

HUG: Hôpital cantonal de Genève

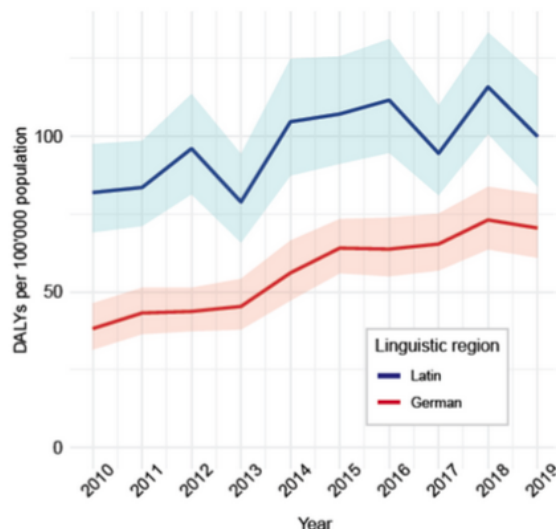
mardi 6 décembre 2022

Les 10 commandements de l'antibiothérapie judicieuse

Prof. S. Harbarth

Cette présentation s'adresse aux médecins de ville, avec une partie réservée pour les hospitalistes.

Nous vivons depuis 3 ans avec la pandémie COVID, pendant que la pandémie silencieuse de résistance aux antibiotiques se développe.



Ici, ce sont des données pas encore publiées qui nous montrent le fardeau de la résistance en Suisse, en fonction de l'espérance de vie ajustée à l'handicap provoqué (DALYs) et du temps.

On voit qu'il y a des années de vie perdues à cause de la résistance aux antibiotiques, avec plus de cas dans les régions francophones et italophones.

Un cas récent est celui d'une patiente admise aux SI. Après une grippe A, elle développe une pneumonie communautaire nécrosante à MRSA, et décède à 58 ans.

Approches pour contrôler la résistance aux antibiotiques

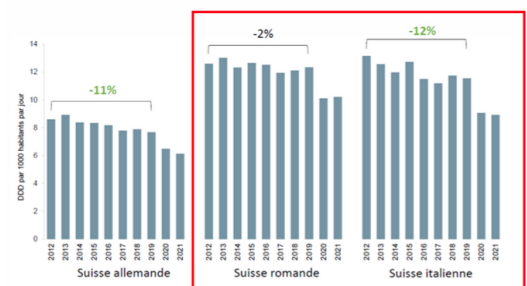
- Contrôler le réservoir animal et environnemental: réglementation
- Diminuer la transmission: hygiène des mains
- Identifier les porteurs: dépistage à l'admission, isolement
- Améliorer la prescription antibiotique: éducation, restriction

1. ne les utiliser qu'en cas de nécessité avérée...

Cela semble trivial, néanmoins, les premiers algorithmes de traitement du covid, venus de chine, demandaient amoxicilline, azithromycine et quinolones respiratoires pour tout patient atteint de covid19...

On remarque à ce moment aux HUG une nette augmentation de la prescription d'azithromycine, alors que celle de la clarithromycine chute, habituellement utilisée pour traiter les pneumonies acquises en communauté.

Bonne nouvelle, la Suisse consomme peu d'antibiotiques en ambulatoire, comparé au reste de l'Europe. Néanmoins, il y a une grande différence de prescription entre les régions alémaniques et le reste du pays.



Genève est le canton qui en prescrit le plus, et ce depuis au moins 20 ans, malgré une légère diminution durant les dernières années (de 2013 à 2015).

Par contre, pour la prescription intra-hospitalière, Genève est dans la moyenne du pays et il n'y a pas de différence de prescription massive entre les régions linguistiques.

2. Enseigner aux patients la gestion des symptômes d'infection non-bactérienne

Comme répété depuis longtemps, les antibiotiques ne sont pas des antipyrétiques ni des anxiolytiques...

Les connaissances dans la population suisse montrent tout de même 30% de personnes qui pensent que les antibiotiques sont efficaces contre les virus (2020) et 20% contre la grippe et le rhume...

Toutefois, $\frac{2}{3}$ répondent juste à la question sur les effets secondaires fréquents (digestifs), il y a donc une bonne base de connaissances, surtout comparé à d'autres pays.

Malgré la campagne de sensibilisation de l'OMS fin novembre, il reste une bonne marge d'action....



3. Encourager l'adhésion des patients et décourager l'automédication

Il y a de gros soucis dans certains pays avec les patients qui gardent les restes d'antibiotiques pour s'auto-médiquer plus tard. C'est une pratique courante en Russie, en Chine, en Italie....

En Suisse en 2020, seuls 1% des patients annoncent avoir utilisé des antibiotiques restants dans leur dernier traitement.

[Une étude de 2007](#) sur l'utilisation des antibiotiques dans la population latino-américaine immigrée à Genève, montre une grande quantité d'auto-médication, avec 30% qui l'annoncent à l'étude.

Le plus impressionnant, c'est la présence à cette période d'un marché noir des antibiotiques, allant jusqu'à l'injection IM illégale de pénicilline et d'amoxiciline par des infirmières sans supervision médicale...

Ce sont des données anciennes, toutefois à garder en tête pour les populations migrantes du moment qui ne sont pas forcément au courant du bon usage..

4. En cas de traitement empirique, prescrire les antibiotiques de manière rationnelle, en considérant la situation locale de résistance

Aux HUGs, on trouve les statistiques de sensibilité aux antibiotiques (Carte ABgramme).

Sinon, il y a le réseau anresis de surveillance des antibiotiques qui fournit ces informations sur infect.info, aussi disponible en application.

Par exemple, un patient sans antécédent de voyage se présente avec une gastro-entérite fébrile...le réflexe depuis 40 ans est de prescrire de la ciprofloxacine.... Mais le réseau anresis nous montre que la cause n°1 est le campylobacter, et que celui-ci est résistant à la ciprofloxacine dans 85 % des cas...

Comme alternative, anresis propose un macrolide (azitro ou clarithro), avec 99% de sensibilité encore actuellement.

infecto.info est interactif et permet de filtrer par bactérie, type de population, par traitement empirique (SSI) etc.

5. Eviter au maximum les fluoroquinolones

C'est une des classes d'antibiotiques qui génère le plus de résistance, à éviter dès que possible.

Il existe des indications pour les quinolones en première position, néanmoins la Suisse est en quatrième position européenne pour leur utilisation (12% de la consommation totale), derrière la Bulgarie (16%), la Hongrie et la Roumanie....la Norvège en dernière est à 2%.

Les abus de quinolones sont fréquents dans le traitement de la cystite commune.

Les *guidelines* suisse mettent la nitrofurantoïne ou le TMP/SMX en première ligne et la fosfomycine ou norfloxacine en deuxième intention.

L'utilisation réelle en Suisse montre ¼ d'utilisation de quinolones. Une partie doit être justifiée par la suspicion de prostatite, mais il reste une marge d'amélioration.

6. Suivre les recommandation fondées sur les preuves

[Firstline](#) est une application et site web développé par les HUG, qui rassemble les recommandation de traitement.

La [société qui suisse d'infectiologie](#) fournit des guidelines sur les syndromes infectieux.

L'[institut bernois de médecine de famille](#) a développé des aides à la décision partagée sur l'administration d'antibiotiques au cabinet.

Leurs aides sont visuelles et permettent de revoir les croyances erronées des patients sur les antibiotiques de manière visuelle (p.ex. [maux de gorge](#))

Les Guidelines françaises [antibioclic](#) sont également très utiles, et complètent bien celles de la SSI (inscription rapide).

Malheureusement, comme souvent discuté à ce colloque, l'émission de guidelines ne pousse pas forcément à leur utilisation...

Une étude d'Ecosse montre que le feedback individuel sur la prescription d'antibiotique aux praticiens n'a presque aucun effet.

Une autre étude suisse sur 3500 médecins installés, montre également un résultat négatif pour le feedbacks sur les antibiotiques. La quantité prescrite étant déjà basse en Suisse, les auteurs présument qu'une action plus intelligente ou musclée pourrait modifier les pratiques des grands prescripteurs.

7. S'appuyer (raisonnablement) sur le laboratoire de microbiologie clinique

Une fois l'antibiogramme de l'infection fourni, il faut adapter le traitement et faire la désescalade antibiotique.

On nous présente le cas d'une patiente en 2006, un scénario qui n'arriverait pas aujourd'hui. Elle présente une pneumonie à pneumocoques avec une tumeur sous-jacente. l'antibiogramme montre un pneumocoque ultra-sensible. Un peu de pénicilline suffira...

Malheureusement, elle est maintenue sous imipénème, pour la "couvrir".

Quelques jours plus tard, elle développe un pseudomonas rapidement résistant à l'imipénème.

8. Prescrire la durée de traitement antibiotique la plus courte possible et prouvée

[Une étude de 2006](#) montre que certains patients avec une pneumonie communautaire bénéficient d'une antibiothérapie raccourcie, p.ex. 3j.

[Une autre étude](#) française publiée dans le Lancet en 2021 corrobore cette conclusion.

Pour les bactériémies à GRAM-, [une étude](#) en partie genevoise a montré il y a deux ans qu'il n'est pas nécessaire de traiter 14 jours, et qu'une durée de 7j est suffisante.

Le tout confirmé par une [étude israélienne](#) récente.

9. Rester ouvert aux aides décisionnelles pour optimiser la prescription antibiotique...

Il existe des outils informatiques pour cela. Par exemple, il y a un outil per-opératoire qui est adopté à 70-80% par les anesthésistes.

En médecine, il y a COMPASS, développé à Genève et au Tessin. Dans l'objectif de réduire la prescription, cet outil vérifie que les guidelines soient suivies, demande des explications en cas de sortie, et rappelle la désescalade à 72h.

Malheureusement, après 12 mois, les résultats sont négatifs et COMPASS reste sans effet.

La raison de l'échec était probablement le manque d'adhésion des médecins: il n'est pas utilisé dans 25% des consultations, ou administré en retard après le passage aux urgences.

Il semble aussi que les alertes de réévaluation soient faciles à ignorer....

10. Prendre en considération la pharmacocinétique et la pharmacodynamique

L'habitude de prescrire l'amoxiclav 2x /j est-elle une bonne pratique?

La concentration sanguine n'est que partiellement efficace, comparé à une prise 3 ou 4x par jour, qui permet une meilleure couverture.

Cela va dépendre de l'adhésion du patient...jamais 2x/j en hospitalier.

Pour en savoir plus, l'article de l'orateur sur les 10 commandements est [ICI](#).



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch