

Politique institutionnelle de bon usage des antibiotiques

Ne pas oublier les anciennes molécules ! Exemple des fluoroquinolones.

BU-31

N. Retur¹, F. Lieutier-Colas^{1,5}, B. Bertrand^{2,5}, C. Arlaud^{3,5}, V. Mondain^{4,5}, R. Collomp¹, PM. Roger^{4,5}
(1) Pôle Pharmacie-Stérilisation - CHU Nice (2) Service de Pharmacie - CH Grasse, (3) Service Gériatrie - CHU Nice, (4) Service Maladies Infectieuses - CHU de Nice (5) Resoinfectio PACA Est, Réseau régional d'infectiologie, France.

Introduction

Dans notre CHU, dans le cadre de la politique de bon usage des antibiotiques (ATB), la commission de lutte anti-infectieuse (CLAI) cible ses actions depuis 2008 sur une liste d'ATB pour réévaluation par les infectiologues après alerte quotidienne par le pharmacien sur ces prescriptions. Le choix porte sur le caractère pourvoyeur de résistance (C3G, carbapénèmes), la commercialisation récente et l'impact financier (ex : ceftolozane/tazobactam), ou un contingement national (ex : Fosfomycine). Si cette liste est issue d'un consensus pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens et microbiologistes), aucune fluoroquinolone (FQ) n'y figure. Pourtant, les résistances à cette classe, due à une surconsommation et un mésusage, compromettent déjà leur efficacité. En 2005, un 1er audit réalisé au CHU avait déjà montré que 55 % des prescriptions de FQ étaient soit non indiquées, soit mal utilisées (dosage, posologie ou durée). Si au niveau du CHU, une diminution des consommations de FQ a été observée entre 2011 et 2016 (55 vs 18 DDJ/JH), le pôle pharmacie-stérilisation en lien avec la CLAI a décidé de réaliser en juillet 2017 un audit sur leur bon usage, afin de mesurer l'importance que cette classe, pourtant ancienne, doit avoir dans la politique institutionnelle de bon usage.

Matériels et méthodes

- Etude observationnelle multicentrique - 2 établissements de santé (ES) du GHT06 (Groupement Hospitalier des Alpes Maritimes) : CHU Nice et CH Grasse.
- Durée : 5 semaines.

Recueil par questionnaire pour chaque patient audité sur :

- 1) les informations sur l'établissement et le type de service
- 2) les données clinico-biologiques et le contexte d'hospitalisation
- 3) l'indication bactériologique ayant motivée la prescription de fluoroquinolones
- 4) et les modalités de prise en charge antibiotique.

- FQ : Ciprofloxacine, Ofloxacine, Lévofloxacine et Moxifloxacine.
- Services : MCO, Réanimation, SSR, EHPAD

Résultats

- 70 prescriptions analysées
- Age moyen 72 ans [20-98].
- Services : **Médecine (75,7 %)**, **Chirurgie (12,9 %)**, SSR (5,7 %), USLD (1,4%), Gynécologie-Obstétrique, Psychiatrie (1,4%) EHPAD (1,4%).
- 44 sur 70 prescriptions faites par des internes
- Avis infectiologue pour 26 prescriptions (37,1 %)
- Curatif 66/70 – Prophylaxie 4/70
- Communautaire 51,5 % (34/66), associée aux soins 45,5% (30/66), inconnue 3 % (4/66).

IIA: Intra-abdominale	12,9%
PIED DIA: Pied diabétique	1,4%
OA: Ostéo-articulaire (hors pied diabétique)	17,1%
PROST ou PNA: Prostatite ou pyélonéphrite	24,3%
NF: Neutropénie fébrile	2,9%
IU AUTRES: Autre infection urinaire (cystite, infection sur sonde)	15,7%
INC: Inconnue	2,9%
GYN: Gynécologique	1,4%
PULM: Pulmonaire	10,0%
ICTM: Infection cutanée et Tissus mous	1,4%
BACT: Bactériémie isolée	2,9%
IKT: Infection sur cathéter	4,3%
OPHT: Ophthalmique	1,4%
END: Endocardite	1,4%

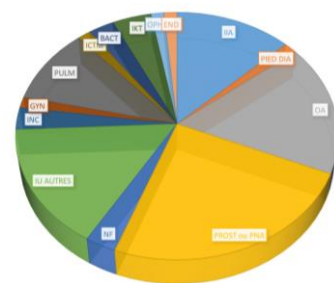


Tableau et figure 1. Répartition des prescriptions par indications.

- 52,9 % des prescriptions n'étaient pas appropriées.
- 68,6 % des indications étaient conformes (48/70). Sur ces indications conformes, 15/48 ne l'étaient pas du point de vue de l'utilisation (posologie, durée, voie)
- Parmi les prescriptions réévaluées par un infectiologue (26/70), l'indication était toujours conforme (100%). Cependant, dans 8/26 des avis, le manque de précisions sur la posologie rendaient les prescriptions non optimales en terme de posologie ou modalités d'administration
- le taux d'indications conformes passe de 50 % (22/44) sans intervention à 100 % avec intervention (26/26).
- 5,7 % des FQ prescrites en IV auraient pu être administrées per os.

Figure 2 : Répartition des types de non conformités

- Antibiothérapie non recommandée
- FQ non recommandée en 1ère intention
- FQ non recommandée en général
- Alternative autre classe thérapeutique

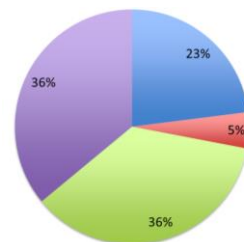
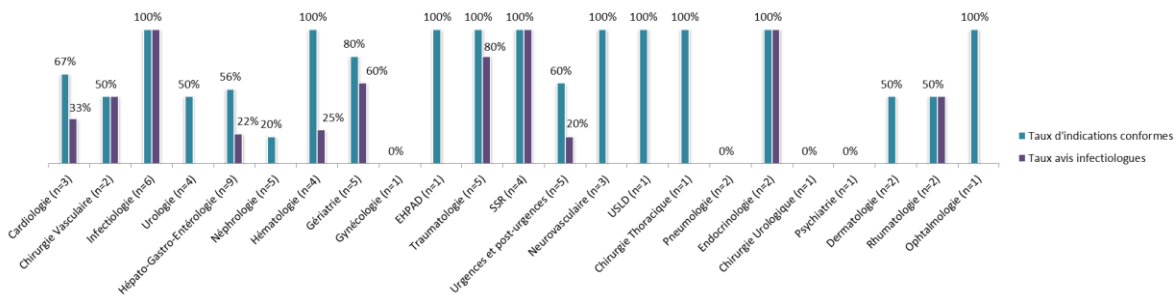


Figure 3 : Taux d'avis d'infectiologues itinérant (en pourcentage par Service – n correspondant au nombre total de prescriptions par service) vs Taux de prescriptions non appropriées



Conclusion

Malgré la diminution des consommations en FQ dans notre établissement de santé ces 5 dernières années, 52,9 % des prescriptions restent non conformes. L'intervention d'un infectiologue peut optimiser les indications de traitements, mais le pharmacien garde un rôle important dans l'alerte de ses collaborateurs infectiologues et dans l'adaptation des modalités d'administration (posologie, rythme, voie d'administration, interactions médicamenteuses). Une collaboration quotidienne pharmacien/infectiologue, ainsi qu'une formation ciblée sur un meilleur usage des FQ pourrait améliorer ces pratiques, sur une famille toujours pourvoyeuse de résistance, voire inefficace.