



# Bon usage des antibiotiques en EHPAD

Docteur Monique DUVIQUET  
Gériatre  
Hôpital Vaugirard – Gabriel Pallez  
AP-HP

1ere Journée sur le Risque infectieux en EHPAD dans la région Île de France  
CCLIN Paris Nord  
Jeudi 7 mai 2009

1

## Spécificités de cette population

- Personnes âgées en perte d'autonomie  
En Île-de-France, elles sont estimées à 100.000 ou plus parmi les 75 ans ou plus  
( source: Observatoire régional de santé d'Île-de-France)
- Hospitalisations répétées → Antibiothérapies antérieures → pression de sélection antibiotiques
- Dépendance → Transmission manu portée

2

## Principales infections

- Urinaires: favorisées par perte de mobilité, stase avec ou sans obstacle, déshydratation constipation, sonde a demeure...
- Pulmonaires: favorisées par pathologies associées (cardiaques, respiratoires, neurologiques), la iatrogénie (psychotropes++), l'état buccodentaire
- Digestives et biliaires  
Favorisées par malnutrition, baisse immunité

3

## Documenter l'infection, mais...

- Examen clinique difficile
- Infection souvent grave → débuter antibiothérapie rapidement
- Difficile d'obtenir des prélèvements microbiologiques → antibiothérapie probabiliste +++
- Colonisation +++: peau, urines, voies aériennes supérieures

4

# Quand faire ou ne pas faire un prélèvement microbiologique

## Faire:

- Quand on veut être certain de l'agent responsable (bactériémie, infections à répétition...
- Quand on est sûr qu'il sera contributif
- Diarrhée post antibiotique

## Ne pas faire:

- Plaies ou escarres

5

# Principaux micro organismes

- Enterobactéries: *E.Coli* +++, *Proteus*, *Klebsiella pneumoniae*  
Attention blse
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Staphylocoque doré*
- *Clostridium difficile*

Plus grande fréquence des pneumopathies à Gram-

6

## Quelques remarques avant de prescrire:

- Les antibiotiques ne sont pas des antipyrétiques!
- Caractère communautaire , nosocomial, associé aux soins en fonction de la provenance du résidant.
- BMR?
- Disposer de la clairance de créatinine: excrétion rénale pour la plupart
- Monothérapie +++ sauf si sepsis sévère, neutropénie..

7



## Clairance de la créatinine

- Formule de Gault et Cockroft

$$\text{Cl créat en ml/mn} = \frac{(140 - \hat{\text{âge}}) \times \text{poids (en kg)} \times k}{\text{Creatininémie en } \mu\text{mol/l}}$$

K= 1,04 chez l'homme

K= 1,23 chez la femme

- Adapter ne veut pas dire sous doser+++

8

# Quels antibiotiques?

- Bêtalactamines
  - Pénicillines
  - Céphalosporines
- Fluoroquinolones
- Aminosides
- Macrolides
- Metronidazole

9

## Les bêtalactamines

1. Bonne tolérance, bactéricidie, bonne diffusion tissulaire( urinaire, pulmonaire, digestive, biliaire), diffusion cutanée et osseuse médiocre
2. Pénicillines: amoxicilline, amox-ac clav
3. Céphalosporines: C3G injectables
  - Cefotaxime, Ceftriaxone (voie sous cut),
  - Ceftazidime ( *Pseudomonas*)

10

# Les fluoroquinolones

1. Diffusion tissulaire très bonne (prostatites)
2. pression de sélection sur flore commensale  
→ attention monothérapie
3. Norfloxacin (infections urinaires basses),  
Ofloxacin, Ciprofloxacin, Levofloxacin
4. Adapter à la fonction rénale+++

11

# Les Aminosides

- Bactéricidie rapide mais diffusion tissulaire limitée → bactériémies+++
- Administration en 1 injection par jour, pendant 2 à 3 jours, sauf indication particulière (endocardite), en association
- Adapter à la fonction rénale
- Gentamicine, Amikacine

12

# Voies d'administration

- Voie veineuse : précarité du capital veineux, dispositif invasif
- Voie orale toujours à privilégier mais surveillance prise+++
- Voie intramusculaire: douleur, anticoagulants, matériel orthopédique
- Voie sous cutanée: très « gériatrique » → ceftriaxone +++

13

# Effets secondaires

- Digestifs: amox clav, fluoroquinolones macrolides
- Néphrotoxicité: aminosides, glycopeptides
- Ototoxicité avec aminosides
- Neuro psy ( confusion, crise comitiale): avec fluoroquinolones
- Articulaires et musculaires: fluoroquinolones
- Manif hématologiques: leucopénie, thrombopénie
- Candidoses : tous

*Problème de l'imputabilité quand ordonnance « pléthorique »*

14

# Interactions médicamenteuses

D'autant plus fréquentes que polymédication.

- Potentialisation des AVK
- Anti-acides ↓ absorption
- Anti-H1 et macrolides: risque de torsade de pointe
- Induction enzymatique avec Rifampicine: corticoïdes, AVK, digitaliques...

15

## Les messages clé de la campagne...(rappel)

- **Savoir dire non**
  - Traiter les seules infections bactériennes
  - Traiter l'infection, pas la colonisation
  - Réévaluer la prescription à 48 heures
  - Savoir arrêter un traitement
- **Mieux utiliser**
  - Bien choisir le traitement initial
  - Savoir dire non aux associations
  - Modalités d'administration appropriées
- **Prévenir**
  - Limiter les dispositifs invasifs
  - Prévenir la transmission croisée
  - vacciner

16



## Qui est garant de la bonne prescription?

- Celui qui prescrit bien sûr, soit plusieurs médecins de ville par EHPAD
- Position stratégique du médecin coordonnateur :
  - Rôle dans l'hygiène , la nutrition, la gestion des risques
  - Rôle de formateur des médecins et du personnel

17

## Aides à la prescription des antibiotiques

- Développer travail en réseau et conventions avec établissements ayant Clin et EOH
- Connaitre écologie
- Suivi des BMR avec les établissements d'amont
- Proposer recommandations locales simples

18

# Évolution démographique

- Population âgée dépendante en augmentation continue
- Les plus de 75 ans sont environ 5,6 millions , soit 8,7% de la population française
- Ils sont un tiers de plus qu'il y a 10 ans

*(source INSEE - Estimation de population fin 2008)*

**Ce n'est pas le cas des antibiotiques et il n'est pas souhaitable qu'ils suivent le même chemin.**