

# Info-antibio N°95: Novembre 2022

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur [infectiologie.com](http://infectiologie.com). Abonnement gratuit à partir de ce lien

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

## Traitement des infections à bacilles à Gram négatif multirésistants

Approbation par la SPILF des recommandations 2021 de l'ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) & 2022 de l'IDSA (Infectious Diseases Society of America).

[Diaporama du groupe recos de la SPILF](#) - Recos [ESCMID BGN MDR 2021](#) – [IDSA BLSE/EPC/PARC 2022](#) – [IDSA AMPC/ABRI/SM 2022](#)

Quelques précisions sur cette synthèse de 3 recommandations récentes :

Elle ne concerne que les **infections documentées** et pas le traitement probabiliste. Elle **suppose une sensibilité aux molécules proposées**. En cas de toto résistance, il n'y a pas de recommandation.

La **gravité** est définie par la présence d'un **sepsis « 2016 »** (quick SOFA  $\geq 2$  ou SOFA  $\nearrow$  de  $\geq 2$  points) ou d'un **choc septique**

La résistance ne modifie pas la durée de traitement actif.

Les recos ne concernent pas les infections osseuses, sur matériel, ou neurologiques.

Cet info antibio ne parle que de l'adulte. Pour les recommandations pédiatriques, voir le [diaporama du groupe reco sde la SPILF](#)

### Entérobactéries résistantes aux C3G (BLSE)

#### Infections graves

Imipénème ou méropénème.

#### Infections non graves.

Infections biliaires (dont bactériémiques) après contrôle de la source: pipéracilline-tazobactam, fluoroquinolone ou co-amoxiclav

Infections urinaires (dont bactériémiques) après contrôle de la source: pipéracilline-tazobactam, fluoroquinolone, cotrimoxazole, témocilline, céfoxitine (si *E. coli* BLSE), co-amoxiclav (hors IUM), voire aminosides ou fosfomycine IV en monothérapie (avis spécialisé).

Autres sites : carbapénèmes.

#### Désescalade

Elle est de bonne pratique s'il y a une alternative aux carbapénèmes. Il est indiqué de ne pas utiliser le céfépime même si sensible. La pipéracilline-tazobactam peut être utilisée si la CMI est  $\leq 8$ mg/l (les [recos Françaises](#) parlaient jusqu'ici de  $\leq 4$ mg/l).

La tigécycline n'est pas recommandée et les nouvelles associations BL/inhibiteur sont à réserver pour les carbapénémases.

### Entérobactéries sensibles aux C3G mais à risque d'AmpC (céphalosporines inductibles)

Le céfépime est recommandé pour *Enterobacter cloacae*, *K. aerogenes* et *Citrobacter freundii* (haut risque d'AmpC)

Les C3G peuvent être utilisées pour *Serratia marcescens*, *M. morgani*, *Providencia spp*, *Hafnia alvei*. Un relais est possible dans les 2 cas.

### Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (EPC)

#### Infections graves

OXA 48 & OXA 48 « like » : ceftazidime-avibactam.

KPC : ceftazidime-avibactam, méropénème-vaborbactam, ou imipénème-relebactam.

Métallo BL type NDM : (aztréonam + ceftazidime-avibactam) ou céfidéocol (avis spécialisé).

#### Infections non graves

Infections urinaires : aminosides (dont la plazomicine quand elle sera disponible). Eventuellement tigécycline.

Autres infections : molécule ancienne si possible. Avis spécialisé.

Une association n'est pas recommandée si l'on utilise une bêta-lactamine. Elle est suggérée en cas d'infection grave uniquement sensible à colistine, aminosides, fosfomycine ou tigécycline. La tigécycline est non recommandée pour les bactériémies et les PAVM.

### *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes (PARC)

#### Infections graves

Ceftolozane-tazobactam. Si R, alternatives possibles : Imipénème-relebactam, Céfidéocol et Ceftazidime-avibactam.

Colimycine, aminosides ou fosfomycine possibles si pas d'alternatives.

#### Infections non graves

Infections biliaires ou urinaires (dont bactériémiques) après contrôle de la source et autres infections : molécule ancienne si possible.

Une association est recommandée si l'on utilise colistine, aminosides, ou fosfomycine .

### *Acinetobacter baumannii* résistant aux carbapénèmes (CRAB)

#### Infections graves = association

Traitement de référence = Ampicilline-sulbactam forte dose : ampicilline 6g/sulbactam 3g IV toutes les 8h

Si possible en association avec colimycine, aminoside, tigécycline, ou méropénème (si CMI <8mg/l)

Le céfidéocol ne doit être utilisé qu'en l'absence d'autre alternative et en association.

#### Infections non graves

Ampicilline-sulbactam en 1<sup>er</sup> choix. Colimycine ou tigécycline à forte dose sont possibles

NDLR : Ces recos internationales sont en retrait de la pratique actuelle pour de nombreux cas, en particulier en raison d'un manque de données publiées. Il serait utile de colliger nos cas de désescalade avec des molécules sensibles mais « non recommandées » pour enrichir les perspectives.

### Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](http://infectiologie.com). Evaluation et sécurité d'emploi des ATB: [ANSM](#). Évaluation des pratiques et RBP : [HAS](#) - [SPILF](#).

Sites régionaux d'information sur les ATB : [Grand Est](#) – [Hauts de France](#) – [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Site « ATB » du Ministère de la Santé](#)

