

ANTIBIO GUIDE

Service Pharmacie – Octobre 2016

Sources : <http://www.omedit-basse-normandie.fr/> - <http://antibioguide.free.fr/>

Table des matières

INFECTIONS CUTANÉES

Infection de la peau et des tissus mous	3
Plaies – Escarres.....	4

INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES

Abcès pulmonaire	5
Bronchite aiguë de l'adulte	6
Pleurésie infectieuse	7
Pneumopathie communautaire – Adulte sain - Ambulatoire	8
Pneumopathie communautaire non sévère – Hospitalisation en Médecine.....	9
Pneumopathie communautaire sévère (Réanimation – Soins intensifs).....	10
Pneumopathie nosocomiale précoce < 5 jours.....	110
Pneumopathie nosocomiale tardive (> 5 jours) ou Antibiothérapie préalable.....	12
Tuberculose affectant l'arbre respiratoire	13

INFECTIONS GÉNITALES

Infection génitale féminine et IST.....	14
Infection génitale masculine et IST	15
Ulcérations génitales	16

INFECTIONS URINAIRES

Cystites de l'adulte	17
Infections urinaires de l'enfant.....	18
Infections urinaires de la femme enceinte	19
Infection urinaire sur sonde	20
Pyélonéphrite aiguë de l'adulte (PNA)	21
Pyélonéphrite aiguë à Entérobactérie BLSE.....	22
Infection urinaire masculine	23

INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES

Infection intra-abdominale médicale.....	24
Diarrhées	25

INFECTIONS ORL

Angine aiguë	26
Otite moyenne aiguë (OMA)	27
Rhinopharyngite.....	28
Sinusite de l'adulte et de l'enfant	29

INFECTIONS DU SNC

Méningites bactériennes aiguës communautaires	30
---	----

INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES

Arthrite aiguë.....	32
Infection sur pied diabétique hors ostéite	33
Ostéite du pied diabétique	34
Ostéomyélite aiguë de l'enfant	35
Spondylodiscite.....	36

PATHOLOGIES D'INNOCULATION

Infection d'inoculation.....	38
Lyme	39

AUTRES INFECTIONS

Neutropénie : $PNN \leq 500/m^3$ / $T^\circ \geq 38,3^\circ C$ 1 fois ou $\geq 38^\circ C$ à 2 reprises en 8 heures	40
---	----

CONTACTS

Infectiologues référents.....	41
-------------------------------	----

Infection de la peau et des tissus mous

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Furoncle	<i>S. aureus</i>	Soins locaux		
Impétigo Simple	<i>+/-Streptocoque A</i>	<i>+/- Mupirocine en locale</i>		
Furoncle Impétigo <u>Complicqué</u> (zones à risque, terrain à risque, lésions multiples)	<i>S. aureus</i> <i>+/-Streptocoque A</i>	Cloxacilline 1g x 3-4 /j + Soins locaux	Amoxicilline (si Strepto A) Pristinamycine 1 g x 2/j	7 jours
Panaris	<i>S. aureus</i>	Soins locaux <i>+/- Cloxacilline</i> 1g x 3-4 /j si forme compliquée	Pristinamycine 1 g x 2/j	7 jours
Érysipèle⁽¹⁾	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Amoxicilline 50 mg/Kg/j en 3 prises	Pristinamycine 1 g x 3/j	10-21 jours
Fasciite nécrosante⁽¹⁾⁽²⁾				
Membres	Streptococcus pyogenes Staphylococcus aureus	Amoxicilline-Ac. Clav. 60-100 mg/kg/j	Avis spécialisé	10-21 jours
Cervicofaciale	Streptococcus pyogenes Staphylococcus aureus Anaérobies	Amoxicilline-Ac. Clav. 60-100 mg/kg/j + Clindamycine 1800 mg/j	Avis spécialisé	
Abdomen Périnée	Streptococcus pyogenes Staphylococcus aureus Clostridium Bactéroïdes	Pipera/Tazobactam 12 g/j + Clindamycine 1800 mg/j + Gentamicine 5-8 mg/Kg/j	Avis spécialisé Aminocide	72h
Gangrène majeure	Clostridium	Amox/clav. 60-100 mg/kg/j + Gentamicine 5-8 mg/Kg/j	(pipéra/tazo si digestif) ou(Céfotaxime+ métronidazole)	

⁽¹⁾ Rechercher une porte d'entrée, Hémoculture, SAT-VAT

⁽²⁾ Prise en charge chirurgicale obligatoire

Bibliographie :

- 1- SPILF – Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge, 2000
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/E1.pdf
- 3- Pilly, 2014
- 4- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=3>

Plaies – Escarres

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Escarre	Variable selon le stade	Avis spécialisé		
Plaie⁽²⁾				
Plaie nette Pas de signe infectieux Pas de facteur de risque infectieux		Abstention		
Pas de signe infectieux - Facteurs de risque infectieux				
Plaies fortement contaminées	Staphylocoque Streptocoque	Oxacilline 50 à 100 mg/Kg/j (jusqu'à 4g/jour)	Pristinamycine 1 g x 3/j	5 jours
Fractures ouvertes, exposition articulaire et tendineuse	Staphylocoque Streptocoque	Amoxicilline-Ac. Clav 1 g x 3/j	Clindamycine +/- Gentamicine	5 jours
Terrain ischémique local, diabète, contamination tellurique/excrétas	Staphylocoque Streptocoque Entérobactéries anaérobies	Amoxicilline-Ac. Clav 1 g x 3/j		

⁽²⁾ SAT-VAT à réaliser

Bibliographie :

- 1- SFMU – Prise en charge des plaies aux Urgences, 2005
- 2- http://www.antibiolor.org/?page_id=2081
- 3- Afssaps, Information sur la réévaluation des pénicillines du groupe M : oxacilline et cloxacilline, 2011
- 4- E. Pilly.2014
- 5- Groupe de travail Plaie et Cicatrisation, CH Avranches-Granville

Abcès pulmonaire

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative ⁽¹⁾	Durée
Abcès pulmonaire	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 50 mg/Kg/j	Avis spécialisé	3 semaines IV 6 semaines au total
	Streptocoque	±		
	Anaérobies	Gentamicine 5 mg/Kg		
	Bacille gram -			
	Staphylocoque			

⁽¹⁾ Selon le terrain et après identification microbiologique

REEVALUATION SELON DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Bibliographie :

1- SPILF-AFSSAPS. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2010 [lien 1](#) ET [lien 2](#)

2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>

3- CMIT. E. Pilly. 23ème Edition. 2012

Bronchite aiguë de l'adulte

Situation clinique	Bactéries	Antibiotique proposé	Alternative ⁽¹⁾	Durée
--------------------	-----------	----------------------	----------------------------	-------

	présumées			
Bronchite aiguë sujet sain	Virus	Aucun Surveillance clinique	-	-
BPCO Pas de dyspnée ou VEMS/CV $\geq 50\%$	Virus	Abstention Surveillance clinique		
BPCO ET dyspnée d'effort ou VEMS $\geq 50\%$ ET expectoration purulente verdâtre	Virus <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Moraxella</i> spp	Amoxicilline 1 g x 3	Roxithromycine Pristinamycine	7 jours
BPCO Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos ou VEMS $< 30\%$	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Moraxella</i> spp	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3	Levofloxacin ou Céfatoxime	7 jours

⁽¹⁾ Selon le terrain et après identification microbiologique

Bibliographie :

- 1- SPILF, Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2006 [lien 1](#) ET [lien 2](#)
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B5.pdf
- 3- CH Avranches-Granville, Données du Laboratoire de microbiologie, 2007
- 4- Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses – Bronchites infectieuses : 230-234 In Pilly 20^e Ed. Vivactis plus, 2006

Pleurésie infectieuse

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative ⁽¹⁾	Durée
--------------------	---------------------	----------------------	----------------------------	-------

Pleurésie infectieuse	<i>S. pneumoniae</i>	<u>Parapneumonique :</u> Amoxicilline-Ac. Clav. 1gx3 /j	Avis spécialisé	4-6 semaines
	<i>S. aureus</i>			
	<i>Streptococcus spp.</i>	<u>Autres cas :</u> Ceftriaxone 2g/j IV + Métronidazole 1,5 g/j + Aminocide		
	Bacille Gram -			
	Anaérobies	Antituberculeux		

⁽¹⁾ Selon le terrain et après identification microbiologique

REEVALUATION SELON DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Mesures complémentaires : ponction ± drainage ± fibrinolytique + kinésithérapie respiratoire

Bibliographie :

- 1- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html>.
- 2- CMIT – Pleurésies infectieuses. In Pilly 23è Ed. Vivactis plus, 2012

Pneumopathie communautaire – Adulte sain - Ambulatoire

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Sujet jeune sans comorbidité	Si <i>S. pneumoniae</i> suspecté :	Amoxicilline 1 g x 3	Pristinamycine / Lévoﬂoxacine	7 jours

	Si intracellulaires (<i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydiae</i>) suspectés :	Macrolides		
	Si doute entre <i>S.pneumoniae</i> et atypique	Amoxicilline 1 g x 3		
Sujet âgé sans comorbidité	<i>S. pneumoniae</i> Entérobactéries <i>S. aureus</i> ; <i>H.influenzae</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3	Lévofoxacine 500 mg/j	7-14 jours
Sujet âgé en institution/ co-morbidités sans signes de gravité	<i>S. pneumoniae</i> Entérobactéries <i>S. aureus</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3	Ceftriaxone 1 g/j ou Lévofoxacine 500 mg/j	7-14 jours

REEVALUATION SELON MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Bibliographie :

- 1- SPILF-AFSSAPS. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2010 [lien 1](#) ET [lien 2](#)
- 2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>
- 3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B6.pdf
- 3- CMIT. E. Pilly. Pneumonies aiguës communautaires. 23ème Edition. 2012

Pneumopathie communautaire non sévère – Hospitalisation en Médecine

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
--------------------	---------------------	----------------------	-------------	-------

Sujet jeune sans comorbidité	Si <i>S. pneumoniae</i> suspecté :	Amoxicilline 1 g x 3	Si allergie : Pristinamycine	7 jours
	Si intracellulaires (<i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydiae</i>) suspectés			
	Si doute entre <i>S.pneumoniae</i> et atypique	Macrolides	Si échec : + Roxithromycine	
		Amoxicilline 1 g x 3		
Sujet âgé avec ou sans comorbidité sans signes de gravité	Si <i>S. pneumoniae</i> suspecté	Amoxicilline 1 g x 3	Si allergie : Pristinamycine	7 jours
	Entérobactéries		Si échec : + Roxithromycine	
	<i>S. aureus</i> ; <i>H.influenzae</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3	ou substitution par Lévofloxacine 500 mg/j	

1. Début brutal, frisson, fièvre élevée (> 39°C), douleur thoracique, syndrome de condensation

REEVALUATION SELON DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Bibliographie :

- 1- SPILF-AFSSAPS. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2010 [lien 1](#) ET [lien 2](#)
- 2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>
- 3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B6.pdf
- 3- CMIT. E. Pilly. Pneumonies aiguës communautaires. 23ème Edition. 2012

Pneumopathie communautaire sévère (Réanimation – Soins intensifs)

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
	<i>S. pneumoniae</i>	Ceftotaxime 100mg/kg/j		7 jours

Sujet jeune, sujet âgé avec ou/sans comorbidité	<u>Intracellulaire :</u> <i>Mycoplasmaspp</i> <i>Chlamydiae spp</i>	+ Lévofoxacine 1 g/j (J1) puis 500 mg/j		
Infection à <i>P.aeruginosa</i> suspecté :	<i>P.aeruginosa</i>	Pipéracilline-Tazobactam 200 mg/kg/j + Amikacine 20-30 mg/kg/j		14 jours
Legionellose	<i>L.pneumophila</i>	<u>Formes non graves :</u> Azithromycine 500mg j1 puis 250mg/j <u>Formes graves ou immunodéprimé :</u> Lévofoxacine 500 mg/24 h IV (/12h à J1) + Spiramycine 3MU/8h IV	Avis spécialisé Relais per os : Lévofoxacine ou Azithromycine	5 jours 21 jours
Inhalation	<i>Streptocoque</i> <i>Anaérobies</i>	Amoxicilline-Ac.clavulanique 1g x 3 / j		7 jours

REEVALUATION SELON DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Bibliographie :

- 1- SPILF-AFSSAPS. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2010 [lien 1](#) ET [lien 2](#)
- 2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>
- 3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B6.pdf
- 4- CMIT. E. Pilly. Pneumonies aiguës communautaires. 23ème Edition. 2012
- 5- AFSSAPS. Légionellose de l'adulte – actualisation 2011

Pneumopathie nosocomiale précoce < 5 jours*

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Probabiliste	Bactéries communautaires	Ceftriaxone 2 g IV/j ± Lévofoxacine 500 mg/j		7 jours
Documenté = adapté selon l'identification et	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilline 1 g x 3	Lévofoxacine	7 jours

l'antibiogramme	<i>S. aureus</i> méthi-S	Oxacilline 100 mg/Kg/j		7 jours
	Entérobactéries non multirésistantes	Ceftriaxone 2 g IV/j + Gentamicine 5 mg/Kg/j		7 jours

* Patient non intubé

REEVALUATION SELON DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Bibliographie :

1- SPILF-AFSSAPS. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2010 [lien 1](#) ET [lien 2](#)

2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>

3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B6.pdf

4- CMIT. E. Pilly. Pneumonies aiguës nosocomiales. 23ème Edition. 2012

Pneumopathie nosocomiale tardive (> 5 jours) ou Antibiothérapie préalable

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Probabiliste	<i>P. aeruginosa</i> SAMS SAMR Entérobactéries	Céfépime 60 mg/Kg/j + Amikacine 20 mg/Kg/j	Tazocilline + Ciprofloxacine	7 jours
Documenté	SAMS	Oxacilline		7 jours

			100 mg/Kg/j + Gentamicine 5-8 mg/Kg/j		
	SAMR		Vancomycine 40 mg/Kg/j + autres anti-staphylococciques selon l'antibiogramme	Linezolide	7 jours
	βLSE		Imipénème + Gentamicine	Réévaluation selon Antibiogramme (CMI)	7 jours
	<i>P. aeruginosa</i>	Ticar-S	Ticarcilline 250 mg/Kg/j		14 jours
	<i>P. aeruginosa</i>	Ticar-R	Ceftazidime 100 mg/Kg/j + Amikacine 20 mg/kg/j		14 jours

Rechercher systématiquement l'antigénurie à Legionnellapneumophila.
Arrêter les aminosides à J3 sauf pour les P. aeruginosa, J5

REEVALUATION SELON DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE H48-72

Bibliographie :

- 1- SPILF-AFSSAPS. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent, 2010 [lien 1](#) ET [lien 2](#)
- 2-<http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>
- 3-http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B6.pdf
- 4- CMIT. E. Pilly. Pneumonies aiguës nosocomiales. 23ème Edition. 2012

Tuberculose affectant l'arbre respiratoire

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Tuberculose pulmonaire	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Rifampicine 10 mg/Kg/j		6 mois
		+		
		Isoniazide 5 mg/Kg/j		6 mois
Miliaire tuberculeuse		+		
		Pyrazinamide 20 mg/Kg/j		2 mois

		±		
		Ethambutol 15 mg/Kg/j		2 mois

Avis spécialisé conseillé.

Surveillance clinique, radiologique (M1, M2, M4, M6, M9, M12), microbiologique et biologique (transaminase)
Surveillance ophtalmologique

Bibliographie :

- 1- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/28-anti-infectieux-/34-atb-adulte.html>
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B6.pdf
- 3 - CMIT. E. Pilly. Pneumonies aiguës communautaires. 23ème Edition. 2012

Infection génitale féminine et IST

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
	<i>C. albicans</i>	Econazole 150 LP à renouveler éventuellement 3 j plus tard	Nystatine 1 à 2 ovules/j pendant 20 j	Dose unique
Vulvovaginite	<i>Gardenellavaginalis</i>	Metronidazole 500 mg x 2/j	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g/2j	7 jours
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazole 500 mg 4 cp		Dose unique
Bartolinite		Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3	Doxycycline 200 mg/j pendant 15 j	8 jours
Endométrite post-partum		Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3-4	*Clindamycine 900 mgx3/j+ Gentamycine 1.5 mg/kg 3x/j	7 jours
Salpingite,	Gonocoque	Ofloxacin	Ceftriaxone 500 mg DU +	15 j

endométrite	Entérobactérie anaérobie <i>Chlamydiae</i> / <i>Mycoplasma</i> Streptocoque	400 mg x 2/j + Metronidazole 1,5 g/j +/- Ceftriaxone 500 mg DU	Azithromycine 1g/semaine	
Abcès tubo-ovarien	Idem	Ceftriaxone 1-2 g/j + Metronidazole 1,5 g/j + Doxycycline 100mg 2/J+ Drainage par coelioscopie	Ofloxacin 400 mg x 2/j + Metronidazole 1,5 g/j	14-21 j
Cervico-vaginite	Gonocoque <i>Chlamydiae</i> (traiter systématiquement les 2 germes)	Ceftriaxone 500 mg Azithromycine 1 g PO	Cefixime 400 mg PO Doxycycline 200 mg/j pendant 10 j	Dose unique

* En l'absence d'allaitement

Examen complémentaire : frottis, mise en culture, PCR 1er jet *C. trachomatis* ⁽¹⁾ traiter le(s) partenaire(s)
Demander VIH, VHB, TPHA-VDRL si comportement à risque non compliqué

Bibliographie :

- 1- AFSSAPS, Mise au point sur le traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées, 2008
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C5.pdf
- 3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C6.pdf
- 4- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=8>
- 5- CNGOF. Recommandation pratique clinique : infection génitale haute. 2012

Infection génitale masculine et IST

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Urétrite⁽¹⁾	Gonocoque	Ceftriaxone 500 mg IM +	Cefixime 400 mg x 2 PO Spectinomycine 2 g IM	Dose unique
	<i>Chlamydiae spp</i> <i>Ureaplasmaspp</i>	Azithromycine 1 g PO	Doxycycline 200 mg - 10 j Ofloxacin 200 mg x 2 - 10 j	Dose unique
	(Traiter ces 3 étiologies)			Dose unique
Orchi-épididymite⁽¹⁾	Gonocoque <i>Chlamydiae</i>	Ceftriaxone 500 mg IM + Azithromycine 1 g PO		8 jours

	Entérobactérie (<i>E. coli</i>)	Ofloxacin PO 400 mg/j	Cotrimoxazole 4 cp/j	10 jours
Ulcération génitale	Cf chapitre	correspondant		
Prostatite	Cf chapitre	correspondant		

Examen complémentaire : frottis, mise en culture, PCR 1er jet *C. trachomatis* ⁽¹⁾ traiter le(s) partenaire(s)
Demander : VIH, VHB, TPHA-VDRL si comportement à risque non compliqué

Bibliographie :

- 1- AFSSAPS, Mise au point sur le traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées, 2008
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C2.pdf
- 3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C6.pdf
- 4- CMIT – Conduite à tenir devant un écoulement génital. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012
- 5- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=8>

Ulcérations génitales

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Primo-infection	HSV ₂	Valaciclovir 500 mg 2/j		10 jours
Récurrence	HSV ₂	Valaciclovir 500 mg 2/j		5 jours
Prévention des récurrences (> 6 par an)	HSV ₂	Valaciclovir 500 mg 1/j		≥ 6 mois
Syphilis récente (Primaire Secondaire Latence précoce)	<i>Treponema pallidum</i>	Benzathine -pénicilline G 2,4 MUI	Doxycycline 200 mg/j pendant 14 j	Dose unique
Syphilis ancienne (Tertiaire Latence tardive)	<i>Treponema pallidum</i>	Benzathine -pénicilline G 2,4 MUI	Doxycycline 200 mg/j pendant 28 j	J1-J3-J15

Neurosyphilis	<i>Treponema pallidum</i>	Penicilline G 24 MUI/j	Doxycycline 200 mg/j pendant 15 j	15 jours
Chancres mou	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Ceftriaxone 500 mg + ponction itérative du bubon	Azithromycine 1g	Dose unique

Bibliographie :

- 1- ANAES – SFD, Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues), 2001
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C6.pdf
- 3- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=8>
- 4- Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses – Conduite à tenir devant des érosions et des ulcérations génitales/orales In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012
- 5- SPILF. Alternatives pour le traitement des syphilis non urologiques dans un contexte de rupture de stock de benzathine pénicilline +/- doxycycline. 2014

Cystites de l'adulte

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Cystite aigue simple (femme sans anomalie de l'arbre urinaire, ni terrain particulier ; femme > 65 ans sans comorbidité)	<i>E. coli</i> 80% <i>Proteus</i> 10% <i>S. saprophyticus</i> ...	Fosfomycine + Trométamol	Pivmecillinam (5 j) 3ème ligne : Ofloxacin 400 mg (1 j) Nitrofurantoine (5 j)	dose unique
Cystite à risque de complication* Différer le traitement pour l'adapter à l'antibiogramme	<i>E. coli</i> <i>Proteus spp.</i> <i>S. saprophyticus</i> Entérobactéries	Nitrofurantoïne Antibiotique ayant le spectre le plus étroit à l'antibiogramme : 1-Amoxicilline 2- Pivmecillinam 3- Nitrofurantoine	Cefixime Ofloxacin	7 jours
Femme enceinte	Voir chapitre spécifique			
Cystite récidivante		IU post-coïtale :	Mesures hygiéno-	> 6 mois

(> 4 épisodes/an)* Avis urologique nécessaire		Cotrimoxazole : 2 heures avant ou après rapport Fosfomycine+Trométamol : 2 heures avant ou après rapport (7 j entre 2 doses) <u>IU > 1 par mois</u> : Cotrimoxazole 400/80: 1/j Fosfomycine+Trométamol : 1/semaine <u>IU < 1 par mois</u> : traitement au coup par coup. Idem cystite simple (pas de nitrofurantoïne)	détiétiques	
---	--	--	-------------	--

* BU + ECBU recommandés

Bibliographie :

1- SPILF Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires de l'adulte communautaires.2014

Infections urinaires de l'enfant

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Cystite	E. coli Proteus spp.	Cefixime** 8 mg/kg en 2 prises	Cotrimoxazole 3-15 mg/kg x 2/j	3-4 jours
Prévention ou reflux (grade≥3) ou dysfonctionnement vésical	E. coli Proteus spp.	Cotrimoxazole 3-15 mg/kg x 1/j	Avis spécialisé Pédiatre - Urologue	Long cours
PNA aiguë	E. coli Proteus spp.	Ceftriaxone IM/IV 50 mg/kg/j sans dépasser 2g/j +/- Gentamicine* 5-8 mg/kg/j puis relai per os Cefixime** 8 mg/kg en 2 prises	Selon antibiogramme	3 jours IV puis 10 jours per os

* Si âge < 3 mois, uropathie connue, PCT ≥ 10, foyer échographique

** Cefixime si âge ≥ 6 mois

Examen complémentaire :

toute cystite chez le garçon ou pyélonéphrite aiguë nécessite une échographie abdominale

Réévaluation avec antibiogramme

Bibliographie :

1- AFSSAPS, Recommandations : « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires du nourrisson et de l'enfant », 2007.

2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C3.pdf

Infections urinaires de la femme enceinte

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Durée
Bactériurie asymptomatique⁽¹⁾ (pas de SFU + 2 ECBU positifs au même germe)	<i>E. coli</i> Entérobactéries Staphylocoques	<u>Après antibiogramme</u> (spectre le plus étroit) parmi : Amoxicilline Nitrofurantoïne	5 jours 7 jours
Cystite aiguë⁽¹⁾	<i>E. coli</i> Entérobactéries Staphylocoques	<u>Probabiliste :</u> Cefixime Nitrofurantoïne (sauf 9^{ème} mois) <u>Après antibiogramme :</u> Désescalade vers spectre le + étroit	5-7 jours
PNA aiguë⁽¹⁾⁽²⁾	<i>E. coli</i> Entérobactéries Staphylocoques	<u>Probabiliste :</u> Ceftriaxone +/- Gentamicine <u>Après antibiogramme :</u> Désescalade vers spectre le plus étroit	10 jours

Examens complémentaires :

⁽¹⁾ ECBU J1 + J8-J10 après ATB + suivi ECBU mensuel si cystite

⁽²⁾ Bilan retentissement fœtal

Bibliographie :

1- AFSSAPS, Recommandations de bonne pratique : « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte », 2008.

2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/C1.pdf

Infection urinaire sur sonde

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Bactériurie asymptomatique (> 105 UFC/ml sans signes cliniques)		Pas de traitement		
Bactériurie symptomatique = infection sur sonde	<i>P. aeruginosa</i> <i>S. aureus</i> <i>Acinetobacterspp</i> <i>E. coli</i> etc...	<u>Selon l'antibiogramme</u> β-Lactamine +/- aminoside (spectre le plus étroit)	Selon antibiogramme	<7j si pas atteinte parenchymateuse

Changement de sonde 24 h après le début de l'antibiothérapie

Bibliographie :

- 1- SPILF/AFU/SFHH – Conférence de consensus Infection urinaire nosocomiale, 2002
- 2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=2>.
- 3- <http://www.antibiolor.org/?p=2532>

Pyélonéphrite aiguë de l'adulte (PNA)

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Durée
PNA non compliquée Probabiliste	<i>E. coli</i> <i>Proteus spp</i> <i>Staphylococcus spp</i>	Ceftriaxone IV* : 1-2g/j Aztréonam IV : 1-2g 3 x /j Amikacine IV : 15mg/kg/j Gentamicine IV : 3mg/kg/j Ofloxacin IV/PO** : 200mg 2x/j (si obèse 600-800 mg/j)	10-14 jours 7 jours si ofloxacin ou ceftriaxone
PNA compliquée Probabiliste	<i>Idem</i>	Ceftriaxone 1-2 g/j ± Gentamicine 5 à 8mg/kg/j	Bithérapie : 1 à 3 j 10 à 14 jours* au total
Relais après antibiogramme		1- Amoxicilline ± ac.clavulanique 1gx3/j 2- Ofloxacin 200mg x 2/j (si obèse 600-800 mg/j) 3- Céfixime 200mg x 2/j 4- Cotrimoxazole (800/160) : 1 cp 2x/j	

* à privilégier si hospitalisation

** sauf exposition au F-Quinolones <6 mois

Critère d'hospitalisation :

PNA compliquée ou grave (sepsis sévère, immunodépression, diabète, grossesse, obstacle)

Examens complémentaires :

PNA non compliquée = ECBU, BU, échographie rénovésicale

PNA compliquée = BU, Uro-TDM

ECBU J0 → J3 → J28 après fin de l'antibiothérapie

Bibliographie :

Pyélonéphrite aiguë à Entérobactérie BLSE

Antibiogramme		Critères CMI (mg/L)
	1^{er} choix	
Fluoroquinolones-S	Fluoroquinolone (lévofloxacine, ofloxacine)	
Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-S	TMP-SMX	
Fluoroquinolones-R et TMP-SMX-R	Amoxicilline+acide clavulanique	< 8 mg/l
	Pipéracilline+tazobactam	< 8 mg/l
	Céfotaxime	< 1 mg/l
	Ceftriaxone	< 1 mg/l
	Ceftazidime	< 1 mg/l
	Céfépime	< 1 mg/l
	2^{ème} choix	
	Céfoxitine	Si souche sensible, et IU à <i>E. coli</i>
	Amikacine, Gentamicine	
	3^{ème} choix (en l'absence d'alternative)	
	Carbapénème	
	Traitement d'attaque	Imipénème, méropénème
	Traitement de relais	Ertapénème*

* risque de résistance en cas de fort inoculum et espèces autres que *E.coli*

Bibliographie :

1. SPILF Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires de l'adulte communautaires. 2014

Infection urinaire masculine

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Durée
Sans signe de gravité (probabiliste)	<i>E.coli</i>	Ceftriaxone IV : 1-2 g/j Aztréonam IV : 1-2 g 3 x /j Amikacine IV : 15 mg/kg/j Gentamicine IV : 3 mg/kg/j Ofloxacin IV/PO : 200 mg 2x/j (si obèse 600-800 mg/j)	Monothérapie : 14 à 21 jours*
Avec signe de gravité (probabiliste)	<i>Idem</i>	<i>Idem</i> + Amikacine 30 mg/kg/j	Bithérapie : 1 à 3 j 14 à 21 jours* au total
Relais (après antibiogramme)		Ofloxacin PO : 200 mg 2x/j (si obèse 600-800 mg/j) Cotrimoxazole (800/160) : 1 cp 2 x/j	14 jours 21 jours*

* si trouble urinaire vésicoprostatique ou facteur de complication

Examens complémentaires :

BU

ECBU, hémoculture (formes sévères) (seuil bactériurie : >10³ UFC/ml)

Echographie des voies urinaires (si dl lombaires, RAU....)

Avis urologique

ECBU 4 à 6 semaines après ATB

Bibliographie :

1- SPILF Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires de l'adulte communautaires. 2014

Infection intra-abdominale médicale

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Diverticulite sigmoïdienne⁽¹⁾ non perforée/abcédée	Entérobactéries Anaérobies Entérocoques	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3/j (80 mg/Kg/j chez l'enfant)	Ceftriaxone 1g +Métronidazole 1.5 g/j	10 jours
Sigmoïdite chirurgicale	Entérobactéries Anaérobies Entérocoques	Ticarcilline-Ac. Clav. 250 mg/Kg/j + Gentamicine 5-8 mg/kg/j	Avis spécialisé	10 jours
Cholécystite⁽¹⁾	Entérobactéries Anaérobies Entérocoques	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3/j (80 mg/Kg/j chez l'enfant)	Ceftriaxone 1g +Métronidazole 1.5 g/j	5-7 jours
Angiocholite⁽¹⁾	<i>Entérobactéries</i> <i>Anaérobies</i> <i>Entérocoques</i>	Ceftriaxone 2g/j + Métronidazole 1.5g/j +Gentamicine 5-8 mg/kg/j	<u>Si allergie B-Lactamine</u> : Ofloxacine.	10 jours
Abcès hépatique⁽¹⁾	Variable	Ceftriaxone 2g/j + Métronidazole 1.5g/j +Gentamicine 5-8 mg/kg/j	Avis spécialisé Adaptation microbiologie	4-6 semaines
Infection liquide ascite	Entérobactéries Anaérobies Entérocoques	Ceftriaxone 1-2g/j + Albumine	Adaptation microbiologie	10 jours
Pancréatite aiguë avec infection	Entérobactéries Anaérobies Entérocoques	Ticarcilline-Ac. Clav. 250 mg/Kg/j + Gentamicine 5-8 mg/kg/j		ND
Ulcère gastro-duodéal	<i>H. pylori</i>	Amoxicilline 2g/j pdt 5j <u>PUIS pour 5j</u> : Clarithromycine 500mg x 2/j Métronidazole 500mg x 2/j + Inhibiteur Pompe à Proton	<u>En cas d'allergie</u> : avis spécialisé Pylera®	

⁽¹⁾ Avis chirurgical recommandé

Examen complémentaire : Hémoculture, Échographie

Bibliographie :

- 1- AFSSAPS : Prise en charge thérapeutique de l'éradication de H. pylori chez l'adulte et l'enfant, 2005
- 2- CMIT – Infection intra-abdominale ; In Pilly 26è Ed. Vivactis plus, 2012
- 3- SPILF- Management of Helicobacter pylori infection: 2012. Gut 2012;61:646e664. doi:10.1136 Mai 2013
- 4- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/D1-D2.pdf
- 5- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/D4.pdf
- 6- <http://www.infectio-lille.com/index.php/component/content/article/34-atb-adulte.html?start=8>

Diarrhées

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Syndrome cholériforme diarrhée aqueuse « Eau de riz »	<i>E. coli</i> entérotoxigène (ETEC) <i>S. aureus</i> }TIAC <i>C. Perfringens</i> }TIAC	Traitement symptomatique	<u>Si échec</u> , Norfloxacin 400 mg x 2 PO	2-3 jours
	<i>Shigella</i> spp.	Ofloxacin 200 mg x 2/j	Ceftriaxone 1g	5 jours
Syndrome dysentérique diarrhée glairo-sanglante, fièvre	<i>E. coli</i> entéro-invasif (EIEC)	Traitement symptomatique	<u>Si échec</u> , Ofloxacin PO 200 mg x 2/j	2-3 jours
	<i>Entamoeba histolytica</i>	Métronidazole 500 mg x 3 + Tilliquinol (Intetrix®)		10 jours
Diarrhée post-antibiotique	<i>C. difficile</i>	Arrêt des antibiotiques si possible Métronidazole 500 mg x 3 PO	Vancomycine PO 250 à 500 mg x 4/j	10 jours
	<i>Salmonella</i> spp	Ofloxacin 200 mg x 2/j	Ceftriaxone 1g	5 jours
Syndrome gastro-entérique diarrhée banale	<i>Campylobacter jejuni</i>	Azithromycine 500 mg/j	Doxycycline 200 mg/j	3 jours
	<i>Yersinia enterocolitica</i>	Ofloxacin 200 mg x 2	Doxycycline 200 mg/j	10 jours
Diarrhée virale	<i>E. coli</i> entéropathogène (EPEC)	Ceftriaxone 1 g/j		5 jours
	Rotavirus Norovirus Adénovirus ...	Traitement symptomatique		

Bibliographie :

- 1- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/D3.pdf
- 2- CMIT. Conduite à tenir devant une diarrhée infectieuse: In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012

Angine aiguë

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Si TDR +		Amoxicilline	Cefpodoxime	6 jours

Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée	Streptocoque A	A : 2 g/j E : 25 mg/kg/j (3 prises)	500 mg/j (5 jours) si allergie, β -lactamines Clarithromycine 500 mg/j (5 jours)	
Angine pseudomembraneuse	EBV	Abstention¹		10 jours
	<i>C. diphtheriae</i>	Pénicilline G + Sérothérapie		10 jours
Angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotique (Angine de Vincent)	Spirochètes Anaérobies	Pénicilline V 3 MUI/j	Métronidazole si allergie	10 jours

TDR (Strep A test®) est indiqué si patient > 3 ans avec un score de Mac Issac ≥ 2

A : adulte ; E : enfant

⁽¹⁾ Pas d'amoxicilline en cas de doute (risque de rash cutané)

Bibliographie :

- 1- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B1.pdf
- 2- CMIT – Angines. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012
- 5- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=4>

Otite moyenne aiguë (OMA)

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Otite + conjonctivite	<i>Haemophilus influenzae</i>	Amoxicilline-Ac. Clav A : 1 g x 3/j E : 80 mg/Kg/j en 3 prises	E : cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises A : cefpodoxime 400 mg/j en 2 prises	5 jours après 2 ans

			<u>Si β-lactamines CI</u> < 6 ans et > 2 mois Erythromycine + sulfafurazole > 6 ans : Pristinamycine	8-10 jours avant 2 ans
OMA très douloureuse F° > 38,5, âge < 2ans Collectivité	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilline A : 1 g x 3/j E : 80 mg/Kg/j en 3 prises	Idem	5 jours après 2 ans 10 jours avant 2 ans
Otite maligne externe¹	<i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidime 1-2 g 3 fois/j + Amikacine 20 mg/Kg/j		ND

A : adulte ; E : enfant

⁽¹⁾ Avis ORL en Urgences pour prise en charge chirurgicale

Bibliographie :

- 1- AFSSAPS, Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, 2005
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B2.pdf
- 3- CMIT– Otites. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012
- 4- SPILF. Infections respiratoires hautes: principaux messages.2011

Rhinopharyngite

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Rhinopharyngite simple	Virus	Aucun Traitement symptomatique : lavage des fosses nasales, antipyrétique		
Rhinopharyngite compliquée	Virus	Voir chapitre correspondant		

(OMA purulente, sinusite)				
------------------------------	--	--	--	--

Bibliographie :

1- AFSSAPS, Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, 2005

2- <http://www.antibiolor.org/?p=2548>

3- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=4>

5- CMIT – Rhinopharyngites. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012

Sinusite de l'adulte et de l'enfant ⁽¹⁾

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Maxillaire	<i>H. influenza</i> <i>S. pneumoniae</i> Autres : <i>Moraxella</i> , <i>S. aureus</i>	Amoxicilline. A : 3 g/j E : 80 mg/kg ⁽²⁾	A : Pristinamycine 1 g x 2 PO E <6 ans : Association érythromycine –sulfafurazole E>6 ans : 50 mg/kg/j en 3 prises	8 jours
Sphénoïdale		Amoxicilline+ac.clav. A : 3 g/j E : 80 mg/kg		

Ethmoïdale		Amoxicilline+ac.clav. A : 3 g/j E : 80 mg/kg		
Frontale		Amoxicilline+ac.clav. A : 3 g/j E : 80 mg/kg		

⁽¹⁾ Si virale (cas le plus fréquent, les sinusites bactériennes sont souvent une complication), pas d'antibiothérapie

⁽²⁾ Sans dépasser les doses adultes

Bibliographie :

1-http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/B3.pdf

2-<http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=4>

3- CMIT – Sinusites. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012

4-SPLIF. Infections respiratoires hautes: principaux messages. 2011

Méningites bactériennes aiguës communautaires

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Purpura fulminans	(<i>N.meningitidis</i> ++++)	Injection immédiate 2g Ceftriaxone		URGENCE ABSOLUE
	<u>Examen direct positif :</u>			
	<u>Pneumocoque (CG+)</u>	Cefotaxime 300mg/kg/j en 4 prises	Selon antibiogramme	Pneumocoque : 10j
	Méningocoque (CG-) <i>H. influenzae</i> (BG-) <i>E. Coli</i> (BG-)	Cefotaxime 200mg/kg/j en 4 prises		Méningocoque : 7j <i>H. influenzae</i> : 7j <i>E. coli</i> : 21j

Méningite présumée bactérienne = URGENCE	<i>Listeria spp</i> (BG+)	Amoxicilline 200mg/kg/j en 4 prises +/- Gentamicine 5 mg/kg/j (3 j)		<i>L.monocytogenes</i> : 21 jours
	Si enfant de – de 3 mois	+ Gentamicine 5 mg/kg/j (3 j)		
	Examen direct négatif			
	*sans argument listériose	Cefotaxime 300mg/kg/j en 4 prises + Gentamicine 5 mg/kg/j (3 j)	Selon antibiogramme	10 jours
	<i>Si enfant de – de 3 mois</i> *avec argument listériose	Cefotaxime 300mg/kg/j en 4 prises + Amoxicilline 200mg/kg/j en 4 prises + Gentamicine 5 mg/kg/j (3 j)		10 jours (cefotaxime) 21 jours (Amoxicilline)

⁽¹⁾ L'antibiothérapie doit être instaurée dans l'heure qui suit l'arrivée à l'hôpital (au maximum dans les 3 heures), quelque soit le temps déjà écoulé.

⁽²⁾ **Méningite bactérienne et corticothérapie** : dexaméthasone IV 10 mg, avant ·ou en même temps que la 1ère administration d'ATB puis 10 mg/6 heures pendant 4 jours.

Oui si·: LCR trouble, ou signes biologiques de méningite bactérienne ou pneumocoque ou· méningocoque, ou besoin d'un scanner qui retarderait la PL

Non si·: immunodéprimé ou antibiothérapie déjà débutée

Examens complémentaires : De manière systématique PL (sauf CI) à réaliser après antibiothérapie si purpura fulminans, hémoculture

Bibliographie :

- 1- SPILF, Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né), 2008
- 2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=7>

Arthrite aiguë⁽¹⁾

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Relais per os ⁽²⁾	Alternative	Durée
Arthrite aiguë hémato­gène	<i>S. aureus</i> MS	Oxacilline IV 100 à 200 mg/kg/j +/- Gentamicine 5 à 8 mg/kg/j	Céfalexine même dose OU Rifampicine 10-15 mg/kg/j + Lévo­floxacine 500 mg x 1-2/j	Avis spécialisé	4 semaines (dont au moins 7 jours IV)
	<i>S. pyogenes</i>	Amoxicilline 150 – 200 mg/Kg/j +/- Gentamicine 5 à 8 mg/kg/j j	Amoxicilline 150 – 200 mg/Kg/j		4 semaines (dont au moins 7 jours IV)
	Bacille gram négatif (sauf <i>P. aeruginosa</i>)	Ofloxacine 200 mg x 3/j	Fluoroquinolones (si sensibilité)		4 semaines (dont au moins 7 jours IV)

		+ Ceftriaxone 2-4 g/j			7 jours IV)
Arthrite aiguë par innoculation	<i>P. multocida</i> (morsure animale) <i>B. burgdoferi</i> (piqûre tique) <i>S. moniliformis</i> (morsure rat)	<i>Cf chapitre Infection par innoculation</i>			4 semaines
	<i>S. aureus</i> <i>S. coagulase négative</i> (nosocomiale)	Avis spécialisé			

⁽¹⁾ Le traitement antibiotique doit être débuté après les prélèvements microbiologiques : ponction, hémoculture, ... jusqu'à normalisation de la CRP

⁽²⁾ Après antibiogramme

Bibliographie :

1- CMIT – Infections articulaires. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2126

2- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=6>

3- <http://195.154.64.73/wp-content/uploads/antibioguide/files/SITUATIONS%2024.pdf>

4- Afssaps, Information sur la réévaluation des pénicillines du groupe M : oxacilline et cloxacilline, 2011

Infection sur pied diabétique(1) hors ostéite

Situation clinique		Bactéries présumées	Antibiotique proposé ⁽²⁾	Alternative ⁽³⁾	Durée
Plaie superficielle récente (sans ATB récent)		<i>S. aureus</i> Streptocoque β-hémolytique	Amoxicilline-Ac. Clav.	Oxacilline	7 jours
Plaie chronique (≥ 1 mois) ou ATB récent		<i>S. aureus</i> Streptocoque β-hémolytique Entérobactéries	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 3 +/-Gentamicine 5 à 8 mg/Kg/j		10-14 jours
Plaie traitée par Céphalosporine d'évolution défavorable		Entérocoque	Amoxicilline 1 g x 3	Pristinamycine	10-14 jours
Lésion macérée		<i>P. aeruginosa</i>	Piperacilline-Tazobactam 4 g x 3 IV	Avis spécialisé	10-14 jours

			+ Amikacine 20-30 mg/Kg/j		
Plaie de longue durée (≥ 6 mois) Traitement ATB antérieur		Polymicrobienne : <i>S. aureus</i> Streptocoque β- hémolytique entérobactéries <i>P. aeruginosa</i>	Piperacilline + Tazobactam 4 g x 3 IV + Amikacine 20-30 mg/Kg/j +/- Vancomycine si SARM	Avis spécialisé	10-14 jours
Odeur nauséabonde, nécrose, gangrène		Cocci gram +, <i>Pseudomonas spp</i> , Bacille gram – non fermentatif, Anaérobies	Piperacilline + Tazobactam 4 g x 3 IV + Gentamicine 3 à 8 mg/Kg/j	Avis spécialisé	10-14 jours

⁽¹⁾ **Avis spécialisé recommandé : Endocrinologue, Infectiologue**

⁽²⁾ Nécessité d'avoir une documentation microbiologique avec un prélèvement réalisé dans de bonnes conditions

⁽³⁾ Importance de mettre en place d'autres actions curatives : équilibre glycémique, décharge mécanique, débridement médical, bilan vasculaire.....

**REEVALUATION SYSTEMATIQUE AVEC LES RESULTATS MICROBIOLOGIQUES
PAS D'ANTIBIOTIQUES LOCAUX**

Bibliographie :

- 1- SPILF, Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge du pied diabétique infecté, 2006
- 2- IDSA. Clinical Practice guidelines for diabetes foot infections. 2011

Ostéite du pied diabétique⁽¹⁾

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Ostéite aiguë du pied chez le diabétique	<i>S. aureus</i> méthi-S	Ofloxacine 600 mg/j + Rifampicine 10-15 mg/Kg/j	Avis spécialisé	4 à 6 semaines
Ostéite aiguë du pied chez le diabétique	<i>S. aureus</i> méthi-R	Vancomycine 1 g (dose de charge) puis 30 mg/Kg + Rifampicine 10-15 mg/Kg/j	Avis spécialisé	4 à 6 semaines
Ostéite aiguë du pied chez le diabétique	<i>Streptococcus</i>	Amoxicilline 150-200 mg/Kg/j + Rifampicine 10-15 mg/Kg/j	Avis spécialisé	4 à 6 semaines

Ostéite aiguë du pied chez le diabétique	Entérobactérie	Céftriaxone 2-4 g/j +/- Ofloxacine 600 mg/j	Avis spécialisé	4 à 6 semaines
---	----------------	--	-----------------	-----------------------

⁽¹⁾ Importance de la documentation microbiologique (biopsie osseuse si possible)

Bibliographie :

- 1- SPILF, Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge du pied diabétique infecté, 2006
- 2- IDSA. Clinical Practice guidelines for diabetes foot infections. 2011

Ostéomyélite aiguë de l'enfant

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique post-ponction	Selon antibiogramme	Durée
Ostéomyélite « près du genou, loin du coude »	<i>S. aureus</i>	Oxacilline IV 150 mg/kg/j + Gentamicine	Selon microbiologie Amoxicilline + Ac. Clavulanique	2-3 semaines

Examen complémentaire : hémoculture, radiographie, ± scintigraphie, et/ou osseuse avant antibiothérapie

Relais per os après avis spécialisé

Bibliographie :

- 1- Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses – Infections ostéo-articulaires. In Pilly 26^e Ed. Vivactis plus, 2012
- 3- CHU Rennes, Protocole de prise en charge et d'antibiothérapie pour les infections ostéo-articulaires en Pédiatrie, Pr Fremont

Spondylodiscite

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé Attaque ≥ 2 semaines ⁽¹⁾	Relai per os ⁽²⁾	Alternative	Durée
Contamination hématogène ⁽²⁾	<i>M. tuberculosis</i>	Avis spécialisé	Avis spécialisé	Avis spécialisé	6-12 mois
	<i>S. aureus</i>	Cloxacilline 150 mg/kg/j IV + Gentamicine 5-8 mg/kg/j	Ofloxacine 400-600 mg/j Rifampicine 10-15 mg/kg/j	Avis spécialisé	6 semaines
	<i>Streptococcus spp</i> <i>Enterococcus spp</i>	Amoxicilline 100-200 mg/Kg/j + Gentamicine 5-8 mg/kg/j	Amoxicilline 100-200 mg/Kg/j	Avis spécialisé	6 semaines
	<i>E. coli</i>	Céftriaxone 30-35 mg/Kg/j + Ofloxacine 400-600 mg/j	Ofloxacine 400-600 mg/j	Avis spécialisé	6 semaines
Inoculation directe/contiguïté	<i>S. aureus</i>	Cloxacilline 150 mg/kg/j IV + Gentamicine 5-8 mg/kg/j	Ofloxacine 400-600 mg/j Rifampicine 10-15 mg/kg/j	Avis spécialisé	6 semaines
	<i>Streptococcus spp</i>	Amoxicilline 100-200 mg/Kg/j	Amoxicilline	Avis	6

		+ Gentamicine 5-8 mg/kg/j	100-200 mg/Kg/j	spécialisé	semaines
	<i>P. aeruginosa</i>	Ciprofloxacin 1,5-2 g PO + Ceftazidime 300mg/kg/j	Ciprofloxacin 1,5-2 g PO	Avis spécialisé	6 semaines
	Autre bacille gram négatif	Céftriaxone 30-35 mg/Kg/j + Ofloxacin 400-600 mg/j	Ofloxacin 400-600 mg/j	Avis spécialisé	6 semaines

⁽¹⁾ Rechercher une porte d'entrée et réaliser une série de prélèvements microbiologiques (hémoculture, ponction, biopsie...)

⁽²⁾ Après documentation bactériologique et antibiogramme

Examen complémentaire : IRM

Bibliographie :

- 1- SPILF, Recommandations pour la pratique clinique : Spondylodiscites infectieuses primitives et secondaires à un geste intra-discal, sans mise en place de matériel, 2007
- 2- Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses – Infections ostéo-articulaires. In Pilly 26^e Ed. Vivactisplus, 2012
- 3- SPLIF. Infections ostéo-articulaires sur matériel: [texte court](#) - [texte long](#). 2009
- 4- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=6>

Infection d'inoculation

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Objet	Staphylocoques Streptocoques	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO	Pristinamycine	7 jours
Souillure tellurique	Anaérobies	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO	Clindamycine	7 jours
Piqûre végétale	<i>Pasteurella spp</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO	Doxycycline	7 jours
Morsure homme	Staphylocoques Streptocoques Anaérobies <i>Eikenellacorrodens</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO	Pristinamycine	7 jours
Morsure chien	<i>Pasteurella multocida</i> Anaérobies, Streptocoque <i>S. aureus</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO	Doxycycline	10 jours
Morsure chat	<i>Pasteurella multocida</i> Anaérobies, Streptocoque <i>S. aureus</i>	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO	Doxycycline	10 jours
	<i>Bartonellahenselae</i> (maladie des griffes de chat)	Azithromycine 1 g/j	Doxycycline	14 jours
Rat	<i>Pasteurella spp</i> Leptospirose	Amoxicilline-Ac. Clav. 1 g x 2 PO Ceftriaxone 1 g/j	Amoxicilline Doxycycline	7-10 jours
Tique	<i>Borrelia</i> (Maladie de Lyme) <i>Francisella (Tularensis)</i>	Cf chapitre correspondant Ciprofloxacine +/-Gentamicine	Doxycycline 200 mg/j +/- Gentamicine	14 jours

Bibliographie :

- 1- <http://www.infectio-lille.com/index.php/anti-infectieux/34-atb-adulte.html?start=3>
- 2- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/E2.pdf
- 3- CMIT – Infection d'innoculation. In Pilly 26è Ed. Vivactis plus, 2012

Lyme

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Alternative	Durée
Phase primaire				
Erythème migrant cutané	<i>Borrelia burgdorferi</i>	Amoxicilline 1 g x 3/j	Doxycycline	10 jours
Phase secondaire et tertiaire				
Paralysie faciale (PF) isolée		Amoxicilline 1 g x 3/j	Doxycycline Ceftriaxone	14-21 jours
Autres formes de neuroborréliose dont PF avec méningite		Ceftriaxone IV 2 g/j		21-28 jours
Arthrite aiguë		Doxycycline 200 mg/j		21-28 jours
Arthrite récidivante ou chronique		Doxycycline 200 mg/j		21-28 jours
Autre localisation		Avis spécialisé		

1. Pratiquer une ponction lombaire

Bibliographie :

- 1- SPILF – Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives, Décembre 2006
- 2- CMIT – Infection d'innoculation. In Pilly 26è Ed. Vivactis plus, 2012
- 3- http://www.antibiolor.org/wp-content/uploads/antibioville/antibioville_2015/E3.pdf

Neutropénie : $PNN \leq 500/m^3$ / $T^\circ \geq 38,3^\circ C$ 1 fois ou $\geq 38^\circ C$ à 2 reprises en 8 heures

Situation clinique	Bactéries présumées	Antibiotique proposé	Relai per os ¹	Alternative	Durée
Neutropénie fébrile < 7j sans signe de gravité	Staphylocoque coagulase négative Streptocoque Entérobactérie <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime 4 à 6 g/j en 3 ou 4 injections		Antibiogramme	Jusqu'à la sortie de la neutropénie
Neutropénie fébrile < 7 j avec signe de gravité	Staphylocoque coagulase négative Streptocoque Entérobactérie	Ceftazidime 4 à 6 g/j en 3 ou 4 injections + Gentamycine¹ J1 à J3 5 mg/Kg/j ± Vancomycine² 20 mg/Kg/j en DC, puis 30 mg /kg/j		Antibiogramme	
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime 4 à 6 g/j en 3 ou 4 injections + Amikacine J1 à J5 20 mg/Kg/j			
Neutropénie fébrile > 8 j avec ou sans signes de gravité		Piperacilline-Tazobactam 200 mg/Kg/j ou Ceftazidime 4 à 6 g/j en 3 ou 4 injections + Aminocide + Vancomycine²		Antibiogramme Avis référent ATB	ND

⁽¹⁾ : Fluoroquinolones si CI aminosides ou si pneumonie

⁽²⁾ : si ATCD de SARM ou bactériémie Cocci G+ ou ILC ou F° persistante plus de 72 heures. Rajouter antifongique si F° persistante 72h après administration de vancomycine.

Signes de gravité : défaillance d'au moins 1 organe :

- * hémodynamique (sepsis sévère, collapsus et choc)
- * respiratoire : $PaO_2 < 60$ mmHg et/ou $FR \geq 30/min$
- * insuffisance rénale ou hépatocellulaire
- * troubles de la conscience

Bibliographie :

1- Pilly 2007, Prise en charge des neutropénies fébriles.

2- http://www.antibiolor.org/site/medias/documents_partages/antibioguide/2009/book2-2010.pdf.

Infectiologues référents

CHU Caen

- ✓ Pr Renaud VERDON
Tél : 02 31 06 47 14
Fax : 02 31 06 49 96
Courriel : verdon-r@chu-caen.fr

- ✓ Dr Arnaud DE LA BLANCHARDIERE
Tél : 02 31 06 55 11
Fax : 02 31 06 44 96
Courriel : delablanchardiere-a@chu-caen.fr

- ✓ Dr Sylvie DARGERÉ
Tél : 02 31 06 31 08
Courriel : dargere-s@chu-caen.fr

- ✓ Dr Jocelyn MICHON
Tél : 02 31 06 31 05
Courriel : michon-j@chu-caen.fr

Polyclinique du Cotentin

- ✓ Dr Vincent NOYON
Tél : 02 33 78 50 40

CH Saint-Lô

- ✓ Dr Claire BELLIER-BRIERE
Tél : 02 31 06 33 08
Courriel : claire.briere-bellier@ch-stlo.fr

- ✓ Dr Amélie NICOLLE
Courriel : amelie.nicolle@ch-stlo.fr

CH Avranches-Granville

- ✓ Dr Emmanuel PIEDNOIR
Tél : 02 33 91 51 76
Courriel : emmanuel.piednoir@ch-avranches-granville.fr