

En partenariat avec les centres de vaccination de Lorraine

Editorial

La première journée européenne d'information sur les antibiotiques

Saviez-vous que la première journée européenne d'information sur les antibiotiques a eu lieu le 18 novembre ?

Cette première journée, vraiment très discrète sur le plan médiatique, a été une initiative européenne en matière de santé pour alerter le grand public sur le problème de la résistance et de la consommation des antibiotiques et afin que chacun contribue à maintenir les antibiotiques actuels actifs le plus longtemps possible.

Cette journée de mobilisation en faveur du bon usage des antibiotiques devait permettre d'améliorer la connaissance de ces médicaments, qui ont une spécificité au sein de l'arsenal thérapeutique non seulement par leur action sur une cible vivante (la bactérie), mais également par leur impact puisque leur prise peut engendrer des conséquences tant au niveau collectif qu'à l'échelon individuel.

En Lorraine comme en France, la consommation d'antibiotiques a chuté de près de 25 % en 5 ans, témoignant de la capacité de changement des patients et des soignants face à des médicaments longtemps considérés comme la solution miracle pour faire face aux maladies courantes de l'hiver.

Parmi les bactéries résistantes aux antibiotiques les plus fréquemment responsables d'infections chez l'homme, le pneumocoque en communauté et le staphylocoque doré dans les établissements de santé occupent une place importante. De nombreux efforts ont été entrepris pour contrôler ces infections depuis le début des années 2000, au travers de deux plans nationaux (pour préserver l'efficacité des antibiotiques et de lutte contre les infections nosocomiales) et pour le pneumocoque de nouvelles recommandations vaccinales. De 2002 à 2006, la résistance du pneumocoque à la pénicilline est passée de 47 % à 34 %. A l'hôpital, la fréquence des

souches de staphylocoque doré résistantes à la métilcilline (SARM) a également diminué. La prévalence des patients infectés par un SARM est ainsi passée de 0,5 à 0,3 %, conséquence de la promotion des mesures de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes et de l'usage des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains.

Ces résultats encourageants suggèrent que les campagnes de mobilisation auxquelles Antibiolor s'associe ont déjà permis d'atteindre un premier objectif. Pour autant, ce résultat ne permet pas de baisser la garde et la poursuite de la mobilisation est nécessaire : rendez-vous pour une action plus visible le 18 novembre 2009 !



AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro d'astreinte téléphonique destiné aux professionnels libéraux de santé de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne 5 jours par semaine de 8h30 à 19h30 hors jours fériés.

Un seul numéro d'appel

03 83 76 44 89

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin d'astreinte, bénévole pour cette fonction.

Le Réseau



Introduction

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a actualisé des recommandations sur la conduite à tenir lors de cas de coqueluche afin de prendre en compte les nouvelles données épidémiologiques, l'évolution des techniques de diagnostic biologique de dépistage et les nouvelles recommandations vaccinales en vigueur en 2008.

Définitions

Cas suspect de coqueluche

Un cas est suspect s'il présente une toux insomnante nocturne avec des quintes évocatrices, c'est-à-dire aboutissant à une reprise inspiratoire difficile ou un chant du coq ou des vomissements ou un accès de cyanose voir une apnée ou associées à une hyper lymphocytose, depuis plus de 8 jours, et en l'absence d'une autre étiologie.

Cas confirmé de coqueluche

Un cas suspect est confirmé s'il présente :

- une toux avec quintes évocatrices d'au moins 14 jours en l'absence d'une autre étiologie = cas clinique,
- ou une culture positive et/ou une PCR positive (une sérologie positive rentre dans les critères uniquement si celle-ci est pratiquée correctement = cas confirmé biologiquement,
- ou si un de ses contacts dans les 3 semaines avant le début de sa toux (contamineur potentiel) a été confirmé biologiquement ou si une personne en contact avec lui pendant sa période de contagiosité (cas secondaire potentiel) a été elle aussi confirmée au laboratoire. = cas confirmé épidémiologiquement.

Conduite à tenir devant un cas ou des cas groupes de coqueluche

Population exposée

La population exposée comprend toutes les personnes en contact avec le cas pendant sa phase contagieuse, à savoir 3 semaines après le début de ses signes ou jusqu'au 5^e jour de traitement par un antibiotique adapté (ou 3^e si le malade est traité avec l'azithromycine).

On distingue parmi la population exposée :

Contacts proches :

- personnes vivant sous le même toit (famille, chambrée d'internat...),
- flirt,
- tous les enfants et personnels de la section en crèche et halte-garderie,
- tous les enfants et personnes exposés au domicile des assistantes maternelles et des crèches familiales.

Contacts occasionnels : autres sujets ayant eu un contact face à face ou prolongé avec le cas :

- en milieu scolaire, enfants et adultes partageant la même classe,
- en milieu professionnel, personnes partageant le même bureau ou travaillant dans la même équipe,
- amis et personnes partageant plusieurs fois par semaine les mêmes activités,
- en établissement de santé, toutes les personnes ayant reçu des soins d'un membre du personnel atteint, ainsi que ses collègues ayant des contacts face à face ou prolongés avec lui,
- en établissement de santé, tous les personnels de soin et tous les patients exposés pendant sa phase contagieuse à un patient ayant la coqueluche.

Sujet à risque de faire des formes graves ou en contact avec des sujets fragiles

Sont considérés à risque :

- les sujets susceptibles de faire des formes graves de coqueluche ou de décompenser

une pathologie sous-jacente : nourrissons non protégés par la vaccination, sujets souffrant de pathologie respiratoire chronique (asthme, BPCO...), immunodéprimés,

- les personnes en contact avec ces sujets fragiles : femmes enceintes, parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés...

Sujet protégé

Sont considérés comme protégés par la vaccination contre la coqueluche :

- les enfants de 16 mois ou moins ayant reçu 3 doses de vaccin,
- les enfants de plus de 16 mois ayant reçu 4 doses de vaccin et dont la dernière dose remonte à moins de 5 mois,



- les adolescents et adultes dont la dernière dose remonte à moins de 5 ans.

Mesures concernant le cas

La précocité du diagnostic et de la prise en charge du premier cas est essentielle pour limiter la transmission de la bactérie. Le cas doit remplir les critères d'une des 3 définitions de cas confirmés.

Il est recommandé au clinicien ayant confirmé un cas de coqueluche de prendre les mesures suivantes.

- **L'hospitalisation** est recommandée pour les cas âgés de 0 à 3 mois, et selon la tolérance clinique après l'âge de 3 mois.

• Isolement

- **À domicile :** éviter le contact avec les nourrissons non ou insuffisamment protégés, c'est-à-dire :

- * les nourrissons de 0 à 16 mois n'ayant pas reçu 3 injections de vaccins,
- * les nourrissons âgés de plus de 16 mois n'ayant pas reçu 4 doses de vaccins.

- **En collectivité d'enfants :** éviction du malade de la collectivité, le retour n'est autorisé qu'à la fin de la période de contagiosité soit après 3 semaines de toux ou 5 jours d'antibiothérapie adaptée (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine).

- **En cas d'hospitalisation du malade :** chambre seule pendant les 5 premiers jours de traitement par un antibiotique adapté (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine).

- **En milieu professionnel :** le retour du malade n'est recommandé qu'à la fin de la période de contagiosité soit après 3 semaines de toux ou 5 jours d'antibiothérapie adaptée (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine).

Conduite à tenir dans l'entourage d'un cas (enfant ou adulte) de coqueluche.

Il est recommandé au clinicien d'identifier la population exposée au cas pendant sa phase contagieuse et parmi elle, de :

• Rechercher des tousseurs

Un interrogatoire recherchera tout autre cas suspect qui nécessitera un examen médical, d'éventuels examens biologiques de confirmation et une prise en charge (isolement et traitement spécifique). *Suite au verso =>*

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiothérapie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2008

A glisser dans une enveloppe accompagné de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiothérapie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2008

Montant : (cocher)

- 600 € pour les CHU/CHR
- 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques
- 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
- 300 € pour les Associations professionnelles
- 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

ANTIBIOLOR

Mlle C. Barthélemy

Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses

Tour Drouet 7 - Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan

54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY



• Prescrire une antibioprofylaxie aux sujets asymptomatiques non protégés par la vaccination

- Pour les contacts proches :

- antibioprofylaxie à tous les enfants non ou mal vaccinés (ayant reçu moins de 3 ou 4 doses selon l'âge) ou ceux dont la dernière vaccination date de plus de 5 ans,
- antibioprofylaxie à tous les adultes non vaccinés ou dont la dernière vaccination contre la coqueluche remonte à plus de 5 ans.

Cette recommandation est justifiée par un risque élevé de transmission du fait de la promiscuité avec le cas de coqueluche et d'une diminution non quantifiable de l'efficacité vaccinale au-delà de 5 ans.

- Pour les contacts occasionnels :

- antibioprofylaxie uniquement des sujets à risque non protégés par la vaccination : nourrissons non ou incomplètement vaccinés, femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques (asthme, BPCO, ...), immunodéprimés, entourage de nourrissons non encore vaccinés.

La prophylaxie n'a d'intérêt pour éviter les cas secondaires que si la période d'incubation n'est pas dépassée. Si le dernier contact potentiellement contaminant remonte à plus de 21 jours, la prophylaxie n'est plus nécessaire, le risque de développer la maladie à partir de cet épisode étant nul.

- Mettre à jour les vaccinations de la population exposée, selon le calendrier vaccinal, pour les enfants et les adolescents comme pour les adultes (54). En l'absence de vaccin coquelucheux non combiné, force est de recourir à un vaccin combiné. Si un enfant a reçu un vaccin dT Polio depuis moins de 5 ans, il est recommandé d'utiliser un vaccin combiné faiblement dosé en anatoxine diphtérique et de surveiller la tolérance (Repevax®, Boostrixtetra®). Chez l'adulte, il est recommandé de respecter un intervalle minimal de deux ans avec un vaccin comportant les valences diphtérie et/ou tétanos.

• Informer la population exposée

- En demandant au patient ou aux parents d'un enfant malade d'aviser de la maladie

le plus rapidement possible leur entourage familial, social ou professionnel, afin que ces personnes consultent leur médecin traitant en cas d'apparition de toux dans les 21 jours qui suivent le dernier contact, reçoivent une antibiothérapie le cas échéant et mettent à jour les vaccinations selon le calendrier vaccinal.

- En demandant au patient de prévenir le plus rapidement possible sa médecine du travail, notamment s'il travaille dans un établissement de santé.

La version complète est disponible à l'adresse suivante :

http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcsp20080905_coqueluche.pdf

Infections urinaires

En juin dernier sont parues les nouvelles recommandations de l'AFSSAPS sur les infections urinaires (www.afssaps.sante.fr), les dernières datant de 1995, élaborées par l'ANDEM. Nous en extrayons ici l'essentiel à retenir :

1. Sur le plan de la terminologie :

- les infections urinaires sont simples ou compliquées,
- la cystite aiguë de la femme âgée de plus de 65 ans sans comorbidité est une infection urinaire simple,
- la cystite chez l'homme n'existe pas, c'est une prostatite aiguë,
- la pyélonéphrite de l'homme est une infection urinaire compliquée.

2. La bandelette urinaire (BU) doit être largement utilisée. Sa valeur prédictive négative étant excellente, elle permet d'éviter un nombre non négligeable d'ECBU.

3. Cystite aiguë :

- aucun examen complémentaire en dehors d'une BU,
- privilégier les traitements par fosfomycine trométamol dose unique et nitrofurantoïne 5 jours.

4. Cystite aiguë compliquée : BU et ECBU, pas de dose unique ou de traitement court.

5. Pyélonéphrite aiguë simple :

- BU et ECBU,
- échographie par voie sus pubienne dans les premières 24 heures, pas d'ASP,
- C3G injectables ou fluoroquinolones en première intention, pas de C3G par voie orale en traitement probabiliste,

- antibiothérapie à adapter selon les résultats de l'antibiogramme,
- pas de contrôle de l'ECBU.

6. Pyélonéphrite aiguë compliquée :

- BU et ECBU en urgence,
- Uro-TDM en première intention,
- ECBU de contrôle systématique.

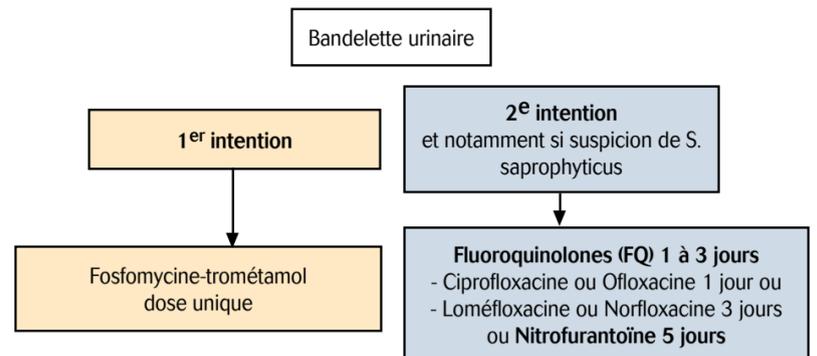
7. Prostatite aiguë :

- BU et ECBU en urgence,
- pas de dosage de PSA,
- échographie par voie sus pubienne en urgence,
- traitement par C3G injectable ou fluoroquinolones en probabiliste,
- durée de traitement raccourcie à 14 jours dans certaines indications,
- ECBU de contrôle et dosage des PSA à distance avec TR à la recherche d'une néoplasie prostatique.

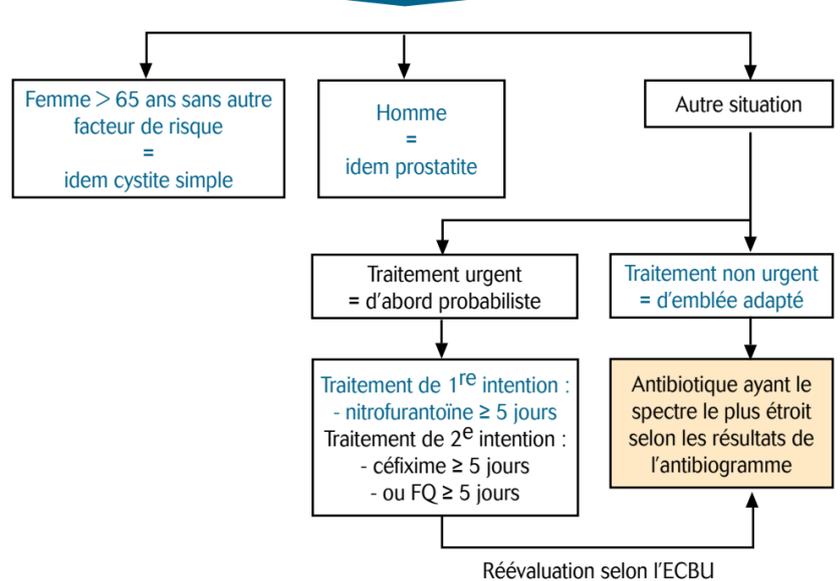
8. Femme enceinte :

- dépistage et traitement de toutes les bactériuries asymptomatiques par BU dans la population générale et par ECBU chez les femmes à haut risque d'infection urinaire,
- pas de traitement probabiliste pour les bactériuries asymptomatiques, adapter suivant l'antibiogramme,
- cefixime ou nitrofurantoïne pour les cystites,
- échographie en cas de pyélonéphrites,
- C3G injectables pour les pyélonéphrites,
- ECBU de contrôle puis mensuel quelque soit l'infection urinaire gravidique.

Traitement des cystites simples



Cystites compliquées



Cas clinique



Diagnostic de coqueluche

Un patient de 28 ans vient consulter pour une toux sèche, quinteuse et sans fièvre évoluant depuis 10 jours. La RP révèle des opacités péri-bronchiques péri-hilaires.

Vous évoquez le diagnostic de coqueluche.

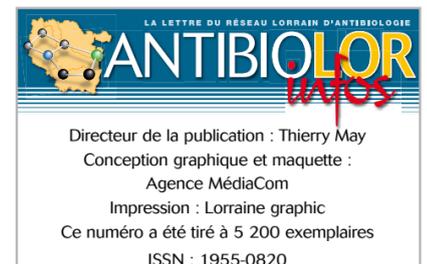
- Quelle anomalie vous attendez-vous à observer sur l'hémogramme ?
- Comment confirmez-vous biologiquement ce diagnostic ?
- Prescrivez-vous une antibiothérapie ? si oui, laquelle ? et pour quelle durée ?

- Prescrivez-vous un arrêt de travail ? si oui, quelle est la durée d'éviction ?
- Quelle conduite à tenir pour son épouse de 26 ans dont le dernier rappel vaccinal coqueluche date de l'âge de 13 ans ?
- Quelle conduite à tenir pour son enfant de 4 ans, vacciné à 3.4.5 mois et rappel à 13 mois ?
- De quelle vaccination aurait-il dû bénéficier pour éviter d'attraper la coqueluche ?

Adhères à AntibioLor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Envoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.



Je soussigné(e)
M - Mme - Mlle
(rayer la mention inutile)

Le cas échéant
représentant :

Je règle ma
cotisation :

NOM..... Prénom.....
 Fonction..... Spécialité.....
 Adresse prof.....
 N° de téléphone..... E-mail.....
 NOM de l'Etablissement ou de l'Association.....
 ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association.....
 par Chèque bancaire par Chèque postal Virement bancaire
 RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28
 Banque..... Ville ou centre.....
 N° du chèque..... Libellé au nom de «Association AntibioLor»
 Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date Signature
 oui non

