



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Infections (sévères) au cabinet

Symposium Médecine CHVR

Sion 08 fév 2024

S. Emonet



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Agenda

- **«Do not miss» / «Qu'est-ce qui circule»**
- **«Quand faut-il s'inquiéter?»**
- **«Faut-il donner un AB et lequel?»**



Do not miss

Hôpital du Valais
Spital Wallis

ENVIRONNEMENT



Date 2010



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Qu'est-ce qui circule?

PUBLIC HEALTH

Monitoring EU Emerging Infectious Disease Risk Due to Climate Change

Elisabet Lindgren,¹ Yvonne Andersson,² Jonathan E. Suk,³ Bertrand Sudre,³ Jan C. Semenza^{3*}

Climate change, globalization, and other drivers have made Europe a “hot spot” for emerging infectious diseases, which calls for changes in monitoring systems.

Guerre en Ukraine : l'armée russe étend son offensive

LE 11 MAR. 2022 À 09H37 (TU) • Mis à jour le 11 Mar. 2022 à 12h20 (TU) • Par [TV5MONDE](#)





letemps.ch

Home Citrix Workspace tularemie.ch - Recherche Google Un nouveau cas de diphtérie touche le centre fédéral d...

Menu Rechercher Epaper/PDF Newsletters S'ABONNER Mon compte fermer

LE TEMPS

EN CONTINU MONDE SUISSE ÉCONOMIE OPINIONS CULTURE SOCIÉTÉ SCIENCES SPORT DATA ÉVÉNEMENTS VIDÉOS PODCASTS *Charte*

Un nouveau cas de diphtérie touche le centre fédéral d'asile à Berne

Une enfant atteinte par la maladie infectieuse a été hospitalisée. La diphtérie a touché aux moins 22 résidents de centres d'asile en Suisse depuis début août





Hôpital du Valais
Spital Wallis

<https://www.24heures.ch> › Suisse

Les chiens et les chats venus d'Ukraine font craindre la rage

il y a 3 jours — Depuis le début de la guerre, plus de 40'000 **Ukrainiens** se sont réfugiés en Suisse, et avec eux des milliers d'animaux domestiques.





Hôpital du Valais
Spital Wallis



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé Publique

Commission fédérale
pour les vaccinations CFV

Disponibilité limitée de vaccins contre la rage - Priorisation des indications à la vaccination

État 05.02.2024

1 Contexte

Le Bureau de notification des produits thérapeutiques de l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) a signalé, durant le 4^e trimestre 2023, des difficultés d'approvisionnement en vaccins antirabiques¹. Le marché suisse est depuis plusieurs semaines alimenté grâce aux stocks obligatoires (vaccins antirabiques Rabipur® et Mérieux®). Les producteurs ne peuvent actuellement pas couvrir entièrement les besoins du marché suisse (ni même mondial). La durée de ce problème d'approvisionnement n'est pas connue.

Les vaccins à disposition devraient de ce fait être utilisés en priorité pour les indications vitales, selon les recommandations décrites ci-dessous.

2 Priorisation des indications à la vaccination contre la rage

Compte tenu de la disponibilité limitée des vaccins contre la rage et du fait que nous ne disposons pas de données concernant les stocks à disposition chez les utilisateurs de vaccins, il est recommandé **aux médecins, aux centres de vaccinations et aux hôpitaux de réserver des doses pour la vaccination post-expositionnelle** et, de manière restreinte, pour la vaccination pré-expositionnelle. Afin d'utiliser de manière optimale le vaccin antirabique, dont la disponibilité est limitée, l'OFSP et la CFV recommandent de classer les indications de vaccination par ordre de priorité décroissant comme suit :



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Office fédéral de la santé publique OFSP

2.1. Ordre de priorité

- I. **Vaccination post-expositionnelle** (personnes exposées à un risque de rage, p. ex. morsure ou griffure d'un animal potentiellement porteur du virus de la rage)
- II. Vaccination pré-expositionnelle des **personnes exposées professionnellement** (en Suisse ou à l'étranger)
- III. Vaccination pré-expositionnelle des **voyageurs** en zone enzootique à **risque individuel élevé, indépendamment de la durée du voyage**, p. ex. travail avec des animaux, voyage à vélo, moto, trekking, accès restreint à des soins médicaux. Les enfants devraient également être vaccinés en priorité, étant donné leur risque accru de morsures et de morsures graves (p. ex. au visage) ou d'exposition pouvant passer inaperçue.
- IV. Vaccination pré-expositionnelle **d'autres voyageurs** dans des zones enzootiques de rage **selon la durée du voyage** :
 - Afrique, Bolivie, Venezuela, sous-continent indien (Inde, Pakistan, Afghanistan, Bangladesh, Sri Lanka), Philippines : en cas de séjour > **1 mois**
 - Reste de l'Asie : en cas de séjour > **3 mois**

<https://www.tdg.ch> › maladie-rat-retour-bord-lac › story

La maladie du rat de retour au bord du lac | Tribune de Genève

— Un cas de **leptospirose** a été diagnostiqué chez un pêcheur d'Hermance. L'infection bactérienne aurait pu avoir de graves conséquences.



Mais aussi - « rat bite fever » aux USA



Fièvre Q: après 20 cas, la flambée est endiguée dans le Haut-Valais

Depuis le début du mois de mai, plus aucun cas de fièvre Q, diagnostiquée dans un troupeau de chèvres, n'a été enregistré dans la région de Brigue. Près de 350 personnes ont réalisé un test de dépistage.



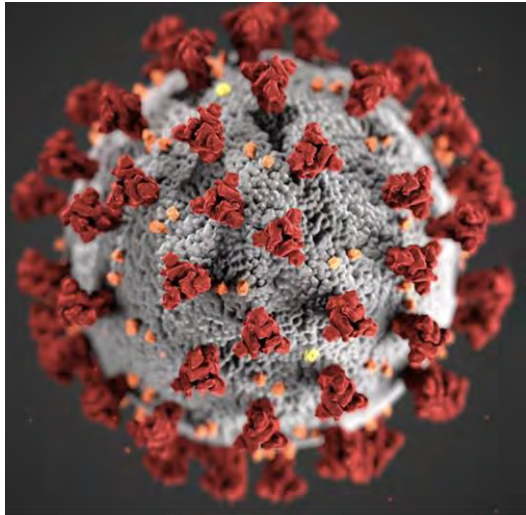


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Qu'est-ce qui circule?

Patterns of respiratory infections after COVID-19

An unusual wave of childhood pneumonia with atypical symptoms emerged in China in May, causing global concern. The Chinese CDC stated that there are no novel pathogens, attributing this rise to those of RSV, influenza, and *Mycoplasma pneumoniae*. This is the first winter after lockdown in China, where stricter pandemic restrictions led to weakened population immunity—a trend also seen in the UK and USA in 2022. WHO attributed these pneumonia cases to an immunity gap in a cohort of children who were isolated, resulting in large outbreaks once exposure to pathogens returned.



<https://www.cdc.gov/museum/timeline/covid19.html>

Explosion de bronchiolite en Suisse: tout savoir du «Covid des tout-petits»

Les cas de bronchiolite explosent en Suisse depuis quelques semaines. Cette maladie respiratoire, qui touche les moins de trois ans, provoque une saturation dans les services de pédiatrie. Comment la reconnaître et quels sont les enjeux? On fait le point en sept questions.



© 23.11.2022, 05:54 | 23.11.2022, 11:25

watson

Suisse Modifié le 29 novembre 2023 à 17:06

RTS INFO

La bronchiolite met les hôpitaux suisses sous tension

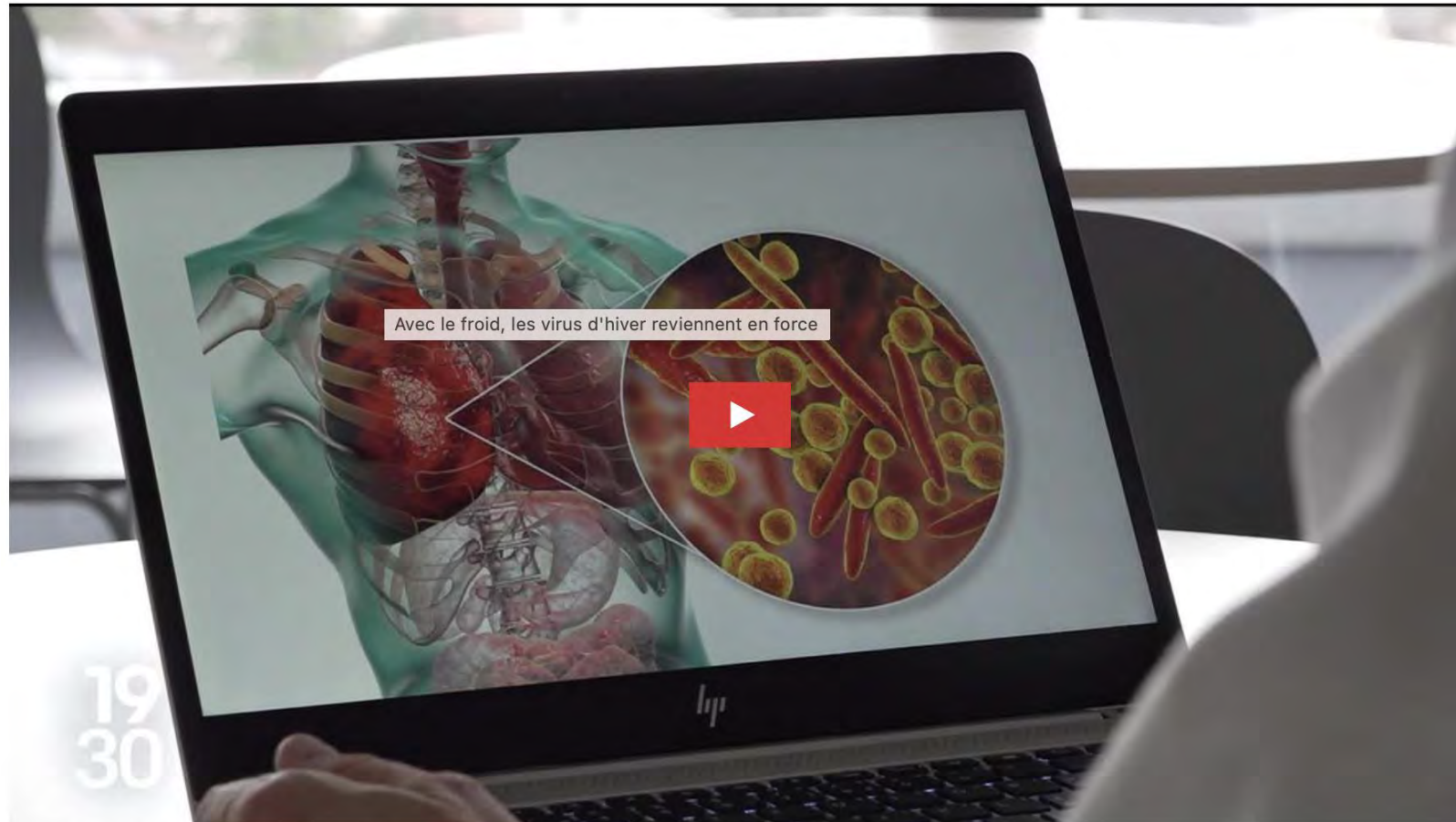


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Suisse Publié le 1 décembre 2023 à 10:23

RTS INFO

Cet hiver marque le grand retour de la pneumonie à mycoplasme



Avec le froid, les virus d'hiver reviennent en force / 19h30 / 2 min. / le 30 novembre 2023

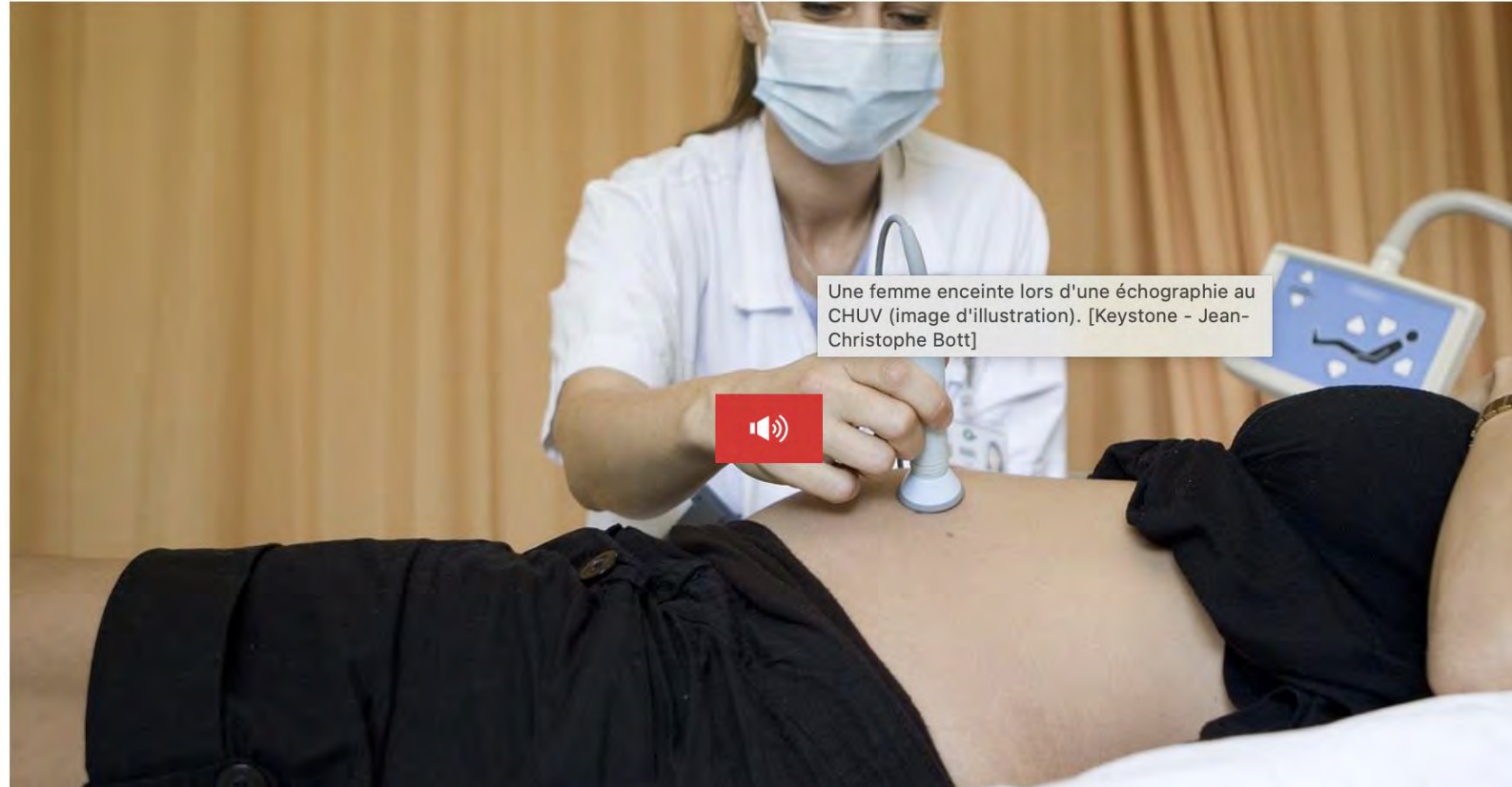


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Sciences-Tech. Publié le 26 janvier 2024 à 15:41



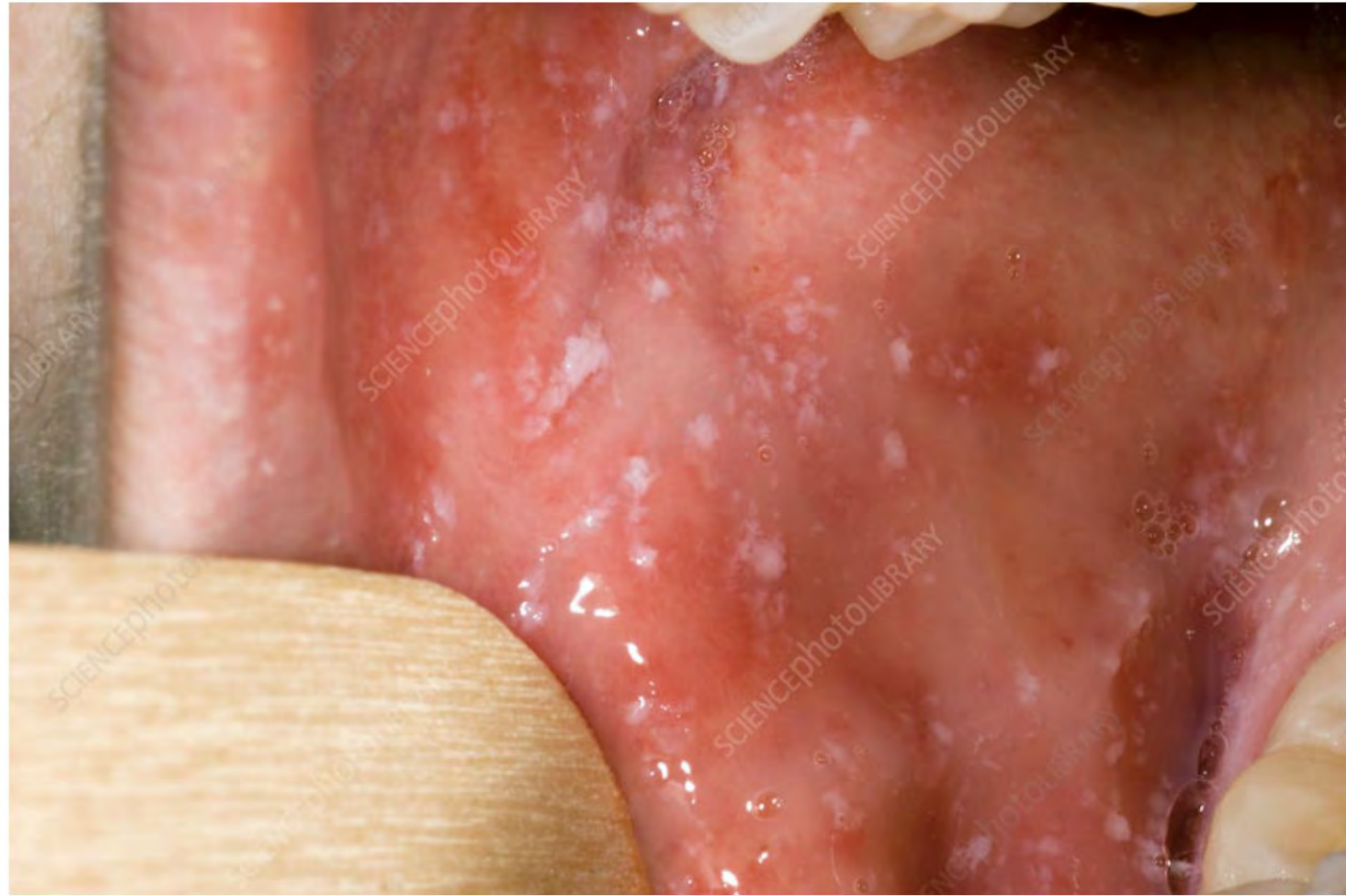
L'épidémie de parvovirus qui circule met en danger les femmes enceintes



Une femme enceinte lors d'une échographie au CHUV (image d'illustration). [Keystone - Jean-Christophe Bott]



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Credit: DR P. MARAZZI / SCIENCE PHOTO LIBRARY



Hôpital du Valais
Spital Wallis

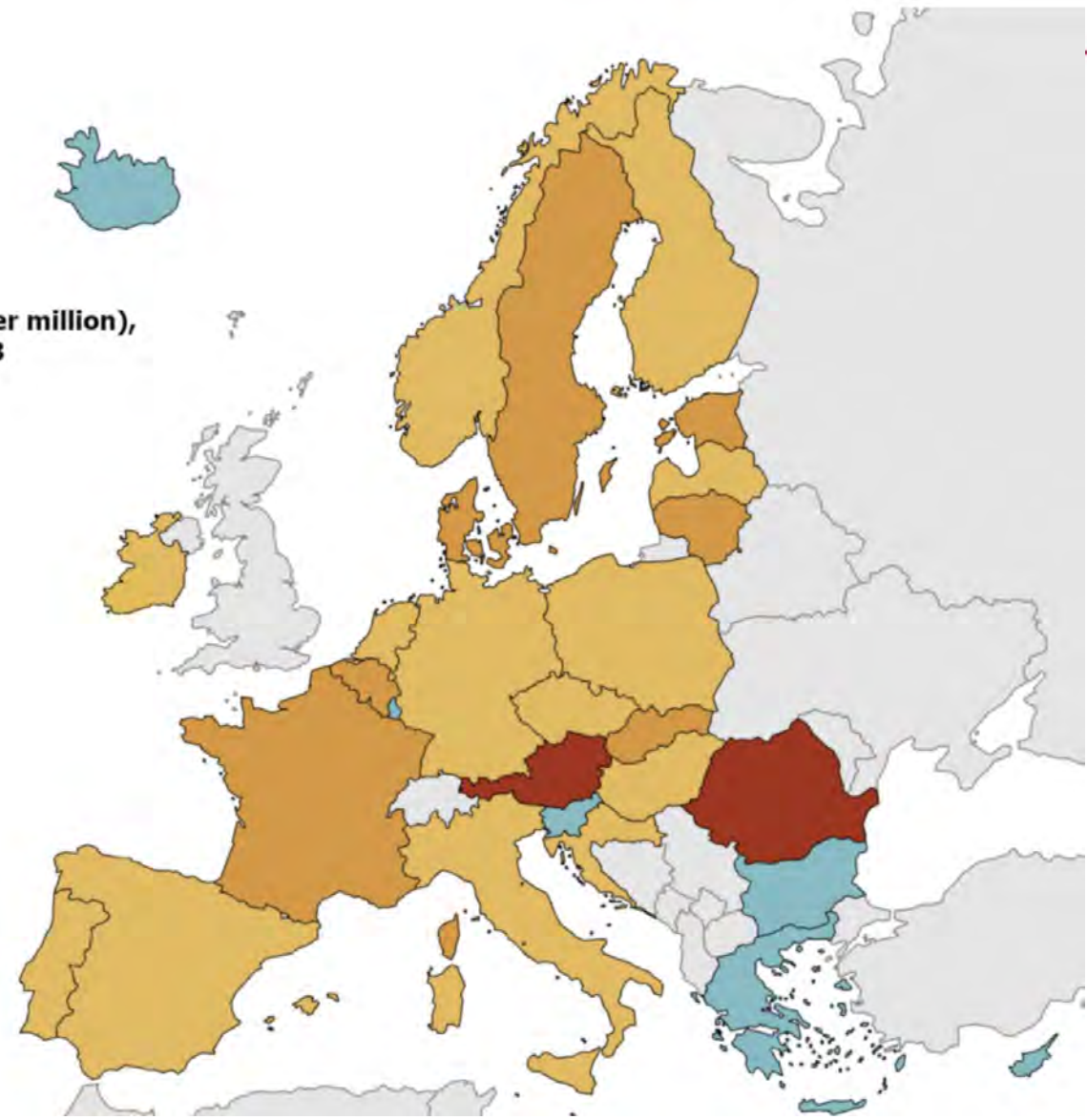
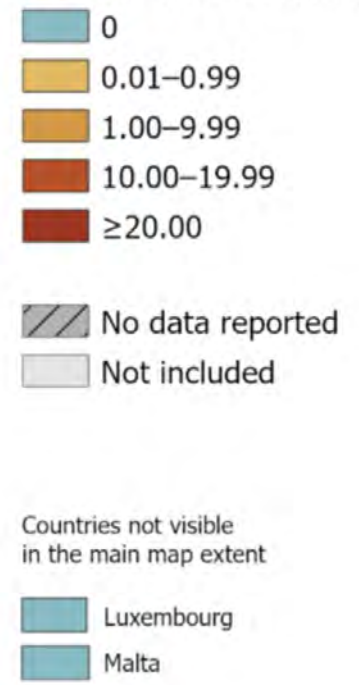
Global measles threat continues to grow as another year passes with millions of children unvaccinated



16 November 2023 | Joint News Release | Reading time: 2 min (597 words)

Following years of declines in measles vaccination coverage, measles cases in 2022 have increased by 18%, and deaths have increased by 43% globally (compared to 2021). This takes the estimated number of measles cases to 9 million and deaths to 136 000 – mostly among children – according to a [new report from the World Health Organization \(WHO\) and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#).

**Notification rate of measles (per million),
January 2023 - December 2023**





Hôpital du Valais
Spital Wallis

Genève Modifié le 29 novembre 2023 à 17:31

RTS INFO

Flambée de rougeole à Genève, la population appelée à vérifier son statut vaccinal

Vaud Modifié vendredi à 22:45

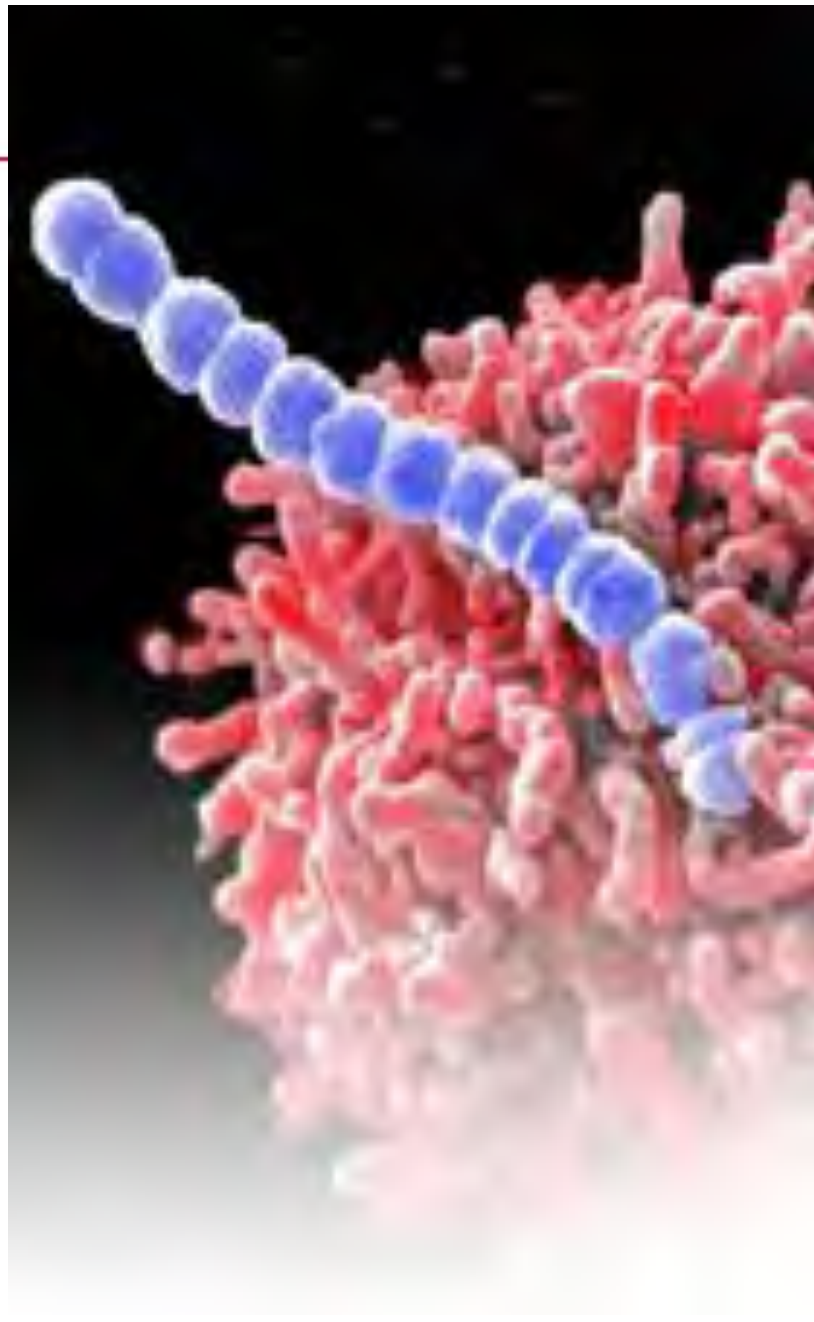
RTS INFO

L'Ecole hôtelière de Lausanne fermée pour deux semaines à cause d'une épidémie de rougeole



Hôpital du Valais
Spital Wallis

« Superbug »



Hôte fragile



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Maladies infectieuses: ce qui a changé en 2023

Dre STÉPHANIE D'INCAU^a, Dre CATHY VOIDE^a, Dre DELPHINE BERTHOD^a, Dre GAUD CATHO^a,
Dre CRISTINA BELLINI^a, Dr FRANK BALLY^a et Pr STÉPHANE EMONET^{a,b}

Rev Med Suisse 2024; 20: 55-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.856-7.55

RÉSURGENCE DES INFECTIONS INVASIVES À STREPTOCOQUES DU GROUPE A

augmente dans tous les pays d'Europe. Des tableaux sévères de scarlatine,¹⁴ de fasciite/myosite¹⁵ ou de pneumonies/empyèmes¹⁶⁻¹⁸ sont également retrouvés plus fréquemment. Il est encore difficile de savoir exactement si cette augmentation d'incidences est due à une diminution de l'immunité collective¹⁹ suite au port du masque pendant la pandémie Covid-19 ou à la circulation d'une souche «épidémique» plus virulente (M1UK, M1DK, M12),^{14,16-18,20,21} probablement les deux facteurs jouent un rôle.¹⁹ La Suisse, sous l'impulsion des



3 histoires cliniques - un seul germe

Hôpital du Valais
Spital Wallis

REMERCIEMENTS

Dre Stéphanie D'Incau

Dr. Thanh Pham

Dre Marie-Céline Zanella



Homme 50 DNID + OH

Hôpital du Valais
Spital Wallis

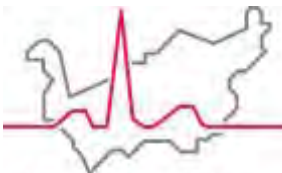
- **J0**
- **Toux + EF sans dyspnée**
- **Bonne satu AA, HD stable, crépitants LID**
- **TTT amoxiclav 7 J → bonne évolution**



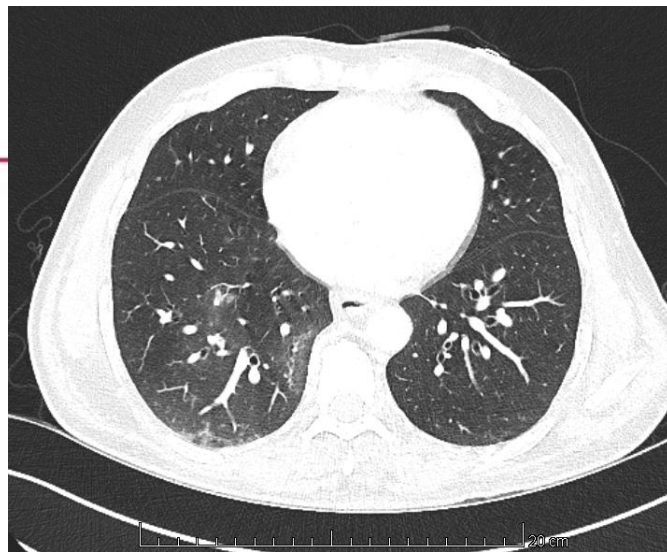
Homme 50 DNID + OH

Hôpital du Valais
Spital Wallis

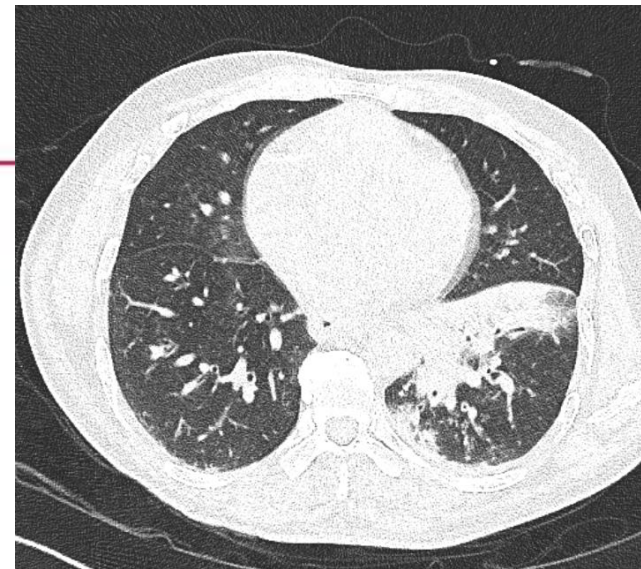
- **J16**
- **Toux + EF 39°C + dyspnée et douleurs thoraciques G**
- **Satu 90%AA mais tachypnée, HD instable soins intensifs - remplissage**
- **TTT piperacilline-tazobactam+clarithro**
- **J25 récidence EF → empyème → drain**



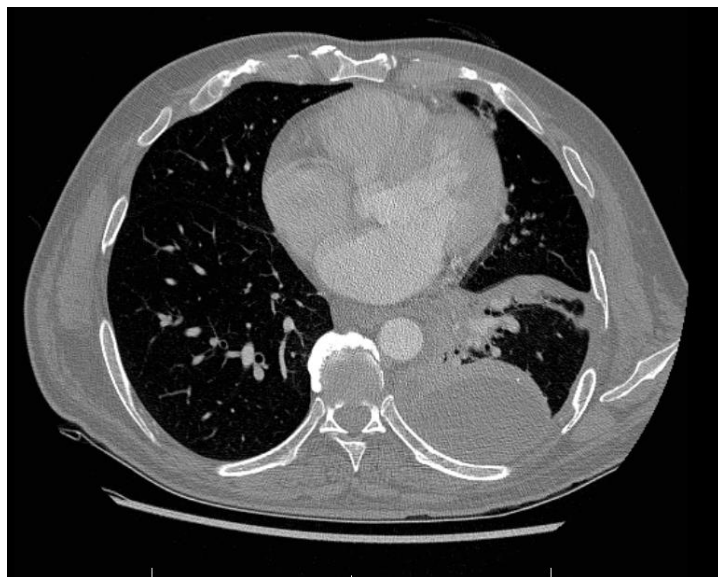
Hôpital du Valais
Spital Wallis



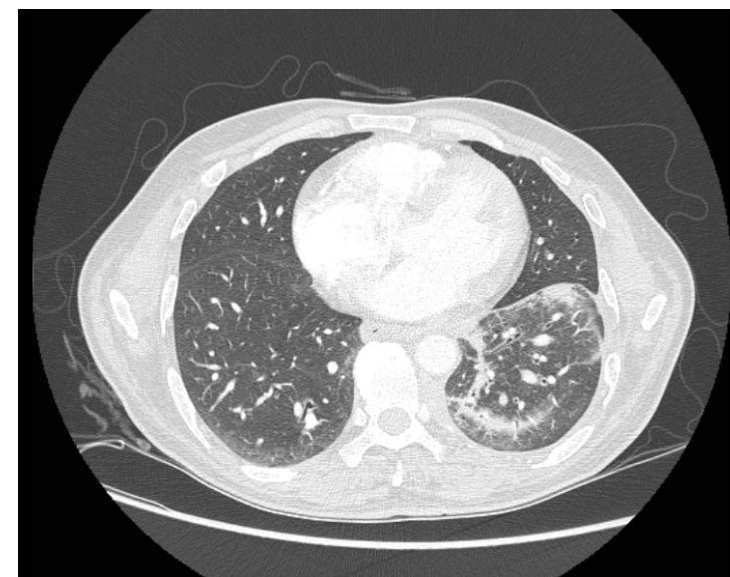
30.06



16.07



26.07



22.08



Anamnèse actuelle

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Patient de 23 ans en BSH, tabagique**

- Emprisonné depuis 4 mois**

- Depuis presque 2 mois:**
 - **arthralgies on/off**

 - **rash on/off très discret**



Hôpital du Valais
Spital Wallis





Hôpital du Valais
Spital Wallis





Hospitalisation

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Depuis une semaine :**
 - EF à 39°C**
 - Toux sèche et odynophagie**
 - Arthralgies, surtout poignets et chevilles**
 - Rash cutané non prurigineuses sur les 4 membres**



Hôpital du Val
Spital Wallis





6h30 - Urgences

- Patient de 18 ans BSH
- Agitation
- Douleurs abdominales

- Constantes:
 - 37.6°C
 - FC 176/min TA 83/64mmHg
 - FR 24-30/min Satu 100%AA



Histoire

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- ❑ **Originaire du Brésil, en CH depuis 1 an**

- ❑ **Etudiant, sportif**

- ❑ **ATCD – comorbidités – médicaments - drogues**
 - **Nihil**

- ❑ **Pas de voyage récent, pas d'exposition à animaux / toxiques**



Histoire

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Angine depuis 72h
- EF et frissons 24h (38.5°C)
- Asthénie
- Douleurs abdominales diffuses
- Vomissements depuis cette nuit
- Sensation de mort imminente!



Status

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Clampé, marbré**

- Cardio-Resp : sp**

- Abdominal : bruits absents, abdomen tendu**

- Uro-gen: sp**

- Neuro : sp**



Prise en charge

Hôpital du Valais
Spital Wallis

6h30

Arrivée en box
Anamnèse - Status

Réanimation volémique

Ceftriaxone 2g iv
Metronidazole 500mg iv

Labo
HC 2 paires

Demande CT abdo



Attente CT...

Hôpital du Valais
Spital Wallis

7h00

Hypoxémie → CT thoraco-abdo
demandé

7h15

Au CT : détresse respiratoire aigue
**Sat 87% 6L, FR 40/min, 86/60mmHg, FC
140/min, agitation +++**

7h30

Retour en box sans imagerie

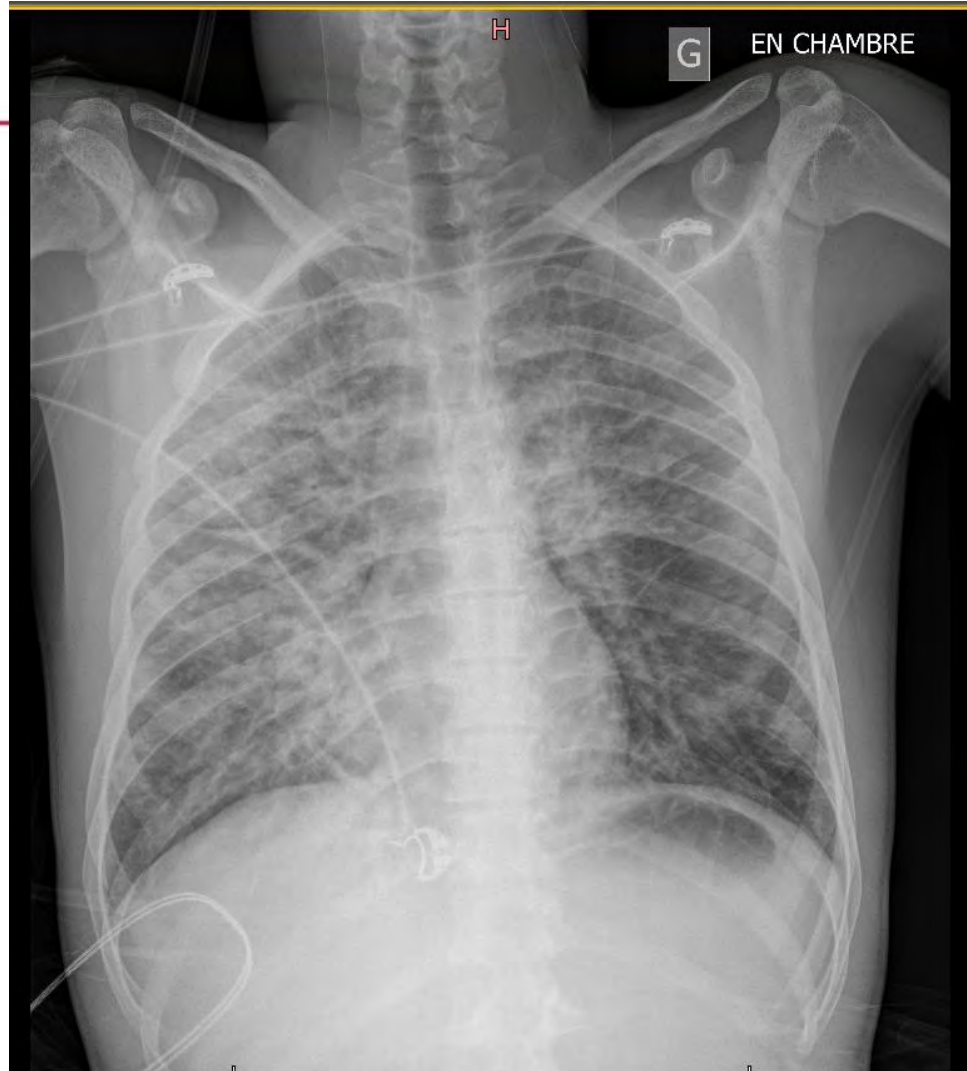
Strepto test rapide
négatif

Gazo artérielle

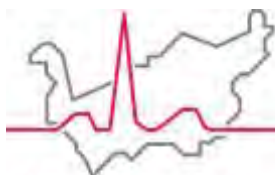
pH	7.33
pO ₂	7.56
pCO ₂	2.73
Lactates	9.8



Hôpital du Valais
Spital Wallis



à Levofloxacin 500mg iv
à IOT



Hôpital du Valais
Spital Wallis

	Unité	Valeurs Réf./Seuil	07/08/2016 06:40:00 JAUNE 07 192 sgv (*)
érythrocytes	T/l	4.4 - 6	5.89
hémoglobine	g/l	140 - 180	175
hématocrite	%	40 - 52	54.0
MCV	fl	82 - 98	91.7
MCH	pg	26 - 34	29.7
MCHC	g/l	320 - 360	324
leucocytes	G/l	4 - 11	7.0
Répartition leucocytaire			
neutrophiles	%	33 - 80	[A]
neutrophiles segmentés	%	33 - 75	55.0
neutrophiles non segmnt	%	0 - 5	13.0
éosinophiles	%	0 - 5	2.0
basophiles	%	0 - 2	0.0
monocytes	%	0 - 9	19.0
lymphocytes	%	15 - 60	11.0
cellules réparties			100
neutro segmentes nb.abs	G/l	1.5 - 7.5	3.85
neutro non seg.-nb.abs	G/l	0 - 0.5	0.91 [B]
lymphocytes-nb.abs	G/l	1 - 4.5	0.77
Thrombocytes			
thrombocytes	G/l	150 - 350	17
MPV	fl	8 - 12	10.9 [C]
Morphologie érythrocytaire			
anisocytose			+
anisochromie			+
Morphologie leucocytaire			
neutrophiles granulations fines			+
neutrophiles granulations moyennes			+
neutrophiles avec vacuoles			+

	Unité	Valeurs Réf./Seuil	07/08/2016 09:15:00 JAUNE 07 139 sgv (*)	07/08/2016 06:40:00 JAUNE 07 130 sgv (*)
temps de Quick	%	> 70	<10 [A] [B]	NON INTERPRÉT.
INR			>11.00 [C]	NON INTERPRÉT. [C]
PTT	sec	26 - 37	>160.0	NON INTERPRÉT.
fibrinogène	g/l	1.5 - 3.5	<0.5	NON INTERPRÉT.
D-dimères	ng/ml	45 - 500	>10'000 [D]	

	Unité	Valeurs Réf./Seuil	07/08/2016 06:40:00 JAUNE 07 278 sgv (*)
glucose	mmol/l	4.1 - 6	6.3
protéine C-réactive	mg/l	0 - 10	282.70
sodium	mmol/l	136 - 144	142
potassium	mmol/l	3.6 - 4.6	Hémolysé
créatinine	µmol/l	62 - 106	217
eGFR (CKD-EPI)	ml/min/1.73m²	> 60	37 [A]
ASAT	U/l	14 - 50	Hémolysé
ALAT	U/l	12 - 50	18
phosphatase alcaline	U/l	25 - 102	404
gamma glutamyltranssept.	U/l	9 - 40	43
bilirubine totale	µmol/l	7 - 25	18
bilirubine conjuguée	µmol/l	0 - 10	[B]
lipase	U/l	13 - 60	20



7h45

IOT

Poursuite soutien HD
Remplissage
Amines → NA puis
Dobu

Solucortef

Thrombaphérèse,
HCO₃⁻, K, Ca...

Gazo artérielle post IOT

pH	7.02
pO ₂	19.5
pCO ₂	6.21
Lactates	12.5

US FAST : épanchement pleural G, pas
de liq libre abdo

ETT : cardioplégie (FEVG 10%), pas de
cœur D, pas d'épanchement péricardique



Hôpital du Valais
Spital Wallis

8h26

Asystolie → RCP
→ alarme ECMO

8h40

Amikacine 15mg/kg iv
Vancomycine 1g iv
Clindamycine 900mg iv

8h58

ROSC

9h17

Asystolie

9h58

ECMO enclenchée
« efficace »

11h00

CT

12h00

Décès

RCP



Réponses post mortem

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Examens microbiologiques

	Unité	Valeurs Réf./Seuil	07/08/2016 10:25:00 JAUNE 07 80 aspir. trach. (*)	07/08/2016 07:15:00 JAUNE 07 48 sgv ponction (*)	07/08/2016 07:15:00 JAUNE 07 49 sgv ponction (*)
Examen direct Leucocytes			+		
Examen direct Hématies			+++		
Examen direct Cellules ciliées			+		
Examen direct Autres cellules			+++		
Examen direct Filaments, fungifluor			ABS		
Examen direct Pneumocystis jirovecii (ancien P. carinii), fungifluor			ABS		
Examen direct Germes à la microscopie (Gram)			ABS		
Examen direct Germes à la microscopie, acridine orange			ABS		
Culture Flacon aérobic				NEG	NEG
Culture Flacon anaérobic				NEG	NEG
Culture Cryptococcus neoformans			ABS		
Culture Champignons			ABS		
Culture Germes aérobies (bactériens)			ABS		
Culture S. aureus méticilline-résistant (MRSA)			ABS		



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Ana-path

- Choc sévère avec défaillance multi-organique, d'étiologie indéterminée**

- Angine possible, aspect anatomo-pathologique non spécifique**



3 histoires

- 1^{er} patient: BPN compliquée empyème**
- 2^{ème} patient: pharyngite – arthralgie – rash**
- 3^{ème} patient: pharyngite – vomissements - choc septique irrécupérable...**



Un seul germe

Hôpital du Valais
Spital Wallis



MENTI.COM





Suite à la présentation du cas:

❑ Tube EDTA hémato récupéré: 1,5ml

❑ Propositions de faire:

- PCR meningo
- Si neg, PCR StrepA
- Si neg, BrPCR 16S

❑ PCR meningo:

- **Positive** CtrA + SodC
- Serogroup par PCR : W



1^{er} patient BPN G hypotendu

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Hémocultures hospitalisation POS pour

➤ *N. meningitidis* séro groupe W



Hôpital du Valais
Spital Wallis

2^{ème} patient - pharyngite rash arthralgies

- ❑ **Frottis pharyngé à la recherche de StrepA et gono**
 - **Culture pos pour N. meningitidis**
 - **HC initiales neg**
 - **PCR sur tube sang EDTA : CtrA pos → méningo encapsulé groupe B**

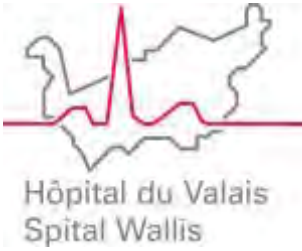


Hôpital du Valais
Spital Wallis

3 cas très différents...

Comment expliquer ces tableaux différents pour la même bactérie?

- **Hôte?**
- **Souches particulières?**



The Role of Particular Strains of *Neisseria meningitidis* in Meningococcal Arthritis, Pericarditis, and Pneumonia

Pascale Vienne, Magaly Ducos-Galand, Annie Guiyoule, René Pires, Dario Giorgini, Muhamed-Kheir Taha, and Jean-Michel Alonso

Neisseria Unit, French National Reference Center for the Meningococci, Department of Molecular Medicine, Institut Pasteur, Paris, France

Clinical Infectious Diseases 2003;37:1639–42

Clinique pulmonaire + HC positives 1999-2002 =>
33 cas de pneumonie:

20/33 patients > 70 ans

18/33 NmenW (54.5%)



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Pneumonie à méningocoque

- ❑ En général sérogroupes Y et W
- ❑ Diagnostic souvent raté si pas HC
- ❑ Fréquence sous-estimée car non-déclaré (sauf si HC)
 - Rôle dans la transmission?
 - Nécessité d'introduire une déclaration obligatoire?



Hôpital du Valais
Spital Wallis

MAJOR ARTICLE

Increase in Endemic *Neisseria meningitidis* Capsular Group W Sequence Type 11 Complex Associated With Severe Invasive Disease in England and Wales

Shamez N. Ladhani,^{1,2} Kazim Beebeejaun,¹ Jay Lucidarme,³ Helen Campbell,¹ Steve Gray,³ Ed Kaczmarek,³ Mary E. Ramsay,¹ and Ray Borrow³

¹Immunisation Department, Public Health England, ²Paediatric Infectious Diseases Research Group, St George's University of London, and ³Meningococcal Reference Unit, Public Health England, Manchester Medical Microbiology, Manchester Royal Infirmary, United Kingdom

Clinical Infectious Diseases® 2015;60(4):578–585

“ The increase in invasive MenW disease in England and Wales since 2009–2010 is almost entirely due to endemic expansion of a single clone **belonging to cc11** ”



Increase in Endemic *Neisseria meningitidis* Capsular Group W Sequence Type 11 Complex Associated With Severe Invasive Disease in England and Wales

Clinical Infectious Diseases® 2015;60(4):578–585

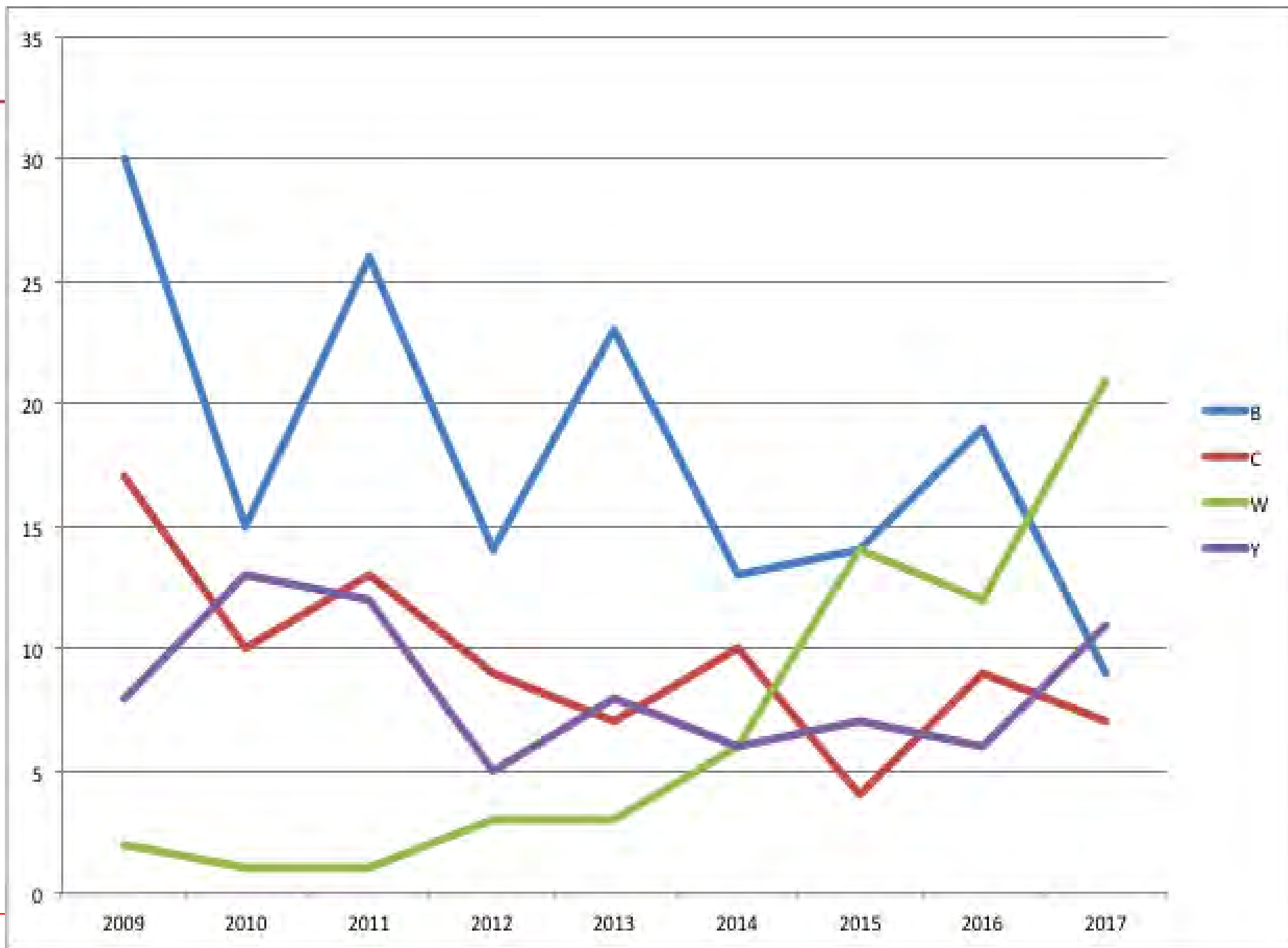
- ❑ **Hypervirulent**, severe, 50% septicemia

- ❑ **Atypical**, with 25% other than meningitis or isolated meningococemia (**pneumonia**, arthritis, **epiglottitis**)

- ❑ **Mostly affecting healthy adults**
 - **New strain to be followed closely**



Hôpital du Valais
Spital Wallis





Sequence typing of **MenW**

Hôpital du Valais
Spital Wallis

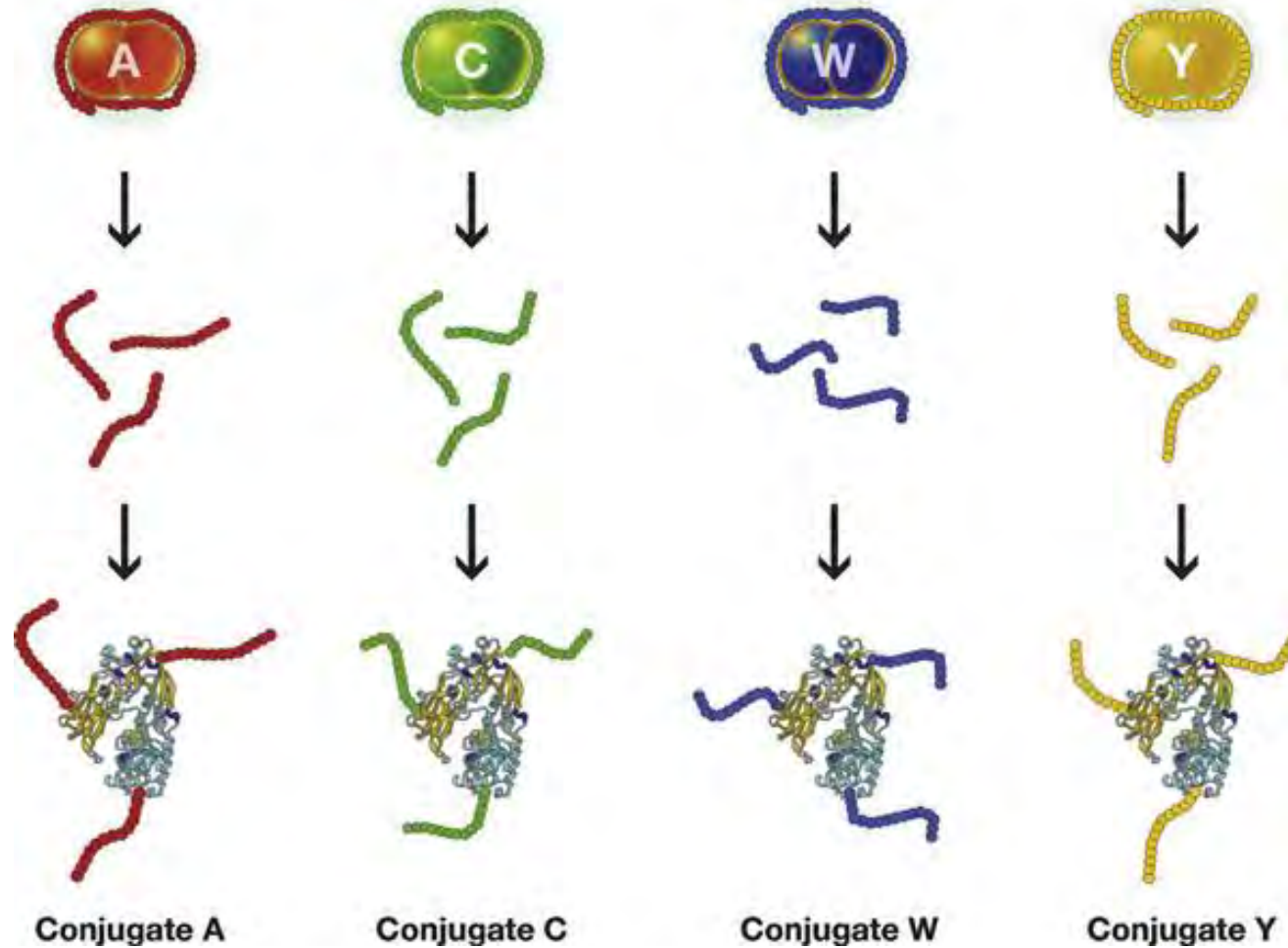
Almost all MenW in CH 2014

« **finetype porA 5,2: FetA 1-1:ST-11** »



Hôpital du Valais
Spital Wallis

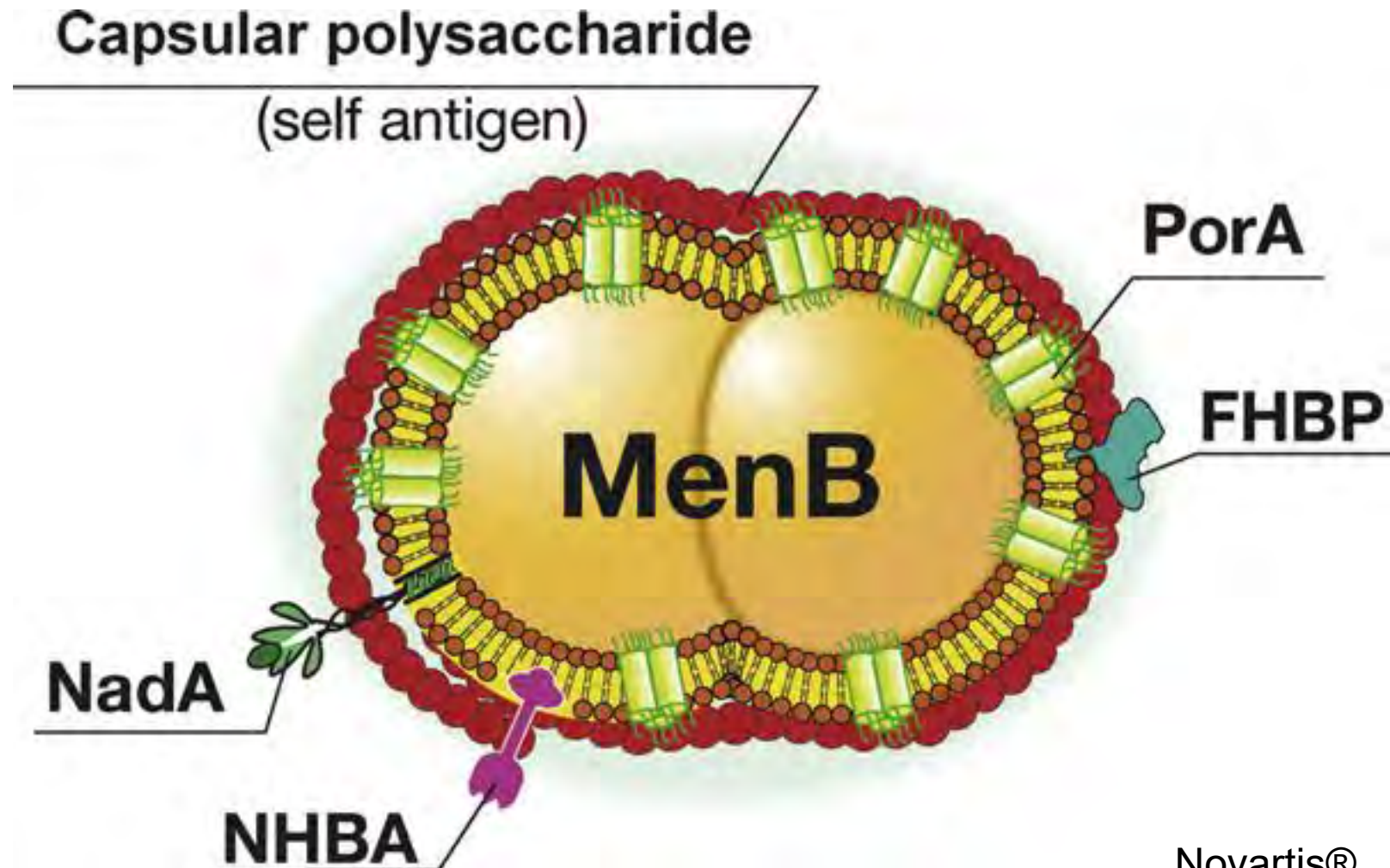
Y and W rising in Switzerland, role of MCV-ACWY





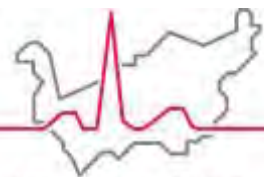
Hôpital du Valais
Spital Wallis

Reverse vaccinology



Recommandations de vaccination complémentaire contre les maladies invasives à méningocoques

État 2023



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Tableau 3

Résumé des schémas de vaccination pour la recommandation de vaccination complémentaire contre les méningocoques

	MCV-ACWY		4CMenB (Bexsero®)	
Âge de vaccination	12-18 mois	11-15 ans	3, 5, 12-18 mois	11-15 ans
Nombre total de doses	SD 1 (MenQuadfi®) SD 2 (Menveo®; âge 12-23 mois intervalle minimum 2 mois)	DS 1	SD 3 (2 doses dans la 1 ^{re} AV, intervalle minimum 2 mois; 3 ^e dose dans la 2 ^e AV au minimum 6 mois après la 2 ^e dose)	SD 2 (intervalle minimum 1 mois)
Rattrapage vaccinal (catch up)	jusqu'au 5 ^e anniversaire (SD 1, à partir de 24 mois pour les deux vaccins)	jusqu'au 20 ^e anniversaire (SD 1)	jusqu'au 5 ^e anniversaire (à partir de 2 ans SD 2, intervalle minimum 1 mois)	jusqu'au 20 ^e anniversaire (SD 2, intervalle minimum 1 mois)

MCV-ACWY: vaccins conjugués quadrivalents contre les méningocoques; 4CMenB: vaccin recombinant à quatre composants contre les méningocoques du sérotype B; AV: Année de vie; SD: schéma de doses

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Prévention et services de santé
Division Maladies transmissibles
Tél. 058 463 87 06



Agenda

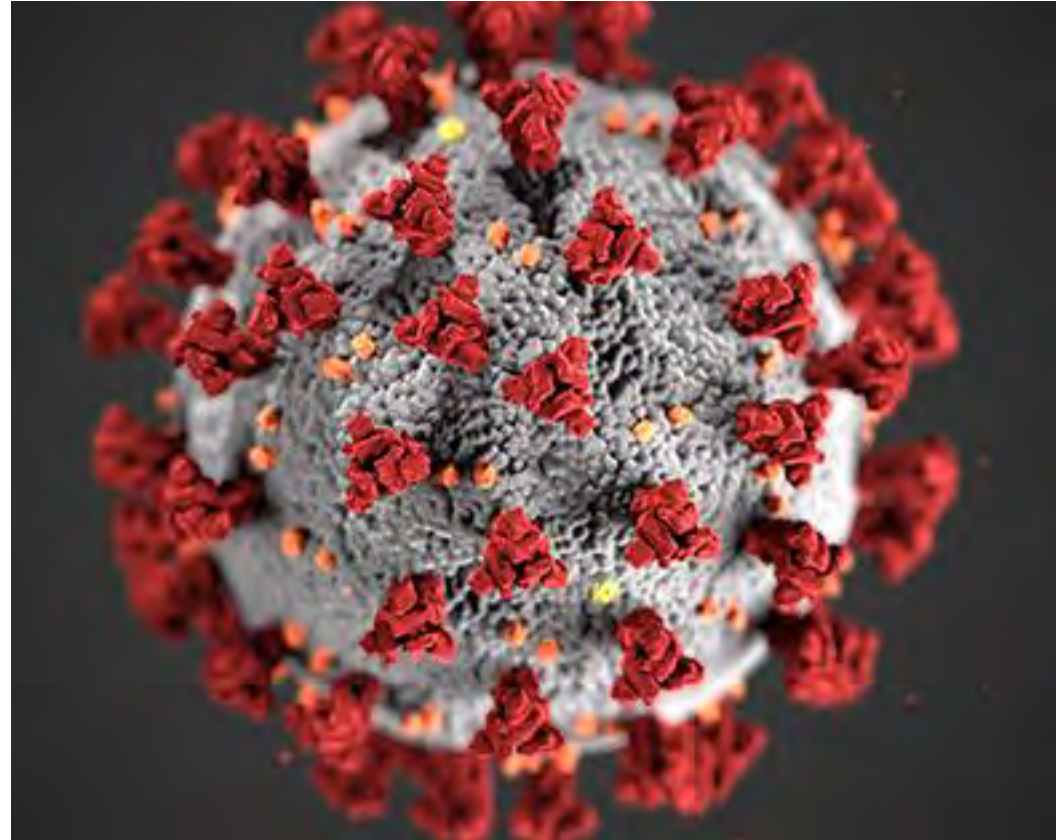
Hôpital du Valais
Spital Wallis

- «do not miss»
- **«quand faut-il s'inquiéter?»**
- «faut-il donner un AB et lequel?»



EF à 39 – est-ce un critère de gravité?

Hôpital du Valais
Spital Wallis





Traitement de la fièvre et ré-évaluation clinique 1h plus tard...

Hôpital du Valais
Spital Wallis

American Journal of Emergency Medicine 46 (2021) 102–106

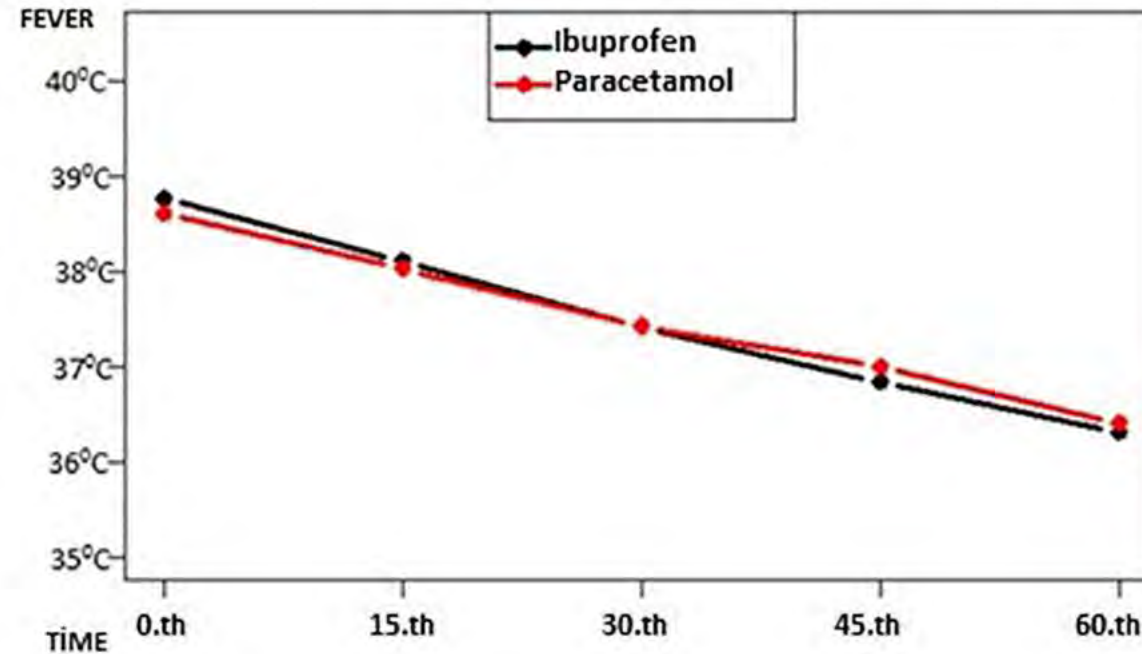


Fig. 3. Fever response over time.

Can - Comparison of intravenous ibuprofen and paracetamol in the treatment of fever: A randomized double-blind study - AJEM 2021



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Fever in the Emergency Department Predicts Survival of Patients With Severe Sepsis and Septic Shock Admitted to the ICU*

Jonas Sundén-Cullberg, MD, PhD¹; Rebecca Rylance, MSc²; Jesper Svejfors, MD³;
Anna Norrby-Teglund, PhD¹; Jonas Björk, PhD⁴; Malin Inghammar, MD, PhD⁵

Crit Care Med 2017; 45:591–599

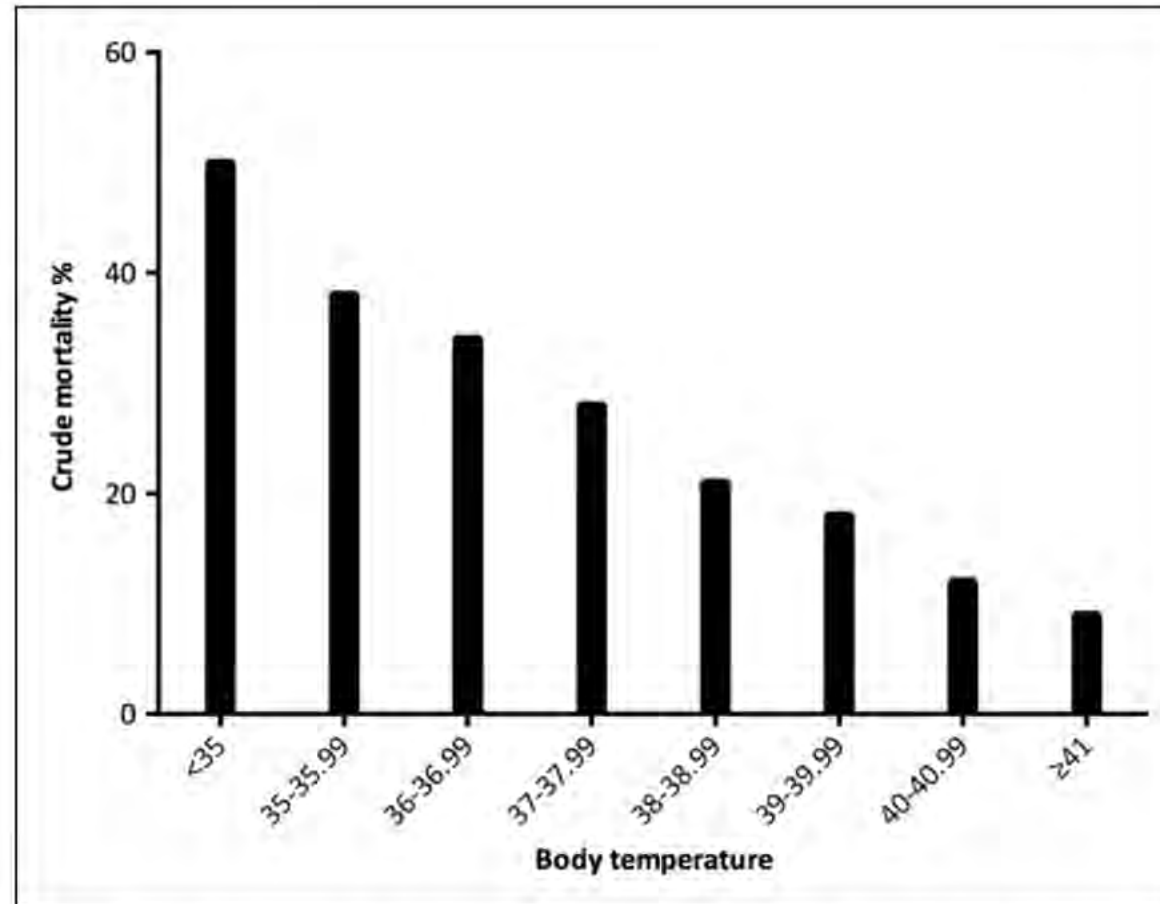


Figure 1. Temperature and crude mortality all patients, 35°C = 95°F, 36°C = 96.8°F, 37°C = 98.6°F, 38°C = 100.4°F, 39°C = 102.2°F, 40°C = 104°F, 41°C = 105.8°F.

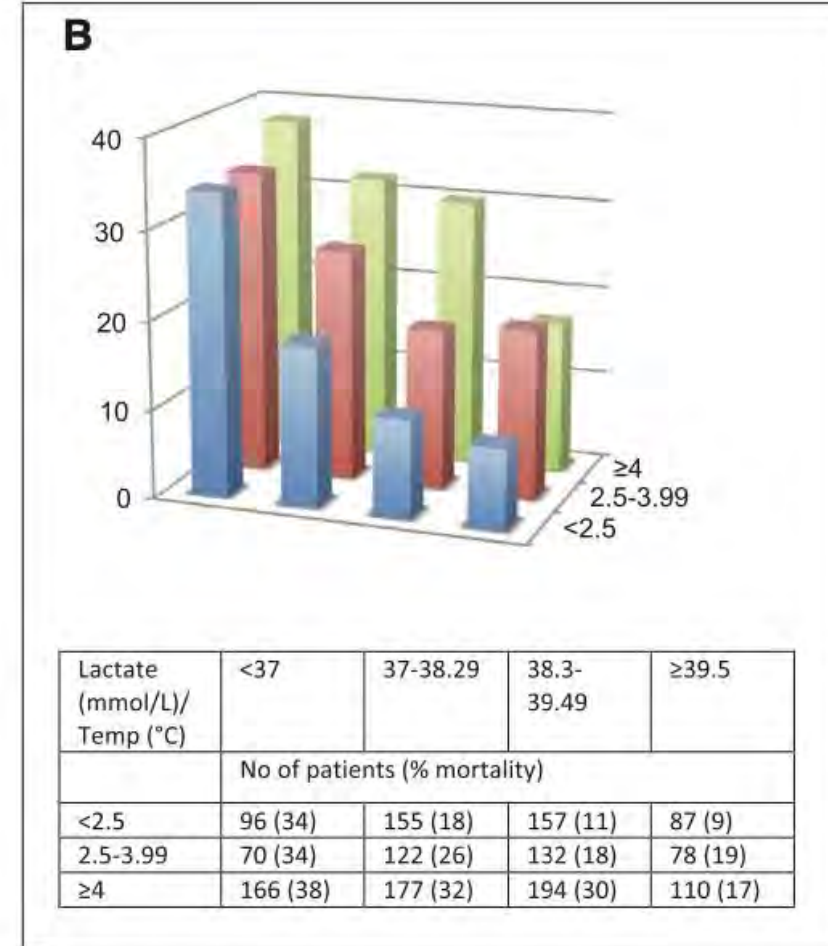
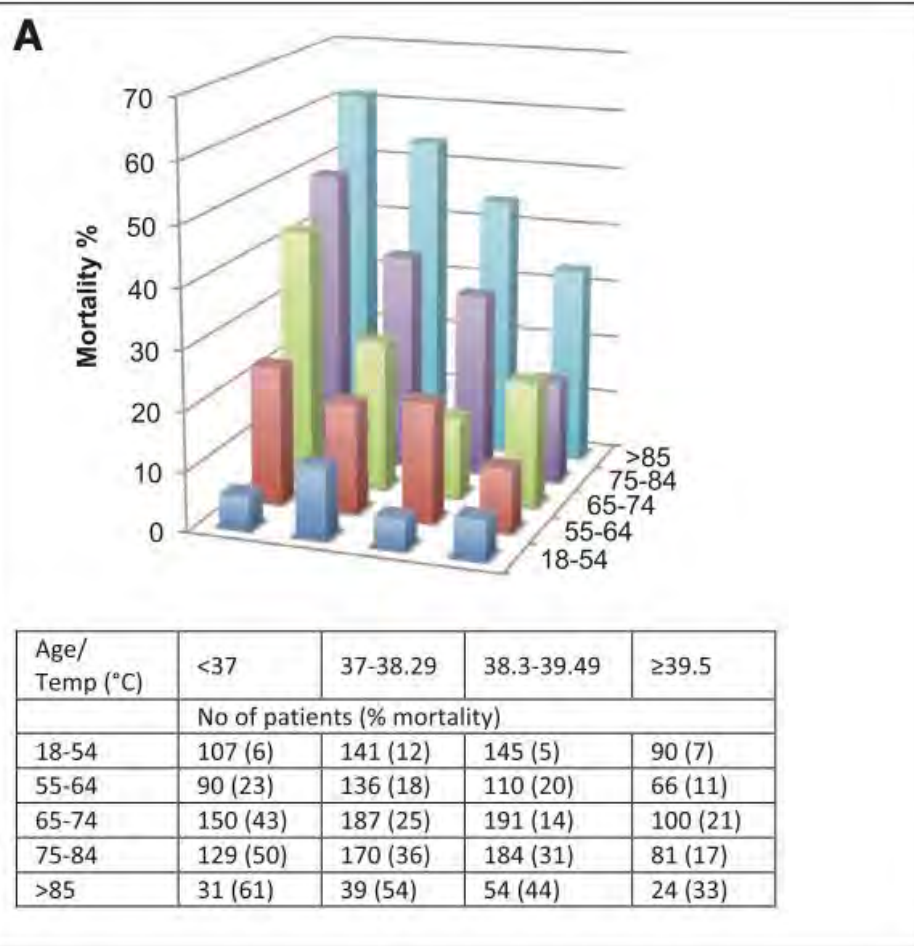


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Fever in the Emergency Department Predicts Survival of Patients With Severe Sepsis and Septic Shock Admitted to the ICU*

Jonas Sundén-Cullberg, MD, PhD¹; Rebecca Rylance, MSc²; Jesper Svefors, MD³;
Anna Norrby-Teglund, PhD¹; Jonas Björk, PhD⁴; Malin Inghammar, MD, PhD⁵

Crit Care Med 2017; 45:591–599



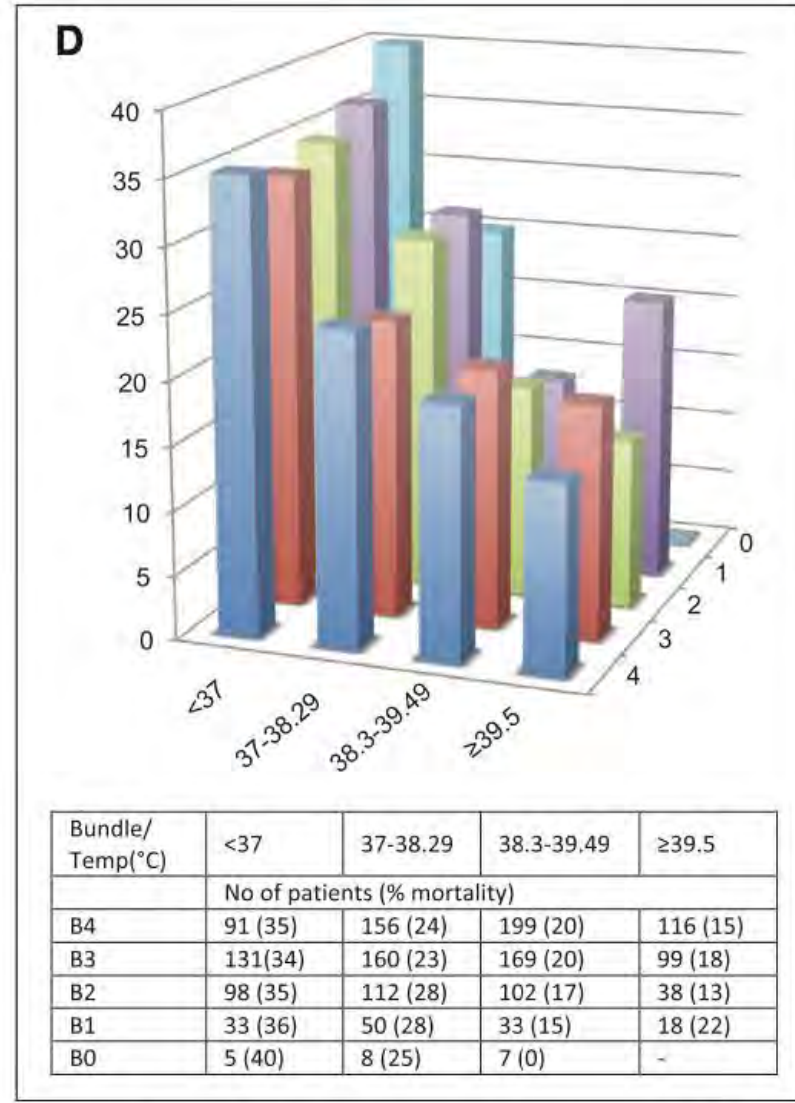
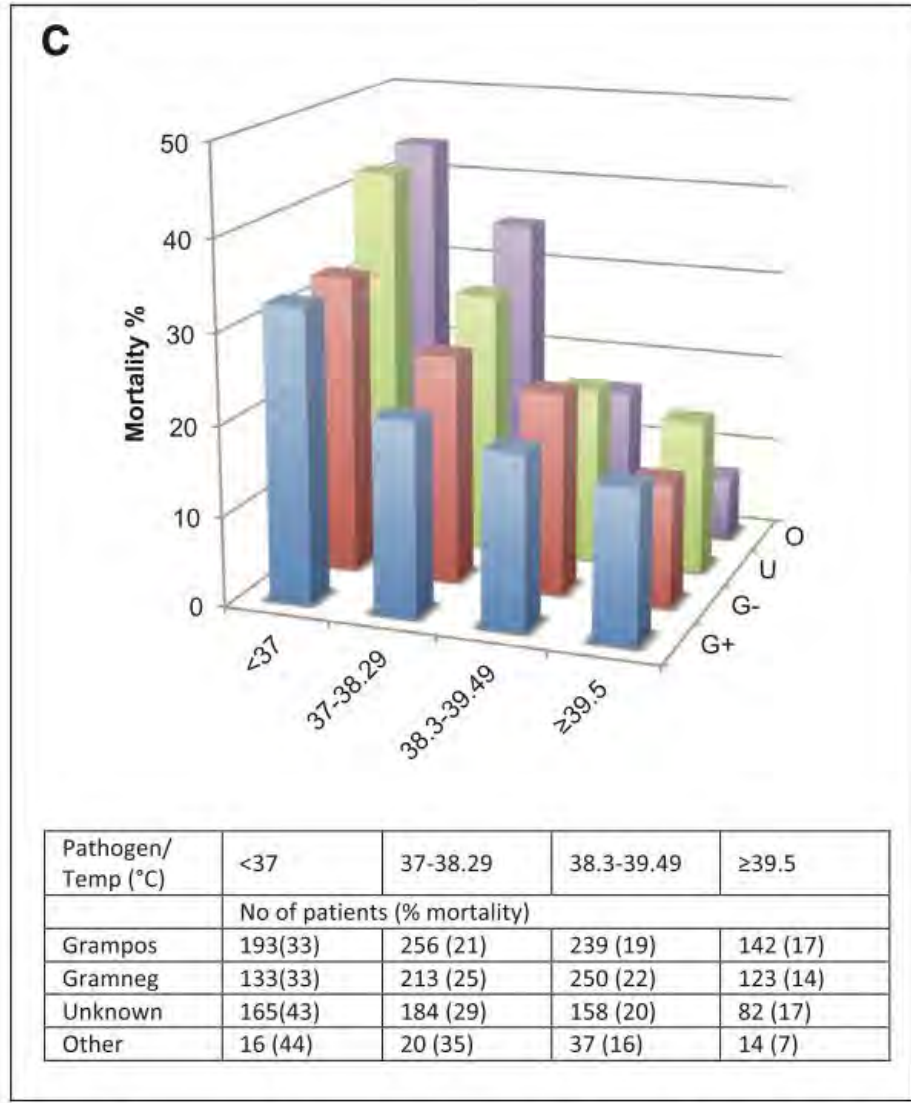


Figure 2. Temperature and mortality stratified by (A) age, (B) lactate levels, (C) microbiological etiology, and (D) sepsis bundle completion (B0–B4 signifies achieved bundle components).

Fever in the Emergency Department Predicts Survival of Patients With Severe Sepsis and Septic Shock Admitted to the ICU*

Jonas Sundén-Cullberg, MD, PhD¹; Rebecca Rylance, MSc²; Jesper Svefors, MD³;
Anna Norrby-Teglund, PhD¹; Jonas Björk, PhD⁴; Malin Inghammar, MD, PhD⁵

Crit Care Med 2017; 45:591–599

Contrary to common perceptions and triage guidelines, this study shows a **strong inverse association between BT at ED admission and mortality** and LOS in septic patients admitted to the ICU.

Quality of care, including prompter antibiotic treatment, improved with rising BT, but this did not explain lower mortality. Among vital signs, temperature was the best predictor of death.

It is **essential** that healthcare personnel learn **to recognize signs of severe sepsis in the absence of fever**





6h30 - Urgences

- Patient de 18 ans BSH
- Agitation
- Douleurs abdominales

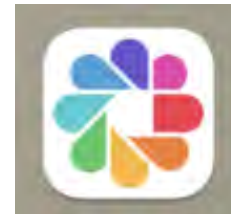
- Constantes:
 - 37.6°C
 - FC 176/min TA 83/64mmHg
 - FR 24-30/min Satu 100%AA



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Faut-il donner un antibio, et lequel?

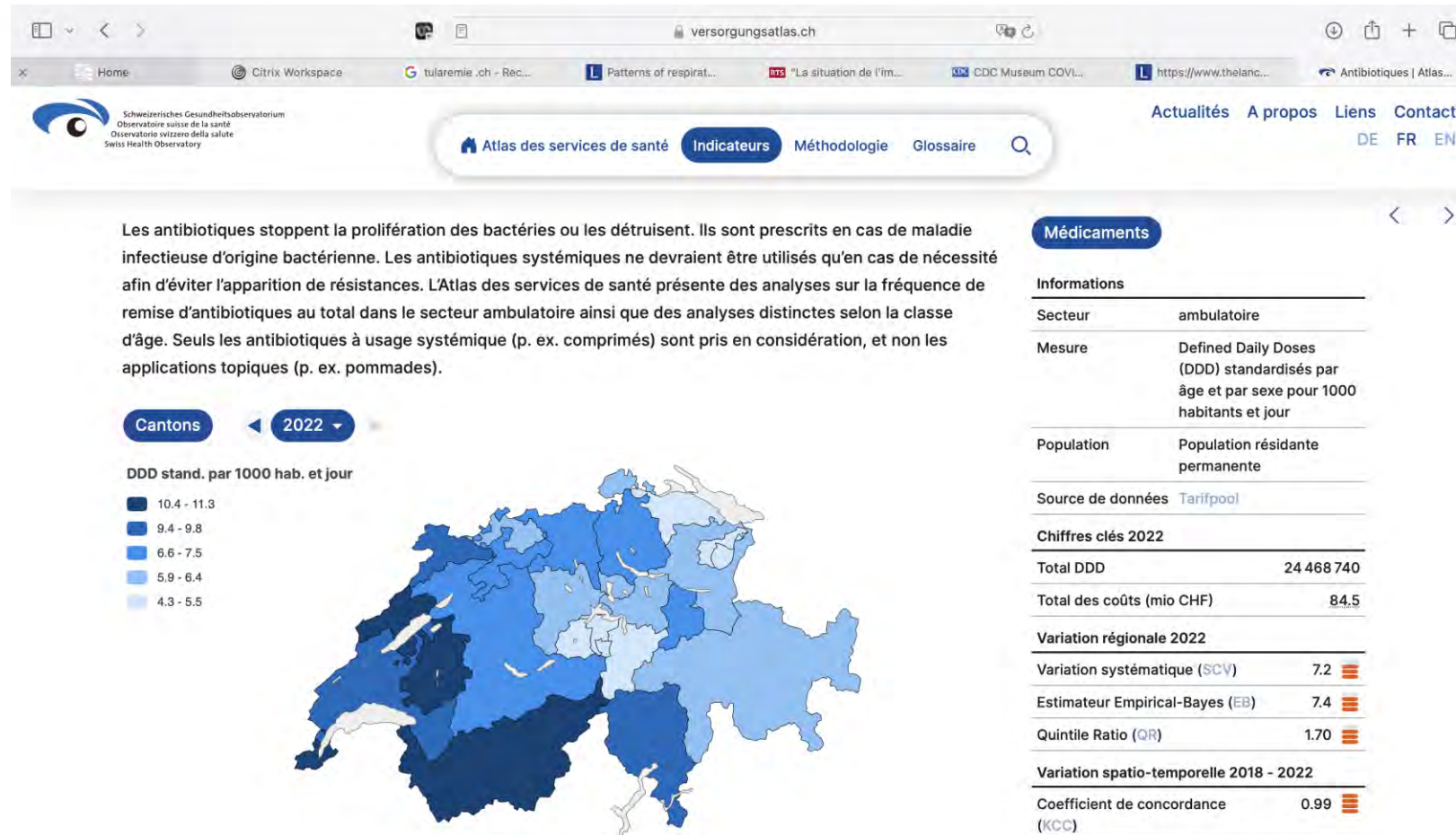
- ❑ **Antibiorésistance et médecine de pointe**
- ❑ **Impact de la prescription d'antibiotique au cabinet / urgences**
- ❑ **Comment renoncer aux antibiotiques "sans" risque pour le patient**
- ❑ **« Les antibiotiques : quand il faut, comme il faut » - guidelines ICH**
 - **Quand il faut?**
 - **Comme il faut?**
 - ❖ **Traitement empirique et pré-emptif – FIRSTLINE**
 - ❖ **Traitement ciblé avec résultats microbio**





AB en ambu en Suisse 2022

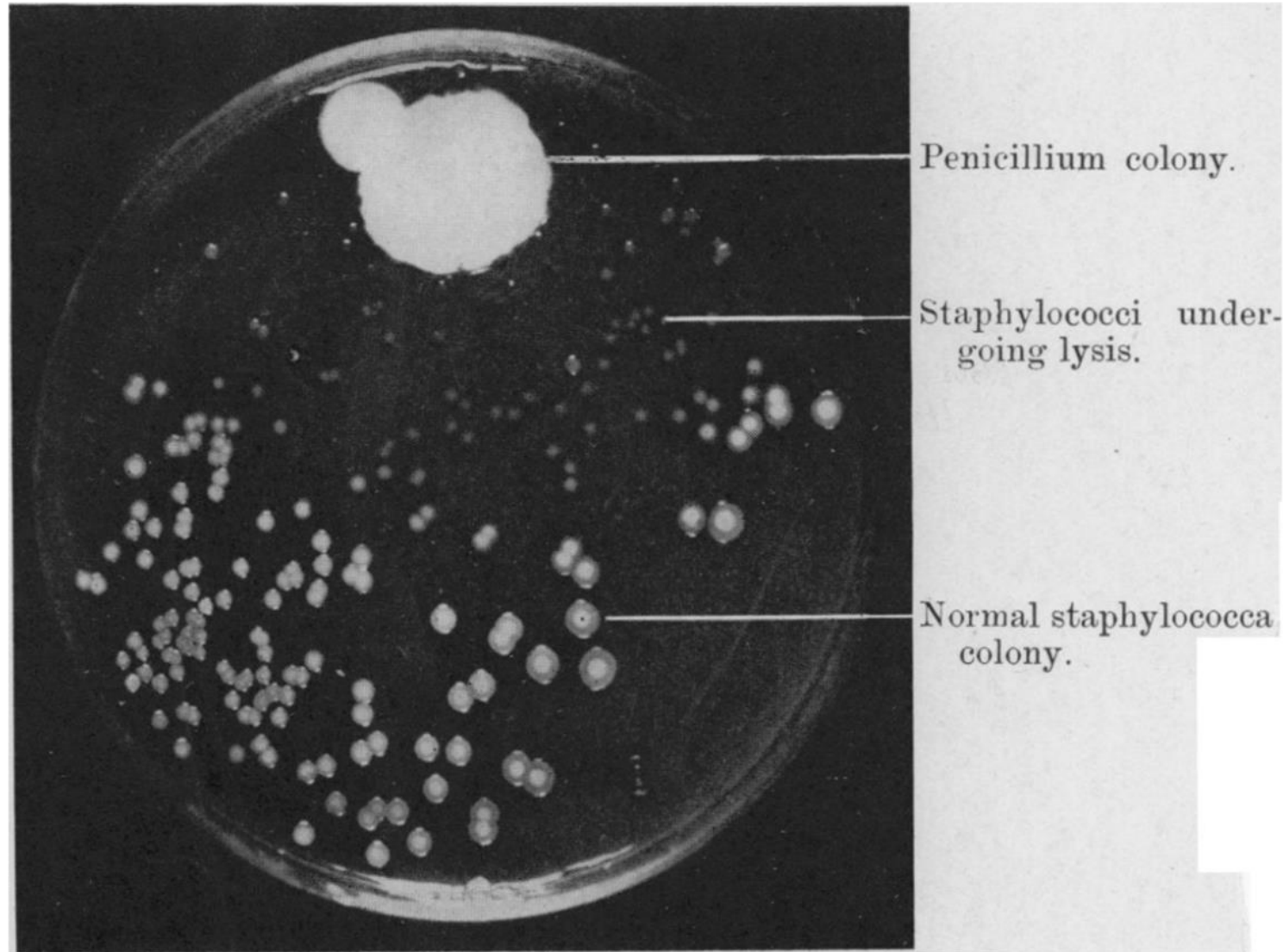
Hôpital du Valais
Spital Wallis





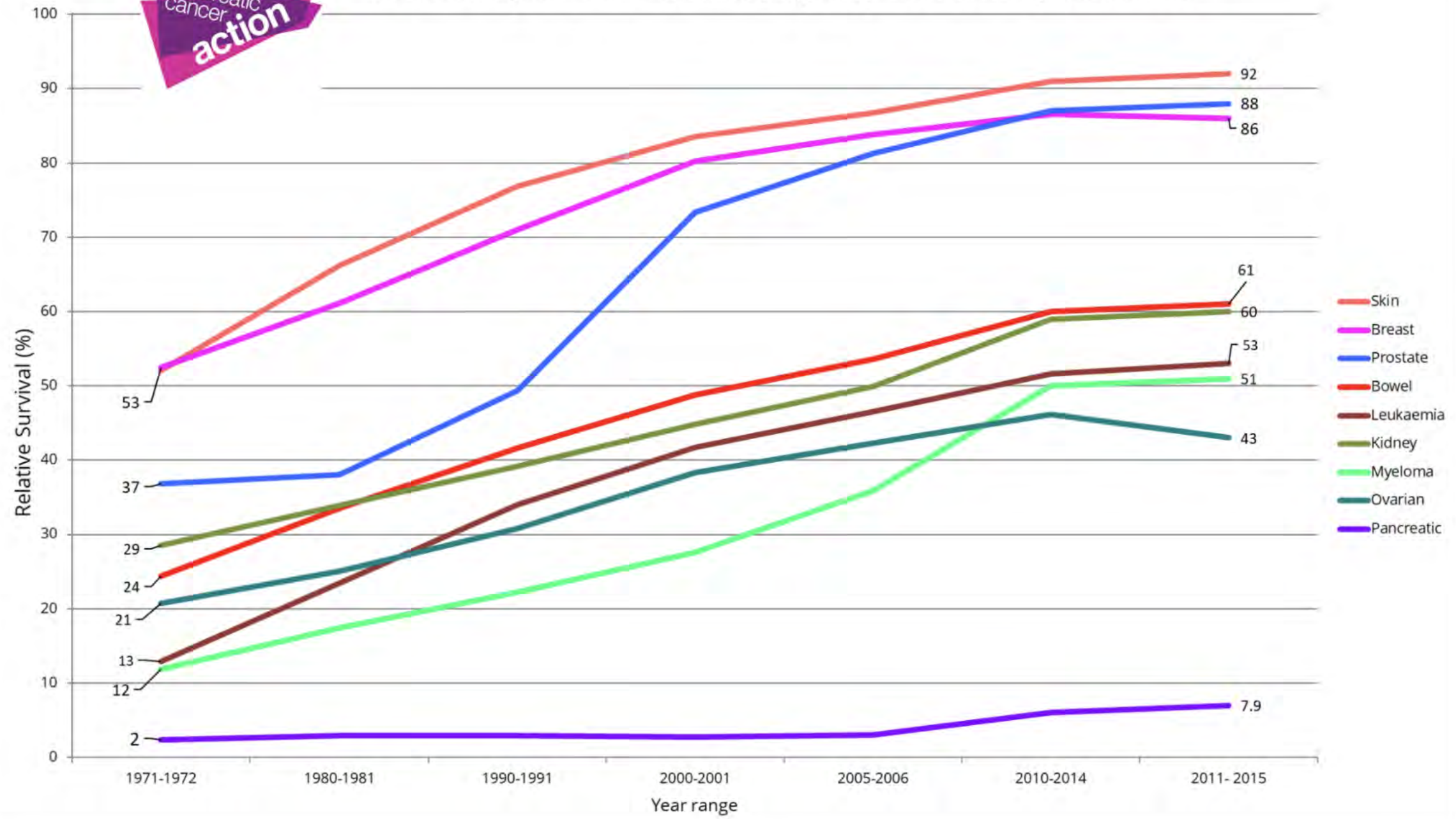
Penicillium

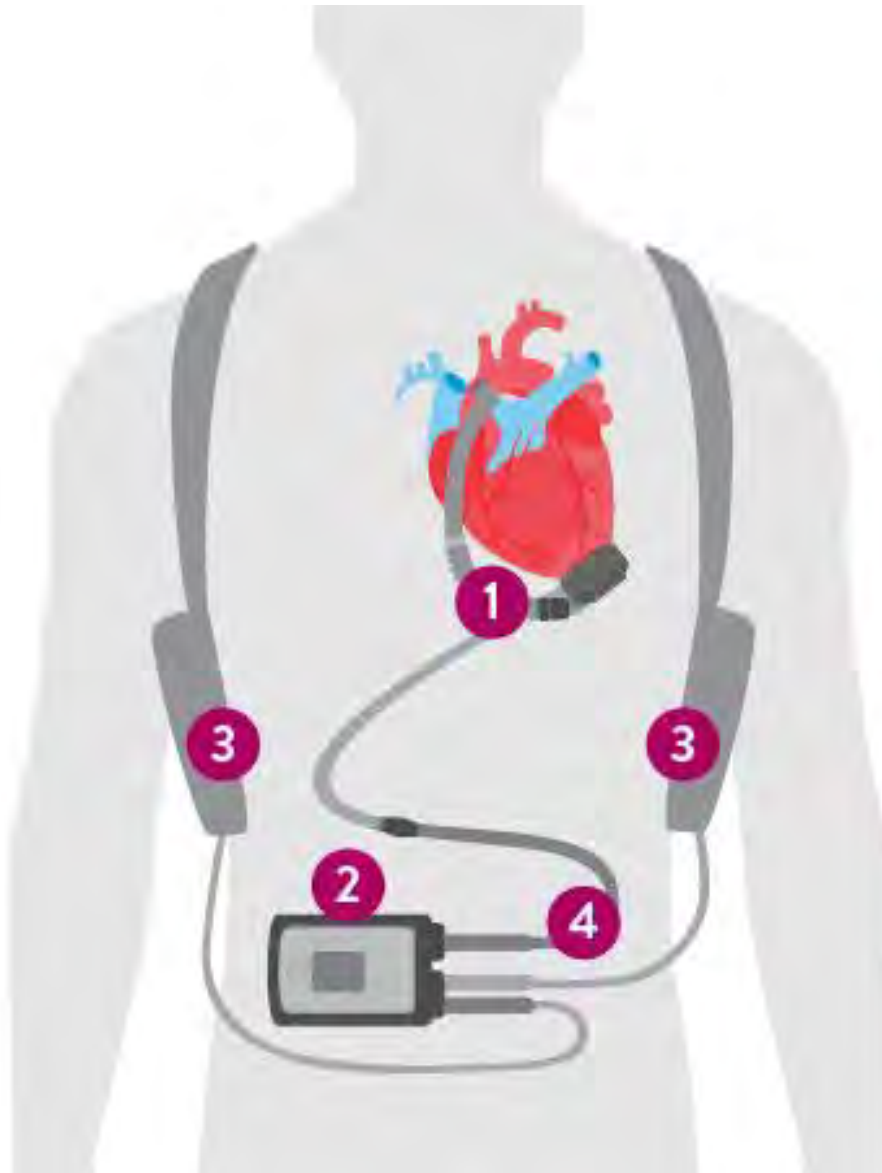
Hôpital du Valais
Spital Wallis





Trends in 5-year cancer survival (England) 1971-2015 by tumour site





- 1 HeartMate 3 LVAD
- 2 System Controller
- 3 Batteries
- 4 Modular Driveline



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Médecine de pointe

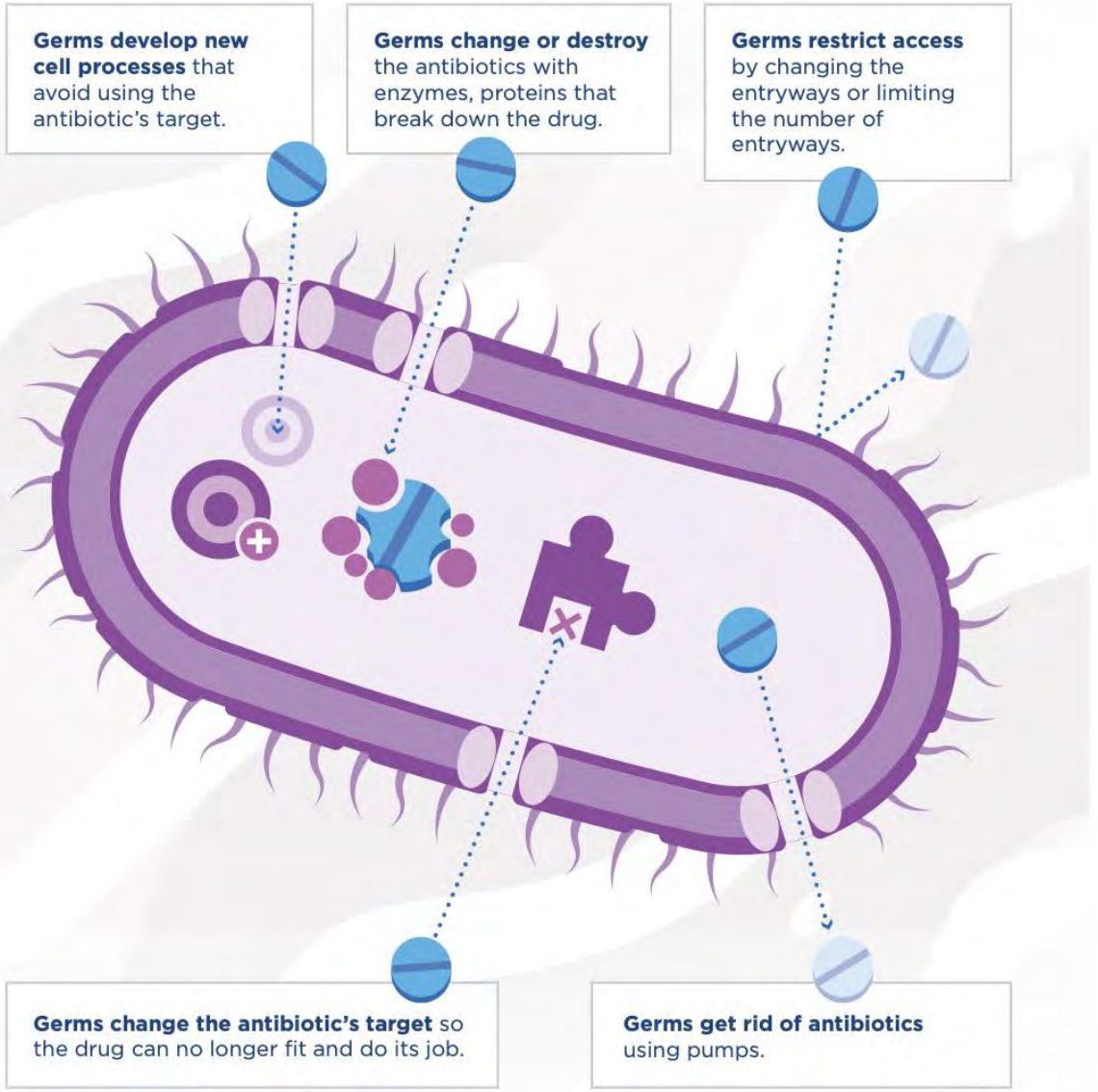
Soins intensifs - Ventilation mécanique - ECMO

Traitements du cancer et des maladies auto-immunes

Implantation de « matériel étranger »

Transplantations d'organes, y compris 3D

—> Une médecine dépendante des antibiotiques



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Sur-utilisation des antibiotiques

Dans l'élevage - logique du rendement

En médecine

- Pays pauvres - insuffisance diagnostique et pas de 2ème chance
- Pays riches - attitude protectrice (risque zéro)

Sélection de bactéries BMR



Inégalité diagnostique, PCI et globalisation :

Dissémination





Fin de l'ère des antibiotiques ?

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Volonté politique (StAR), surveillance nationale (ANRESIS) et internationale (EARS-Net - CAESAR)

SPCI dans nos hôpitaux

« Antimicrobial stewardship » (AMS)

—> SMINF mais... prescripteurs?



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Le cabinet (ou les urgences) - c'est là où tout se décide...

- Plus de la moitié des prescriptions AB hospitalières sont débutées aux urgences
- Si l'urgentiste a renoncé à démarrer une antibiothérapie, l'étage renonce également, et inversement!
- 1ère dose d'antibiotique = le plus grand impact pour AMR

Effects of antibiotic duration on the intestinal microbiota and resistome: The PIRATE RESISTANCE project, a cohort study nested within a randomized trial



Stefano Leo^{a,1,*}, Vladimir Lazarevic^{a,1}, Elodie von Dach^b, Laurent Kaiser^{c,d}, Virginie Prendki^{c,d,e},
Jacques Schrenzel^{a,c,d}, Benedikt D. Huttner^{c,d}, Angela Huttner^{b,c,d}

^a Genomic Research Laboratory, Division of Infectious Diseases, University Hospitals and University of Geneva, Geneva, Switzerland

^b Clinical Research Center, Geneva University Hospitals and University of Geneva, Geneva, Switzerland

^c Division of Infectious Diseases, Geneva University Hospitals and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland

^d Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland

^e Division of Internal Medicine for the Aged, Hôpital des Trois-Chêne, Thônex-Genève, Geneva, Switzerland

- ❑ Etude PIRATE 7j vs 14j de traitement bactériémie BG-
- ❑ Microbiote et gène de résistance pas différents à J7 vs J14
- ❑ Soit ne pas mettre **d'AB**, soit si possible **d'emblée** un spectre étroit



1ère dose d'antibiotique aux urgences

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- Ne pas le donner si pas d'indication claire, hospitalisation et patient stable**
- Si nécessaires, traitement empirique/pré-emptif le plus étroit possible**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Comment renoncer aux antibiotiques en minimisant les risques?

- ❑ **Quel patient? Pas de :**
 - **Vulnérabilité (IS, grossesse, valve cardiaque prothétique,...)**
 - **Critère de gravité clinique / biologique**
 - **Tableau clinique bactérien clair (APP, cellulite, bursite,...) ou à haut risque (méningite).**

- ❑ **Clinique de virose (IVRS, Syndrome mononucléosique,...), EGC et EF sans piste clinique ou autre explication pour la fièvre (médicamenteuse?).**

- ❑ **Quel suivi?**
 - **Hospitalisation – « sous nos yeux »**
 - **Ambulatoire – pas seul à domicile? Qui le revoit à 24h et 72h?**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Comment renoncer aux antibiotiques sans risque?

- ❑ **Seul rôle de la procalcitonine en infectiologie – pour éviter AB?**
 - **Cas 1 : patient de 52 ans, fébrile avec genou G natif rouge et chaud, douloureux depuis 48h sans trauma. Une PCT a été demandée et revient à 0,08. La ponction du genou montre 28000 GB dont 91% PMN.**
 - A. Pas d'antibiothérapie vu PCT négative et <50000GB à la ponction, probable arthrite microcristalline**
 - B. Antibiothérapie quels que soit les résultats PCT, à ré-évaluer dans 48h avec évolution clinique et résultats culture**
 - C. Les 2 réponses sont correctes**

MENTI.COM





Hôpital du Valais
Spital Wallis

American Journal of Emergency Medicine 35 (2017) 1166–1171



Contents lists available at ScienceDirect

American Journal of Emergency Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ajem



Diagnostics

Serum procalcitonin levels as a diagnostic marker for septic arthritis: A meta-analysis



Jingyi Zhao ^a, Shufeng Zhang ^b, Lei Zhang ^c, Xianhui Dong ^d, Jianhui Li ^e, Ying Wang ^f, Yinhui Yao ^{f,*}

^a Department of Functional Center, Chengde Medical College, Chengde 067000, China

^b Institute of Chinese Materia Medica, Chengde Medical College, Chengde 067000, China

^c Department of Community Nursing, Chengde Medical College, Chengde 067000, China

^d School of Basic Medicine, Hebei University of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China

^e Department of Preventive Medicine, Chengde Medical College, Chengde 067000, China

^f Department of Pharmacy, Affiliated Hospital of Chengde Medical College, Chengde 067000, China

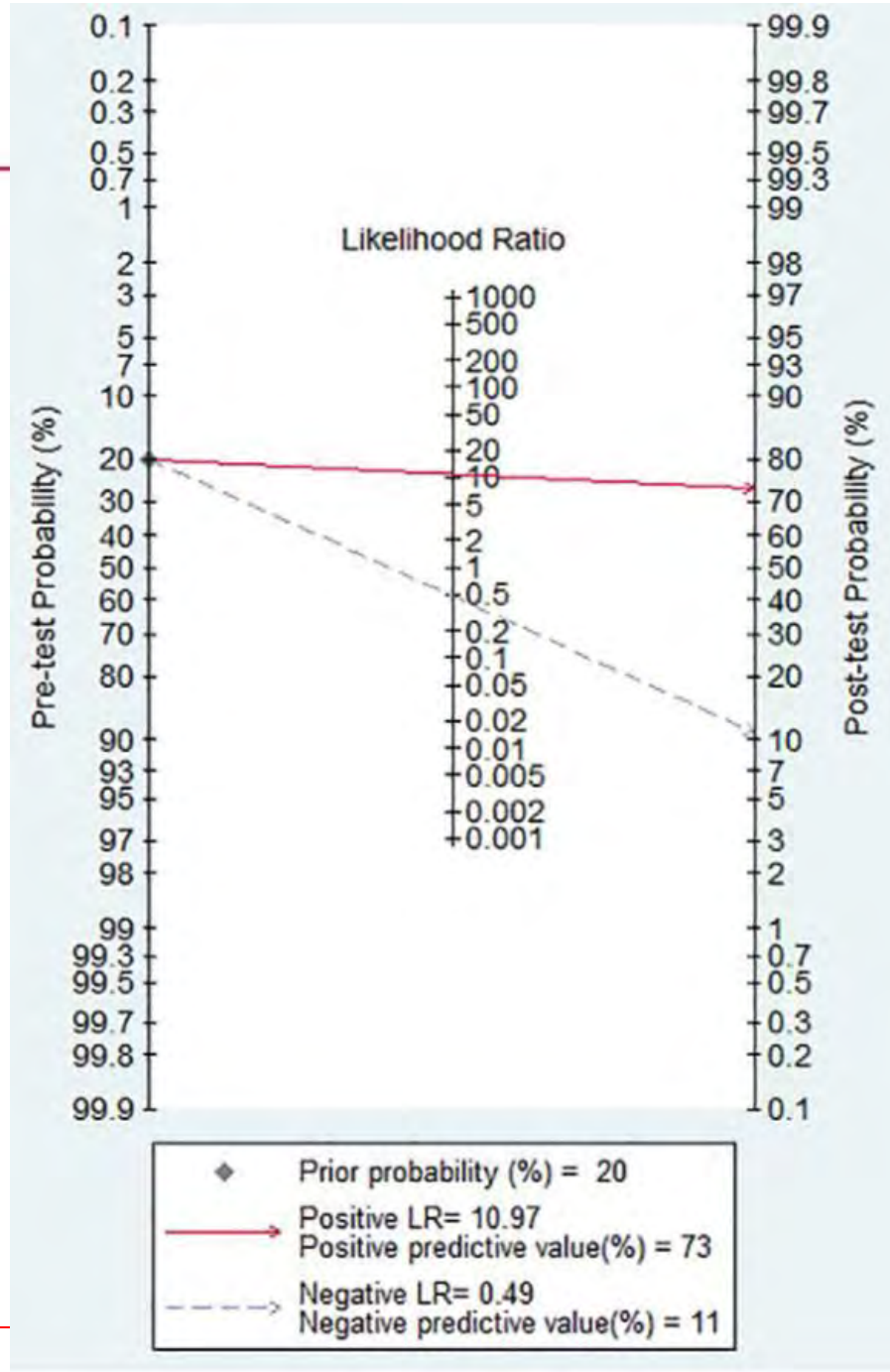
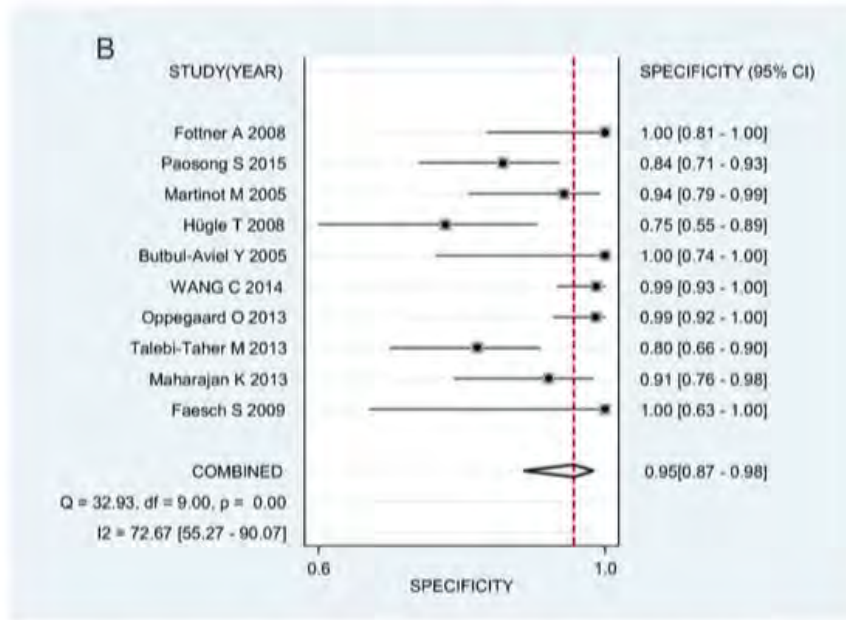
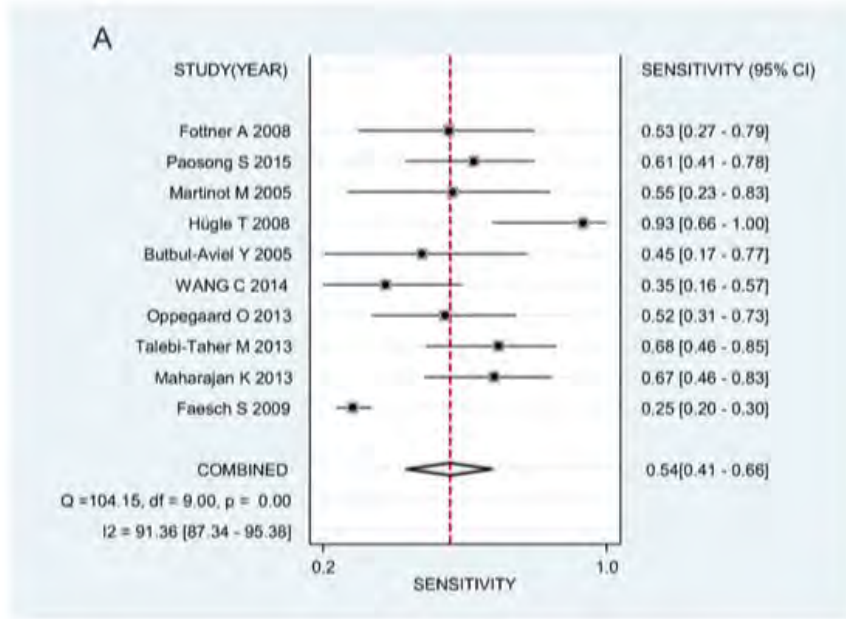


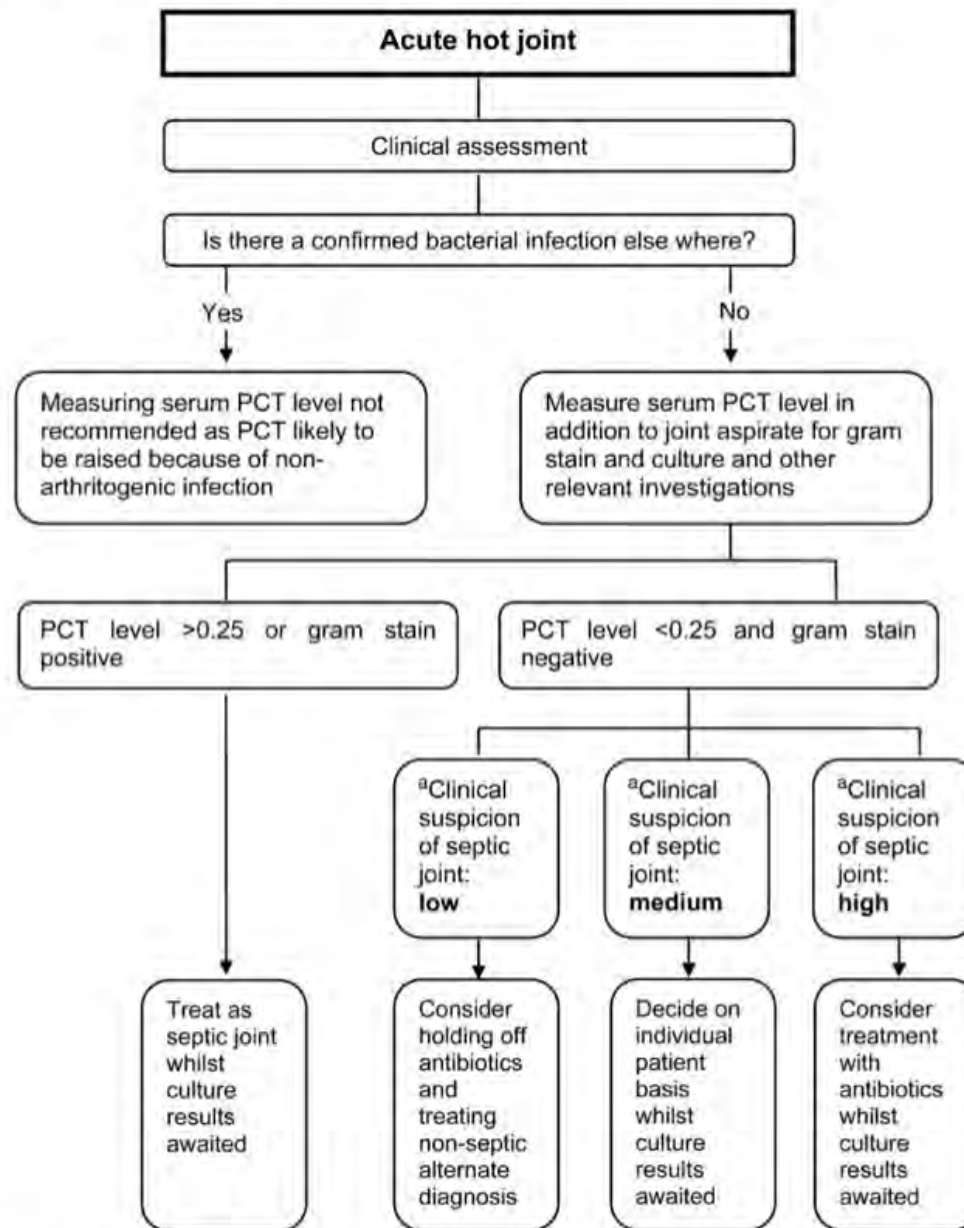
Fig. 2. Forest plots for (A) sensitivity and (B) specificity for studies using PCT to detect among patients with septic arthritis.

Review

Is serum procalcitonin measurement a useful addition to a rheumatologist's repertoire? A review of its diagnostic role in systemic inflammatory diseases and joint infections

Muddassir Muhammad Shaikh¹, Lucas Etienne Hermans² and Jacob M. van Laar²

Fig. 3 Proposed algorithm for serum procalcitonin (PCT) use in patients with acute hot joint



^aThere are no criteria to objectively define clinical suspicion of septic arthritis; the distinction is dependent on the clinician's judgment.



Hôpital du Valais
Spital Wallis

> [Bone Joint J.](#) 2021 Dec;103-B(12):1745-1753.
doi: 10.1302/0301-620X.103B12.BJJ-2021-0114.R1.

What are the best diagnostic tests for diagnosing bacterial arthritis of a native joint? : a systematic review of 27 studies

Conclusion: Diagnostic methods with relatively high sensitivities, such as serum CRP, ESR, and synovial polymorphonuclear cells, are useful for screening. Diagnostic methods with a relatively high specificity, such as serum procalcitonin and synovial fluid gram stain, are useful for establishing a diagnosis of bacterial arthritis. This review helps to interpret the value of various diagnostic tests for diagnosing bacterial arthritis of a native joint in clinical practice. Cite this article: *Bone Joint J* 2021;103-B(12):1745-1753.



Hôpital du Valais
Spital Wallis

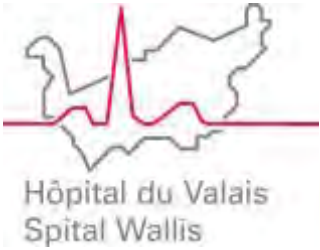
Comment renoncer aux antibiotiques sans risque?

❑ Rôle de la procalcitonine?

- **Cas 2 : patient 67 ans, BPCO sévère, qui présente depuis une semaine une dyspnée plus importante avec augmentation des crachats. A son arrivée aux urgences, fébrile à 39°C, satu 83% AA, FR 28/min, FC 110/min rég, TA 150/90 mmHg, auscultation pulmonaire avec râles bronchiques bilatéraux. Rx thorax difficile à interpréter - pas de gros foyer lobaire. FNP COVID-19 pos (CT 15-20), CRP 93 PCT 0.06**
 - A. Traitement du COVID (stéroïdes +/- antiviraux), pas d'antibiothérapie vu PCT négative**
 - B. Traitement du COVID (stéroïdes +/- antiviraux), plus antibiothérapie par amoxiclav/clarithromycin vu fragilité du patient BPCO sévère**
 - C. Traitement du COVID (stéroïdes +/- antiviraux), plus antibiothérapie par pipo-tazo/clarithromycin vu fragilité du patient BPCO sévère à risque d'être colonisé par Pseudomonas**

MENTI.COM





Abstract

Procalcitonin testing to guide antibiotic therapy for the treatment of sepsis in intensive care settings and for suspected bacterial infection in emergency department settings: a systematic review and cost-effectiveness analysis

Marie Westwood,^{1*} Bram Ramaekers,² Penny Whiting,¹
Florian Tomini,² Manuela Joore,² Nigel Armstrong,¹ Steve Ryder,¹
Lisa Stirk,¹ Johan Severens³ and Jos Kleijnen²

¹Kleijnen Systematic Reviews Ltd, York, UK

²Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands

³Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands

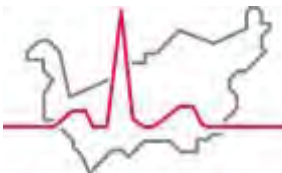


*National Institute for
Health Research*



Hôpital du Valais
Spital Wallis

...cost-effective when used to guide **discontinuation** of antibiotics in adults being treated for suspected or confirmed sepsis in **ICU settings** and **initiation** of antibiotics in adults **presenting to the ED with respiratory symptoms** and suspected bacterial infection.



Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections (Review)

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cochrane Database of Systematic Reviews
2017

This updated meta-analysis of individual participant data from 12 countries shows that the **use of procalcitonin to guide initiation and duration of antibiotic treatment results in lower risks of mortality**, lower antibiotic consumption, and lower risk for antibiotic-related side effects. Results were similar for different clinical settings and types of ARIs, thus supporting the use of procalcitonin in the context of antibiotic stewardship in people with ARIs.

In February, 2017, the US Food and Drug Administration approved the blood infection marker procalcitonin for guiding antibiotic therapy in patients with acute respiratory infections.



Effect of procalcitonin-guided antibiotic treatment on mortality in acute respiratory infections: a patient level meta-analysis

Lancet Infect Dis 2018;
18: 95-107

Use of procalcitonin to guide antibiotic treatment in patients with **acute respiratory infections reduces antibiotic exposure and side-effects, and improves survival. Widespread implementation of procalcitonin protocols in patients with acute respiratory infections thus has the potential to improve antibiotic management with positive effects on clinical outcomes and on the current threat of increasing antibiotic multiresistance.**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Comment renoncer aux antibiotiques sans risque?

Rôle de la procalcitonine?

- **Probablement** pour fièvre sans piste chez patient stable
- **Oui** pour infections respiratoires aiguës
- **Non** pour autres infections bactériennes



Agenda

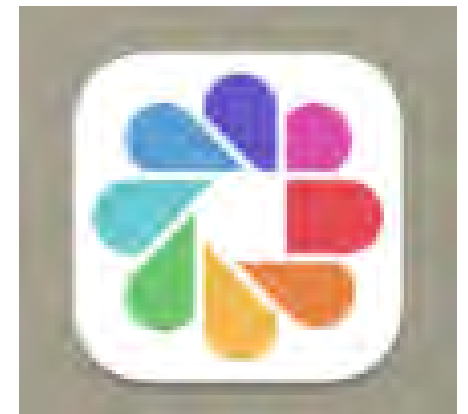
Hôpital du Valais
Spital Wallis

World AMR Awareness Week
18 – 24 novembre 2023

Les antibiotiques:
quand il faut,
comme il faut.

❑ « Les antibiotiques : quand il faut, comme il faut » - guidelines ICH

- **Quand il faut?**
- **Comme il faut?**
 - ❖ **Traitement empirique et pré-emptif – FIRSTLINE**
 - ❖ **Traitement ciblé avec résultats microbio**





Hôpital du Valais
Spital Wallis

Quand il faut?

- ❑ **Neutropénie fébrile**

- ❑ **Meningo-encéphalite**

- ❑ **Choc septique**

- ❑ **Urosepsis / HC positives à BG-**

- ❑ **Cellulite / Fasciite / Arthrite / HC positives à CG+ plusieurs bouteilles**
→ Exceptions : ostéomyélite ou PJI si patient stable – cf microbio)

- ❑ **« Ites » abdominales**
→ Exceptions possibles : GE avec BEG, Diverticulite 1a



Hôpital du Valais
Spital Wallis

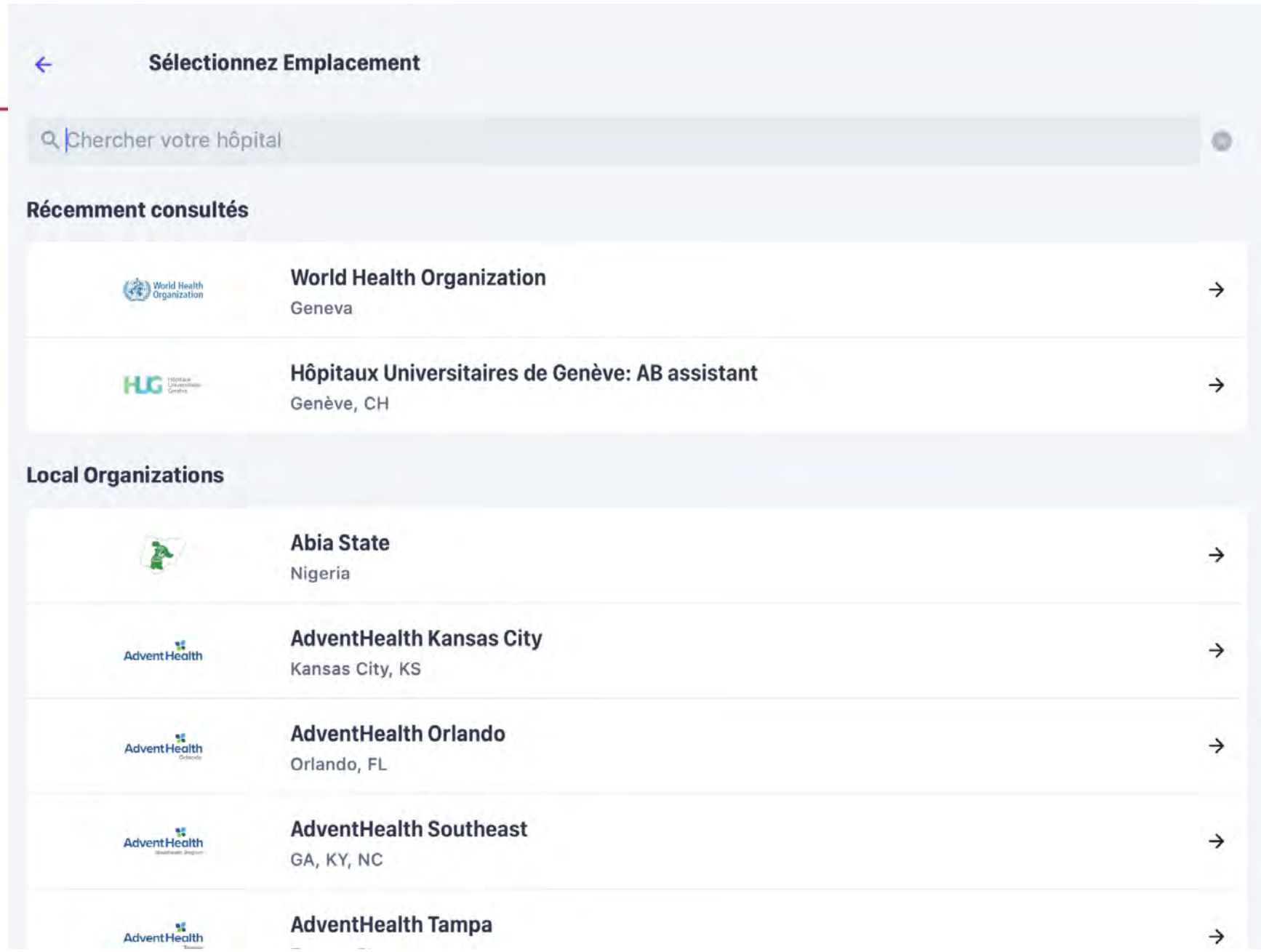
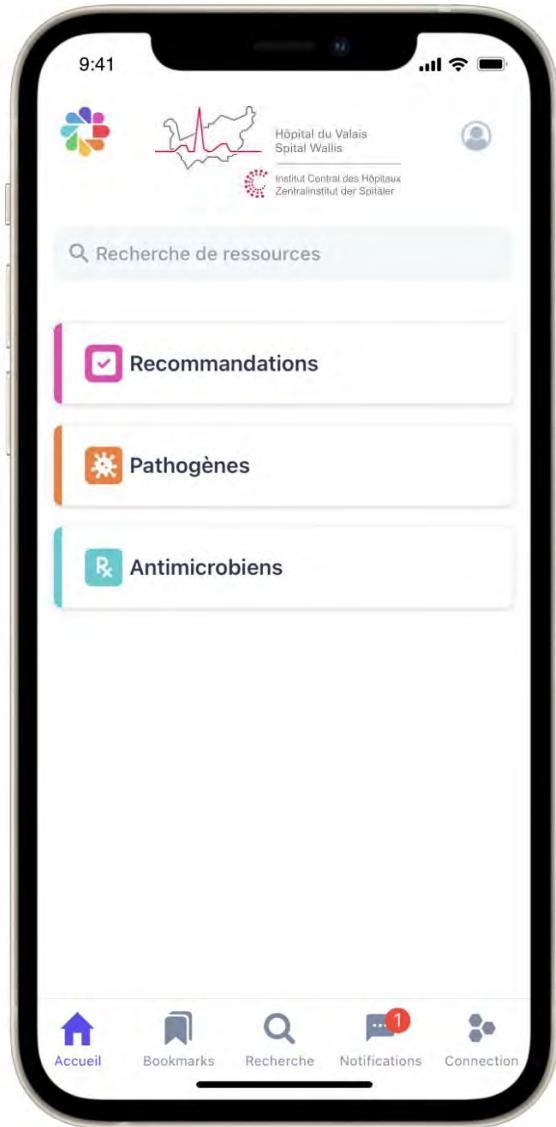
Comme il faut?

❑ **Prélèvements microbiologiques avant de débiter :**

- **HC 2 paires ou rien, volume suffisant, jamais sur VVP si déjà posée, centrales en même temps (DTP)**
- **Méningite : HC puis dexta/AB, pas attendre PL**
- **Préanalytique : sensibilité analytique vs clinique, FNP PCR que si bien fait**

❑ **Traitement empirique et pré-emptif :**

- **Majorité des atteintes cutanées et OA sensibles à amoxiclav (MSSA / Strep A / Strep B) – exception Paer, Gono, CA-MRSA**
- **Neutropénie fébrile - toujours couvrir le Pseudomonas**
- **Amoxiclav (+/- amikacine) permet une couverture optimale**
 - ❖ **Exceptions : méningite, neutropénie, retour voyage et BPN atypiques**





Recommandations



Pathogènes



Antimicrobiens

Récemment consultés

Effacer



Infection urinaire non compliquée chez la femme



Urologie



Stratégie thérapeutique SARS-CoV-2





Hôpital du Valais
Spital Wallis



Infection urinaire non c...



Commentaires

▼ Indications

▼ Cystite non traitée / approche économe en antibiotiques

▼ Culture / sonde urinaire

Dans une récente étude randomisée internationale, la nitrofurantoïne était supérieure à la fosfomycine en termes d'efficacité clinique

Les anomalies sous-jacentes des voies urinaires doivent être adressées en consultation urologique

Microbiologie

Germes fréquents



Traitement IV

Pas indiqué

Traitement per os

Rx nitrofurantoïne 100mg x3 pendant 5 jours →

Eviter si eGFR < 30 ml/min/1.73m²

OU

Rx cotrimoxazole 960mg [160mg de triméthoprime] x2 pendant 3 jours →

En Suisse, 20 à 30% des isolats urinaires cliniques sont résistants au TMP / SMX. Cependant, il est peu probable que ces souches soient représentatives des souches qui infectent une patiente avec une IU non compliquée

OU

Rx fosfomycine 3g dose unique →

Dans une récente étude randomisée internationale, la nitrofurantoïne était supérieure à la fosfomycine en termes d'efficacité clinique

Informations supplémentaires

^ Références

- [Effect of 5-Day Nitrofurantoin vs Single-Dose Fosfomycin on Clinical Resolution of Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection in Women A Randomized Clinical Trial \(Huttner et al.. JAMA 2018\)](#)



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Germes fréquents



E. coli



Autre *Enterobacteriaceae*



Commentaires



Envisager avant le début du traitement antibiotique une culture urinaire et deux paires d'hémocultures

Consultation de maladies infectieuses recommandée



Traitement PO



ciprofloxacine 500 mg/12h



OU



co-trimoxazole forte 800/160 mg/12h



Seulement si sensibilité documenté, vu que jusqu'à 20% des souches d'*Escherichia coli* sont résistants au co-trimoxazole



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Ciprofloxacin



AWaRe

Regarder

Biodispon.

Bien (70 to 90%)

Coûts

Prix HUG : 40-60 CHF/j (400mg/12h)

Spectre d'activité



Spectre d'activité général



Données d'antibiogramme



Dosage



Adulte



Rénal



Informations générales



Utilisation habituelle





Hôpital du Valais
Spital Wallis



In the setting of rapidly improving/worsening renal function, calculations of eGFR are inaccurate, and dosing should be based on estimated renal function instead.

If worsening renal function, actual GFR is likely lower than calculated.

If improving renal function, actual GFR is likely higher than calculated eGFR.

Favoriser traitement PO si possible (excellente biodisponibilité)

Non Dialysé

eGFR \geq 60

PO: 500 mg 2x/jour

- **PO infections sévères:** 750 mg 2x/j
- **PO Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 750 mg 2x/j

IV: 400 mg/12h

- **IV infections sévères:** 400 mg/8h
- **IV Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 400 mg/8h

eGFR 30-59

PO: 500 mg 2x/jour

eGFR 30-59

 **PO:** 500 mg 2x/jour

• **PO Infections sévères:** 750 mg 2x/j

• **PO Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 750 mg 2x/j

 **IV:** 300 mg/12h

• **IV infections sévères:** 300 mg/8h

• **IV Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 300 mg/8h

eGFR 15-29

PO: 250 mg 2x/jour

• **PO Infections sévères:** 500 mg 2x/j

• **PO Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 500 mg 2x/j

IV: 200 mg/12h

• **IV infections sévères:** 200 mg/8h

• **IV Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 200 mg/8h

eGFR < 15

PO: 250 mg 2x/jour

• **PO infections sévères:** 250 mg 2x/j

• **PO Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 250 mg 2x/j



Hôpital d
Spital W

eGFR < 15

PO: 250 mg 2x/jour

- **PO infections sévères:** 250 mg 2x/j
- **PO Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 250 mg 2x/j

IV: 200 mg/12h

- **IV infections sévères:** 200 mg/12h
- **IV Sdd (sensible dose-dependant) selon antibiogramme:** 200 mg/12h

Hémofiltration (EERC)

- **IV:** 200 mg/12h

Hémodialyse (HD)

- **PO:** 250 mg 2x/jour (PD)
- **IV:** 200 mg/12h (PD)

Commentaires

CAVE : QT, tendinopathie (FR : âge, stéroïdes)



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Germes fréquentes



E. coli



Autres *Enterobacteriaceae*



Commentaires



Envisager culture urinaire et deux paires d'hémocultures avant le début de la thérapie antibiotique



Si présence de pigtail ou autre matériel étranger ou anomalie anatomique, consultation des maladies infectieuses recommandée



Une sonde urinaire devrait être enlevée le plus rapidement possible

Les anomalies sous-jacentes des voies urinaires doivent être adressées en consultation urologique

^ Nitrofurantoïne et fosfomycine

Nitrofurantoïne et fosfomycine per os résultent en des taux sanguins faibles et ne sont jamais indiquées pour le traitement d'infections systémiques

Traitement IV

 ceftriaxone 2 g/24h 

OU

 ceftazidime 2 g/8h 



Si communautaire ET sévérité élevée

 ceftriaxone IV 

OU

 ceftazidime IV 

PLUS

 amikacine 15-20 mg/kg/24h IV 



Guide romand... Dr Bosetti HUG

Hôpital du Valais
Spital Wallis

GUIDELINES	Modifications à discuter	HUG	ISDA	ECCMID	CHUV	Insel	USZ	Sankt Gallen	SSI
<p>Infections intra-abdominales</p> <p>Abcès hépatique</p> <p>No robust RCT data</p> <p>Germes:</p> <p><i>K. pneumoniae</i> > ajouter que associé à carcinome colon > coloscopie</p> <p>Ajouter <i>Fasciola hepatica</i> (si éosinophilie, si <i>Echinococcus</i> et <i>Amoeba</i>, sérologie nég, voyage positif)</p> <p>Ajouter</p> <p>Drainage versus aspiration avec cut off à 5 cm <3cm seulement antibiotics</p> <p><5cm: aspiration</p> <p>>5cm: drainage</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17715080</p> <p>Review new:</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.gtc.2020.01.013</p> <p>Si drainage et bonne réponse > 2-4 semaines</p> <p>Si drainage incomplete ou pas de drainage 4-6 semaines.</p> <p>Réponse radiologique +++ lente, follow-up imaging seulement si persistance de signes clinique ou drainage pas optimale</p>		<p>1 ligne:</p> <p>-ceftriaxone 2g/24 h PLUS</p> <p>-metronidazole 500 mg/8h</p> <p>Relais per os par cipro PLUS metro</p> <p>Durée:</p> <p>4-6 semaines selon résolution bio-radiologique</p> <p>Abcès amibien:</p> <p>-metronidazole 500 mg/6 h pour 10 jours puis 7 jours de paromomycine</p>	<p>Alternative possible:</p> <p>Ampicilline PLUS gentamycine PLUS metronidazole</p>	<p>Pas de guideline</p>	<p>Pas de risque</p> <p><i>P. aeruginosa</i></p> <p>Ceftria + metro si</p> <p>2 ligne: cipro+metro</p> <p>Si R <i>P. aeruginosa</i></p> <p>Pip-tazo ou imi ou méro (si ESBL ou <i>P. aeruginosa</i> multi-résistant sur un prélèvement < 3 mois)</p> <p>2 ligne: cipro + metro + amikacine</p> <p>Durée 4-6 semaine, CAVE AT: relais per os après 2-3 semaines (pour Klebsiella par exemple pas de différence <i>Clin Infect Dis.</i> 2020;71(4):952.)</p>	<p>1 ligne:</p> <p>Ceftria + metro</p> <p>2 ligne:</p> <p>Cipro + metro</p> <p>Meropénème, comme 3^{ème} ligne (si allergie cephalo)</p> <p>Durée: 4-6 semaines jusqu'à la résolution radiologique</p> <p>Amibien:</p> <p>Metro 750 mg/8 h pour 10 jours PUIS 10 jours paromomycine</p>	<p>Pas de guidelines</p>	<p>Co-amoxi 2,2 g 1-1-1 ou</p> <p>Ceftriaxone PLUS metronidazole</p>	<p>Pas de guidelines</p>



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Guide romand... Cochrane ou RCT?

< > APP
Précédent/Suivant

Nom

- Andersen - AB vs placebo for appendectomy - Cochrane 2005.pdf
- CODA - AB vs appendectomy for APP - NEJM 2020.pdf
- CODA - APP surgery vs AB long term outcome - NEJM 2021.pdf
- CODA supp material NEJM 2020.pdf
- Salminen - AB vs placebo RCT for APP - BJS 2022.pdf
- Wijkerslooth - 2 vs 5 days of post-op AB for appendicitis - Lancet 2022.pdf
- Wilms - AB or surgery APP - Cochrane 2020.pdf

< > Peritonitis PBS second DP etc
Précédent/Suivant

Présentation Partager Mon

Nom

- Assem - alternate norfloxacin and rifaximin for primary prophylaxis PBS - Hep int 2016.pdf
- Campbell - PBS prevention peritoneal dialysis Cochrane 2017.pdf
- Daily_Norfloxacin_vs_Weekly_Ciprofloxacin_to.15.pdf
- Elfert - rifaximin vs norfloxacin for secondary PBS - eurojgh 2016.pdf
- Komolafe - prevention PBS cirrhosis - Cochrane 2020.pdf
- Piano - The empirical antibiotic treatment of nosocomial spontaneous bacterial peritonitis - Hepatology 2015.pdf
- Rong Xu - Intraperitoneal vanco plus ceftazidime vs plus moxifloxacin po for PD peritonitis - AJKD 2017.pdf



Guide romand... Cochrane ou RCT?

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Pneumonia	
Précédent/Suivant	P
Nom	
➤ Choi - doxycycline for CAP - CID 2023.pdf	
➤ Cochrane - 7 vs 14 days for severe HAP in ICU - 2015.pdf	
➤ Cochrane - Atypical coverage AB CAP hospitalized adults - 2012.pdf	
➤ Cochrane - Corticoids beneficial for severe CAP - 2017.pdf	
➤ Cochrane - long or short AB for CAP - 2018.pdf	
➤ Cochrane - Prophylactic AB for COPD exacerbations - 2018.pdf	
➤ Cochrane AB for CAP outpatients 2014.pdf	
➤ Cochrane AB for VAP 2014.pdf	
➤ Dequin - Hydrocortisone in severe CAP - NEJM 2023.pdf	
➤ ewig - guidelines SSI CAP - 2021.pdf	
➤ Figueiredo-Mello - CAP atypical coverage - CMI 2017.pdf	
➤ Postma - AB without coverage of atypical for CAP - NEJM 2015.pdf	
📄 Proposition_Infec_resp_hautes_final1_SE.docx	
📄 Proposition_Pneumonia_Circulation-V1_versionfinaleonlinefirstline_SE.DOCX	
📄 Proposition_pneumonia_V5.docx	

Résumé prise en charge des infections au cabinet

- ❑ **Tenir compte du contexte (voyage, épidémies en cours, évolution de certains pathogènes / mise à jour vaccins)**

- ❑ **Facteurs de gravité :**
 - **Neutropénie fébrile, splénectomie, grossesse**
 - **Atteinte SNC, cellulite douloureuse / fasciite, sepsis**

- ❑ **Pas d'antibiotique :**
 - **Infection respiratoire avec PCT < 0,1 mcg/ml**

- ❑ **Quel antibiotique :**
 - **Amoxiclav?**
 - **Guide antibiotique (Firstline)**



ENQUETE ANTIBIORESISTANCE

Hôpital du Valais
Spital Wallis

<https://redcap.hopitalvs.ch/surveys/?s=WJDTXCL3D8YHHLEN>

