



Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques chez la personne âgée !

## Quiz Médicaux



### Question 1

#### Infections urinaires

Cochez les affirmations correctes

- 1/ La bandelette n'a aucun intérêt chez les patients porteurs de sonde vésicale.

**VRAI :** En effet, les sondes vésicales sont rapidement colonisées d'où la présence, au bout de quelques jours, sur la bandelette urinaire, de nitrites (témoignant de la présence de bactéries de type « entérobactéries ») et de nombreux leucocytes. De même, l'ECBU sera également « positif » : présence, en nombre significatif, 1°) de leucocytes (>104/mL ou 10/mm<sup>3</sup>) et 2°), à la culture, de bactéries (>103UFC/mL). Le diagnostic d'infection urinaire chez un patient porteur de sonde vésicale est donc habituellement difficile, il s'agit souvent d'un diagnostic d'élimination.

- 2/ Un ECBU est justifié en cas d'urines troubles et malodorantes.

**FAUX :** Pris isolément, ce sont des signes de colonisation urinaire mais pas d'infection. Le diagnostic d'infection repose sur la présence de signes cliniques évocateurs. Donc en présence uniquement d'urines troubles et/ou malodorantes, ni un ECBU, ni un traitement antibiotique ne sont indiqués. Une bonne hydratation avec mictions fréquentes peut être proposée.

- 3/ Un ECBU de contrôle reste indiqué après traitement d'une pyélonéphrite grave.

**FAUX :** Qu'une pyélonéphrite soit grave ou non, si l'évolution clinique est favorable, un ECBU de fin de traitement n'est pas indiqué.

- 4/ Un ECBU doit être systématiquement réalisé au moment du changement de sonde vésicale afin de détecter la présence de bactéries multi-résistantes dans les urines.

**FAUX :** Comme indiqué dans la réponse 1, la présence de bactéries (et de leucocytes) dans les urines peut être constatée chez tout patient sondé au bout de quelques jours en l'absence de toute infection urinaire avérée. Donc, en dehors d'études ou d'enquêtes microbiologiques ou épidémiologiques spécifiques, la recherche de bactéries multi-résistantes dans les urines n'est pas recommandée en l'absence de suspicion clinique d'infection urinaire.

- 5/ Un traitement par quinolone est une alternative thérapeutique en cas de cystite simple.

**FAUX :** Les quinolones ne font pas partie des antibiotiques recommandés dans le traitement de la cystite, qu'elle soit « simple » ou « à risque de complications ». En cas de cystite simple, la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), recommande la fosfomycine-tromatémol comme premier choix et le pivmécillinam en second choix.

- **6/ En cas de pyélonéphrite, l'association amoxicilline-acide clavulanique est le traitement à privilégier en présence d'un E. coli sensible à l'amoxicilline.**

**FAUX :** Si la souche d'E. coli isolée est sensible à l'amoxicilline, il n'y a aucun intérêt thérapeutique à préférer l'association amoxicilline-acide clavulanique (a-ac) à l'amoxicilline seule. De plus, la tolérance de l'association a-ac est moins bonne que celle de l'amoxicilline. Enfin, en raison de son impact écologique important, l'association a-ac fait partie, pour les professionnels exerçant en dehors d'un établissement de santé, de la liste des antibiotiques à usage restreint (antibiotique dit « critique ») ; l'amoxicilline étant classé dans les antibiotiques à usage préférentiel.



## Question 2

### Infections respiratoires *Cochez les affirmations correctes*

- **1/ Un(e) résident(e) vient de faire une fausse route pendant son petit déjeuner, vous débutez une antibiothérapie le jour même par amoxicilline - acide clavulanique**

**FAUX :** L'inhalation entraîne une obstruction immédiate des voies aériennes. Le liquide inhalé s'il est corrosif (acide..) et en grande quantité peut entraîner une pneumonie chimique d'installation rapide après l'inhalation (heures suivantes). L'infection bactérienne des poumons (pneumonie d'inhalation) survient après au moins 24-48h d'incubation selon le volume de l'inoculum bactérien et se manifeste par un tableau infectieux accompagné de signes respiratoires. Il n'est donc pas utile de traiter par antibiotiques une personne qui vient d'inhaler et qui ne développera probablement pas de pneumonie d'inhalation.

- **2/ Un(e) patient(e) a fait une pneumonie traitée par amoxicilline - acide clavulanique, s'il (elle) est apyrétique et non oxygène-requérante après 3 jours, il est possible d'arrêter les antibiotiques au 5<sup>ème</sup> jour.**

**VRAI :** Les données de la littérature montrent qu'un traitement court - 5 jours voire 3 jours - chez des patients ayant une bonne évolution clinique (apyrexie, pas d'oxygénothérapie nécessaire) est suffisant pour traiter les pneumonies bactériennes.

- **3/ Les fluoroquinolones, en dehors de leur impact écologique, doivent être évitées chez les patients âgés en raison de leurs effets indésirables.**

**VRAI :** Les fluoroquinolones sont déconseillées chez les patients âgés en raison de leurs effets indésirables fréquents neurologiques (confusion, comitialité), de leur toxicité musculosquelettique (tendinopathies), du risque cardiologique (allongement du Qt), d'hypoglycémies ou de pathologie artérielle (dissection, anévrisme) plus rares.

- **4/ Chez un(e) résident(e) qui a des troubles de la déglutition, il est préférable d'écraser son traitement antibiotique pour le mélanger avec son yaourt.**

**FAUX :** Avant d'écraser un comprimé ou d'ouvrir une gélule, il faut vérifier que cela soit possible avec la galénique (possibilité de vérifier sur le Vidal ou sur le site de l'Omedit Normandie). Un certain nombre d'antibiotiques comme les fluoroquinolones, les cyclines, les macrolides peuvent être chélatés par le calcium. Si on doit les écraser, il ne faut pas les mélanger avec du yaourt qui va les chélater et diminuer leur absorption. Il faut les administrer avec un véhicule neutre comme l'eau.

- **5/ En situation de fin de vie, en cas d'encombrement, une antibiothérapie par ceftriaxone par voie sous-cutanée améliore le confort du patient.**

**FAUX :** L'encombrement en situation de fin de vie est le plus souvent lié à une inflation hydrosodée ou une accumulation de sécrétions. L'arrêt de l'hydratation ou des drogues à visée eupnéisante, comme la morphine ou la scopolamine, sont des moyens efficaces pour lutter contre l'encombrement. L'antibiothérapie n'améliore pas le confort respiratoire et n'est pas dénuée d'effets indésirables (ponction veineuse ou sous cutanée, allergie, mycose, infection à *C. difficile*). Enfin son action anti-infectieuse peut même, par la prolongation de la phase agonique, être néfaste sur la qualité de la fin de vie du patient.



### Question 3

#### Prévention des infections et vaccination

*Cochez les affirmations correctes*

- **1/ Le rappel des précautions standard et complémentaires par les professionnels médicaux auprès des patients, familles, personnels paramédicaux et intervenants permet de lutter contre les surinfections et agissent contre l'antibiorésistance.**

**VRAI :** Il est nécessaire de bien connaître et appliquer correctement les différentes précautions standard et complémentaires pour lutter contre les transmissions croisées. La friction manuelle par solution hydro alcoolique, le lavage de mains, le port du masque chirurgical, la gestion des excréta... ont démontré leur efficacité dans la lutte contre les infections. En tant que soignant, il est important de ne pas les négliger et de les rappeler aux patients, familles et intervenants... La réduction des infections limite le recours à l'antibiothérapie.

- **2/ La connaissance et le suivi vaccinal des personnes âgées diminuent le risque de surinfections et jouent un rôle non négligeable dans la diminution des événements cardio-vasculaires graves chez ces populations.**

**VRAI :** Il est important que dans l'anamnèse médicale, figurent les statuts vaccinaux des patients. Les vaccins contre le pneumocoque, la grippe, le COVID, l'Haemophilus et le VRS aident à prévenir la transmission des virus respiratoires et à diminuer les épisodes infectieux pulmonaires et donc le recours aux antibiotiques, soit en cas d'infection bactérienne primitive (pneumocoque), soit en cas de doute diagnostique, soit de surinfection bactérienne avérée d'un épisode viral (grippe +++).

Le vaccin anti-grippal a démontré, outre son action sur la prévention de la grippe, un effet préventif sur les accidents cardio-vasculaires.

- **3/ La mise en place des précautions complémentaires en EHPAD n'est utile qu'en cas d'épidémie.**

**FAUX :** La mise en place des précautions complémentaires permet de renforcer les précautions standard déjà utilisées (en première intention). Elle doit être effective en cas de présence de germes résistants chez le patient ou de pathogènes particuliers (comme *Clostridioïdes difficile*, la gale, le SARS-CoV-2...)

Il ne faut pas attendre l'apparition de cas groupés pour mettre en place les précautions nécessaires chez le premier patient.

- **4/ La mise en place de précautions complémentaires contact impose que le résident d'un EHPAD reste en chambre pour les repas.**

**FAUX :** Un résident en EHPAD en précaution complémentaire contact impose aux soignants une surveillance de l'hygiène des mains rigoureuse de ce patient ainsi que de tous les intervenants et des soignants eux-mêmes. Une vigilance accrue sur la gestion des excréta de ce résident est à noter en fonction de son autonomie ou pas.

Concernant la prise des repas : une hygiène des mains par friction hydro alcoolique ou lavage des mains simple avant et après installation suffit.

A noter l'importance d'un bionettoyage avec désinfectant adapté de la salle réfectoire au quotidien.

- **5/ Le vaccin « Zona » est recommandé chez tous les résidents d'EHPAD pour éviter la transmission du virus.**

**FAUX :** Le vaccin contre le zona est recommandé pour les personnes de 65 à 75 ans révolues sans limite d'âge, y compris chez les sujets ayant présenté plusieurs épisodes de zona. Il permet de prévenir principalement les séquelles douloureuses du zona, mais peu sa survenue et le risque de transmission du virus aux personnes qui ne seraient pas immunisées.

A noter que dans le monde, une personne sur deux âgée de 85 ans a eu au moins un épisode de zona.

Réf : [Vaccination-info service](#)



### Question 3

#### Infections cutanées

Cochez les affirmations correctes

- **1/ Un patient se présente suite à l'apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit de la jambe droite associé à une fièvre. Devant ce tableau vous évoquez, en priorité, le diagnostic de dermohypodermite bactérienne non nécrosante.**

**VRAI :** Le diagnostic de dermohypodermite non nécrosante (érysipèle) est clinique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire sauf si signes de gravité : signes généraux de sepsis ou de choc toxinique, extension rapide des signes locaux en quelques heures, douleur très intense, impotence fonctionnelle ; signes locaux : lividités, tâches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale ; aggravation des signes locaux dans les 24 à 48 heures malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée.

- **2/ Vous diagnostiquez une dermohypodermite non nécrosante dont le point de départ est un intertrigo chez une patiente en surpoids de 75 ans. Vous mettez donc en place une antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique pendant 7 jours.**

**FAUX :** Dans la dermohypodermite bactérienne non nécrosante (érysipèle) dont la porte d'entrée identifiée est un intertrigo, le germe le plus fréquemment retrouvé est bien *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A). Celui-ci est très sensible à l'Amoxicilline (dose recommandée ici = 50 mg/kg/jour). En cas d'allergie, les alternatives sont la Pristinamycine à la dose de 1g, 3 fois par jour pendant 7 jours ou la Clindamycine à la dose de 600 mg 3 fois par jour (jusqu'à 4 fois par jour si poids > 100 kg) pendant 7 jours.

- 3/ Vous diagnostiquez un furoncle compliqué au niveau de la joue droite d'un patient de 80 ans. Vous décidez donc de mettre en place une antibiothérapie locale et per os après réalisation d'un prélèvement bactériologique du pus.**

**FAUX :** En cas de furoncle compliqué, il est recommandé de faire un prélèvement bactériologique du pus avant de mettre en place une antibiothérapie per os par Clindamycine à la dose de 600 mg 3 fois par jour (4 fois par jour si poids > 100 kg) ou Pristinamycine à la dose 1 g, 3 fois par jour, pendant 5 jours. L'antibiothérapie locale n'a pas sa place ni en cas de furoncle simple (isolé) ni compliqué. Il faut associer à l'antibiothérapie des mesures d'hygiène rigoureuses (changement de linge et toilette à l'eau et au savon tous les jours).

- 4/ Devant un abcès de l'aisselle, vous prescrivez, en première intention, une antibiothérapie par Pristinamycine ou Clindamycine pendant 5 jours et prévoyez, en cas d'échec, une incision et un drainage du pus.**

**FAUX :** La prise en charge de l'abcès est chirurgicale et médicale. Elle associe une incision/drainage de l'abcès avec réalisation d'un prélèvement bactériologique du pus et une antibiothérapie pendant 5 jours, soit par Clindamycine per os (ou IV) à la dose de 600 mg 3 fois par jour (4 fois par jour si poids > 100 kg), soit par Pristinamycine à la dose 1 g, 3 fois par jour, soit (si voie orale impossible ou difficile) par Oxacilline ou Cloxacilline IV à la dose de 6 à 12 g/jour ou encore par Céfazoline IV à la dose de 3 à 6 g/ jour, après vérification du statut allergique vis à vis des bêta-lactamines.

- 5/ En cas d'impétigo peu étendu au niveau de l'abdomen, une antibiothérapie locale par Mupirocine pendant 5 jours est recommandée associée à des soins de toilette (nettoyage à l'eau et au savon).**

**VRAI :** En cas d'impétigo localisé, peu étendu, on réalise des soins de toilette quotidiens ou biquotidiens, avec nettoyage à l'eau et au savon suivi d'un rinçage soigneux, sans application d'antiseptiques locaux. Une antibiothérapie locale par mupirocine : 2 à 3 applications par jour pendant 5 jours complète le traitement.

En cas de formes graves d'impétigo (ecthyma, impétigo avec une surface cutanée atteinte > 2% de la surface corporelle, impétigo avec plus de 6 lésions, extension rapide des lésions), une antibiothérapie orale pendant 7 jours (Pristinamycine 1 g, 3 fois par jour ou Céfalexine 2 à 4 g par jour) est recommandée sans attendre les résultats du prélèvement bactériologique. L'antibiothérapie sera adaptée, si nécessaire, aux résultats bactériologiques. L'antibiothérapie locale n'est pas indiquée.



#### Question 4

#### Diarrhées infectieuses

*Cochez les affirmations correctes*

- 1/ Les cas groupés de gastro-entérites chez la personne âgée en institution sont d'origine bactérienne majoritairement ?**

**FAUX :** La survenue de cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) est fréquente dans les établissements de soin, en particulier dans les secteurs de prise en charge de la personne âgée. D'après le rapport annuel du CNR des gastro-entérites virales de 2021, 47% des épidémies de GEA virales sont survenues en EHPAD. Le principal mode de propagation des virus entériques dans ces établissements était une transmission de personne-à-personne (48%). L'origine alimentaire était toutefois retrouvée

dans 17% des cas. Les GEA à norovirus sont les plus fréquentes quel que soit l'âge et en particulier chez la personne âgée en institution. En institution, en cas d'exposition à une source commune le taux d'attaque est d'environ 50%.

□ **2/ La mise en évidence d'une diarrhée à rotavirus chez un résident de l'EHPAD rend inutile la mise en place de précautions complémentaires à son égard.**

**FAUX :** Les précautions complémentaires sont indispensables et à mettre en place rapidement pour tout épisode de GEA afin d'éviter les cas secondaires. Les mesures d'hygiène doivent être rigoureuses en particulier le nettoyage des surfaces, la contamination indirecte par surfaces contaminées est fréquente.

□ **3/ Les colites à Clostridioides difficile peuvent survenir après une dose unique d'antibiotique, avec tous les antibiotiques y compris la vancomycine et le métronidazole.**

**VRAI :** Tous les antibiotiques systémiques y compris à dose unique ont une action sur la flore digestive et peuvent induire une infection à *Clostridium difficile* (ICD), même la vancomycine et le métronidazole malgré leur action topique sur le *C. difficile*. Le métronidazole n'est plus recommandé comme antibiotique de première ligne des ICD dans les dernières recommandations européennes de l'ESCMID 2021, la fidaxomicine et la vancomycine par voie orale sont actuellement les premiers choix.

□ **4/ La poursuite de l'antibiothérapie est un facteur d'échec de la prise en charge des colites à Clostridioides difficile.**

**VRAI :** Certains antibiotiques sont plus fréquemment associés aux ICD comme les antibiotiques à large spectre et à activité anti-anaérobie. Une dose d'antibiotique peut induire une ICD mais les traitements antibiotiques de plusieurs jours ou semaines sont plus à risque. Il est donc nécessaire de ne pas prolonger inutilement les antibiothérapies. Lors d'une ICD, la première mesure à effectuer est d'arrêter l'antibiotique incriminé si cela est possible.

□ **5/ Les récurrences des colites à Clostridioides difficile sont plus fréquentes quelle que soit l'antibiothérapie chez les personnes ayant déjà présenté un épisode.**

**VRAI :** L'âge supérieur ou égal à 65 ans est un facteur de risque connu d'ICD, de gravité de l'ICD et de récurrence, mais les adultes plus jeunes peuvent aussi contracter une ICD. Le second facteur de risque important de récurrence est d'avoir déjà eu un épisode d'ICD. Les autres facteurs de risque sont : un épisode lié aux soins et une hospitalisation dans les 3 derniers mois, une antibiothérapie systémique concomitante après le diagnostic, la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons pendant ou au décours du diagnostic.