

L'influence du site de l'infection respiratoire sur la durée de l'antibiothérapie

Randa YAKOUBI¹ ; Feryal ATOUI¹ ; Khaled DEGHEGH¹ ; Besma TERRA¹, Amina BENALI², Hamid HACENE CHERKASKI¹, Foued KHALLOUFI¹.

1: Service de pneumo-physiologie – CHU Annaba – Algérie
2: Service de microbiologie – CHU Annaba - Algérie

Introduction :

L'antibiorésistance constitue une menace sanitaire nationale et mondiale (1–2). Dans les infections respiratoires, le praticien a pour rôle de réduire la morbi-mortalité sur le plan individuel et de prévenir l'antibiorésistance sur le plan collectif (3–4). La prescription d'une antibiothérapie adaptée est fondée sur, en plus des modalités d'administration, le **choix** et la **durée** de l'antibiothérapie. Seulement, ces deux derniers demeurent basés sur des données empiriques (5).

Objectif de l'étude :

Etudier l'influence du site de l'infection respiratoire sur la durée de l'antibiothérapie.

Matériel et méthode :

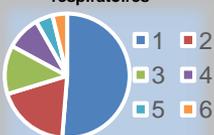
Etude rétrospective incluant 158 patients hospitalisés au niveau du service de pneumologie du CHU Annaba sur une période de vingt-sept mois, s'étalant du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2020 pour infection respiratoire basse, indépendamment du siège de l'infection ou de la gravité du cas.

Les fourchettes définies de la durée d'antibiothérapie sont: ≤ 5 , [6 – 7], [8 – 10], [11 – 14], >14 .

L'évaluation de la gravité de l'infection respiratoire se basait sur deux outils d'évaluation: le CURB 65, le score de Fine.

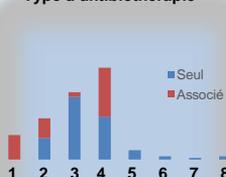
Résultats :

Diagnostic des infections respiratoires



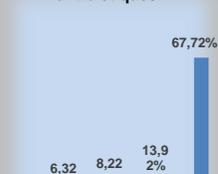
- 1: Pneumonies aiguës communautaires (51,26%)
- 2: Pleurésie purulente (18,98%)
- 3: exacerbation de BPCO (12,65%)
- 4: Abscès pulmonaire (8,86%)
- 5: Surinfection de dilatation de bronches (4,43%)
- 6: Exacerbation infectieuse de fibrose pulmonaire (3,79%)

Type d'antibiothérapie

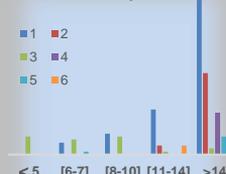


- 1: Pénicilline G (10,12%)
- 2: Pénicilline A (17,08%)
- 3: Pénicilline A+ Acide clavulanique (27,84%)
- 4: Céfotaxime (37,97%)
- 5: Macrolides (3,79%)
- 6: Sulfaméthoxazole+Triméthoprime (1,26%)
- 7: Vancomycine (0,63%)
- 8: Imipénem (1,26%)

Durée de prescription des antibiotiques

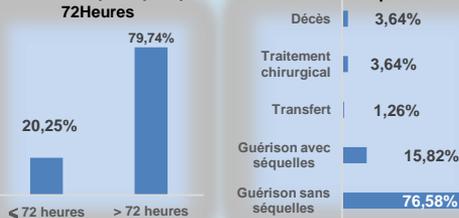


Durée d'antibiothérapie par site d'infection respiratoire



- 1: Pneumonies aiguës communautaires
- 2: Pleurésie purulente
- 3: exacerbation de BPCO
- 4: Abscès pulmonaire
- 5: Surinfection de dilatation de bronches
- 6: Exacerbation infectieuse de fibrose pulmonaire

Efficacité thérapeutique après



Discussion :

158 cas ont été colligés durant cette période. Notre activité hospitalière a été perturbée par la pandémie SARS2-COV2 (centre d'hospitalisation). 57 ans était l'âge moyen des patients et 40,50% d'entre eux avaient 65 ans et plus. Le tabagisme était retrouvé chez 73 patients (43 ex fumeurs, 30 fumeurs) et les comorbidités chez 113 patients. Conformément à la littérature, l'âge et les comorbidités sont les principaux facteurs de risque (3-4).

La durée moyenne de l'antibiothérapie durant l'hospitalisation était de 09 jours. 67,72% des patients ont eu une antibiothérapie de plus de 14 jours. 58,58% de prescription d'antibiothérapie de moins de 10 jours étaient pour exacerbation de BPCO. 70,40% des suppurations parenchymateuses et pleurales ont été traités pour une durée de plus de 14 jours. 86,41% des pneumonies aiguës communautaires ont bénéficiées de plus de 10 jours d'antibiothérapie. Loin des recommandations de bonne pratique (6-7), la durée de l'antibiothérapie est essentiellement guidée par le site de l'infection.

79,74% des patients ont répondu favorablement à l'antibiothérapie après 72h sans pour autant influencer la durée de l'antibiothérapie où dans 67,72%, elle était de plus de 14 jours. Seuls 17,08% des patients ont eu une évolution défavorable, contrairement à la littérature, qui incite à l'arrêt précoce en cas de bonne évolution (7). Les Béta lactamines sont les plus prescrits (93,01%) dont 37,97% céfotaxime et 27,84% amoxicilline / acide clavulanique

Conclusion :

Dans un intérêt collectif et individuel, le raccourcissement de la durée de l'antibiothérapie, basée sur des critères objectifs doit être un challenge pour chaque praticien.

Bibliographie :

1. World Health Organization. WHO. Antimicrobial resistance: global access to new antibiotics. Geneva: WHO; 2014.
2. WHO. Global Tuberculosis Report 2018. Geneva: WHO; 2018.
3. WHO. The Tuberculosis Fact Sheet. Geneva: WHO; 2018.
4. World Health Organization. WHO. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: WHO; 2019.
5. WHO. Global Tuberculosis Report 2020. Geneva: WHO; 2020.
6. WHO. Global Tuberculosis Report 2021. Geneva: WHO; 2021.
7. WHO. Global Tuberculosis Report 2022. Geneva: WHO; 2022.