

Infections de prothèse vasculaire (IPV) Diagnostic et prise en charge

Septembre 2016. V1.

Rédacteurs : Dr Levent Thierry, Référent antibiotique.

Sommaire

Thèmes	Pages
1. Classification des IPV (Bunt modifiée)	3
2. Signes cliniques évocateurs	4
3. Place de la biologie	5
4. Place de l'imagerie	6
5. Place de la bactériologie	7-8
6. Le traitement chirurgical et anti-infectieux : les grands principes	9
7. Algorithme du traitement médico-chirurgical :	
7.1. La stratégie,	10
7.2. Durée du traitement antibiotique selon l'option chirurgicale	11
8. Antibiothérapie probabiliste :	
8.1. Schémas thérapeutiques,	12
8.2. Critères de choix vancomycine-daptomycine	12
9. Traitements antibiotiques documentés	14-20
✓ Staphylocoque,	14-15
✓ Streptocoque,	16
✓ Entérocoques	17
✓ Entérobactéries,	18
✓ <i>P. aeruginosa</i> ,	19
✓ Anaérobies	20
8. 1. Molécules, posologies	21
8 .2. Ordonnances et suivi	22-29

Bibliographie:

1. Legout et al. Médecine et maladies infectieuses 2012 : 42 ;102-109,
2. Revest. M et al. Medical treatment of Prosthetic Vascular Graft Infections : review of Litterature and Proposal of a Working Group. Int J Antimicrob Agents in press.
3. <http://www.infectio-lille.com/diaporamas/DUAC/2015-duac-AMEYBECKIPV-.pdf>
4. <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/27-congres-et-reunions/72-jpv.html>

1. Classification des IPV (Bunt modifiée)

Classe	Sites anatomiques
P0	IPV profonde de l'aorte (intra-cavitaire)
P1	IPV superficielles exclusivement extra-cavitaire (dont stents et FAV)
P2	IPV superficielles (portions extra-cavitaires) des prothèses intra-cavitaires aortiques abdominales (triangle de Scarpa)
P3	IPV de patches (carotides)

2. Signes cliniques évocateurs d'une IPV.

1.1. IPV possible

≥ 1 signe clinique :

- ❖ Sepsis,
- ❖ Douleur,
- ❖ Erythème
- ❖ Fistule productive,
- ❖ Non intégration de la prothèse (hors PTFE) et/ou abcès.

Ou collection après le 2^o mois

Ou CRP > 10 mg/l et/ou GB > 10 G/l

1.2. IPV probable

≥ 1 signe clinique :

- ❖ Sepsis,
- ❖ Douleur,
- ❖ Erythème
- ❖ Fistule productive,
- ❖ Non intégration de la prothèse (hors PTFE) et/ou abcès.

Et hémoculture positive **OU** collection après le 2^o mois

1.2. IPV certaine

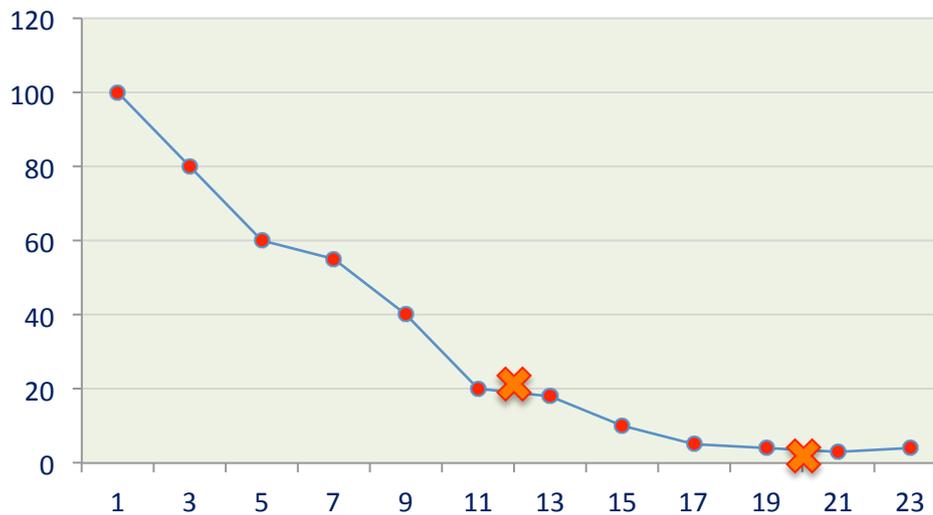
≥ 2 critères parmi :

- ❖ Clinique : exposition de la prothèse au travers de la plaie ou d'un viscère,
- ❖ Chirurgical : présence de pus au contact de la prothèse,
- ❖ Iconographique : collection (air/liquide) autour de la prothèse après le 2^o mois,
- ❖ Microbiologique : présence de micro-organismes au contact de la prothèse,

3. Place de la biologie

- ❖ NFS : élévation inconstante des polynucléaires neutrophiles,
- ❖ CRP et PCT : inconstamment élevées surtout dans les ipv tardives,
 - ✓ La persistance d'un taux élevé ou la ré-ascension du taux de crp doit faire rechercher une complication infectieuse
- ❖ VS : peu spécifique

Cinétique de la CRP en post-opératoire



Repère de la cinétique : 20 mg/l à J10 et 5 mg/l à J20

4. Place de l'imagerie

Examen de 1° intention	
IPV P0 (intra-cavitaire)	Scanner avec injection : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Présence de gaz, ❖ Fistule prothéto-digestive, ❖ Infiltration périprothétique, ❖ Collection liquidienne péri-prothétique, ❖ Epaissement tissulaire endo-prothétique, ❖ Pseudo-anévrisme anastomotique, ❖ Thrombose de la prothèse, ❖ Uéréro-hydronephrose
IPV P1 ou P2 (extra-cavitaire)	Echo-doppler : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Collection liquidienne péri-prothétique, ❖ Pseudo-anévrisme anastomotique, ❖ Thrombose de la prothèse,

En l'absence de signes évocateurs	
IPV P0 (intra-cavitaire)	Scintigraphie aux leucocytes marqués (SLM) ou TEP-scanner
IPV P1 ou P2 (extra-cavitaire)	Scanner avec injection, Puis SLM ou TEP-scanner

SLM	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Foyer hyperfixant sur le trajet de la prothèse, ❖ Examen de référence (Se/Sp ≈ 100%), ❖ Images tardives, ❖ Examen long
TEP-scanner	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Foyer hypermétabolique sur le trajet de la prothèse, ❖ Rapide et disponible (Se ≈ 100%), ❖ Spécificité variable selon le matériau, ❖ Fixation tardives post-opératoires

5. Place de la bactériologie

Préalables

Le minimum requis pour documenter de façon fiable une IPV est la réalisation :

- ❖ D'hémocultures,
- ❖ Et de prélèvements intra-opératoires si possible en dehors de toute antibiothérapie.

Les hémocultures

- ❖ Réalisées systématiquement en cas de fièvre ou de frissons en période péri-opératoire,
- ❖ 2 séries en pré-opératoire,
- ❖ 1 série en pos-opératoire

Prélèvements per-opératoires

- ❖ 3 ou 5 prélèvements au niveau des zones macroscopiquement pathologiques,
- ❖ Les prélèvements peuvent être solides (prothèse au moins 3 sections, tissulaires) ou liquides (pus),
- ❖ En cas de ponction d'abcès sous contrôle radiologique, prélever au contact de la prothèse, au sein de l'abcès
- ❖ La localisation de chaque prélèvement doit être précisée sur le bon de bactériologie,
- ❖ Changement d'instrument entre chaque prélèvement,
- ❖ Acheminement rapide en moins de 2 heures au laboratoire,
- ❖ Les prélèvements doivent être mis en culture pendant 14 jours.
- ❖
- ❖ Si possible, chaque prélèvement du site prélevé doit être scindé en 2 : l'un dans un pot stérile ou à billes, l'autre dans un milieu de Rosenow ensemencé au bloc opératoire,
- ❖ Biologie moléculaire si prélèvements négatifs (recherche par PCR de l'ARN 16S)
- ❖ **Les écouvillons de fistule ou de plaie opératoire sont exclus (faux positif, germes de colonisation).**

Interprétation*

Site prélevé	Interprétation
Prélèvements per-opératoires	<p><u>Infections certaines:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Si flore cutanée : 3 plvts (3 per-op ou 2 per-op+ 1 plvt positif au(x) même(s) germe(s) par ponction,• Si flore pathogène : 1 plvt positif suffit (per-op, pré-op, hémoculture) <p><u>Infections exclues ou non détectables :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Plvts per-op stériles à J14,• 1 seul plvt per-op + à un germe de la flore commensale,• CRP < 10 mg/l

* par analogie avec l'infection sur matériel prothétique articulaire PTG-PTH

6. Le traitement chirurgical et anti-infectieux des IPV : les grands principes.

6.1. Le traitement chirurgical.

Il repose sur 3 grands principes:

- ✓ Le débridement complet des tissus infectés,
 - ✓ L'exérèse complète de la prothèse et de la partie artérielle adjacente,
 - ✓ Reconstruction *in situ* ou en situation extra-anatomique à l'aide d'un greffon biologique (allo/homogreffe artérielle ou veineuse) ou d'une prothèse imprégnée ou non d'antibiotique.
-
- L'exérèse de la prothèse vasculaire infectée avec reconstruction anatomique *in situ* avec un greffon artériel ou veineux donne des résultats meilleurs qu'une reconstruction extra-anatomique (morbimortalité, récurrence de l'infection, amputation majeure)¹.

 - Le lavage-débridement matériel laissé en place peut être proposé :
 - ✓ En cas d'infection précoce (dans les 3 semaines suivant l'implantation),
 - ✓ L'état du patient ne permet pas une chirurgie lourde.

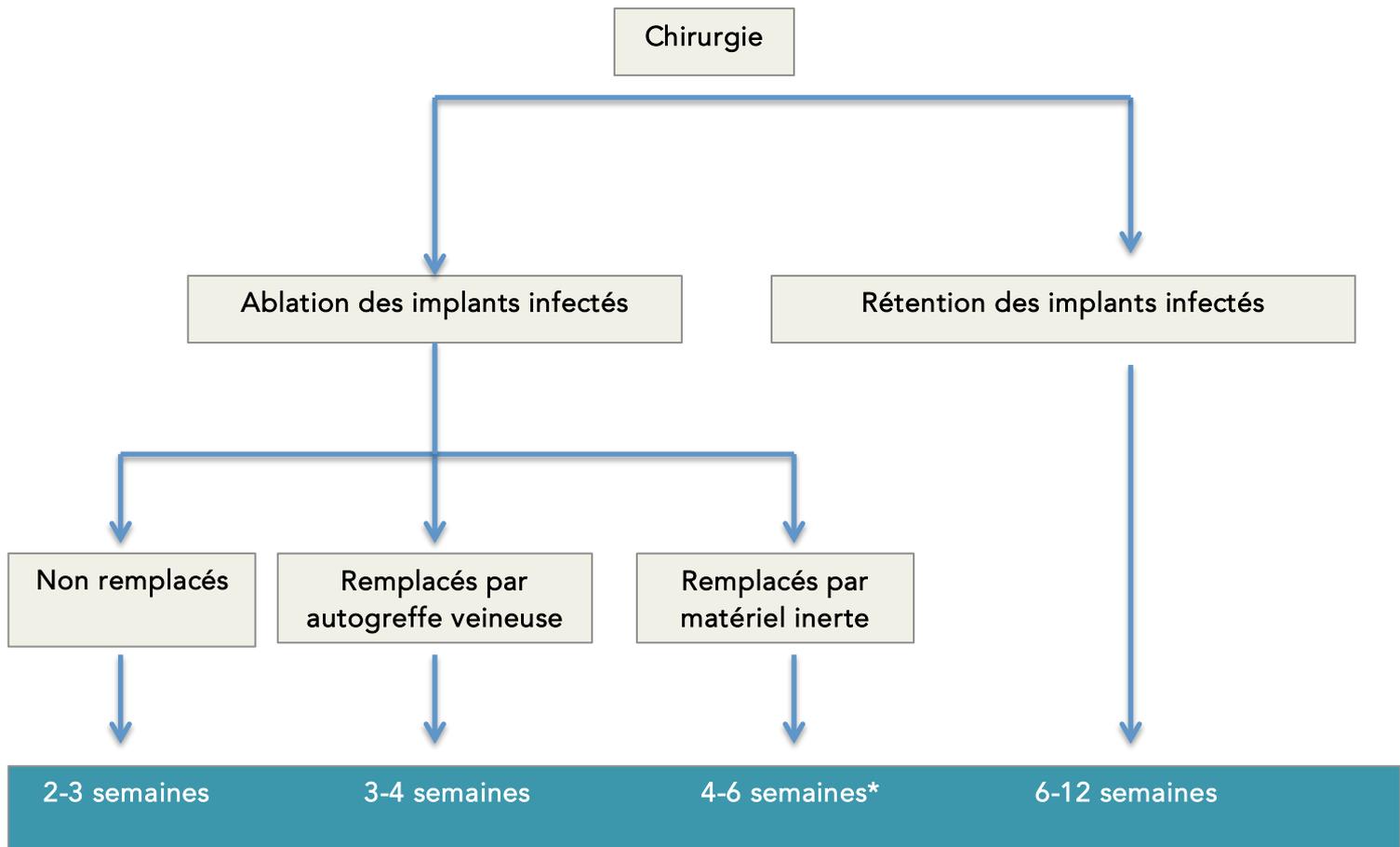
Dans ce cas, la durée du traitement antibiotique sera prolongée.

6.2. Le traitement anti-infectieux.

- Les posologies sont identiques à celle de l'endocardite,
- Le traitement IV initial doit être de 2 semaines,
- Le traitement iv initial sera supérieur à 2 semaines si les hémocultures restent positives,
- Relais oral si les hémocultures sont négatives et en l'absence d'abcès résiduel,
- La rifampicine ne sera utilisée que lorsque l'inoculum aura été réduit, jamais empirique et dès que les hémocultures sont négatives,
- Traitement suppressif possible en cas de rétention des implants (quinolones, cycline, bactrim®)

1. O'Connor et al. A systematic review and meta-analysis of treatments for aortic graft infection. J vASC surg 2006 Jul ;44(1) :38-45.

7.2. Durée du traitement ATB selon l'option chirurgicale.



* si prélèvements per-opératoires positifs

8. Antibiothérapie probabiliste des IPV.

8.1: Schémas thérapeutiques

Situations cliniques	1° intention	Allergie aux pénicillines
IPV avec sepsis : <ul style="list-style-type: none"> • Sans signe de gravité, • Sans colonisation connue ni infection à BMR 	Tazocilline + Vancocine ou Cubicin ± Gentalline	Claforan pu Axepim ou Azactam + Flagyl + vancocine ou Cubicin ± Gentalline
IPV avec sepsis : <ul style="list-style-type: none"> • Et signe de gravité, • Et/ou colonisation connue ni infection à BMR 	Tiénam ou Méronème + Vancocine ou Cubicin ± Gentalline	Fosfomycine + Flagyl + vancocine ou Cubicin ± Gentalline

8.2: Critères de choix vancomycine-daptomycine en traitement probabiliste

Molécules	Critères de choix
Vancomycine	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risque vital non engagé, ✓ CMI inférieure à 1 mg/l
Daptomycine	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risque vital engagé, ✓ CMI inférieure à 1 mg/l ✓ Insuffisance rénale ou forte probabilité de survenue

9. Antibiothérapie documentée

9.1. Staphylocoque sensible à la méticilline.

Traitement préopératoire

	Allergie aux pénicillines	CI aux bêtalactamines
Orbénine® ou Bristopen® + gentalline® 3 jours	Céfazoline® ou Vancocine® ou Daptomycine® + Gentalline® 3 jours	Vancocine® ou Cubicin® + Gentalline® 3 jours

Traitement postopératoire

	Allergie aux pénicillines	CI aux bêtalactamines
Traitement IV : Orbénine® ou Bristopen® + Gentalline® pendant 3j puis arrêt gentalline® et relais par rifadine®	Traitement IV : Céfazoline® ou Vancocine® ou Cubicin® + Gentalline® pendant 3j puis arrêt gentalline® et relais par rifadine®	Traitement IV : Vancocine® ou Cubicin® + Gentalline® pendant 3j puis arrêt gentalline® et relais par rifadine®
<u>Relais PO :</u> • A J15 postopératoire, • Rifadine®+ Tavanic®	<u>Relais PO :</u> • A J15 postopératoire, • Rifadine®+ Tavanic®	<u>Relais PO :</u> • A J15 postopératoire, • Rifadine®+ Tavanic®

	TT initial IV	Relais po
Poids ≤ 70 kg	Orbénine® ou Bristopen® 9g/j Ou Céfazolline® 4g/j	Tavanic® 750 mg/j + Rifadine® 900 mg/j (DU)
Poids > 70 kg	Orbénine® ou Bristopen® 12g/j Ou Céfazolline® 6g/j	Tavanic® 750 mg/j + Rifadine® 600 mg/12h

Traitement de relais oral

La rifampicine est la molécule pivot autour de laquelle sera organisé le traitement.

Souche Rifampicine-S et FQ-S:

- Lévofloxacine 750 mg/j + rifampicine une ou 2 prises selon le poids

Souche Rifampicine-S et FQ-R:

- Rifampicine même posologie + cotrimoxazole ou clindamycine (si souche érythro-S) ou linézolide ou Ac fusidique ou cycline.

Souche rifampicine-R :

- Association selon les sensibilités des molécules disponibles

9.2. Staphylocoque résistant à la méticilline.

Traitement préopératoire

CMI vanco < 1,5 mg/l	CMI vanco > 1,5 mg/l
Vancocine ou Cubicin + Gentalline 3 jours	Cubicin + Gentalline 3 jours

Traitement postopératoire

CMI vanco < 1,5 mg/l	CMI vanco > 1,5 mg/l
Traitement IV : Vancocine ou Cubicin+ Gentalline 3 jours puis arrêt gentalline et relais par rifadine si souche sensible	Traitement IV : Cubicin + Gentalline 3 jours puis arrêt gentalline et relais par rifadine si souche sensible
Traitement PO : <ul style="list-style-type: none"> • A J15 postopératoire, Rifadine + Tavanic si souches sensibles, • Si non, appel infectiologue 	Traitement PO : <ul style="list-style-type: none"> • A J15 postopératoire, Rifadine + Tavanic si souches sensibles, • Si non, appel infectiologue

Staphylocoque résistant à la méticilline

Traitement initial intra-veineux

Molécules recommandées :

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Téricoplanine: 10-12 mg/kg/12h (3j) puis 10-12 mg/kg/j, uniquement documenté avec la valeur de la CMI,
- Daptomycine : 10 mg/kg/j en dose unique journalière

Associations :

- Recommandée si utilisation de la daptomycine,
- Gentalline utilisable avec vanco-teico-dapto (5 mg/kg/j pendant 5 jours),
- Rifadine : décalée de 24h si associée à la vanco ou teico
- En association avec la daptomycine : Fosfomycine (4g/6-8h) ou cotrimoxazole (75 mg/kg).

Si la CMI du SARM est supérieure ou égale à 2 mg/L, préférer la daptomycine.

Traitement de relais oral

Mêmes principes que pour le SASM.

9.3. Streptocoque

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 5 jours.

Molécules recommandées :

- **Amoxicilline:** 150 mg/kg/j répartie en 6 perfusions ou en sap de 6h,
- **Ceftriaxone : 2-4g/j en 2 perfusions**
- **Gentalline:** 5 mg/kg/j (5 jours) si strepto B et strepto oraux, ou si CMI pénicilline > 0,1 mg/l,

Si allergie aux bêtalactamines:

- **Vancomycine:** DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP

Traitement de relais oral

- Ceftriaxone : 2-4g/j (IM, IV,SC),
- Amoxicilline : si le poids du patient est important, le nombre de cp-gel est important. Négocier 4 prises/j,
- Clindamycine (si souche érythro-S) : 600 mg/6-8h. Possibilité de proposer 750 mg/8h,
- Si souche érythro-R : Lévofoxacine-moxifloxacine, cotrimoxazole, cycline, linézolide.

Durée du traitement idem staphylocoque

Streptocoque (sauf entérocoque)¹

	TT initial IV	Relais po
Poids ≤ 70 kg	Amoxicilline 9g/j Ou Céftriaxone 2g/j	Clindamycine 600 mg/8h ou Amoxicilline 2g/8h
Poids > 70 kg	Amoxicilline 12g/j Ou Céftriaxone 2g/12h	Clindamycine 600 mg/6h ou Amoxicilline 3g/8h

9.4. Entérocoque.

Entérocoque sensible à la pénicilline (*E faecalis*)

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 2 semaines

Molécules recommandées :

- Amoxicilline: 200 mg/kg/j répartie en 6 perfusions ou en sap de 6h,
- Pénicilline G : 24 millions d'unités/j réparties en 6 injections ou en SAP,
- Gentalline: 5 mg/kg/j (2 semaines),

Si allergie à a pénicilline:

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Ceftriaxone : 2-4g/j

Entérocoque résistant à la pénicilline (*E faecium*)

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 2 semaines

Molécules recommandées :

- Vancomycine: DDC (15 mg/kg) puis DE (30 mg/kg/j) en SAP
- Téricoplanine: 10-12 mg/kg/12h (3j) puis 10-12 mg/kg/j
- Daptomycine : 10 mg/kg/j en dose unique journalière (! risque d'émergence de résistance, toujours associer au linézolide)
- Gentalline: 5 mg/kg/j (2 semaines),

Traitement de relais oral

1. Si souche ampi-S : le nombre de cp est trop élevé. Poursuite Amoxicilline ou Péni-G par voie IV
2. Idem si utilisation des glycopeptides
3. relais réellement oral :
 - Linézolide,
 - Moxifloxacine ± rifampicine

9.5. Entérobactéries.

Entérobactérie sensible aux C3G

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 7 jours

Molécules recommandées :

- Ceftriaxone 2-4g/j ou céfotaxime 6-12g/j (3-6 perfusions voire en SAP),
- Aminosides (3j): Gentalline: 5 mg/kg/j () ou amikacine (20-25 mg/kg/j)

Entérobactérie résistante aux C3G

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 7 jours

Molécules recommandées selon l'antibiogramme:

- Tazocilline : 4g/6-8h,
- Carbapénème : imipénème (3g/j), méropénème (6g/j), ertapénème (1g/j)
- Aminosides (3j): Gentalline: 5 mg/kg/j () ou amikacine (20-25 mg/kg/j)

Entérobactérie résistante à toutes les bêta-lactamines

Traitement initial intra-veineux

Associations selon l'antibiogramme:

- Quinolones, Aminosides, Colimycine, Fosfomycine, Tygécycline
- BL éventuellement même si rendue R (voire la CMI)

Traitement de relais oral

Quinolones, molécule de base , en monothérapie:

- Uniquement si la souche est nal-S, Ciprofloxacine (750 mg/12h), Ofloxacine (200 mg/8h)

Alternatives aux Quinolones (souche R ou nal-R):

- Ceftriaxone IV, Ertapénème, Tazocilline en perfusion continue (/12h),
- Cotrimoxazole PO,

Entérobactéries sensibles¹

	TT initial IV	Relais po
Poids ≤ 70 kg	Céfotaxime 2g/8h Ou Céftriaxone 2g/j	Ofloxacine 200 mg/12h
Poids > 70 kg	Céfotaxime 3-4g/8h Ou Céftriaxone 2g/12h	Ofloxacine 200 mg/8h

9.6. *Pseudomonas aeruginosa*.

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 2 à 3 semaines

Molécules recommandées selon l'antibiogramme :

- Ticarcilline : 5g/6-8h,
- Tazocilline : 4 g/6-8h,
- Ceftazidime: 2g en DDC puis 6g en SAP/j,
- Céfépime : 2g/ 8h
- Imipénème 1g/6-8h ou Méronème 2g/8h

Toujours associer selon l'antibiogramme

- Amikacine (20-25 mg/kg/j),
- Ciprofloxacine : 400 mg/ 8h
- Fosfomycine 4g/6-8h
- 2 de ces 3 molécules peuvent également être associées en évitant d'utiliser une BL (ou BL-R)

Traitement de relais oral

Durée du traitement : 2 à 3 mois

Molécules recommandées selon l'antibiogramme :

- Ciflox : 750 mg/12h,

Sinon, poursuite du traitement IV

9.7. Anaérobies.

Traitement initial intra-veineux

Durée du traitement : 7 jours

Anaérobies à Gram + (*P. acnes*, *Finegoldia*, *Clostridium sp*)

- Amoxicilline IV : 150 mg/kg/j en 4 perfusions,
- Céfazoline : 60-80 mg/kg/j,
- Ceftriaxone : 2-4g/j,
- Clindamycine : 600 mg/8h
- Association de rifampicine sur *P.acnes*.

Anaérobies à Gram - (*Bacteroides*, *Prevotella*)

- Amoxicilline-acide clavulanique IV : 100 mg/kg/j en 4 perfusions,
- Métronidazole : 500 mg/ 8h,
- Clindamycine : 600 mg/8h.

Traitement de relais oral

Durée du traitement : 2-3 mois

Anaérobies à Gram + (*P. acnes*, *Finegoldia*, *Clostridium sp*) :

- Clindamycine : 600-750 mg/8h (association de rifampicine sur *P.acnes*),
- Métronidazole 500 mg/8h (pour *Clostridium*)

Anaérobies à Gram - (*Bacteroides*, *Prevotella*) :

- Clindamycine : 600-750 mg/8h
- Métronidazole : 500 mg/ 8h,

Molécules potentiellement intéressantes :

- Moxifloxacine,
- Linézolide (anaérobies G+)

10. Molécules, posologies.

Molécules	Posologies
Vancomycine	<ul style="list-style-type: none"> • DDC : 15 mg/kg en 1heure, • DE : 30 mg/kg/j en SAP, • Concentration sérique : 25-35 mg/l
Téicoplanine	<ul style="list-style-type: none"> • DDC : 10-12 mg/kg/12h pendant 48-72h, • DE : 10-12 mg/kg/24h, • Concentration sérique : \geq 30 mg/l
Gentamicine	5-7 mg/kg/J en DUJ
Amikacine	20-25 mg/kg/J en DUJ
Linézolide	600 mg/12h PO-IV
Daptomycine	10-12 mg/kg/J en DUJ de 30 mn
Amoxicilline	100-150 mg/kg/J en 3 prises
Cloxacilline	100 mg/kg/j (\leq 70 kg : 9g/j, > 70 kg : 12g/j) en 6 injections ou
Oxacilline	en SAP de 12h
Céfazoline	100 mg/kg/J en 2 SAP de 12h
Céfotaxime	1-2g/8h
Ceftriaxone	2g/24h
Ciprofloxacine	200 mg/8h IV si entérobactéries 400 mg/8h IV si <i>P.aeruginosa</i> 750 mg/12h PO
Lévofloxacine	500 mg/12h pendant 5j puis relai PO 750 mg/j (une prise)
Céfépime	2g/12h IM-IV
Ceftazidime	2g en DDC puis 4-6g en SAP/24h
Imipénème	500 mg/6h ou 1,5g de 3h/12h
Clindamycine	600-750-900 mg/8h
Rifampicine	10 mg/kg/j à jeun en 2 prises ou 600-900 mg en une prise

Prévention des candidoses buccales sous traitement ATB :

- Fungizone suspension buvable 1 c a c/j,
- Triflucan (1cp 50 mg 2X/semaine) uniquement si le patient ne tolère pas la Fungizone

11. Traitement antibiotique et suivi au domicile.

Présentation, administration, contre-indications, indications, effets secondaires et surveillance des traitement PO :

- Bactrim forte,
- Dalacine,
- Doxycycline,
- Fucidine,
- Rifadine,
- Tavanic,
- Zyvoxid

Ordonnance de Bactrim forte®

Vous allez prendre du Bactrim Forte dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Présentation : comprimés (triméthoprimé 160 mg+ Sulfaméthoxazole 800 mg)

Administration : 2 à 3 prises/J au cours du repas

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le midi

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Eruptions cutanées,
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée,
- Hépatite,
- Baisse des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Insuffisance rénale,
- Augmentation du taux de potassium,
- Fourmillements,
- Douleurs musculaires et/ou articulaires.

Surveillance :

- Taux des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes sanguines,
- Taux de potassium,
- Créatinine et clearance de la créatinine

Contre-indications :

- Atteinte sévère du foie,
- Prise de méthotrémate

Interactions :

- Augmentation de l'effet des antivitamines K
- Eviter les médicaments qui augmentent le potassium
-

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Dalacine®

Vous allez prendre de la Dalacine® dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Présentation : gélules de 300 mg et de 150 mg (violettes)

Administration : 3 prises/J au cours ou en dehors du repas

Votre posologie est :

_____ gélule(s) le matin

_____ gélule(s) le midi

_____ gélule(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Eruptions cutanées, démangeaisons
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée,
- Baisse des globules blancs et des plaquettes sanguines,

Surveillance :

- Taux des globules blancs et des plaquettes sanguines,
- Dosage des enzymes hépatiques,
- En cas de diarrhées peristantes consulter rapidement votre médecin, des complications sévères sont possibles

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Doxycycline®

Vous allez prendre de la Doxycycline® dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Présentation : comprimés de 100 mg

Administration :

- 1 à 2 prises/J au milieu du repas (au moins 1H avant le coucher),
- Ne pas prendre en même temps que des médicaments à base de fer, pansement gastrique et zinc (décaler leur prise d'au moins 2H).

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Eviter les expositions au soleil (photosensibilisation),
- Augmentation de l'effet des anticoagulants oraux,
- Risque d'atteinte de l'œsophage (prise au milieu du repas + grand verre d'eau),

Surveillance :

- Photosensibilité,
- Réactions allergiques,
- Contrôle des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans,
- Grossesse au cours des 2° et 3° trimestres.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Fucidine®

Vous allez prendre de la Fucidine® dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Présentation : comprimés blanc de 250 mg

Administration :

- 3 prises/J au milieu du repas,
- 2 comprimés à chaque prise.

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le midi

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Nausées, diarrhées, douleurs abdominales,
- Hépatites,
- Baisse des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Douleurs musculaires.

Surveillance :

- Dosage des enzymes hépatiques,
- Contrôle des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines.

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans,
- Grossesse au cours des 2° et 3° trimestres.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Rifadine®

Vous allez prendre de la Rifadine® dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Cet antibiotique doit TOUJOURS être associé avec un autre antibiotique.

Présentation : gelules rouges de 300 mg

Administration :

- Les gelules doivent être prises à jeun 1h avant un repas ou 2h après,
- La Rifadine est donnée en une ou deux prises.

Votre posologie est :

_____ gélule(s) le matin (vers 10h)

_____ gélule(s) le soir au coucher

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Nausées, diarrhées, douleurs abdominales, prurit
- Hépatites,
- Baisse des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Coloration orangée des urines, des larmes (et des lentilles de contact) et des crachats .

Surveillance :

- Dosage des enzymes hépatiques,
- Contrôle des globules blancs, des plaquettes sanguines.

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans,
- Grossesse au cours des 2° et 3° trimestres.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

Ordonnance de Tavanic®

Vous allez prendre du Tavanic® dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Cet antibiotique doit TOUJOURS être associé avec un autre antibiotique.

Présentation : comprimé sécable de 500 mg

Administration :

- En une prise par jour,
- Pendant ou en dehors des repas,
- A prendre au moins 4h après un pansement gastrique

Votre posologie est :

_____ comprimé(s) le matin

_____ comprimé(s) le midi

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Tendinite (surtout tendon d'Achille) : SIGNALER immédiatement en cas de douleur,
- Photosensibilité (pas d'exposition au soleil),
- Modification de la glycémie (hausse ou baisse),
- Augmentation de l'effet des AVK,
- Douleur musculaires et articulaires (syndrome grippal), confusion, troubles du sommeil,
- Vertiges, nausées, diarrhées,
- Perturbations des enzymes hépatiques.

Surveillance :

- Dosage des enzymes hépatiques,
- Contrôle de la fonction rénale (créatinine et clearance de la créatinine).

Contre-indications :

- Epilepsie, myasthénie, tendinite avec la prise de quinolones,
- Prise d'antiarythmiques, antidépresseurs tricycliques, macrolides.

Ordonnance de Zyvoxid®

Vous allez prendre du Zyvoxid® dans le cadre de votre infection sur prothèse vasculaire.

Cet antibiotique doit TOUJOURS être associé avec un autre antibiotique.

Présentation : comprimé de 600 mg

Administration :

- En deux prises par jour,
- Pendant ou en dehors des repas,

Votre posologie est :

_____ comprimé le matin

_____ comprimé(s) le soir

La durée du traitement est de : _____ jours/mois

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus

Effets secondaires possibles :

- Baisse sévère des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Neuropathie périphérique, névrite optique
- Troubles digestifs, céphalées, vertiges, prurit

Surveillance :

- Contrôle globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines,
- Pas de données établies pour des traitements supérieures à 28j

Contre-indications :

- Hypertension artérielle non contrôlée,
- Association aux IMAO.

Ne jamais interrompre votre traitement sans en avertir votre chirurgien

