

DPC- Infectiologie. 14/06/2016



Flash Infections chez le sujet âgé. Patients en EHPAD

Dr Th Levent. Référent antibiotique-Centre hospitalier de Sambre Avesnois.

I. Données démographiques.

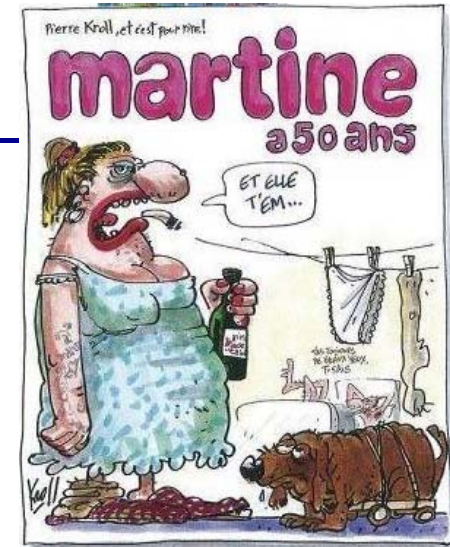
- ◆ Maladies infectieuses = principale cause d'hospitalisation,
- ◆ 3° cause de mortalité

Concept gériatrique de fragilité (critères de Fried)

Présence d'au moins 3 critères:

- Perte de poids involontaire dans l'année,
- Vitesse de marche lente,
- Faible endurance,
- Faiblesses/fatigue,
- Activité physique réduite.

2. Particularités du sujet âgé.



2.1. La physiopathologie

- ◆ Vieillessement du système immunitaire (phagocytose et chimiotactisme réduits), achlorhydrie...
- ◆ Polypathologie,
- ◆ Polymédication
- ◆ Présence de matériel étranger (articulaire, vasculaire),
- ◆ Modification de l'écologie bactérienne (institution ++++)

2.2. Les difficultés diagnostiques

- ◆ Troubles cognitifs et interrogatoire,
- ◆ Comorbidités,
- ◆ Coexistence de complications (déshydratation, dénutrition...)

2.3. Le tableau clinique

- ◆ Souvent trompeur, aspécifique
- ◆ T° absente ou modérée,
- ◆ Apparition de troubles comportementaux

2.4. Les difficultés du traitement antibiotique



Prescription prudente car:

- ◆ Augmentation de la demie-vie des molécules,
- ◆ Augmentation de la toxicité potentielle,
- ◆ Majoration des effets secondaires,
- ◆ Insuffisance rénale souvent sous-estimée, d'où surdosage fréquent (troubles neurologiques et FQ par exemple)

En EHPAD:

- ◆ Tout résident peut être porteur asymptomatique de BMR,
- ◆ La résistance bactérienne concerne toutes les bactéries,
- ◆ Toute antibiothérapie favorise l'émergence de BMR dans la flore commensale,
- ◆ L'impact est individuel ET collectif,
- ◆ Diffusion des BMR facilitée par le non respect des recommandations standard*.

***Recommandations standard:**

- Les FHA remplace le lavage des mains,
- Favoriser la FHA chez les résidents,
- Port de gants selon les situations,
- Tenue manche courte,
- Pas de bijoux (alliance comprise),
- Lavage des mains si souillures,
- Tablier plastique sur soins souillant-mouillant

Administration des ATB parfois difficile (refus, capital veineux insuffisant...)

Administrations palliatives:

Voie sous cutanée	
Avec AMM	• Ceftriaxone, • Amikacine
Sans AMM	• Ertapénème, • Céfépime, • Téicoplanine, • tobramycine
Contre-indiquée	• Cefazidime, • Ofloxacine
Pas de données	• amoxicilline, amoxicilline-Ac clavulanique, • Imipénème, • Céfotaxime, • Clindamycine

2. L'infection urinaire.



Ni BU ni ECBU sans symptômes



Des urines malodorantes ne justifient pas la réalisation d'un ECBU !



Symptômes justifiant une BU

Oui

Non



Etat fébrile, confusion, signes urinaires



Pas de BU



BU

D'après vous, quels résultats de BU justifient la pratique d'un ECBU?

- **Rappel: la BU n'est qu'un examen d'orientation,**
- Détection des leucocytes: témoins de la réaction de l'hôte à l'infection,
- Détection de la présence de bactéries productrices de nitrate réductase*,
- Intérêt de la BU:
 - ✓ VPN supérieure à 95% chez la femme non sondée,
 - ✓ Chez l'homme; VPN faible mais VPP élevée
- **BU non indiquée en cas de SUD**

*BGN

! *P aeruginosa* et cocci G+ dépourvues de nitrate réductase

Pour la pratique:

- La présence de bactéries dans les urines n'est pas synonyme d'infection,
- La colonisation est fréquente chez les sujets âgés,
- 100% des sondes urinaires sont colonisées à 1 mois,
- La BU est toujours positive sur une SUD

Epidémiologie	• 1° cause d'infection nosocomiale, • 2° cause d'infection communautaire • FR: incontinence, SUD, prostate, • SSRLD ± SUD = FR de colonisation à EBLSE
Clinique	• Signes cliniques variables • <i>E. coli</i> (85% des infections communautaires)
Principes du TT	• Respect des bactériuries asymptomatiques, • Respect des colonisations sur SUD, • Eviter le SUD, • En cas de signe d'urosepsis grave, ajouter l'amiklin (48h)

3. Pneumopathie.



Que doit cibler systématiquement l'antibiothérapie?

1. *Legionella pneumophila*,
2. *Mycoplasma pneumoniae*,
3. *Streptococcus pneumoniae*

Quelles sont les stratégies à oublier:

1. Antibiotiques en aérosols,
2. Antibiothérapie discontinuée au long cours,
3. Bi-antibiothérapie en première intention,
4. La kinésithérapie respiratoire,
5. La réévaluation à J7-10

En EHPAD la vaccination anti-pneumococcique:

1. Doit être généralisée à tous les résidents,
2. Est ciblée aux immunodéprimés, Insuffisants rénaux et respiratoires,
3. Schéma 1: pneumo 23 et un rappel tous les 5 ans,
4. Schéma 2: Prévenar 13 puis pneumo 23 huit semaines plus tard.

Que doit cibler systématiquement l'antibiothérapie?

1. *Legionella pneumophila*,
2. *Mycoplasma pneumoniae*,
3. *Streptococcus pneumoniae*

Lister les stratégies à oublier

1. Antibiotiques en aérosols,
2. Antibiothérapie discontinuée au long cours,
3. Bi-antibiothérapie en première intention,
4. La kinésithérapie respiratoire,
5. La réévaluation à J7-10

En EHPAD la vaccination anti-pneumococcique:

1. Doit être généralisée à tous les résidents,
2. Est ciblée aux immunodéprimés, Insuffisants rénaux et respiratoires,
3. Schéma 1: pneumo 23 et un rappel tous les 5 ans,
4. Schéma 2: Prévenar 13 puis pneumo 23 huit semaines plus tard.

Epidémiologie	• 50X sup/ 15-19 ans, • 2° cause d'infection nosocomiale, • Documentation < 20%, • Pneumocoque (50%), puis BGN, <i>L pneumophila</i>, <i>S aureus</i>
Clinique	• Signes cliniques souvent trompeurs, • Les 2 signes les plus sensibles: râles (ronchi ou crépitants) et polypnée sup 25/min, • RX: souvent peu contributive
Principes du TT	• Place privilégiée de l'Augmentin[®], • Rocéphine[®] en sous cutanée souvent utilisée, • Hospitalisation non systématique mais « facile »

La prévention en pratique

1. La vaccination anti-grippale diminue le risque d'hospitalisation et de mortalité,
2. La vaccination peut prévenir le risque épidémique à partir d'un niveau de couverture satisfaisant de la collectivité,
3. La prévention passe également par une bonne hygiène bucco-dentaire,
4. La vaccination protège les séniors.

4. Infections cutanées et des parties molles.



Epidémiologie	Favorisées par: • Alitement, • L'incontinence, déficits neurologiques, • Troubles vasculaires distaux du diabète
Principes du TT	• Colonisation obligatoire des ulcères et escarres, • !!!! Aux écouvillons, • Une plaie chronique ne nécessite une antibiothérapie qu'en cas de signes locaux d'infection • D'où des prélèvements adaptés (biopsies profondes, biopsies osseuses....)

Pour la pratique.

- Toutes les plaies sont colonisées,
- Tous les écouvillons seront positifs,
- L'écouvillon met en évidence des germes non pathogènes,
- Les seuls prélèvements pertinents sont les prélèvements profonds.

Plaies chroniques:

- Pas d'antiseptiques,
- Pas d'antibiotiques locaux,
- Nettoyage sérum physiologique, eau-savon doux,
- Détersion et décapage préalable,
- La présence de BMR ne signe pas l'infection et ne justifie pas son éradication,
- Colonisation systématique de toute plaie chronique,
- Colonisation utile à la cicatrisation

5. Endocardites infectieuses.

Epidémiologie	• Age moyen de 60 ans, • FR: valvulopathies (IA-IM), PM, défibrillateurs • Etat bucco-dentaire, infections urinaires et tumeurs digestives, • Entérocoque et staphylocoque
Principes du TT	• Long donc iatrogénie importante, • Problème des aminosides (raccourcissement à 2 semaines pour les entérocoques, • Association amoxicilline-ceftriaxone moins iatrogène

6. Zona.

Epidémiologie	• Fréquence augmente avec l'âge, • Douleur pos-zostériennes +++
Principes du TT	• Eau-savon-antiseptique local, • Vaccin contre VZV (réduit la fréquence des récurrences), • Antalgiques: pallier OMS, • CI corticoides, • TT curatif systématique si zona ophtalmique, adulte de plus de 50 ans, immunodéprimés, • Valciclovir (Zélitrex) 1g/8h pendant 7j

Zostavax®

Haut Conseil de la santé publique (25/10/2013):

- Réduction significative du poids de la maladie (intensité des douleurs post-zostériennes (61,1%), de leur incidence (66,5%) et de l'incidence du zona (51,3%),
- Adultes âgés de 65 à 74 ans révolus avec un schéma vaccinal à une dose.

2012

**GUIDE DES RECOMMANDATIONS
DE PRISE EN CHARGE DES
INFECTIONS AIGUES EN EHPAD**



Fièvre isolée

Ne pas traiter à l'aveugle sauf retentissement systémique :

Syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie)
ET signes de mauvaise tolérance (hypotension ou choc, polypnée et/ou hypoxie, oligurie ou insuffisance rénale, thrombopénie ou CIVD, acidose métabolique, encéphalopathie)
ou patient neutropénique (< 500 PNN)

Sepsis sévère ou choc septique :

- Ceftriaxone 2g + Gentamicine 8 mg/kg après 1 hémoculture +/- ECBU
- Appel SAMU pour transfert

Allergie aux pénicillines

Rares allergies croisées pénicillines-céphalosporines
Contre-indication uniquement si allergie de type I aux pénicillines (urticaire, bronchospasme, oedème de Quincke, choc anaphylactique).

Si allergie de type autre que I : une Céphalosporine peut être utilisée.

Si intolérance digestive (nausées, diarrhées...) : ce n'est pas une allergie et ne contre-indique pas une pénicilline.

GENTAMICINE : 3 injections au total à réaliser durant la période de traitement

Sources d'information en ligne

www.antibioclic.com
www.infectio-lille.com
www.infectiologie.com

Coordonnées des infectiologues de la région

Tourcoing :	numéro vert	08 05 40 09 10
	Pr E Senneville	
	Dr F Ajana	
	Dr S Alfandari	
	Dr A Cheret	
	Dr T Huleux	
	Dr H Melliez	
	Dr S Nguyen	
	Dr A Pasquet	
	Dr N Viget	
Lille :	Jour	03 20 44 59 62 poste 30238
	Nuit-WE	06 70 01 51 15
	Pr B Guery	
	Pr K Faure	
	Dr T Galperine	
	Dr F Vuotto	
Arras :	Dr M Massongo	03 20 21 13 40
Boulogne :	Dr G Brunin	03 21 99 30 16
Denain :	Dr P Lecocq Dr A Dzeing-Ella Dr I Mazeu	03 27 24 31 02
Douai :	Dr X Lemaire Dr AL Blanc Dr L El Mansouf	03 27 94 74 50
Dunkerque :	Dr C Dehecq	03 28 28 59 40
Lens :	Dr E Aissi Dr N Van Grunderbeeck	03 21 69 10 94
Valenciennes :	Dr MC Chopin Dr N Ettahar	03 27 14 05 66 03 27 14 05 67

Antibiothérapie en EHPAD 2013

Recommandations élaborées par les Services de Maladies Infectieuses du CH Tourcoing et du CHRU de Lille à partir des recommandations de l'ANSM et des sociétés savantes SPILF, GPIIP
Document rédigé en juin 2013

Pas d'antibiotiques

Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques en 1ère intention : donner un traitement symptomatique et revoir à 48h.

- Bronchite aiguë
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TDR négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle simple
- Morsure/griffure mineure

Situations ne nécessitant pas d'antibiotiques :

Si pas d'infection profonde objectivée :

- Colonisation urinaire asymptomatique
- Plaie ou escarre

Infections digestives

Diarrhée simple, sans fièvre :

- Pas d'antibiotiques

Si exposition récente aux antibiotiques :

- Recherche toxine de Clostridium difficile
- Si positive : Metronidazole 500mg x 3/j
- Durée Totale de Traitement (DTT) = 10 jours

Cholécystite/angiocholite/appendicite/sigmoïdite :

- Transfert Service d'Accueil d'Urgence (SAU)



Exacerbation de BPCO

DTT = 7 jours
(Durée Totale de Traitement)

Stade II : dyspnée d'effort, symptômes chroniques inconstants :

- Pas d'antibiotiques sauf pus franc
- Amoxicilline 1g x 3/j
si allergie de type I : Pristinamycine 1g x 3/j

Stade III : dyspnée de repos, symptômes chroniques quasi constants ou > 4 épisodes/an

- Amoxi-clav 1g x 3/j
si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j
si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j

Pneumonie aiguë

DTT = 7 jours

Simple : début brutal, crépitants, opacité, GB/CRP $\nearrow$:

- Amoxi-clav 1g x 3/j
si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j
si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j

Inhalation : trouble déglutition, foyer droit :

- Amoxi-clav 1g x 3/j ou
- Ceftriaxone 1g/j + Metronidazole 500mgx3/j

Sévère ou échec à 48 heures :

- Ceftriaxone 1g/j + Spiramycine 3MUx3/j
et Transfert SAU

Cystite de la femme

- En l'absence d'antécédents urinaires :
- Fosfomycine monodose 1 prise unique
 - Si échec ou antécédents urinaires : ECBU puis privilégier (DTT = 5 jours)
 - Amoxicilline 1gx3/j ou
 - Cotrimoxazole forte 1 cpx2/j ou
 - Nitrofurantoïne : 100 MG x 3/j

Pyélonéphrite aiguë

Avant résultat de l'ECBU :

- Ceftriaxone 1g/j
si allergie de type I :
- Ofloxacin 200 mg x 2/j + 1 seule dose de Gentamicine 6 mg/kg

Après antibiogramme, privilégier :

- Amoxicilline 1gx3/j (DTT = 10 jours)
- Cotrimoxazole forte : 1 cpx2 (DTT = 10 jours)
si allergie de type I :
- Cotrimoxazole forte 1 cpx2 jusqu'à J10
- Ofloxacin 200 mg x 2/j jusqu'à J7

Prostatite aiguë

DTT = 14 jours

Avant résultat de l'ECBU :

- Ceftriaxone 1g/j
- si sévère, avant transfert SAU :
+ 1 dose de Gentamicine 6 mg/kg

Après antibiogramme, privilégier :

- Cotrimoxazole forte : 1 cpx2/j ou
- Levofloxacin 500 mg/j

Pyélonéphrite ou prostatite chez un porteur de BLSE

Avant résultat de l'ECBU :

- Ceftriaxone 2g/j
+ 1 dose de Gentamicine 8 mg/kg

Après antibiogramme cf «pyélonéphrite aiguë ou prostatite aiguë sans BLSE».

Si pas de traitement oral possible (ne pas mettre de Furadantine ni de Fosfomycine trometamol), transfert SAU

Erysipèle

DTT = 7 à 10 jours

Placard rouge, chaud, douloureux, fébrile :

- Amoxicilline 1g x 3/j
si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j

Furonculose/plaie surinfectée

DTT = 5 jours

- Cloxacilline 1g x 3/j
si allergie ou portage SARM : Pristinamycine 1g x 3/j

Pied diabétique

Grade 1 : plaie sans signe d'infection :

pas d'antibiotiques

Grade 2 : plaie infectée au moins 2 signes parmi : chaleur, érythème ne dépassant pas 2 cm autour de la plaie, tuméfaction, douleur (rare), écoulement purulent :

- Cloxacilline 1gx3/j ou céphalexine 1gx3/j par voie orale ou pristinamycine 1gx3/j en cas d'allergie vraie aux bêta-lactamines ;
durée de 2 semaines maximum

Grade 3 : plaie infectée avec extension en surface (plus de 2 cm autour de la plaie) :

- amoxicilline + acide clavulanique IV 1gx3/j +/- gentamicine 5mg/kg
- ou ceftriaxone 1g/j +/- gentamicine 5mg/kg si allergie aux pénicillines ; 3 à 12 semaines selon l'atteinte ostéo-articulaire ou non

Grade 4 : toute plaie infectée avec fièvre :

- transfert SAU

L'atteinte ostéo-articulaire n'est pas une indication à l'antibiothérapie en urgence si pas d'autre signe de gravité

Infections oculaires

Conjonctivite virale (contexte épidémique) :

- Pas d'antibiotiques
- Rinçage sérum phy + collyre antiseptique

Conjonctivite bactérienne :

- Rinçage sérum phy + collyre antiseptique
si échec à 48h : prélèvement
Avant résultat antibiogramme : collyre Tobramycine 1 goutte 3x/j puis adaptation à antibiogramme (DTT = 7 jours)