



Utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en soins de longue durée (SLD)

Novembre 2005

Ce guide est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

- 44 % des personnes âgées hébergées en SLD sont âgées > 85 ans. (ISQ, 2001)
- 63 % des personnes âgées hébergées en SLD sont en très grande perte d'autonomie. (MSSS, 2003)
- De 60 à 80 % des personnes âgées sont affectées par une forme ou l'autre de troubles cognitifs, ce qui complique l'anamnèse. (MSSS, 2003)
- Vaccination recommandée :
 - influenza (annuelle)
 - pneumocoque (au moins une fois dans la vie)

Causes les plus fréquentes de la fièvre chez les personnes âgées en institution	Facteurs prédisposants
• Infections virales	• Période endémique
• Infections respiratoires bactériennes (pneumonie nosocomiale ou d'aspiration, bronchite)	• MPOC • Réflexe pharyngé ralenti • Dysphagie
• Infections du tractus urinaire (cystite, pyélonéphrite)	• Diabète • Vidange incomplète de la vessie • Présence d'une sonde urinaire • Incontinence fécale
• Infections de la peau et des tissus mous (cellulite, surinfection de plaie, conjonctivite)	• Diabète • Dénutrition protéino-énergétique • Augmentation de la fragilité cutanée • Immobilité
• Infections gastro-intestinales (diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> , diverticulite, cholécystite, cholangite)	• Mauvaise condition de la peau • Hospitalisation récente • Hospitalisation récente

Facteurs associés à une plus grande susceptibilité aux infections et aux complications chez les personnes âgées hébergées en soins de longue durée	
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des défenses immunologiques liée à l'âge • Dénutrition protéino-énergétique • Médicaments (antibiotiques, chimiothérapie, stéroïdes) et polymédication • Diminution des capacités cognitives et physiques • Hospitalisation récente 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidité (cancer, diabète) • Maladie vasculaire périphérique • Augmentation du risque d'exposition à des agents pathogènes • Alitement

Facteurs associés à une plus grande susceptibilité aux effets indésirables des antibiotiques chez les personnes âgées	
<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande fragilité • Troubles digestifs, déséquilibre de la flore intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymédication • Fonctions rénale ou hépatique diminuées

Risques associés à l'utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées	
<ul style="list-style-type: none"> • ↑ de la résistance aux antibiotiques • ↑ du risque d'interactions médicamenteuses et des effets indésirables liés à la polymédication 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ du risque d'effets indésirables • ↑ du risque de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i>

Démarche visant à favoriser une utilisation judicieuse des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en SLD présentant de la fièvre

Infections de la peau et des tissus mous	Infections des voix respiratoires	Infections du tractus urinaire	Infections gastro-intestinales
<p>Fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ manifestations cliniques (1 symptôme parmi les suivants) : <ul style="list-style-type: none"> • rougeur • sensibilité • chaleur • ↑ ou apparition de la douleur <p>↓</p> <p>Antibiotique et soins de la plaie</p> <p>N.B. Pas d'antibiotique si la plaie est nouvellement purulente (ou ↑ purulence) comme seul symptôme ⇒ ↑ soins locaux.</p> <p>N.B. Antibiothérapie seule peut ne pas être efficace pour les patients présentant une infection profonde qui nécessite une intervention chirurgicale.</p>	<p>Fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ légère à modérée : <ul style="list-style-type: none"> • présence d'un infiltrat à la radiographie pulmonaire ET tachypnée ou toux productive ⊕ légère à modérée : <ul style="list-style-type: none"> • toux • ± expectorations purulentes ET 1 symptôme parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • tachycardie • tachypnée (> 25 resp./min.) • délirium ou frissons <p>↓</p> <p>Antibiotique</p> <p>Fièvre légère à modérée ET patient présentant une MPOC : <ul style="list-style-type: none"> ⊕ toux récente ou ↑ expectorations purulentes </p> <p>↓</p> <p>Antibiotique</p> <p>Infections virales en période endémique (non compliquées) ⇒ Pas d'antibiotique</p>	<p>Fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ légère à modérée : <ul style="list-style-type: none"> • En l'absence d'une sonde urinaire : <ul style="list-style-type: none"> • ± dysurie aiguë • 1 symptôme parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • urgence mictionnelle • ↑ fréquence mictionnelle • douleur sus-pubienne • hématurie macroscopique • douleur à l'angle costo-vertébral • incontinence urinaire nouvelle ou aggravée <p>↓</p> <p>Antibiotique</p> <p>En présence d'une sonde urinaire à demeure : <ul style="list-style-type: none"> ⊕ 1 symptôme parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • fièvre • douleur à l'angle costo-vertébral • frissons • délirium <p>↓</p> <p>Antibiotique</p> <p>N.B. En présence d'une sonde urinaire à demeure ⇒ impossible de prédire l'agent pathogène ou la susceptibilité aux antibiotiques ⇒ culture d'urine et antibiogramme.</p> </p>	<p>Fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ diarrhée et prise récente d'antibiotique ou situation endémique de <i>Clostridium difficile</i> dans le CHSLD <p>↓</p> <p>recherche de toxine de <i>Clostridium difficile</i> ET culture de selles, si indiqué</p> <p>↓</p> <p>Antibiotique :</p> <ul style="list-style-type: none"> si confirmation de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> ou de diarrhée bactérienne <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> si état clinique grave associé à un risque important de <i>Clostridium difficile</i>

DIAGNOSTIC DES INFECTIONS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES EN SLD

Manifestations cliniques générales qui peuvent indiquer la présence d'une infection

- Peuvent être atypiques et non spécifiques (délirium, agitation, léthargie, baisse d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), diminution de l'alimentation ou de l'hydratation)
- Peuvent être inexistantes chez les sujets très âgés ou débilisés
- Fièvre ou hypothermie (température parfois normale)

Évaluation de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées

- Le dépistage et le traitement d'une bactériurie asymptomatique ne sont pas indiqués chez les personnes âgées hébergées en soins de longue durée.

Tests de laboratoire et cultures

Formule sanguine complète (FSC)	Numération des globules blancs > 14,0 cellules x 10 ⁹ /L ⇒ fortement associée à la présence d'une infection chez les personnes âgées
Culture et analyse urinaires	↪ À effectuer chez les patients AVEC symptômes urinaires OU état fébrile • Résultats ⊕ : pas très utiles pour différencier une vraie infection d'une bactériurie asymptomatique • 15-50 % ont bactériurie > 10 x 10 ⁶ UFC/L même en l'absence de symptôme (100 % chez ceux porteurs d'une sonde urinaire) • 30 % ont pyurie • Résultats ⊖ : utiles pour éliminer cette source d'infection
Saturométrie	Saturation O ₂ < 90 %, surtout si associée à une ↑ de la fréquence respiratoire ⇒ fort prédicteur de détresse respiratoire ↪ peut être utile au médecin pour décider de transférer le patient en CH de soins aigus
Radiographie pulmonaire	Test le plus fiable pour le diagnostic de pneumonie (confirme le diagnostic de pneumonie soupçonnée dans 75-90 % des cas)
Culture d'expectorations	Pertinence controversée, test pas très fiable car: • difficulté d'obtenir échantillon de qualité chez les personnes âgées • haut taux de colonisation asymptomatique • lorsque obtenu, l'échantillon est contaminé dans 50 % des cas ↪ peut être utile lorsqu'une pneumonie est diagnostiquée
Hémoculture	Utile pour confirmer le diagnostic bactériologique lorsqu'une bactériémie est soupçonnée (patient septique avec un cathéter à demeure, une plaie infectée ou une pneumonie)
Recherche de toxines de <i>Clostridium difficile</i>	• Confirme le diagnostic de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> • Devrait être effectuée si diarrhée et prise récente d'antibiotiques OU diarrhée et situation endémique dans le CHSLD
Culture des selles (recherche d'entéropathogènes)	Utile seulement si fièvre élevée, crampes abdominales et/ou diarrhée sanglante, sans prise d'antibiotiques récente

PRINCIPES DE TRAITEMENT*

* La prise en charge des infections devrait toujours être adaptée au niveau de soins établi par le médecin après consultation du patient ou de son représentant.

- Personnes âgées hébergées en soins de longue durée ⇒ faible disponibilité des tests de laboratoire et des cultures ⇒ le traitement initial est basé sur:
 - les signes et symptômes observés
 - l'histoire du patient
 - l'agent pathogène rencontré le plus fréquemment pour le diagnostic posé
- Minimiser l'usage des antibiotiques à large spectre de façon empirique ⇒ ajuster l'antibiothérapie une fois le pathogène identifié (privilégier un spectre plus étroit)
- Arrêter l'antibiothérapie en cours lorsque les cultures demandées sont négatives et lorsqu'il y a corrélation clinique.
- Éviter l'utilisation des antibiotiques sur une longue période (prophylaxie ou usage chronique) ⇒ réévaluation du patient.
- Utiliser les doses minimales recommandées: si la fonction rénale est altérée, ajuster la dose selon la fonction rénale:
Clairance de la créatinine (mL/min.) = $(140 - \text{âge}) \times \text{poids idéal (kg)} \times 1,2$ [x 0,85 pour les femmes]
créatinine sérique (µmol/L)
- Ne pas traiter une bactériurie asymptomatique:
 - ↪ Investigation urinaire n'est pas indiquée chez les personnes âgées qui présentent des changements non spécifiques de l'état clinique (sommolence, agitation, chutes): ces changements ne devraient pas être attribués à une infection urinaire.
 - ↪ Culture d'urine ⊕ et une pyurie sont fréquentes et n'appuient pas le diagnostic d'infection urinaire en l'absence de symptômes urinaires (brûlure mictionnelle, dysurie, urgence mictionnelle) ou d'état fébrile.
 - ↪ Analyse ou culture d'urine ⊕ est considérée comme une infection urinaire et traitée seulement en présence de symptômes urinaires ou de manifestations cliniques systémiques.
- Ne pas utiliser d'antibiotique si:
 - plaie nouvellement purulente (ou ↑ purulence) comme seul symptôme ⇒ ↑ des soins locaux
 - influenza ou autres infections virales
 - aspiration sans surinfection bactérienne

Définition de la fièvre chez les personnes âgées hébergées en SLD

- une température > 37,8°C
- plus de 2 lectures de température > 37,2°C
- plus de 2 lectures de température s'élevant de 1,3°C au-dessus de la température basale (celle-ci pouvant être < 37,2°C chez les personnes âgées)

RÉFÉRENCES

- American Medical Directors Association (AMDA). Clinical Practice Guideline: Common infections in the long-term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA). 2004, 34 p.
- Bentley DW et al. Practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities. JAGS 2001; 49: 210-22.
- Bradley SF. Fever and infection in the nursing home. Annals of Long-Term Care 2004; 12(8): 39-42.
- ISQ. Portrait social du Québec. 2001, p. 152-54.
- MSSS. Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles. Octobre 2003, p. 5-9.
- Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people: evidence and practice. CMAJ 2000; 163: 285-86.
- Nicolle LE et al. Antimicrobial use in Long-Term-Care facilities. SHEA Position Paper. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 119-28.
- Nicolle LE et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clinical Infectious Diseases 2005; 40: 643-54.

Utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en soins de longue durée (SLD)