

Antibiorésistance Antibiothérapie responsable

Maisons-Alfort - 10 octobre 2019

Pratique de l'antibiothérapie en exercice rural : cas cliniques

Olivier FORTINEAU



sngtv
SOCIÉTÉ NATIONALE DES
GROUPEMENTS TECHNIQUES
VÉTÉRINAIRES

Encadrement réglementaire

→ Loi d'avenir agricole d'octobre 2014 modifie CSP

- Art. L. 5141-14-3. – « Le recours en médecine vétérinaire à des médicaments contenant une ou plusieurs substances antibiotiques est effectué dans le respect de recommandations de bonne pratique d'emploi destinées à prévenir le développement des risques pour la santé humaine et animale liés à l'antibiorésistance,.... »

→ Arrêté du 22 juillet 2015 définit les bonnes pratiques

- Art. 1er. – « Les bonnes pratiques d'emploi des médicaments contenant une ou plusieurs substances antibiotiques en médecine vétérinaire prévues à l'article L. 5141-14-3 du code de la santé publique auxquelles doivent se conformer les vétérinaires dans le cadre de l'exercice de la médecine et de la chirurgie des animaux, les ayants droit de la pharmacie vétérinaire mentionnés à l'article L. 5143-2 du code de la santé publique et les éleveurs ou détenteurs d'animaux sont décrites en annexe du présent arrêté. »



Bonnes pratiques de l'antibiothérapie

- Le prescripteur se donne les moyens d'un diagnostic pertinent,
- Le prescripteur évite tout traitement antibiotique inutile,
- Le prescripteur limite ses prescriptions d'antibiotiques critiques,
- Le prescripteur choisit un schéma thérapeutique en prenant en compte le risque de sélection et de diffusion de l'antibiorésistance



Fiches de recommandations de bonnes pratiques d'usage des antibiotiques .

Par filière et par maladie



sngtv
SOCIÉTÉ NATIONALE DES
GROUPEMENTS TECHNIQUES
VÉTÉRINAIRES

écoantibio2017

Réduire l'utilisation des antibiotiques vétérinaires :
diminuer, c'est possible

Des fiches de recommandations de bonnes pratiques d'usage des antibiotiques :

- Cadre : mesure 6 du plan Ecoantibio 2017
 - « Développer des guides de bonnes pratiques de la prescription d'antibiotiques »
- Fiches réalisées
 - En production animale par les commissions techniques de la SNGTV : PC VO LP BV OV CP
 - Lignes directrices définies
 - Plan commun conforme à la réglementation
- Relues par un GT de l'ANMV
- 37 fiches éditées



Pour chaque espèce

FILIÈRE PORCINE

Utilisations d'antibiotiques par filière

Volume d'utilisation d'antibiotiques

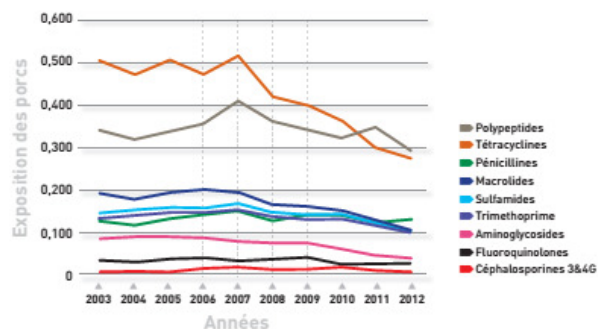
Évolution des ventes d'antibiotiques en production porcine sur 10 ans

Les données d'exposition présentées ci-dessous sont obtenues à partir des déclarations des ventes d'antibiotiques. En 2012, les porcs sont traités principalement avec des polypeptides, des tétracyclines, puis avec des pénicillines et des macrolides, viennent ensuite les traitements à base de sulfamides et triméthoprime, et les traitements à base d'aminoglycosides.

Les porcs sont principalement traités par la voie orale, les traitements antibiotiques via les prémélanges médicamenteux ont diminué au cours des dernières années, alors que les traitements sous forme de poudres ou solutions orales ont été de plus en plus utilisés.

Compte tenu des variations de la masse de porcs potentiellement consommateurs d'antibiotiques, l'exposition des porcs aux antibiotiques a diminué de 26,2 % sur les 5 dernières années et entre 2011 et 2012, l'exposition a diminué de plus de 10 %.

Après avoir fortement augmenté entre 2002 et 2007, l'exposition aux céphalosporines de dernières générations a stagné entre 2007 et 2010, et a diminué de 62,1 % entre 2010 et 2012 suite à la limitation de l'utilisation du ceftiofur et du cefquinome par la filière porcine. L'exposition aux fluoroquinolones a diminué de 24,7 % sur les 5 dernières années mais a augmenté de 11,3 % entre 2011 et 2012.



Évolution de l'exposition des porcs aux différentes familles d'antibiotiques entre 2003 et 2012

Résistances observées par filière

Résistances observées et leurs tendances

Résistance aux antibiotiques des bactéries pathogènes en filière porcine

Les données de résistance chez les bactéries pathogènes animales sont disponibles dans le rapport annuel du réseau Résapath. Chez le porc, un élément notable dans la maîtrise de l'antibiorésistance résulte du moratoire pris en 2011 sur l'usage des antibiotiques critiques que sont les céphalosporines de troisième et quatrième générations (C3G/C4G) (représentées par le ceftiofur) et les fluoroquinolones. Les premières observations de résistance au ceftiofur en élevage porcine en France ont été faites en 2005. Le taux atteint en 2012 (5% des souches d'*Escherichia coli*) reste faible par comparaison avec d'autres filières (volaille, notamment), et semble aujourd'hui sous contrôle. Une décroissance de la résistance aux fluoroquinolones d'*E. coli* a également été observée depuis 2010 (de 16% en 2010 à 11% en 2012).

Chez le porc, la majorité des antibiogrammes concernent *E. coli* (59 %), toutes maladies confondues. Les antibiotiques les plus fréquemment testés sont l'amoxicilline, le ceftiofur, la néomycine, la gentamicine, l'acide oxolinique, l'enrofloxacin, la tétracycline et l'association triméthoprime-sulfamides. Entre 2003 et 2010, la résistance des *E. coli* a augmenté pour tous ces antibiotiques, à l'exception des tétracyclines et de l'association triméthoprime-sulfamide. Néanmoins, les données 2011 et 2012 montrent un arrêt de cette tendance, sauf pour la gentamicine et l'amoxicilline.

Récemment, la résistance à la colistine a fait l'objet d'une attention certaine, notamment de la part des observateurs de la médecine humaine. Les données Résapath font état en France d'un taux de résistance inférieur à 1% chez les truies et de 2% chez les porcelets en 2012, après une variation de 5 à 10% entre 2007 et 2011. En Europe, les taux de résistance observés sur animaux sains sont inférieurs à 1%, et sensiblement supérieurs chez le porc malade (3% en Croatie, 9,6% en Belgique). Ces données plaident plutôt pour un faible taux de résistance malgré une forte utilisation de la colistine chez le porc. Cet usage doit rester néanmoins un point de vigilance en raison de la réhabilitation récente de cet antibiotique de dernier recours chez l'Homme.

Trois autres bactéries représentent chacune plus de 5% des antibiogrammes enregistrés par le Résapath en 2012 pour le porc : *Streptococcus suis* (12%), *Pasteurella multocida* (6%) et *Actinobacillus pleuropneumoniae* (6%). En 2012, aucun *S. suis* n'a été détecté résistant à l'amoxicilline, et plus de 90% des *S. suis* sont sensibles aux aminosides. En revanche, les taux de résistance de *S. suis* aux tétracyclines et aux macrolides-lincosamides sont élevés (autour de 75%). Les *P. multocida* isolées dans la filière porcine sont majoritairement sensibles aux antibiotiques les plus fréquemment testés. Aucun antibiogramme ne présente de résistance à l'association amoxicilline-acide clavulanique, au ceftiofur ou à l'enrofloxacin. Enfin, plus de 94% des *A. pleuropneumoniae* sont sensibles à la majorité des antibiotiques testés, à l'exception de la tétracycline (89%).

Un sujet emblématique de la filière porcine est celui des staphylocoques, notamment *Staphylococcus aureus*, dont certaines souches peuvent acquérir la résistance à la mécilline (SARM). Les SARM sont un sujet de première préoccupation chez l'Homme, et la transmission de SARM du porc à son éleveur a fait l'objet d'une mise en lumière médiatique considérable. *S. aureus* n'étant pas un pathogène majeur du porc, les données Résapath illustrent donc mal son niveau de résistance. En revanche, des études chez l'animal sain montrent de faibles niveaux de portage en France (autour de 3%), par comparaison avec d'autres pays européens. Toutefois, plusieurs éléments scientifiques suggèrent le rôle des tétracyclines et de l'oxyde de zinc dans la sélection des SARM. Au final, une attention particulière à ce sujet reste de rigueur.

Pour chaque maladie

→ Etat des lieux

- Contexte
- Pathogènes en cause
- Pratiques de traitement
- Utilisation d'antibiotiques et résistances observées

→ Recommandations pour le diagnostic et le traitement

- Approche diagnostique
 - comment préciser l'étiologie
 - description des analyses complémentaires
- Conduite à tenir pour le traitement :
 - traiter ou ne pas traiter ?
 - avec quel antibiotique ?
 - selon quel schéma de traitement ?
- Mesures complémentaires :
 - Alternatives (si elles existent : ex: ZnO)
 - Mesures préventives sanitaires : contrôler les facteurs favorisants / déclenchants / aggravants
 - Mesures préventives sanitaires : leviers alimentaires
 - Mesures préventives vaccinales



Etat des lieux

- **Quel est le contexte d'apparition de la maladie ?**
Introduit les facteurs de risque pour rappeler l'existence de maladies infectieuses, justifier le recours à l'antibiothérapie et envisager les mesures de prévention qui seront présentées ensuite ;
- **Quels sont les pathogènes en cause ?**
Rappelle les bactéries habituellement impliquées dans la maladie
- **Quelles sont les pratiques de traitement ?**
Indique ce qui se pratique actuellement
- **Quelles sont les résistances observées ?**
Présente l'état actuel de la résistance des bactéries pathogènes



Approche diagnostique

- **Comment préciser l'étiologie ?**

= décrit les éléments qui permettent au prescripteur d'acquérir la certitude d'être face à une maladie bactérienne : critères épidémiologiques, tests réalisables au chevet du malade, analyses de laboratoire, autres critères

- **Comment interpréter les analyses complémentaires ?**

= rappelle ce que le prescripteur peut attendre des résultats de laboratoire (à partir des analyses prévues dans le tableau précédent – introduction des notions de valeur prédictive négative et valeur prédictive positive quand elles sont connues)



Conduite du traitement

- **Traiter ou ne pas traiter ?**

= indique les critères de décision du recours à l'antibiothérapie (qui peut être systématique dans certaines circonstances où on est sûr d'être devant une maladie bactérienne nécessitant obligatoirement le recours aux antibiotiques)

- **Avec quel antibiotique ?**

= indique le nom des molécules, voire des familles d'antibiotiques, et en précisant quand c'est possible un ordre de priorité dans le choix (en parlant éventuellement de 1° intention et de 2° intention quand ces critères sont pertinents)

- **Selon quel schéma de traitement ?**

= individuel ou collectif (critères de décision)

= précise durée et voie d'administration (en prenant en compte l'aspect antibiorésistance)



Mesures préventives

→ Mesures préventives sanitaires

- contrôler les facteurs favorisants / déclenchants / aggravants = présente les mesures de prévention spécifiques à l'infection visée – *la nécessité de mesures générales de biosécurité est rappelée sans que ces mesures ne soient décrites de manière exhaustive*
- leviers alimentaires = aborde les différents compléments alimentaires utilisés dans la prévention des maladies infectieuses (acidifiants, pro/pré-biotiques, ...) – *en précisant si leur efficacité est documentée, ou si leur recommandation repose sur l'expérience du terrain et/ou des avis d'experts*

→ Mesures préventives vaccinales



Fiche 1 ► Limiter les pratiques de prescription à risques sur les porcelets en post-sevrage atteints de pathologies à *E. coli* (diarrhées, colitoxicose et œdème colibacillaire inclus)

But général

Limiter l'utilisation des antibiotiques critiques aux cas où cela est inévitable.

État des lieux

Une optimisation de l'usage des antibiotiques, avec lorsque cela est possible une réduction de leur usage.

Etat des lieux

Contexte

Aujourd'hui, quel que soit le système d'élevage, les porcelets subissent de nombreux changements au moment du sevrage : en particulier, séparation de la mère, passage d'une alimentation essentiellement lactée à une alimentation solide (avec un nouveau changement d'aliment 2-3 semaines après le sevrage), regroupement de différentes portées dans les salles de post-sevrage, changement de local d'élevage et donc d'ambiance. Aussi, la diarrhée colibacillaire de post-sevrage est une pathologie très fréquente et polyfactorielle. Elle frappe habituellement un grand nombre d'animaux (allure pseudo-épidémique). C'est une maladie bactérienne qui s'exprime à cet âge par la multiplication de colibacilles pathogènes au niveau intestinal, multiplication favorisée par un ou plusieurs des facteurs décrits ci-dessus.

Pathogènes en cause

Agents responsables

Différents types de colibacilles peuvent être isolés (F4, F5, F18, ..., K88, K85, K82...), avec des pathogénicités différentes à l'origine de signes cliniques pouvant aller de la diarrhée banale à la diarrhée profuse avec déshydratation rapide, en passant par de la mortalité brutale ou des signes méningés.

Pratiques de traitement

Les antibiotiques peuvent être utilisés pour le traitement des pathologies à *E. coli*, notamment pendant la période plus sensible du post-sevrage (soit peu de temps après sevrage compte tenu du stress lié au sevrage et du changement d'alimentation, soit après transition alimentaire).

Principales familles d'antibiotiques utilisées, par ordre d'importance estimée

→ **Pour les traitements par voie orale**

Les polypeptides (colistine) et les aminosides (néomycine, apramycine, spectinomycine); plus rarement les associations TMP-sulfamides, l'acide oxolinique ou la fluméquine.

→ **Pour les traitements par voie injectable**

Les fluoroquinolones (enrofloxacin, marbofloxacin), le florfenicol, la colistine (associée ou non avec amoxicilline ou ampicilline), plus rarement la gentamycine, les associations TMP-sulfamides, l'association lincomycine-spectinomycine.

- Utilisation fréquente des antibiotiques en systématique sur la phase du 1^{er} âge (et parfois du 2^{ème} âge, plus rarement de l'aliment starter).
- Traitement par injection des plus malades ou de cases entières avec des fluoroquinolones en métaphylaxie en cas d'urgence.
- Développement de résistances rapide vis à vis des aminosides, et émergence de résistances notamment à la colistine et aux quinolones.

Recommandations pour le diagnostic et le traitement

Approche diagnostique

Comment préciser l'étiologie ?

Approche diagnostique

En raison du fait de la sensibilité des animaux à ce stade physiologique (cf. contexte décrit ci-dessus), la présence de diarrhée dans cette classe d'âge est fortement évocatrice de diarrhée colibacillaire.

Utilisation des tests rapides de diagnostic

Pas de test disponible pour cette entité pathologique

Comment préciser l'étiologie ?

En ou sur porc

Autres

Description des analyses complémentaires

Description des analyses complémentaires

conditions d'expéditions ?)

Bactériologie sur animal mort à l'élevage ou vivant et malade et sacrifié au laboratoire

Nécessité de prélever au moins un animal semblant présenter des signes typiques de la maladie

Pas de possibilité de conserver le prélèvement si mortalité ou pathologie le week-end
Concernant l'isolement d'un colibacille, la présence d'une souche typable aura une valeur diagnostique quasi de certitude.

Dans le cas d'un isolement d'un *E. coli* non typable et sans recherche des facteurs de virulence, la valeur diagnostique sera à évaluer en fonction des autres critères et en particulier clinique et épidémiologique.

Écouvillons rectaux ou prélèvements de fèces

Prélever au moins deux sujets présentant des signes typiques de la maladie

Possibilité de conserver avec écouvillons avec matériel de transport (Amies charbon)
Concernant l'isolement d'un colibacille, la présence d'une souche typable aura une valeur diagnostique quasi de certitude.

Dans le cas d'un isolement d'un *E. coli* non typable et sans recherche des facteurs de virulence, la valeur diagnostique sera à évaluer en fonction des autres critères et en particulier clinique et épidémiologique.

Conduite à tenir pour le traitement

► Traiter ou ne pas traiter avec des antibiotiques ?

compte tenu du caractère aigu et de la contagiosité de la pathologie.

► Si oui avec quel antibiotique ?

Pour le traitement individuel

Un traitement anti-inflammatoire peut éventuellement être associé au traitement antibiotique :

1^{re} intention : amoxicilline, florfenicol, pénicilline-Strepto LA, tétracyclines

2^e intention : sur échec thérapeutique ou dans les cas cliniques où le délai d'attente des molécules de 1^{re} intention compromettent le respect de la conduite en bande : macrolides et apparentés, fluoroquinolones, céphalosporines (cf. consensus C3C4G)

A noter : les fluoroquinolones et les tétracyclines provoquent des lésions importantes au point d'injection jusqu'à 2 mois après injection.

Pour le traitement collectif

Par voie orale, en l'absence d'antibiogramme, les associations TMP-Sulfamides, les cyclines, l'amoxicilline sont les traitements de 1^{re} intention.

En cas d'échec ou de rechute, un traitement de 2^e intention aux macrolides ou apparentés peut être initié sans examen complémentaire préalable.

► Selon quel schéma de traitement ?

Traitement précoce dès les premiers symptômes (baisse de consommation, mortalité, quelques toux frustes) : quand la morbidité est inférieure à 5 %, un traitement injectable individuel est réservé aux animaux malades ; quand la morbidité est plus élevée (+ saignées + éventuellement mortalité), un traitement collectif est nécessaire du fait du caractère aigu et de l'allure épidémiologique, associé à un traitement individuel des plus malades.

Dans les élevages à pathologie récurrente, un traitement systématique par voie orale peut s'avérer incontournable. Dans ce cas, il devra être réévalué au minimum deux fois par an.

L'utilisation des fluoroquinolones doit être réservée au traitement individuel ou à la métaphylaxie uniquement lorsque l'antibiogramme ne présente pas d'autres sensibilités.

L'usage des céphalosporines est autorisé sur les formes aiguës en fin d'engraissement (cf. consensus C3C4G).

Ces différents points sont repris dans le diagramme de traitement, mis en annexe.

► Quelles sont les alternatives et/ou les mesures complémentaires ?

Alternative

Prévention des contaminations verticale et horizontale par des mesures zootechniques et/ou vaccinales en adaptant les schémas vaccinaux en fonction de la configuration de l'élevage et de la circulation du germe.

Mesures préventives sanitaires

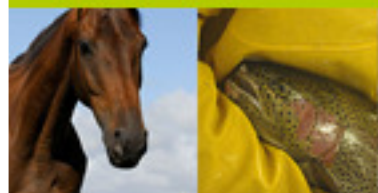
Contrôler les facteurs favorisants / déclenchants / aggravants

→ Animal et microbisme

- Pathologies intercurrentes : mycoplasme, circovirose, grippe, SDRP, rhinite...
- Gestion de l'introduction des reproducteurs
- Multiples origines de porcelets pour les élevages post-sevrage et engraissement

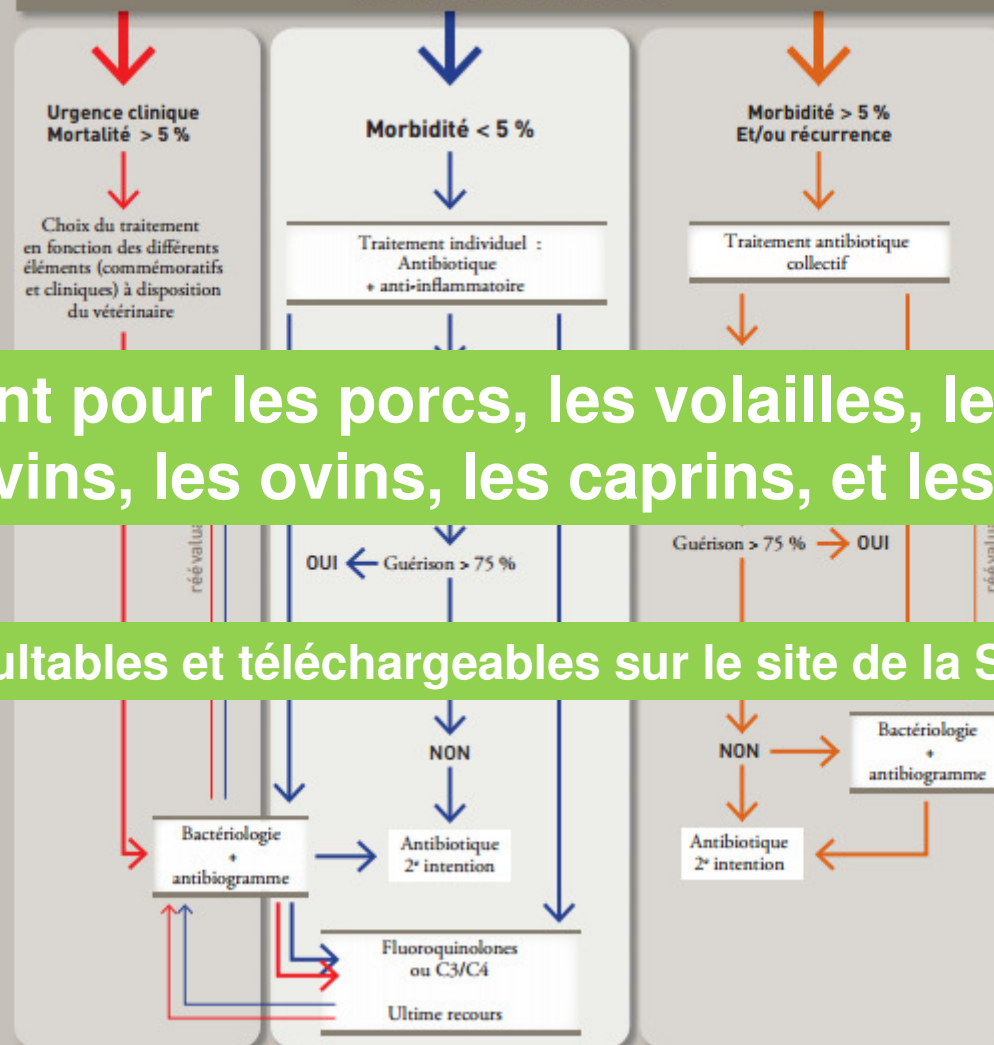
→ Conduite et bâtiment

- Conditions d'accueil : respect des densités, température ambiante, humidité, courants d'air (cf. GBPH)
- Mauvaise maîtrise de la ventilation : sous-ventilation...
- Absence de lavage désinfection entre chaque bande
- Absence de rigueur dans la conduite en bandes
- Mauvaises pratiques de biosécurité interne et externe
- Stress divers



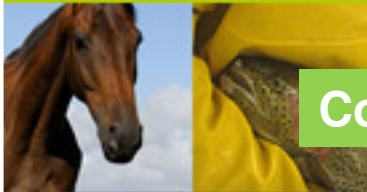
ANNEXE Arbre décisionnel de traitement

ACTINOBACILLOSE



Existents pour les porcs, les volailles, les lapins, les bovins, les ovins, les caprins, et les abeilles

Consultables et téléchargeables sur le site de la SNGTV



Diagnostic et prescription



sngtv
SOCIÉTÉ NATIONALE DES
GROUPEMENTS TECHNIQUES
VÉTÉRINAIRES

Le diagnostic : acte médical

- Un diagnostic étiologique le plus précis et le plus complet constitue le 1^{er} objectif
- Notion d'urgence
- Origine bactérienne ou non bactérienne?
- Traitement individuel ou non?
- Conclu par une prescription



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

- **Elevage bovin allaitant, race charolaise, 80 vêlages dans l'année**
- **Eleveur performant, bâtiment correct, légère surcharge en animaux**
- **Protocole de vaccination contre les diarrhées néonatales depuis 2 ans**
- **Déjà 40 vêlages depuis le début de la saison, sans aucun veau malade**



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

- Appel téléphonique le 12 janvier à 7h00
- « J'ai un veau qui ne se lève plus »
- Apparition brutale, en forme la veille en soirée
- Nouveau-né de 4 jours



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

- **Hyperthermie (40.4°C)**
- **Déshydratation ++, muqueuses congestives**
- **Tachycardie (150/mn), tachypnée (60/mn)**
- **Réflexe de succion diminué**
- **Lever impossible sans assistance**
- **Extrémités froides**
- **Pas de trace de coup ou de blessure**
- **Base de la queue souillée**



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

- Age du nouveau-né : 4 jours
- Apparition brutale des symptômes
- Signes de septicémie (test URISCREEN inutile)
- Urgence du traitement (pronostic vital)



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

- Diagnostic : septicémie d'origine bactérienne avec pronostic vital engagé
- Antibiotiques oui ou non ?



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

- **Prescription d'antibiotiques par voie parentérale associés à la fluidothérapie et autres traitements adjuvants (AINS, lactoferrine peroxydase, ...)**
- **Un prélèvement de fèces est effectué pour analyses (épidémiologie troupeau)**



Cas clinique 1 : veau nouveau-né

Conclusion :

- **L'usage individuel des antibiotiques doit être justifié par une approche diagnostique la plus précise possible**
- **Des analyses complémentaires peuvent servir de « base de données » sur le troupeau**



Cas clinique 2 : truies

- Appel le 18 août à 11h00
- « une truie urine du sang »
- Eleveur qui fait rarement appel au vétérinaire de proximité
- Caractère urgent de l'appel (ce n'est pas le premier cas)



Cas clinique 2 : truies

- **Truie en maternité depuis 20 jours**
- **Baisse d'appétit depuis 48 heures**
- **Légère hyperthermie (39°C), tachycardie, pâleur des muqueuses**
- **Hématurie sévère, avec dépôts dans les urines**
- **Prélèvement d'urine pour bactériologie (isolement bactérien et antibiogramme)**



Cas clinique 2 : truies

- **Bandelettes urinaires sur l'ensemble des truies en maternité**
- **20% de tests défavorables**
- **Résultats de bactériologie sur urine :**
 - ***E. coli* avec antibiogramme**



- Diagnostic cystite à colibacille
- Antibiotique ou non



Cas clinique 2 : truies

- **Traitement individuel des truies avec des signes cliniques avancés : illusoire**
- **Traitement des truies avec un « test positif » ?**
- **Traitement de toutes les truies en maternité ?**
- **Traitements alternatifs (hygiène, acidifiants...)?**



Cas clinique 2 : truies

Conclusion :

- **Le diagnostic est posé, la question est de savoir quel(s) animal(aux) soigner**
- **Le bon usage de l'antibiothérapie doit se raisonner sur le troupeau**



Cas clinique 3 : vache laitière

- **Elevage Prim'Holstein de 85 VL**
- **Production moyenne : 10.500 litres**
- **Bâtiment de 10 ans, logettes sur caillebottis**
- **Eleveur sérieux, en recherche de conseil**



Cas clinique 3 : vache laitière

- Appel le 25 octobre à 9h00
- « fièvre, baisse brutale de lait »
- Vache de 4 ans, vêlée il y a 5 semaines
- Premier contrôle à 45 litres
- Pas d'autres cas dans l'élevage



Cas clinique 3 : vache laitière

- **Hyperthermie (40.2°C), toux légère**
- **Léger jetage transparent**
- **Tachypnée (40/mn), tachycardie (70/mn)**
- **Sifflements à l'inspiration**
- **Diminution d'ingestion des concentrés (6,5 kg au lieu des 8 kg autorisés)**
- **Baisse significative de la production (22 litres le soir et 15 litres ce matin)**



→ Bronchopneumonie
= origine virale ou bactérienne ?

→ Antibiotiques



Cas clinique 3 : vache laitière

- **Apparition brutale de la maladie**
- **Cas individuel**
- **Surveillance facile de l'état de l'animal (VL), de son appétit (DAC) et de sa production (compteurs à lait)**



Cas clinique 3 : vache laitière

- **Traitement uniquement avec AINS et bronchodilatateurs**
- **Prise de température et surveillance de l'état général par l'éleveur**
- **Si nécessaire, évaluation du traitement le lendemain par le vétérinaire**



Cas clinique 3 : vache laitière

Conclusion :

- **En présence d'une infection individuelle, avec surveillance effective de l'état de santé de l'animal, une antibiothérapie de première intention peut être évitée**



Cas clinique 4 : vache laitière

- Nombre de vaches en moyenne : 55
- Stabulation libre paillée en pente
- Hygiène de traite :
 - absence de prétrempage,
 - pulvérisation mal conduite
- Etat de propreté des vaches : 3 à 4 (sales !)
- Bilan sanitaire et Protocoles de soins
 - Traitement en lactation :
 - Première intention : association kanamycine/céfalexine



Cas clinique 4 : vache laitière

- **Le nouvel associé du GAEC A fait part d'échecs de traitement des mammites en lactation**
- Il demande des traitements plus « forts » par voie locale
 - Il pose la question de l'association systématique de la voie générale en première intention
 - Et surtout il veut savoir quels antibiotiques injecter à la vache 0254 qui a déjà été traitée 3 fois et qui a « toujours des cailles »



Cas clinique 4 : vache laitière

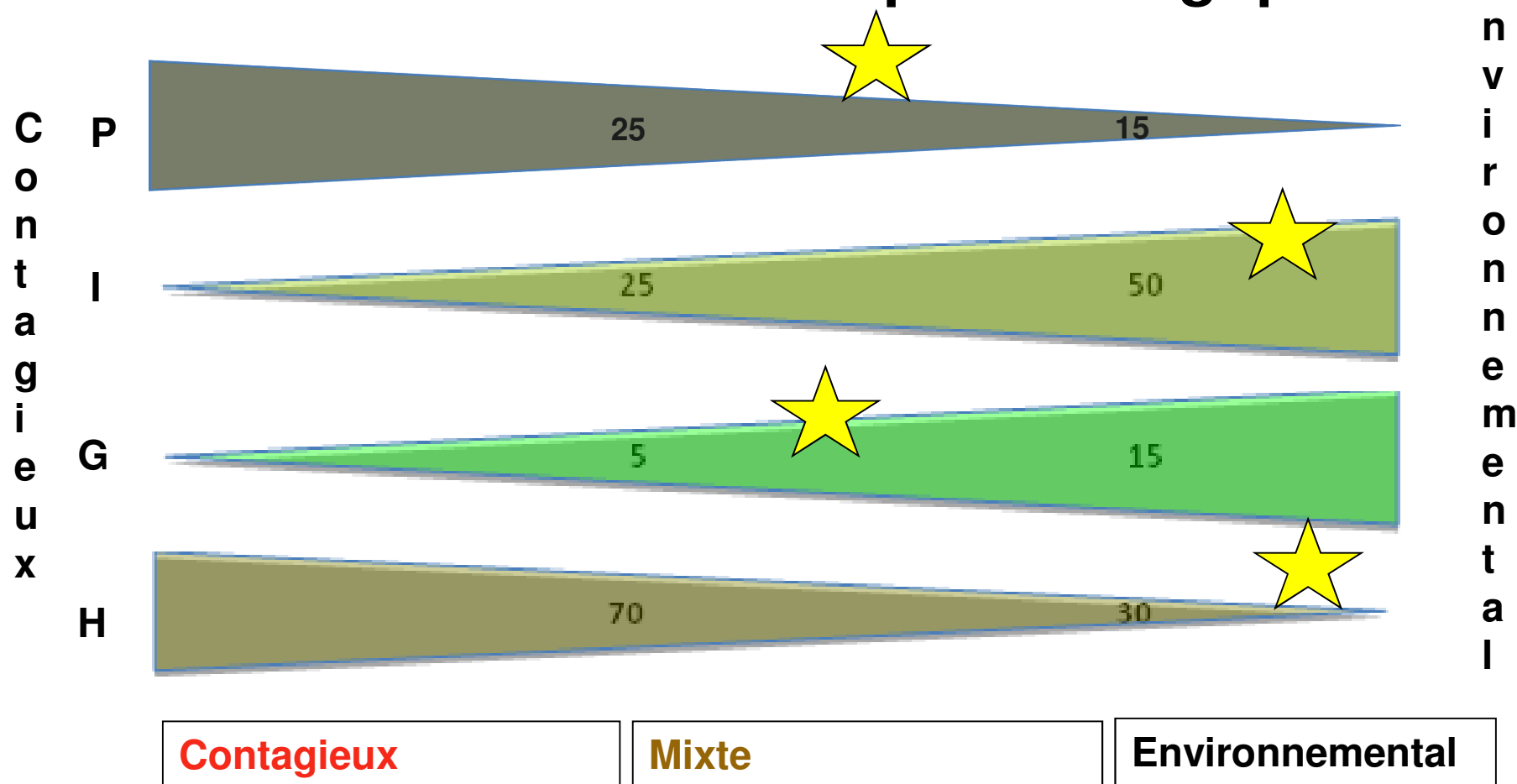
- Evaluation de la guérison « bactériologique » en première intention : % de cas dont la CCI < 300 000 entre J30 et J60 après traitement de l'épisode clinique : **76,4 %**

Niveau de guérison	% cas avec CCI passant $\leq$ 300 000 cell./mL
Très élevé	> 75
Elevé	entre 60 et 75
Moyen	entre 50 et 60
Faible	< 50



Cas clinique 4 : vache laitière

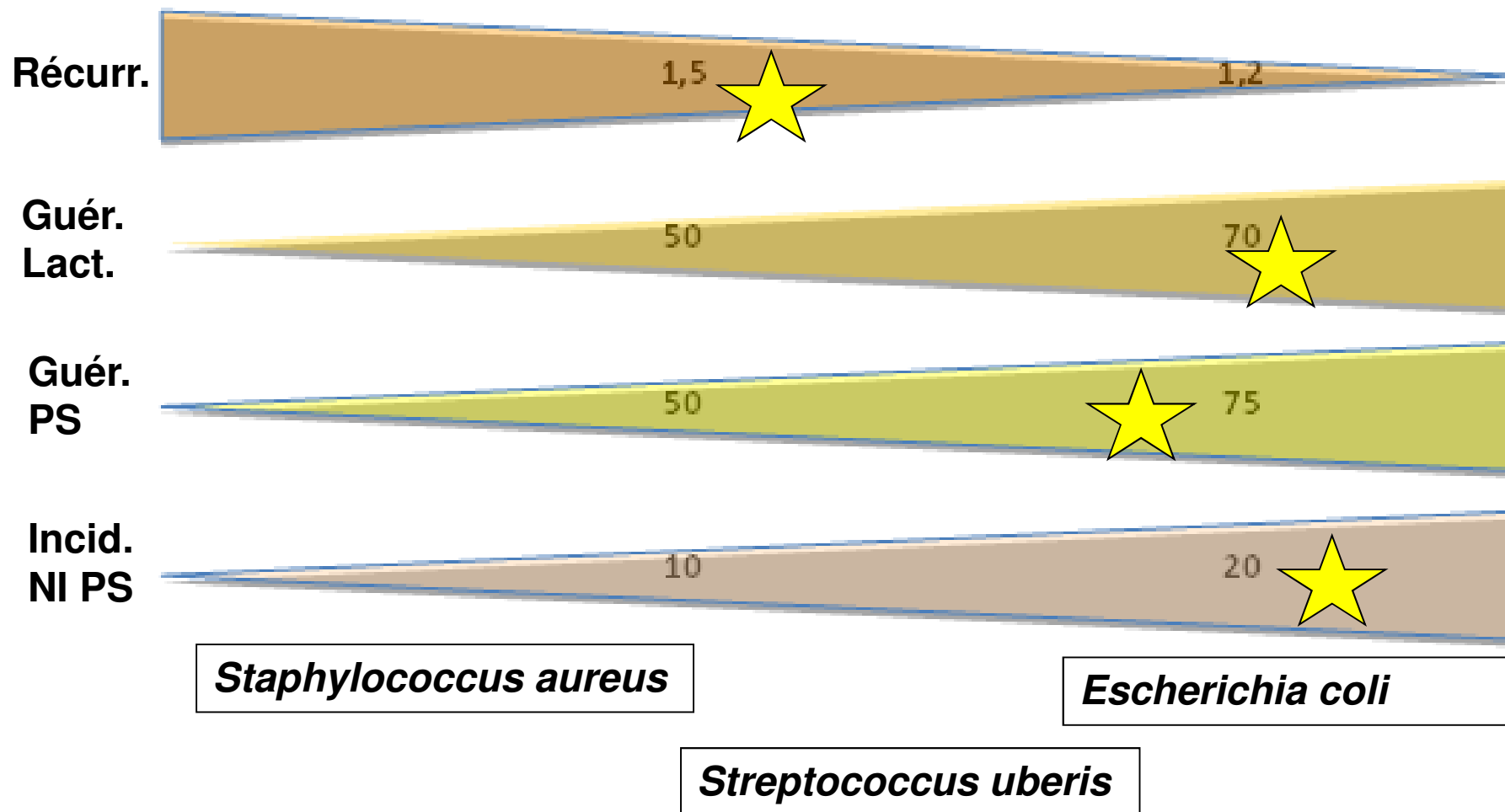
Détermination du modèle épidémiologique



Source: formation SNGTV : Diagnostic des mammites

Cas clinique 4 : vache laitière

Détermination du sous-modèle épidémiologique



Source: formation SNGTV : Diagnostic des mammites



- Diagnostic (suspicion étiologique étayée) :
Streptococcus uberis et/ou *Escherichia coli*
- Antibiotique voie générale / locale ?



Cas clinique 4 : vache laitière

Traitement de première intention

→ Privilégier la voie locale :

- Gaec A : compte-tenu des espèces identifiées, on garde le choix du large spectre

→ Pas de traitement par voie générale

- A réserver aux bactéries pouvant provoquer des septicémies (colibacilles) : appel du vétérinaire en cas de signes cliniques « généraux »



Cas clinique 4 : vache laitière

Traitement de seconde intention

→ Préconisation :

- faire un prélèvement aseptique de lait lors du début du premier épisode clinique pour un examen bactériologique au début du second épisode clinique

→ Prescription:

- Selon résultat de l'isolement bactérien
- A défaut, Gram+ orientation *Streptococcus uberis* : pénicilline G par voie locale



Cas clinique 4 : vache laitière

ET LE TRAITEMENT DE LA 0254 ?

→ Pas de traitement de troisième intention

→ Tarissement du quartier



Cas clinique 4 : vache laitière

Conclusions :

- **Evaluer la guérison avant de modifier le protocole de traitement**
- **Cibler l'antibiothérapie**
- **En présence d'une infection incurable une antibiothérapie inutile peut être évitée**



Conclusion des cas cliniques

- **Cas clinique 1 : savoir traiter vite**
- **Cas clinique 2 : savoir choisir les animaux à traiter**
- **Cas clinique 3 : savoir attendre**
- **Cas clinique 4 : savoir adapter sa prescription – savoir ne pas traiter**

