

# Antibiothérapie curative

Protocoles et fiches techniques, version 1.  
01/01/2016

Commission des anti-Infectieux.  
Rédacteur : Dr Th Levent, equipe Mobile d'Antibiothérapie.

## Sommaire

	Pages
<b>1. Prise en charge des infections intra-abdominales</b>	<b>4-9</b>
1.1. Péritonites communautaires,	5
1.2. Péritonites nosocomiales	6
1.3. Quand utiliser un antifongique ?	7
1.4. Autres situations cliniques dont salpingites	8
1.5. Infection à <i>Clostridium difficile</i> .	9
<b>2. Prise en charge des infections urinaires</b>	<b>10-16</b>
2.1. Situations cliniques courantes	11
2.2. Pyélonéphrite documentée à ELSE	12
2.3. Cystite documentée à BLSE	13
2.4. Traitement des effets secondaires aux instillations endo-vésicale de BCG.	14
2.5. Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires associées aux soins (IUAS).	15-16
<b>3. Prise en charge des infections respiratoires</b>	<b>17</b>
3.1. Pneumonie	18
2.2. BPCO	19
<b>4. Prise en charge des infections peau et tissus mous</b>	<b>20</b>
<b>5. Sepsis sans porte d'entrée</b>	<b>21</b>
<b>6. Prophylaxie de l'endocardite</b>	<b>22</b>
<b>7. Prise en charge des infections vasculaires</b>	<b>23-26</b>
7.1. Stratégie d'utilisation des antibiotiques	24
7.2. Les schéma thérapeutiques	25
7.3. La durée du traitement	26
<b>8. Prise en charge des infections ostéo-articulaires</b>	
<b>9. Bon usage des antibiotiques critiques</b>	<b>27-27</b>
5.1. Les bêta-lactamines	28-29
5.2. Les fluoroquinolones	30
5.3. Les antibiotiques de dernier recours	31
<b>10. Vaccination chez le splénectomisé</b>	<b>32</b>

Guide largement inspiré du document ci-dessous :

<http://www.infectio-lille.com/Antibiotiques/atb-mini-tourcoing.pdf>

## Rappels des bonnes pratiques

---

- ✓ Traiter rapidement les sepsis sévères et les chocs septiques,
- ✓ Savoir ne pas mettre d'antibiotiques en l'absence d'infection bactérienne,
- ✓ Désescalader rapidement pour adapter la prescription aux données bactériologiques,
- ✓ Réévaluer toute prescription à la 48<sup>e</sup>-72<sup>e</sup>h,
- ✓ Limiter la durée des traitements
- ✓ Toute prescription doit être argumentée dans le dossier médical.
- ✓ Toute antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours doit être argumentée et doit faire l'objet d'une évaluation et d'une discussion avec le référent en antibiothérapie

## 1. Prise en charge des infections intra-abdominales (IIA) et génitales.

1. [http://www.infectiologie.com/site/medias/\\_documents/ATB/info-antibio/info-antibio-2014-12-02.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/ATB/info-antibio/info-antibio-2014-12-02.pdf)
2. [http://www.sfar.org/\\_docs/articles/RFESFAR2014-Priseenchargedesinfectionsintra-abdominales.pdf](http://www.sfar.org/_docs/articles/RFESFAR2014-Priseenchargedesinfectionsintra-abdominales.pdf)
3. <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=9>

## Fiche technique 1.1 : Péritonites communautaires.

### Remarques générales :

Le spectre doit toujours couvrir les anaérobies. Une désescalade est recommandée à la réception des prélèvements peropératoires.

### Schémas thérapeutiques

Tableaux cliniques	Molécules	Durées
<b>Sans sepsis grave</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Augmentin® + Gentalline®</li><li>C3G injectables* + Flagyl®</li><li>Si allergie Tavanic® + Gentalline® + Flagyl®</li></ul>	<b>IIA localisée : 2-3j</b> <b>IIA généralisée : 5-7j</b>
<b>Sepsis grave ou choc</b>	Tazocilline® + Gentalline®	

\*Claforan®, Rocéphine®

### Posologies et modalités d'administration

Molécule	Posologie
Augmentin	1-2g IV/8h
Gentalline	5-8 mg/kg en perfusion lente de 30 mn 48-72H
Claforan	1-2g/ 8h
Rocéphine	1-2g/j en une injection
Tavanic	500 mg/12h (perfusion lente de 60 mn)
Flagyl	500 mg/8h
Tazocilline	4g en sap de 4h toutes les 8-6h

## Fiche technique 1.2 : Péritonites nosocomiales.

### Remarques générales :

Le spectre doit toujours couvrir les anaérobies. Une désescalade est recommandée à la réception des prélèvements per-opératoires.

### Schémas thérapeutiques

Tableaux cliniques	Molécules	Durées
<b>TT probabiliste</b>	Tazocilline® + Amiklin® (si signes de gravité)	<b>5-15j</b>
<b>Sepsis grave</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tazocilline® + Amiklin®</li><li>Carbapénèmes* + Amiklin® si 2FR de BMR</li></ul>	
<b>Choc septique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tazocilline® + Amiklin®</li><li>Carbapénèmes* + Amiklin® si 1FR de BMR</li></ul>	

· \*Tiénam® ou Méronème®.

· !! Invanz® contre-indiqué car efficacité moindre sur certaines BMR

#### Facteurs de risque de BMR :

1. Traitement dans les 3 mois par une C3G ou une fluoroquinolone,
2. Isolement d'une EBLSE ou d'un *P. aeruginosa* résistant au Tiénam®
3. Hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois,
4. Vie en EHPAD/SLD ET sonde urinaire à demeure ou gastrostomie,
5. Echec de traitement par C3G, fluoroquinolones ou Tazocilline®
6. Récidive précoce (<15j) d'une infection traitée pendant au moins 3J par Tazocilline®

### Posologies et modalités d'administration

Molécule	Posologie
Amiklin	20-25 mg/kg en perfusion lente de 30 mn 48-72H
Tiénam	1g/ 6-8h (perfusion lente de 60 mn)
Méronème	1g/12h (perfusion lente de 30 mn)

## Fiche technique 1.3 : quand utiliser un antifongique ?

- Contre-indiqués dans les IIA communautaires sauf si sepsis grave ou choc septique,
- Indiqués si au moins 3 facteurs de risque suivants :
  - ✓ Défaillance hémodynamique,
  - ✓ Sexe féminin,
  - ✓ Chirurgie sus-mésocolique,
  - ✓ Antibiothérapie depuis plus de 48h.
- Indiqués en cas d'isolement au direct ou en culture sur prélèvement per-opératoire. Le Cancidas® est préconisé en cas de FR de souche Fluconazole –R ou sepsis grave/choc septique.

### Posologies et modalités d'administration

Molécule	Posologie
Triflucan	J1: 800 mg en une injection de 60 mn A partir de J2 : 400 mg/J en une injection de 60 mn
Cancidas	< 80 kg : 70 mg à J1 puis à partir de J2, 50 mg/j > 80 kg : 70 mg En une injection de 60 mn

## Fiche technique 1.4 : autres situations cliniques

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
<b>Sigmoidite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatoire : Augmentin® 1-2g/8h</li> <li>Chirurgie : Claforan® 1-2g/8h + Flagyl® 500 mg IV/8h<sup>±</sup> gentalline 5 mg/kg/j</li> <li>Allergie BL : Dalacine® 600 mg/8h + gentalline 5 mg/kg/j</li> </ul>	7-14j gentalline 3j
<b>Cholécystite (1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rocéphine® 2g/j + Flagyl® 500 mg IV/8h<sup>®</sup></li> </ul>	(1) 5-7j
<b>Angiocholite (2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergie BL : Oflocet 200 mg/8h + Flagyl® 500 mg IV/8h<sup>® ±</sup> gentalline 5-7 mg/kg/j</li> </ul>	(2) 10-14j
<b>Abcès hépatique (3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tazocilline 4g /6-8h + Amiklin 20 mg/kg/j</li> </ul>	(3) 6 semaines
<b>Angiocholite post-CPRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tazocilline 4g /6-8h + Amiklin 20 mg/kg/j</li> </ul>	
<b>ILA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Claforan 1-2g/8h en probabiliste, adaptation selon antibiogramme</li> </ul>	10j
<b>Pancréatite sans infection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'antibiotique</li> </ul>	
<b>Pancréatite avec infection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Claforan® 1-2g/8h + Flagyl® 500 mg IV/8h<sup>±</sup> gentalline 5 mg/kg/j</li> <li>Drainage chirurgical à discuter</li> </ul>	14j
<b>Salpingite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rocéphine® 1g/j + Flagyl® 500 mg IV/12h<sup>®</sup> + Doxycycline 100 mg/12h</li> </ul>	14j

## Fiche technique 1.5 : Infection à *C. difficile*.

En cas de suspicion de diarrhées à Cd, demander au laboratoire une recherche de GDH (Glutamate déshydrogénase). Si celle-ci est positive, une PCR sera réalisée systématiquement dont l'objectif est de confirmer le caractère toxigène de la souche.

### Le traitement.

#### 1. S'il s'agit d'un premier épisode d'infection à CD :

Cas de sévérité légère à modérée	Métronidazole per os 500 mg /8h pendant 7 à 14 j
Cas sévères ou contre-indication ou échec après 3 à 5j de métronidazole	Vancomycine per os 250 mg /6h pendant 14 j
Présence d'un iléus ou d'un mégacôlon	Vancomycine Per os 250 mg/6h (tube naso-gastrique) + Métronidazole IV 500 mg/8h

#### 2. S'il s'agit d'une première récurrence :

Si réponse au métronidazole lors du 1er épisode	Métronidazole Per os 500 mg /8h pendant 10-14 j
Si échec du métronidazole lors du 1er épisode	Vancomycine Per os 250 mg /6h pendant 10-14j

#### 3. S'il s'agit de récurrences multiples :

Schéma 1 : Traitement séquentiel doses dégressives	Vancomycine Per os 250 mg /6h pendant 7j
	Puis Vancomycine Per os 250 mg /12h pendant 7j
	Puis Vancomycine Per os 250 mg /48h pendant 7j
	Puis Vancomycine Per os 250 mg /72h pendant 14j
Schéma 2 : Difclir® cp à 200 mg	1 cp/12h pendant 10j

## 2. Prise en charge des infections urinaires.

1. [http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections\\_urinaires-court.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf)
2. <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=9>
3. Saint.F. Prévention et traitement des effets indésirables associés aux instillation endo-vésicale de BCG. Progrès en urologie (2006), 16, 780-785.
4. [http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2015-RPC-infections\\_urinaires\\_associees\\_aux\\_soins.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2015-RPC-infections_urinaires_associees_aux_soins.pdf)

## Fiche technique 2.1 : situations cliniques courantes.

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
<b>Cystite simple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° choix : Fosfocine® : 1 sachet</li> <li>• 2° choix : Séléxid® cp 200 mg, 2cps/12h</li> <li>• 3° choix : Nitrofurantoine® cp 50 mg , 2 cp/ 8h</li> <li>• 4° choix : Oflocet® cp 200 mg, 2 cps en une prise</li> </ul>	Prise unique 5j 5j prise unique
<b>Cystite à risque de complication*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attendre antibiogramme si pas d'urgence,</li> <li>• Si attente impossible :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1° choix : Nitrofurantoine® cp 50 mg , 2 cp/ 8h</li> <li>✓ 2° choix : Oroken® cp 200 mg , 2 cp/ 12h</li> <li>✓ 3° choix : Oflocet® cp 200 mg, 1 cp/12h</li> <li>✓ Adaptation du tt selon l'antibiogramme</li> </ul> </li> </ul>	7j 7j 5j
<b>Bactériurie asymptomatique (même sur sonde urinaire)</b>	Pas de traitement	10j
<b>Pyélonéphrite aigue simple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° choix : Claforan® 1g/8h</li> <li>• 2° choix : Oflocet® PO ou IV, 200 mg/12h</li> <li>• Bactrim, clamoxyl... sur documentation bactériologique</li> </ul>	7j 7j 10j
<b>Pyélonéphrite aigue à risque de complication** sans sepsis grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TT idem pyélonéphrite aigue</li> <li>• Si allergie aux BL :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aztréonam IV, 2g/ 8h</li> <li>✓ Ou aminoside en monothérapie</li> </ul> </li> </ul>	10j 10j 7j
<b>Pyélonéphrite aigue grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claforan® 2g/8h + amiklin 25 mg/kg/j,</li> <li>• Si allergie BL : Aztréonam ® 2g/8h + amiklin 25 mg/kg/j (72h),</li> <li>• Si FR de EBLSE : Tiénam 1g/ 8h + amiklin 25 mg/kg/j (72h)</li> </ul>	10j 10j 10j
<b>Prostatite aigue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem pyélonéphrite aigue à risque de complication avec ou sans sepsis sévère associé,</li> <li>• Relais po sur documentation :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1° choix : Bactrim® forte cp , 1 cp/ 12h</li> <li>✓ 2° choix : Oflocet® cp 200 mg , 1 cp/ 12h</li> <li>✓ 3° choix : autre molécule selon l'antibiogramme</li> </ul> </li> </ul>	14j
<b>Prostatite chronique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon l'antibiogramme</li> </ul>	3-6 semaines
<b>Orchi-épididymite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'IST : idemn prostatite aigue</li> <li>• IST : Rocéphine 500 mg (dose unique) + Doxy 200 mg /j</li> </ul>	14j 10j

## Fiche technique 2.2 : Pyélonéphrites aiguës documentées à EBLSE.

Antibiogramme	1° Choix thérapeutique	Posologies ( fonction rénale normale)
<b>Si Fluoroquinolones-S</b>	Ciflox <sup>®</sup> , Tavanic <sup>®</sup> , Oflozet <sup>®</sup>	Ciflox <sup>®</sup> : 500 mg/12h po, 400 mg/12h IV, Tavanic <sup>®</sup> : 500 mg/12h po et IV, Oflozet <sup>®</sup> : 200 mg/8-12h po et IV
<b>Si Fluoroquinolones-R Et TMP-SMX-S</b>	Bactrim <sup>®</sup>	Dosage « Forte », 1 cp/12h
Antibiogramme	2° Choix thérapeutique	
<b>Si Fluoroquinolones-R Et TMP-SMX-R Et Augmentin<sup>®</sup>-S Ou Tazocilline<sup>®</sup>-S Ou Claforan<sup>®</sup>-S Ou Rocéphine<sup>®</sup>-S Ou Fortum<sup>®</sup>-S Ou Axepim<sup>®</sup>-S</b>	Alors Augmentin <sup>®</sup> si la CMI ≤ 8 mg/L Alors Tazocilline <sup>®</sup> si la CMI ≤ 8 mg/L Alors Claforan <sup>®</sup> si la CMI ≤ 1 mg/L Alors Rocéphine <sup>®</sup> si la CMI ≤ 1 mg/L Alors Fortum <sup>®</sup> si la CMI ≤ 1 mg/L Alors Axepim <sup>®</sup> si la CMI ≤ 1 mg/L	1g/8h 4g en SAP de 4h/6-8h 1-2g/ 8h 1-2g/j 2g en dose de charge d'1h puis 6-8g/j en SAP 1-2g/12h
Antibiogramme	3° Choix thérapeutique	
<b>Céfoxitine -S Aminosides</b>	Uniquement si PNA à <i>E. coli</i> sensible Amiklin <sup>®</sup> , Gentalline <sup>®</sup>	Céfoxitine <sup>®</sup> 1-2g/ 8h Amiklin <sup>®</sup> : 20-25 mg/kg/j dose unique de 30 mn, Gentalline <sup>®</sup> 5-8 mg/kg/j dose unique de 30 mn
Antibiogramme	4° Choix thérapeutique	
<b>Carbapénèmes</b>	Tiénam <sup>®</sup> ou Méronème <sup>®</sup> en traitement d'attaque Invanz <sup>®</sup> en traitement de relais	Tiénam <sup>®</sup> 500 mg-1g/8h Méronème <sup>®</sup> 1g/8h Invanz <sup>®</sup> 1g/j
<b>Si allergie aux BL</b>	Aztréonam <sup>®</sup> Ou aminosides en monothérapie	2g/8h

**Durée du traitement :** en cas de PNA à EBLSE il n'est pas recommandé de prolonger le traitement ATB.

## Fiche technique 2.3 : Cystites documentée à EBLSE.

Molécules selon la sensibilité	Posologies	Durée du traitement
<b>1° choix :</b> Monuril®	Sachet de 3g	Dose unique ou TT séquentiel (1 sachet/j à J1-J3-
<b>2° choix :</b> Séléxid®	400 mg/12h	J5)
<b>3° choix :</b>		5j
▪ fluoroquinolones	Ciflox® 500 mg, Oflocet® 400	
▪ Nitrofurantoïne	mg	Prise unique po,
▪ Augmentin®	100 mg/8h	5j (CI si Clearance de la créatinine ≤ 40 ml/mn).
▪ Bactrim®	1g/8h	5j
	dosage « forte » 1/12h	3j

## Fiche technique 2.4 : Traitement des effets secondaires aux instillations endo-vésicales de BCG.

Symptômes locaux régionaux (brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie...)	<ul style="list-style-type: none"><li>• de moins de 7J : Pas de traitement</li><li>• Plus de 7j : Arrêt des instillations (antalgiques, spasmolytiques)</li></ul>
Symptômes locaux régionaux persistant malgré prise en charge adaptée au bout d'une semaine $\pm$ T°	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suspension des instillations,</li><li>• Rifinah®, 2 cps/j 3 à 10 mois</li><li>• Corticothérapie, 1 mg /kg/j pendant 7j si syndrome inflammatoire important.</li></ul>

## Fiche technique 2.5 : Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires associées aux soins (IUAS).

### Les patients symptomatiques.

Il est recommandé de :

- traiter par ATB les IUAS symptomatiques,
- ne pas traiter par ATB les urgences sans fièvre associée à une bactériurie dans les suites d'une résection trans-urétrale de la prostate ou de la vessie, ou de la mise en place d'une sonde endo-urétrale,
- ne pas traiter par ATB un tableau de Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique (SRIS) après chirurgie au contact de l'urine en l'absence de sepsis grave.

### Les patients asymptomatiques.

Il est recommandé de ne pas traiter par ATB les colonisations.

### En pré-opératoire.

Il est recommandé de :

- dépister les colonisations urinaires avant une intervention au contact de l'urine,
- traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine de 48h avant l'intervention jusqu'à l'ablation de la sonde vésicale ou 7J au maximum si le retrait de la sonde est impossible,
- traiter préventivement une colonisation avant une intervention au contact de l'urine s'il n'est pas possible d'obtenir la stérilité des urines autrement, notamment en retardant l'intervention ou en changeant un dispositif endo-urinaire
- traiter une bactériurie découverte avant résection trans-urétrale de la prostate au moins 48h avant l'intervention et jusqu'à l'ablation de la sonde vésicale.
- Dépister et traiter les bactériuries avant une cystoscopie diagnostique.

### Les patients avec uropathie, vessie neurologique, porteur de matériel urologique.

Il est recommandé de :

- traiter par ATB les colonisations urinaires avant ablation de sonde vésicale,
- de dépister et traiter par ATB les colonisations urinaires avant changement de sonde endo-urétrale chez un patient asymptomatique ,
- de traiter une IUAS avant changement de sonde endo-urétrale,
- de ne pas dépister ou traiter une colonisation chez un patient en auto ou hétérosondage.

### **Le changement de matériel : quand, comment ?**

Il est recommandé de :

- changer ou de retirer la SUD en cas d'IUAS,
- d'effectuer ce changement 24h après le début de l'antibiothérapie,
- chez un futur opéré urologique dont la sonde est colonisée, de changer la SU après 24h d'antibiothérapie curative, d'opérer au moins 48h après le début du TT ATB et de maintenir les ATB uniquement jusqu'à l'ablation de la SU ou 7j au maximum si SU laissée en place.

### **Particularité des candiduries.**

Il est recommandé de :

- de ne pas traiter les colonisation à Candida en dehors des périodes pré-opératoires d'urologie,
- d'utiliser le fluconazole PO 48h avant et après chirurgie urologique d'un malade colonisé,
- de traiter les cystites associées aux soins dues à candida par 7j de fluconazole,
- de traiter les pyélonéphrites associées aux soins dues à Candida par 14j de fluconazole,
- d'accocier la chirurgie et l'amphotéricine B déoxycholate (0,5-0,7 mg/kg/j) en cas de fungus ball.

### 3. Prise en charge des infections respiratoires.

1. <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html>
2. Pilly, 24<sup>e</sup> éditions, 2014.

## Fiche technique 3.1 : Pneumonies.

En cas de Pneumonie aigue communautaire non grave, il ne faut pas prescrire une C3G ni faire une association systématique C3G injectable + Tavanic (pression de sélection inutile et délétère).

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
<b>Pneumonie aigue communautaire non grave</b>		
• Adulte sain	Clamoxyl 50 mg/kg/j en 3 prises	7j
• Sujet âgé ou comorbidités	Augmentin® 50 mg/kg/j en 3 prises Allergie aux BL : Tavanic 1g J1 puis 500 mg J2	7j 7j
<b>Pneumonie aigue communautaire grave hospitalisée en médecine</b> (besoin en O2 > 4l ou sepsis)	Augmentin® 50 mg/kg/j en 3 injections + Rulid 150 mg/12h Rulid stoppé si négativité de l'Ag urinaire légionelle	7j
<b>Pneumonie nosocomiale</b>		
• <b>Probabiliste précoce (&lt; 5J)</b>	Claforan® 100 mg/kg en 3 injections + Tavanic® 1g à J1 puis 500 mg à J2 Tavanic stoppé si négativité de l'Ag urinaire légionelle	7j
• <b>Probabiliste tardive (&gt; 5J)</b>	Axépim® 60 mg/kg/j en 2 injections ou Tazocilline® 4g/6-8h + amikacine 20 mg/kg/j (72h)	7j
• <b>Documentée</b>	1. SASM : Orbénine® 100 mg/kg/j + gentalline® 5 mg/kg/j (72h), 2. SARM : Vancocine® 40 mg/kg/j ou Zyvoxid 600 mg/12h gentalline 5 mg/kg/j (72h), 3. <i>E.coli</i> : BL selon sensibilité* + gentalline® 5 mg/kg/j (72h), <i>K. pneumoniae, Enterobacter, Serratia...</i> : Axépim® 60 mg/kg/j en 2 injections + amikacine 20 mg/kg/j (72h) 4. <i>P. aeruginosa</i> : BL selon sensibilité* + amiklin 20 mg/kg/j (3-5j) ou Ciflox 400 mg/8h (3-5j), 5. EBLSE : BL selon sensibilité + aminoside selon sensibilité (72h)	7j 7j 7j 7j 14j 7j

## Fiche technique 3.2 : BPCO.

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
Pas de dyspnée	Aucun traitement	
Dyspnée d'effort ET expectoration purulente	Clamoxyl 1g/8h Ou Pyostacine 1g/8h	7j
Dyspnée de repos ET expectoration purulente	Augmentin 1g/ 8h Ou Claforan 1g/ 8h Ou tavanic 500/j	7j 5j 7j

## 4. Prise en charge des infections peau-tissus mous.

1. <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=3>
2. Pilly, 24<sup>e</sup> éditions, 2014

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
<b>Erysipèle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clamoxyl® 100 mg/kg /j IV/PO</li> <li>• Allergie : pyostacine® 1g/8h</li> </ul>	10j
<b>Morsure animale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentin® 1-2/8h IV/PO</li> <li>• Allergie : pyostacine® 1g/8h</li> </ul>	5J
<b>Grangrène gazeuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentin® 1-2/8h IV</li> <li>• Ou Tazocilline® 4g/ 6-8h</li> <li>• Ou Claforan® 1-2g/8h + Flagyl® 500 mg/8h IV</li> </ul>	5-10j
<b>Escarre</b>	Aucun traitement si pas de signe infectieux locaux et généraux	
<b>Sepsis sur escarre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pas de signes de gravité:</b> Claforan® 1-2g/8h + Flagyl® 500 mg/8h IV</li> <li>• <b>Signes de gravité:</b> Tazocilline® 4g/ 6-8h + vancocine® + gentalline® 5-7 mg/kg/j</li> </ul>	10-15j

## 5. Sepsis sans porte d'entrée et iatrogène.

1. <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=3>

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
<b>Veinite simple</b>	Pas d'antibiothérapie	
<b>Veinite compliquée</b>	Cloxacilline® 1g/8h	10j
<b>Sepsis sévère communautaire</b>	Claforan® 1g/6h + gentalline 5-7 mg/kg/j	7-10j
<b>Sepsis sévère nosocomial</b>	Tazocilline 4g/6h + Amiklin 20 mg/kg ± vanco selon le tableau clinique	7-10j
<b>Sepsis sévère chez le splénectomisé</b>	Claforan® 1g/6h + gentalline 5-7 mg/kg/j	7-10j

## 6. Prophylaxie de l'endocardite.

Rappel : diminution des indications : uniquement pour les cardiopathies à haut risque **et** certaines chirurgies dentaires

- **Cardiopathies à risque:**
  - ✓ Valve prothétique,
  - ✓ ATCD d'endocardite infectieuse,
  - ✓ Cardiopathie congénitale.
- **Procédures à risque:** chirurgie dentaire (intervention gingivale, péri-apicale, perforation de la muqueuse orale.

Situations	Antibiothérapie	Adulte	Enfant
Pas d'allergie aux BL	Amoxicilline	2g PO ou IV	50 mg/kg PO ou IV
Allergie aux BL	Clindamycine	600 mg PO ou IV	20 mg/kg PO ou IV

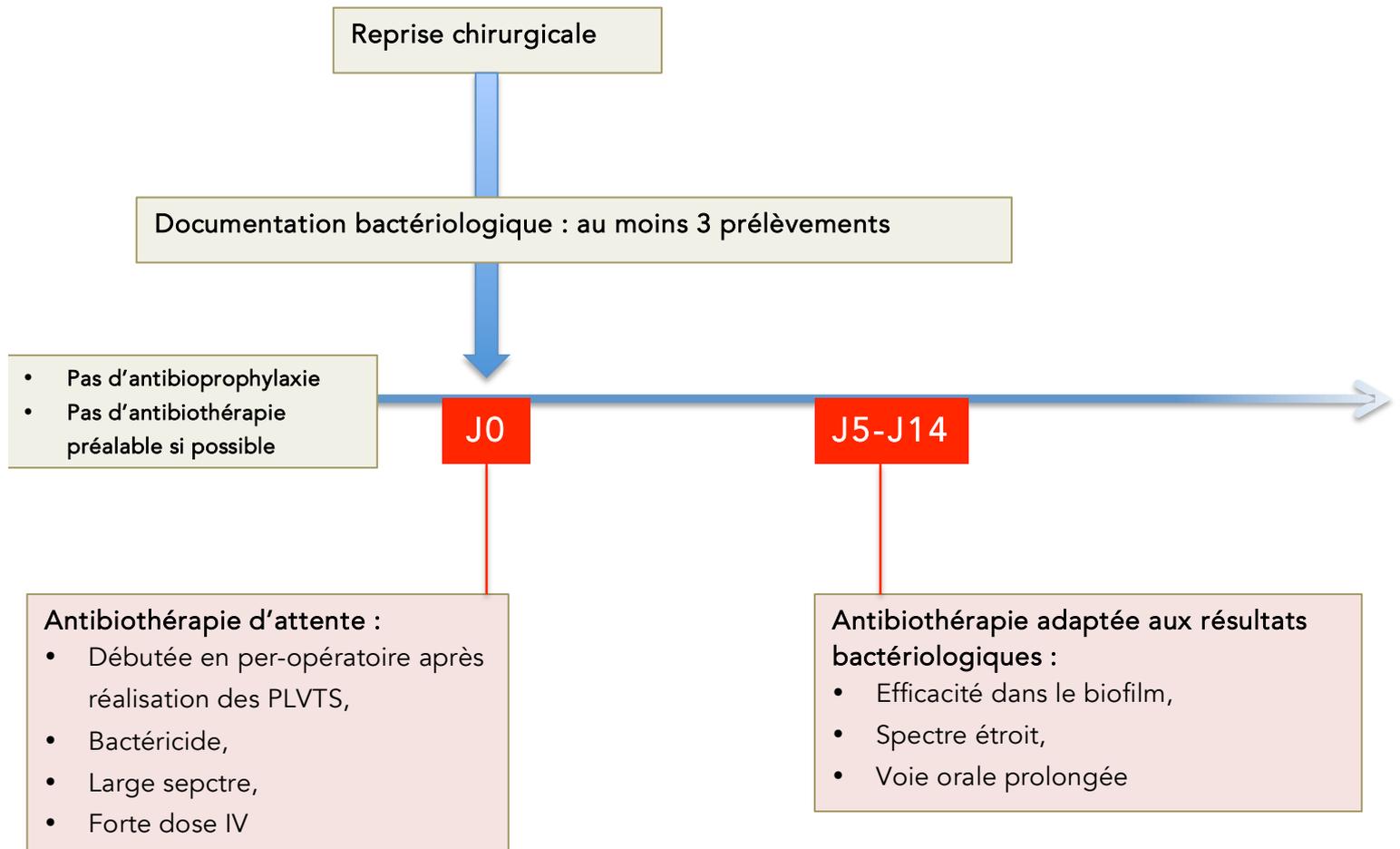
### Pas de prophylaxie pour :

- ✓ Bronchoscopie,
- ✓ Laryngoscopie,
- ✓ Intubation trachéale ou nasale,
- ✓ Gastroscopie, coloscopie, ETO,
- ✓ Procédures peau et tissus mous.

## 7. Prise en charge des infections de prothèse vasculaire (IPV).

M Revest et al. Medical treatment of Prosthetic Vascular Graft Infections: Review of Literature and Proposals of a Working Group. *Int J Antimicrob Agents in Press*

## Fiche technique 7.1 : Stratégie d'utilisation des antibiotiques



## Fiche technique 7.2 : Schémas thérapeutiques

### Antibiothérapie probabiliste des IPV avec sepsis

Tableaux cliniques	Molécules
<b>Sans signe de sévérité</b> <b>Sans colonisation connue de BMR</b>	Tazocilline®+ (vancocine® ou Cubicin®) + Gentalline® <b>Si allergie aux pénicillines :</b> (Claforan® ou Axépim® ou Azactam®) + flagyl®+ Gentalline® + (vancocine® ou Cubicin®)
<b>Avec signe de sévérité</b> <b>Et/ou colonisation connue ou ATCD d'infection à EBLSE</b>	(Tiénam® ou Méronème®)+ (vancocine® ou Cubicin®) + Gentalline® <b>Si allergie aux pénicillines :</b> (fosfocine®) + flagyl®+ Gentalline® + (vancocine® ou Cubicin®)

### Antibiothérapie documentée des IPV à SASM

Pas d'allergie aux BL	Molécules
<b>Traitement pré-opératoire</b>	Orbénine® (IV) + gentalline® (3j)
<b>Traitement post-opératoire</b>	1°. Orbénine® (IV) + gentalline® (3j) 2°. Puis arrêt gentalline® et relais par Rifadine® 3°. A J15 post-op , relais oral par Rifadine® + Tavanic®

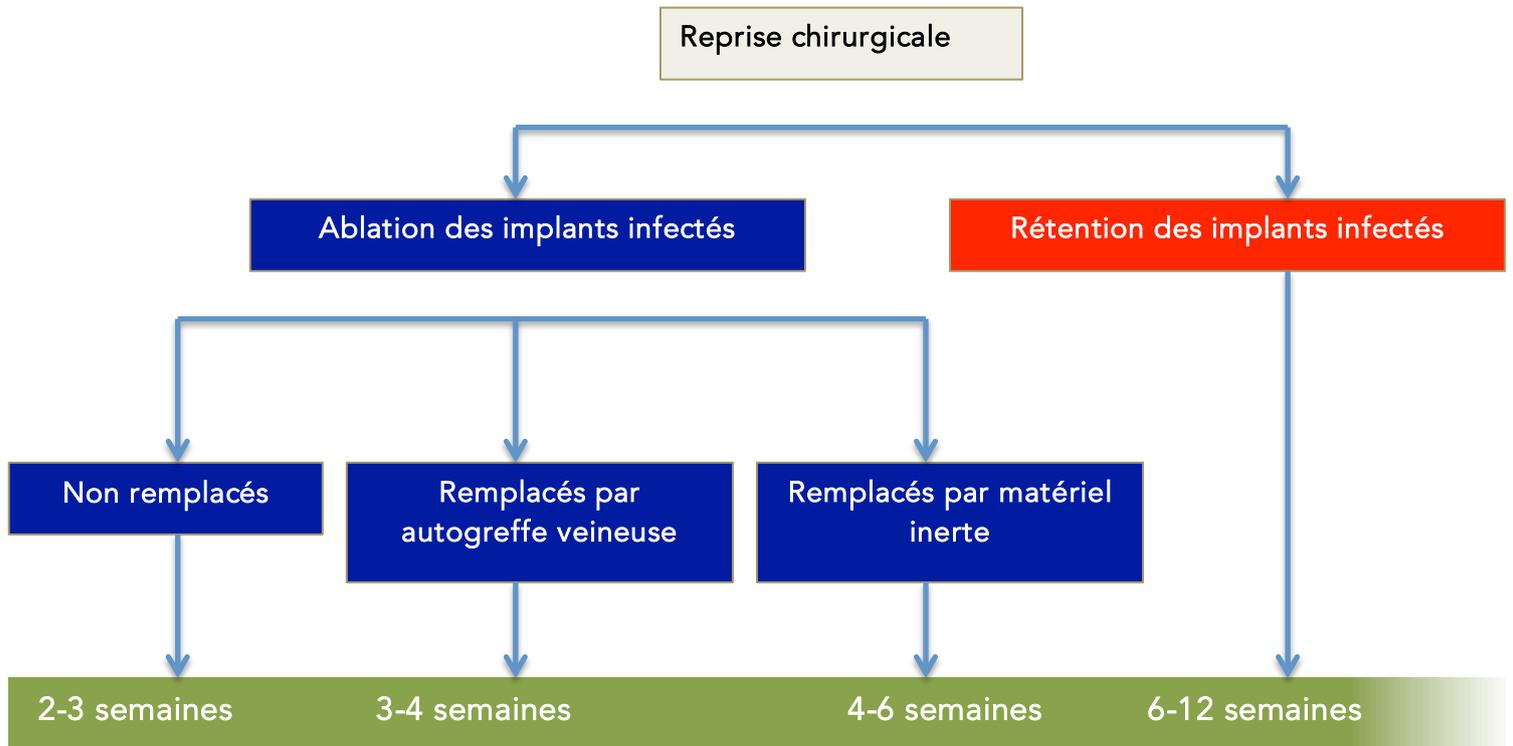
Allergie aux pénicillines	Molécules
<b>Traitement pré-opératoire</b>	Céfazoline® ou vanconine® ou Cubicin® + gentalline® (3j)
<b>Traitement post-opératoire</b>	1°. Céfazoline® ou vanconine® ou Cubicin® + gentalline® (3j) 2°. Puis arrêt gentalline® et relais par Rifadine® 3°. A J15 post-op , relais oral par Rifadine® + Tavanic®

### Antibiothérapie documentée des IPV à SARM

CMI vanco < 1,5 mg/L	Molécules
<b>Traitement pré-opératoire</b>	Vancocine® ou Cubicin® + gentalline® (3j)
<b>Traitement post-opératoire</b>	1°. Vancocine® ou Cubicin® + gentalline® (3j) 2°. Puis arrêt gentalline® et relais par Rifadine® 3°. A J15 post-op , relais oral par Rifadine® + Tavanic®

CMI vanco ≥ 1,5 mg/L	Molécules
<b>Traitement pré-opératoire</b>	Cubicin® + gentalline® (3j)
<b>Traitement post-opératoire</b>	1°. Cubicin® + gentalline® (3j) 2°. Puis arrêt gentalline® et relais par Rifadine® 3°. A J15 post-op , relais oral par Rifadine® + Tavanic®

## Fiche technique 7.3 : Durée du traitement



## 8. Prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA).

M Revest *et al.* Medical treatment of Prosthetic Vascular Graft Infections: Review of Literature and Proposals of a Working Group. *Int J Antimicrob Agents in Press*

## Fiche technique 8.1 : Infections ostéo-articulaires.

Tableaux cliniques	Molécules	Durée
<b>Arthrite aiguë</b>	Cloxacilline® 150 mg/kg + gentalline 5-7 mg/kg/j Ou Claforan® 100 mg/kg/j + Fosfocine® 4g/h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bithérapie 5j</li> <li>• Puis monothérapie «3j,</li> <li>• Puis relais po Kéforal 1g/12h 14j</li> </ul>
<b>Spondylodiscite aiguë</b>	Cloxacilline® 150 mg/kg + gentalline 5-7 mg/kg/j Ou Claforan® 100 mg/kg/j + Fosfocine® 4g/h	6 semaines. Adaptation germe-antibiogramme
<b>Ostéite aiguë</b>	Cloxacilline® 150 mg/kg + gentalline 5-7 mg/kg/j Ou Claforan® 100 mg/kg/j + Fosfocine® 4g/h	6 semaines. Adaptation germe-antibiogramme
<b>Ostéite chronique</b>	Il n'y a aucune urgence. Le succès thérapeutique tiens à la qualité des biopsies osseuses réalisée en dehors de toute antibiothérapie	6 semaines à 3 mois

- Les germes les plus courant : staphylocoque doré, streptocoque et les BGN (ostéite aiguë),
- Il est impératif de réaliser un drainage articulaire en cas d'arthrite septique (arthroscopie lavage),
- Une ponction disco-vertébrale doit être réalisée en cas de spondylodiscite ainsi que des hémocultures dans les 2 heures qui suivent cette biopsie.

## Fiche technique 8.1 : ISO sur ostéosynthèse hors prothèse.

### Principes :

- Éradiquer l'infection,
- Consolidation,
- Prévention de la fonction

<b>Os solide</b>	Ablation du matériel Nettoyage, Plvts per-op ATB 6 semaines
<b>Os non consolidé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ostéosynthèse stable :<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Infection aigue, germe connu,</li><li>✓ Plaque laissée en place + TT ATB 6 semaines</li></ul></li><li>• Ostéosynthèse instable :<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ablation du matériel,</li><li>✓ Fixateur externe,</li><li>✓ Excision, plvts per-op</li><li>✓ Tt atb 6 semaines</li></ul></li></ul>

## 9. Bon usage des antibiotiques critiques.

Dans son rapport d'expertise publié en novembre 2013, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, a établi une liste d'antibiotiques (ATB) considérés comme « critiques ».

Il s'agit d'ATB :

- Particulièrement générateurs de résistances bactériennes,
- De dernier recours,
- Dont la prescription et/ou la dispensation doivent être contrôlées.

<b>ATB générateurs de résistances bactériennes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Augmentin°,</li><li>• C3G injectables (surtout la Rocéphine°) et orales,</li><li>• Fluoroquinolones</li></ul>
<b>ATB de dernier recours</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cubicine°,</li><li>• Zyvoxid°</li><li>• Colistine°,</li><li>• Tigacyl°</li><li>• Invanz°, Tiénam°, Méronème°</li><li>• Fosfocine°</li></ul>

## Fiche technique 8.1 : Les bêta-lactamines.

### Augmentin°

<b>Risques</b>	Spectre large et impact important sur les flores commensales (tube digestif surtout), Sélectionne les entérocoques résistant à la vancomycine
<b>Posologie</b>	50 mg/kg/J (1g/ 8h pour 60 kg) Cl créatinine < 10-30 ml/mn : 1g puis 500 mg/12H Cl créatinine < 10 ml/mn : 1g puis 500 mg/24h
<b>Administration</b>	IVL de 30 mn (50 ml PPI pour 1g)

### Axépim°

<b>Indication</b>	Infections nosocomiales, activité en particulier sur les BMR productrices de céphalosporinases à spectre élargi
<b>Posologie</b>	4-6g/j, Perfusion de 30 mn

### Claforan°

<b>Risques</b>	Élimination prédominante de la Rocéphine° par voie biliaire. Conséquence = impact plus important sur la flore commensale digestive
<b>Posologie</b>	100 mg/kg/j en 3 injections (méningite : 200-300 mg/kg/j), Perfusion de 60 mn, Perfusion continue possible sur 24h (NaCl 0,9%)

### Claventin°

<b>Indications</b>	Infections digestives sévères
<b>Posologie</b>	5g/6-8h en perfusion de 30 mn,

### Fortum°

<b>Indication</b>	Utilisé pour son activité sur <i>Pseudomonas</i>
<b>Posologie</b>	Dose de charge de 2g en 1h puis, SAP de 24h à la posologie de 100 mg/kg/J

### Invanz°

<b>Indication</b>	Infection documentée à BGN BLSE Traitement des péritonites sévères
<b>Posologie</b>	1-2g/j, Perfusion de 30 mn

### Orelox°, Oroken°

<b>Risques</b>	CI dans les infections systémiques (concentrations sanguines trop faibles, Oroken° CI dans les infections à pneumocoque de sensibilité diminuée, Oroken° CI dans les infections ou broncho-pulmonaires, Oroken° CI dans les prostatites.
<b>Indications</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Oroken°:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ gonocoque en dose unique (400 mg),</li><li>✓ relais d'une C 3G injectable si pyélonéphrite non compliquée.</li></ul></li><li>▪ Orelox°: OMA, sinusite, angine à streptocoque, surinfection d'une BPCO</li></ul>
<b>Posologie</b>	Orelox° 400 mg/J en 2 prises, Oroken° 400 mg/J en 2 prises,

### Tazocilline°

<b>Indication</b>	Infection documentée à BGN dont certaines BLSE, Traitement des infections sévères (cellulite abdomino-pelvienne, sepsis sévère nosocomial).
<b>Posologie</b>	4g/6-8h, en sap de 4h.

### Tiénam°

<b>Indication</b>	Infection documentée à BGN BLSE Traitement des infections sévères (sepsis sévère, choc septique, ATCDS de portage de EBLSE)
<b>Posologie</b>	500 mg/6h, posologie maximale de 4g/j Perfusion de 30 mn

## Fiche technique 8.2 : Les fluoroquinolones.

### Ciflox°

<b>Indication</b>	Infections nosocomiales en particulier en cas de suspicion ou d'infection avérée à <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<b>Posologie</b>	400 mg/8h, Relais po, 750 mg/12h

### Oflozet°

<b>Indication</b>	Infections urinaires hautes dont prostatites
<b>Posologie</b>	200 mg/12h

### Tavanic°

<b>Indication</b>	Pneumonie et allergie vraie aux BL, Légionellose documentée, Pneumonie en réanimation et association à une BL
<b>Posologie</b>	500 mg/12h À J1 puis 500 mg/j

## Fiche technique 8.3 : antibiotiques de dernier recours.

### Colimycine°

<b>Indications</b>	Infection à BGN multirésistants: ABRI, EPC, PARI),
<b>Posologie</b>	Dose de charge : 9 MU en 1h30 (dilués dans 500 cc de SGI), Dose d'entretien : 75 000-150 000 UI en 3 injections de 60 mn dilués dans 250 cc de SGI (en moyenne 3 MU/8h)
<b>Précautions d'emploi</b>	Molécule néphrotoxique Jamais en monothérapie

### Cubicine°

<b>Indications</b>	Alternative à la vancomycine, Infection documentée à Staphylocoque méti-R, ERG, Matériel articulaire ou vasculaire infecté
<b>Posologie</b>	10 mg/J en IVL de 30 mn ! dosage des CPK

### Fosfocine°

<b>Indications</b>	Infection documentée à Staphylocoque méti-R en association à un autre anti-staphylococcique ou avec une C3G, Jamais en monothérapie.
<b>Posologie</b>	4g/6-8h à passer en SAP de 4h ! apport sodé important

### Tygacil°

<b>Indications</b>	Infection documentée à SARM et EBLSE Matériel articulaire ou vasculaire infecté
<b>Posologie</b>	Dose de charge de 100 mg puis 50 mg/12H en IVL de 60 mn dans 100 ml de SSI.

### Zyvoxid°

<b>Indications</b>	Alternative à la vancomycine, Insuffisance rénale, Pas d'abord veineux Suspicion ou infection avérée à Staphylocoque méti-R
<b>Posologie</b>	600 mg/12 en IVL de 30 mn ou PO ! impact hématologique et oculaire (névrite optique)

## 10. Vaccination chez le splénectomisé.

### 5.1. Quand ?

- Splénectomie programmée : 14j avant le geste,
- Splénectomie non programmée : 14j après le geste,

### 5.2. Quel schéma vaccinal ?

Pneumocoque	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 dose de Prévenar 13°,</li><li>• puis 2 mois plus tard une dose de Pneumo 23°</li><li>• Rappel à 5 ans par Pneumo 23°</li></ul>
Méningocoque	1 dose de Menvéo°
Haemophilus B	1 dose d'Acti-Hib°
Grippe	Tous les ans

Le Prévenar, Menvéo et Acti-Hib peuvent être effectués le même jour sur 3 sites d'injection différents

### 5.3. Quelle antibioprophylaxie ?

- Per-opératoire et post-opératoire immédiat : Clamoxyl IV, 500 mg/12h,
- Relai oral : Oracilline 1 MU/12h pendant 2 ans. Si allergie, Rullid 150 mg/12h.

