

# Il faut agir rapidement!

par Glen Brown

L'un des défis perpétuels de l'exercice de la pharmacie en milieu de soins de courte durée est la nécessité de répondre rapidement aux besoins pharmacothérapeutiques des patients. On reproche souvent aux services de pharmacie et à leurs pharmaciens d'être lents à fournir les médicaments et à prodiguer les services professionnels. Certes, tout administrateur de pharmacie, pharmacien ou technicien en pharmacie est en mesure d'apprécier le côté humanitaire lié au fait de fournir certains médicaments rapidement, comme des analgésiques dans le cas de patients souffrants. En revanche, dans d'autres cas, les services de pharmacie et leur personnel ne sont pas toujours en mesure d'apprécier l'importance de fournir rapidement des médicaments. En tant que fournisseurs de soins de santé, nous devons organiser nos systèmes et nos méthodes de travail de façon à répondre aux besoins de nos patients. En effet, de plus en plus de données nous montrent que si nous sommes incapables de satisfaire cette norme, les patients en feront les frais.

Le besoin de fournir et d'administrer rapidement la bonne quantité du bon médicament est intuitivement de la plus grande importance dans le cas d'affections qui évoluent rapidement vers la morbidité ou la mortalité. Or, les services de pharmacie et les établissements de santé dans l'ensemble ont mis de l'avant des méthodes permettant de fournir rapidement des médicaments aux patients qui sont en arrêt cardiaque ou respiratoire. Cependant, d'autres situations tout aussi potentiellement fatales exigent une planification similaire. Par exemple, la morbidité et la mortalité associées à la méningite bactérienne sont directement liées à la rapidité du traitement. En effet, des chercheurs du Minnesota ont observé que l'issue de la méningite était plus favorable chez les patients qui étaient traités rapidement aux urgences que ceux qui recevaient leur traitement seulement une fois hospitalisés, avec un délai moyen pour amorcer l'antibiothérapie respectivement d'une

heure plutôt que de six heures suivant l'arrivée du patient<sup>1</sup>. Dans une étude plus récente, des chercheurs français ont noté une différence dans l'issue de la méningite à pneumocoques chez les patients qui avaient reçu leur première dose d'antibiotique dans les trois heures suivant leur arrivée à l'hôpital, comparativement à ceux dont le traitement était tardif<sup>2</sup>.

Le choc septique constitue une autre situation associée à une morbidité et à une mortalité importantes. Les recommandations actuelles précisent qu'il faut amorcer l'antibiothérapie dans l'heure qui suit le diagnostic d'une sepsie grave<sup>3</sup>. Cette recommandation a été validée récemment par des chercheurs canadiens, qui ont évalué l'incidence de l'administration tardive d'un traitement sur la survie des patients présentant une sepsie grave<sup>4</sup>. Les chercheurs ont évalué le moment de l'administration de l'antibiothérapie initiale chez 2731 patients présentant un choc septique (défini comme une hypotension persistante, avec une tension diastolique moyenne inférieure à 65 mm Hg ou une tension systolique moyenne inférieure à 90 mm Hg ou encore à une chute de la tension systolique de plus de 40 mm Hg par rapport aux valeurs de base, malgré une réanimation liquidienne adéquate). À partir du moment où l'hypotension se manifestait, le taux de survie moyen a diminué de 7,6 % pour chaque heure écoulée avant l'administration de l'antibiothérapie. Cette tendance se maintenait jusqu'à six heures de retard. Les conséquences de tout retard d'administration d'antibiotiques semblent saisissantes, car un retard d'administration d'aussi peu que trois heures peut résulter en une augmentation de la mortalité de 20 % ou plus.

La mise à disposition d'une pharmacothérapie sûre à des patients dans une période de temps aussi courte pose de véritables défis. Il peut être facile d'avoir tous les médicaments disponibles au point d'intervention en tout temps (c.-à-d. des stocks importants au commun)<sup>5</sup>. En revanche, cette solution court-circuite le pharmacien et

donc l'occasion pour celui-ci d'évaluer toute contre-indication potentielle (comme des allergies connues ou des interactions médicamenteuses associées aux autres médicaments prescrits ou à des affections) et d'assurer la pertinence du traitement, en tenant compte du foyer d'infection, des caractéristiques du patient et de la sensibilité de l'agent pathogène au sein d'un établissement donné. De plus en plus de données dans la littérature suggèrent que l'administration d'une antibiothérapie ayant un spectre d'action adéquat dans le traitement de patients en phase critique constitue un déterminant important de l'issue de la maladie<sup>5,6</sup>. De même, le pharmacien peut aider à s'assurer que la dose initiale de l'antibiotique est suffisante pour entraîner des concentrations tissulaires adéquates.

Un autre défi est d'organiser les services de pharmacie de façon à permettre de prodiguer aux patients les soins à toute heure du jour, à longueur d'année. Je doute qu'il y ait un seul service de pharmacie hospitalière au Canada qui puisse assurer aux patients la permanence d'un pharmacien pour évaluer leur médication dans les 15 minutes (comme pour les médicaments devant être administrés « stat »). Pour être en mesure d'offrir des services aussi complets, il faudrait trouver des façons ingénieuses de mettre à profit les pharmaciens de façon prospective et simultanée à l'instauration des pharmacothérapies critiques. Beaucoup de nos collègues en pharmacie acceptent de relever ces défis et cherchent à trouver les obstacles et les solutions à ces retards dans la prestation des soins<sup>7,8</sup>.

Je vous invite à vous questionner lors de votre prochaine réunion de service à savoir si votre service de pharmacie est en mesure de fournir des traitements critiques à des patients gravement malades dans une période de temps qui permet d'optimiser l'issue de la maladie. Dans la négative, il faudra y travailler. C'est peut-être une question de vie ou de mort.

#### References

1. Miner JR, Heegaard W, Mapes A, Biros M. Presentation, time of antibiotics, and mortality of patients with bacterial meningitis at an urban county medical center. *J Emerg Med* 2001;21:387-392.

2. Auburtin M, Wolff M, Charpentier J, Varon E, Le Tulzo Y, Girault C, et al. Detrimental role of delayed antibiotic administration and penicillin-nonsusceptible strains in adult intensive care unit patients with pneumococcal meningitis: the PNEUMOREA prospective multicenter study. *Crit Care Med* 2006;34:2758-2765.
3. Dellinger RP, Carlet JM, Masure H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2004;32:858-873. Erratum in: *Crit Care Med* 2004;32:1448. Correction of dosage error in text. *Crit Care Med* 2004;32:2169-2170.
4. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med* 2006;34:1589-1596.
5. Kollef MH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ. Inadequate antimicrobial treatment of infections. A risk factor for hospital mortality among critically ill patients. *Chest* 1999;115:462-474.
6. Harbarth S, Garbino J, Pugin J, Romand JA, Lew D, Pittet D. Inappropriate initial antimicrobial therapy and its effect on survival in a clinical trial of immunomodulating therapy for severe sepsis. *Am J Med* 2003;115:529-535.
7. Natsch S, Kullberg BJ, Meis JFGM, van der Meer JWM. Earlier initiation of antibiotic treatment for severe infections after interventions to improve the organization and specific guidelines in the emergency department. *Arch Intern Med* 2000;160:1317-1320.
8. Vogtlander NPJ, van Kasteren MEE, Natsch S, Kullberg BJ, Hekster YA, van der Meer JWM. Improving the process of antibiotic therapy in daily practice. Interventions to optimize timing, dosage adjustment to renal function, and switch therapy. *Arch Intern Med* 2004;164:1206-1212.

---

**Glen Brown**, B. Sc. Pharm., Pharm. D., FCSHP, BCPS, est chef des services paramédicaux, Service de pharmacie, Providence Health, à Vancouver, en Colombie-Britannique. Il est également rédacteur adjoint du *JCPH*.

#### Adresse de correspondance :

D<sup>r</sup> Glen Brown  
Pharmacy Department  
St Paul's Hospital  
1081 Burrard Street  
Vancouver (C.-B.)  
V6Z 1Y6

**courriel** : [gbrown@providencehealth.bc.ca](mailto:gbrown@providencehealth.bc.ca)

