

## TEST MEDQUAL n°3

### Réponses

L'année 2020 a vu évoluer la stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus avec le positionnement du test HPV en 1<sup>ère</sup> intention. En janvier 2021, la vaccination HPV sera étendue aux jeunes garçons.

L'occasion de revenir un peu sur le papillomavirus...

#### Quelles sont les propositions exactes ?

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal (FCV) est réalisé par environ 60% des femmes en France.
- Le test HPV est plus sensible mais moins spécifique que l'examen cytologique.
- Les papillomavirus peuvent être responsables de cancers des voies aériennes supérieures.

#### Commentaires :

\* En France, le cancer du col de l'utérus est le 11<sup>ème</sup> cancer chez la femme avec près de 3000 nouveaux cas par an (4<sup>ème</sup> cancer chez la femme de moins de 40 ans), responsable de 1000 décès par an.

Outre les cancers du col, les papillomavirus sont responsables chaque année d'environ :

- 30 000 lésions précancéreuses du col, avec tous les examens qui en découlent,
- 1500 cancers ORL,
- 1500 cancers de l'anus,
- 100 000 condylomes,
- 100 cancers du pénis et 200 cancers de la vulve / vagin.

\* On estime que 70 à 80% des femmes seront infectées par un papillomavirus au cours de leur vie. Le risque d'évolution vers un CIN 1 en présence d'un papillomavirus est estimé à 5% par an. 50% des CIN 1 régresseront spontanément. Mais plus le stade de la lésion précancéreuse augmente, plus la chance d'une régression spontanée est faible.

\* La protection du préservatif est insuffisante pour prévenir les infections à papillomavirus.

\* En France, près de 60% des femmes participent au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Environ 70% de ces cancers sont diagnostiqués dans un contexte de dépistage insuffisant (absence de dépistage ou délai trop important entre 2 FCV).

\* La sensibilité du test HPV est d'environ 90% (contre 60% pour le FCV). Sa spécificité est un peu moins bonne que celle du FCV.

Ceci explique la nouvelle stratégie de dépistage recommandée par la HAS, désormais remboursée :

- entre 25 et 30 ans, stratégie "classique" avec 2 FCV à 1 an d'intervalle pour examen cytologique, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal (+/- test HPV si ASCUS),
- à partir de 30 ans, réalisation d'un test HPV en 1<sup>ère</sup> intention, le 1<sup>er</sup> test étant réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.

S'il est négatif, le test HPV sera renouvelé à 5 ans.

S'il est positif, un examen cytologique sera réalisé.

\* A noter que l'auto-prélèvement vaginal peut être intéressant pour les patientes insuffisamment dépistées mais n'est pour le moment pas recommandé en population générale.

Retrouvez la synthèse de la HAS concernant le [dépistage du cancer du col utérin](#).

## Quelles sont les propositions exactes concernant la vaccination anti papillomavirus ?

- Entre 11 et 14 ans, si les doses sont administrées à moins de 5 mois d'intervalle, une 3<sup>ème</sup> dose devra être administrée.
- La vaccination contre les papillomavirus est recommandée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans inclus.
- La protection conférée par le vaccin contre les génotypes viraux inclus est proche de 100%.
- La vaccination contre les papillomavirus a permis de faire diminuer l'incidence des condylomes.

### Commentaires :

\* En France, la couverture vaccinale 2 doses contre les papillomavirus était d'à peine 24% à l'âge de 16 ans (données de Santé Publique France 2018), soit un des plus bas d'Europe. Il existe de fortes disparités régionales (près de 30% en Pays de la Loire, 19% en Ile de France, 8% à La Réunion).

\* La vaccination contre les papillomavirus est recommandée :

- chez les filles et adolescentes de 11 à 19 ans révolus :

- 2 doses espacées d'au moins 5 mois entre 11 et 14 ans,
- 3 doses selon un schéma M0 - M2 - M6 de 15 ans à 19 ans (au moins 1 mois entre les 2 premières doses, au moins 3 mois entre la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup>),

- chez les garçons et adolescents, selon les mêmes modalités, à partir de janvier 2021.

- chez les HSH jusqu'à l'âge de 26 ans : 3 doses M0 - M2 - M6

*NB : le Gardasil9® a une AMM dès l'âge de 9 ans.*

\* Même si l'impact de la vaccination sur la diminution des cancers n'est toujours pas quantifiable, celle-ci a permis de réduire la prévalence des HPV 16 et 18, des verrues ano-génitales et des lésions précancéreuses de haut grade chez les jeunes filles de 15 à 19 ans respectivement de 83%, 67% et 51%. (source: Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019 Aug.).

## Infections urinaires en EHPAD

Avant de commencer...

Avoir en tête quelques notions de microbiologie et d'antibiorésistance permet de comprendre les stratégies de prescription antibiotique selon les situations, notamment en ce qui concerne les antibiothérapies probabilistes.

L'évolution des résistances bactériennes est disponible au niveau national, régional, voire départemental grâce à différents observatoires : surveillance PRIMO ([www.antibiorestance.fr](http://www.antibiorestance.fr)), Géodes (Santé Publique France)... Il existe évidemment des variations, parfois importantes, selon les régions.

### Quels sont selon vous les taux de résistance d'*E. coli* en EHPAD à ces différents antibiotiques ? (Source : PRIMO 2019)

	< 5%	5 à 20%	> 20%
Amoxicilline			X
Furadantine	X		
Fosfomycine	X		
Pivmécillinam		X	
C3G		X	
Fluoroquinolones		X	
Cotrimoxazole			X

### Quelles sont les réponses exactes ?

- Toutes les sondes urinaires finissent colonisées au bout d'un mois.
- Les infections urinaires en EHPAD sont quasi exclusivement des infections urinaires "à risque de complications".
- Pour diagnostiquer une infection urinaire, le seuil de bactériurie dépend de la bactérie retrouvée.

#### Commentaires :

\* Les taux de résistance d'*E. coli* incitent à ne pas utiliser l'amoxicilline ou le bactrim en probabiliste chez l'adulte.

\* La colonisation urinaire, ou bactériurie asymptomatique, est définie par la présence de germes sur un ECBU en l'absence de signes cliniques d'infection urinaire. Le taux de la leucocyturie ou de la bactériurie n'entre pas dans la définition.

\* La fréquence de la colonisation urinaire augmente avec l'âge et est fonction du sexe et du lieu de vie. Elle peut ainsi atteindre 50% des femmes résidant en EHPAD selon certaines études.

Autrement dit, 1 CHANCE SUR 2 de retrouver une bactérie sur un ECBU sans que celle-ci ne soit responsable de quoi que ce soit !

100% des sondes urinaires finissent colonisées à 1 mois.

\* La classification des infections urinaires (IU) oppose les IU simples aux IU à risque de complications. Ces dernières ne sont pas plus graves mais surviennent sur un terrain où le risque d'antibiorésistance est plus élevé et où la survenue de complications est théoriquement plus importante. Les critères définissant une IU à risque de complications sont rappelés sur [antibioclic](#). Cela concerne notamment les patients de plus de 75 ans (ou > 65 ans et patient fragile, à l'appréciation du médecin), soit l'immense majorité des IU en EHPAD.

\* En présence de symptômes, le seuil de bactériurie nécessaire pour poser le diagnostic d'IU est différent selon l'espèce retrouvée. Néanmoins, en cas de discordance entre ECBU et clinique, la clinique prime évidemment.

Vous retrouverez ci-joint les [seuils de bactériurie](#) selon l'espèce bactérienne. A noter qu'en présence d'une sonde urinaire, le seuil retenu est de  $10^5$  quelle que soit l'espèce.

## Cas n°1

**Nous sommes un lundi matin de septembre. Comme tous les lundis, le travail ne manque pas. A 11h, l'infirmière de l'EHPAD voisin vous appelle à propos de Mme A, une résidente que vous suivez. "Bonjour Docteur, on a fait une BU à Mme A qui est positive pour les leucocytes et les nitrites. Pourriez-vous m'envoyer une ordonnance pour l'ECBU ?".**

**C'est vrai que Mme A présente de temps en temps des épisodes de cystite aiguë. Elle ne présente pas de troubles cognitifs et a pour antécédents un diabète, une HTA, une coxarthrose et une maladie de Parkinson.**

## Avant toute décision, quelle est LA question à poser ?

### Commentaire :

Pris dans le feu de l'action, il est parfois tentant de prescrire et de voir ensuite. Pourtant, même la réalisation d'une simple BU pour de mauvaises raisons peut avoir des conséquences importantes.

Avant toute chose, il faut donc s'assurer de l'intérêt du prélèvement.

D'où la question : "Existe-t-il des signes cliniques qui puissent justifier la réalisation de cette BU ?"

## Admettons que Mme A soit asymptomatique

Bonne réponse :

Vous refusez de faire l'ordonnance d'ECBU et demandez à ce qu'il ne soit pas techniqué.

### Commentaire :

Cette situation où le médecin n'est sollicité qu'après réalisation du prélèvement n'est pas rare.

Acte anodin en apparence, la réalisation d'un ECBU sans justification clinique peut avoir des conséquences importantes pour le patient.

Comme nous l'avons vu, il y a jusqu'à 1 chance sur 2 pour que l'ECBU revienne positif alors qu'il n'existe aucune infection urinaire.

Et une fois le résultat en main, il sera toujours tentant de traiter.

Le plus sûr est encore de bien peser dès le départ l'intérêt de la réalisation du prélèvement et d'annuler l'envoi au laboratoire si l'indication ne paraît pas pertinente.

L'ECBU a été techniqué et vous recevez les résultats 2 jours plus tard. Celui-ci retrouve un *E. coli* à taux significatif dont l'antibiogramme vous est joint ci-dessous.

L'infirmière vous rappelle que Mme A doit être opérée d'une PTH droite dans 1 semaine. C'est vrai que ce "détail" vous avait échappé.

Mme A est toujours asymptomatique.

**ANTIBIOGRAMME**

Germes identifiés : *Escherichia coli*  
N° d'ordre : 1

Souche - 20°C :  
Souche - 80°C (SPNE) :  
Souche - 80°C (MYO) :

Antibiotiques	Résultats	Diamètres	Seuils	CMi	seuils CMi
AMPICILLINE	Résistant	16 - 19	>8	4 - 8	
AMOXICILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	16 - 21	>8	8 - 8	
TICARCILLINE	Résistant	22 - 24	>64	8 - 16	
TICARCILLINE + AC.CLAVULANIQUE	Résistant	22 - 24	64	8 - 16	
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	Intermédiaire	17 - 21	16	8 - 16	
CEFALOTINE	Résistant	12 - 18	>32	16 - 32	
CEFOXITINE	SENSIBLE	15 - 22	<= 4	8 - 32	
CEFOXITINE*	SENSIBLE	15 - 22		8 - 32	
CEFIXIME	Résistant	22 - 25	>2	1 - 2	
CEFUROXIME	Résistant	22 - 22	>8	8 - 8	
CEFTRIAXONE	Résistant	25 - 26	>4	1 - 2	
CEFTAZIDIME	Résistant	21 - 26	16	1 - 4	
CEFEPIME	Résistant	21 - 24	8	1 - 4	
AZTREONAM	Résistant	21 - 27	>16	1 - 8	
MECILLINAM	SENSIBLE	22 - 24	2	8 - 8	
IMPENEME	SENSIBLE	17 - 24	0,5	2 - 8	
ERTAPENEME	SENSIBLE	26 - 29	<= 0,25	0,5 - 1	
MEROPENEME	SENSIBLE	15 - 22	<= 0,25	2 - 8	
AMIKACINE	Intermédiaire	15 - 17	4	8 - 16	
TOBRAMYCINE	Résistant	16 - 18	>4	2 - 4	
GENTAMYCINE	SENSIBLE	16 - 18	2	2 - 4	
ACIDE NALIDIXIQUE	Résistant	15 - 20	>16	8 - 16	
NORFLOXACINE	Résistant	22 - 25	>2	0,5 - 1	
LEVOFLOXACINE	Résistant	17 - 20	>2	1 - 2	
CIPROFLOXACINE	Résistant	22 - 25	>1	0,5 - 1	
TIGECYCLINE	SENSIBLE	19 - 21	0,5	1 - 2	
FURANES	SENSIBLE	15 - 15	<= 16	64 - 64	
COLISTINE	SENSIBLE	15 - 15	<= 0,5	2 - 2	
FOSFOMYCINE	SENSIBLE	14 - 14	<= 16	32 - 32	
TRIMETHOPRIME	Résistant	16 - 20	>4	2 - 4	
COTRIMOXAZOLE	Résistant	18 - 16	>4	2 - 4	

## Quel traitement instaurez-vous ?

Bonnes réponses

- Avis infectiologique.
- Aucun traitement.

### Commentaires :

Il s'agit d'une colonisation urinaire à *E. coli* multi-résistant dans un contexte préopératoire non urologique.

Les recommandations précisent bien que l'abstention thérapeutique est la règle en cas de colonisation urinaire :

- quel que soit le terrain (diabète, immunodépression, vessie neurologique...),
- même en présence d'une bactérie multirésistante,
- même en préopératoire.

Il n'y a que 2 exceptions à cette règle :

- la colonisation urinaire chez la femme enceinte,
- la chirurgie urologique invasive.

Dans tous les autres contextes opératoires, aucun ECBU ne doit être réalisé et la découverte d'une colonisation urinaire ne doit pas entraîner de prescription antibiotique.

En cas de doute, votre infectiologue préféré vous conseillera !

## CAS n°2

Un mois plus tard, un lundi matin (encore !), nouvel appel de l'EHPAD, à nouveau pour Mme A. "Bonjour Docteur, je vous appelle pour Mme A qui a de la fièvre depuis 24h. Elle ne se plaint de rien de particulier. On lui a fait une BU qui est positive. Elle doit avoir une infection urinaire. Pourriez-vous m'envoyer l'ordonnance pour l'ECBU et l'antibiotique ?"

## Qu'en pensez-vous ?

Bonne réponse

- Vous vous dégagez du temps pour aller examiner Mme A.

### Commentaires :

\* Le piège habituel en EHPAD est résumé par l'équation suivante :

Fièvre (ou autres signes généraux aspécifiques) + BU / ECBU positif + manque de temps pour passer à l'EHPAD = diagnostic et traitement d'une IU.

Pourtant, un ECBU positif en présence de fièvre chez un résident en EHPAD ne serait dû à une IU que dans 10% des cas...

\* La priorité est à l'évaluation de la gravité et, si possible, au diagnostic.

Même si cela s'avère souvent compliqué dans la vraie vie, cette situation impose un examen clinique. Etant donné la fréquence de la colonisation urinaire en EHPAD, le principal message est que devant des signes généraux ou aspécifiques, L'INFECTION URINAIRE RESTE UN DIAGNOSTIC D'ÉLIMINATION, même en présence d'une bactériurie.

\* La question de la prescription d'un ECBU est difficile à trancher. On peut être tenté de le prescrire pour avoir un coup d'avance. D'un autre côté, il y a une forte probabilité pour que la fièvre de la résidente ait une autre origine et qu'un ECBU positif vienne embrouiller le raisonnement diagnostique. Dans tous les cas, il faut avoir en tête les limites de cet examen pour pouvoir être critique lors de la réception des résultats.

**Vous parvenez à vous rendre à l'EHPAD pour examiner Mme A.**

**A l'examen, Mme A est consciente et orientée bien qu'elle vous paraisse fatiguée. Elle est effectivement fébrile à 38°C. Elle ne tousse pas. Elle a vomi une fois avant votre arrivée.**

**TA 110/55 (un peu plus basse que d'habitude), FC 95, sat 93%, FR 22/min.**

**L'auscultation, difficile, retrouve des râles un peu diffus et vous avez un doute sur quelques crépitants à droite.**

**Heureusement vous aviez noté votre observation lors de votre précédente visite. Vous y lisez "ACP normale".**

**Mme A trouve par ailleurs que ses urines sont un peu foncées.**

## Qu'en pensez-vous ?

Bonnes réponses :

- Mme A a probablement une pneumonie : OUI
- Mme A a probablement une infection urinaire : NON
- Mme A a probablement une pneumonie et une infection urinaire : NON
- Si ce n'était déjà fait, vous prescrivez un ECBU : OUI
- Vous prescrivez une biologie de débrouillage : OUI
- Vous prescrivez une radiographie de thorax : OUI

## Quel traitement instaurez-vous ?

Toutes les propositions sont justes.

### Commentaires :

\* L'examen clinique est évocateur d'une pneumonie.

La polypnée et la désaturation sont 2 signes suspects chez le sujet âgé (même en l'absence de fièvre). Evidemment les anomalies auscultatoires sont également évocatrices, même si l'examen pulmonaire est souvent difficile en EHPAD.

On soulignera au passage l'importance de la traçabilité de l'examen "de base" du résident. Il n'est pas rare de tomber sur des crépitants à l'auscultation, pouvant être source d'inquiétude alors qu'ils sont en réalité présents depuis l'entrée du résident en EHPAD !

Des urines foncées ne sont d'une part pas un signe évocateur d'infection urinaire et n'ont d'autre part rien d'étonnant dans un contexte fébrile.

\* La prise en charge thérapeutique est à discuter au cas par cas, en fonction de la probabilité du diagnostic et du souhait du patient et de son entourage.

Si le diagnostic de pneumonie est le plus probable :

- les explorations ne sont pas indispensables. La radiographie, normalement recommandée, est difficile à organiser et à interpréter dans ce contexte. L'ECBU risque d'embrouiller plus qu'autre chose.
- les recommandations optent pour l'amoxicilline-acide clavulanique en 1ère intention, notamment pour élargir le spectre aux BGN. Néanmoins, en l'absence de fausses routes et devant un tableau de survenue brutale plutôt évocateur d'un pneumocoque, l'amoxicilline seule est suffisante.
- l'hospitalisation doit toujours être évoquée car la mortalité est élevée dans cette population. Elle dépendra évidemment des signes de gravité et surtout du souhait du patient et de son entourage.

S'il est difficile de déterminer l'origine de la fièvre :

- la réalisation d'une biologie peut être un élément d'orientation puis de suivi.
- la réalisation d'un ECBU est à discuter, en tenant compte des limites évoquées précédemment.
- si la prise en charge reste ambulatoire, il paraît légitime dans ce cas d'opter pour une antibiothérapie à large spectre, couvrant à la fois les germes classiques de pneumonie et d'IU : fluoroquinolones ou C3G. Il conviendra de réévaluer cette antibiothérapie quand le diagnostic se



précisera pour voir si une désescalade est possible (voire un arrêt si la cause ne semble pas infectieuse).

**Admettons qu'un ECBU ait été réalisé et revienne positif à *E. coli*.**

### **Cela change-t-il votre attitude ?**

Ça dépend.

#### **Commentaires :**

Situation fréquente mais complexe ! Là encore, pas de réponse toute faite !

Gardons avant tout en tête qu'il y a 1 chance sur 2 pour que cet *E. coli* n'ait rien à voir avec le tableau clinique.

Plusieurs situations :

- \* soit l'évolution clinique est favorable : on ne change pas la stratégie thérapeutique initiale,
- \* soit l'évolution clinique n'est pas bonne : il faut réévaluer la patiente :
  - y-a-t-il une nouvelle piste diagnostique (érysipèle, infection abdominale, EP...) ?
  - en l'absence de nouveau point d'appel, la bactérie retrouvée sur l'ECBU est-elle sensible à l'antibiotique initialement prescrit ?

Si oui, peu probable qu'une IU soit en cause...

Si la bactérie est résistante, il faut se poser la question de changer l'antibiothérapie en partant du principe qu'il puisse s'agir d'une pyélonéphrite.

- le pari microbiologique initial concernant la pneumonie n'était peut-être pas le bon ou il existe une complication de celle-ci.

\* Au total, il s'agit d'une nouvelle discussion soignant-patient-entourage.

L'hospitalisation se discute.

Si l'évolution clinique est défavorable mais qu'un traitement ambulatoire est retenu, la lévofloxacine peut être une bonne option car couvrant à la fois la sphère urinaire et pulmonaire.

Concernant les durées de traitement en ambulatoire :

- pyélonéphrite à risque de complications : 10 jours
- pneumonie : 7 jours (maximum ! Des durées de 5 voire même 3 jours sont possibles en cas d'évolution rapidement favorable).

### **CAS N°3**

**Vendredi, bientôt la fin de la semaine.**

**Lors de votre passage hebdomadaire à l'EHPAD, vous êtes interpellé(e) par l'infirmière concernant Monsieur B.**

**Il a présenté une chute sans gravité il y a 2 jours dans la soirée et a été vu par le médecin de garde qui a prescrit un ECBU. Vous n'avez pas encore les résultats mais le laboratoire a prévenu l'EHPAD de la présence de BGN au direct.**

**L'infirmière vous apprend par ailleurs que M. B est un peu confus depuis quelques jours (avant la chute ? difficile à dire...)**

**Il a pour antécédents un syndrome démentiel non étiqueté, un AVC sans séquelle majeure, une insuffisance rénale modérée probablement vasculaire (DFG habituel 45 ml/min), une HTA, une arthrose lombaire douloureuse.**

**Quel est votre degré d'adéquation avec les propositions suivantes ? (1= pas du tout d'accord, 5= absolument d'accord)**

- Mr. B. a une infection urinaire,
- Un des traitements habituels de Mr B. pourrait expliquer les symptômes,
- L'ECBU était indiqué dans cette situation,
- Il faut prescrire un bilan biologique de débrouillage,
- Il faut examiner Mr B.

**Sur ces seules informations, instaurez-vous une antibiothérapie ?**

NON

**Commentaires :**

\* La première cause de confusion ou de chute en EHPAD est la iatrogénie. Il faut donc revoir la liste des traitements de Mr. B.

\* Tout comme le cas précédent, l'examen clinique complet est indispensable et il ne faut pas se jeter trop "facilement" sur les résultats de cet ECBU.

\* Le bilan biologique de débrouillage est souvent intéressant pour ne pas méconnaître un trouble ionique ou une insuffisance rénale aiguë et pour rechercher un syndrome inflammatoire.

\* L'indication de l'ECBU devant une confusion ou des chutes est discutable.

La difficulté réside dans le fait que les causes de confusion sont souvent multiples.

En l'absence de gravité et de signes infectieux probants, il peut être intéressant de prescrire un bilan biologique de débrouillage et l'ECBU, laissant un temps de surveillance permettant parfois d'éclaircir le diagnostic. L'ECBU pourra être laissé de côté si une ou des causes sont finalement retrouvées.

\* Dans tous les cas, en l'absence de signes de gravité, pas d'urgence à l'introduction d'une antibiothérapie dans ce contexte !

**Vous examinez Monsieur B. Il est apyrétique, a de bonnes constantes.**

**Vous ne retrouvez pas de signes déficitaires neurologiques, pas de foyer infectieux probant.**

**Il n'y a pas eu de modification récente de traitement ni d'erreur de prise.**

**Vous avez prescrit un bilan de débrouillage.**

**Après 24h de surveillance, vous récupérez les résultats :**

**- il n'y a pas de trouble ionique, pas d'insuffisance rénale aiguë. Présence d'un syndrome inflammatoire avec une CRP à 40mg/L et une hyperleucocytose modérée.**

- l'ECBU retrouve un *E. coli* dont l'antibiogramme vous est joint. Le biologiste vous appelle pour vous signaler que cette bactérie produit une bêta-lactamase à spectre étendu.

Mr. B est toujours confus.

RESISTANCES ACQUISES	
avant tout traitement de	
PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES	
<b>BACTERIOLOGIE</b>	
EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES	
Nomenclature des éléments	
Cultures	
FENICILLINES	
Amoxicilline (Ammoxil)	Résistant
Amoxicilline-Ac. Clavulanique (Augmentin)	Résistant
Flicloxaciline (Sefaclor)	Sensible
CEPHALOSPORINES	
Céfalexine	Résistant
Céfuroxime (Mefoxin)	Sensible
Céfotaxime (Claoran)	Résistant
Céfotaxime (Claoran)	Résistant

Cefazodine (Formin)	S/R	Résistant
Cefepime (Maxipime)	S/R	Résistant
<b>MONOBACTAMS</b>		
Aztreonam (Azivac)	S/R	Résistant
<b>CARBAPENEMS</b>		
Imipenem (Lisam)	S/R	Sensible
<b>AMINOSIDES</b>		
Gentamicine (Gentamic)	S/R	Résistant
Tobramycine (Nebresone)	S/R	Résistant
Netilmicine (Nétilmicine)	S/R	Résistant
Amikacine (Amikin)	S/R	Sensible
<b>SULFAMIDES</b>		
Triméthoprime-Sulfaméthoxazole (Bactrim)	S/R	Sensible
<b>FURANES</b>		
Nifedipine (Procardia)	S/R	Sensible
<b>ANTISEPTI. URINAIRES</b>		
Acide Nalidixique (Negram)	S/R	Sensible
<b>QUINOLONES</b>		
Norfloxacine (Noroflox)	S/R	Sensible
Ofloxacine (Ofloxan)	S/R	Sensible
Ciprofloxacine (Cipro)	S/R	Sensible
<b>AUTRES</b>		
Fusidate (Fusidic)	S/R	Sensible

Germe n°1 : *Escherichia coli*

Interprétation de sensibilité pour certains molécules :

- Ampicilline : interprétation valable pour Amoxicilline
  - Cefotaxime : interprétation valable pour la Ceftriaxone
  - Ac. nalidixique : interprétation valable pour Flumequine, Ac. pipéridique, Ac. pivésolique, Ac. pivésolique
- Résultat faussé à titre indicatif, une résistance isolée à l'Ac. nalidixique est la conséquence d'une première étape mutationalnelle et doit inciter à la prudence dans le choix des fluoroquinolones même si ces dernières demeurent usuelles.
- Fusidate : interprétation valable pour fusidate trométamol

## Quelle antibiothérapie instaurez-vous ?

Bonnes réponses :

Lévofloxacine,

Ciprofloxacine,

Triméthoprime-sulfaméthoxazole.

## Commentaires :

\* Il n'existe aucune cause évidente à cette confusion. Il paraît donc légitime de soupçonner une IU masculine dans cette situation.

\* Le terme d'IU masculine englobe l'ensemble des infections urinaires chez l'homme, fébriles ou non.

\* En l'absence de signes de gravité, l'antibiothérapie doit être différée.

Les molécules de choix sont les fluoroquinolones et le cotrimoxazole, les C3G pouvant également être utilisées. La furadantine ne doit pas être utilisée (mauvaise diffusion prostatique, tout comme le céfixime d'ailleurs).

\* La durée de traitement est de 14 jours dans la majorité des cas (21 jours en cas d'uropathie sous-jacente) mais des essais sont en cours pour évaluer des schémas de 7 jours.

Il est par ailleurs probable, bien que non prouvé scientifiquement, que des traitements d'1 semaine suffisent dans les formes pauci-symptomatiques et non fébriles.

## Pour quelle durée ? (En SEMAINE)

2 semaines

Une infirmière s'inquiète de la présence de cette entérobactérie BLSE (EBLSE) et vous demande quelles sont les règles d'hygiène à mettre en place pour M.B.

## Quelles sont les propositions correctes ?

Bonne réponse

Aucune des propositions n'est juste.

### Commentaires :

\* Une récente étude sur les EHPAD des Pays de la Loire estimait à près de 11% le taux de résidents porteurs sains d'EBLSE au niveau digestif. Il est rare que cette colonisation entraîne une infection authentique.

Cette colonisation est de durée variable, parfois de plusieurs mois, notamment si le résident reçoit une antibiothérapie. On estime que 90% des porteurs sont décolonisés au bout de 3 mois.

\* Les EBLSE peuvent se transmettre par manu-portage, ce qui nécessite l'application de règles d'hygiène simples pour éviter leur dissémination :

- si possible inciter le résident à se laver les mains en sortant de sa chambre et avant les activités,
- une signalétique (discrète) doit informer la famille de la nécessité de se laver les mains lorsqu'elle rend visite au résident,
- les professionnels doivent redoubler de vigilance sur le lavage des mains et la gestion des excréta. Il est recommandé de nettoyer son matériel médical après auscultation d'un résident colonisé ou infecté à EBLSE,
- si possible, organiser les soins pour que le résident soit pris en charge en fin de programme,
- les tabliers ne sont indiqués qu'en cas de soins souillant,
- en cas de transfert vers un établissement sanitaire, il est nécessaire d'informer l'établissement accueillant le résident de la présence d'une EBLSE.

\* Néanmoins, l'EHPAD est un lieu de vie et il est inconcevable d'isoler un résident dans sa chambre des mois durant. Le résident doit donc conserver ses habitudes, ses activités, les repas en salle, etc...

\* En EHPAD, aucun dépistage n'est préconisé, ni du résident colonisé ni des autres résidents, sauf dans le cas d'une épidémie avérée (la stratégie doit alors être organisée avec l'équipe d'hygiène).

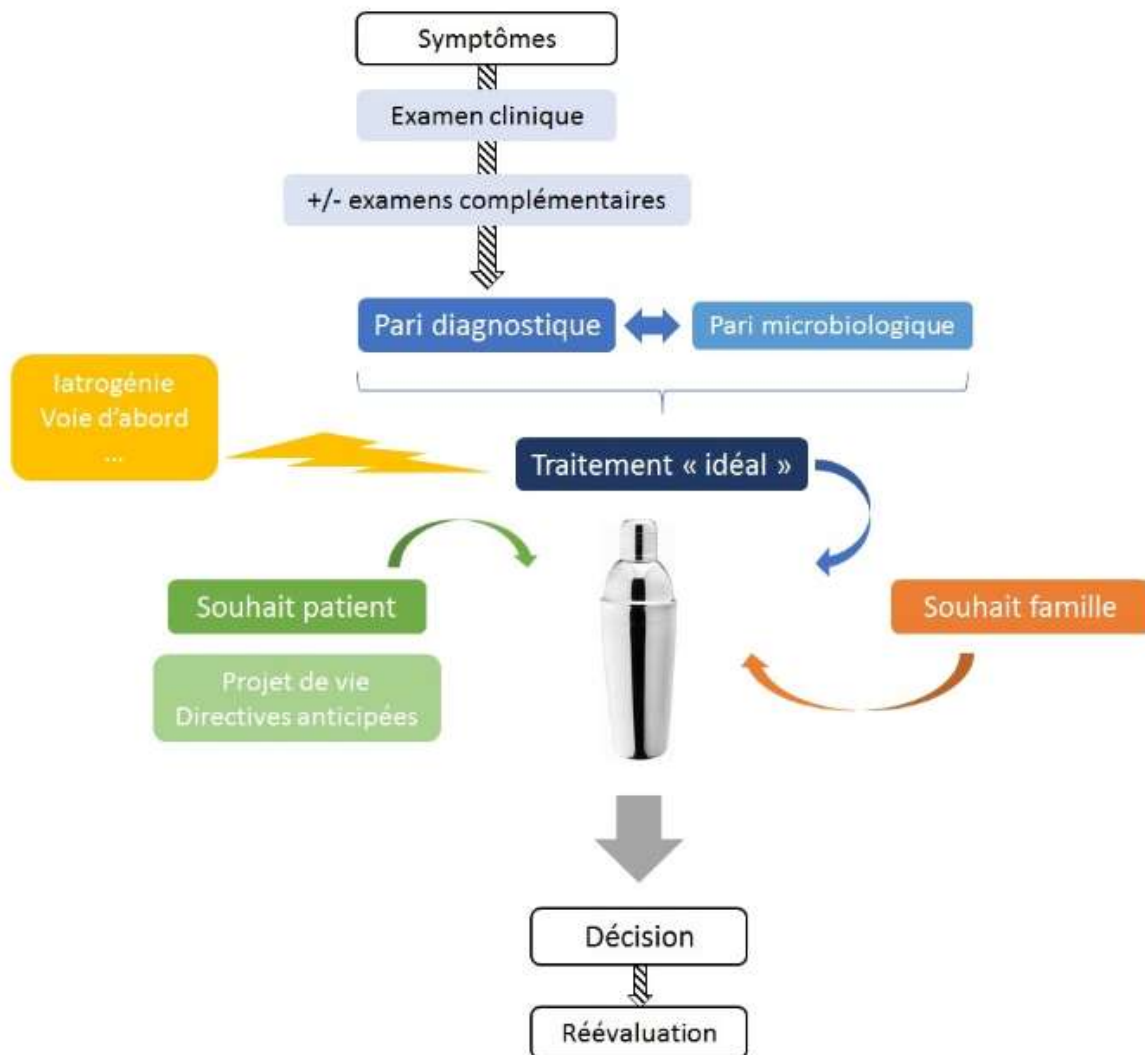
## Conclusion

**C'est la fin de la semaine, vous avez droit à un repos bien mérité !**

Que faut-il retenir de tout ceci : \*

X

La colonisation urinaire est très fréquente en EHPAD	<input checked="" type="radio"/>
Ne pas banaliser la réalisation de prélèvement urinaire et oser refuser un examen non indiqué	<input checked="" type="radio"/>
L'interprétation d'un ECBU doit être prudente chez un résident qui chute, présente une confusion ou une fièvre	<input checked="" type="radio"/>
Bien que chronophage, l'examen clinique est indispensable devant des symptômes généraux ou aspécifiques, même en cas d'ECBU positif	<input checked="" type="radio"/>
Ne pas céder à la facilité du diagnostic d'IU devant un ECBU positif. Une IU ne sera retenue qu'en l'absence de diagnostic alternatif	<input checked="" type="radio"/>
La réévaluation permet de redresser des diagnostics et d'adapter (voire arrêter) l'antibiothérapie	<input checked="" type="radio"/>



### Liens utiles

Retrouvez les précédents tests MedQual *via* le lien suivant : <http://medqual.fr/index.php/e-learning>

Site MedQual, centre ressource en antibiotologie : <http://www.medqual.fr/index.php/accueil-pro-2018>