

Prise en charge des pneumopathies aiguës communautaires (PAC) EPP

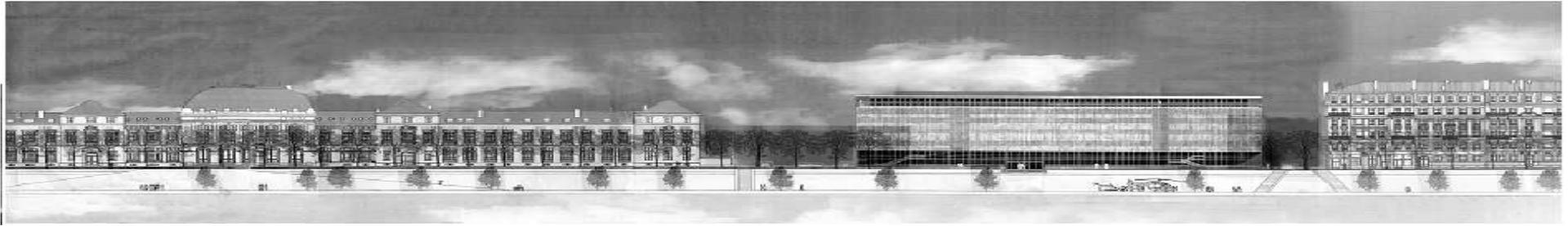
Dr JP. Lavignon, médecin urgentiste

P. Misslin, pharmacien

CENTRE HOSPITALIER

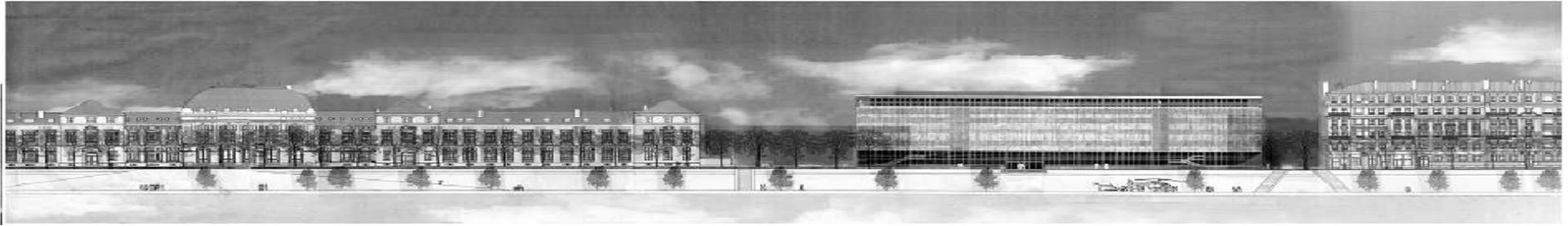
■ ■ ■ ■ Saint Joseph • Saint Luc

ACOPHRA 7 juin 2012



Calendrier

- Juin 2008 : choix du thème
- 2008 5 réunions
- 2009 4 réunions
deuxième trimestre : première analyse ACC
- 2010 2 réunions
deuxième trimestre : deuxième tour
- 2011
dernier trimestre : troisième tour



Groupe pluridisciplinaire

S. Rosselli (médecin réanimateur)

MO. Baume (pharmacien)

Y. Boucaud-Maître (microbiologiste)

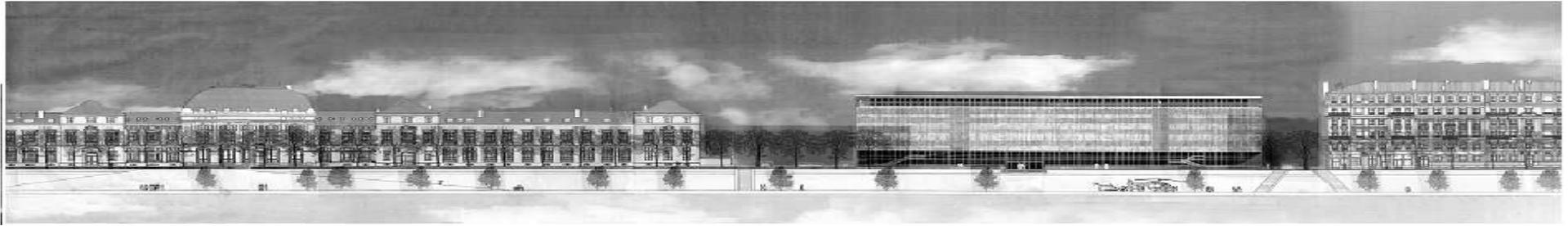
C. Fuhrmann (microbiologiste)

J.P. Lavignon (médecin urgentiste)

C. Pariset (médecin référent infectiologue)

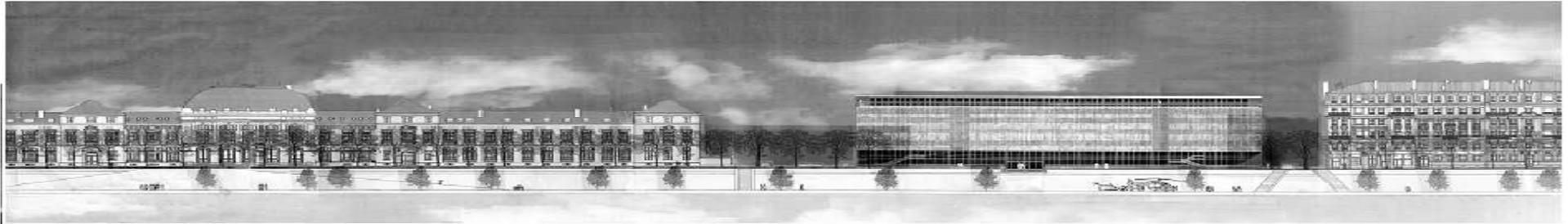
M. Clève (pharmacien)

J. Colot (microbiologiste)



Choix de la thématique

- ✓ **Fréquence** : 1ère cause d'infection justifiant une hospitalisation au SMU
- ✓ **Caractère pluridisciplinaire**, double périmètre d'action : prioritairement SMU, UHP, pneumologie, médecine interne, réanimation, puis **tout l'hôpital**
- ✓ **Dysfonctionnements** probablement fréquents
- ✓ **Objectif** : améliorer les prescriptions des médecins
- ✓ **Impact thérapeutique individuel** (morbimortalité) et collectif (écologie bactérienne/maîtrise des coûts / bon usage des antibiotiques)

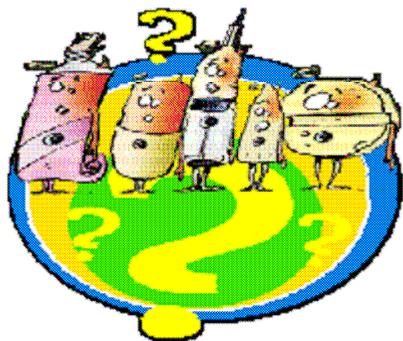


Références

- ✓ Guide ANAES « les pneumonies aiguës communautaires » 2001
- ✓ Conférence de consensus SPILF mars 2006
- ✓ Conférence de consensus américaine IDSA-ATS 2007
- ✓ Méthode d'évaluation des pratiques professionnelles : l'audit clinique ciblé en établissement de santé HAS - juin 2007
- ✓ Protocole interne établi en 1998, révisé en 2005 validé par le COMEDIMS, CAI et le CLIN, puis modifié en 2009

ANTIBIOTHERAPIE

- × Règles d'utilisation
- × Protocoles



Toute suspicion de sepsis sévère justifie une antibiothérapie probabiliste sans délai après les prélèvements et un remplissage si nécessaire.

Tout délai contribue au développement d'un choc septique et majore la mortalité

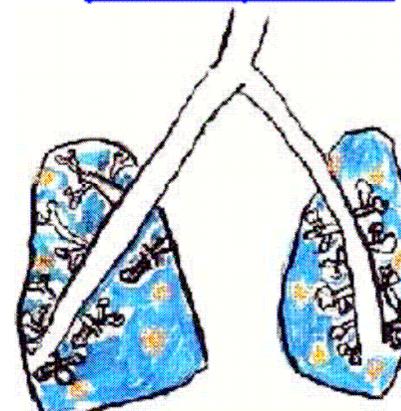
TOUTE ANTI-BIOTHERAPIE doit être réévaluée à 48 – 72 H

Pour l'adapter à la documentation éventuelle, évaluer son utilité et sa tolérance, discuter une monothérapie et/ou le passage à la voie orale si amélioration, demander un avis spécialisé en cas d'échec.

Coordonnateur : Dr Caroline Pariset

Chapitre 2

Surinfections bronchiques et pneumopathies



■ infection du poumon
■ l'air qui entre dans les poumons

PNEUMONIE COMMUNAUTAIRE DE L'ADULTE

- Tout retard au traitement constitue une perte de chance
- Agent inconnu => ATB probabiliste couvrant en priorité le pneumocoque, ou plus large en fonction de l'âge, de la comorbidité et de la gravité + réévaluation impérative à 48 h
- Evaluer la gravité et les comorbidités justifiant éventuellement l'hospitalisation

DUREE DU TRAITEMENT

Pneumonie à pyogènes : 7 jours
Pneumonie à germes atypiques : 14 jours
Pneumonie à Légionelle confirmée : 21 j + déclaration DDASS

HOSPITALISATION SI

- 1 ou plusieurs signes de gravité et/ou
- Présence de ≥ 2 facteurs de comorbidité et/ou
- Néoplasie pulmonaire associée et/ou
- Précarité socio-économique défavorable, inobservance, isolement et/ou
- Vomissements

I - PNEUMONIE DE L'ADULTE AVEC SIGNE(S) DE GRAVITE

SIGNES DE GRAVITE

- Atteinte des fonctions vitales :
 - . FR > 30, PA < 90/60, FC > 120
 - . Troubles de conscience
 - . Signes périphériques de choc
 - T° < 35° ou > 40°
- PaCO₂ > 50 mmHg ou PaO₂ < 60 mmHg
- Leucocytes > 30 G/L ou < 4 G/L
- Insuffisance rénale, Na < 130 mmol/L
- Image Rx extensive (ou > 1 lobe)
- Inhalation / obstacle / pleurésie / abcès

Si gravité difficile à évaluer => Calcul score de FINE.

<http://www.efurgences.net/scores/fine0.php>

Si score ≥ 4 : pneumopathie grave => bithérapie antibiotique.

Rechercher les critères d'admission en réanimation : FR > 30, PaO₂ < 60 mmHg, état de choc, atteinte RP multilobaire ou bilatérale ou rapidement extensive (50 % en 48 H).

BIAntibioThérapie SANS DELAI EN INTRA-VEINEUX

Ceftriaxone (Rocephine ©) 1 g /24 H IV + Rovamycine 1,5 M /8h IV

- Allergie VRAIE à la Pénicilline (œdème de Quincke /anaphylaxie) : moxifloxacine (Isilox©) 400mg/j IV Après ECG (risque cardiaque)
- Ag légionelle + : ceftriaxone 1g/j + rovamycine 1,5 M/8h IV + ofloxacine 200mg /12h IV. A J3 si les prélèvements sont négatifs en dehors de l'Ag légionelle : stop ceftriaxone.

II - PNEUMONIE D'INHALATION, ABCES DU POUMON, PLEURESIE

Ceftriaxone (Rocephine ©) 1,5 g /24h IV + Metronidazole (Flagyl©) : 500 mg /8h IV
Durée TTT : 10 j si pneumopathie d'inhalation.
Pleurésie purulente / abcès => discuter systématiquement un drainage. Avis pneumo
Centre Hospitalier Saint Joseph-Saint Luc – Commission Antibiotiques – Version 10 / mai 2012

III - PNEUMONIE DE L'ADULTE AVEC COMORBIDITE OU DU SUJET AGE, SANS SIGNE DE GRAVITE

COMORBIDITES

- Age physiologique > 65 ans
- Insuffisance cardiaque, rénale, cirrhose, diabète déséquilibré, insuffisance respiratoire chronique
- AVC, hospitalisation récente (< 1an), vie en institution
- Immunodépression (cancer, VIH, immunosuppresseurs, splénectomie, drépanocytose)

ANTIBIOTHERAPIE SANS DELAI

Amoxi-clav (Augmentin©) 1g /8h PO ou IV si vomissements

- Allergie VRAIE à la Pénicilline (œdème de Quincke /anaphylaxie) :
pristinamycine (Pyostacine©) 1 g /8h PO
ou si voie orale impossible : moxifloxacine (Isilox©) 400mg/j IV après ECG (risque cardiaque)
- Si Ag légionelle positif : amoxi-clav 1 g/8h + rovamycine 1,5 M /8h.
A J3 si les prélèvements sont négatifs en dehors de l'Ag légionelle : stop amoxi-clav
- ATB de deuxième intention (ex : échec d'un premier ttt ambulatoire) :
ceftriaxone 1 g/24h + rovamycine 1,5 M /8h .

IV - PNEUMONIE DE L'ADULTE SAIN SANS SIGNE DE GRAVITE

Monothérapie initiale sans délai, ambulatoire sauf si vomissement

- Age > 40 et/ou pneumonie lobaire : amoxicilline 1 g /8h PO
Si allergie : pristinamycine (Pyostacine©) 1 g /8h PO
- Age < 40 et/ou pneumonie interstitielle ou antigène légionelle positif :
roxythromycine (Rulid©) 150 mg/12h j PO ou rovamycine 1,5 M/8h PO

Echec à 48 H : substitution à l'autre traitement amoxicilline ↔ roxythromycine ou pristinamycine 1 g/8h

REEVALUATION SYSTEMATIQUE A 48 - 72H de l'antibiothérapie

Si évolution favorable => le relais par une VOIE ORALE (si IV initial) est NECESSAIRE

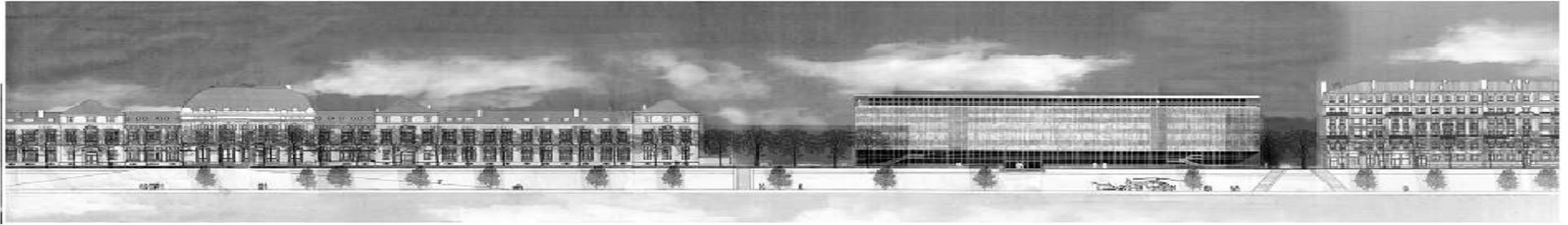
En l'absence d'amélioration => Avis spécialisé +/- hospitalisation selon terrain
Discuter élargissement du spectre ATB
Discuter scanner à la recherche d'un abcès ou une pleurésie
Discuter fibro-LBA si immunodépression

Ref : - IDSA/ATS Consensus Guidelines on the management of Community-Acquired Pneumopathy In Adults. Clinical Infectious Diseases 2007; 44:S27-72
-XVe Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, Médecine et maladies infectieuses 36 (2006) 235-244.



Méthode

- ✓ Audit clinique ciblé (ACC)
- ✓ 9 critères d'évaluation retenus
- ✓ Analyse rétrospective
 - Patients admis par le SMU et hospitalisés avec le diagnostic de PAC (et suivi possible)
- ✓ Analyse des dossiers en binôme clinicien / non clinicien
- ✓ 3 tours
 - Moins d'un an entre les 2 premiers tours
 - Presque 2 ans entre le 2ème et le 3ème tour
- ✓ 30 dossiers à chaque fois



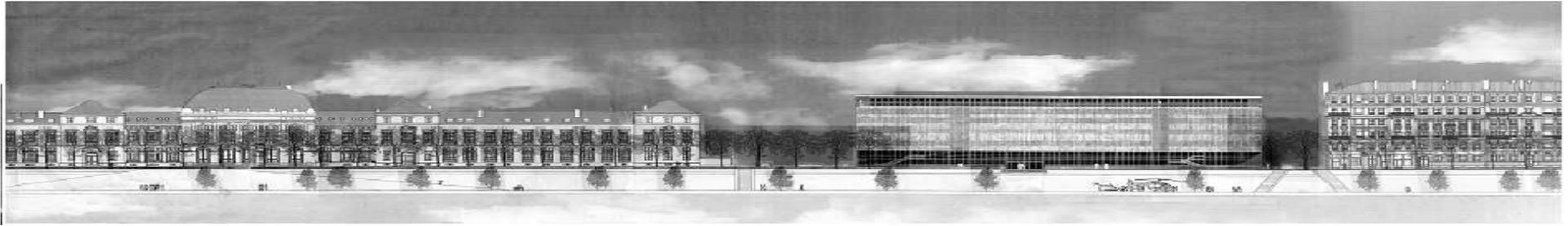
Premier tour

ACOPHRA 7 juin 2012



Résultats

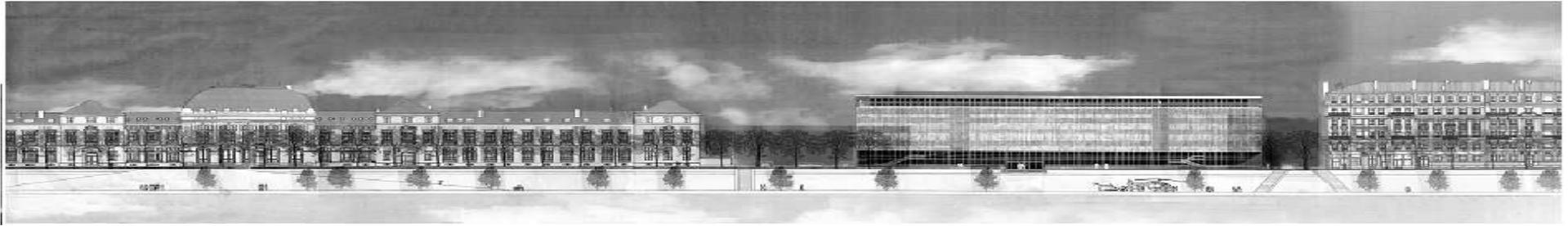
CRITERES	TOUR 1
Évaluation de la gravité	97 %
Recueil des FDR d'évolution défavorable	100 %
ATB dans les 8 heures	87 %
Molécules choisies conformes au protocole	70 %
Poso et rythme d'administration	97 %
Durée du ttt	63 %
Traçabilité évolution à J3	100 %
Attitude conforme si PAS d'amélioration	91 %
Attitude conforme si amélioration	66 %



5 critères satisfaisants

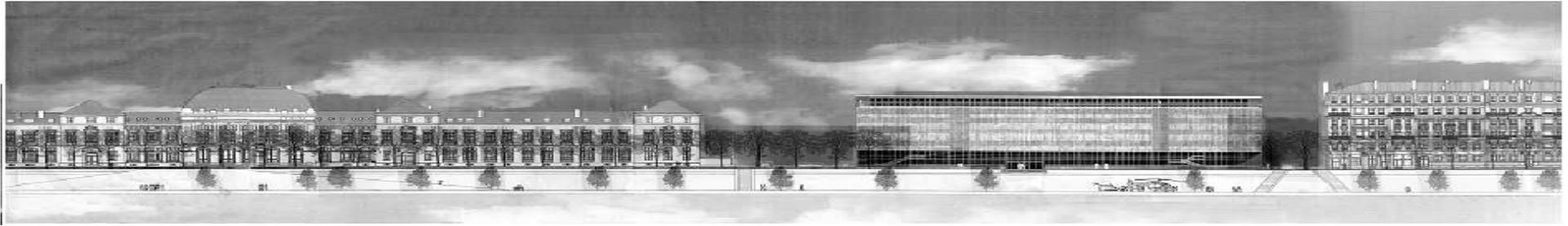
→ Pas d'AA envisagée

- ✓ Évaluation de la gravité (taux réalisation = 97%) sauf FR
- ✓ Recueil des facteurs de risque d'évolution défavorable (100%)
- ✓ Posologie et rythme d'administration des ATB (97%)
- ✓ Analyse tracée de l'évolution à J3 (100%)
- ✓ Attitude conforme en cas d'absence d'amélioration (91%)



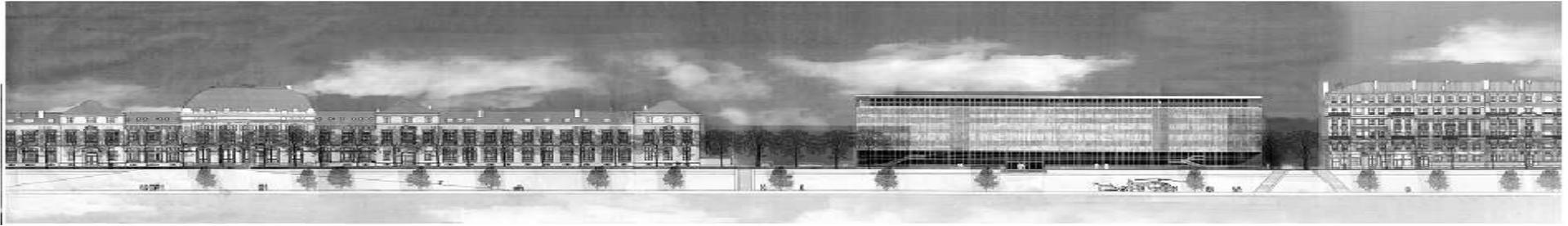
4 critères non satisfaisants

- ✓ ATB débutée dans les 8 h suivant l'admission. Taux de réalisation 87%
=> Trop de retard
- ✓ Molécule(s) choisie(s) adaptée(s), conforme(s) 70%
=> Excès de bithérapie
- ✓ Durée du traitement conforme 63%
=> Durée de TTT excessive
- ✓ Adaptation de l'ATB envisagée si amélioration 66%
=> Désescalade ou relais *per os* insuffisants



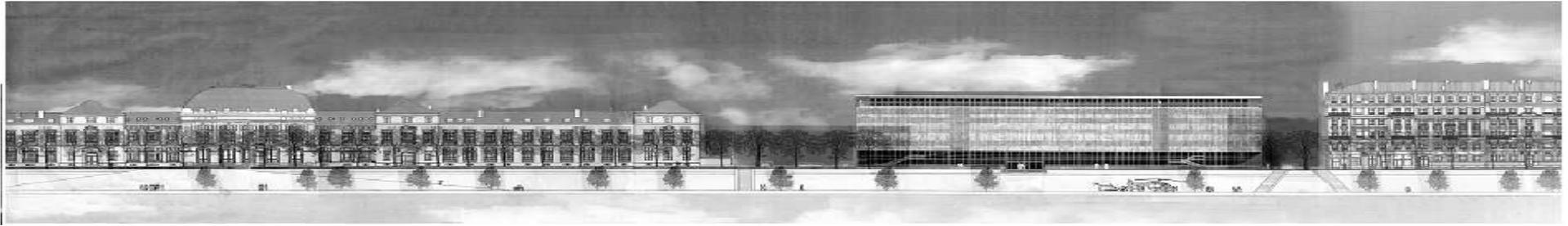
Actions d'amélioration (1)

- ✓ Relevé systématique de la FR au SMU (échange cadre de santé et chef de service pour sensibilisation IDE et médecins) : FR entre dans calcul du score de Fine
- ✓ Mise à disposition du calcul du Score de Fine dans la GED par menu déroulant qui aide à la décision orientation / ttt
- ✓ Transformation et réactualisation du protocole et communication



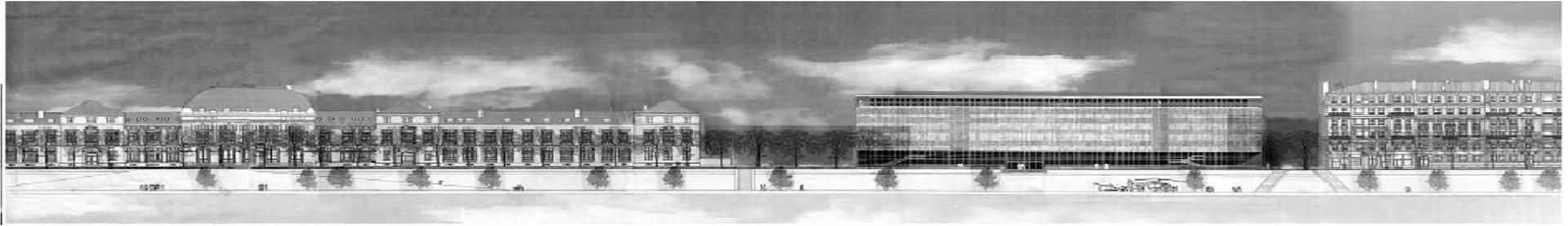
Actions d'amélioration (2)

- ✓ Amélioration du renouvellement de dotation du SMU en ATB : traçabilité des prescriptions d'ATB
- ✓ Alerte par la pharmacie à J3 pour adaptation du traitement
- ✓ Alerte par la pharmacie à J8 pour justifier de la prolongation du traitement



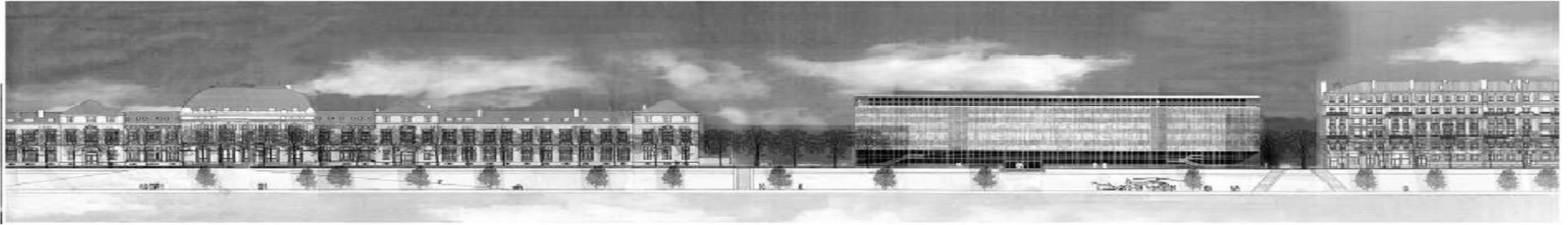
Communication

- ✓ Avec la pharmacie et le service informatique, le SMU
- ✓ À la CME pour validation du plan d'action
- ✓ Aux médecins : oralement pendant l'accueil des nouveaux internes, le colloque de médecine, une FMC du SMU, puis par mail à tous les acteurs



Évaluation des AA

- ✓ Mise en œuvre des AA avant le 30/06/09
- ✓ Indicateurs de suivi :
même grille d'évaluation
- ✓ Période de réalisation :
premier semestre 2010



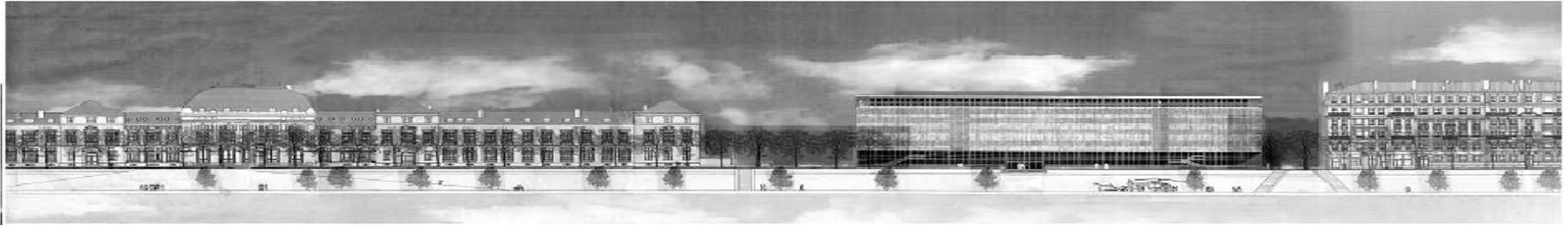
Deuxième tour

ACOPHRA 7 juin 2012



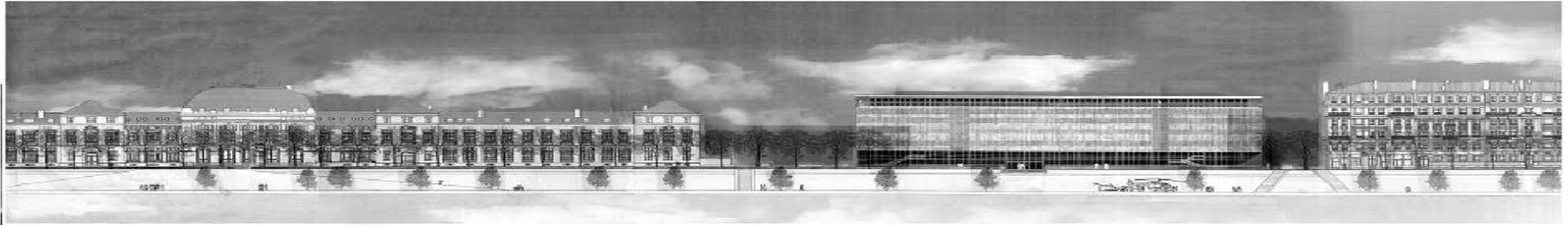
Résultats

CRITERES	TOUR 1	TOUR 2 ☹️
Évaluation de la gravité	97 %	90 % ☹️
Recueil des FDR d'évolution défavorable	100 %	97 % ☹️
ATB dans les 8 heures	87 %	83 % ☹️
Molécules choisies conformes au protocole	70 %	60 % ☹️
Poso et rythme d'administration	97 %	83 % ☹️ !
Durée du ttt	63 %	47 % ☹️
Traçabilité évolution à J3	100 %	90 % ☹️
Attitude conforme si PAS d'amélioration	91 %	93 % ☹️
Attitude conforme si amélioration	66 %	53 % ☹️



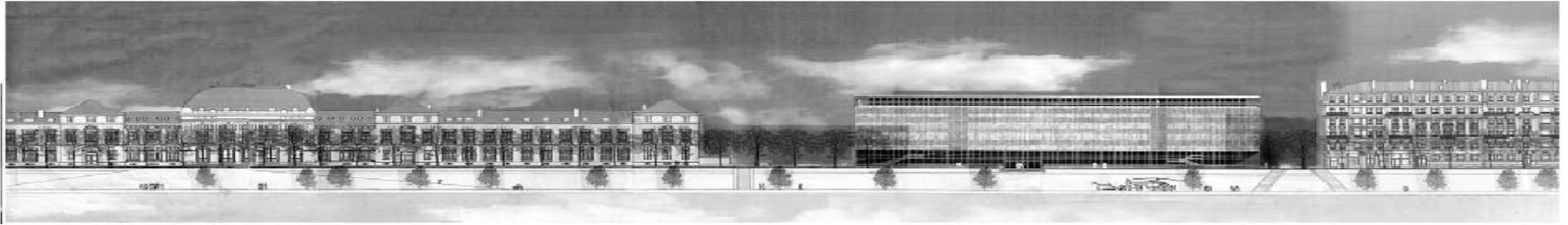
Bilan des AA (1)

- ✓ Tous les critères d'évaluation sont en recul (sauf un discrètement mieux)
- ✓ Problème dans le recueil des données ?
- ✓ Deuxième tour réalisé trop tôt ?
- ✓ Quoiqu'il en soit, aucun progrès
- ✓ Reprise de la communication interne (CAI)...



Bilan des AA (2)

- ✓ Dans le cadre du bon usage des ATB ainsi que dans un programme d'économie et pour une pathologie bien cadrée comme la PAC non compliquée => proposition d'être plus restrictif : argumenter les bithérapies, arrêt de la délivrance du ttt à J8 (hors WE)
- ✓ Implication renforcé des pneumologues au comité des anti- infectieux
- ✓ Configuration du futur logiciel de prescription de médicament (Orbis) avec un verrou à la poursuite du traitement



Troisième tour

ACOPHRA 7 juin 2012



Résultats

CRITERES	TOUR 1	TOUR 2	TOUR 3
Évaluation de la gravité	97 %	90 % ☹️	84 %
Recueil des fdr d'évolution défavorable	100 %	97 % ☹️	100 %
ATB dans les 8 heures	87 %	83 % ☹️	81 %
Molécules choisies conformes au protocole	70 %	60 % ☹️	81 % 😊
Poso et rythme d'administration	97 %	83 % ☹️ !	90 %
Durée du ttt	63 %	47 % ☹️	52 % ☹️
Traçabilité évolution à J3	100 %	90 % ☹️	94 %
Attitude conforme si PAS d'amélioration	91 %	93 % ☹️	100 %
Attitude conforme si amélioration	66 %	53 % ☹️	90 % 😊



Bilan final (1)

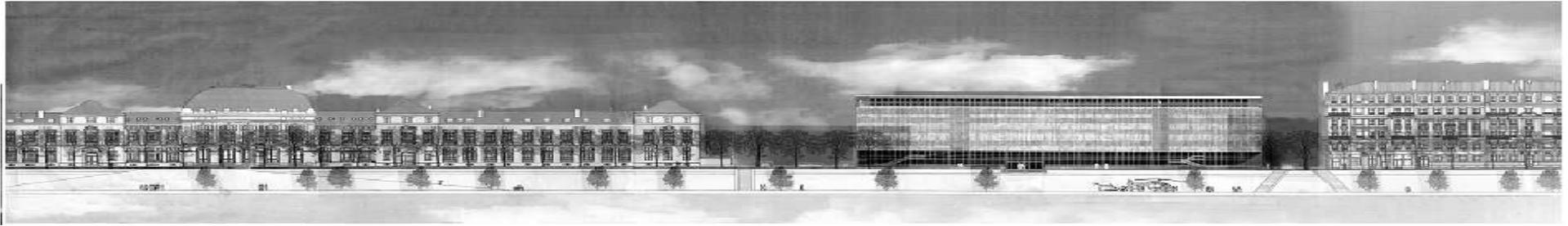
- ✓ Pas d'inquiétude sur le critère 1 « Evaluation de la gravité »

Changement groupe évaluateurs

- ✓ Amélioration sur

- Choix des molécules (plus d'amoxiclav, moins de biTTT)
- Réévaluation et réadaptation du traitement (désescalade, passage *per os*)

ACOPHRA 7 juin 2012



Bilan final (2)

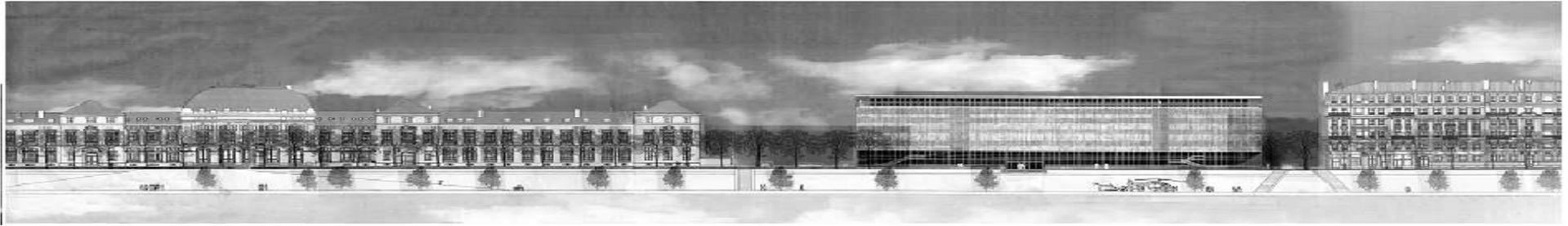
- ✓ On reste mauvais sur la durée de traitement :
 - Comptabilisation des journées « urgences » (tout service confondu)
 - Pas de comptabilisation ou défaut d'information temps de ttt
 - Sortie sans précision de la date de fin de traitement

- ✓ Sur le délai : pas mal mais peut mieux faire



Communication

- ✓ **CME** pour validation du plan d'action (Nov 2009) et présentation des résultats (Juin 2010 et Mai 2012)
- ✓ **Médecins** : accueil nouveaux internes (tous les semestres), colloque de médecine (mai 2009), FMC du SMU (Mars 2011), mail à tous les praticiens
- ✓ **CAI** (Oct 2010 et Fév 2012)
- ✓ **Poster et communication orale** à l'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP Lyon 21/10/2010)
Evaluation of professional practices : management of community acquired pneumonia in adults
- ✓ **Présentation des EPP** au personnel du centre hospitalier post-certification



Et ensuite, ...

- ✓ Extension aux pyélonéphrites aiguës du principe de durée de traitement obligatoirement limitée
- ✓ De même pour les exacerbations de BPCO



Conclusion

- Groupe de travail pluridisciplinaire
- Intérêt commun et institutionnel dans la démarche
- EPP bien conduite car personnes motivées

- Mais problématique des EPP transversales avec des évaluateurs peu prescripteurs (1 seul urgentiste, pas de pneumologue) : attitude de prescription difficile à faire changer

