**COMPTE RENDU CAI 17 03 2025**

Présents : 

**1/ Bon usage des IOA,** *Clément Théis*

**

**Commentaires en séance :**

* Tolérance de la CEFEPIME à surveiller dans contexte d’insuffisance rénale et de faible poids car risque encéphalopathie : le cas échéant une adaptation de posologie voire arrêt temporaire de la molécule doit être faite.
* Pas de dose de charge de CEFEPIME ici car on considère que l’inoculum bactérien est déjà réduit donc que l’administration continue avec dose de charge n’est pas pertinente
* Les repères temporels pour l’adaptation de l’antibiothérapie sont valables uniquement si les prélèvements bactériologiques sont techniqués par broyage et ensemencement sur flacon d’hémoculture (raccourcissement de la durée de positivation)
* Lecture à J6/J7 au CHU pour adaptation ATB à J7 au CHU  (et certains autres hôpitaux utilisant cette technique)
* mais pour les autres hôpitaux n’utilisant pas la technique : adaptation à J15, pas avant.
* On insiste pour qu’il y ait une ultime vérification de la bactériologie à J15 même en cas de documentation fiable à J7.

**2/ Proposition audit flash vaccination,** *GT vaccination et immunodéprimés*

Contexte : Vaccination est un enjeu de santé publique. Convention avec l’assurance maladie sur une liste de vaccins dans le but d’augmenter la couverture vaccinale

Objectifs

* Principal : Evaluer le statut vaccinal des patients en consultation
* Secondaires : Décrire la population et Connaître le motif de refus de vaccination

Critère d’inclusion : tous les services de consultation et HDJ de médecine

Exclusion : chirurgies, réanimations, pédiatrie et gynécologie/mater, psychiatrie

Vaccins concernés : grippe, covid, pneumocoque, DTP DTPc, Zona, hépatite B et rougeole

**Modalités de recueil**: **1 jour donné avant vacances d’avril**

Recueil sur grille d’audit papier définissant :

- Population : servie, âge, sexe, comobidités, professionnels de santé impliqués dans le suivi de la vaccination du patient, carnet de vaccination

-Vaccins

-Raison de non vaccination

Tous les documents papier sont ensuite à envoyer par courrier à la pharmacie pour centralisation. Saisie dans un Excel commun de résultats par externe en pharmacie détaché sur cette mission

**

Autres informations du GT vaccination :

* **Semaine de la vaccination : 27 avril au 3 mai**

Power point de communication qui passera sur les télé des consultations de tout le CHU

Formalisation par le GT prochainement

* **Affiches pour communiquer autour de la vaccination pour les patients**

« ICI on vaccine au CHU »

**3/ Audit 2024 Antibiothérapie de plus de 7 jours**

****

**4/ Nouvelles recommandations sur les PNP bactériennes**

****

Bon usage prévu pour 01/06/2025 ou 09/2025 pour diffusion au CHU

**Commentaires en séance :**

* Renaud Guérin : question sur la place de la bithérapie

Cf étude avec clarithro envoyée par mail après la CAI que je remets ici (étude en Grèce, patients de med interne, avec bénéfice clarithro + C3G)



* Guillaume Laurichesse : étude japonaise en faveur de C3G vs ampi+sulbactam, impact sur la mortalité
* Corticothérapie : pas dans contexte de grippe dans dans état de choc
* Virginie Rieu : challenge à venir concernant Ag legionnelle qui n’a plus sa place ainsi que pour les CRP dans les suivis qui sont actuellement faits
* Guillaume Laurichesse : les nouvelles reco commencent à être appliquées en pneumologie
* Impact des durées ++ sur la ville

**5/ Audit 2024 Antibiothérapie dans les PNP bactériennes**

****

**Commentaires en séance :**

* C Richaud : on souligne que bon côté qu’il n’y ait pas d’utilisation d’autres molécules que celles dans les recommandations notamment FQ

**6/ 10’ Modalités adm des antibiotiques**

1- Présentation de Lucie Germon sur les dispositifs d’administration sur la CAI de mars 2024 et en CAI régionale en janvier 2025

2- Sortie de la recommandations sur les modalités d’administration en perfusion prolongée SPILF : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666991924001854?via%3Dihub>

3- Bilan des bibliographies notamment de Diamantis 2020 et 2021, How to avoid Playing God, tableau aide HUG et Tourcoing avec la dernière recommandations SPILF 2025

4- Réflexion pour le CHU : équipe de Vincent Pinon pour paramétrage Easily + services de maladies infectieuses (IDE, cadre de santé et médecin)

**Rappel : les dispositifs médicaux type pompes volumétriques : demande à faire auprès du CAL via le chef de service de l’unité**

**Commentaires en séance :**

* Extraction par O Mascle des prescriptibles de ICCA
* C Richaud relit actuellement les prescriptibles discontinus
* Objectifs : harmoniser tout le CHU, à la fois sur ICCA pour les réa et sur Easily pour tous les services = identifier les divergences selon les protocoles de services

**7/ 10’ Répartiton des présentations nouvelles molécules**

* **Aztréonam/avibactam EMBLAVEO®** : quelle place au CHU ? Accès dérogatoire actuellement mais début du travail possible
* **Rézafungine** : quelle place potentielle au CHU ? Maxime MONIOT Laboratoire de Mycologie, Natacha Mrozek, MIT
* Cefepime + Enmetazobactam EXBLIEP® spectre : BLSE uniquement Evaluation par labo bactério début 2025 ->> Fréderic
* Céfépime + zidebactam spectre : idem aztreonam+avibactam, éval par labo bacterio/CNR résistances des entérobactéries
* Céfépime+taniborbactam : évalué en début d’année par labo de bactério.

Une association anti-acinetobacter baumanii

- Carbapeneme par voie orale (mais pas à court terme)

**Commentaires en séance :**

Frédéric Robin

* Cefepime + Enmetazobactam EXBLIEP : action BLSE mais d’action sur carbapénémases, à voir action de enmetazobactam par rapport à tazobactam car surveiller le risque d’émergence de résistance par autre mécanisme que BLSE.
* Autre molécule : sulbactam + durlobactam XACDURO® : évaluation à faire sur souches au CHU, action sur Acinetobacter
* Céfépime + zidebactam spectre : plutôt sur carbapénémases comme aztreonam+avibactam

**8/ Informations diverses (Alerte DGS méningocoque, ruptures, ..)**

* **Méningo :** [**bullnat\_infections\_invasives\_meningo\_20250219.pd**](file:///C:\Users\cchatron\Downloads\bullnat_infections_invasives_meningo_20250219.pdf)

Au CHU : 7 infections à Meningo depuis 1 an :

3 à sérotype B en 2025 1 en 2024

3 à W dont une arthrite

* **Cas de Botulisme au CHU**,

Circuit pour obtenir le BAT = sérothérapie = antitoxine botulique

Médicament en accès dérogatoire

Pas de dose d’avance dans les hôpitaux, tout est centralisé

* Rappel de bien savoir se servir de la carte e-CPS
* **Rifampicine**

Plus besoin du document pour le laboratoire SANOFI en intra CHU ni pour la ville

Autre proposition de discussion de Guillaume Laurichesse :

à propos de **l’antibiothérapie sur le Pyo** avec, notamment des Pyo dans les pathologies bronchiques, des utilisation de bithérapies.

Recommandation de monothérapie par betalactamine dans ce contexte.

Place de bithérapie avec FQ dans les bactériémies en prise en charge précoce si non couvert par beta lactamine.

C Richaud : l’éradication du Pyo n’est pas le critère qu’il faut chercher, il faut étudier la diminution de la fréquence des infections à Pyo

Place des macrolides comme antiinflmmatoire dans ce contexte ?

C Richaud : aerosolothérapie : utilisation pour les muco mais quid pour DDB ?

**Prochaine CAI le lundi 2 juin à 14h**

**Salle enseignement de la pharmacie**