

Escarres : traitement antibiotique

Pr M Dupon
Fédération de Maladies Infectieuses et
Tropicales
Hôpital Pellegrin
33076 Bordeaux Cedex

Référentiels

- Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé
Conférence de consensus; 15/16 nov 2001- Paris
Sociétés savantes / ANAES
www.has-sante.fr
- Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires
RBP AFSSAPS - Juillet 2004 www.agmed.sante.gouv.fr
- The management of pressure ulcers in primary and secondary care : a Clinical Practice Guideline. 09 2005
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE),
www.nice.org.uk

Traitement local de l'escarre constituée

Conférence de consensus, Paris

- L'élimination des tissus nécrosés, le contrôle des exsudats et de l'infection sont des temps essentiels qui favorisent le bourgeonnement et l'épidermisation spontanés ou préparent le recouvrement chirurgical des escarres. Le traitement local de l'escarre doit respecter la flore commensale cutanée qui colonise les plaies et contribue à la détersion et au bourgeonnement.
- Les étapes de la stratégie de soins sont les suivantes
 - appliquer les principes d'hygiène pour la gestion des pansements et la prévention de la contamination croisée ;
 - réaliser une détersion précoce, répétée et soigneuse, sans traumatisme pour la plaie et indolore pour le patient ;
 - choisir des produits et des pansements en fonction du stade de la plaie et de l'état du patient.

Principes de nettoyage de la plaie

Conférence de consensus, Paris

- Le sérum physiologique ou chlorure de sodium à 0,9 % est le produit de référence à utiliser pour le nettoyage des escarres à tous les stades.
- Il existe un consensus fort pour limiter voire supprimer l'utilisation des antiseptiques en raison du peu de bénéfice qu'ils apportent, comparé à leurs effets négatifs (sélection de souches résistantes, pénétration systémique, toxicité, sensibilisation). Il faut noter que leur utilisation est contre-indiquée avec certains pansements.
- La plaie ne doit pas être asséchée.
- L'intérêt des antibiotiques et des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré. Le traitement local comporte la déterision quotidienne (voire biquotidienne).

Indication d'une antibiothérapie systémique

- L'infection locale peut entraîner cellulite, ostéite, lésions destructrices des organes de voisinage. Elle peut être à l'origine de septicémie avec localisation à distance, de sepsis sévère voire de choc septique

Conférence de consensus; 15/16 nov 2001- Paris

- In the presence of systemic and clinical signs of infection in the patient with a pressure ulcer, systemic anti-microbial therapy should be considered. **D[GPP]**

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Signes cliniques d'infection

- Critères d'infection locale (mais signes cliniques protéiformes, non spécifiques)

- Chaleur
- Rougeur
- Douleur locale
- Gonflement des bords de la plaie
- Écoulement purulent
- Odeur putride



➔ Une surveillance régulière est nécessaire

- Les signes systémiques : fièvre, hyperleucocytose peuvent être absents
- VS et CRP ne sont pas synonyme d'infection

Imagerie

- Radiographie simple :
Aucune spécificité, interprétation très difficile (remaniements non infectieux)
- Échographie, fistulographie peu utiles
- Scintigraphie (couplées : leucocytes marqués, gallium) couplée à TDM pour améliorer la résolution spatiale : interprétation difficile
- **Scanner et RNM** sont les plus utilisés permettant d'apprécier l'importance des dégâts profonds avec une meilleure résolution spatiale

Prélèvement microbiologique

- Colonisation inévitable donc ne pas réaliser systématiquement des prélèvements microbiologiques en particulier par écouvillonnage
- Prélèvements profonds:
 - Raclage du fond après déterision physique
 - Ponction ou irrigation-aspiration à l'aiguille ++
 - Biopsie de tissu sous-cutané, musculo-aponévrotique, OSSEUX (pas obligatoirement chirurgical) +++;
 - Quantification $\geq 10^6$ /g de tissu (pas toujours réalisée)
- Mais faux-positifs microbiologie osseuse positive \neq ostéite
- Culture des drains après chirurgie ? Témoin d'un bon débridement –lavage ?
- Hémocultures +++
- Donc importance de signes cliniques et **histologiques**

Antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires

RBP AFSSAPS - Juillet 2004

● 5.1.1 Escarres

- La recherche bibliographique ne retrouve aucun essai thérapeutique démontrant l'intérêt de l'antibiothérapie locale dans la prise en charge des escarres constituées infectées ou non
- Une conférence de consensus(...). Le chapitre "traitement de l'escarre infectée" du texte long permet de faire la synthèse sur l'utilisation des antibiotiques locaux dans cette indication

Choix antibiotique

- En probabiliste, infection polymicrobienne
 - Bithérapie? (béta-lactamines ± métronidazole)
 - Attention à l'inflation
- En documentée, adaptation aux prélèvements
 - Attention à l'inflation càd vouloir tout couvrir
- Voie IV initiale le plus souvent
- Durée la plus courte possible pas de dogme ni d'evidence based medicine donc avis d'expert;
 - dépend de l'acte chirurgical avec frontière infecté-non infecté difficile à préciser et de l'évolution post-opératoire immédiate
 - pour certains <5j si chirurgie complète avec résection en tissu sain; 2 à 4 semaines si infection des parties molles laissée en place, 4 à 6 semaines si reliquat d'ostéite

Propositions de traitement antibiotique systémique

NJ. Livesley, AW. Chow Infected Pressure Ulcers in Elderly Individuals Clin Infect Dis 2002; 35:1390–6

Regimen

Recommended dose schedule

Monotherapy

Cefoxitin

1–2 g iv or im every 6–8 h

Ceftizoxime

1–2 g iv every 8–12 h

Cefotetan

1–2 g iv or im every 12–24 h

Ticarcillin-clavulanate

3.1 g iv every 4–6 h

Piperacillin-tazobactam

2–4 g iv every 6–8 h

Imipenem

0.5–1 g iv every 6–8 h

Meropenem

0.5–1 g iv every 6–8 h

Gatifloxacin

400 mg iv or po daily

Combination therapy

Clindamycin

450–600 mg iv every 6–8 h or 450 mg po q.i.d.

Plus ciprofloxacin

200–400 mg iv every 12 h or 500 mg po b.i.d.

Or/Plus ofloxacin

200–400 mg iv every 12–24 h or 400 mg po b.i.d.

Metronidazole

500 mg iv every 6–8 h or 500 mg po t.i.d.

Plus ciprofloxacin

200–400 mg iv every 12 h or 500 mg po b.i.d.

Or/Plus ofloxacin

200–400 mg iv every 12–24 h or 400 mg po b.i.d.

Treatment of infection due to MRSA

Vancomycin

0.5 g iv every 6–8 h

Quinupristin/dalfopristine

7.5 mg/kg iv every 8–12 h

Oxazolidinone

600 mg iv every 12 h

Conclusion : traitement de l'escarre infectée

Conférence de consensus, Paris

- C'est bien entendu à partir de la contamination puis de la colonisation des micro-organismes que se développent les infections. Ceci est à la base des pratiques de soins destinées à limiter cette contamination massive par la déterision. Ni les antiseptiques, ni les antibiotiques n'ont place dans cette prévention.
- L'infection, suspectée sur les signes locaux, est affirmée au-delà de 10^5 germes/ml (ou gr de tissu) sur les prélèvements (liquide de ponction, de biopsie) et/ou hémoculture.
- Son risque est celui de la propagation à l'os et de septicémie à partir d'une bactériémie aux conséquences parfois dramatiques.
- **L'intérêt des antibiotiques et des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré.** Le traitement local comporte la déterision quotidienne (voire biquotidienne).
- **Le traitement antibiotique par voie générale, ajusté en fonction de l'antibiogramme, doit être intégré dans le cadre d'une stratégie globale médico-chirurgicale lorsque l'infection d'escarre est avérée.**