



Pourquoi un audit sur la prise en charge des patients se révélant bactériémiques aux Urgences ?

Pierre-Marie Roger
 Infectiologie
 Centre Hospitalier Universitaire de Nice
 Vendredi 2 Décembre 2016

Conférence de Consensus

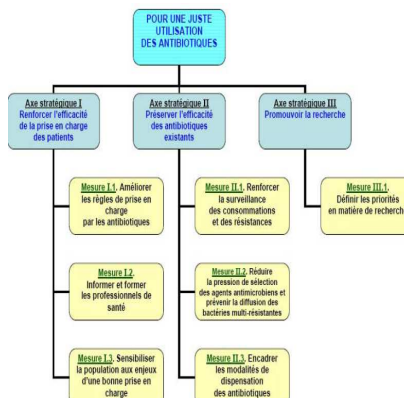
Médecine Mal Infect 2002; 32: 329-8
 © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés
 S0399-077X(02)00379-7/MS

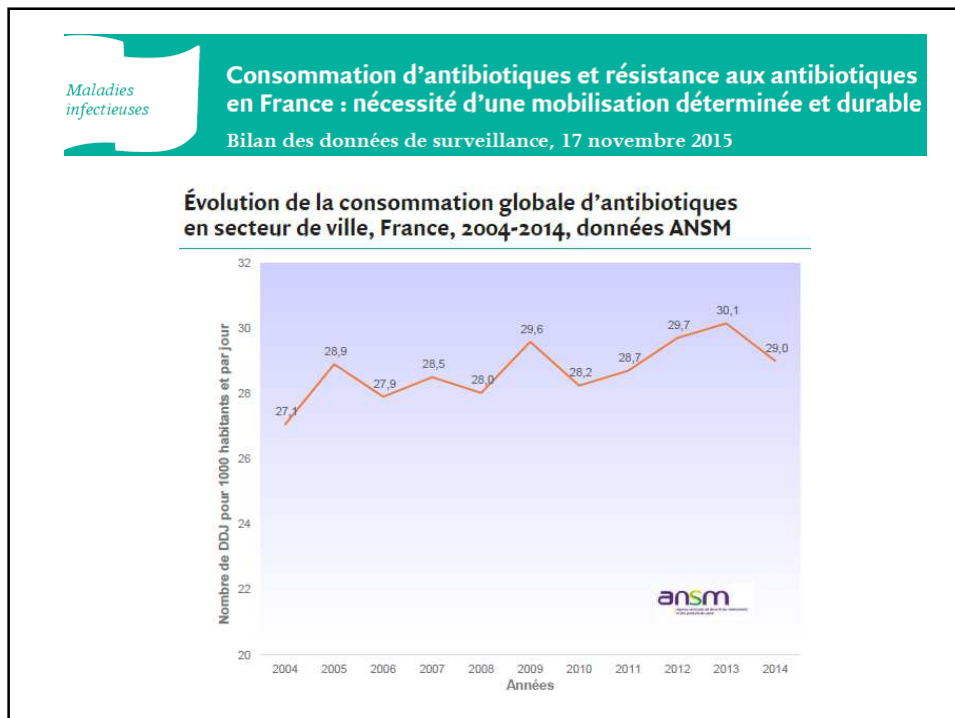
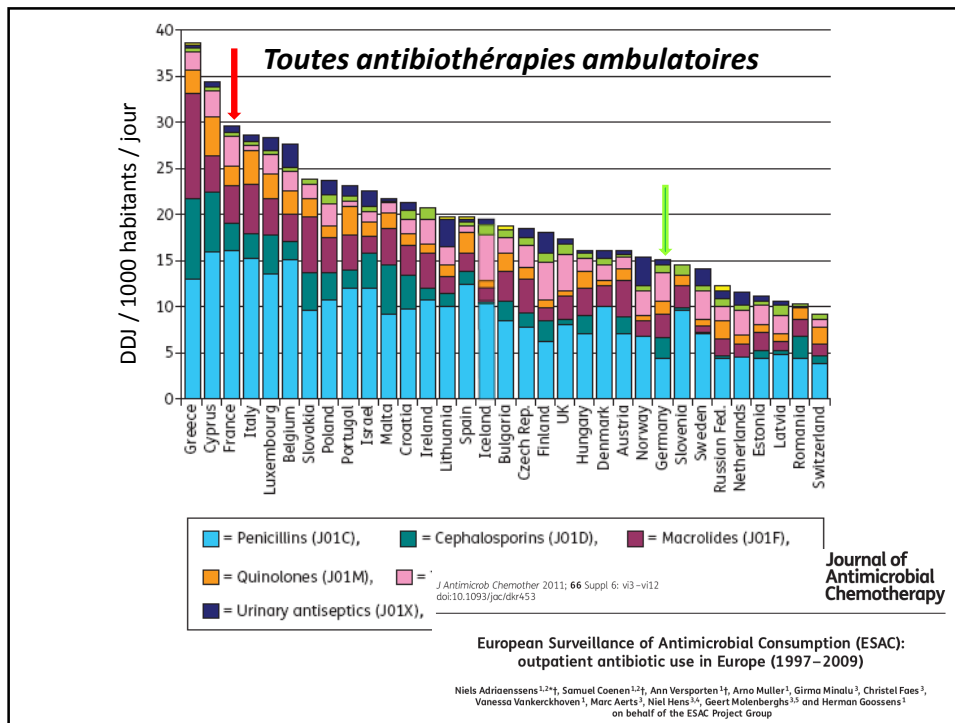
14^e Conférence de Consensus organisée par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins ?
 Qualité = préserver l'intérêt collectif sans nuire à l'intérêt individuel du patient.

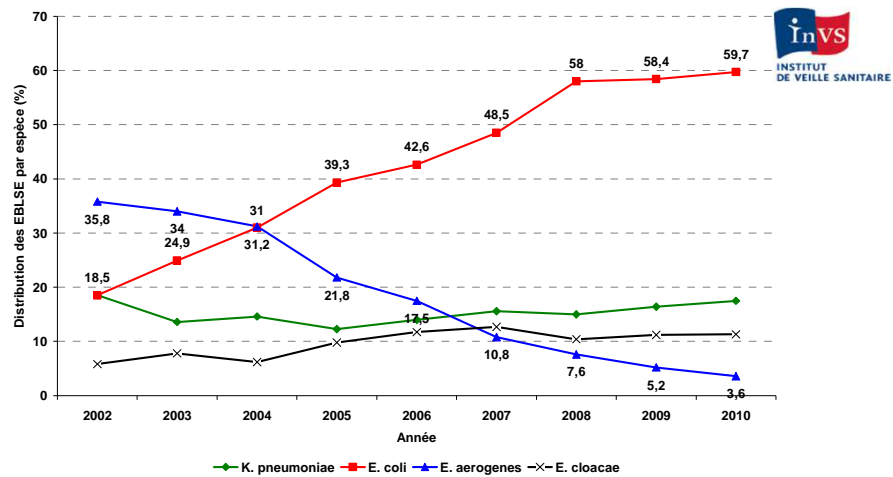
Mercredi 6 mars 2002 – Institut Pasteur, Paris
 sous le Patronage du Ministère Délégué à la Santé,

Plan
 national
 d'alerte sur les
 antibiotiques
 2011-2016

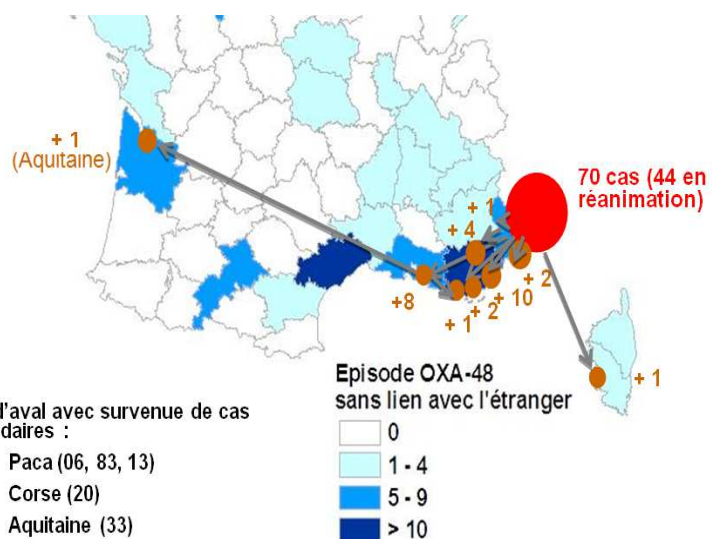




Evolution de la répartition des espèces de EBLSE dans les établissements de santé français, Réseau BMR-Raisin

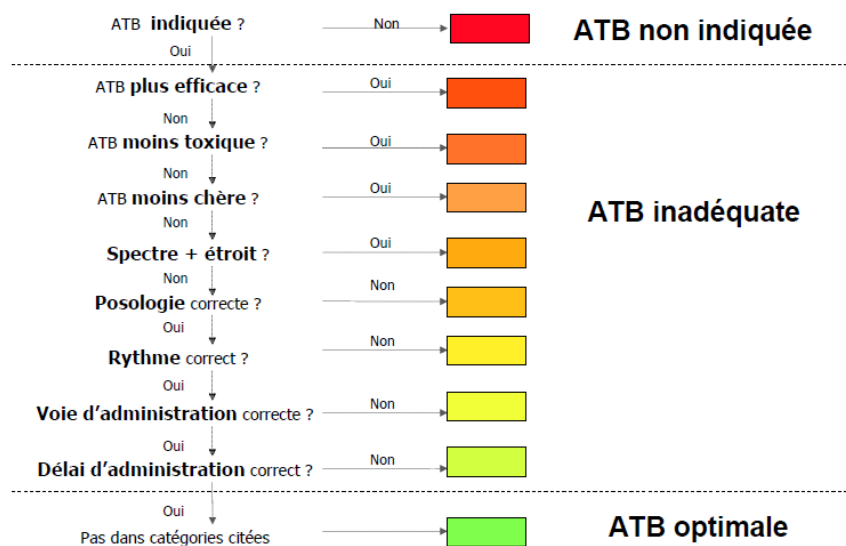


Epidémie de *K. pneumoniae* oxa-48 Situation en Mars 2014



ICATB-2 (2012)

- Sous-commission de la COMEDIMS dédiée aux ATB
- Référent en antibiothérapie
- Formation continue
- Lien informatique entre pharmacie / labo / services
- Informatisation des prescriptions
- Protocoles d'antibio-prophylaxies et ATB thérapies 1^{ère} intention
- **Reévaluation ATB après 48 heures**
- Liste des ATB et prescriptions à dispensation contrôlée
- **Évaluation / Audits de l'antibiothérapie**
- Surveillance DDJ

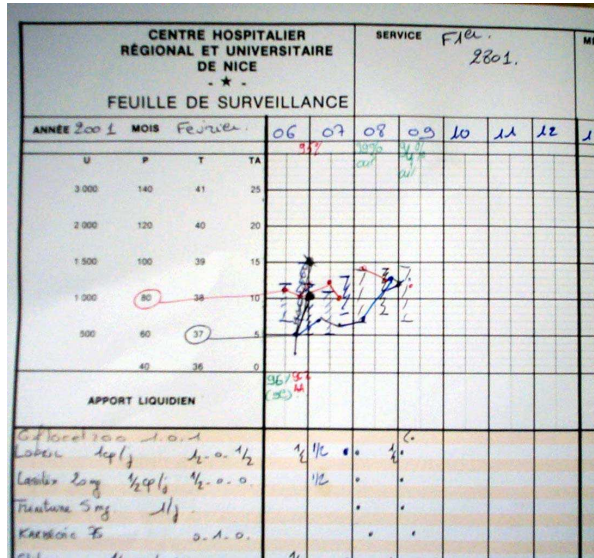




J3, apyrétique spontanément



insuffisance cardiaque
dissociation entre signes fonctionnels respiratoires et importance des images radiographiques; cardiopathie connue



Hémoculture et ECU positifs à E. coli infection urinaire bactériémique

Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2016) 35:1601–1605
DOI 10.1007/s10096-016-2697-6

ORIGINAL ARTICLE

Bacteraemic urinary tract infections may mimic respiratory infections: a nested case–control study

E. Denis¹ · N. Martis² · F. Guillouet-de Salvador² · E. Demonchy² · N. Degand³ · K. Carles² · P.-M. Roger²

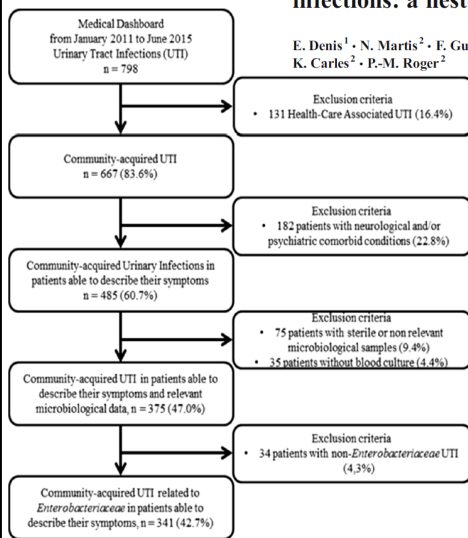


Table 2 Risk factors for bacteraemic urinary tract infection. Multivariate analysis

Risk factors	AOR [95 % CI]	p-Value
Auscultation signs	5.91 [3.04–11.49]	<0.001
Absence of urinary symptoms	1.58 [0.96–1.81]	0.058

Histoire de chasse ?



« plus de 75 ans avec fièvre et symptômes respiratoires et bénéficiant d'une antibiothérapie aux urgences »

- Groupe étude, 115 patients, avec avis infectiologue
 - sex-ratio à 0,50
 - moyenne d'âge de 85 ans
 - > 90% avec co-morbidité(s)
- groupe contrôle, 54 patients, sans avis infectiologue
 - sex-ratio 0,70
 - moyenne d'âge de 85 ans
 - > 90% avec co-morbidité(s)

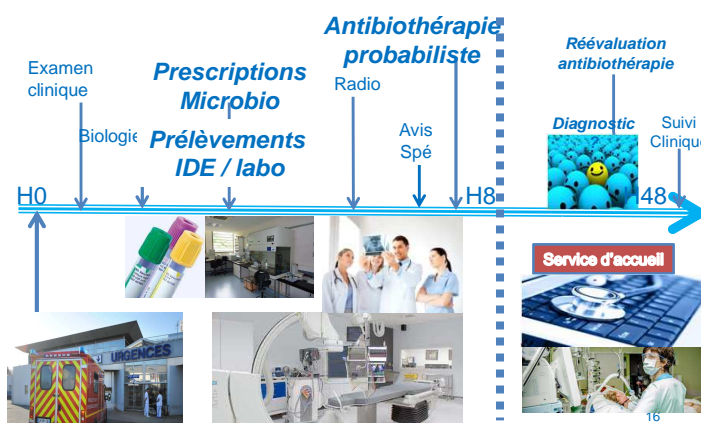
**Même motif d'admission à l'hôpital:
fièvre, signes fonctionnels et/ou physiques respiratoires
et antibiothérapie proposée par urgentistes**

PM Roger et al, Press Med 2003;32:1681

Diagnostic (δ) ?

Groupe Etude	δ initial	δ infectiologique
pneumonies	90	34
bronchites	1	31
OAP et Pneumonies	21	1
Exacerbations BPCO	3	1
autres causes	-	48, dont 19 OAP et 11 déshydratations
Total	115	115

Chemin Clinique du Patient Infecté



Recours Rapides en Infectiologie: 04-92-03-96-88

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes SPILF 2015 communautaires de l'adulte

Prise en charge des infections urinaires de l'enfant

Recommandations du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP)

de la Société Française de Pédiatrie

&

de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)

INFECTIONS URINAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

- colonisation urinaire gravidique

- cystite gravidique

- pyélonéphrite aiguë gravidique

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
Décembre 2015

Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte

RPC IUAS version finale 7 mai 2015

Pourquoi faire l'audit des patients bactériémiques ?

- exige un suivi clinique, microbiologique et thérapeutique = situation « complexe »
- patients bactériémiques : gravité potentielle...donc il faut « optimiser »
- audit avec retour d'informations = mesures de ce qui va...et ne va pas
- approche selon Politique du Bon usage des Antibiotiques
- aller vers la simplification, qui facilite l'évaluation ultérieure

simplifier notre approche thérapeutique: jusqu'où ?

Community-acquired bacteremia: what could be the best antibiotic combination?

Methods:

This was a single centre cohort study based on our medical dashboard of patients with community-acquired bacteremia from July 2005 to June 2016. This dashboard incorporates 28 factors, including diagnosis, comorbidities, microbiologic data, distinction between community-acquired- or health-care associated infections, antibiotic therapies and outcome. After preliminary analysis, 2 CATs considered for putative bacteraemia were compared : amoxicilline – clavulanic acid (AMX-C) + gentamicin (G) *versus* cefotaxime (CTX) + gentamicin.

Results:

1352 episodes from 1217 patients. The 3 main disease-related groups were urinary infections (n = 393, 29%), bacteraemia without evident portal of entry (n = 232, 17%), endocarditis (n = 196, 14%).

The 5 main bacterial genus were *Enterobacteriaceae* (n = 492, 36%, among which 365 *E. coli* infections, and 57 ESBL positive strains), *Streptococcus* (n = 300, 22% including *S. pneumoniae* in 95 cases), *Staphylococcus* (n = 264, 19%), polymicrobial bacteremia (n = 145, 11%) and *Enterococcus sp* (n = 44).

The death rate was 5.8%.

Bacteria were resistant to AMX-C in 24% and to CTX in 37% of the cases

The combination therapy AMX-C + G was inefficient in 1.2% of the cases while CTX + G was inefficient in 11.8% of the cases