

# Info-antibio N°92: mai 2021

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com) et sur ce [lien](#)

**Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité**

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

**Recommandations SPILF et GPIIP : durées d'antibiothérapies, infections courantes, non compliquées, en évolution favorable.**

Extrait de l'article Infectious Diseases Now: [doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001](https://doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001) et du [Diaporama](#) de synthèse du groupe recos

## Infections respiratoires

Pneumonie aigue communautaire (même si pleurésie para pneumonique)  
Si amélioration clinique à J3: **5J**  
Si pas d'amélioration clinique à J3: **7J**  
Si PAC hospitalisée en réanimation: **7J**  
Si légionellose: **14J** (sauf azithromycine: **5j**)  
Pneumonie associée aux soins ou PAVM (sauf immuno-, empyème, abcès): **7J**  
Pleurésie purulente, après dernière évacuation: **15J**  
Autres Infections respiratoires  
Exacerbations de BPCO: **5J**  
Coqueluche: selon macrolide **3J** (azithro), **7J** (clarithro) ou **14J** (rova...)  
Otitite moyenne aiguë: **5J** (sauf enfant < 2 ans : **10J**)  
Sinusite: amox **7J** / FQ ou C3G IV **5J** / pristina **4J** - Enfant **10J**  
Angine à SGA: amox **6J** / allergie péni: cefpodoxime **5J** ou cefuroxime **4J** / allergie grave BL: clarithro **5J** ou azithro **3J**.

## Pied diabétique

Ostéite sans amputation: **6 semaines**:  
Amputation complète sans inf peau/tissus mous: **48h** post op  
Amputation complète avec inf peau/tissus mous: **7J** post op

## Infections osseuses natives

Arthrite: **6 semaines** (*S. aureus*), **4 sem** (strepto), **7J** (gonocoque)  
Arthrite de la main, post inoculation, récente (<4 sem): lavage chir, puis **14J**  
Spondylodiscite sans matériel: **6 semaines**

## Infections urinaires

Cystite aiguë simple: fosfomycine trométamol **1 seule dose**, pivmécillinam ou nitrofurantoïne **3J**  
Cystite aiguë sur sonde urinaire: **3 J**  
Cystite de la petite fille: **5J**  
Cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins: cotrimoxazole **5J**, autre molécule **7J** (rappel: fluoroquinolones contre indiquées)  
Pyélonéphrite aiguë: fluoroquinolone ou bêtalactamine inj **7J**. Autre molécule ou PNA grave ou à risque de complication ou associée aux soins ou enfant: **10J**  
Infection urinaire masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone): **14J**

## Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises.

Urétrite et cervicite: ceftriaxone **1 seule dose** + doxycycline **7J** (alternative azithromycine 1 g per os)  
Syphilis précoce: benzathine benzyl pénicilline: **1 seule dose**. Si allergie: doxycycline **14J**  
Infections génitales hautes non compliquées: ceftriaxone **1 seule dose** + doxycycline ET métronidazole **10J**  
Infections génitales hautes compliquées: ceftriaxone jusqu'à amélioration (**max 7J**) + doxycycline ET métronidazole **14J**

## Neutropénie fébrile

**Sans documentation µbio ni orientation clinique**  
Si hospitalisation : **3J** min et arrêt si absence de signes de gravité ET patient stable ET apyrexie depuis 48h ET surveillance hospitalière de 24-48h (si la neutropénie persiste)  
Si ambulatoire : Arrêt quand PNN>500/mm<sup>3</sup> (on imagine que c'est moins de 7j)  
**Sans documentation µbio ou orientation clinique**  
**7J** puis arrêt si apyrexie de plus de 4 jours et éradication microbiologique et résolution des signes cliniques d'infection (adapter selon site/pathogène)

## Infections de la peau et des tissus mous

Furoncle compliqué ou morsure animale: **5J**  
Furonculose, impétigo grave, dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante (cellulite, érysipèle, ...): **7J**

## Infections neuro méningées

Méningite à pneumocoque: **10J**  
Méningite à méningocoque: **5J**  
Méningite à *Listeria*: **21J**  
Méningites de l'enfant : strepto B **14J** / *Haemophilus* **7J** / *E.coli* **21J**  
Méningite/encéphalite tuberculeuse : **12 mois**  
Abcès cérébral : **6 semaines** (3 semaines possibles si drainé)

## Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux

Après ablation du KT et 1<sup>ère</sup> hémoculture négative  
Staph coag neg si apyrexie et pas de matériel endovasculaire: **3J**  
Streptocoques, entérocoques et BGN: **7J**  
*S. aureus*: **14J**. Si: thrombophlébite septique: **21J**  
Levures : **14J**  
Si tentative de conservation du KT (strepto, entérocoque, BGN, SCN)  
Verrou **PLUS** antibiothérapie systémique: **10J**

## Bactériémies primaires non compliquées.

BGN (entérobactéries, non fermentants), streptocoques, entérocoques: **7J**  
*S. aureus* et *S. lugdunensis*: **14J**

## Endocardites

Streptocoque S (CMI ≤ 0,125 mg/l)  
Valve native : **2 semaines** si bithérapie / **4 semaines** si monothérapie  
Valve prothétique : **6 semaines**  
Streptocoque I/R (CMI > 0,125 mg/l)  
Valve native: **2 semaines** de bithérapie **PUIS 2 semaines** de monothérapie  
Valve prothétique: **2 semaines** de bithérapie **PUIS 4 semaines** de monothérapie  
**Enterocoques**  
Valve native: **2 semaines** bithérapie **PUIS 2 semaines** monothérapie  
Valve prothétique: **2 semaines** bithérapie **PUIS 4 semaines** monothérapie  
Valve native ou prothétique: **6 semaines** si vancomycine +gentamicine (14j)  
Attention : l'association amoxicilline + ceftriaxone n'est active QUE sur *Enterococcus faecalis* (durée de l'association **6 semaines**).  
*S. aureus*  
Valve native : **4 semaines** de monothérapie  
Valve prothétique: **2 semaines** de trithérapie **PUIS 4 semaines** de bithérapie

## Infection de dispositif électronique cardiaque implantable.

Infection précoce superficielle: **7J**  
Infection du boîtier sans bactériémie: **7J** après ablation de tout le matériel  
Bactériémie sans endocardite, ni infection de sonde: **14j** si Gram+/ **7J** si BGN  
Infection de sonde : **14J** après ablation de tout le matériel  
Infection de sonde et ablation de matériel impossible : **6 semaines** (dont les 2 premières avec de la gentamicine), puis ATB suppressive à discuter.

## Infections digestives:

**Diarrhée**  
aiguë du voyageur: **1 dose** OU **3J** selon fièvre ou Sd dysentérique  
Pédiatrie: *Shigella/Campylobacter* **3J**; *Yersinia* **5J**, salmonelle (si TT) **5J**  
Fièvre typhoïde simple: **7J** (fluoroquinolones) OU **5J** (azithromycine)  
Infection à *C. difficile*: **10J**  
Diverticulite en échec d'un traitement symptomatique: **7J**  
Abcès hépatique: **28J**  
Infection de liquide d'ascite: **5J**  
**Péritonites** :  
Perforation digestive opérée dans les 24h: < **1j** (ATB prophylaxie chirurgicale)  
Appendicite de traitement non chirurgical: **7J**  
Péritonite localisée: **3J**  
Péritonite généralisées: **4J**  
Péritonite postopératoire: **8J**  
**Cholécystites**  
Vésicule perforée ou grade III: **3J**  
Drainage percutané, ou non opérée ou non drainée: **7J**  
Angiocholite drainée: **3J** post drainage

## Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](http://infectiologie.com). Evaluation et sécurité d'emploi des ATB: [ANSM](#). Évaluation des pratiques et RBP : [HAS](#) - [SPILF](#).  
Sites régionaux d'information sur les ATB : [Grand Est](#) – [Hauts de France](#) – [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Site « ATB » du Ministère de la Santé](#)

Un service du journal [Infectious Diseases Now](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, membre du Conseil National Professionnel d'Infectiologie (SPILF). Rédigé par le Dr S. Alfandari.

