

Bon usage des antibiotiques: Comment communiquer les bonnes pratiques? Retours d'expérience

Nathalie ROUX et Ramona MUNTEANU

Pharmacien et Médecin référent ATB
Pour le groupe « ATB »
CH LES SABLES d'OLONNE
VENDEE



Les antibiotiques : tous concernés

4^{ème} Journée régionale des Référents en Antibiothérapie
23 Janvier 2020
CHU de Angers
Amphithéâtre LARREY

Quelle communication? Quelle problématique?

Pas de stratégie initiale

Répondre aux exigences nationales
« Bienveillance » soignante

ATB-Thérapie prophylactique et curative

- choix famille ATB
- réévaluation 48-72h
- durée des ATB-T

Objectifs:

- Principal** Bon usage ATB
- Secondaire(s)** Réduire la consommation des ATB en DDJ et l'antibiorésistance

Choix molécule

Durée antibiothérapie

Consommation antibiotiques

Antibiorésistance

Antibiotiques

Réévaluation 48-72h

le phare de l'Armandèche



Quelle communication?

Public cible

CH Côte de lumière

1 Pôle de santé

CH #200 lits et places MCO SSR SLD
Médecins hospitaliers et Médecins double
appartenance

Mitoyen de la clinique Porte Océane,
Bureaux de consultation médicale libérale
Laboratoire de biologie privé

+ 3 EHPAD et 1 FAM

250 lits

Médecins hospitaliers et médecins libéraux

Médecins spécialistes
Médecins généralistes
Médecins intérimaires

Internes

Soignants IDE (AS)

-qualité des prélèvements

....

Pharmaciens

-validation des prescriptions

(Biologistes)

Quelle communication?

Quand?

Comment?



Temps forts

Accueil « nouveaux arrivants »

Réunions soirée (2012, laboratoire Biorylis, ...)

En continu

Supports spécifiques

2006 Indicateurs en hygièneet ATB

Tableaux de bord trimestriels

(consommation ATB, familles sensibles)

Outils Medqual/Consores

Paramétrage ATB sensibles (Logiciel prescription)

Plaquettes bon usage, e-POPI



Informations CHD Vendée

Pour tout conseil en antibiothérapie,
2 possibilités :

LOGICIEL
E-POPI

Pour les
antibiothérapies
de 1^{ère} intention
(Intranet)



Contactez
le **réfèrent infectieux**

du CHD Vendée
au **0251446599**

Itinéraire de référents ATB inventifs

Messages « clés » de bon usage des Antibiotiques

(D'après fiche mémo HAS février 2014
« principes généraux et conseils de
prescription des antibiotiques en premier
recours »)

*Principes généraux

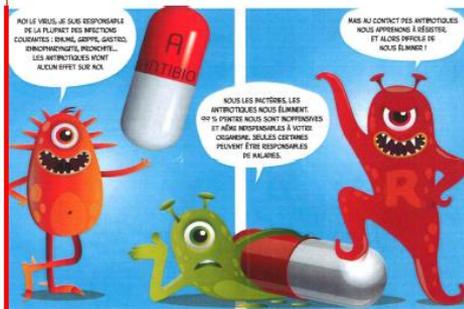
- 1-Toute **fièvre** n'est pas d'origine infectieuse
- 2-Les antibiotiques ne sont pas des **antipyrétiques** !
- 3-Les antibiotiques ne sont pas des **antiviraux**
- 4-Les **allergies vraies** aux antibiotiques sont **RARES**.
- 5-Toute antibiothérapie exerce une **pression de sélection sur la flore commensale** du patient (même l'amoxicilline !), avec le risque de sélection de bactéries résistantes voire hautement résistantes (BHRé). Toutefois, certains antibiotiques sont encore plus **générateurs de résistance bactérienne** :
 - **Amoxicilline-acide clavulanique,**
 - **Céphalosporines 2^e et 3^e génération,**
 - **Fluoroquinolones.**

6-Privilégier la voie orale dès que cela est possible, la biodisponibilité orale des fluoroquinolones est excellente, **donc pas de fluoroquinolone injectable si voie orale est possible**

*Eviter

une prescription inutile d'antibiotiques

- 1-Penser aux tests d'orientation diagnostique (TROD) pour les angines.
- 2- L'aspect purulent des sécrétions nasales n'est pas synonyme d'infection bactérienne (rhinopharyngite de l'enfant toujours virale).
- 3- Pas d'urgence à débiter une antibiothérapie en cas de fièvre, si absence de point d'appel **ET** absence de signes de gravité **ET** absence de terrain à risque (ex : neutropénie).
- 4- Les **prélèvements bactériologiques ne sont pas automatiques** : leur bonne interprétation dépend de leur bonne indication.
Ex :
 - Pas d'ECBU en l'absence de signes cliniques d'infection urinaire,
 - Pas d'examen cytbactériologique des crachats (ECBC) en cas de pneumopathie aiguë, uniquement pour surinfection de DDB (dilatation des bronches) ou certaines BPCO (broncho pneumopathies chroniques obstructives)
 - Pas de prélèvement superficiel à l'écouvillon (pas de valeur diagnostique)



*Quand

NE PAS PRESCRIRE d'antibiotiques ? (car infections virales ou autres situations) (liste non exhaustive)

- Rhinopharyngite aiguë
- Angine virale (cf. TROD)
- Otite moyenne aiguë de l'enfant de plus de 2 ans
- Otite externe (en dehors otite externe maligne du diabétique)
- Otorrhée sur drain
- Bronchite aiguë de l'adulte sain
- Exacerbation aiguë d'une bronchite chronique obstructive légère ou modérée
- Sinusite aiguë d'évolution favorable sous traitement symptomatique
- Bactériurie asymptomatique (sauf femme enceinte et sauf chirurgie urologique programmée).

Messages pratique du bon usage des antibiotiques

(D'après les messages 2011 de
MedQual/Omedit)

- 1 Une prescription antibiotique est nominative : Elle comprend le nom de l'antibiotique, la posologie, la voie d'administration et la **durée de traitement**.
- 2 Le **logiciel e-POPI** est le référentiel en antibiothérapie de l'établissement.
- 3 Toute antibiothérapie doit être réévaluée à la 48^{ème} - 72^{ème} heure, et **sa réévaluation doit être tracée dans le dossier**
- 4 Une antibiothérapie tient compte des résultats microbiologiques.
- 5 Lorsqu'une désescalade est possible, elle est réalisée.
- 6 Prendre l'avis du référent infectieux si la réévaluation est complexe.
- 7 La durée d'une antibiothérapie ne dépasse pas 7 jours sans justification.
- 8 Privilégier les monothérapies (sauf exception : infection à pyocyanique, endocardites, ...). Toute association d'antibiotiques doit être justifiée.
- 9 il existe une liste d'antibiotiques à prescription protégée, (cf. *Ennov CHD-F11790*)

Informatif / conceptuel,
Très généraliste

Itinéraire de référents ATB inventifs

Tableau de bord pour le pôle : **Médecine**

Chef de pôle : Dr LEBRETON
 Cadre de santé : H, PORTERO
 Directeur associé au pôle : G ARDOUIN

Référents hygiène :

AS Sandrine BARANGER (MP), Valérie BOURDIN (Rhumato)
 IB Laurence HUBER (MP), Fanny SORIN (Rhumato.)

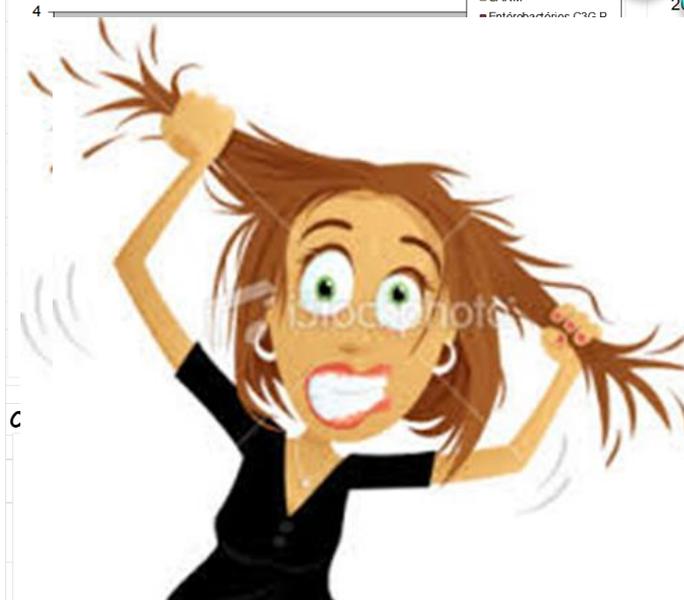
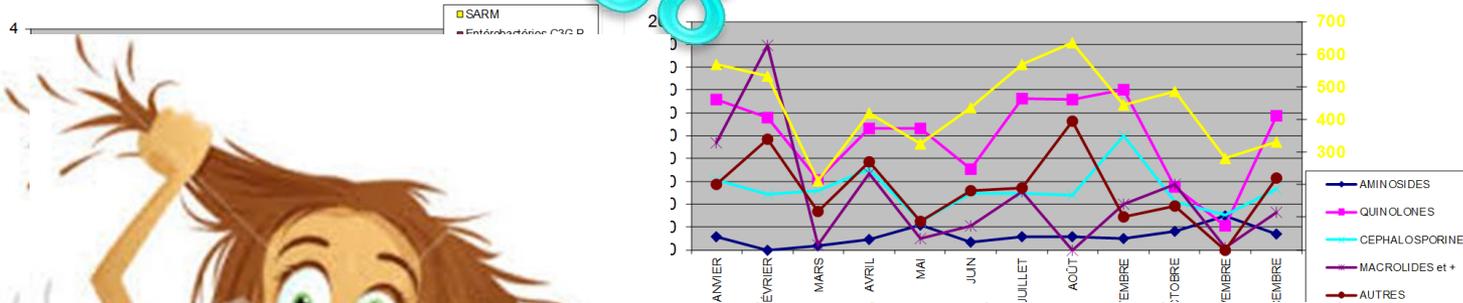
Dr N LEBRETON, C MICHAUD

Equipe Operationnelle
Hygiène



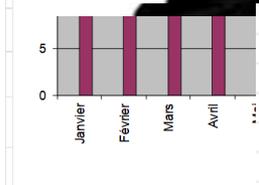
Dr Nathalie ROUX - Ph.H
 Annick GRENIER - CS.H

Nombre de BMR isolées dans le pôle (nombre de cas) **2008** Information en antibiotiques en nombre de jours de traitement antibiotique



Quinolones	Pénicillines	Céphalosporines	Macrolides & co	Autres
74	366	61	39	30
Amoxicilline (AMIC): 13	Amox-Ac clavulanique 252 (ts services) Amox 96 Péni M (orbéine) 12	C3G inj 45 Ceftriaxone 39 (ts services) Ceftazidime 6 Cefuroxime 14 oral: 11; inj: 3 Imipenem 2	Pyostacine 17 Clarithromycine 15 Rovamycine 6 Erythromycine inj 1	Métronidazole 14 PO 7 inj 7 Rifampicine PO 10 PO 8; inj 1 Vanco 1 Doxycycline 1

Cinj et PO 10mg	Utilisation ponctuelle de Tazocilline, piperacilline Claventin 65%	Ceftazidime 90%	Clarithromycine 90%	Rifamp 60% (BK)
-----------------	---	-----------------	---------------------	-----------------



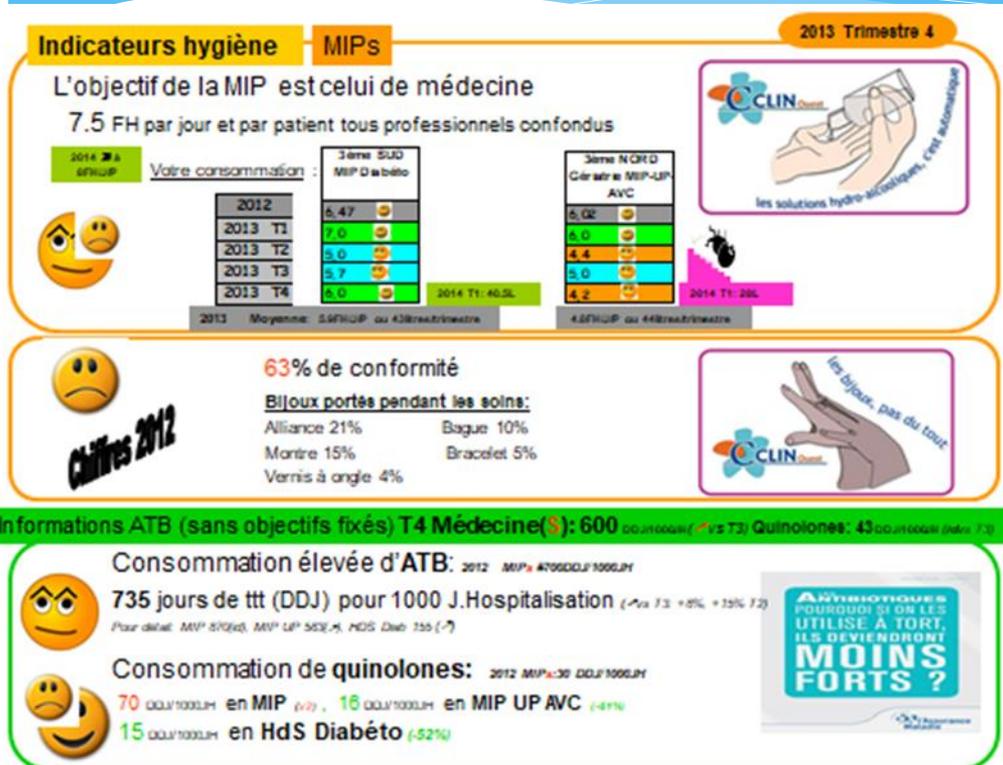
Taux de réalisation de l'objectif

CARDIO				60% cefuroxime PO 100% cefuroxime inj Protocole Pace Maker	
MP3			Amox: Plus de 40% des conso Péni M: id		
RHUMATO					
GASTRO	40% Genta		Claventin 25%		métronidazole 40% Vacomycine >80% Cl difficile
GERIATRIE		30% Cipro 750			
Commentaire		Choix privilégié de la forme orale (20% contre 80 voire +)	Amox-Ac clavulanique 60% d'injectable/PO	Ceftazidime seule C3G active sur le pseudomonas	
		Préférer l'Ofloxac à la Cipro Pour rappel, Oflo 200inj=Oflo500PO et Oflo 750 PO = Oflo 2x200inj	Amox à privilégier		

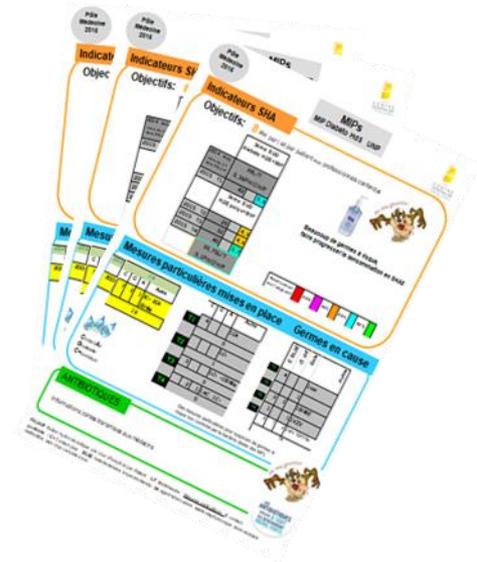
2009

Moyens de communication

Message cohérent à faire passer



Puis C3G et Fluoroquinolones 2014...



Moyens de communication

Message cohérent à faire passer

ATB EN COURT SEJOUR / CONSOMMATIONS : Evolution des consommations 2014-2015

Synthèse des services de PN, USC, HDS, Gastro, Cardio, Gériatrie, MIP, UHTCD

pour comparaison avec votre consommation de service

Consommation 2015 :

2015 : **476DDJ/1000JH**

Pour 1000 journées d'hospitalisation dans tous les services de court séjour, 476 concernaient des patients sous ATB. Ces données sont comparables avec celle de 2014 (468DDJ/1000JH, +1.71%).

Les **Pénicillines** avec 295DDJ/1000JH restent les plus prescrites.

Puis les **C3G** avec 58 DDJ/1000JH

Les **Quinolones** arrivent en 3^{ème} position avec 36 DDJ/1000JH

Evolutions notables :

Positives

- ↗ consommation en Amoxicilline
(75ddj/1000jh +7%)

- ↘ consommation en Quinolones 36ddj/1000jh
Ofloxacin -17% 16ddj/1000jh
Ciprofloxacine -5% 11ddj/1000jh

Autres remarques :

Pipéracilline Tazocilline +55% 7ddj/1000jh

Levofloxacine Tavanic® +280% 5ddj/1000jh

A surveiller

- ↗ Consommation en **C3G** (+9%) = Ceftriaxone 51ddj/1000jh

- ↗ Métronidazole +19% 28ddj/1000jh

- ↗ Pristinamycine +27% 9ddj/1000jh

- ↗ Consommation en **Carbapénèmes** +10% (4ddj/1000jh)
notamment sur Invanz (+13%).

Attention, le laboratoire répond en ertapenem Invanz® mais imipenem Tienam® S par extrapolation.

medecines	476	ddj/1000jh		C3G		Quinolones			
PN	703	6%		93	-5%	63	25%	ciproflo 34D +9% levoflo 21D nouveau	carbapenem: imipenem 7D +350% ertapenem 4D +212%
MIP	668	12%		74	46%	74	11%	ceftriaxone ciproflo 11D +7% levoflo 6D +3000%! Oflo en baisse	carbapenem imipenem 3D en baisse au profit de ertapenem 7D +114%

Moyens de communication

Message **cohérent** à faire passer

- * Consommations DDJ
+/- couplées aux résistances bactériennes

Diffusion aux médecins séniors: **bénéfices réels?**

En pratique: quels impacts?

- * Evolution des exigences nationales
48-72h, 7jours

Internes? IDE? ...



Accompagnement bon usage au quotidien

Internes à chaque semestre (+/- obligatoire) et les médecins

- * ATB-T 1^{ère} intention: Visioconf,
Supports diaporama
- * Accès libre à l'information E-POPI depuis 2015
(données alinéa Plus)
- * Accès aux conseils avisés
(ref ATB CHCL, infectiologues CHD)
- * Alertes pharmacien/biologiste
(questionnaire de prescription Dxcare)

- * Formations en soirée
- * Diffusion de notes d'information: spilf, medqual etc (diffusion par mail) aux seuls médecins hospitaliers



Accompagnement bon usage au quotidien

IDE

- * Formations « prélèvements bactériologiques, préparation et administrations des antibiotiques » médecin ref. ATB
- * Paramétrage informatique du dossier patient (administration)
- * Information BP de prélèvements (laboratoire)



Mais pour les ATB
au quotidien?

2019: Le triptyque ATB 1^{ère} intention

MÉMO DURÉES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

(Antibiothérapies classées par ordre de préférence)

Avril 2019

2013: Plaquettes ARS/Medqual
Infections respiratoires basses communautaires /
Exacerbations de BPCO
Infections urinaires communautaires

Support Medqual Avril 2019
Mise en page « triptyque »
2 modèles A4 et 1/2A4

+ : EHPAD -> médecins libéraux

Colonisation urinaire		
Règle générale	Pas d'antibiothérapie	
Colonisation gravidique  <i>Traitement systématique, différé</i>	Amoxicilline 1g x3/j	7 jours
	Pivmécillinam 400mg x2/j	
	Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour
	Triméthoprime ⁽¹⁾ 300mg x1/j	
	Nitrofurantoïne 100mg x3/j	7 jours
	Cefixime 200mg x2/j	
	Cotrimoxazole ⁽¹⁾ 800mg/160mg x2/j	
Geste urologique	Antibiothérapie (avis urologique)	

(1) Déconseillés les 2 premiers mois de grossesse

Cystite (hors grossesse)			
Cystite aiguë simple		Fosfomycine 3g en 1 prise	
		Pivmécillinam 400mg x2/j	
Cystite aiguë à risque de complication  <i>Traitement différé si possible</i>	probabiliste	Nitrofurantoïne 100mg x3/j	
		Fosfomycine 3g x1/j	
	adaptée		Amoxicilline 1g x3/j
			Pivmécillinam 400mg x2/j
			Nitrofurantoïne 100mg x3/j
			Fosfomycine 3g en 1 prise
	* Triméthoprime 300mg x1/j		
Cystite sur sonde vésicale  <i>Traitement différé si possible</i> <i>Ablation sonde 24h après début du traitement</i>		Idem cystite aiguë à risque de complication	
Cystites récidivantes (> 1 / mois)		* Triméthoprime 150mg x1/j	
		Fosfomycine 3g en 1 prise	

(2) Si femme < 75 ans et évolution favorable rapide * non retenu au CHCL

Cystite aiguë gravidique		
 Probabiliste <i>Traiter sans attendre l'ECBU</i>		Fosfomycine 3g en 1 prise
		Pivmécillinam 400mg x2/j
Relai, si échec du traitement probabiliste		Amoxicilline 1g x3/j
		* Triméthoprime ⁽¹⁾ 300mg en 1 prise
		Nitrofurantoïne 100mg x3/j
		Cefixime 200mg x2/j
		Cotrimoxazole ⁽¹⁾ 800mg/160mg x2/j
		Ciprofloxacine 500mg x2/j

(1) Déconseillés les 2 premiers mois de grossesse

Infection urinaire masculine			
Eviter fluoroquinolone si prescrite dans les 6 derniers mois  Traitement différé si possible	Probabiliste	Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	-
	Adaptée	Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Ceftriaxone 1g x1/j	14 jours 21 jours si uropathie

Pyélonéphrite			
Pyélonéphrite aiguë (PNA) simple  Eviter fluoroquinolone si prescrite dans les 6 derniers mois	Probabiliste	Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	-
		Si CI : Aminoside	-
Relais après obtention antibiogramme	Amoxicilline 1g x3/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Cefixime ⁽³⁾ 200mg x2/j Aminoside	Amoxicilline 1g x3/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	10 jours
		Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j	7 jours
		Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Cefixime ⁽³⁾ 200mg x2/j	10 jours
		Aminoside	5 jours
		Idem PNA simple	10-14 jours
Pyélonéphrite aiguë à risque de complication		Idem PNA simple	10-14 jours
Pyélonéphrite aiguë gravidique		Hospitalisation	

(3) Utilisable uniquement après traitement initial par fluoroquinolone ou C3G ou Cotrimoxazole

Urétrite / Cervicite		
Gonocoque  Traitement concomitant Chlamydia	Ceftriaxone 500mg en 1 injection Si allergie : Azithromycine 2g en 1 prise Ciprofloxacine 500mg en 1 prise	1 jour
	Azithromycine 1g en 1 prise Doxycycline 100mg x2/j	1 jour 7 jours
Chlamydia trachomatis	Azithromycine 1g en 1 prise Doxycycline 100mg x2/j	1 jour 7 jours
Mycoplasma genitalium	Azithromycine 500 mg en 1 prise à J1, puis 250mg/j	5 jours
Trichomonas vaginalis	Métronidazole 2g en 1 prise	1 jour

Infections cutanées ⁽⁴⁾			
Dermo hypodermite bactérienne non nécrosante (DHBN)	Amoxicilline	7 jours	Régression des signes cutanés en 2 à 3 semaines. Ne pas prolonger l'antibiothérapie si évolution favorable des signes généraux
	Si allergie pénicilline : Pristinamycine Clindamycine		
Fasciite nécrosante	Hospitalisation (Appel 15) – Avis spécialisé		
Plaie par morsure DHBN sur morsure	Amoxicilline + acide clav	5 jours (7 jours si DHBN) (jusqu'à 10 jours selon évolution)	
	Si allergie pénicilline : Doxycycline		
Abscess ⁽⁵⁾	Incision - drainage Pristinamycine Clindamycine	5 jours	
	Peu étendu	Nettoyage eau + savon ATB local : mupirocine 2-3/j	5 jours
Etendu (≥ 2 % du corps Et/ou ≥ 6 lésions)		Nettoyage eau + savon + ATB per os adulte : pristinamycine enfant : amoxicilline + acide clav	7 jours
	Simple	Soins locaux	-
Complicé (multiplication des lésions, DHBN péri-lésionnelle, abcédation, fièvre)		Soins locaux + ATB PO adulte : clindamycine ou pristinamycine enfant : avis spécialisé	5 jours
	Furoncule	Furonculose = répétition furoncles sur plusieurs mois	Poussée : ATB PO clindamycine ou pristinamycine
Après la poussée, décolonisation bactérienne patient et entourage (cf MedQual.fr → CAT → décontamination SARM)			

(6) Posologies dans les infections cutanées :
 Amoxicilline : 50mg/kg/j en 3 prises (max 6g/j)
 Pristinamycine (>6 ans) : 50mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 4g/j)
 Clindamycine 600mg x3/j (voire 4/j si poids > 100kg)
 Amoxicilline (50mg/kg/j - max 6g/j) + acide clavulanique (max 375mg/j) en 3 prises

(7) Le bénéfice de l'antibiothérapie est peu important et concerne la diminution de la douleur, la diminution des échecs et probablement une diminution des récurrences. A discuter au cas par cas.

OMA		
Adulte ou enfant > 2 ans symptomatique non récidivante non perforée ⁽⁴⁾	Amoxicilline 1g x2 à 3/j	5 jours
	Si allergie pénicilline : Cefpodoxime-proxétel 200mg x2/j	
	Si CI bêta lactamine : Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Pristinamycine (adulte) 1g x2/j	
Enfant = 2 ans ou OMA récidivantes ou OMA perforée ⁽⁴⁾	Amoxicilline	8-10 jours
	Si allergie pénicilline : Cefpodoxime-proxétel	
	Si CI bêta-lactamine : Cotrimoxazole Erythromycine -	
échec traitement par amoxicilline	Amoxicilline-acide clav 1g x2 à 3/j	inchangé

Sinusite		
Sinusite maxillaire de l'adulte  Etiologie virale prédominante	Amoxicilline 1g x3/j	5 jours
	Si allergie pénicilline : Céfuroxime-axétel 250mg x2/j Cefpodoxime-proxétel 200mg x2/j	
Sinusite maxillaire de l'enfant ⁽⁴⁾  Etiologie virale prédominante	Si CI bêta-lactamine : Pristinamycine 1g x3/j Levofloxacine 500mg x1/j	4 jours 7 jours
	Origine dentaire Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	7 jours
Sinusite frontale de l'adulte	Amoxicilline	7-10 jours
	Si allergie pénicilline : Cefpodoxime-proxétel	
	Si CI bêta-lactamine : Cotrimoxazole (<6 ans) Pristinamycine (>6 ans)	
Sinusite frontale de l'enfant ⁽⁴⁾	Origine dentaire Amoxicilline-acide clav	7-10 jours
	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	
Sinusite frontale de l'adulte	Si allergie pénicilline : Cefpodoxime-proxétel 200mg x2/j	7 jours
	Si CI bêta lactamine : Levofloxacine 500mg x1/j	
Sinusite frontale de l'enfant ⁽⁴⁾	Amoxicilline-acide clav	7-10 jours
	Si allergie pénicilline : Cefpodoxime-proxétel	

Angine à strepto A		
Adulte ou enfant > 3 ans avec TDR + ⁽⁴⁾	Amoxicilline 1g x2/j	6 jours
	Si allergie pénicilline : Cefpodoxime-proxétel 200mg x2/j	5 jours
	Si CI bêta-lactamine : Azithromycine 500mg x1/j	3 jours

(4) Posologies pédiatriques :
 Amoxicilline : Pneumonie : 80-100 mg/kg/j en 3 prises – OMA : 80-90 mg/kg/j en 2 ou 3 prises – Angine : 50mg/kg/j en 2 prises (max 3g/j)
 Cefpodoxime-proxétel : 1 dose-poids x2/j
 Azithromycine : 20mg/kg/j x1/j (max 500 mg/j)
 Clarithromycine, Josamycine : 1 dose-poids x2/j (max 500mg/j)
 Pristinamycine : 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (>6 ans)
 Cotrimoxazole : SMX 30mg/kg/j + TMP 6mg/kg/j en 2 prises
 Erythromycine - Sulfafurazole : 1 dose-poids x3/j
 Amoxicilline-acide clav : 1 dose-poids x 3/j
 Ceftriaxone : 50 mg/kg/j en 1 injection

MÉMO DURÉES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

(Antibiothérapies classées par ordre de préférence)

Avril 2019

Pneumonie		
Adulte ≤ 65 ans 0 ou 1 facteur de risque de mortalité	Suspicion pneumocoque Amoxicilline 1g x3/j <u>Si allergie pénicilline :</u> Pristinamycine 1g x3/j Télithromycine 800mg x1/j *	7 jours
	Suspicion atypique Macrolide	
	Doute étiologique Amoxicilline 1g x3/j Pristinamycine 1g x3/j Macrolide	
	Post grippale Amoxicilline-acide clav 1g x3/j <u>Si allergie pénicilline :</u> Pristinamycine 1g x3/j Macrolide	
Adulte ≤ 65 ans ≥ 2 facteurs de risque de mortalité	Hospitalisation	
Adulte > 65 ans 0 facteur de risque de mortalité (hors âge)	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j <u>Si allergie pénicilline :</u> Ceftriaxone 1M/SC 1g x1/j Levofloxacine	7 jours
	Post grippale Hospitalisation	
Adulte > 65 ans ≥ 1 facteur de risque de mortalité (hors âge)	Hospitalisation	

* non retenu au CHCL

Exacerbation BPCO		
Sans dyspnée ou dyspnée d'effort ⁽⁵⁾ mais crachats non purulents	Pas d'antibiothérapie	
Dyspnée d'effort ⁽⁵⁾ et purulence franche des crachats	Amoxicilline 1g x3/j	5 jours
	Macrolide	
	Pristinamycine 1g x3/j	
Dyspnée de repos ⁽⁵⁾ et purulence franche des crachats	Augmentin 1g x3/j	5 jours
	Levofloxacine 500mg x1/j	
	Ceftriaxone 1g x1/j	

(5) Le degré de dyspnée est apprécié en dehors de l'exacerbation (correspondance clinique du VEMS)

Enfant ⁽⁴⁾	Suspicion pneumocoque Amoxicilline <u>Si allergie pénicilline :</u> Ceftriaxone	5 jours
	Pristinamycine (> 6ans)	
	Suspicion atypique (>3 ans) Clarithromycine Pristinamycine (> 6ans)	10 jours
	Josamycine	14 jours

(4) cf page 8 pour posologies

(4) Posologies pédiatriques :

Amoxicilline : Pneumonie : 80-100 mg/kg/j en 3 prises – OMA : 80-90 mg/kg/j en 2 ou 3 prises – Angine : 50mg/kg/j en 2 prises (max 3g/j)
Cefpodoxime-proxétel : 1 dose-poids x2/j
Azithromycine : 20mg/kg/j x1/j (max 500 mg/j)
Clarithromycine, Josamycine : 1 dose-poids x2/j (max 500mg/j)
Pristinamycine : 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (>6 ans)
Cotrimoxazole : SMX 30mg/kg/j + TMP 6mg/kg/j en 2 prises
Erythromycine - Sulfafurazole : 1 dose-poids x3/j
Amoxicilline-acide clav : 1 dose-poids x 3/j
Ceftriaxone : 50 mg/kg/j en 1 injection



Edition CLIN 2019/09

Infectiologues CHD lundi au vendredi pour cas compliqués

02 51 44 65 99



Rédacteurs :

Dr Marie Chauveau (infectiologue, CHU Nantes), Dr Hélène Cormier (infectiologue, CHU Angers), Dr Willy Bourfroid (médecin généraliste)

Colonisation urinaire		
Règle générale	Pas d'antibiothérapie	
Colonisation gravidique ▲ Traitement systématique, différé	Amoxicilline 1g x3/j	7 jours
	Pivmécillinam 400mg x2/j	
	Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour
	Triméthoprim ⁽¹⁾ 300mg x1/j	7 jours
	Nitrofurantoïne 100mg x3/j	
Cefixime 200mg x2/j		
Cotrimoxazole ⁽¹⁾ 800mg/160mg x2/j		
Geste urologique	Antibiothérapie (avis urologique)	

(1) Déconseillés les 2 premiers mois de grossesse

Cystite (hors grossesse)			
Cystite aiguë simple	Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour	
	Pivmécillinam 400mg x2/j	5 jours	
Cystite aiguë à risque de complication ▲ Traitement différé si possible	probabiliste	Nitrofurantoïne 100mg x3/j	-
		Fosfomycine 3g x1/j	
	adaptée	Amoxicilline 1g x3/j	7 jours
		Pivmécillinam 400mg x2/j	
		Nitrofurantoïne 100mg x3/j	
		Fosfomycine 3g en 1 prise	
* Triméthoprim 300mg x1/j	5 jours		
Cystite sur sonde vésicale ▲ Traitement différé si possible Ablation sonde 24h après début du traitement	Idem cystite aiguë à risque de complication	3 jours ⁽²⁾ 5-7 jours selon molécule	
Cystites récidivantes (> 1 / mois)	* Triméthoprim 150mg x1/j	1/j	
	Fosfomycine 3g en 1 prise	1/7 jours	

(2) Si femme < 75 ans et évolution favorable rapide * non retenu au CHCL

Cystite aiguë gravidique		
▲ Probabiliste Traiter sans attendre l'ECBU	Fosfomycine 3g en 1 prise	1 jour
	Pivmécillinam 400mg x2/j	7 jours
Relai, si échec du traitement probabiliste	Amoxicilline 1g x3/j	7 jours
	* Triméthoprim ⁽¹⁾ 300mg en 1 prise	
	Nitrofurantoïne 100mg x3/j	
	Cefixime 200mg x2/j	
	Cotrimoxazole ⁽¹⁾ 800mg/160mg x2/j Ciprofloxacine 500mg x2/j	

(1) Déconseillés les 2 premiers mois de grossesse

Evaluer les résultats de la communication

Internes, médecins:

Plaquettes ATB Satisfaction des soignants

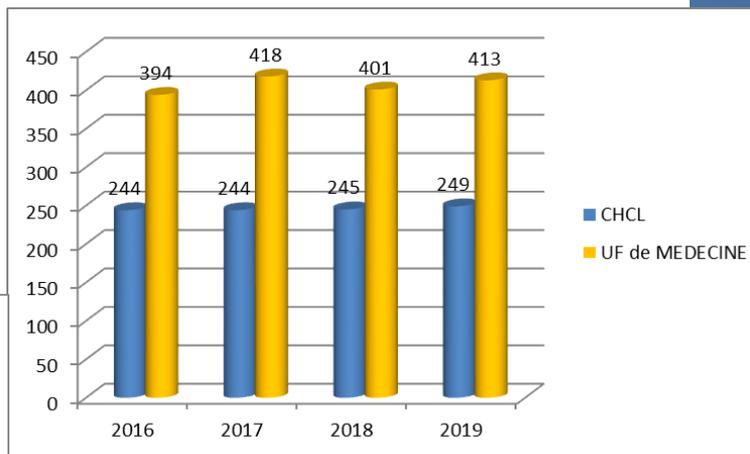
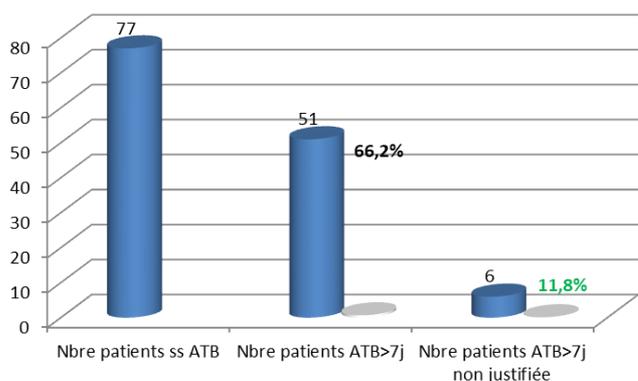
IDE: Acquisition de réflexes

-techniques de prélèvement (BU/ECBU, prélev. cutané)

-Maintien des DM invasifs

Consommation ATB

CAQES 7 jours



Antibiotiques

le phare de l'Armandèche



MERCI DE VOTRE ATTENTION

MERCI DE VOTRE ATTENTION