

Groupement Hospitalier de Territoire



Plaine de France

Centre Hospitalier de Saint-Denis



Guide d'Antibiothérapie

Sommaire

Recommandations générales sur le bon usage des antibiotiques	4
Règles de prescription des antibiotiques	4
Bronchites	6
Pneumopathies	7
Infections urinaires	8
Infections digestives	9
Méningites	10
Infections de la peau et des tissus mous	11
Neutropénie fébrile	12
Urétrite	13
Infections ORL	14
Suspicion de septicémie	15
Numéros utiles	16
Références bibliographiques	17

Recommandations générales sur le bon usage des antibiotiques

1) Pas d'antibiothérapie en urgence sans prélèvements microbiologiques préalables sauf purpura fulminans

2) La priorité est d'établir le diagnostic (notamment microbiologique ++) AVANT l'introduction des antibiotiques

- Hémocultures : 2 paires simultanées systématiques (inutile d'espacer les hémocultures)
- Chez l'homme, si suspicion de prostatite, faire ECBU même si la BU est négative
- Arthrite, suspicion d'ostéite : avis orthopédique urgent pour prélèvement avant antibiothérapie++
- Pleurésie : faire une ponction pleurale avant l'introduction des antibiotiques.

3) Réévaluer le traitement à 48h-72h Du lundi au vendredi vous pouvez joindre le bip infectieux au 2496

La prescription d'un traitement antibiotique reste sous la responsabilité du médecin prescripteur et doit tenir compte des données cliniques et microbiologiques de chaque patient.

Règles de prescription des antibiotiques

Adaptation de la dose

⇒ **AU POIDS !!!** les doses d'antibiotiques sont données pour un poids de 60 kg.

- Concernant l'amoxicilline, en cas de poids plus élevé, il convient de prescrire 50 mg/kg/j lors des infections communautaires (hors méningite). A réadapter en cas de clairance < 60 ml/min.
- En cas d'obésité sévère, demandez un avis infectieux pour adapter la dose.

⇒ **A LA FONCTION RENALE** : cf site GPR (<http://sitegpr.com/fr/>)

Allergie aux pénicillines

- ⇒ Une allergie à la pénicilline ne contre-indique pas systématiquement l'utilisation des céphalosporines (les allergies croisées entre les pénicillines et les céphalosporines sont <10%) :
 - Un patient ayant présenté une allergie type éruption cutanée simple peut être traité en 1ère intention par une céphalosporine,
 - S'il y a un doute sur une réaction sévère : trouver une alternative thérapeutique aux B-lactamines.

Prescription des aminosides et de la vancomycine :

- ⇒ Les glycopeptides (vancomycine) : antibiotique temps-dépendant
 - Commencer en même temps la dose de charge de 15mg/kg sur 1h et IVSE 30mg/kg/24h (en 2 seringues de 12h)
 - Dosage à 24h (à n'importe quel moment : concentration attendue : 30 à 35 mg/L)
- ⇒ Les aminosides : antibiotique concentration-dépendant
 - Administration en dose unique, posologie quelque soit la fonction rénale :
 - Gentamicine 4-6 mg/kg en 1 fois par jour
 - Amikacine 20-30 mg/kg en 1 fois pas jour
 - Poursuite de l'aminoside après J1 selon avis du/de la référent/e antibio
 - Dosage à partir de 3 jours de traitement ou si insuffisance rénale : pic : 30 min après la perfusion (efficacité) , et résiduelle avant la 3^{ème} injection (toxicité).

Éviter les fluoroquinolones +++ :

surtout si prescription récente (dans les 3 derniers mois) et si résistance aux quinolones de première génération sur l'antibiogramme (risque d'échec clinique avec sélection de mutants résistants).

Association d'antibiotiques :

- ⇒ Critères cliniques : neutropénie, sepsis grave, endocardite, infection osseuse, infection sur matériel étranger
- ⇒ Critères bactériologiques : Pseudomonas, Enterobacter, Serratia, Brucella, Mycobactéries.

Bronchites



Clinique : pas de fièvre ou $< 48h$

Intérêt de l'**ECBC** : d'emblée si facteur de gravité / si maladie pulmonaire chronique / en cas d'échec d'une antibiothérapie de 1ère intention chez un BPCO st III ou IV, à la recherche *P. aeruginosa*.

	Contexte	Traitement
Bronchite aiguë sur poumon sain		PAS d'antibiotiques
Exacerbation de BPCO (au moins 1 des 3 signes suivants) : - augmentation du volume des crachats - majoration de la purulence des crachats - majoration de la dyspnée	Stade 0 ou I : pas de dyspnée à l'état stable (ou VEMS $> ou = 50\%$)	<i>Abstention</i> de première intention
	Stade II : dyspnée d'effort (ou VEMS $< ou = 50\%$)	<i>Abstention</i> sauf si purulence franche de l'expectoration : Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises PO <i>Allergie</i> : Pristinamycine 1g \times 3/j PO Durée totale : 5 j
	Stade III : dyspnée moindre effort ou repos (VEMS $< ou = 30\%$) :	<i>Ttt d'emblée</i> : Amoxicilline-acide clavulanique 1g \times 3/j PO, ou céfotaxime 1g \times 3/j IV, <i>Allergie</i> : Pristinamycine 1g \times 3/j PO Durée totale : 5j

Pneumopathies



L'utilisation des antigénuries pneumocoque et légionelle est indiquée dans les PAC seulement si critères de gravité et dans les échecs après 48-72 heures de traitement.

	Traitement
PAC sans comorbidités Contexte évoquant une bactérie atypique (contexte épidémique, progressif)	Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises PO, 5 à 7 jours Spiramycine (rovamycine®) 3 MUI x3/j PO 14 jours
Comorbidités ou sujets âgés ou contexte grippal ou inhalation	Amoxicilline/ac. clav. 1 g x 3/j PO ou IV, 7 jours
Allergie avérée à la pénicilline	Pristinamycine 1g x3/j PO
PAC grave (sévère hypoxémiant) : avis réa + + +	Céfotaxime 1gx3/j IV + Spiramycine 1,5 MUI x3/j IV
Pleurésie et abcès pulmonaire	Bip pneumo 514 ou avis infectieux 2496 / si signes de gravité appeler réanimateur

Infections urinaires



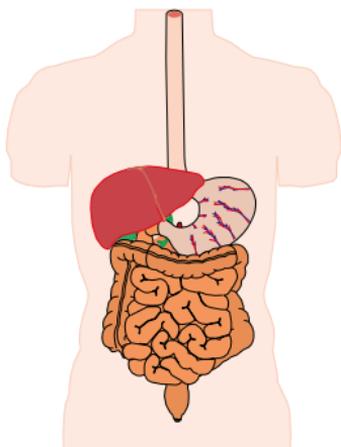
ECBU systématique sauf cystite simple avec renseignements cliniques obligatoires (cf manuel de prélèvement)

Recommandations SPILF 2017 sur infectiologie.com ([ici](#))

	Traitement
Cystite aiguë communautaire Pas d'ECBU systématique, BU seulement	Fosfomycine-trométanol (Monuril®) 1 sachet (3g) PO, en monodose ou Pivmécillinam (Selexid®) 400 mg x 2/ j PO, 5 jours
Cystite à risque de complications : anomalie urologique, immuno-déprimé, âge > 75, ou > 65 + co-morbidités, insuf rénale chronique < 30ml/min	Faire un ECBU et traiter en fonction de l'antibiogramme. <i>Seulement si traitement non différable</i> : Nitrofurantoïne 100mgx3/j PO 7 j, ou Fosfomycine-trométanol (Monuril®) 3 g à J1-J3-J5
Cystite chez la femme enceinte ! toujours faire ECBU	Atb <i>probabiliste</i> 1 ^{er} choix : fosfomycine-trométamol 3g monodose, ou 2 ^{eme} choix : pivmécillinam 400mgx2/j pdt 7 jours ++ à réévaluer selon les résultats ECBU
Cystites récidivantes	Avis spécialisé
Pyélonéphrite aiguë non compliquée ou infection urinaire masculine	Cefotaxime 1 g x3/j ou Ceftriaxone 1g/24h/ j IV/IM/SC ou (<i>si pas de traitement antérieur par FQ</i>) Levofloxacin 500 mg x 2/ j PO Réévaluation obligatoire à 48h, avec l'antibiogramme, pour un relai ciblé (cf recommandations de sur infectiologie.com) Durée : 7 à 10 jours selon le relai choisi pour pyélonéphrite, 14 à 21 jours selon le relai choisi pour l'IU masculine
Pyélonéphrite (ou IU masculine) compliquée (obstacle, signes de gravité)	Avis urologique et réa CEFOTAXIME 1g/8h IV + amikacine 30 mg/kg/j en dose unique journalière IV Durée selon avis infectiologique
PNA à blse	Avis spécialisé

Infections digestives

	Traitement
Diarrhées infectieuses aiguës	Faire coproculture puis azithromycine 500 mg PO monodose
Cholécystite, angiocholite	Ceftriaxone 2 g/j IV 2 semaines +/- gentamicine 5 mg /kg/j 3 jours + métronidazole 500 mg x3/j PO 2 semaines
Péritonite communautaire : urgence chirurgicale	Ceftriaxone 2 g / j IV 10 jours + métronidazole 500 mg x 3/j IV puis PO, 7 jours
Infection du liquide d'ascite	<i>Communautaire</i> : Céfotaxime 2 g x 3 /j IV 7 jours <i>Nosocomiale</i> : Tazocilline 4g/8h IV 7 jours
Si allergie aux B-lactamines	Ofloxacine 400mg (1e dose) puis 200mg/12h + métronidazole 500 mg x 3/j + ou - genta



Méningites



Suspicion de méningite*

Avis Réanimateur ou Neurologue dès suspicion, hospitalisation en service spécialisé

+

PL (5 tubes)** + 2 Hémocultures + dextro
1 tube pour biochimie avec lactate et 4 tubes pour microbiologie en urgence

Liquide Purulent ou Panaché

IMMEDIATEMENT sans attendre résultat de la PL

Dexaméthasone 10mg/6h pdt 48h

+ Antibiothérapie

C3G (cefotaxime 300mg/kg/j en 6 inj IVL/24h ou ceftriaxone 100mg/kg en 2 inj/24h

+ Amoxicilline 200mg/kg/24h en 4 inj/24h +/- genta 5mg/kg en 1 dose IV unique

+Aciclovir 10mg/kg/8h

Liquide Clair

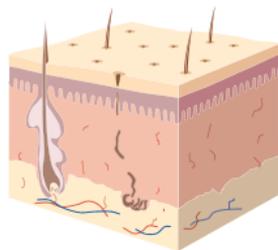
Lactate, PCT, Score de Hoen

Méningite virale : abstention thérapeutique
Méningoencéphalite : aciclovir 10mg/kg/8h

* Se référer au document complet disponible sur intraqual et aux recommandations de la SPILS (ref biblio)

** Contre Indication à la PL : signe de localisation neurologique, anticoagulation efficace ou plaquette < 50000, troubles coagulation sévères, infection cutanée au point de ponction

Infections de la peau et des tissus mous



	Traitement
Dermo-hypodermite aiguë non nécrosante (érysipèle)	Amoxicilline 1 g x 4/ j en IV jusqu'à apyréxie et puis PO durée totale 10 jours. Si allergie : Pristinamycine 1 g x 3/j PO 10 jours
Plaie infectée, morsure animale, ou diabète	Amoxicilline – ac clav 1 g x 3/j PO 7 jours Si allergie : doxycycline 200mg/24h + métronidazole 2g/24h PO – 7 jours
Fasciite nécrosante et gangrène gazeuse	Avis du réanimateur et du chirurgien en urgence!! Débuter antibiotique IV : Pipéracilline + Tazobactam 4g/8h IV ou idéalement 12g/j IVSE (avec dose de charge de 4g) + gentamicine 7 mg/kg/j en dose unique journalière + clindamycine 600 mg x 4 /j IVL Hospitalisation en réanimation

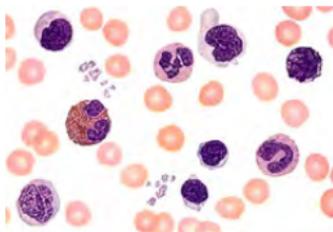
Neutropénie fébrile

Définition :

Polynucléaires neutrophiles < 500 /mm³

+ une seule détermination de la température > 38,3°C 1 fois, ou >38°C pendant plus d'une heure

En cas d'hypothermie (<36°C) ou de corticothérapie, la gestion de la neutropénie est celle d'une neutropénie fébrile



Prise en charge urgente et avis spécialisé (réanimation / infectiologue)

Traitements :

Antibiothérapie urgente dès la réalisation d'un bilan bio et bactériologique (2 hémocultures en 30 min sur un cathéter central et périphérique de manière simultanée, ECBU et prélèvement de tout site suspect).

Pipéracilline – tazobactam 16 g/1,5 g/j si hospitalisation (idéalement IVSE, avec dose de charge de 4g) - si allergie : Aztreonam : 2 g x 3 jour + /- Vancomycine si présence d'un KT ou PAC ou mucite sévère

Durée de traitement :

Fonction des résultats microbio et de la neutropénie (voir avec infectiologue et cancérologue)

Urétrite

Faire un prélèvement urétral, conseiller dépistage des IST

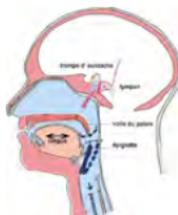


CeGIDD 6199 (centre de dépistage ouvert lundi 9-12h30, mercredi 13-16h30, jeudi 14h30-18h, samedi 9h-12h30)

Dépistage et traitement du/des partenaires

Traitement (après prélèvement) :

- ⇒ Antigonocoque : **Ceftriaxone 500 mg** en une injection IM/IV
- ⇒ + Anti-chlamydia : **Azithromycine 1g PO** monodose.



	Traitement
Otite moyenne aiguë et sinusite maxillaire aiguë purulente	Amoxicilline 2-3g /j PO 5 jours pour OMA et 7-10 jours pour sinusite si allergie : Cefpodoxime 100 mg x 2/ j ou pristinamycine 1 g x 3/ j PO 7 jours
Sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale	Amoxicilline – ac. clav 1 g x 3 j PO 7 jours si allergie : Cefpodoxime 200 mg x 2 / j PO 5 jours
Angine (si Strepto-test® positif)	Amoxicilline 1 g x 2/ j PO 6 jours si allergie : Azithromycine 500 mg /j PO 3 jours
Laryngite ou épiglotitte	Avis d'un/e senior Epiglotitte : Cefotaxime 100 mg/k/j
Otite externe	Seule l'otite maligne externe (due à <i>P. aeruginosa</i>) nécessite un traitement ATB systémique adapté à l'antibiogramme → demander un avis spécialisé.

Suspicion de septicémie



CAT diagnostique

- ⇒ Surveillance hémocultures : 2 paires simultanées plus sites selon orientation clinique
- ⇒ Si présence d'un KT : faire hémocultures simultanément périph et KT et arrêt d'utilisation du KT

CAT thérapeutique

Antibiothérapie à initialiser après prélèvements et après avis spécialisé 2496 ou 2124

Selon les protocoles sur Intraqual :

- ⇒ « **Prise en charge d'une bactériémie** » CAI/MO/003
- ⇒ « **Suspicion d'une infection d'une vois centrale** » CAI/MO/004

Numéros utiles

- ⇒ Laboratoire de microbiologie :
 - Bactériologie : **6624**
 - Parasitologie : **6874**
- ⇒ Référen/te en antibiothérapie : **2496**
- ⇒ Réanimat/rice de garde **2124**
- ⇒ Astreinte francilienne d'infectiologie : **01.46.61.15.00**
(soirs, week-end et jours fériés)

Références bibliographiques

BPCO :

1. SPLF 2003, Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO
2. SPILF 2006, Prise en charge des infections des VRB de l'adulte immunocompétente

PAC :

1. SPILF 2006, Prise en charge des infections des VRB de l'adulte immunocompétente
2. AFFSAPS / SPILF 2010, Antibiothérapie par voie générale des IRB de l'adulte

Infections urinaires :

1. SPILF 2017, Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte
2. Actu SPILF 2015

Infections digestives:

1. IDSA 2010, Diagnosis and management of intra-abdominal infection (...)
2. SFAR 2014, Prise en charge des infections intra-abdominales
3. 2010 EASL, Guidelines on the management of ascites (...) in cirrhosis
4. 2012 AASLD, Management of adult patients with ascites due to cirrhosis

Infection de la peau et des tissus mous

- 1- SFAR 2004, Antibiothérapie probabiliste des états septiques graves
- 2- IDSA 2014, Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infection
- 3- SPILF 2006, Prise en charge du pied diabétique infecté
- 4- IDSA 2012, Diagnosis and treatment of diabetic foot infection

Neutropénie fébrile

1- IDSA 2010, Use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer

IST et infections génitales

1- SFD 2016, Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les MST

Infections ORL

1- AFFSAPS 2011 : Antibiothérapie par voie générale (...) dans les infections respiratoires hautes

Méningites

1- SPILF Recommandations révision 2017

<http://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Centre hospitalier de Saint-Denis

2, rue du Docteur Delafontaine

93200 Saint-Denis

www.ch-stdenis.fr

Tél. : 01 42 35 61 40 (standard)

Facebook : Hôpital Delafontaine (page officielle)