

Infections et Antibiothérapie chez le sujet âgé

28 janvier 2017.

Le grand âge et ses pathologies

Dr V Moulin Praticien Hygiène/Référent Antibiotique
Hôpital Corentin Celton

- Les pathologies infectieuses sont fréquentes chez le sujet âgé
- Existence de nombreux facteurs de risque : senescence naturelle des systèmes de défense, comorbidités associées,
- Difficulté diagnostic :
 - ▶ symptomatologie frustrée ou trompeuse ,
 - ▶ documentation microbiologique absente ou difficile à interpréter
- Enjeux de Prescription antibiotique :
 - ▶ la consommation des ATB en France est l'une des plus élevées en Europe
 - ▶ Le risque de décompensation peut nécessiter une antibiothérapie en urgence.

Epidémiologie

■ Prévalence des infections bactériennes augmente avec l'âge

- ▶ Pneumopathies : X3
- ▶ Infections urinaires : X 20

■ Impact du risque infectieux :

- ▶ Après 65 ans : 30 % de décès par infection
- ▶ 1^{ère} cause de mortalité après 75 ans : Pneumopathie

■ Infections les plus fréquentes

- ▶ 1^{er} : Infections broncho-pulmonaires (52 %) : Surtout communautaire et souvent sévère
- ▶ 2^{ème} Infections urinaires (24%) : plus fréquente en milieu hospitalier
- ▶ 3^{ème} Infection peau et tissus mous (18%)

Susceptibilité accrue du sujet âgé aux infections

- **Altération des barrières cutanéomuqueuses de défenses :**
 - *peau fragilisée,*
 - *modification de la flore commensale,*
 - *Baisse de la motilité intestinale*
 - *Altérations des muqueuses par diminution des sécrétions*

- **Modification des défenses immunitaires et des réactions inflammatoires:**
 - ▶ Fièvre souvent atténuée voir absente

- **Trouble de la déglutition : fausse route / Reflux GO**

- **Trouble vésicaux sphinctériens**

- **Pb d'Hygiène buccodentaire : colonisation de la flore /germe pathogène**

- **Malnutrition / Dénutrition +++**

■ Comorbidité associé:

- ▶ Risque de décompensation de pathologie sous jacente

■ Poly médication :

- ▶ Morphinique /Sédatif : inhalation
- ▶ Neuroleptique et Diurétique : aggrave la sécheresse salivaire
- ▶ Anti H2 : infection digestive à Clostridium difficile

■ Isolement fréquent de Bactéries multi résistantes : SARM /BLSE.

- ▶ Réputation de réservoir

■ Institutionnalisation :

- ▶ Risque épidémique et transmission croisée manu portée

■ Immobilisation ou grabatisation :

- ▶ responsable d'escarre, encombrement bronchique, stase vésicale

Problématiques

■ Difficulté diagnostic

- ▶ Forme frustrée et signe atypique / Fièvre absente
- ▶ Interrogatoire difficile
- ▶ Documentation microbienne absente ou d'interprétation difficile

■ Prescription antibiotique

- ▶ Risque de décompensation des pathologies sous-jacentes peut nécessiter une antibiothérapie en urgence
- ▶ Modalité d'administration parfois compliquée :
 - *Pas d'ATB PO pour les infections à BMR*
 - *Capital veineux fragile*
- ▶ Durée prolongée augmente le risque de sélection de BMR +++

Diagnostique pas si simple

■ Signes cliniques spécifiques pas toujours présent :

- ▶ Fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$), hypothermie ($<36.5^{\circ}\text{C}$),
- ▶ dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles ou tension sous-pubienne,

>>>>> Prendre en compte les signes extra urinaires non spécifiques

- ▶ incontinence récente ou majoration de l'incontinence ,
- ▶ somnolence,
- ▶ apparition ou aggravation d'une désorientation et/ou de la dépendance et/ou d'un trouble de l'appétit non expliqués par ailleurs

■ Documentation microbiologique ne permet pas de différencier la₇ colonisation de l'infection

Diagnostic souvent posé par excès chez le sujet âgé

- **Présence d'une Bactériurie avec chez le sujet âgée est fréquente et augmente avec l'âge**
 - ▶ >10 % des hommes
 - ▶ 20 % des femmes
 - ▶ SAD : 90% des cas asymptomatique

- **Des urines troubles ou malodorantes, incontinence minime**
 - ▶ peuvent accompagner une bactériurie asymptomatique
 - ▶ Signes de déshydratation

- **en présence de fièvre :**
 - ▶ bactériurie permet de rattacher la fièvre à l'infection que dans 10 % des cas

- **Bactériurie asymptomatique n'appelle pas de traitement**

Comment traiter

- **Prendre en compte les facteurs de risque de complication (cf reco SPILF 2014)**
 - ▶ anomalie de l'arbre urinaire, Immunodépression grave , Insuffisance rénale sévère D sévère, IR)
 - ▶ > 75 ans (à moduler en fonction du patient / concept de fragilité))

- **Cystite de la femme : Attendre si possible l'antibiogramme et assurer une diurèse suffisante**
 - ▶ Probabiliste : Fosfomycine trometamol (cystite simple) / furadantine (cystite compliquée)

- **Prostatite : attendre l'antibiogramme**
 - ▶ Cystite de l'homme âgé peut être évoquée en présence de signes fonctionnels urinaires isolés (sans signes généraux, ni syndrome inflammatoire)

- **PNA : Fluoroquinolone (PO) / Cephalo 3^{ème} G IV à adapter à réception de l'antibiogramme**

- **Réévaluation à J3 : pour Adapter le TT au germe :**
 - ▶ choisir le le spectre le + étroite et la durée de traitement la plus courte

- **ECBU de contrôle n'est plus recommandé sauf en cas d'évolution défavorable ou de PNA sur lithiase**

Difficultés

■ Diagnostic difficile

- ▶ Tableau clinique souvent intriqué avec des éléments d'insuffisance cardiaque ou respiratoire
- ▶ BPCO : dyspnée d'effort, + augmentation volume des expectorations avec aspect franchement purulent ou fièvre prolongée et foyer clinique
- ▶ Savoir évoquer la tuberculose (fréquente chez le sujet âgé)
- ▶ Cas particulier : Coqueluche (notion de comptage) ou Légionnelle (risque environnemental)

■ Rarement documentée

- ▶ Intérêt des marqueurs biologiques (CRP; Procalcitonine, NFS) tant pour initier l'antibiothérapie que contrôler sa durée .
- ▶ Ne pas oublier les antigénuries pneumocoque et légionnelle

Prescription d'ATB

■ doit Prendre en compte

- ▶ utilisation préalable d'antibiotiques: risque important de BMR
- ▶ Trouble de la déglutition
- ▶ durée de l'hospitalisation : caractère communautaire / nosocomial ou lié aux soins

■ Réévaluation au 3^{ème} jour essentielle

- ▶ Stabilité Clinique, apyrexie à J3 est 1 élément pronostic primordiale
- ▶ de même que la régression de l'hyperleucocytose , de la CRP ou de la procalcitonine

■ Durée : de plus en plus courtes

- ▶ BPCO au cas où un traitement est nécessaire 5 jours
- ▶ Pneumopathie : 7 jours

Mesures de prévention

■ Vaccination Grippe ++++

- ▶ Patient
- ▶ Soignant >>>> à améliorer
- ▶ Tous les ans

■ Pneumocoque

- ▶ **chez sujet à risque élevé : Immunodéprimé** ou avec syndrome néphrotique, brèches ostéoméningé, implant cochléaire
 - *Prevenar (1 dose) + Pneumo 23 huit semaines plus tard*
- ▶ Patient à risque élevée : BPCO, I Renale ... : **1 dose Pneumo 23**
- ▶ Patient d'USLD : Pneumo 23 en systématique à l'entrée (Recommandation APHP)

■ Les vaccins contre la grippe et pneumocoque peuvent être administré en même temps (en 2 sites distincts)

Règles générales

■ Modification pharmacologique

- ▶ Calcul de la fonction rénale
- ▶ Adaptation de la posologie et ou des intervalles d'administration
- ▶ Cas des aminosides : 1 seule injection à posologie normale

■ Prise en compte des interactions médicamenteuses

- ▶ FQ et anticoagulant >>>> surveillance de l'INR
- ▶ Pristinamycine : CI si Colchine, Ciclosporine

■ Réévaluation à 48-72h +++

- ▶ adaptation du spectre si infection documentée
- ▶ Arrêt du traitement si l'infection bactérienne n'est pas prouvée
- ▶ Fixer la durée du traitement : > 7 j

- *Une bactériémie et ou une BMR n'allonge pas la durée du traitement*

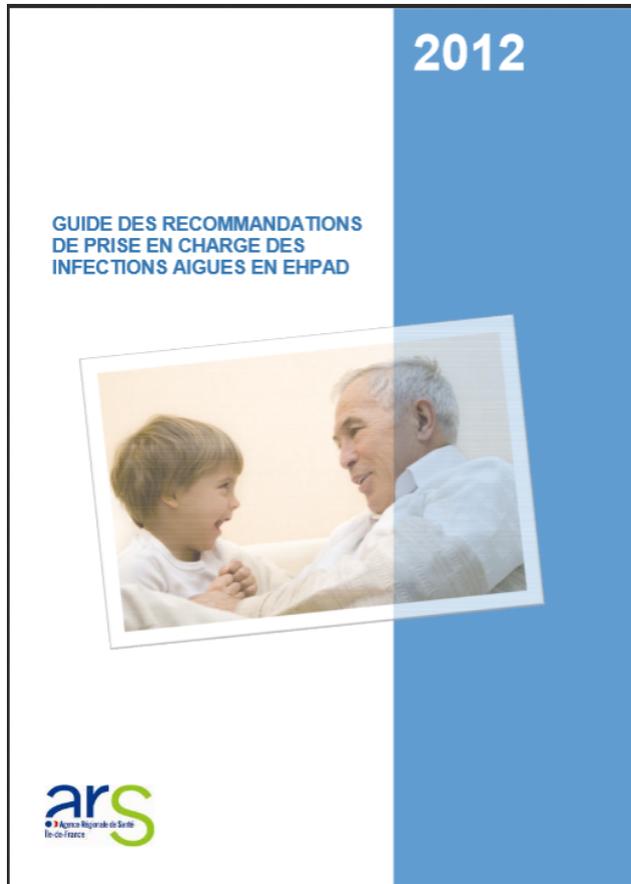
Problématique gériatrique : Modalités d'administration

■ VO pas toujours possible

- ▶ trouble de la déglutition
- ▶ Taille de comprimé >>> broyage cp metronidazole
- ▶ Infection à BMR nécessitant le recours à des ATB disponibles uniquement en IV

■ Voie parentérale : Capital veineux fragile

- ▶ Très peu d'ATB efficace en SC : Ceftriaxone, Cefepime , Teicoplanine,
- ▶ Voie IM : Amoxicilline +/- Ac clavu, Ceftazidime
Amikacine IM : non recommandé en raison d'une moindre efficacité
- ▶ Pose de Pic Line peut être nécessaire



SOMMAIRE

CIRCONSTANCES DE LA PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE	4
ALLERGIE AUX PENICILLINES	4
BRONCHITES	5
PNEUMOPATHIES	6
INFECTIONS URINAIRES	7
INFECTIONS DIGESTIVES	10
INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS.....	11
INFECTIONS OCULAIRES	13
ANTIBIOTHERAPIE EN CAS DE FIEVRE ISOLEE.....	14
TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPALES MOLECULES ANTIBIOTIQUES DE PREMIERE INTENTION.....	15

Préserver l'efficacité des Antibiotiques



3 volets, 10 messages clés

- 1 Traiter les seules infections bactériennes
- 2 Traiter l'infection, pas la colonisation
- 3 Ré-évaluer la prescription à 48 heures
- 4 Savoir arrêter un traitement
- 5 Bien choisir le traitement initial
- 6 Savoir dire non aux associations
- 7 Modalités d'administration appropriées
- 8 Limiter les dispositifs invasifs
- 9 Prévenir la transmission croisée
- 10 Vacciner

**Prévenir
les infections**

**Mieux utiliser
les antibiotiques**

**Savoir dire non
aux antibiotiques**

Les antibiotiques ne guérissent pas tous les maux !

PP Certains signes, qui peuvent vous alerter, ne sont pas des infections dues à des microbes. Il n'est donc pas nécessaire de prendre des antibiotiques pour les soigner.



Une toux régulière, sans aggravation et sans fièvre

PP Comment y remédier 
Être vu par le docteur (suivi médical habituel)

 Pas d'antibiotique nécessaire



Une escarre ou une plaie même malodorante ou associée à un écoulement

Soins et pansements locaux spécialisés, prescrits par un médecin

 Pas d'antibiotique nécessaire



Des urines troubles ou malodorantes, sans fièvre et sans brûlure

Boire, manger un yaourt

 Pas d'antibiotique nécessaire

Dans ces trois situations, faire une analyse n'est pas utile et est déconseillée, même par précaution.