

MÉMO DURÉES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

JUIN 2019



Guide Mémo Durée d'Antibiothérapie réalisé en mars 2018 et réactualisé en juin 2019 par les Drs W. Boutfol, H. Cormier et M. Chauveau, antibioréférents régionaux, en lien avec l'ARS et MedQual.

Les durées proposées sont les durées préconisées dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).

En l'absence de recommandation récente, les durées proposées sont celles du Groupe de Recommandation de la SPILF «Propositions pour des antibiothérapies plus courtes»

(Wintenberger et al., Med Mal Infect, 2017)

Note : en l'absence de précision, les schémas proposés concernent les infections de l'adulte.

SOMMAIRE

URÉTRITE / CERVICITE	4
COLONISATION URINAIRE	4
INFECTION URINAIRE MASCULINE	4
CYSTITE AIGUË GRAVIDIQUE	5
CYSTITE (HORS GROSSESSE)	5
PYÉLONÉPHRITE	6
PNEUMONIE DE L'ADULTE	7
PNEUMONIE DE L'ENFANT	7
BRONCHITE AIGUË	8
EXACERBATION BPCO	8
SINUSITE	9
OMA	10
ANGINE À STREPTO A	10
INFECTIONS CUTANÉES	11

URÉTRITE / CERVICITE

Gonocoque	Ceftriaxone 500mg en 1 injection	1 jour
Traitement concomitant Chlamydia	Si allergie : Gentamicine 240 mg IM Azithromycine 2g en 1 prise Ciprofloxacine 500mg en 1 prise	
Chlamydia trachomatis	Doxycycline 100mg x2/j	7 jours
	Azithromycine 1g en 1 prise	1 jour
Mycoplasma genitalium	Azithromycine 500 mg en 1 prise à J1, puis 250mg/j	4 jours
Ne traiter que si symptomatique	Moxifloxacine 400 mg/j	10 jours
Trichomonas vaginalis	Métronidazole 2g en 1 prise	1 jour

COLONISATION URINAIRE

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

INFECTION URINAIRE MASCULINE

- Éviter fluoroquinolone si prescrite dans les 6 derniers mois	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

CYSTITE AIGÜE GRAVIDIQUE

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

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	Probabiliste	Nitrofurantoïne 100mg x3/j Fosfomycine 3g x1/j	
		Amoxicilline 1g x3/j Pivmécillinam 400mg x2/j Nitrofurantoïne 100mg x3/j	7 jours
	Adaptée	Fosfomycine 3g en 1 prise	J1-J3-J5
		Triméthoprim 300mg x1/j	5 jours
Cystite sur sonde vésicale		Idem cystite aiguë à risque de complication	3 jours ⁽²⁾
Traitement différé si possible. Ablation sonde 24h après début du traitement			5-7 jours selon molécule
Cystites récidivantes (> 1 / mois)		Triméthoprim 150mg x1/j	1/j
		Fosfomycine 3g en 1 prise	1/7 jours

(1) déconseillé les 2 premiers mois de grossesse

(2) Si femme < 75 ans et évolution favorable rapide

PYÉLONÉPHRITE

Pyélonéphrite aiguë (PNA) simple <i>Eviter fluoroquinolone si prescrite dans les 6 derniers mois</i>	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	10 jours
		Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	7 jours
		Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Cefixime ⁽³⁾ 200mg x2/j Aminoside	10 jours 5 jours
Pyélonéphrite aiguë à risque de complication	Idem PNA simple	10-14 jours	
Pyélonéphrite aiguë gravidique	Hospitalisation <i>Avis gynécologique</i> ATB probabiliste : Ceftriaxone 1g x1/j si allergie : Aztreonam ou ciprofloxacine ou levofloxacine puis relais idem PNA simple	10-14 jours	

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

Infection urinaire à EBLSE

- Même molécule, même posologie et même durée qu'une infection «classique»
- Avis spé en cas d'impasse thérapeutique
- Un antécédent d'infection ou de colonisation urinaire à EBLSE n'est pas à prendre en compte pour l'antibiothérapie probabiliste SAUF en cas de signes de gravité : avis spé ?

PNEUMONIE

Adulte ≤ 65 ans 0 ou 1 facteur de risque de mortalité	Suspicion pneumocoque : Amoxicilline 1g x3/j Si allergie pénicilline : 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 Si allergie pénicilline : Pristinamycine 1g x3/j Macrolide	
Adulte ≤ 65 ans ≥ 2 facteurs de risque de mortalité	Hospitalisation (ATB idem ci-dessus)	
Adulte > 65 ans 0 facteur de risque de mortalité (hors âge)	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Si allergie pénicilline : Ceftriaxone IM/SC 1g x1/j Levofloxacine	7 jours
	Post grippale : Hospitalisation (ATB ci-dessus)	
Adulte > 65 ans ≥ 1 facteur de risque de mortalité (hors âge)	Hospitalisation (ATB idem ci-dessus)	
Enfant⁽⁴⁾	Suspicion pneumocoque : Amoxicilline Si allergie pénicilline : Ceftriaxone	5 jours
	Pristinamycine (> 6 ans)	10 jours
	Suspicion atypique (>3 ans) : Clarithromycine Pristinamycine (> 6 ans)	10 jours
	Josamycine (> 6 ans)	14 jours

(4) Cf page 10 pour posologies

BRONCHITE AIGÜE

Adulte jeune sain

Pas d'antibiothérapie

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

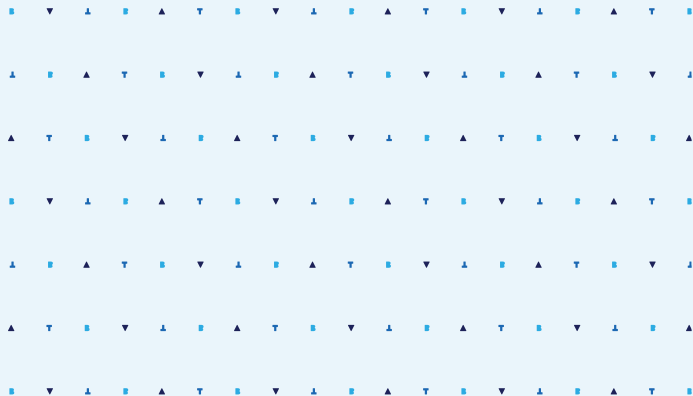
Amoxicilline 1g x3/j
Macrolide
Pristinamycine 1g x3/j

5 jours

Dyspnée de repos⁽⁵⁾
et purulence franche
des crachats

Augmentin 1g x3/j
Levofloxacine 500mg x1/j
Ceftriaxone 1g x1/j

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



SINUSITE

**Sinusite maxillaire
de l'adulte**

Amoxicilline 1g x3/j
Si allergie pénicilline :
Céfuroxime-axétil 250mg x2/j
Cefpodoxime-proxétil 200mg x2/j

5 jours

*Etiologie virale
prédominante*

Si Cl bêta-lactamine :
Pristinamycine 1g x3/j

4 jours

Levofloxacine 500mg x1/j

7 jours

Origine dentaire
Amoxicilline-acide clav 1g x3/j

7 jours

**Sinusite maxillaire
de l'enfant⁽⁴⁾**

Amoxicilline
Si allergie pénicilline :
Cefpodoxime-proxétil
Si Cl bêta-lactamine :
Cotrimoxazole (< 6 ans)
Pristinamycine (> 6 ans)

7-10
jours

*Etiologie virale
prédominante*

Origine dentaire
Amoxicilline-acide clav

**Sinusite frontale
de l'adulte**

Amoxicilline-acide clav 1g x3/j
Si allergie pénicilline:
Cefpodoxime-proxétil 200mg x2/j
Si Cl bêta-lactamine :
Levofloxacine 500mg x1/j

7 jours

**Sinusite frontale
de l'enfant⁽⁴⁾**

Amoxicilline-acide clav
Si allergie pénicilline:
Cefpodoxime-proxétil

7-10
jours

(4) Cf page 10 pour posologies

OMA

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

ANGINE À STREPTO A

Adulte ou enfant > 3 ans avec TDR +⁽⁴⁾	Amoxicilline 1g x2/j	6 jours
	<i>Si allergie pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétil 200mg x2/j	5 jours
	<i>Si Cl béta-lactamine :</i> 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-proxétil : 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

(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 > 100 kgs) - **Amoxicilline** (50mg/kg/j - max 6g/j) + **acide clavulanique** (max 375mg/j) en 3 prises

INFECTIONS CUTANÉES⁽⁶⁾

Dermo hypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)	Amoxicilline <i>Si allergie pénicilline :</i> Pristinamycine Clindamycine	7 jours Régression des signes cutanés en 2 à 3 semaines. Ne pas prolonger l'antibiothérapie si évolution favorable des signes généraux
Fasciite nécrosante	Hospitalisation (Appel 15) – Avis spécialisé	
Plaie par morsure DHBNN sur morsure	Amoxicilline + acide clav <i>Si allergie pénicilline :</i> Doxycycline	5 jours (7 jours si DHBNN) (jusqu'à 10 jours selon évolution)
Abcès⁽⁶⁾	Incision - drainage Pristinamycine Clindamycine	5 jours
Impétigo	Peu étendu	Nettoyage eau + savon ATB local : mupirocine 2-3/j 5 jours
	Étendu ≥ 2 % du corps et/ou ≥ 6 lésions	Nettoyage eau + savon + ATB per os adulte : pristinamycine enfant : amoxicilline + acide clav 7 jours - Eviction 72h si lésions impossibles à couvrir
Furoncle	Simple	Soins locaux
	Complicé <i>(multiplication des lésions, DHBNN péri-lésionnelle, abcédation, fièvre)</i>	Soins locaux + ATB PO adulte : clindamycine ou pristinamycine enfant : avis spécialisé 5 jours
	Furonculose = répétition furoncles sur plusieurs mois	Poussée : ATB PO clindamycine ou pristinamycine 7 jours - Après la poussée, décolonisation bactérienne patient et entourage (cf medqual.fr - CAT - décontamination SARM)

(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.

RÉDACTEURS

Dr Marie Chauveau (infectiologue, CHU Nantes)

Dr Hélène Cormier (infectiologue, CHU Angers)

Dr Willy Boutfol (médecin généraliste)

Dr Elodie Imboula (médecin généraliste)

SOURCES

SPILF : Proposal for shorter antibiotic therapies, janvier 2017

SPILF : Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte : Actualisation 2017

SFP : Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie, juin 2016

SFD : Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles, février 2016

SFMU : Plaies aiguës en structure d'urgence — Référentiel de bonnes pratiques, 2017

SPILF / SFD / HAS : Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes, février 2019



Hôpital Saint Jacques

85 rue Saint Jacques

44093 NANTES CEDEX 01

02 40 84 64 34 (les mercredis au 02.76.64.39.79)