

Zapping médical #9

LUTTER CONTRE LES INFECTIONS, C'EST NOTRE MISSION !

TAKE HOME MESSAGE

1. Hépatites virales : le VHC se guérit, le VHB se contrôle.

Le VHC est curable grâce aux antiviraux directs car il n'y a pas d'intégration génomique.

Le VHB reste le virus hépatique le plus contagieux et le plus oncogène, avec un risque de CHC même sans cirrhose. Penser à rechercher les Ac anti Delta chez tout patient porteur chronique d'un antigène HbS.

2. La PrEP est un outil global de santé sexuelle, pas seulement une "pilule anti-VIH".

Elle est indiquée dès qu'il existe un surrisque d'acquisition du VIH, notamment en contexte de précarité.

Elle peut être prescrite en ville comme à l'hôpital par des médecins et IDE formés. Toujours éliminer une infection VIH avant initiation et intégrer dépistage IST + vaccinations. Attention au risque rare mais grave de réactivation/hépatite B aiguë à l'arrêt chez les patients VHB+.

3. Pneumopathie aiguë communautaire non grave : on raccourcit la durée de l'antibiothérapie !

En 2026, 3 à 5 jours d'antibiothérapie suffisent souvent, avec réévaluation clinique à J3.

4. La vaccination adulte devient une stratégie personnalisée d'infectiologie préventive.

Penser notamment au méningocoque ACYW135, aux rappels post-chimiothérapie et aux vaccinations des patients fragiles.

Les vaccins vivants restent contre-indiqués en cas d'immunosuppression.

5. La cystite masculine existe... mais elle reste rare.

En cas d'infections urinaires répétées : ECBU à chaque épisode et avis urologique.

Les mêmes antibiotiques que chez la femme peuvent être utilisés dans certaines situations (hors AMM, indication à préciser sur l'ordonnance). Toujours penser aux IST et à rechercher une anomalie urologique sous-jacente.

6. L'antibiogramme ciblé urinaire est un outil de sobriété antibiotique. Il doit être adapté à la situation clinique qui doit être correctement renseignée sur la prescription microbiologique afin d'éviter les résistances inutiles.

7. Les arboviroses ne sont plus exotiques : elles deviennent un réflexe de médecine de ville, y compris en France métropolitaine.

Vigilance estivale et déclaration obligatoire sont nécessaires.

La dengue a une incubation courte et peut être grave.

Le chikungunya peut évoluer vers un rhumatisme inflammatoire chronique.

Le Zika expose à un risque tératogène.

Les PCR sont remboursées si réalisées dans les bons délais.

TBEV et West Nile restent rares mais peuvent atteindre le SNC.

8. Le pied diabétique :

Évaluer la gravité selon profondeur et extension de la plaie, signes généraux et atteinte osseuse.

Faire des prélèvements bactériologiques uniquement s'il existe des signes infectieux ; pas d'écouvillonnage systématique des ulcères chroniques.

Jamais d'antibiothérapie locale ! L'infection des tissus mous est une indication à débiter une antibiothérapie générale en urgence.

Une infection compliquée des tissus mous relève d'une chirurgie urgente.

9. Chez le patient d'oncologie, toute fièvre est une urgence potentielle. Une neutropénie fébrile n'a souvent pas de foyer évident et peut être paucisymptomatique.

Rechercher systématiquement les signes de gravité et une potentielle infection de PAC.

Les hémocultures gardent une place centrale dans la prise en charge.

10. La télésurveillance entre dans le quotidien des patients d'oncologie. C'est une prescription médicale remboursée qui améliore la détection précoce des complications, la coordination ville-hôpital et la prévention du risque infectieux chez les patients fragiles.

Et conclusion :

En 2026, l'infectiologie repose sur une idée simple : faire mieux avec moins.

Prévenir plutôt que guérir, raccourcir le traitement antibiotique sans perdre en efficacité, prescrire juste pour limiter effets secondaires, antibiorésistance et impact écologique — au bénéfice des patients comme du système de santé.