

# AUDIT SUR LA PRESCRIPTION DES GLYCOPEPTIDES DANS UN CENTRE HOSPITALIER GENERAL

P11

GRANGEASSE L, CHOPARD V, JEANTIN E

Pharmacie & Stérilisation Centrale, CH Montceau-Les-Mines, BP 189 71307 Montceau les Mines – [ludwig.grangeassen@ch-montceau71.fr](mailto:ludwig.grangeassen@ch-montceau71.fr)

## INTRODUCTION

La maîtrise qualité de la prescription des antibiotiques est un outil majeur de la lutte contre le développement des résistances bactériennes. Dans le cadre des différentes recommandations existantes sur ce sujet, la commission des anti-infectieux (CAI) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont décidé la mise en place d'un système de suivi et de contrôle de l'utilisation de certains antibiotiques dont les glycopeptides (GP). L'objectif de cet audit est d'évaluer le respect des recommandations locales sur la prescription des GP et la conformité des utilisations par rapport aux recommandations nationales.

## METHODOLOGIE

L'évaluation s'est faite sur l'intégralité des recours à un GP sur 2005 et 2006. La méthode utilisée est celle de l'audit, appliquée à la prescription des anti-infectieux. L'analyse porte sur les prescriptions initiales uniquement. Les référentiels choisis sont l'AMM et les différentes recommandations et conférences de consensus émises par la Haute autorité de santé (HAS) et les différentes sociétés savantes (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, Société Française d'Anesthésie, Association Française d'Urologie etc.).

### Référentiel :

Critères	Référentiels et recommandations	Résultats attendus
Prescriptions	Application des règles générales de prescription	Informations « légales » présentes
	Application des dispositions locales (CLIN, COMEDIMS) sur les antibiotiques et autres anti-infectieux à prescription particulière (rec. « Le bon usage des antibiotiques à l'hôpital », ANAES 1996)	Présence des informations complémentaires nécessaires à l'analyse de la prescription
Indications	Traitements infections sévères documentées à Gram + résistant aux β-lactamines : Staphylocoques méti-R, pneumocoques peni-R, entérocoques ampi-R (AMM, Antibioguide 2006, rec IU nosocomiales)	Pas d'utilisation en dehors des indications reconnues
	Traitements des infections à bactérie à Gram + chez les patients présentant une allergie vraie aux β-lactamines (AMM)	
	Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors d'interventions urologiques et digestives (rec. SFAR et SPILF 2002, discuté)	
	Colites pseudomembraneuses à Clostridium difficile en cas d'échec au Métronidazole (niveau de preuve faible, discuté)	
	Traitements empiriques des neutropénies fébriles en 2 <sup>ème</sup> ligne (IDSA 1997, discuté)	
Choix de l'antibiotique	Utilisation de teicoplanine seulement si : - intolérance à la vancomycine - voie IV impossible (recommandations locales, CAI)	Pas d'utilisation de teicoplanine si la vancomycine est utilisable
Posologie	Vancomycine : dose de charge 15 mg/kg, dose d'entretien 30 mg/kg/j (AMM), 40-45 mg/kg/j chez les enfants Teicoplanine : dose de charge 6 mg/kg/12h pendant 3-5j, dose d'entretien 6-12 mg/kg/j (AMM), 10 mg/kg/j chez les enfants	Dose adaptée au poids du patient (tolérance : - de 10% de différence)
Rythme d'administration	Vancomycine : perfusion continue (15 mg/kg en bolus de 1 h puis 30 mg/kg/j) ou intermittente (1 injection/12h, 8h ou 6h) (Toxicité et efficacité comparable : Wysacki et al., AAC, 2001) Teicoplanine : 2 injection par jour en dose de charge, puis une injection journalière en 30 min (AMM)	Rythme d'administration conforme
Durée de traitement	Pas de traitement empiriques (AMM) Début d'efficacité : 24 -48H La durée du traitement doit être limitée (rec. « Le bon usage des antibiotiques à l'hôpital », ANAES 1996)	Pas de traitement < à 3 j ou > 15j sauf infections ostéoarticulaires et endocardites

## RESULTATS

Au total, 59 recours ont été analysés. Les GP sont principalement utilisés dans les bactériémies (23%), les infections respiratoires (19%) et les infections urinaires hautes (17%) (figure 1).

Seul 60% des infections sont documentées (tableau I) et 25,4% des infections sont nosocomiales (tableau II). Le taux de conformité global est de 50% (tableau III).

Tableau I : Documentation bactériologique et type d'infection (n=59)

	Oui	Non	Non renseigné
Documentée	35 (59,3%)	8 (13,6%)	16 (27,1%)
Nosocomiale	15 (25,4%)	4 (6,8%)	30 (50,8%)

Tableau II : Contexte des utilisations non-documentées (n = 8)

Fièvres neutropéniques	Antibioprophylaxies	Probabiliste
3 (37,5%)	1(12,5%)	4 (50%)

Figure 1 : Localisation des infections traitées

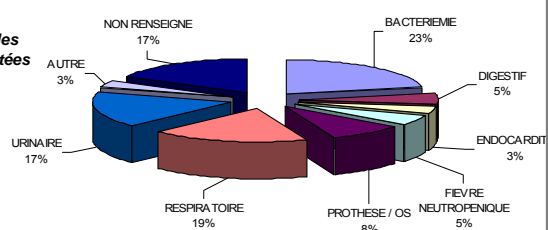


Tableau III : Conformités des utilisations

	Nombre de prescriptions évaluables (n)	Conformité
Indication	36	29 (80,5%)
Choix de l'antibiotique	59	30 (96,6%)
Posologie	30	18 (60%)
Rythme d'administration	58	57 (98,2%)
Durée de traitement	59	46 (77,9%)
<b>Global</b>	<b>22</b>	<b>11 (50%)</b>

## CONCLUSION

Cette première évaluation à l'échelle de notre établissement a permis d'obtenir des résultats comparables à des études conduites dans d'autres établissements. Les principaux problèmes de prescription mis en évidence sont d'une part des posologies initiales non adaptées au poids et souvent trop basses, et d'autre part des utilisations probabilistes dans des indications non reconnues. Ces résultats nous encouragent dans la poursuite du développement de l'informatisation des prescriptions et de l'analyse pharmaceutique dans notre établissement.