

## Cas cliniques EPU sur les antibiotiques

Pr SCHMIT Jean-Luc

EPU B AMIENS

15 OCTOBRE 2014

Une jeune fille de 20 ans vient vous consulter pour des cystites à répétition 6 à 8 fois par an. Il n'y a pas de facteur déclenchant particulier ; un examen gynécologique récent s'est révélé normal ; une UIV a été réalisée ne montrant pas d'anomalie radiologique.

Peut on proposer un schéma prophylactique avec des antiinfectieux ? si oui faut il faire un ECBU avant ? Quelles molécules seraient utilisables ?

Réponse oui

Il faut un ECBU la prochaine cystite , avec antibiogramme

On ne doit utiliser que des antiseptiques : cotrimoxazole (Bactrim°), anciennes quinolones (fluméquine (Apurone°), acide pipémidique Pipram°..). Pas d'AB type ofloxacine (Oflocet°), cefixime Oroken° car risque d'augmentation des résistances

Monuril° à réserver au TT curatif

Une femme âgée de 60 ans, porteuse d'un DNID ancien, mal équilibré ; elle présente des cystites à répétition et demande à prendre autre chose que du jus d'airelles, qui n'a pas bien marché. LE dernier ECBU montre une *Klebsiella pneumoniae* résistante à l'amoxiciline (Clamoxyl° , au cotrimoxazole Bactrim°, et à l'ofloxacine Oflocet°. La souche reste sensible au cefixime (Oroken°), à la gentamicine, à la nitrofurantoïne Furadoine° ou Furadantine° et à la fosfomycine Monril ° ou Uridose°.

Que lui proposez vous ?

Réponse : pas de prophylaxie avec une C3G ou de la fosfomycine (induction de résistance, diminution du nombre d'options thérapeutiques pour les TT curatifs. Pas de prophylaxie au long cours non plus par la furadoine (alerte AFSSAPS risque d'hépatopathie et de fibrose pulmonaire).

Donc TT au cours par coup par la furadoine ; faire ECBU à chaque fois, mais commencer le TT avant le résultat, et adapter ensuite si échec. Chercher le résidu (vessie diabétique) avec urodynamique.

Une patiente présente des infections urinaires fréquentes ; elle est suivie pour une sclérose en plaque avec vessie rétentionniste, et porte une sonde à demeure car elle ne supporte plus les Un ECBU pratiqué à domicile par l'infirmière montre 100 leucocytes /m<sup>3</sup> et 10<sup>5</sup> *Escherichia coli* résistant à l'amoxicilline Clamoxyl°, l'association amoxicilline +acide clavulanique Augmentin° ou Ciblor° la ceftriaxone Rocéphine° , la ciprofloxacine Ciflox° , le cotrimoxazole, mais la souche est sensible à l'amikacine Amiklin° , l'imipénème Tiénam° et la nitrofurantoïne (Furadoïne°).

. Le labo précise : BMR, souche productrice d'une BLSE.

Donnez vous un traitement anti-infectieux dans les circonstances suivantes :

- Elle est asymptomatique  
Réponse non ; assurer une bonne diurèse, respecter les mesures d'hygiène lors des soins (SHA++)
- Elle a une pesanteur pelvienne, une augmentation de la spasticité, la T° est à 37°, la CRP à 2 mg/l, créatinine à 40 micromoles/l  
Réponse : oui car symptomatique ; furadoïne gélule à 50 mg, 2X3/J X7J car la fonction rénale est normale
- Elle à 39°C, douleur de la fosse iliaque droite, CRP à 60 mg/l 12 000 leucocytes /mm<sup>3</sup>  
Réponse oui, mais pas d'AB actif disponible en ville : donc hospitalisation, début du TT par imipénème + amikacine pour la pyélonéphrite, , qui pourra être terminé en ville par rétrocession des AB.

Patient de 75 ans, récemment opéré d'une résection endoscopique de prostate, avec sondage vésical transitoire. Se plaint de brûlures mictionnelles, et l'ECBU montre 150 leucocytes /mm<sup>3</sup>, 10<sup>6</sup> pyocyaniques avec l'antibiogramme suivant :

Ticarcilline Ticarpen°S, ceftazidime Fortum° S, ceftriaxone Rocéphine° R, ciprofloxacine Ciflox° S, gentamicine R, amikacine S.

Que proposez vous au patient?

TT AB car il est symptomatique ; pas d'AB de ville actif sauf la ciprofloxacine, **mais on ne doit jamais traiter un pyo en monothérapie , surtout par la ciprofloxacine qu sélectionne des mutants Résistants à tous les coups !**

Donc appel au médecin hospitalier, cs en urgence pour prescription hospitalière de l'amikacine en association avec la ciprofloxacine pendant 3 jours, puis monothérapie par la ciprofloxacine 4 jours.

Un patient consulte pour une rhinosinusite qui dure depuis trois jours. Il a 38°, des douleurs des deux sinus maxillaires, mouche « sale » et souhaite une antibiothérapie. Que répondez vous ?

Réponse : pas d' AB car rhinosinusite virale, pas de signe de surinfection bactérienne.

- Idem, 5j d'évolution, douleur localisé au sinus maxillaire droit, rhinorrhée purulente unilatérale fièvre à 38°7.

Réponse : amoxicilline 3g X7J.

Cefuroxime axetil (Zinnat°) si allergie pénicilline et non aux céphalosporines ; Pyostacine ° ou Ketec° si allergie aux bétalactamines.

- Idem mais sujet de 75 ans sous corticoïdes pour maladie de Horton.
- Prélèvement souhaitable au laboratoire ; Amoxicilline plus acide clavulanique Augmentin ° ou Ciblor°3 g/J, lévofloxacine Tavanic° si allergie aux bétalactamines. Adapter selon l'antibiogramme pour désescalader si souche sensible à amoxicilline.

Patiente de 80 ans, insuffisance veineuse chronique, avec ulcères variqueux anciens. Un prélèvement a été réalisé de façon systématique. IL montre la présence d'un staphylocoque doré, résistant à la pénicilline, l'amoxicilline, sensible à l'augmentin°, l'orbénine°, résistant à l'érythromycine, la lincomycine, sensible à la pyostacine°, et l'ofloxacine (Oflocet°).

Conduite à tenir dans les conditions suivantes :

- Ulcère « sale », enduit fibrineux verdâtre. Pas de douleurs, pas de signe inflammatoire autour, pas de fièvre.  
Réponse : pas d'antibiothérapie
- Signes d'infection locale : douleur, pourtour inflammatoire, écoulement purulent ; fièvre à 38°2, CRP à 50 mg/l, 12 000 leucocytes à la NF.  
Réponse : orbénine° 3G/J. Pas de Pyostacine car souche MLSB (résistance à la moitié de la synergistine, donc peu efficace). Pas d'oflo ni d'augmentin° car spectre trop large.
- Idem mais la souche est oxa R, oflo R, vancomycine S, linézolide S  
Réponse : place du linézolide (zyvoxid°) 2/J X7J NF de contrôle .

Une patiente tabagique de 60 ans, habituellement dyspnéique à l'effort, vient vous consulter pour un tableau de bronchite aigue : elle est plus essoufflée, crache plus que d'habitude et ses crachats sont franchement verdâtres. Quel traitement mettez vous en œuvre ?

amoxicilline et non pas Augmentin° car nous ne sommes pas devant une patiente avec insuffisance respiratoire sévère à l'état de base.

Plus bronchodilatateurs en aérosol, kiné, arrêt tabac...

### 3.2 Antibiothérapie des exacerbations de BPCO

S'agissant d'une pathologie inflammatoire des bronches dont l'origine n'est pas toujours infectieuse (et notamment bactérienne), il convient de ne pas traiter toute exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive par des antibiotiques.

L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une exacerbation de BPCO est la mise en évidence d'une purulence verdâtre franche des crachats.

L'indication d'une antibiothérapie repose également sur le stade de la BPCO apprécié, en l'absence de résultats d'EFR, sur l'existence et l'importance d'une dyspnée, toujours évaluée en dehors de toute exacerbation.

**Tableau 9 : Exacerbations de BPCO : Indications et choix de l'antibiothérapie**

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
<u>En absence d'EFR connus</u>	<u>Résultats EFR connus</u>		
Absence de dyspnée	VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou céfopodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristinamycine ou télichromycine <sup>1</sup>
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine) <sup>2</sup>

<sup>1</sup> L'émergence 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.

La survenue d'un échec thérapeutique d'une antibiothérapie bien conduite impose d'éliminer une infection parenchymateuse par la radiographie de thorax, et de rechercher une infection due à *P. aeruginosa* chez les patients présentant une BPCO évoluée.

Outre l'antibiothérapie, la prise en charge de la BPCO est basée sur d'autres mesures associées : arrêt du tabac, bronchodilatateur en aérosol-doseur, courte corticothérapie par voie générale en cas de bronchospasme, kinésithérapie respiratoire, contre-indication des antitussifs, vaccinations anti-grippale et anti-pneumococcique (cf. Recommandations pour la prise en charge de la BPCO de la Société de Pneumologie de Langue Française – SPLF-).

**Une maman vous amène son petit garçon pour une otite moyenne aigue purulente. Prescrivez vous des antibiotiques, si oui lesquels ?**

- L'enfant a 18 mois
- L'enfant à 3 ans, il a 38°, se plaint peu, et depuis ce matin seulement.

## ANTIBIOTHERAPIE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES

Situations dans lesquelles **IL N'EST PAS RECOMMANDE** de prescrire un antibiotique d'emblée :

- Rhinopharyngite, même en cas de sécrétions nasales d'aspect purulent ou mucopurulent, qui n'a pas valeur de surinfection bactérienne.
- Otite congestive de l'enfant
- Otite séromuqueuse de l'enfant
- Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique
- Angine avec TDR négatif chez l'enfant ou score de Mac-Isaac < 2 chez l'adulte.

Situations dans lesquelles **IL EST RECOMMANDE** de prescrire un antibiotique :

- Otite moyenne aiguë purulente :
  - de l'enfant de moins de 2 ans,
  - de l'enfant de plus de 2 ans : antibiothérapie d'emblée si fièvre élevée, otalgie intense ou difficulté de compréhension des consignes ou après réévaluation à 48-72 heures en cas de symptômes initiaux peu bruyants
  - de l'adulte