



Actualités sur le bon usage des antibiotiques : les durées d'antibiotiques préconisées pour les infections bactériennes courantes

Dr GAZEAU, infectiologue, CHRU Brest

Dr GUEGAN, généraliste, CRAtb Bretagne

8^{ème} journée régionale – Antibiotiques en danger

Rapport Carlet



Les durées de prescription devront être les plus courtes possibles, comme le rappelle la HAS dans la fiche mémo « Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours ». **Le groupe de travail recommande d'inscrire une durée unique de prescription, en supprimant la borne haute dans les fourchettes de prescription.** Ainsi, les recommandations ne présenteraient plus une durée de traitement comprise entre 7 et 10 jours, mais uniquement de 7 jours.

Rapporteurs : Dr Jean CARLET et Pierre LE COZ

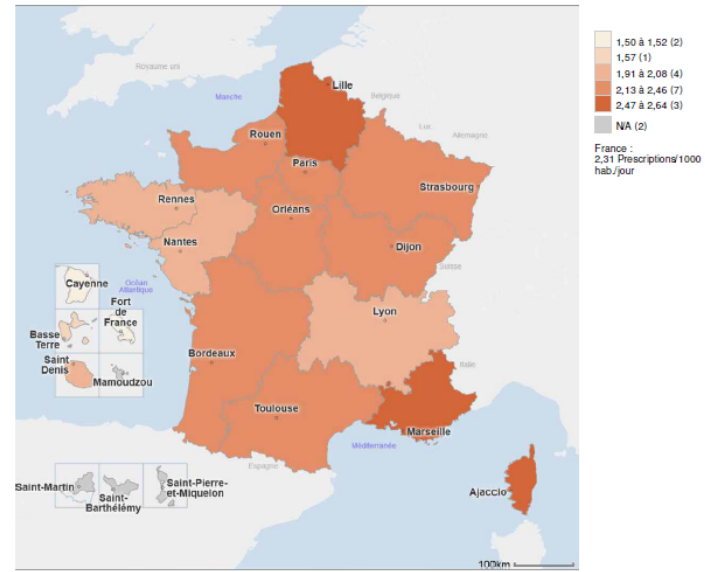
Juin 2015

Plus de 25% supérieure à la consommation moyenne des pays de l'OCDE (Santé publique France, 2019)

70% de la consommation en santé humaine provient de prescriptions par des **médecins généralistes** (ANSM, 2017)

Chaque année en France, **12 500 décès** sont liés à une infection par une bactérie résistante aux antibiotiques (Santé publique France, 2020)

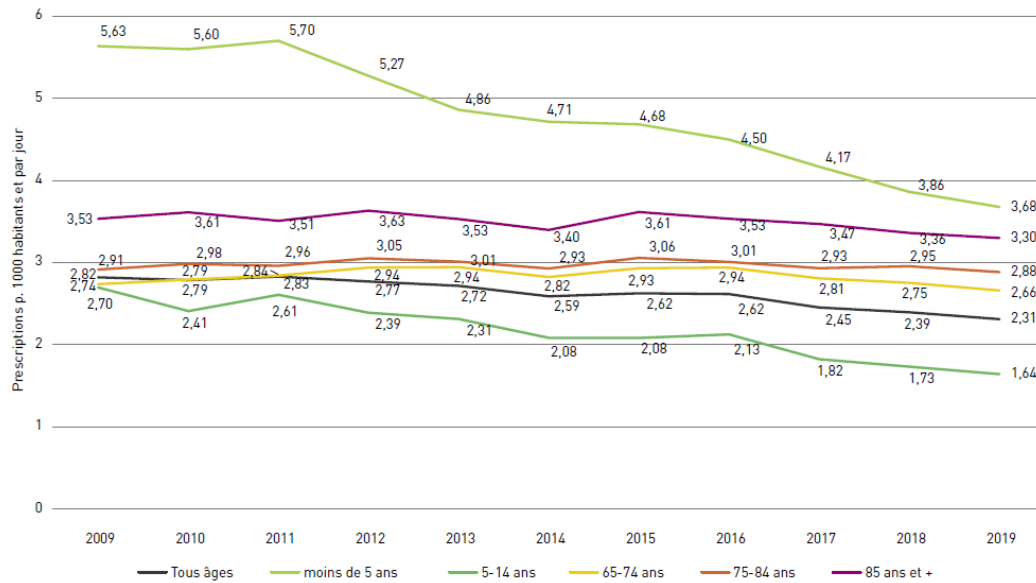




Santé publique France GÉODES / © 2019 - IGN GéoFla

Source : Santé publique France - SNDS - INSEE

FIGURE 2 | Consommation d'antibiotiques (prescriptions) en secteur de ville pour quelques classes d'âges, France, 2009-2019



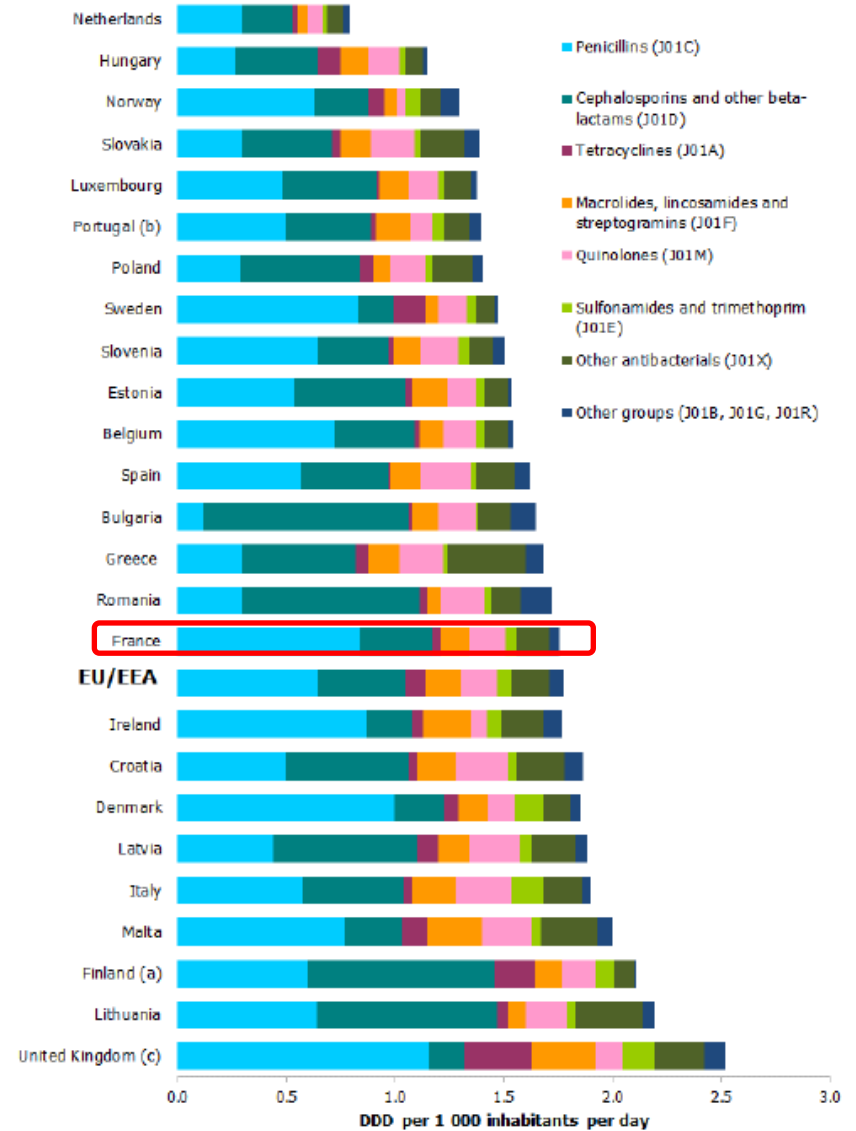
Ville

Figure 2. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community, by country and ATC group level 3, EU/EEA, 2019 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



Hôpital

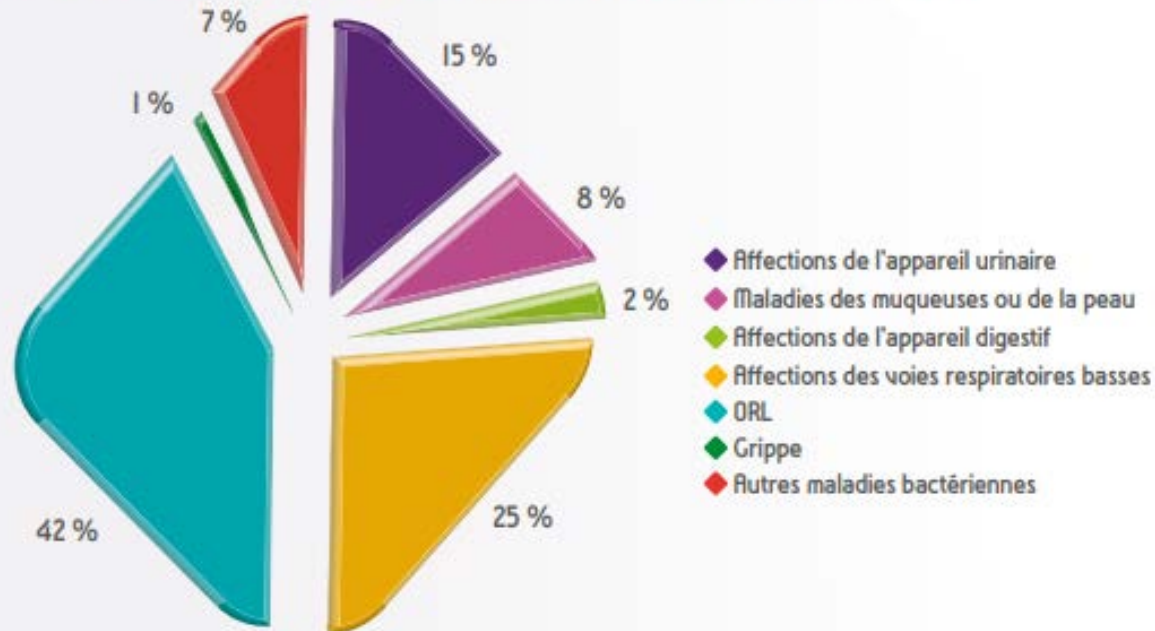
Figure 4. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the hospital sector, by country and ATC group, EU/EEA, 2019 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015

Janvier 2017

Figure n° 12 : Les principaux diagnostics associés aux prescriptions d'antibiotiques



Source : Ims Health – EPPM (traitement ANSM)

FIGURE 1

Consumption of third-generation cephalosporins by sector and third-generation cephalosporin resistance by microorganism, including detected trend segments, EU/EEA population-weighted means, 2001–2018

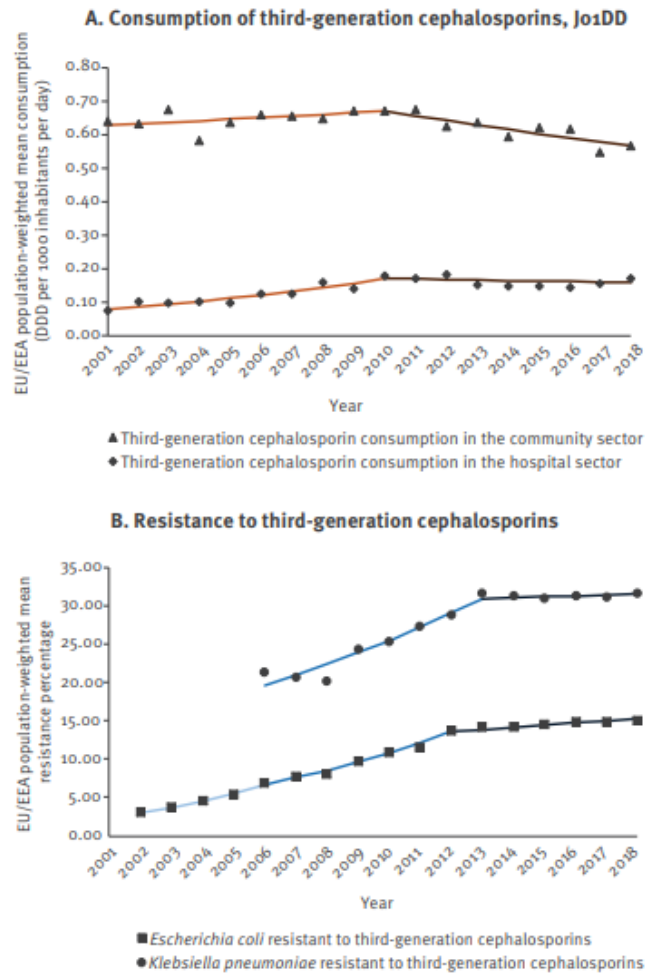
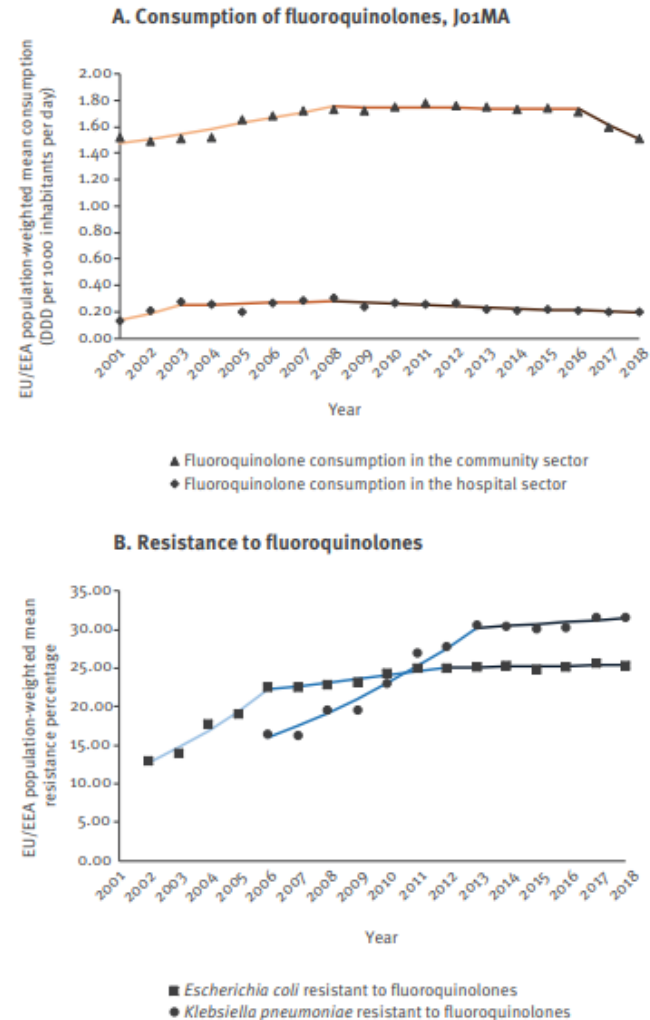


FIGURE 2

Consumption of fluoroquinolones by sector, and fluoroquinolone resistance by microorganism, including detected trend segments, EU/EEA population-weighted means, 2001–2018



Sensibilisation au BUA

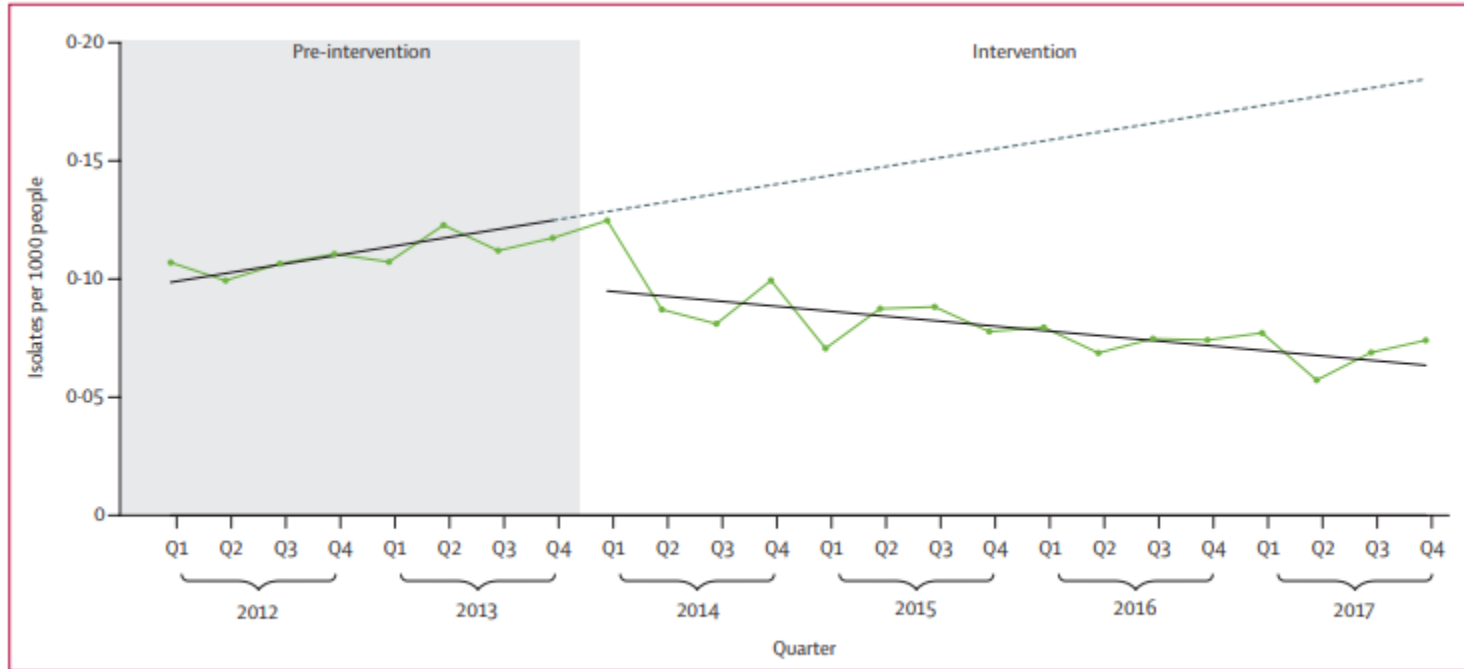
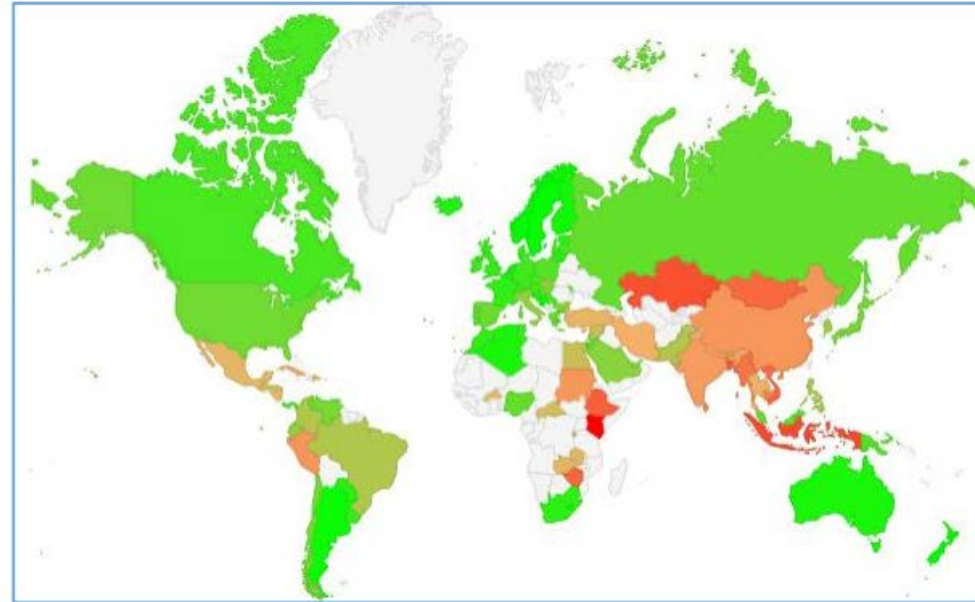
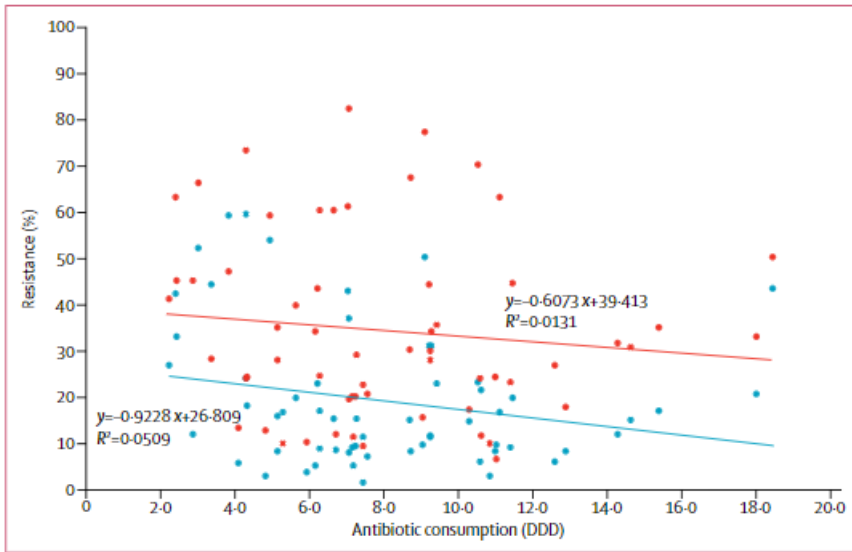


Figure 2: Interrupted time-series analysis of ESBL-producing *Escherichia coli* incidence density
ESBL=extended-spectrum β -lactamase.

Pas si certain



Map 1: *E. coli* Resistance Prevalence for 3GCeph and FQ

The Maxwell Finland Lecture: For the Duration— Rational Antibiotic Administration in an Era of Antimicrobial Resistance and *Clostridium difficile*

Louis B. Rice

Medical Service, Louis Stokes Cleveland Veterans Affairs Medical Center, and Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio

Antimicrobial resistance is frequently associated with clinical use of antibiotics. This close association suggests that efforts to manage our use of these potent agents can have an impact on the prevalence of resistance. Unfortunately, one size does not fit all when considering the response of bacterial pathogens to antimicrobial exposure. Measures that may prevent resistance in some species (such as using multiple antibiotics to treat tuberculosis) may exacerbate the problem of resistance in others (such as *Pseudomonas aeruginosa* or *Acinetobacter baumannii*). The simplest approach is to use fewer antibiotics and thereby apply less selective pressure to the prevalent flora. Among available strategies to reduce use, reductions in length of antimicrobial regimens are the safest and are likely to be the most palatable to practicing clinicians. Studies are urgently needed to define minimal lengths of therapy to ensure that efforts at reduced use are safe and effective.

Facteurs contribuant à la surprescription d'antibiotiques



Liés au système de santé

- Contraintes de temps
- Volume élevée de cas



Liés aux médecins

- Désir de répondre à la demande d'antibiotiques perçue de la part des patients
- Anxiété que les patients puissent être déçus s'ils ne reçoivent pas d'antibiotiques
- Peur de la progression de la maladie si les antibiotiques ne sont pas prescrits
- Désir d'appliquer une solution rapide
- Conviction que l'antibiorésistance se produit du fait des actions d'autres médecins plutôt que des siennes



Liés aux patients

- Peur de la progression de la maladie si les antibiotiques ne sont pas prescrits
- Désir de recevoir une solution rapide
- Manque de connaissances par rapport au fonctionnement des antibiotiques

Dans tous les cas

- Plus facile à appliquer que moins prescrire
- Diminution de la iatrogénie
- Diminution des interactions
- Meilleure observance
- Diminution probable du risque d'acquisition de mutants résistants :
 - Echelle individuelle
 - Echelle d'un service
- Arrêt des recommandations sous forme d'intervalles :
homogénéisation des pratiques
- Moins de risque d'errance en cas de diagnostic erroné (PNP vs EP...)
- Diminution des coûts

Quelles recommandations



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

Choix et durées d'antibiothérapie
préconisées dans les infections
bactériennes courantes

Validée par le Collège le 15 juillet 2021

Basées sur :

Infectious Diseases Now 51 (2021) 114–139



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com/en



Guidelines

Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations



Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIP

R. Gauzit^{a,*}, B. Castan^b, E. Bonnet^c, J.P. Bru^d, R. Cohen^e, S. Diamantis^f, A. Faye^g, H. Hitoto^h, N. Issaⁱ, D. Lebeaux^{j,k}, P. Lesprit^l, L. Maulin^m, D. Poitrenaudⁿ, J. Raymond^o, C. Strady^p, E. Varon^q, R. Verdon^{r,s}, F. Vuotto^t, Y. Welker^u, J.P. Stahl^v



Recommandations de la SPILF pour des durées optimisées des traitements antibiotiques



Diaporama réalisé par le groupe recommandations de la SPILF, à la suite de la publication de la recommandation(1)

Synthèse réalisée le 10 Mars 2021 par la SPILF

Original article

Proposal for shorter antibiotic therapies

Propositions pour des antibiothérapies plus courtes

C. Wintenberger^a, B. Guery^b, E. Bonnet^c, B. Castan^d, R. Cohen^e, S. Diamantis^f, P. Lesprit^g, L. Maulin^h, Y. Péanⁱ, E. Peju^j, L. Piroth^j, J.P. Stahl^k, C. Strady^l, E. Varon^m, F. Vuotto^b, R. Gauzit^{n,*}, Recommendation Group of the SPILF

^a Département de médecine interne, CHU de Grenoble Alpes, 38043 Grenoble, France

^b Service de maladies infectieuses, CHU vaudois et université de Lausanne, Lausanne, Switzerland

^c Equipe mobile d'infectiologie, hôpital Joseph-Ducuing, 15, rue Varsovie, 31300 Toulouse, France

^d Unité fonctionnelle d'infectiologie régionale, hôpital Eugénie, boulevard Rossini, 20000 Ajaccio, France

^e IMRB-GRC GEMINI, unité Court Séjour, université Paris Est, Petits Nourrissons, centre hospitalier intercommunal de Créteil, ACTIV France, 40, avenue de Verdun, 94000 Créteil, France

^f Service de maladies infectieuses et tropicales, centre hospitalier de Melun, 2, rue Fréteau-de-Pony, 77011 Melun cedex, France

^g Infectiologie transversale, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France

^h Centre hospitalier du Pays-d'Aix, avenue de Tamaris, 13616 Aix-en-Provence, France

ⁱ Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques (ONERBA), 10, rue de la Bonne-Aventure, 78000 Versailles, France

^j Département d'infectiologie, CHU de Dijon, 14, rue Gaffarel, 21079 Dijon cedex, France

^k Infectiologie, université, CHU de Grenoble Alpes, 38043 Grenoble, France

^l Cabinet d'infectiologie, clinique Saint-André, groupe Courlancy, 5, boulevard de la Paix, 51100 Reims, France

^m Laboratoire de microbiologie, hôpital européen Georges-Pompidou, 75908 Paris cedex 15, France

ⁿ Réanimation et infectiologie transversale, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Received 15 April 2016; accepted 30 January 2017

Available online 6 March 2017

Infections ORL

Angine

Rappel :

les maux de gorge et les angines guérissent le plus souvent **seuls en quelques jours**.
Un traitement antibiotique est **rarement** justifié.

Bactérie en cause : le streptocoque beta hémolytique A +++

Intérêt de l'antibiotique (chez enfant de plus de 3 ans) :

Diminue la contagiosité et le portage

Diminue les symptômes de 24h au mieux

Prévention des complications post-streptococciques

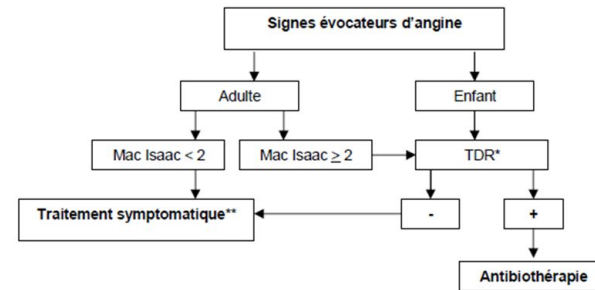


Quelle est la fréquence des complications post streptococciques ? Quelles sont

Récapitulatif : recommandations de bonne pratique (Afssaps, 2011)

Aides à la prise en charge :

- score de Mac Isaac
- test de diagnostic rapide



Score Mac Isaac:

Fièvre > 38°C	= 1
Absence de toux	= 1
Adénopathies cervicales sensibles	= 1
Atteinte amygdalienne (↑ volume ou exsudat)	= 1
Age : 15 à 44 ans	= 0
≥ 45 ans	= -1

14

Traitement : amoxicilline 50 mg/kg/jour, max 2 g par jour, 6 jours

Angine aiguë

Enfant < 3 ans et enfant ≥ 3 ans et test de diagnostic rapide négatif

Pas d'antibiotique

Enfant ≥ 3 ans et test de diagnostic rapide positif

amoxicilline | 6 jours

Alternatives :

C3G PO : cefpodoxime (orelox) 5 jours

Macrolides : azithromycine (zithromax) 3 jours

Otite Moyenne Aigue

Bactéries en cause : H influenzae / S pyogenes / S pneumoniae / M Catarrhalis / S aureus
/ Entérobactéries / P aeruginosa

A savoir,

Fièvre > 38,5°C ou tableau bruyant >> Pneumocoque

Otite + Conjonctivite >> H influenzae

Myringite vésiculeuse >> viral, grippe (et non zona!)

L'OMA est **plus rare chez l'adulte** que chez l'enfant.

L'**abstention thérapeutique est possible** si le patient est peu symptomatique.

Seules les OMA purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie.

La prescription d'antibiotiques pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus doit être **proscrite**.

Otite moyenne aiguë (OMA) congestive ou séro-muqueuse

Pas d'antibiotique

OMA purulente : enfant < 3 mois

Avis spécialisé : service hospitalier de pédiatrie générale

OMA purulente : enfant de 3 mois à 2 ans

amoxicilline | 10 jours

OMA purulente : enfant > 2 ans avec symptômes modérés

Pas d'antibiotique

en 1^{re} intention,
réévaluation à 48/72 h

OMA purulente : enfant > 2 ans avec symptômes importants

amoxicilline | 5 jours

si otorrhée ou otite récidivante : amoxicilline | 10 jours



Quid des pneumocoques à sensibilité diminuée aux penicillines (PSDP) ?

Otite externe aiguë bactérienne

But de l'antibiothérapie : réduire la durée des symptômes

Traitement : ofloxacine auriculaire (oflocet), 7 jours

Sinusite

Rappel :

Les cavités sinusiennes se forment **progressivement** au cours de la petite enfance :

sinus ethmoïdal : premiers mois de vie ;

sinus maxillaire : 3–4 ans ;

sinus frontal : 5–10 ans ;

sinus sphénoïdal : 10–15 ans

Traitement :

Sinusite frontale : amox/ac clavulanique 1g 3/ jour, 7 jours

Sinusite maxillaire : amoxicilline 1g 3/ jour, 7 jours chez l'adulte

80 mg/kg/jour, 10 jours chez l'enfant

Infections urinaires

Facteur de risque de complication :

Toute anomalie de l'arbre urinaire

Sexe masculin

Grossesse

Sujet âgé fragile

Clairance de créatinine inférieure à 30 ml/min

Immunodépression grave

Élément de gravité :

Sepsis sévère

Choc septique

Geste urologique (hors sondage simple)

Facteurs de risques de BLSE :

Antécédent de colonisation, IU à Blse dans les 6 mois

Prise d'amox-ac clav, C2G-C3G, Fq dans les 6 mois

Voyage en zone d'endémie à EBLSE

Hospitalisation dans les 3 mois

Vie en institution de long séjour

Réalisation d'un ECBU => DESESCALADE ANTIBIOTIQUE +++

Sur urine de 2ème jet

Leucocyturie > 10^4 /ml (ou ≥ 10 /mm³)

Seuil de significativité bactériurie : (on retient le chiffre 3 au minimum)

Espèces bactériennes	Seuil de significativité (UFC/mL)	
	Homme	Femme
<i>E. coli</i> , <i>S. saprophyticus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^3$
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i>	$\geq 10^3$	$\geq 10^4$

IU sur sonde urinaire

=>pas de seuil de leucocyturie, bactériurie sup 10^5 UFC/ml,

=>pas de changement de sonde pour ecbu

Indication de réalisation d'ecbu sans symptômes et à traiter **QUE SI** :

Grossesse

Geste urologique

Cystite de la femme :

Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)

fosfomycine-trométamol	Prise unique
------------------------	--------------

Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque)

Traitement probabiliste (adaptation secondaire systématique à l'antibiogramme)

nitrofurantoïne ¹	7 jours
------------------------------	---------

Traitement adapté à l'antibiogramme

amoxicilline	7 jours
--------------	---------

Si antibiotique ne peut pas être différé et adapté à l'antibiogramme :

Choix 1 : nitrofurantoïne 50 mg 3 fois par jour , 7 jours

Choix 2 : fosfomycine trométamol à J1 J3 J5

Si antibiotique adapté à antibiogramme :

Choix 1 : amoxicilline 1g 3/jour, 7 jours (adapté à fonction rénale)

Choix 2 : pivmécillinam 400 mg 2 fois par jour 5 jours

Choix 3 : nitrofurantoïne

Choix 4 : fosfomycine trométamol

Choix 5 : triméthoprim 5 jours

Grossesse

Colonisation urinaire de la femme enceinte	
Pas de traitement probabiliste, traitement d'emblée adapté à l'antibiogramme amoxicilline	7 jours
Cystite aiguë de la femme enceinte	
Traitement probabiliste fosfomycine-trométamol	Prise unique
En cas d'échec ou de résistance amoxicilline	7 jours

Comme les cystites à risque de complication
A la différence du contrôle de négativation de l'ecbu

Cystites récidivantes :

Définition : plus de 4 épisodes par an

Cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois)

antibiotique | 1 jour

Le traitement curatif d'un épisode de cystite récidivante est celui d'une cystite.

Antibioprophylaxie si au moins 1 épisode par mois

fosfomycine-trométamol

Prise unique

- tous les 7 jours au maximum
- dans les 2 heures avant ou après le rapport sexuel si cystites post-coïtales

alternative : TMP (Bactrim) 150 mg/ jour en continu



Quid de la durée de l'antibioprophylaxie ?

Pyélonéphrite aiguë simple :

Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)	
Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme	
En l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois	ciprofloxacine ou lévofloxacine jusqu'au résultat de l'antibiogramme
Traitement de relais	
amoxicilline (à utiliser prioritairement sur souche sensible) Sinon désescalade pour la molécule active avec le spectre le plus étroit	10 jours

7 jours si bêta lactamine iv/ im ou fluoroquinolones

5 jours si aminosides en monothérapie

10 jours dans les autres cas



Doit-on préserver les fluoroquinolones ? Classe thérapeutique idéale chez la personne âgée ?

Pyélonéphrite aiguë à risque de complication:

Pyélonéphrite aiguë à risque de complications (sans signe de gravité)	
Traitements antibiotiques, probabilistes ou de relais :	
ce sont ceux de la PNA simple, sans signe de gravité.	10 jours

Nb : 10 jours si évolution rapidement résolutive (sinon avis infectieux et prolongation pour 14 jours au total)



IU masculine

- Prostatite : 14 jours
- Cystite (« cystitis-like ») : 7 jours

IU masculine :

Choix 1 : ciprofloxacine, levofloxacine 14 jours

Choix 2 : cotrimoxazole 14 jours

Choix 3 : céfotaxime, ceftriaxone 14 jours

Choix 4 : ceftioxime, pipéracilline tazobactam, témocilline 21 jours

Choix 5 : imipénème, méropénème, ertapénème 21 jours

Nb : 21 jours également si uropathie sous jacente non corrigée

Urétrites et cervicites non compliquées :

Urétrites et cervicites non compliquées

Traitement antibiotique probabiliste associant			
Traitement antigonococcique		Traitement anti- <i>Chlamydiae</i>	
ceftriaxone	une seule injection	1	doxycycline 7 jours
		2	ou azithromycine dose unique

Infections pulmonaires

Bronchite aigue => PAS d'ANTIBIOTIQUE

Décompensation BPCO (majoration des crachats, purulence)

Amoxicilline 1 g 3 fois par jour , 5 jours

Alternative : amox / Acide clavulanique (si stade 4) , spiramycine, azithromycine

A savoir, si fièvre => penser à la pneumopathie

Pneumopathie

Germes en causes :

Dans les pneumonies ambulatoires non graves : pneumocoque et mycoplasme

Dans les pneumonies graves : pneumocoque, SA, légionnelle, BGN (inhalation), haemophilus

Le **pneumocoque** est la **première cause** de pneumonie en ambulatoire et en hospitalier, grave ou non

Pneumonies : la publication importante

Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial



Aurélien Dinh, Jacques Ropers, Clara Duran, Benjamin Davido, Laurène Deconinck, Morgan Matt, Olivia Senard, Aurore Lagrange, Sabrina Makhloufi, Guillaume Mellon, Victoire de Lastours, Frédérique Bouchand, Emmanuel Mathieu, Jean-Emmanuel Kahn, Elisabeth Rouveix, Julie Grenet, Jennifer Dumoulin, Thierry Chinet, Marion Pépin, Véronique Delcey, Sylvain Diamantis, Daniel Benhamou, Virginie Vitrat, Marie-Christine Dombret, Bertrand Renaud, Christian Perronne, Yann-Erick Claessens, José Labarère, Jean-Pierre Bedos, Philippe Aegerter, Anne-Claude Crémieux, for the Pneumonia Short Treatment (PTC) Study Group

Summary

Background Shortening the duration of antibiotic therapy for patients admitted to hospital with community-acquired pneumonia should help reduce antibiotic consumption and thus bacterial resistance, adverse events, and related costs. We aimed to assess the need for an additional 5-day course of β -lactam therapy among patients with community-acquired pneumonia who were stable after 3 days of treatment.

Lancet 2021; 397: 1195–203

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at [thelancet.com](https://www.thelancet.com) on June 3, 2021.

Pneumonies et exacerbations de BPCO

Pneumonie aiguë communautaire



- Si amélioration clinique au moment de la réévaluation à J+3 (apyrexie, amélioration des signes vitaux) : 5 jours
- Si pas d'amélioration à J3 : 7 jours maximum
- **PAC hospitalisée en réanimation** : 7 jours, si amélioration clinique
- **Légionellose** : 14 jours (si azithromycine: 5 jours)



commentaires de la SPILF

Etude publiée **depuis** la finalisation de la recommandation (3): 3 jours sont suffisants en cas d'évolution favorable



Autres infections respiratoires basses



- **Exacerbation aiguë de BPCO**: 5 jours
- **Pleurésie para pneumonique non compliquée (que la plèvre soit ponctionnée ou pas)** : idem pneumonie
- **Pleurésie purulente** : 15 jours après la dernière évacuation pleurale si évolution favorable
- Si nouveau drainage ou ré intervention chirurgicale et décision d'antibiothérapie: durée 15 jours, à partir de la date de chirurgie ou drainage.
- **Pneumonies associées aux soins ou sous ventilation** : 7 jours (y compris pour les BGN non-fermentant), à l'exclusion des immunodéprimés et des situations nécessitant un traitement prolongé (empyème, pneumonie nécrosante ou abcédée).

	Première ligne	Si pas d'amélioration à H48, sans aggravation
PAC non sévère	Amox 1g 3 par jour 5 à 7 jours (voire 3?)	Ajout de macrolides
PAC non sévère ehpad	Amox Ac clavulanique ou Rocéphine	Ajout d'un FQAP

Si suspicion de germes atypiques => macrolides

Roxithromycine (Claramid) PO 150 mg 2 fois par jour 14 jours
ou clarithromycine (Zeclar) 500 mg 2 fois par jour 14 jours

Si suspicion de legionnellose,

=> avis infectieux, hospitalisation

=> lévofloxacine 500 à 1000mg/ jour 8-14 jours (forme non grave), 21 jours (forme grave)

=> Alternative :  clarithromycine 500 mg/jour 5 jours

Pourquoi pas en 1ère intention car durée plus courte ?

Si pneumonie sévère, hospitalisation (ceftriaxone + FQAP ou macrolides)

Coqueluche

Traitement :

Azithromycine, 250 mg 2/ jours, 3 jours

Clarithromycine, 250 mg 2/ jours, 7 jours

Si contre-indication macrolides: cotrimoxazole 800 mg/160 mg 2 fois/j, 14 jours

Infections cutanées

Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte	
DHBNN non compliquée amoxicilline	7 jours. Ne pas prolonger l'antibiothérapie
Plaie par morsure animale amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
Prévention des récurrences Antibioprophylaxie : benzyl-pénicilline G retard 2,4 MUI IM	Toutes les 2 à 4 semaines
Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'enfant	
Pas d'antibiothérapie locale amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
Abcès cutanés	
Traitement chirurgical Incision/drainage chirurgical	-
Traitement médical clindamycine ou pristinamycine	5 jours
Furonculose	
Traitement de la poussée clindamycine ou pristinamycine	7 jours
Décolonisation des gîtes mupirocine en application nasale	7 jours
Furoncle isolé et non compliqué chez l'adulte et chez l'enfant	
Ne pas traiter par antibiothérapie locale ou générale	-
Furoncle compliqué ou à risque de complications	
Adulte clindamycine ou pristinamycine	5 jours
Enfant amoxicilline-acide clavulanique	5 jours
Impétigos localisés ou peu étendus	
Pas d'antibiothérapie par voie générale Antibiothérapie locale : mupirocine	5 jours
Formes graves d'impétigo (rares)	
Antibiothérapie par voie générale recommandée → À réévaluer selon résultats des prélèvements bactériologiques. Ne pas associer d'antibiothérapie locale	
Adulte pristinamycine <i>per os</i>	7 jours
Enfant amoxicilline-acide clavulanique	7 jours

Erysipèle :

amoxicilline 50 mg/kg/jour en 3 prises par jour (max 6g/j), **7 jours**

alternatives : pénicilline V (oracilline) PO 4 à 6 millions d'unités par jour, spiramycine

Morsure animal :

Risque infectieux morsure de chat (50%) > morsures de chien (10%)

Bactéries en cause : pasteurella, streptocoques, staphylocoques, moraxella, anaérobies (fusobacterium, bacteroides),

Traitement : amoxicilline - acide clavulanique 1 g 3 fois/j, **5 jours**

Alternatives : doxycycline 100 mg 2 fois/j pendant 5 jours

Abcès (si non drainé) : 5 jours

Panaris: SA +++, traitement = incision drainage, mais si antibiotique nécessaire :

pristinamycine (pyostacine) : 1 g 2 à 3 fois/j pendant **7 jours**

cloxacilline (orbénine) : 50 mg/kg/j (sans dépasser 4 g/j) en 3 prises quotidiennes pendant 7 jours

amox ac clavulanique : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours

alternative mycine, azythromycine



Quid de la biodisponibilité de la pristinamycine ?

Infections digestives

Diarrhée aiguë bactérienne (en dehors du voyage)

TUE6-172-2 : Traitement antibiotique probabiliste des diarrhées aiguës		
Diarrhée cholériforme T° < 38,5 °C		Diarrhée ± dysentérie T° ≥ 38,5 °C
Forme modérée	Forme grave	
Traitement symptomatique	Fluoroquinolone (3 à 5 j) ou azithromycine (1 j) + traitement symptomatique	Fluoroquinolone (3 à 5 j) ou azithromycine (1 j)
Si inefficace > 12-24 h, Fluoroquinolone ou azithromycine (1 j)		Antipéristaltiques contre-indiqués

TUE6-172-3 : Traitement antibiotique des diarrhées bactériennes documentées			
Bactérie	Antibiotique (1 ^{re} intention)	Durée (jours)	Alternatives
<i>Salmonella</i> <i>Shigella</i>	Fluoroquinolone Ou C3G injectable*	3 à 5	Cotrimoxazole, Azithromycine
<i>Campylobacter</i>	Azithromycine	1 j (forte dose) ou 5 j	Fluoroquinolone (5 j)
<i>Y. enterocolitica</i>	Fluoroquinolone	7	Doxycycline Cotrimoxazole
<i>Clostridium difficile</i>	Metronidazole PO (formes légères)	10	Vancomycine PO Fidaxomicine
<i>Vibrio cholerae</i>	Doxycycline	1	Fluoroquinolone

Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée

Traitement sans antibiotique

En l'absence de signes de gravité

Traitement symptomatique sans antibiotique recommandé

Antibiothérapie par voie orale

En cas de non-réponse au traitement symptomatique

	amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
<i>En cas d'allergie</i>	ciprofloxacine ou lévofloxacine	7 jours

Où retrouver les informations ?

Antibioclic

HAS recommandations : fiche récapitulative

SPILF

ePILLY

Le futur site du CRATB Bretagne

Take Home Messages



On retient :

=> Molécule préférentielle en médecine générale : **amoxicilline**

=> Quelques exceptions :

amox / acide clavulanique si

infection dentaire ,
sinusite frontale/ethmoidale/sphénoïdale,
morsure animal,
infection cutanée de l'enfant

Document à transmettre aux patients lors des viroses de l'hiver : Explication donnée sur l'absence d'indication des antibiotiques






Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.

DATE : / /	CACHET MÉDECIN
NOM DU PATIENT :	

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) • <i>Toujours virale.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE • <i>Infection virale.</i>	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE • <i>Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGÜE • <i>Quasiment toujours virale.</i> • <i>Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGÜE • <i>Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.</i>	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

i Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite.