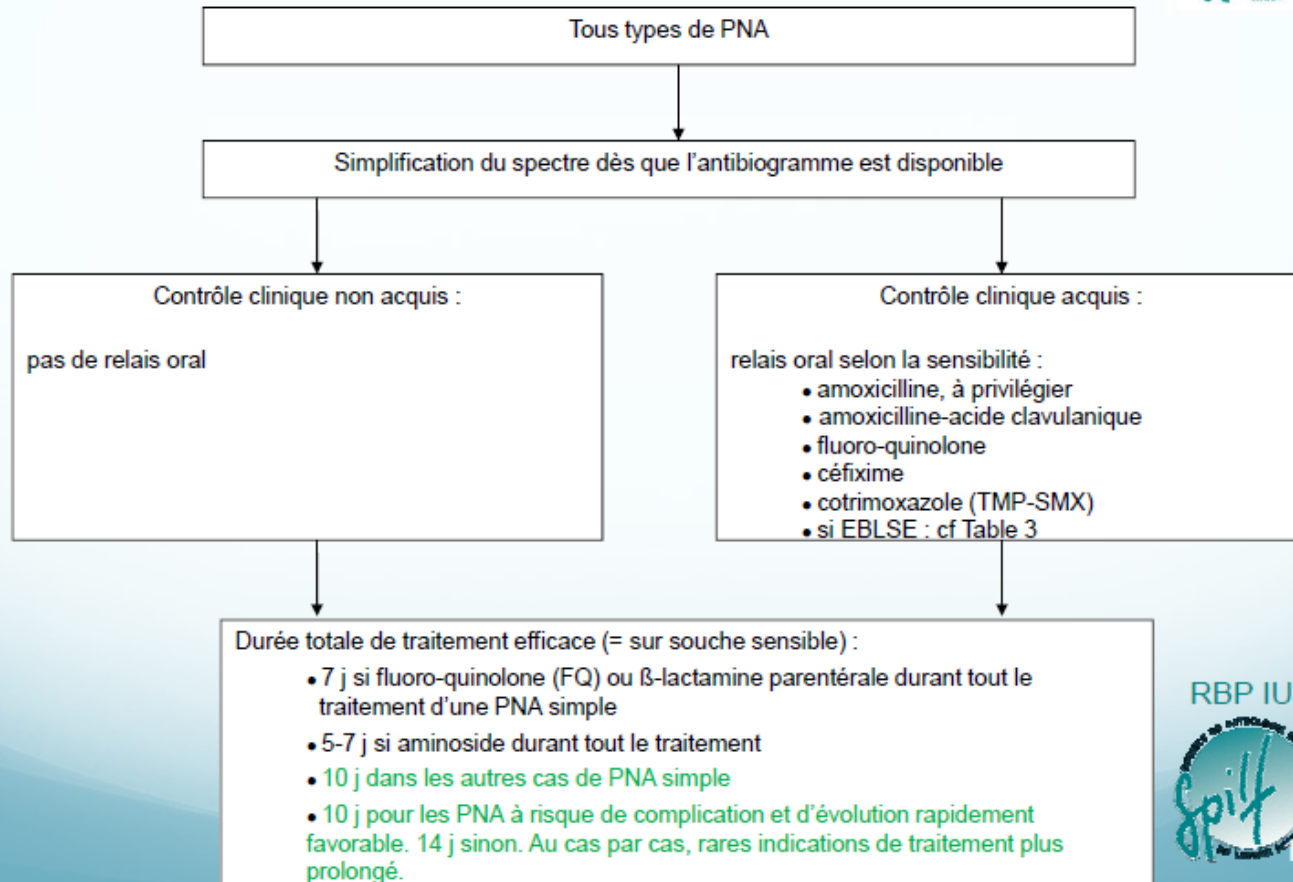
- Quand tenir compte colonisation à EBLSE urinaire?



Infections urinaires

- Traitement documenté PNA/IUM

- au maximum 10 j pour les PNA simples d'évolution favorable



Infections urinaires

- Alternatives aux pénèmes sur une IU EBLSE

1 ^{er} choix	fluoro-quinolone (cipro, lévoflo ou oflo) cotrimoxazole (TMP-SMX)	≈ 30 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 20 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles
2 ^{ème} choix	amoxicilline-acide clavulanique	≈ 30 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles (critère « infection systémique »)
3 ^{ème} choix	céphamycine (céfoxitine) ou pipéracilline-tazobactam ou témocilline	≈ 90 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 80 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles ≈ 80 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles
4 ^{ème} choix	aminoside (amikacine, gentamicine, tobramycine)	≈ 60 à 90 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles selon la molécule
5 ^{ème} choix	carbapénème (imipénème ou méropénème, ertapénème en relais)	≈ 100 % de <i>E. coli</i> BLSE sensibles mais classe à épargner, de dernier recours

Pneumonies

- Traitement probabiliste pneumonie communautaire

Amoxicilline

Amox + ac clav

C3G et bithérapie aux SC

7 jours (sauf atypiques)

- Traitement probabiliste pneumonie AS

Avant 5 jours = précoce = communautaire

AS = C3G ou pip/taz en fonction de l'exposition ATB antérieure

Monothérapie si pas d'indication d'aminoside

7 jours

Evolution défavorable = scanner