

2014

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



S O M M A I R E

CIRCONSTANCES DE LA PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE	4
ALLERGIE AUX PENICILLINES	4
BRONCHITES	6
PNEUMOPATHIES	7
INFECTIONS URINAIRES	8
INFECTIONS DIGESTIVES	11
INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS.....	12
INFECTIONS OCULAIRES	14
ANTIBIOTHERAPIE EN CAS DE FIEVRE ISOLEE.....	15
TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES MOLECULES ANTIBIOTIQUES DE PREMIERE INTENTION.....	16

Ces recommandations sont destinées à aider à la prise en charge des principales infections en situation d'urgence. Elles ont été établies à partir des recommandations les plus récentes.

Trois principes ont guidé la rédaction de cette plaquette :

- des propositions limitées de choix antibiotique dans chaque situation, tenant compte de l'écologie des EHPAD tout en favorisant l'épargne des molécules de réserve,
- des durées courtes de traitement, sans faire prendre de risque au patient,
- des modalités d'administration compatibles avec les spécificités des résidents d'EHPAD (voie IM au besoin).

Pour tout conseil antibiotique, vous pouvez joindre le référent en antibiothérapie de l'hôpital de votre secteur.

CIRCONSTANCES DE LA PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE

En dehors des états septiques sévères, **le traitement n'est généralement pas urgent**. La priorité est d'établir le diagnostic ; si l'examen clinique ne suffit pas à l'établissement d'un diagnostic satisfaisant, le recours à des examens complémentaires d'imagerie et/ou de biologie est nécessaire.

Situations ne nécessitant pas d'antibiothérapie en 1^{ère} intention : donner un traitement symptomatique et revoir à 48 heures :

- bronchite aiguë
- exacerbation de BPCO légère à modérée (stade 0 et I)
- Angine à TDR négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle simple
- Morsure/griffure mineure
- Colonisation urinaire asymptomatique
- Plaie ou escarre en l'absence d'infection profonde objectivée

ALLERGIE AUX PENICILLINES

- Les allergies croisées entre les pénicillines et les céphalosporines sont de l'ordre de 5%. Une allergie à la pénicilline ne contre-indique donc pas systématiquement l'utilisation des céphalosporines,
- **Seuls les patients ayant une allergie de type I aux pénicillines** (urticaire, bronchospasme, oedème de Quincke ou choc anaphylactique) doivent **bénéficier d'une alternative**,
- Un patient ayant présenté une allergie **non de type I** peut être traité en 1^{ère} intention par une céphalosporine,
- Une intolérance digestive (nausées diarrhée) n'est pas une allergie et ne contre-indique pas l'utilisation d'une pénicilline

- Un patient **avec une notion d'allergie à une pénicilline mais dont l'interrogatoire est impossible** ou bien s'il y a un doute sur une réaction de type I : trouver une alternative thérapeutique.

BRONCHITES

Contexte	Traitement	Durée	
Bronchite aiguë	Syndrome grippal, contexte épidémique.	Abstention	
Exacerbation de BPCO	<u>Stade 0 ou I</u> Symptômes chroniques inconstants, pas de dyspnée d'effort	Abstention	
Penser à la vaccination antipneumococcique et antigrippale chez les patients BPCO	<u>Stade II</u> Symptômes chroniques fréquents, dyspnée d'effort	Abstention sauf si expectoration franchement purulente Amoxicilline 1g×3/j PO Allergie type I Pristinamycine 1g×3/j PO	7 jours
	<u>Stade III</u> Symptômes chroniques quasi constants, dyspnée de repos ou au moindre effort ou > 4 exacerbations/an	Amoxicilline-acide clavulanique 1g×3/j PO Allergie de type I Pristinamycine 1g×3/j PO Si voie orale impossible Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC	7 jours

PNEUMOPATHIES

Contexte	Traitement	Durée
<p>Pneumopathie aigue</p> <p>Penser à la vaccination antipneumococcique</p>	<p>Début brutal, foyer de crépitations, fièvre élevée, frissons, douleurs thoraciques, opacité systématisée</p> <p>Globules blancs ↑↑(neutrophiles), PCT(procalcitonine) et CRP ↑↑</p> <p>Amoxicilline-acide clavulanique 1g×3/j PO</p> <p>Allergie de type 1 Pristinamycine 1g×3/j PO</p> <p>Si voie orale impossible Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC</p>	7 jours
Suspicion d'inhalation	<p>Trouble de déglutition, foyer de crépitations droit</p> <p>Amoxicilline-acide clavulanique 1g×3/j PO</p> <p>Ou</p> <p>Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC</p> <p>+</p> <p>Métronidazole 500mg×3/j PO</p>	7 jours
Pneumopathie aigue sévères ou échec à 48 h du traitement de première intention	<p>Transfert SAU</p> <p>Ceftriaxone 1g /j IV/IM/SC</p> <p>+</p> <p>Spiramycine, 3 MU×3/j PO ou IV si possible.</p>	

INFECTIONS URINAIRES

Contexte		Traitement	Durée
Bactériurie asymptomatique	Extrêmement fréquente chez la personne âgée institutionnalisée: en cas de fièvre inexpliquée, chercher une autre cause avant d'incriminer un ECBU positif.	Pas d'indication à une antibiothérapie	
Cystite aiguë de la femme ECBU impératif avant traitement	Signes fonctionnels urinaires isolés + ECBU positif	<u>Avant résultats ECBU</u> Fosfomycine 3 g monodose <u>Après antibiogramme</u> Fosfomycine-S: rien de plus Fosfomycine-R : - Amoxicilline 1g×3/j Ou - Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j Si situation d'échec et clairance rénale >30ml/min Nitrofurantoïne 50mg×3/j Eviter les fluoroquinolones si possible	5 jours 5 jours
Pyélonéphrite aiguë ECBU impératif avant traitement	Signes fonctionnels urinaires + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique	<u>Avant résultats ECBU</u> Ceftriaxone 1g/j IM/SC/IV Allergie de type I : Ofloxacin 200 mg ×2/j PO + 1 seule injection de gentamicine 6 mg/kg IM/IV	

		<p><u>Après antibiogramme, privilégier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline PO 1g×3/j <li style="text-align: center;">Ou - Cotrimoxazole forte PO 1cp×2/j <p>Eviter les fluoroquinolones si possible</p> <p>Allergie de type I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazole forte PO 1cp×2/j <li style="text-align: center;">Ou - Ofloxacine 200 mg ×2/j PO 	<p>10 jours au total</p> <p>10 jours au total</p> <p>7 jours au total</p>
<p>Cystite de l'homme âgé</p> <p>Prévoir un bilan urodynamique à distance</p>	<p>Signes fonctionnels urinaires isolés + ECBU positif</p>	<p><u>Après antibiogramme:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j <li style="text-align: center;">Ou - Amoxicilline 1g×3/j <p>Eviter les fluoroquinolones si possible</p>	<p>7 jours au total</p>
<p>Prostatite aiguë</p>	<p>Signes fonctionnels urinaires + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique</p>	<p><u>Avant résultats ECBU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 1g/j IM/IV +/- <p>(si situation sévère avant transfert au SAU) 1 seule injection de gentamicine 6 mg/kg IM/IV</p> <p><u>Après antibiogramme privilégier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazole Forte PO 1cp×2/j <li style="text-align: center;">Ou - Ofloxacine 200 mg ×2/j <p>Seule la présence d'un abcès objectivé sur un examen d'imagerie justifie une antibiothérapie prolongée au delà de 14 j</p>	<p>14 jours au total</p>
<p>Pyélonéphrite ou prostatite</p>		<p><u>Avant résultats ECBU</u></p>	

chez patient connu porteur de BLSE		<p>Ceftriaxone 2g/j IM *</p> <p>et 1 seule injection de gentamicine 8 mg/kg</p> <p>Après antibiogramme : cf pyélonéphrite aiguë ou prostatite sans BLSE</p> <p>Si pas de traitement oral possible (ne pas prescrire Furadantine ni de Fosfomycine trometamol) transfert au SAU</p>	
Changement de sonde urinaire	ECBU systématiquement positif après plusieurs semaines de sondage	Pas de traitement antibiotique entourant le changement de sonde	

* En accord avec les recommandations 2011 du CASFM (Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie).

INFECTIONS DIGESTIVES

Contexte		Traitement	Durée
Diarrhée	<p>Diarrhée simple, diarrhée sans fièvre diarrhée d'allure virale</p> <p>Si exposition récente aux antibiotiques Toxine de <i>Clostridium difficile</i> à rechercher sur coproculture</p>	<p>Rechercher une cause non infectieuse Pas d'antibiotique</p> <p>Si toxine de <i>Clostridium. difficile</i> positive - Métronidazole : 500 mg x 3 PO - Mesures d'isolement et de bio-nettoyage spécifiques.</p>	7 jours
Cholécystite Angiocholite	<p>Douleur hypocondre droit, hyperthermie, signe de Murphy, ictère, sd inflammatoire</p>	Transfert SAU	
Sigmoïdite Appendicite Péritonite	<p>Douleur abdominale, hyperthermie, sd inflammatoire</p>	Transfert SAU	

INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

Contexte		Traitement	Durée
Infection cutanée bactérienne primitive (érysipèle)	Placard cutané rouge douloureux avec fièvre	Amoxicilline 50mg/kg/j en 3 prises PO Allergie de type 1 Pristinamycine 1g×3/j PO	7 à 10 jours au total
Infection cutanée suppurative sévère ou récidivante	Furoncle volumineux (>5 cm) ou menaçant une zone noble, plaie chronique surinfectée Ne pas réaliser de prélèvement à l'écouvillon. Prélèvement d'escarre non indiqué	Cefaclor LP 500 mg×3/j PO Allergie de type 1 ou patient connu porteur de SARM Pristinamycine 1g×3/j PO	5 jours au total

PIEDS DIABETIQUES

Contexte		Traitement	Durée
Grade 1	Atteinte cutanée isolée	Pas d'antibiothérapie	
Grade 2	Atteinte uniquement cutanée avec au moins 2 des signes suivants : chaleur, érythème péri ulcère entre 0,5 et 2cm, douleur, tuméfaction, écoulement purulent	Pas d'antibiothérapie en urgence, début après avis spécialisé	
Grade 3 superficiel	Erythème > 2 cm + un des signes de grade 2 et infection récente (< à 1 mois)	Pas d'antibiothérapie en urgence, début après avis spécialisé	
Grade 3 profond et érysipèle ou Grade 4	Infection atteignant les structures sous-cutanées : abcès, lymphangite, ostéoarthrite, ... Ou sepsis grave	Traitement probabiliste à débiter en urgence puis transfert SAU Amoxicilline-acide clavulanique 50mg/kg/j en 3 prise PO Allergie de type 1 ou patient connue porteur de SARM : Pristinamycine 1g×3/j PO	

INFECTIONS OCULAIRES

	Contexte	Traitement	Durée
<p>Conjonctivite virale</p> <p>Très contagieuse, mettre en place des mesures pour limiter la diffusion aux autres patients</p>	<p>Conjonctivite bilatérale avec sd grippal.</p> <p>Contexte épidémique.</p> <p>Prélèvement à l'écouvillon si contexte épidémique</p>	<p>Pas d'antibiothérapie</p> <p>Rinçage au sérum physiologique et collyre antiseptique 3 fois par jour</p>	
<p>Conjonctivite bactérienne</p> <p>Contagieuse, mettre en place des mesures pour limiter la diffusion aux autres patients</p>	<p>Conjonctivite purulente, (pas de baisse d'acuité visuelle pas de douleur évoquant une kératite)</p> <p>Prélèvement à l'écouvillon.</p>	<p>Antibiothérapie après échec de soins locaux à 48H (Rinçage au sérum physiologique et collyre antiseptique 3 fois par jour)</p> <p>Tobramycine collyre 1gtte×3/j après lavage au sérum physiologique.</p> <p>Adaptation sur antibiogramme</p>	<p>7 jours au total</p>

ANTIBIOTHERAPIE EN CAS DE FIEVRE ISOLEE

En l'absence de foyer ou de porte d'entrée retrouvée à l'examen clinique et de documentation bactériologique, la règle est de **ne pas débuter d'antibiothérapie à l'aveugle**, en dehors des circonstances suivantes :

- **retentissement systémique de l'infection.** Il s'agit d'un « syndrome septique » associant au syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie, avec ou sans frissons) et des signes de mauvaise tolérance (hypotension ou choc, polypnée et/ou hypoxie, oligurie ou insuffisance rénale, thrombopénie ou CIVD, acidose métabolique, encéphalopathie)
- **terrain :** sujet neutropénique, immunodéprimé.

En cas de sepsis grave ou de choc septique, l'antibiothérapie sera initiée en urgence (délai < 1 heure) et en concertation avec le régulateur du SAMU.

Ceftriaxone 2g IM/IV + gentamicine 8 mg/kg en 1 IM/IV après prélèvement d'une hémoculture +/- ECBU (sans retarder l'administration des antibiotique) en attendant le transfert.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES MOLECULES ANTIBIOTIQUES DE PREMIERE INTENTION

Les posologies indiquées dans le tableau sont celles utilisées dans le traitement des infections courantes. Sauf exception, la posologie doit être adaptée à la fonction rénale (cf. Vidal).

Même en cas d'insuffisance rénale, la posologie de la première dose d'aminoside doit être celle administrée à un sujet à fonction rénale normale.

Famille	Antibiotique	Voie d'admin	Posologie standard pour 60 kg	Posologie standard pour 60 kg selon DFG
Penicillines	Amoxicilline (Clamoxyl®)	IV/IM	3 g /j en 3 injections	>30 ml/min : 1g×3/j [10-30 ml/min]: 1g×2/j
		PO	3 g/j en 3 prises	
	Amoxicilline /Acide clavulanique (Augmentin®)	PO	3 g/j en 3 prises	>30 ml/min : 1g×3/j [10-30 ml/min]: 1g×2/j
		IV	3 g/j en 3 injections	
C1G	Cefaclor (Alfatil®)	PO	1,5 g/j en 3 prises	[20-40 ml/min]: 500mg×2/j <20 ml/min: 500mg×1/j
C3G	Ceftriaxone (Rocephine®)	IV/IM	1g/j	<5 ml/min: 1g/48 h
Aminosides*	Gentamicine (Gentalline®)	IV/IM	6-8 mg/kg/j en une injection	Pas d'adaptation pour une dose unique
Macrolides	Spiramycine (Rovamycine®)	PO	9 MUI/j en 3 prises	Pas d'adaptation
Streptogramines	Pristinamycine (Pyostacine®)	PO	3 g/j en 3 prises	Pas d'adaptation
Famille	Antibiotique	Voie	Posologie	

* Si insuffisance rénale : un flash d'aminoside est possible sans risque pour la fonction rénale

		d'admin	Posologie standard pour 60 kg	standard pour 60 kg selon DFG
Sulfamides	Sulfamethoxazole/ triméthoprim 800/160 (Bactrim Forte®)	PO	2 cp/j en 2 prises	>30 ml/min: 1cp×2/j [15-30 ml/min]: 1cp/j
Fluoro quinolones	Ofloxacine (Oflocet®)	PO	400 mg/j en 2 prises	>50 ml/min: 1cp×2/j [20-50 ml/min]: 1cp/j <20 ml/min: 1 cp/48 h
Nitro- imidazolés	Metronidazole (Flagyl®)	PO	1,5 g/j en 3 prises	>30 ml/min: 1cp×3/j <30 ml/min: 1cp×2/j
Autres	Furadantine	PO	6 gel/j en 3 prises	<50 ml/min : contre indication
	Fosfomycine (Monuril®)	PO	3g en une seule prise	Pas de modification

Ces recommandations ont été élaborées en juin 2012. et révisés en janvier 2014 à partir des recommandations de l'ANSM et de la SPILF.

Composition du groupe de travail : Hélène Archambault (cadre infirmier chargée de mission ; ARS Ile de France), Odette Bastos (pharmacien ; Assurance Maladie Ile de France), Christine Bonnal (médecin hygiéniste ; CHU Bichat), Catherine Born (infirmière coordonatrice ; Meulan), Christine Chansiaux-Bucalo (gériatre ; équipe mobile EHPAD Paris), Sylvain Diamantis (infectiologue ; CH Melun), Etienne Garrigue (médecin coordonateur ; Paris), Patricia Le Gonidec (pharmacien ; OMEDIT-ARS Ile de France), Claire Leprevier (médecin généraliste ; Paris), Jean-Christophe Lucet (médecin hygiéniste ; CHU Bichat), Sylvie Renard-Dubois (infectiologue ; ARS Ile de France).

Coordination : Dominique Bonnet-Zamponi (gériatre ; CHU Bichat, OMEDIT-ARS Ile de France) et Remy Gauzit (réanimateur ; CHU Hôtel Dieu, OMEDIT-ARS Ile de France)



Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

35 rue de la gare,

75935 PARIS CEDEX 19

Tél 01.44.02.00.00

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

<http://www.sante-iledefrance.fr/>