

Antibioguide 2026

Centre Hospitalier de Perpignan



Disponible sur le portail du Centre Hospitalier de Perpignan rubrique « bibliothèque médicale » à droite sur la page d'accueil et sur antibioguide.fr (mise à jour prochainement puis au fil de l'eau).

Elaboré sur la base des recommandations nationales existant, par l'équipe du SMIT en collaboration avec les spécialités concernées ; mises à jour ultérieures « au fil de l'eau » en fonction de l'évolution des recommandations par thématiques. Ce guide concerne la population adulte, il n'est pas à vocation pédiatrique. Il propose des indications et des propositions thérapeutique dans le cadre de l'exercice médical par des praticiens. Le médecin prescrit et demeure entièrement responsable de sa prescription.

Table des matières

1 - Antibiothérapie : pré-requis.....	p 3
2 - Allergie aux bétalactamines.....	p 4
3 - Non indication de l'antibiothérapie.....	p 5
4 - Méningites, encéphalites.....	p 6
5 - Endocardites.....	p 8
6 - Infections pulmonaires.....	p 14
7 - Infections ORL.....	p 17
8 - Infections peau et tissus mous.....	p 20
9 - Infections ostéo-articulaires.....	p 24
10 - Infections intra-abdominales.....	p 28
11 - Infections sexuellement transmissibles.....	p 35
12 - Infections urinaires.....	p 37
13 - Neutropénies fébriles.....	p 41
14 - Infections fongiques.....	p 42
15 - Paludisme.....	p 44
16 - Posologie des principaux antibiotiques en cas d'insuffisance rénale.....	p 45
17 - Infection de cathéter de longue durée : prise en charge et verrou antibiotiques.....	p 47
18 - Durées d'antibiothérapie.....	p 50
19 - AES.....	p 54
20 - Prophylaxie de la rage	p 60
21 - Grippe - Covid	p 61
22 - Précautions complémentaires (contact, respiratoires).....	p 62

1 - Antibiothérapie : pré-requis

L'augmentation majeure des **résistances** bactériennes et la **raréfaction** des molécules en développement imposent une utilisation raisonnée des antibiotiques.

Les références de l'antibioguide sont issues des recommandations émises par la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), les textes des consensus disponibles sur le site infectiologie.com, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), et la HAS (Haute Autorité de Santé).

L'antibiothérapie de première intention est le plus souvent probabiliste.

Cette antibiothérapie probabiliste doit être limitée à **3 jours**.

La **réévaluation médicale** d'une antibiothérapie au bout de 3 jours est nécessaire, tout comme sa traçabilité : poursuite, arrêt, adaptation à antibiogramme éventuel.

La **durée maximale d'une antibiothérapie curative** est de **7 jours**, hormis situations particulières : endocardites, abcès profonds, infections ostéo articulaires, infections urinaires masculines (14j).

Une monothérapie est suffisante dans la plupart des infections.

En cas de mise en place d'une antibiothérapie, prélever systématiquement **AVANT 4** flacons d'hémocultures en un prélèvement, même en l'absence de fièvre.

2- Allergie aux bêta-lactamines :

Jusqu'à 10% des patients se déclarent allergiques à la pénicilline, et cette situation est associée à une perte de chance.

Conduite à tenir :

- Vérifier la nature et l'histoire de l'allergie : ancienneté, sévérité, délai, molécule.
- Diagnostic différentiel : éruption virale (allergie : éruption purigineuse le plus souvent)
- **En cas d'allergie survenue il y a plus de 10 ans avec forme cutanée isolée : pas d'exploration ; utilisation possible des bêta-lactamines ; sinon évaluation allergologique.**
- Calculer le score PENFAST :

1/ Allergie datant de moins de 5 ans

Oui : 2 points

2/ Choc anaphylactique ou angio-oedème

Oui : 2 points

Ou urticaire généralisé

Ou DRESS, ou Lyell, ou Stevens Johnson

3/ Traitement nécessaire de la réaction

Oui : 1 point

Total : 0 ou 1, ou 2 : ré introduction possible avec l'accord du patient

- Allergie aux pénicilline : les risques d'allergie croisée sont de 1 % avec les céphalosporines et les carbapénèmes.
- Allergie aux céphalosporines : les risques d'allergie croisée sont de 25% avec les pénicillines et de 2% avec les carbapénèmes.

Insister sur la nécessité de réaliser des tests épicutanés à distance de l'hospitalisation et en cas de test positif d'entreprendre une désensibilisation.

3- Non-indications de l'antibiothérapie :

1 - Augmentation isolée de la CRP : chercher un point d'appel clinique.

2 - Fièvre isolée sans retentissement hémodynamique ni point d'appel clinique.

3 - Infections ORL :

- Rhinopharyngite, laryngite
- Otite moyenne aigue (OMA) purulente chez l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique (réévaluer 48 à 72h).
- Otite congestive, otite séreuse de l'enfant, otite externe simple, otorrhée sur drain
- Sinusite maxillaire de l'adulte, sinusite aigue de l'enfant.
- Angine de l'enfant de moins de 3 ans, ou de l'enfant de plus de 3 ans avec test de diagnostic rapide négatif (en l'absence de facteur de risque de RAA).
- Angine de l'adulte avec score de Mac Isaac < 2 ou score > 2 et TDR négatif.

(Score Mac Isaac : chaque item compte pour 1 point : $T^{\circ} > 38^{\circ}C$, absence de toux, ganglion douloureux, atteinte amygdalienne, âge inférieur à 15 ans ou supérieur à 44 ans)

4- Infections abdominales :

- Diarrhées depuis moins de 3 jours sans retentissement général.
- Diverticulite simple non compliquée de l'immunocompétent (prouvée au scanner) sauf en cas de grossesse.

Non compliquée = ni perforation, ni nécrose.

5- Infection respiratoires basses :

- Bronchite aigue simple de l'enfant, et chez l'adulte sans comorbidités (fumeur ou non). Bronchiolite aigue.
- Exacerbation de BPCO stade 1, 2 ou 3 sans franche purulence verdâtre des crachats.
- Bronchiolite du nourrisson si évolution favorable en 72h et en l'absence d'otite moyenne aigue.
- Grippe et Covid 19.

6- Porte d'entrée urinaire :

Bactériurie asymptomatique y compris sur sonde (sauf grossesse).

7- Porte d'entrée cutanée :

Furoncle, veinite simple, abcès de paroi, morsures de tiques.

Dans le doute : ne pas prescrire d'antibiotiques et réévaluer le besoin dans les 48h si la situation clinique du patient le permet.

4 – Méningites, encéphalites

Mise à jour Aout 2024 ; sources Méningites SPILF 2018 ;
Info antibio Aout 2019 ; Encéphalites : SPILF 2017)

Situation	Agent	Examens	Molécule	Posologie	Durée	Remarque
Purpura Nécrotique Extensif	Méningocoque Pneumocoque Haemophilus	Hémoc, PL, Biopsie cutanée	Cefotaxime	2 g IV Puis 300 mg/kg/j En 4-6 perfusions/j ou en continu	Méningo 5 j Pneumocoque 7 j	Dexamethasone 10 mg/6h 4j ATB en urgence avant la PL
Liquide trouble sans élément d'orientation ou si cocci gram + au direct, = pneumocoque Ou liquide clair D'allure bactérien (Hoen : p > 0.1) Sans élément d'orientation vers listeria	Méningocoque, Pneumocoque	Hémoc, PL, Ag solubles	Cefotaxime	300 mg/kg/j En 4-6 perfusions/j Ou en perfusion continue	10-14j	Dexamethasone 10 mg/6h 4j Méningo : DO, vaccination, prophylaxie Pneumo : brèche, vaccination
Liquide trouble, Méningocoque = cocci gram négatif à l'examen direct ; ou BGN	Méningocoque Haemophilus	Hémoc, PL, Ag solubles	Cefotaxime	200 mg/kg/j En 4-6 perfusions/j Ou en perfusion continue Ssi CMI amox < 0.125 mg/l sinon maintenir 300 mg/kg/j	4-7 j	Dexamethasone 10 mg/6h 4j
Liquide lymphocytaire, AVEC signes d'encéphalite, Sans germe à l'examen direct ni ATB préalable	Herpès, listeria	Hémoc, PL, IRM cérébrale	Acyclovir + Amoxicilline	10 mg/kg/8h 200 mg/kg/j	14-21 j*	Acyclovir : créat quotidienne Perfusion lente Genta : 5 mg kg j seulement pour les listeria prouvées

*Adaptation H48 :

Si bactériologie négative à H48 dans le LCR : Arrêt amoxicilline

Si PCR HSV négative : Arrêt de l'acyclovir, sauf si encéphalite associée : refaire seconde PL au moins 4 j après début des signes neurologiques.

Si PCR HSV positive : traitement 14 j chez patients immunocompétents, 21 j si immunodéprimés

En cas de listériose prouvée : durée : 14-21 j

Points clefs :

- Tout syndrome méningé fébrile doit conduire à la réalisation d'une ponction lombaire.
- Toute méningite à liquide trouble doit être traitée immédiatement par **2 g de Cefotaxime IV et 10 mg de dexaméthasone**.

- **Indications du scanner avant PL** : Glasgow $\leq$ 11, signes de localisations, convulsion récente ou en cours, focale ou généralisée.

Contre-indications à la PL : troubles de l'hémostase connus (anticoagulants curatifs), saignements spontanés, signes d'engagement (troubles ventilatoire, enroulement, mydriase unilatérale, instabilité hémodynamique, effet de masse ou signe d'engagement au TDM), instabilité hémodynamique. (Les anti agrégants ne sont pas une contre-indication, les troubles de la conscience isolés ne sont pas une contre indication).

Indications de l'antibiothérapie avant PL : Purpura fulminans, contre-indications à la PL, prise en charge hospitalière ne pouvant être réalisée avant 90 minutes.

Combien de tubes, combien de gouttes ? 4 tubes (50 gouttes)

Biochimie : 1 tube (10 gouttes par tube)

Bactériologie : 1 tube (10 gouttes par tube)

Cytologie : 1 tube (10 gouttes)

Biologie moléculaire : 1 tube (20 gouttes) pour PCR Multiplex.

Calcul de la probabilité d'une méningite bactérienne

<https://www.chu-rouen.fr/meningite/score2.html>

Robuste même si antibiothérapie antérieure ; si $p < 0.1$, ce n'est pas une méningite bactérienne.

Signes de gravité : Purpura, troubles de la conscience (jusqu'au coma), troubles neurologiques focaux, état de mal convulsif, hypotension, pathologie sous-jacente susceptible de se décompenser, marbrures, toute situation qui impose le transfert en réanimation, troubles de la déglutition.

Allergie aux bêta-lactamines :

- Notion d'allergie sévère (=ATCD œdème de Quincke ou hypersensibilité immédiate de type anaphylactique)
Fosfomycine+ Vancomycine 40-60 mg/kg/j en perfusion continue après dose de charge de 15mg/kg +/- Rifampicine 10mg/kg x 2/j IV

- Notion d'allergie non sévère (= ni Quincke ni anaphylaxie immédiate) : utilisation du Céfotaxime selon les recommandations.

- En cas de suspicion de BK : liquide très hyperprotéino-rachique, hypoglyco-rachique, contexte épidémiologique : avis spécialisé (1 62 12)

Pénétration intra cérébrale :

Bonne :

Fluoroquinolones, Linezolide, Bactrim, Fosfomycine, Rifampicine

Mauvaise :

Daptomycine, Aminoglycosides, Dalbavancine, Colistine, Tigécycline

La pénétration intra cérébrale des bêta-lactamines n'est pas bonne d'où les fortes posologies nécessaires, mais l'inflammation augmente sa pénétration intra cérébrale.

5 – Endocardites (Prise de position SPILF AEPEI 2025 sur recommandations ESC 2023

Info Antibio 106 – Septembre 2025 – Infectiologie.com 17/12/2025)

Premier jour de traitement efficace = jour de la première hémoculture négative

Pour les staphylocoques (dorés et non dorés : 2 hémocultures négatives consécutives prélevées à au moins un jour d'intervalle (car positivité intermittente chez certains patients).

En cas de chirurgie :

-Si culture de valve positive : J1 = jour de la chirurgie

-Si culture de valve négative : J1 = jour de la première hémoculture négative ; la durée totale de l'antibiothérapie doit alors être au minimum de 14 j après la chirurgie.

A - STREPTOCOQUES :

*Durée de traitement :

Valve native : 4 semaines

Valve prothétique : 6 semaines

*Molécules :

CMI amoxicilline $\leq$ 0.5 mg/l :

Amoxicilline 100 mg/kg/j en 4 à 6 injections par j

Alternative : Ceftriaxone 2 g/j IV en une injection par j si CMI C3G $\leq$ 0.5 mg/l

CMI amoxicilline entre 0.5 et 2 mg/l :

Si CMI C3G $\leq$ 0.5 mg/l : Ceftriaxone 2 g/j IV en une injection par j

Si CMI C3G $>$ 0.5 mg/l : Amoxicilline 200 mg/kg/j + Gentamycine 3 mg/kg/j en une injection par j 14j

Résiduel genta : une fois par semaine : objectif : $<$ 1 mg/l

CMI amoxicilline $>$ 2 mg/l :

Si CMI C3G $\leq$ 0.5 mg/l : Ceftriaxone 2 g/j IV en une injection par j

Si CMI C3G $>$ 0.5 mg/l : Vancomycine 30 mg/kg/j IV en 2 doses par jour ou en continu

B- ENTEROCOQUE FECALIS

Amoxicilline 200 mg/kg/j IV en 6 injections par j ou en continu (max 12 g/j) + Ceftriaxone 2 g X 2/j IV

Durée : 6 semaines

Allergie bêtalactamines :

Si CMI Daptomycine $\leq$ 2 mg/l : Daptomycine 12 mg/kg/j en une injection par j IV (max 1 g/j) +/- Ceftaroline, IV 600 mg 3 fois par jour 6 semaines.

Ou Vancomycine en perfusion continue pendant 6 semaines + Gentamycine 3 mg/kg/j 2 semaines (en absence de haut niveau de résistance aux aminosides)

C - ENTEROCOQUE FAECIUM : en absence de haut niveau de résistance à la Gentamycine

Vancomycine 6 semaines + Gentamycine 2 semaines (sur valve native, ou sur valve prothétique)

D - STAPHYLOCOQUES (dorés et non dorés)

1 - Sur valve native souche méticilline sensible :

Cefazoline 80-100 mg/kg/j en perfusion continue (à privilégier si infection méningée, pour sa diffusion)

Ou Oxacilline ou Cloxacilline 12 g par j et 4 à 6 perfusions par jour

Allergie non grave aux pénicillines : Cefazoline

Contre indication aux bêta lactamines ;

Daptomycine IV 10 mg/kg/j en une injection par j + Fosfomycine 2 g 4 fois par j IV - Association tant que la bactériémie persiste et maximum 7 j après la première hémocultures négative.

Durée de traitement :

Cœur gauche :

4 semaines si apyrexie rapide et négativation des hémocultures à j3

6 semaines sinon

Cœur droit :

2 semaines si apyrexie rapide et négativation des hémocultures à j3

4 semaines sinon

2- Sur valve native souche métirésistante :

Daptomycine IV 10 mg/kg/j en une injection par j + Ceftaroline 600 mg 3 fois par j IV

Durée de l'association : tant que la bactériémie persiste et pour un maximum de 7 j après la première hémoculture négative.

Alternative en cas d'allergie aux bêta-lactamines : Daptomycine IV 10 mg/kg/j + Fosfomycine IV 2 g 4 fois par j. Association tant que la bactériémie persiste et maximum 7 j après la première hémocultures négative.

Allergie précoce ou retardée non sévère aux pénicillines ou allergie aux céphalosprines :

[Daptomycine IV 10 mg/kg/j + Fosfomycine IV 2 g 4 fois par j] ou Vancomycine si CMI Vancomycine $\leq$ 1 mg/l.

Association tant que la bactériémie persiste et maximum 7 j après la première hémocultures négative.

Posologies Vancomycine : perfusion continue sur 24 h avec dose de charge 20-30 mg/kg sur 1 à 2 h.

Concentration cible : 20-25mg/l

Durée de traitement : idem valve native souche méti sensible = cf ci dessus

3-Sur valve prothétique, souche méticilline sensible : 6 semaines à partir de la première hémoculture négative ou du jour de la chirurgie lorsque la culture de valve est positive (jamais moins de 14 j post opératoire)

[Oxacilline ou Cloxacilline 200 mg/kg/j en 6 injections par j IV ou Cefazoline 80-100 mg/kg/j en perfusion continue] 6 semaines + Rifampicine 900 mg/j si poids < 70 kg ou 1200 mg/j si poids > 70 kg (IV ou Per Os) 6 semaines.

La rifadine doit être démarrée lorsque les hémocultures sont stériles depuis plus de 48 h.

Sursoir à la rifadine en cas d'indication d'anticoagulation qui ne peut être réalisée par HBPM (ex : valve mécanique) ou d'interactions avec traitements devant être poursuivis (tacrolimus, chimiothérapie, ...).

L'ajout de la Gentalline est optionnelle en cas d'utilisation d'une bêta lactamine.

Allergie vraie à la pénicilline ou allergie croisée connue avec les céphalosporines :

Daptomycine 10 mg/kg/j IV une fois par j 6 semaines + Gentamicine 3 mg/kg/j IV en une injection puis lorsque les hémocultures sont stériles depuis plus de 48h + Daptomycine + Rifampicine 600 mg/j si poids < 70 kg ou 900 mg/j si poids > 70 kg (IV ou Per Os) 6 semaines

4-Sur valve prothétique, souche métirésistante : 6 semaines à partir de la première hémoculture négative ou du jour de la chirurgie lorsque la culture de valve est positive (jamais moins de 14 j post opératoire)

Daptomycine 10 mg/kg/j IV une fois par j 6 semaines + Gentamicine 3 mg/kg/j IV en une injection puis lorsque les hémocultures sont stériles depuis plus de 48h : Daptomycine + Rifampicine 600 mg/j si poids < 70 kg ou 900 mg/j si poids > 70 kg (IV ou Per Os) 6 semaines

E- TRAITEMENT EMPIRIQUE INITIAL EN CAS DE SIGNES DE GRAVITE

Indications : évolution aigue < 7 j avec progression rapide des symptômes ; sepsis, végétation > 10 mm, et avant chirurgie valvulaire si celle-ci est urgente

1-Endocardite sur valve native, ou sur valve prothétique posée depuis plus de 1 an :

Amoxicilline 200 mg/kg/j IV + Céfazoline 100 mg/kg/j

+ Gentamicine 5 mg/kg/j en cas de sepsis

Allergie aux bêtalactamines : Vancomycine 30 mg/kg/j IV perfusion continue après dose de charge

2-Endocardite sur valve prothétique posée depuis moins de 1an, ou endocardite nosocomiale :

Daptomycine 12 mg/kg/j IV + Cefepime IV 2 g 3 fois/j + Gentamicine 5 mg/kg/j IV en cas de sepsis

Adaptation dès que possible aux résultats microbiologiques

F- ENDOCARDITE A HEMOCULTURES NEGATIVES

Incubation prolongée d'au moins 14 j pour les hémocultures, sérologie fièvre Q et bartonnella, PCR salivaire, fécale et sanguine pour T whipplei, ARN 16 S sur valve si chirurgie

Antibiothérapie : similaire à celle recommandée avant identification microbiologique (cf antibiothérapie empirique) ; discuter ajout de doxycycline en attendant les résultats sérologies pour les germes intra cellulaires).

Brucella :

Doxycycline 100 mg X 2/j + Cotrimoxazole 800/160 mg X 2/j + Rifampicine (10 mg/kg/j) 3 à 6 mois, PO

Objectif : titre d'anticorps < 60.

Coxiella burnetti (fièvre Q) :

Doxycycline 100 mg X 2/j + Hydroxychloroquine 600 mg/j PO au moins 18 mois, PO

Bartonella :

[Ceftriaxone 2 g/j ou Amoxicilline 200 mg/kg/j ou Doxycycline 100 mg X 2/j PO] 6 semaines + Gentamicine 3 mg/kg/j IV 3 semaines

Tropheryma whipplei (PCR salive, sang, selles:

Doxycycline 100 mg X 2/j + Hydroxychloroquine 600 mg/j PO au moins 12 mois, PO

Mycoplasme spp :

Levofloxacin 500 mg X 2 par j au moins 6 mois, PO

Legionella spp :

[Levofloxacin 500 mgX2/j au moins 6 semaines ou Clarythromycine 500 mg X 2/j IV 2 semaines puis PO] 4 semaines, + Rifampicine 300-1200 mg/j

G - ENDOCARDITES A BGN

Valve native : 4 semaines

Germe HACEK : Ceftriaxone

Autre BGN : Ceftriaxone ou [Amoxicilline + Gentamicine 2 semaines] selon antibiogramme

Relai oral à discuter : Ciprofloxacine

Valve prothétique : 6 semaines

Germe HACEK : Ceftriaxone

Autre BGN : Ceftriaxone ou [Amoxicilline + Gentamicine 2 semaines] selon antibiogramme

Relai oral à discuter : Ciprofloxacine

H - ENDOCARDITES FONGIQUES : avis expert recommandé (pour molécules, relai oral, et durée)

C albicans : Echinocandine, ou Ampho B liposomale +/- Flucytosine

Relai oral selon avis d'expert : Fluconazole

FICHES POSOLOGIES

1/ Voie intra veineuses :

Amoxicilline : 100 à 200 mg/kg/j IV en 6 injections par j ou en continu +

Ceftriaxone : 2 g/j (strepto) à 2 g X 2/j (entérocoque)

Cefazoline : 100 mg/kg/j (si posologies > 6 g/j : doser)

Ceftaroline : 600 mg X 3 /j

Daptomycine : 12 mg/kg/j IV une fois par j

Fosfomycine : 2 g 4 fois par j IV

Cefepime : 2 g 3 fois par j

Vancomycine : perfusion continue 30 mg/kg/j - dose de charge 20-30 mg/kg sur 1 à 2h - Concentration cible : 20-25mg/l

Gentamycine : 3 mg/kg/j - Résiduelle attendue : < 0.5 mg/l

Dalbavancine 1500 mg J0 J7 pour 6 semaines de traitement ; 1500 mg J0 et J7 et dosage entre J28 et J35 avec une réinjection selon résiduelle si traitement de 12 semaines

Si taux < 8 : ré injection J43 ; si taux > 8 : re doser

Rifampicine : 900 mg/j en une prise (600 mg/j si poids < 70 kg)

Vigilances

Prévention de la cristallurie à l'amoxicilline :

Dose maximale : 200 mg/kg/j - Maximum 12 g/j

Maximum 2 g par perfusion, dans un flacon de 100 ml

Temps de perfusion minimum de 20 minutes, idéalement 1 h, ou en continu avec une pompe à perfusion

Cibler un pH urinaire > 7 à l'aide de bandelettes, une fois par j.

Hydratation correcte du patient.

La survenue d'un épisode de cristallurie n'est pas une contre indication à l'utilisation ultérieure d'amoxicilline.

Daptomycine : arrêt statines, hyperéosinophilie, CPK, myalgies, pneumopathie à éosinophiles

En cas de bactériémie persistante sous daptomycine : surveiller le CMI du staphylocoque à la Daptomycine

Fosfomycine : insuffisance cardiaque, rénale, nausées, apport de Na, risque d'hypokaliémie, hyperéosinophilie, thrombophlébite sur cathéter

Vancomycine : thrombose, néphrotoxicité, red skin syndrome (passage lentement, ou mieux en perfusion continue - dosages attendus 20-25 mg/l)

Gentamycine : néphrotoxicité (résiduel < 0.5 mg/l)

Rifampicine : interactions, nausées, éruption cutanée, atteinte hépatique, insuffisance rénale, hématotoxicité, urines oranges, coloration définitive des verres de contact

2/ Relai oral :

Après au moins 10 j de traitement IV efficace et au moins 7 j après une chirurgie valvulaire chez les patients stables.

Endocardites à streptocoques : apyrexie > 48h, CRP < 25% de la valeur maximale ou < 20, GB < 15 000/mm³, ETO récente sans critère d'indication de chirurgie (notamment abcès), aucun facteur de risque de sous dosage (IMC < 40 kg/m² et pas de malabsorption digestive).

En attente de RODEO pour utiliser l'amoxicilline en monothérapie (strepto/entérocoque) et pour envisager un relai oral dans les endocardites à SAMS ou SARM.

Contres indications au relai oral : germe difficile à traiter, cirrhose, (Child B ou C), embols cérébraux, abcès extra cardiaques non traités, complications valvulaires cardiaques ou autres affections graves nécessitant une intervention chirurgicale, complications post opératoires graves et endocardite sur usage de drogues intra veineuses.

Streptocoque : amoxicilline + rifadine ou amoxicilline + moxifloxacine (alternatives : amoxicilline seule)

Enterocoque fécalis : Amoxicilline + Moxifloxacine (alternative : amoxicilline seule, à valider, en attente des résultats de RODEO)

Staphylocoque : Levofloxacine + Rifadine

HACEK, BGN, Pseudomonas aeruginosa : Ciprofloxacine

Voie orale	Poids ≤ 70 kg	Poids > 70 kg
Amoxicilline	1,5 g 3 fois par j	2 g 3 fois par j
Rifampicine	600 mg par j	900 mg par j
Moxifloxacine	400 mg/j	400 mg/j
Levofloxacine	500 mg/j	750 mg/j
Ciprofloxacine	750 mg/j	750 mg 2 fois par j
Cotrimoxazole	1600/320 3 fois par j	1600/320 3 fois par j

Imagerie :

Si suspicion : ETT systématique ; si ETT négative, et forte suspicion, ou matériel intra cardiaque, ou patient peu échogène : compléter par ETO

Si forte suspicion et ETT et ETO négatives : Angioscanner cardiaque +/- TEP (18-FDG)(sur valve prothétique > native) - valve prothétique fixe un an après la pose.

Si ETT positive : ETO systématique (sauf endocardite sur cœur droit sur valve native)

Bilan des complications : IRM cérébrale, Scanner thoracoabdominopelvien, ou Petscan

Prophylaxie :

Indications : ATCD d'endocardite, prothèse valvulaire, TAVI, clip valvulaire, cardiopathie congénitale cyanogène non opérée, ou traitée avec matériel prothétique jusqu'à 6 mois après réparation ou à vie si shunt résiduel, assistance ventriculaire

Procédures bucco dentaires à risque : cf HAS 2024

www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202404/_reco_pec_dentaire_am_mel.pdf

Procédures autres que bucco dentaires : aucune indication (contrairement aux recommandations ESC 2023)

Modalités : dans l'heure précédent le geste, en prise unique

Amoxicilline IV ou per os 2 g (enfant 50 mg/kg)

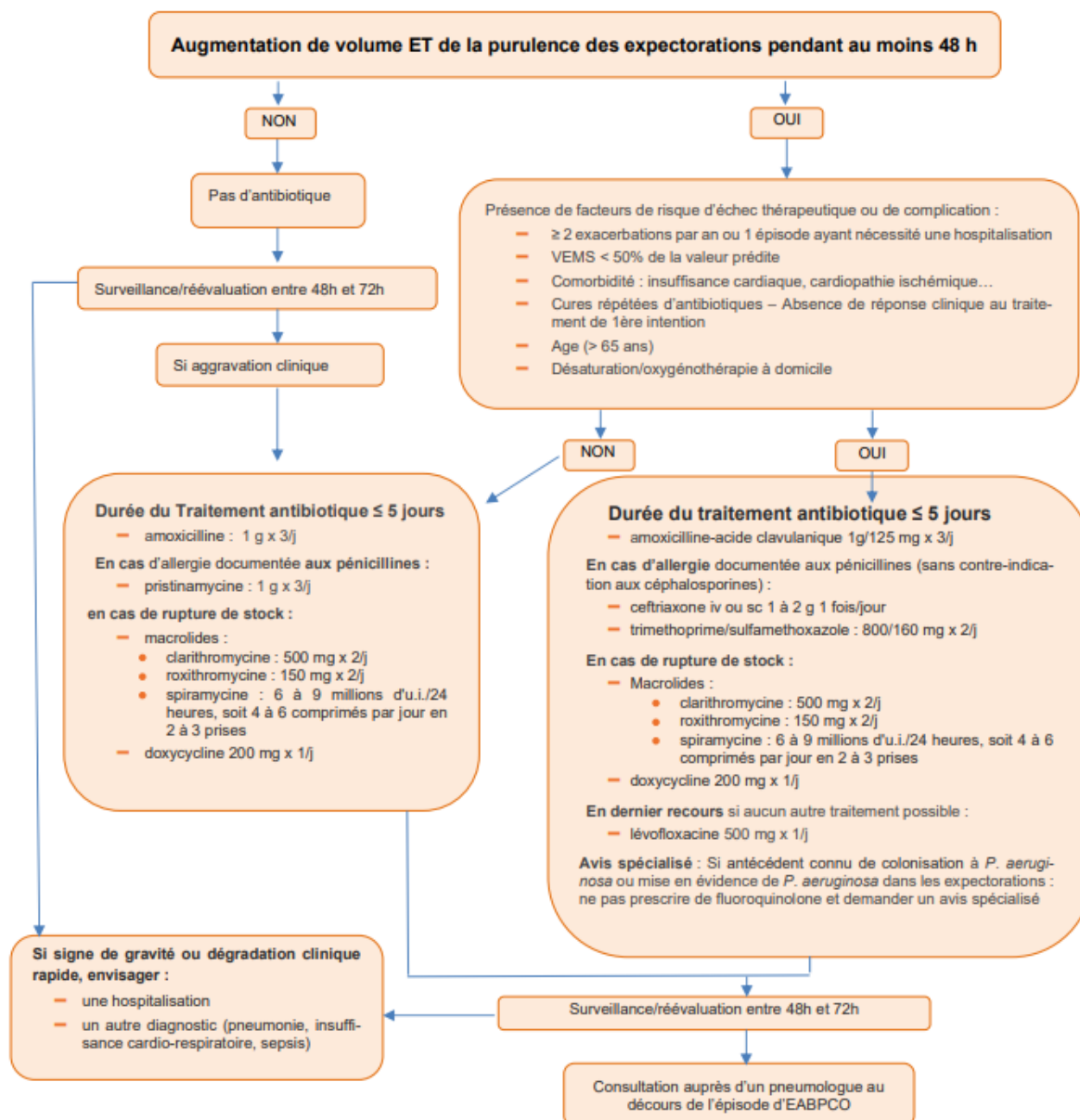
Allergie Pénicilline : azithromycine 500 mg ou pristinamycine 1 g ou cefazoline IV 1 g

Si allergie aux céphalosporines ou contre indication à toutes les bêta lactamines : vancomycine 15 mg/kg (2 g maximum)

6- Infections pulmonaires

Exacerbation de BPCO

Chez un patient atteint de BPCO, une exacerbation est un évènement caractérisé par une augmentation de la dyspnée et/ou de la toux et des expectorations persistant au-delà de 24 heures qui peuvent s'accompagner d'une tachypnée et/ou d'une tachycardie⁹.



Pneumopathie communautaire :

Examens étiologiques :

- Imagerie pulmonaire : radiographie ou écho en 1^{ère} intention (écho si IRA)/scanner en 2^{ème} intention
 - Avant antibiothérapie : hémocultures, ECBC si possible (crachats et acheminement rapide au labo)
 - antigénurie légionelle si pneumopathie grave ou contexte épidémiologique
 - PCR covid, grippe A/B, VRS, Mycoplasme selon contexte
 - Voie : Per os si le patient peut prendre les comprimés, IV sinon.
-
- Pneumonie grave : Hémissuccinate d'hydrocortisone 200 mg par j 4-8 j selon évolution clinique
 - Stabilité à J3 : arrêt des antibiotiques - Sinon : durée = 5 jours

Critères de gravité : 1 critère majeur ou 3 critères mineurs

Critères majeurs :

- Choc septique nécessitant des amines
- Ventilation mécanique

Critères mineurs :

- FR ≥ 30 /min
- PaO₂/FiO₂ ≤ 250 (3 l/mn)
- Infiltrats multilobaires (≥ 2)
- Confusion, désorientation
- Urée ≥ 20 mg/dl ou leucocytes < 4000 ou plq < 100000
- T° $< 36^\circ$
- Hypotension nécessitant une expansion volémique

Durée :

- Pneumopathie non grave avec critères de stabilité à J3 : 3 jours
- Pneumopathie non graves avec critères de stabilité J3-J5 : 5 jours
- Autre : 7 jours

Critères de stabilités : Température $\leq 37^\circ\text{C}$, TAS ≥ 90 mmHg, FC ≤ 100 bpm, FR ≤ 24 /mn, SpO₂ ≥ 90 %
AA ou PaO₂ ≥ 60 mmHg AA

	Molécules	Posologie	Allergie/ alternative	Posologies
Pas de critère de gravité				
Pneumopathie franche lobaire aigue sans comorbidités*	Amoxicilline	1g x 3/j	C3G cefotaxime	1 g x 3/j
Pneumopathie franche lobaire aigue avec comorbidités*	Amoxicilline acide clavulanique Clavulanique	1 g x 3/j	ou ceftriaxone	1g/j
Pneumopathie d'inhalation				
Pneumopathie avec contexte de co-infection virale respiratoire				
Tableau évocateur de bactérie atypique	Macrolides seuls Clarythromycine	500 mg x 2/j	Si CI macrolides : levofloxacin	500 mg/j
Réévaluation à 48h-72 h	Ajout ou relais macrolide			
Légionellose**	Azythromycine	250 mg x 2/ j 5 j Immunodéprimé : 10 j	Si forme grave ou CI macrolides : levofloxacin	500 mg/j 14 j Immunodéprimé : 21 j
Mycoplasma pneumoniae	Clarythromycine	500 mg x 2/ j	doxycycline Si CI macrolides et cyclines : levofloxacin	200 mg/j
Pneumopathie d'inhalation	Amoxicilline acide clavulanique	1 g 3 fois par j	Ceftriaxone	1 g/j
Critères de gravité				
Initiale	C3G parentérales + macrolides	[Cefotaxime 80- 100 mg/kg/j ou ceftriaxone 2 g/j] + clarythro 500 mg x 2/ j	Lévoﬂoxacin (si allergie grave aux Bétalactamines)	500 mg à 1 g/j
Désescalade		Dès que possible sur documentation et évolution clinique		

*Comorbidités : hospitalisation depuis moins de 6 mois, antibiothérapie dans le mois précédent, alcoolisme chronique, troubles de la déglutition, maladie neurodégénérative avec risque de fausses routes, néoplasie active, immunodépression dont corticoïdes > 10 mg/ jour, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance cardiaque congestive, insuffisance hépatique, insuffisance rénale chronique (DFG < 60 ml/mn)

** Déclaration obligatoire

Abcès pulmonaire :

- Céﬂotaxime 2 g 3 fois par j IV + Metronidazole 500 mg 3 fois par j IV puis per os
- Adaptation secondaire aux résultats microbiologiques - Discuter drainage avec radiologues.
- Durée : 21 j

7 – Infections ORL

Points clefs :

La plupart des infections ORL sont virales et ne nécessitent ni antibiotiques ni corticoides.

La sinusite chronique est définie par la survenue de 3 épisodes dans l'année.

Traitements hors antibiothérapie dans les sinusites :

- les soins locaux sont FONDAMENTAUX pour la guérison (lavages +++)
- les anti-inflammatoires stéroïdiens en cure courte (prednisone 1 mg/kg/j 5 à 7 jours) peuvent être discutés pour les sinusites hyperalgiques
- Pas d'intérêt des AINS locaux ou po et des corticoïdes locaux
- Le traitement de la cause est essentiel : évoquer une origine dentaire sur une sinusite fétide unilatérale (anaérobies)

Pas d'indication aux AINS ni aux corticoïdes dans les OMA

Pour traiter le pneumocoque de sensibilité intermédiaire ou diminuée à la pénicilline : amoxicilline à forte dose (150 mg/kg/j) pendant 8 jours ou ceftriaxone 50 mg/kg/j pendant 3 jours.

Diagnostic	Etiologie bactérienne	Examens	Antibiothérapie				
			Molécule	Posologie journalière	Voie	Durée	Alternative (allergie/intolérance)
Angine	<i>Strepto phémolytique du groupe A</i>	Streptotest	Amoxicilline	1 g x 2	PO	6 j	Azithromycine 500 mg /j 3 j
Sinusite aiguë ou poussée de sinusite chronique	<i>Haemophilus influenza</i> (35%) <i>Streptocoque pneumoniae</i> (20%) <i>Moxarella catarrhalis</i> (10%) <i>Staphylocoque aureus</i> (rare) Anaérobies (foyer dentaire ou sinusite chronique) Association de 2 germes (15%) (<i>Streptocoque pneumoniae</i> et <i>Haemophilus</i>)	Prélèvement bactériologique si - échappement thérapeutique - récurrence précoce - sinusite nosocomiale - sinusite compliquée	<u>Maxillaires :</u> Si signes évocateurs d'infection bactérienne ou fièvre > 3 j Amoxicilline	1 g X 3	PO	7 j	Pristinamycine 1 g x 2/ j 4 j
			<u>Frontales, éthmoïdales, sphénoïdale :</u> Amoxicilline + Acide clav	1 g x 3	PO	7 j	Levofloxacin 500 mg/j 7 j
OMA Purulente Enfant	Pneumocoque <i>Haemophilus</i> <i>Moxarella catarrhalis</i>	Prélèvement bactériologique si - échec clinique d'une 1 ^{ère} ligne - récurrence précoce	Amoxicilline	80-100 mg/kg en 3 prises	PO	< 2 ans : 10 j > 2 ans : 5 j	Cefpodoxime proxetil 8 mg/kg Ou Cotrimoxazole = 30 mg/kgSMX 6 mg/kgTMP
OMA Purulente Adulte	Pneumocoque <i>Haemophilus</i> <i>Moxarella catarrhalis</i>	Prélèvement bactériologique si - échec clinique d'une 1 ^{ère} ligne - récurrence précoce	Amoxicilline	1 g x 3	PO	5 j	Cotrimoxazole 800/160 1 cp 2 X/j 5 j

Infections cervicales profondes d'origine pharyngée (recommandations de la Société Française d'ORL, 2024) – chez l'adulte :

Adénite :

Cibles bactériologiques : Strepto A, Staph aureus

Antibiothérapie probabiliste : amoxicilline – acide clavulanique

En cas de mauvaise évolution : avis infectiologique

Alternative : en cas d'allergie : cefazoline IV

Alternatives en cas de réaction anaphylactique aux bêta-lactamines ou allergie connue croisée avec les céphalosporines : clindamycine ou linezolid

Relai en fonction de la documentation microbiologique : Strepto A : amoxicilline, ; alternative : clindamycine

Staph aureus méti-sensible : cefalexine, ou clindamycine, ou cotrimoxazole.

Durée : 7 j

Abcès pharyngé ou rétropharyngé – Abcès péri amygdalien :

Cibles bactériologiques : Strepto A, strepto millieri, autres streptocoques, Staph aureus, Fusobacterium, Prevotella, Peptococcus, Bacteroides, Porphyromonas, Finegoldia

Antibiothérapie probabiliste : Amoxicilline – Acide clavulanique

Alternative : Cefazoline IV + Métronidazole

Alternative en cas de réaction anaphylactique ou d'allergie connue croisée avec les céphalosporines : linezolid

En cas de choc septique : une dose unique de gentamycine

Relai en fonction de la documentation microbiologique dans cet ordre : : Amoxicilline + acide clavulanique, ou clindamycine, ou linezolid

Relai oral possible dès évolution clinique favorable

Durée : 10 jours (7 j si drainage)

Cellulite cervicale profonde extensive – Médiastinite nécrosante descendante :

Cibles bactériologiques : Strepto A, Strepto millieri, Strepto constellatus, intermedius, agalactiae, mitis, Staph aureus, Strepto pneumoniae, Fusobacterium, Prevotella, Peptococcus, Peptostreptococcus, Bacteroides.

Antibiothérapie probabiliste : amoxicilline acide clavulanique ou [cefotaxime/ceftriaxone + metronidazole] ; +/- clindamycine si évolution rapide/signes toxiques : rash, troubles digestifs, confusion, hypotension

Adjonction d'une dose unique de gentamycine en cas de choc septique.

Alternative : allergie pénicilline : cefotaxime/ceftriaxone + metronidazole ; en cas de réaction anaphylactique ou d'allergie croisée connue avec les céphalosporines : méropénème ; ou lévofloxacine linezolid

Relai : fonction des documentations ; conserver couverture anti anaérobies ; relai oral possible dès prise per os possible.

Durée : 14 j après la chirurgie

Fiche posologie infection cervicales profondes :

Amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique (IV 1g/200mg ou 2g/200 mg ; per os 1g/125 mg) :

Adénite : 80 mg/kg/j IV (perfusions de 30 à 60 minutes/4h) ou 80 mg/kg/j per os en 3 à 4 prises de 2 à 3 g

Abcès péripharyngé ou rétropharyngé, cellulite, abcès péri amygdalien, cellulite : 100 mg/kg/j IV (perfusions de 30 à 60 minutes/4h) ou 100 mg/kg/j per os en 3 à 4 prises de 2 à 3 g

Au delà de 12g/j IV : perfusion continue + dosage ; au delà de 9 g/j PO : dosages

Cefazoline : 100 mg/kg/j en 3 injections par j (perfusion de 60 minutes) ; dosages si > 6 g/j

Cefalexine : 2 gX3/j

Ceftriaxone : 35 mg/kg/j en une à 2 perfusions de 2 g maximum

Cefotaxime : 100 mg/kg/j en 3-4 perfusions de 2 g prolongées sur 4 h

Méropénème : 2 g toutes les 8h (perfusions de 4h)

Linézolide : 600 mgX2/j (IV ou PO)

Clindamycine : IVL ou per os

Poids < 70 kg : 600 mg X3 /j

Poids >= 70 kg : 900 mg X3/j

Métronidazole IV ou PO : 500 mlg X3/j

Levofloxacin IV ou PO : 500 mg /j (tjs Per Os si voie orale possible)

Cotrimoxazole IV ou PO Sulfaméthoxazole triméthoprime 800/160 : 1 X2/j

Gentamycine : 6-7 mg/kg en une fois, un jour

8 - Infections de la peau et des tissus mous

Référentiel : HAS/SPLIF 2024 <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html> (onglet infections cutanéomuqueuses, 6^{ème} onglet)

Point fort : la durée maximale de l'antibiothérapie pour ce chapitre est de 7 j.

La colonisation des plaies cutanées est en phénomène normal.

Le prélèvement cutané superficiel indique une éventuelle colonisation par une bactérie multi résistante (BMR) et n'a d'autre indication que la mise en place de précautions complémentaires d'hygiène de type contact.

1 - Dermo hypodermite bactérienne (Ex « érysipèle ») :

Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises par j 7 j.

Allergie : Pristinamycine 1 g 3 fois par j ou Clindamycine 600 mg 3 fois par j (Poids > 100 kg : 600 mg 4 fois par j) 7 j.

Repos, surélévation du membre atteint, contention veineuse dès amélioration de la douleur, traitement d'un intertrigo, rappel antitétanique (25 ans, 45 ans, 65 ans, puis tous les 10 ans) ; règles hygiéno-diététiques

Discussion antibioprophylaxie si au moins 2 épisodes en un an et FDR non contrôlables : Extencilline 2.4 millions d'unités/2 à 4 semaines IM, ou Oracilline 1 à 2 millions d'unités par j (selon poids) ; en cas d'allergie à la pénicilline : Azythromycine 250 mg par j.

Proscrire AINS, corticoïdes, antibiothérapie locale.

L'évolution défavorable est clinique marquée par l'extension des lésions (repérée au feutre) après 72 h de traitement bien pris : relai possible soit par amoxicilline acide clavulanique 50 mg/kg/j + clindamycine 600 mg 3 fois par j (4 fois par j si poids > 100 kg), soit linezolide 600 mg 2 fois par j.

2 - Furoncle compliqué :

Pas d'antibiothérapie pour les furoncles simples.

Pour les furoncles compliqués : prélèvement microbiologique avant antibiothérapie, puis clindamycine 600 mg 3 fois par j (4 fois par jour si poids > 100 kg) pendant 5 j ou pristinaamycine 1 g 3 fois par j 5 jours.

Ou amoxicilline acide clavulanique 1 g 3 fois par j 5 j.

Changement du linge ; toilette à l'eau et au savon tous les j ; enfants : avis pédiatriques car formes abcédées fréquentes.

3 - Furonculose :

Répétition de plusieurs furoncles (sur des mois voire des années).

Prélèvement à l'aiguille d'un furoncle avant traitement.

Faire dépistage de portage de *Staphylococcus aureus* (nez-gorge-anus-périnée) seulement après échec d'une première décolonisation par mupirocine.

Poussée : clindamycine 600 mg 3 fois par j 7 jours (600 mg 4 fois par j si poids > 100 kg) ou pristinaamycine 1 g 3 fois par j 7 jours ; pansement sur les lésions ; douches antiseptiques avec solution moussante de chlorhexidine comme savon et comme shampoing une fois par j pendant 7 jours.

Après guérison de la poussée : décolonisation des gîtes bactériens du patient et de son entourage (personnes vivant sous le même toit et personnes en contact proche).

Protocole de décolonisation :

Mupirocine : Equivalent d'une lentille : 1 application 2 fois par j 7 j dans chaque narine, au niveau des 2 oreilles, Masser les ailes du nez après application ; idem ombilic (selon les sites atteints) - A faire tous les mois pendant 3 mois.

En cas d'indication avant chirurgie : à faire à partir de 7 j avant la date d'intervention

Chlorhexidine 0.12% bain de bouche

1 bain de bouche matin et soir pendant 7 j, tous les mois pendant 3 mois.

Bain de bouche après le brossage des dents, avec gargarismes de fond de gorge ; en recrachant le produit

Chlorhexidine solution moussante à utiliser comme savon et comme shampoing une fois par j 5 jours en insistant sur les aisselles et les plis inguinaux. Faire 2 à 3 shampoings complets sur les 5 jours. Et faire une douche par jour avec ce produit.

Commencer par le shampoing puis laver de haut en bas ; 10 ml pour les cheveux, 10 ml pour les bras, le tronc, et l'abdomen, 10 ml pour le périnée ; à refaire tous les mois pendant 3 mois.

Temps de contact avec le produit avant rinçage : 3 minutes minimum

Chlorhexidine alcoolique : tamponner sur toute nouvelle lésion évocatrice de folliculite (point blanc) en cas de nouvelle poussée.

Hygiène :

Mains : lavage des mains régulier au savon et être allé aux toilettes, après avoir toussé, éternué, avant de préparer les repas, avant et après les repas. Vous pouvez utiliser une solution de gel hydro alcoolique.

Ongles : coupe régulière et brossage sous unguéal

Sport : changer régulièrement les sous-vêtements sportifs, ne pas utiliser tissu humide

Ménage : nettoyage régulier de la maison en utilisant si possible un désinfectant comme eau javel 1% sur surfaces lavables.

Draps : changer les draps après la première décontamination puis si possible deux fois dans la semaine qui suit.

Vêtements propres, changement du linge de toilettes 2 fois par semaine, pas de partage du linge

Linge : ne pas partager les serviettes, draps et vêtements.

Change : changement de sous vêtements tous les jours, de literie régulièrement.

Lessive : une température de lavage >60° élimine tout risque de contamination.

Vaisselle : aucune consigne particulière

4 - ABCES CUTANES :

Prélèvement microbiologique du pus de l'abcès

Incision/Drainage et extraction de la coque

Clindamycine 600 mg 3 fois par j (600 mg 4 fois par j si poids > 100 kg) ou pristinamycine 1 g 3 fois par j 5 j.

Ou amoxicilline acide clavulanique 1 g 3 fois par j 5 j

En hospitalisation : traitement IV si forme grave : oxacilline ou cloxacilline IV 6-12 g/j, ou cefazoline 3-6 g par j

5 - IMPETIGO SIMPLE :

Mupirocine 3 fois par jour pendant 5 jours ; pas d'antiseptiques locaux

Nettoyage à l'eau et au savon 2 fois par j puis rinçage soigneux

En l'absence de pansement : éviction de collectivité pendant 3 j après le début du traitement

6 - IMPETIGO GRAVE :

Adulte : Amoxicilline-Acide clavulanique 1 g 3 fois par j 7 j ou Pristinamycine 1 g 3 fois par j 7 j jours ou Cefalexine 1 g 3 fois par j à réévaluer en fonction des résultats microbiologiques 7 jours

Enfant : Amoxicilline - Acide clavulanique 80 mg kg j ou céfadroxil 100 mg kg j ; 7 jours ; allergie aux bêta lactamines : josamycine 50 mg kg j ; à réévaluer en fonction des résultats microbiologiques

Mesures complémentaires : vaseline 2 fois par j après soins de toilette, pas d'antibiothérapie locale, pas de prise en compte du SARM en première intention

7 - CELLULITE CERVICO FACIALE :

Amoxicilline acide clavulanique 100 mg kg j ; scanner ; avis chirurgical ; allergie pénicillines : Ceftriaxone - Metronidazole

8 - FASCIITE NECROSANTE :

Tazocilline 4 g 3 fois par j IV ou à la seringue électrique + Gentalline 3 mg kg j (si créatinine normale) ; scanner ; avis chirurgical

9- STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE :

Communautaire : Oxacilline 100 mg kg j IV + Gentamycine 3 mg kg j IV si créatinine normale ; scanner

Associée aux soins : Daptomycine 10 mg kg j IV ou Linezolid 600 mg 2 fois par j IV

10- MORSURE DE CHIEN :

Amoxicilline acide clavulanique 50 mg kg j en 3 prises par j 5 jours

Allergie : clindamycine 600 mg 3 fois par j (4 fois par j si poids > 100 kg) ou pristinamycine 1 g 3 fois par j 5 jours

Rappel antitétanique si patient pas à jour

11 - PIED DIABETIQUE : Le pied diabétique infecté peut être associé à une ostéite et requiert un avis spécialisé : des prélèvements bactériologiques profonds doivent précéder le traitement, sauf en cas d'urgence. En cas d'infection limitée au tissu sous-cutané, il y a 3 méthodes possibles de prélèvement profond : le curetage-écouvillonnage profond de l'ulcère, la biopsie tissulaire, et l'aspiration à l'aiguille fine. L'écouvillonnage superficiel de la plaie n'est pas adapté à la mise en évidence des bactéries responsables de l'infection.

Recommandations de prise en charge du pied diabétique infecté 2023 SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Onglet Infections ostéo-articulaires (7^{ème} onglet en partant du haut)

12 - GALE :

Les symptômes peuvent durer jusqu'à 6 semaines après le traitement : en informer le patient.

1 - Traitement général : Ivermectine : une prise à jeun (2h avant ou 2h après un repas), à répéter à J8

51-65 kg : 4 cp ; 66-79 kg : 5 cp ; > 80 kg : 6 cp

Le traitement est efficace après 8h

2 - Traitement local :

Perméthrine topique 5% crème : TOPISCAB

Sur l'ensemble des lésions cutanées, appliquer également sur le cuir chevelu et sous les ongles à répéter à 8 j, avec pinceau plat si besoin, application pendant 8h au moins, par exemple la nuit ; éviter de se laver pendant ce laps de temps. 7.5 g de crème environ soit 2 noisettes pour toute la surface corporelle.

3- Traitement du prurit :

Emollients +/- antihistaminiques

Emollient anti prurigineux : Glycérole d'amidon codexial 35 g ou codexial cold crem fluid 300 ml : prescription à but thérapeutique remboursée en l'absence de spécialités équivalentes disponibles.

A appliquer tous les matins sur l'ensemble du corps, pendant un mois en cas de persistance des démangeaisons.

4 - Traitement literie, vêtements : gants et tablier si la décontamination est réalisée par une personne non infectée :

Draps, linges de toilette, serviettes, et pyjama, des chaussures et des gants : lavage à 60°C, soit par isolement pendant 4 j dans un sac hermétiquement fermé.

Mettre des nouveaux draps, linges de toilette, et pyjama

8h après la prise des comprimés, changer de nouveau le linge de lit, le linge de toilettes, les serviettes, le pyjama, et les retraiter, soit par lavage à 60°C, soit par isolement pendant 4 j dans un sac hermétiquement fermé.

Surfaces non lavables en contact avec la peau : sièges automobiles, canapé, tapis, poussette, casque de motos/vélos, coussins,... : APAR ou ASCAFLASH Spray ou ENVIROSCAB en spray

Les démangeaisons liées à la gale ne disparaîtront pas avant plusieurs semaines ; si vous avez bien suivi le protocole, il n'y a pas lieu de vous inquiéter ou de reconsulter avant 6 semaines en cas de persistance des démangeaisons.

5 - Arrêt de travail, éviction scolaire : dans les 24 h qui suivent le traitement

6- Traitement de l'entourage :

Traitement des cas contacts identique au traitement du cas index

Cas contact = jusqu'à 2 mois avant le diagnostic

Pas d'indication au traitement des animaux de compagnie (sauf gale animale)

Gale résistante ou hyperkératosique :

Ivermectine mêmes posologies J1 J2 J8 J9 J15

TOPISCAB : une application une fois par j pendant 7 j puis 2 fois par semaine pendant 15 j, à appliquer sur l'ensemble du corps.

Reste du traitement inchangé.

9- Infections ostéo-articulaires (IOA)

Diagnostic		Étiologie microbienne	Examens	Traitement probabiliste après réalisation des prélèvements à visée bactériologique	Durée	Alternatives
Arthrite septique aiguë Articulation native		<i>Staphylococcus aureus</i> , streptocoques, entérobactéries	Urgence : Ponction articulaire , avis orthopédie radiographies hémocultures , CRP	NON sauf intolérance/ bactériémie Avis SMIT <70 ans CEFAZOLINE 2gX3/ j >70 ans : CEFTRIAXONE dose adaptée au poids +/- GENTAMICINE 6-7 mg/kg/j IV	Relais ATB selon ATBG. Durée de traitement total : 4-6 semaines. Avis SMIT	Avis SMIT 1 62 12
Arthrite sur morsure/plaie, phlegmon (infection tissus mous associée)		Pasteurelle ++, <i>S.aureus</i> , Streptocoques, Anaérobies	Idem ci-dessus	OUI Amoxicilline-acide clavulanique 150-200 mg/kg/j IV +/- Genta 6-7mg/kg/j IV + lavage chirurgical, immobilisation	Durée de traitement total : 4-6 semaines. Avis SMIT	CLINDAMYCINE 600mg X3+ DOXYCYLINE 100mgX2
Spondylodiscite		<i>S.aureus</i> , Streptocoques, Entérocoques, BK	Ponction-biopsie disco vertébrale, hémocultures, CRP. Rx/IRM rachidienne,	NON Avis SMIT immobilisation (avis neurochirurgical)	Relais ATB selon antibiogramme.. Durée de traitement total : 6 semaines. Avis SMIT	
Fracture ouverte avec plaie souillée		Entérobactéries, <i>S.aureus</i> , Anaérobies	Imagerie, avis orthopédique	AMOXICILLINE-AC. CLAVULANIQUE 2gr préopératoire puis 2grx3/j IV Ou CEFAZOLINE 2 g + GENTAMICINE 6-7mg/kg	2 jours post-opératoire en fonction classification Altemeier	Si allergie aux BL : CLINDAMYCINE 900mg IVL + GENTAMICINE 6-7mg/kg
Arthrite sur prothèse	Aiguë : Pose < 1mois	<i>S.aureus</i> , Staphylocoques à coagulase négative, Streptocoques, Entérobactéries, Pyo	Avis ortho référent +++ Urgence chirurgicale lavage changement des pièces mobiles hémocultures, CRP, imagerie,	AVIS SMIT Après le bloc opératoire : DAPTOMYCINE 10mg/kg + CEFTRIAXONE dose adaptée au poids ou TAZOCILLINE 4gX3	Avis SMIT 6 à 12 semaines en fonction du geste opératoire	Avis SMIT
	Non aiguë Pose >1 mois		Avis ortho référent Ponction au bloc Fenêtre ATB de 14 j hémocultures, CRP, imagerie	NON Avis SMIT	Avis SMIT 6 à 12 semaines en fonction du geste opératoire	Avis SMIT
Ostéite chronique		<i>S.aureus</i> , Staphylocoques à coagulase négative, Entérobactéries	Avis chir /SMIT prélèvements chirurgicaux ou radiologie +/- hémocultures, imagerie, Fenêtre ATB 14 j	Non urgente, attente documentation microbiologique et antibiogramme.	Durée 6-12 semaines. Avis SMIT.	

Les IOA sont des urgences diagnostiques. Une documentation bactériologique est indispensable.

Aucun antibiotique avant prélèvement bactériologique excepté les chocs septiques.

1- Prélèvements :

- hémocultures : 4 flacons, 10ml/flacon le minimum si choc septique = hémocultures.
- prélèvements profonds
 - ponction articulaire en chambre sur native, bloc si prothèse,
 - biopsie osseuse (bloc par chirurgien ou radioguidée X 5 bactério et histologique).

2- Imagerie

- a. Radiographies au min

3- Avis chirurgical

- a. Articulation : indication lavage en urgence ?
- b. Présence de prothèse
- c. Présence de matériel

- Ostéites chroniques = jamais d'antibiothérapie probabiliste.

- Fenêtre antibiotique > 15 jours avant réalisation de prélèvements profonds.

- Prélèvements chirurgicaux ou en radiologie interventionnelle

- 5 prélèvements de tissus différents pour la bactériologie, bien identifiés, prélevés avec des instruments différents (infections sur prothèse = prélèvement de tissus d'interface indispensable), placés dans des tubes à billes et
- 1 prélèvement pour anatomopathologie.
- Autres analyses en fonction du contexte (tuberculose, mycose, etc.) : appeler le SMIT (16212).

- RCP infections ostéo-articulaires (orthopédistes, infectiologues, microbiologistes, rééducateurs, HAD) mardis (16h45-18h), au SMIT.

Fiche posologie Infections ostéo-articulaires (valable pour les spondylodiscites aussi)

Levofloxacin :

- Anti BGN : 500 mg/j

- Anti Staphylococcique :

Clairance > 120 ml par minute : 500 mg X2/j

Clairance comprise entre 60 et 120 ml par minute : 750 mg par j

Clairance < 60 ml par minute : 500 mg/j

Ciprofloxacin (*Pseudomonas*) :

Poids < 70 kg : 500 mg X2/j

Poids > 70 kg : 750 mg X2/j

Ceftriaxone :

Poids < 70 kg : 2 g/j

Poids entre 70 et 100 kg : 1,5 g X2/j

Poids > 100 kg : 2 gX2/j

Daptomycin : 10 mg/kg/j ; arrêt des statines ; surveillance CPK ; attention pneumopathies - **DOSAGES +++**
du fait du risque de surdosage fréquent à ces posologies élevées. **Dose maximum : 1 g par jour**

Tazocillin : 4 gX3 par j IV

Rifampicin : 10 mg/kg/j

Linézolid : 600 mg X2/j

Tedizolid : 200 mg/j

Clindamycin :

Poids < 70 kg : 600 mgX3/j

Poids >= 70 kg : 900 mg X3/j

Doxycycline : 100 mgX2/j

Triméthoprime sulfamthoxazole 800/160 : de 1 cpX3/j si patient âgé avec créatinine « limite » à 2 cpX2/j -
attention créatinine +++

Amoxicillin : IV : dosages au-delà de 12g/j ; per os : dosages au delà de 9 g/j)

6 perfusions par jours IV ; 3 à 4 prises par j per os

Sur Streptocoque : 100 mg/kg/j

Sur Enterocoque : 200 mg/kg/j

Cloxacillin ou oxacillin : 150 mg/kg/j (continue ou 6 perfusions par j)

Cefotaxime 100 mg/kg/j en 3 à 4 perfusions par j sur 4h

Ceftazidime : 100 mg/kg/j en perfusion continue

Cefepime : 80 mg/kg/j - sur 4 h - dosages systématiques

Aztreonam : 6 g/j en perfusion continue ; dosages systématique si *Pseudomonas*

Dalbavancine :

Pour 6 semaines de traitement : 1500 mg J0 et J7

Pour 12 semaines de traitement :

1500 mg J0 et J7 et dosage entre J28 et J35 avec une réinjection selon résiduelle

Si taux < 8 : ré injection J43 ; si taux > 8 : re doser

10 - Infections intra-abdominales

1 - Diarrhée aigue (mise à jour : juin 2024)

Antibiothérapie probabiliste seulement si diarrhée fébrile datant de plus de 3 jours ou patient immunodéprimé ou patient porteur d'une prothèse cardio-vasculaire.

Après les prélèvements suivants: hémocultures, coproculture, parasitologie des selles, ionogramme sanguin et créatinine (retentissement).

Avant documentation (mais après prélèvements) : Ceftriaxone 1 g par j si vomissements, ou Levofloxacin 500 mg une fois par j si voie orale possible.

Après documentation :

Bactérie identifiée	Molécule et posologie	Alternative	Durée
Salmonelle ou Shigella	Azythromycine 500 mg J1 puis 250 mg/j	Levofloxacin 500 mg 1 fois/j ou Ceftriaxone 1 g/j	3 jours
Campylobacter	Azythromycine 1 g dose unique	Levofloxacin 500 mg 1/j 3 j	Azythro 1 dose ; Levofloxacin 3 j
Yersinia	Levofloxacin 500 mg une fois par j	Doxycycline 100 mg 2 fois/j ou Cotrimoxazole 800 mg 2 fois/j	5 jours

Remarques :

Mesures associées : réhydratation ; précautions complémentaires d'hygiène de type contact

Désescalade sur antibiogramme

Absence de documentation : durée d'antibiothérapie : 3 jours

Origine le plus souvent virale.

Traitement de la giardiase récidivante (CNR : Pr Loïc. FAVENNEC) :

SECNIDAZOLE 2 g 1 fois pendant 3 Jours

+ En même temps ALBENDAZOLE 400 mg X 2/j pendant 8 jours

Puis à la fin de l'albendazole, à J9, une dose unique de SECNIDAZOLE 2g.

Traitement du vers solitaire (taenia)

Albendazole 400 mg 1 par j 3 jours de suite - à répéter à J7

Déparasitage

Ivermectine dose selon le poids 1 dose à répéter à J7

Et Flubendazole (Fluvermal) 100 mg 2 fois par jour (ou albendazole 400 1 par j) 3 jours de suite à repeter à J7

2- Colite à Clostridium Difficile (mise à jour : juin 2024) ; références : infectiologie.com ; info antibio 94 Nov 2021 ; recommandations européennes 2021
[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(21\)00568-1/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(21)00568-1/fulltext)

Arrêt des antibiotiques non indispensables - Arrêt des antiH2 - Précautions complémentaires d'Hygiène de type contact - pas de coproculture de contrôle - Ne pas traiter par métronidazole car risque d'échec plus important. Levée de l'isolement si disparition de la diarrhée et 8 j après la fin du traitement.

Fidaxomycine et Vancomycine : Prescription hospitalière, et délivrance en pharmacie hospitalière

Situation clinique	Molécule
Premier épisode	Fidaxomycine 200 mg 2 fois par j 10 j Alternative : Vancomycine 125 mg 4 fois par j 10 j
Second épisode	Si Fidaxo au premier épisode : Vancomycine 10 j, ou pulsée Si Vanco au 1^{er} épisode : Fidaxomycine 10 j ou pulsée
≥ 3ème épisode	Transplantation fécale après échec de Fidaxomycine ou après échec de [Vanco ou Fidaxo] Vanco pulsée si transplantation fécale non accessible
Risque élevé de récurrence*	Fidaxomycine 200 mg 2 fois par j 10 j ou pulsée Alternative : [Vanco ou Fidaxo]
Forme compliquée ou réfractaire	Discuter Tigécycline IV 100 mg puis 50 mg X 2/j et Transplantation de Microbiote Fécal
Ttt oral impossible	Vancomycine ou Fidaxomycine en intraluminal (par voie nasoduodénale ou rectale) Discuter ajout de Métronidazole IV ou Tigécycline IV

***Risque élevé de récurrence** : Age > 65 ans, ATCD d'infection à Clostridium, hospitalisation dans les 3 mois, poursuite de l'antibiothérapie, traitement par IPP.

Fiche posologies :

Fidaxomycine : 200 mg matin et soir 10 j Per os

Fidaxomycine « pulsée » : 200 mg matin et soir 5 j puis 1 cp/48h pendant 21 j Per os

Vancomycine : 125 mg 4 fois par jour 10 j Per os

Vancomycine « pulsée » : 125 mg 4 fois par j pour 14 j, puis 125 mg 2 fois par j pour 7j, puis 125 mg par j pour 7j, puis 125 mg tous les 2j pour 7 j, puis 125 mg tous les 3j pour 7 j (soit un total de 42 jours) Per os.

Métronidazole IV : 500 mg X3/j 10 j

Métronidazole per os : 500 mg 3 fois par j 10 j **si et seulement si ni vancomycine ni fidaxomycine disponibles**

Tigécycline : 100 mg puis 50 mg X 2 /j 10 j

Transplantation fécale : Toulouse Médecine Interne Laurent Alric (alric.l@chu-toulouse.fr) ou Montpellier HDJ gastro entérologie

3- Autres infections digestives

Situation clinique	Première intention	Commentaires
Abcès du foie	Ceftriaxone 1-2 g/j IV + Metronidazole 500 mg X 3/j IV Alternative : Amoxicilline ac clavulanique 4-8 g/j IV + Ciprofloxacine 400 mg X 2 /j IV ou 500 mg X 2/j PO	Durée totale mal codifiée : 4 semaines puis réévaluation Contexte nosocomial : Tazocilline 4 gX3/j IV Désescalade mal codifiée Amibiase (sérologie) : Metronidazole 500 mg 3 fois/j 7 j + amoebicide de contact en fin de traitement : tiliquinol tilbroquinol 2 gel 2 fois/j 10 ou paromomycine ATU 500 mg 3 fois/j 5-10 j
Infection du liquide d'ascite	Communautaire : Ceftriaxone 1 g/j IV 5 j ou Amoxicilline Acide clavulanique 1 g 3 fois/j IV 7 j Alternative : Levofloxacine 500 mg par j 7 j Nosocomiale : Tazocilline 4 g 3 fois par j IV 7 j	Diagnostic : PN > 250/mm³ ou signes locaux ou généraux d'infection Adaptation secondaire aux résultats microbiologiques Albumine systématique Relai oral à 48h possible Succès = diminution des PNN de plus de 50% sur contrôle de ponction à 48h Prophylaxie secondaire : norfloxacine 400 mg/j Alternative = bactrim (400/80) 1 par jour (attention creat +++) Encéphalopathie hépatique : rifximine 550 mg 2 fois par j

Abcès du foie : Stratégie thérapeutique (en collaboration avec le service de Gastro Entérologie et up to date, mise à jour février 2024)

< 3 cm : traitement médical

Entre 3 et 5 cm : discuter la faisabilité d'une ponction avec les radiologues pour documentation et baisse de l'inoculum, quand les hémocultures sont négatives.

Au-dessus de 5 cm : drainage radiologique à valider avec les radiologues selon faisabilité.

La durée totale de traitement dépend de la taille initiale et de l'évolution sous drainage ; en l'absence de drainage, une durée de 6 semaines est proposée. En cas de drainage complet, traitement de 2 à 4 semaines ; 4 à 6 semaines sinon.

4- Infections à *Helicobacter pylori* (HAS 2021 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3282789/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-traitement-guide-de-l-infection-par-helicobacter-pylori-chez-l-adulte)

Démonstration de la présence de l'infection à H Pylori avant tout traitement éradicateur.

Cas 1 : Absence de données de sensibilité ou de résistance : traitement probabiliste

Première intention

Amoxicilline 1 g matin et soir + Clarythromycine 500 mg matin et soir + Metronidazole 500 mg matin et soir + IPP matin et soir pendant le repas (esomeprazole 20, lansoprazole 30, oméprazole 20, pantoprazole 40, rabéprazole 20) pour 14 jours.

Alternative :

Pylera 3 gélules 4 fois par j 10 j.

Cas 2 : Traitement sur antibiogramme. CH Perpignan : test de résistance moléculaire à la clarythro ; si souche clarythro R : culture (positive avec antibiogramme dans environ 30% des cas ; délai 15-20 jours).

Souche sensible à la clarithromycine : amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 à 4 prises par j + clarythromycine 500 mg matin et soir + IPP matin et soir pendant le repas (esomeprazole 20, lansoprazole 30, oméprazole 20, pantoprazole 40, rabéprazole 20) pour 10 jours.

Souche résistante à la clarythromycine :

- **Soit la souche est sensible à la levofloxacine** : amoxicilline 50 mg/kg/j en 3-4 prises par j + levofloxacine 500 mg par j + IPP matin et soir (esomeprazole 20, lansoprazole 30, oméprazole 20, pantoprazole 40, rabéprazole 20) pour 10 j
- **Soit la souche est résistante à la levofloxacine** : Pylera 3 gélules 4 fois par jour (sous-citrate de bismuth 140 mg + métronidazole 125 mg + tétracycline 125 mg) + oméprazole 20 mg matin et soir pour 10 jours

Contrôle d'éradication en fin de traitement : test respiratoire à l'urée marquée à jeun, au moins 4 semaines après la fin de l'antibiothérapie et au moins 2 semaines après la fin du traitement par IPP.

5- Infections en chirurgie digestive :

Rappels :

L'avis du chirurgien doit être sollicité dès suspicion d'une infection intra abdominale ou d'un abcès profond.
Désescalade antibiotique et antifongique dès la réception des résultats microbiologiques ; maintien d'une couverture anti anaérobies.

A - SIGMOIDITE

Forme non compliquée = quick SOFA < 2, pas d'immunodépression, score ASA < 3, pas de grossesse, ni perforation, ni nécrose :

Pas d'antibiothérapie, traitement symptomatique

Sinon, ou si absence de réponse au traitement symptomatique à 48h ou aggravation :

Augmentin 1 g 3 fois par j IV (Poids > 80 kg : 2 g 3 fois par j) 7 j

Si allergie prouvée : Ceftriaxone 1 g par j (Poids > 80 kg : 2 g/j) + Metronidazole 500 mg 3 fois par j 7 j

Durée en cas de forme compliquée : à réévaluer à J7 - sinon 7 j.

B - CHOLECYSTITE ou ANGIOCHOLITE

Ceftriaxone 1 g par j (Poids > 80 kg : 2 g/j) + Metronidazole 500 mg 3 fois par j

Après CPRE : Tazocilline 4 g 3 fois par j IV

Durée :

Cholecystite :

Vésicule perforée ou grade III : 3 j

Drainage percutané, ou non opérée, ou non drainé : 7 j

Angiocholite :

Jusqu'à J3 après levée d'obstacle

En l'absence d'intervention : 10 j

C - APPENDICITE

- Simple : antibioprophylaxie seule : cefoxitine 2 g IVL + Métronidazole 1 g (allergie betalactamine

Gentamycine 5 mg/kg + Métronidazole 1 g)

- Compliquée = Abcès ou phlegmon appendiculaire, appendicite gangréneuse

Augmentin 1 g 3 fois par j (Poids > 80 kg : 2 g 3 fois par j) 2 j

Allergie vraie beta lactamines : Gentamycine 7 mg/kg 1 dose + metronidazole 500 mg 3 fois par j 2j

D - PERITONITE :

Péritonite communautaire localisée :

Ceftriaxone 1 g/j (2 g si poids > 80 kg) + Métronidazole 500 mg 3 fois par j 3 j

Allergie C3G : Aztréonam 1 g 3 fois par j (2 g 3 fois par j si poids > 80 kg) + Métronidazole 500 mg 3 fois par j

Péritonite communautaire généralisée :

Ceftriaxone 1 g/j (2 g si poids > 80 kg) + Métronidazole 500 mg 3 fois par j 4 j

Allergie C3G : Aztréonam 1 g 3 fois par j (2 g 3 fois par j si poids > 80 kg) + Métronidazole 500 mg 3 fois par j

Antifongique si au moins un des 3 éléments suivants : défaillance hémodynamique, femme, chirurgie sus mésocolique, antibiothérapie en cours depuis plus de 48 h, ou si levure à l'examen direct ou en culture

Arrêt des antifongiques à J3 post opératoire si prélèvements négatifs, et à J4 sinon.

Péritonite nosocomiale :

Tazocilline 4 g 3 fois par j

Allergie : Aztreonam 1 g 3 fois par j (2 g 3 fois par j si poids > 80 kg)

Antifongique si au moins un des 5 éléments suivants : Q sofa > 1, défaillance hémodynamique, femme, chirurgie sus mésocolique, antibiothérapie en cours depuis plus de 48 h, ou si levure à l'examen direct ou en culture.

Discuter anti Staphylococcique associé en fonction de la gravité.

Durée : betalactamines : 7 j, Antifongique et ou anti staphylococcique : 3 j si bactériologie per opératoire négative, 7 j sinon

E - ABCES de PAROI :

Pas d'antibiothérapie ; soins locaux ; pas d'écouvillonnage diagnostique

F - PANCREATITE AIGUE : Pas d'antibiothérapie sauf nécrose surinfectée : tazocilline 4 g 3 fois par j IV (atteinte monomicrobienne dans 75% des cas : *E coli*, *Klebsielle*, *Entérocoque*, *Pseudomonas aeruginosa* - source up to date mise à jour mars 2024)

11 – Infections sexuellement transmissibles

Selon le diagnostic clinique :

Infection génitale haute (salpingite)

Ceftriaxone 1 g/j 7 j + Doxycycline 100 mgX2/j 10 j + Métronidazole 500 mg 3 fois par j 10 j

Allergie, alternative : Levofloxacin 500 mg par j 10 j + Métronidazole 500 mg 3 fois par j 10 j

Urétrite, cervicite aigue, orchépididimite, anite, rectite :

Ceftriaxone 1 g + Doxycycline 100 mg 2 fois par j 7 j (rectite : si souche LGV confirmée par le CNR= 21 j)

Alternative : Ceftriaxone 1 g + Azythromycine 4 cp 1 prise (moins efficace dans les rectites)

Selon le germe :

Syphilis précoce (Primaire, secondaire et sérologique < 1 an d'évolution, chercher sérologie antérieure) :

Benzathine pénicilline 2.4 millions d'unités IM une injection

Allergie : Doxycycline 100 mg 2 fois par j 14 j

Syphilis tardive, (tertiaire, > 1 an, ou non datable) : Benzathine pénicilline 2.4 millions d'unités IM 3

injections : une injection J1, une injection J7, et une injection J14

Allergie : Doxycycline 100 mg 2 fois par j 28 j

Syphilis oculaire/neurologique : Ceftriaxone 2 g/j IV 10-14 j (allergie : Doxy 200 mg X 2/j 28 j)

NB : Si test tréponémique positif et VDRL négatif : pas de traitement (possible cicatrice) ; sérologie de contrôle à 3 semaines

Gonocoque :

Ceftriaxone 1 g IM, une seule injection

Allergie, alternative (inférieure) : Gentalline 240 mg ou Ciprofloxacin 500 mg sur antibiogramme 1 cp

Chlamydia trachomatis :

Doxycycline 100 mg 2 fois par j 7 j (rectite : 21 j)

Si contre-indication à la Doxycycline : Azythromycine 4 cp (moins efficace surtout dans les formes rectales)

Mycoplasme genitalium :

Ne pas le dépister de manière systématique car on ne le traite que dans les situations symptomatiques après avoir d'abord éliminé une infection à *C. trachomatis* ou à Gonocoque

Souche sensible aux macrolides : Azythromycine 500 mg J1 puis 250 mg par j 4 j

Souche résistante aux macrolides : Moxifloxacin 400 mg par j 7 j + demander sensibilité aux fluoroquinolones

Si l'information sur la sensibilité aux macrolides est différée, traitement séquentiel : Doxycycline 100 mg 2 fois par j 7 j puis Azythromycine ou Moxifloxacin en fonction du résultat.

Trichomonas vaginalis :

Ne pas le dépister de manière systématique car on ne le traite que dans les situations symptomatiques après avoir d'abord éliminé une infection à *C. trachomatis* ou à Gonocoque

Metronidazole 500 mg matin et soir 7 jours (ou Secnidazole 2 g dose unique en alternative)

Dépistage + traitement des partenaires même si asymptomatiques

Pour toutes les IST : dépistage des autres IST (VIH, VHB, VHC, syphilis, PCR Chlamydia et Gonocoque), dépistage partenaire. Rapports sexuels protégés par préservatifs durant 7 jours, Vaccination VHB à proposer systématiquement si sérologie négative.

Vaccination HPV : si âge < 26 ans.

HSH/personne trans avec multipartenariat : proposer vaccination VHA et MPOX.

Pour toute IST : proposer notification anonyme des partenaires : **www.notification-partenaire.fr**

12- Infections urinaires

Préambule : penser à vérifier l'adaptation à la fonction rénale si nécessaire.

1a-Cystites aiguës : Examen : Bandelette urinaire

Premier choix : Fosfomycine trométamol 1 sachet, dose unique, voie orale

Second choix : Pivmécillinam 400 mg 2 fois par j, 3 j, voie orale

1b- Cystites à risque de complications* : Examen : ECBU,

Si possible, privilégier traitement adapté sur antibiogramme ; sinon :

Premier choix : Nitrofurantoïne 100 mg 3 fois par j, voie orale 7 j

Second choix : Fosfomycine trométamol 3 g J1 J3 J5 voie orale

Adaptation à l'antibiogramme :

Premier choix : Amoxicilline 1 g 3 fois par j 7 j, voie orale

Second choix : Pivmécillinam 400 mg 2 fois par j, 7 j, voie orale

Troisième choix : Nitrofurantoïne 100 mg 3 fois par j 7 j, voie orale

Quatrième choix : Fosfomycine trométamol 3 g J1-J3-J5 une fois par jour, voie orale

Cinquième choix : triméthoprim sulfaméthoxazole 800/160 1 cp matin et soir, voie orale 5 j

1c-Cystites chez la femme enceinte : ECBU, et antibiothérapie probabiliste

Premier choix : Fosfomycine trométamol 3g 1 sachet, dose unique, voie orale

Second choix : Pivmécillinam 400 mg 2 fois par j, 7 j, voie orale

En cas d'échec ou de résistance :

Premier choix : Amoxicilline 1 g 3 fois par j 7 j, voie orale

Second choix : Triméthoprim 150 1 cp matin et soir, voie orale 7 j (à éviter les 2 premiers mois)

Troisième choix : Nitrofurantoïne 100 mg 3 fois par j 7 j, voie orale

Quatrième choix : Triméthoprim sulfaméthoxazole 800/160 1 cp matin et soir, voie orale 7 j (à éviter les 2 premiers mois)

Cinquième choix : Amoxicilline acide clavulanique 1 g 3 fois par j 7 j

Sixième choix : Cefixime 200 mg 2 fois par j ou Ciprofloxacine 500 mg 2 fois par j 7 j

ECBU 7 j après l'arrêt du traitement, puis mensuel jusqu'à l'accouchement

1d-Bactériurie asymptomatique chez la femme enceinte (1 culture monomicrobienne >= 100 000 ufc/ml)

Traitement d'emblée sur l'antibiogramme (sauf fosfomycine trométamol : 1 jour)

Premier choix : Amoxicilline 1 g 3 fois par j 7 j, voie orale

Second choix : Pivmécillinam 400 mg 2 fois par j, 7 j, voie orale

Troisième choix : Fosfomycine trométamol 3 g 1 sachet dose unique voie orale

Quatrième choix : Triméthoprim 150 1 cp matin et soir, voie orale 7 j (à éviter les 2 premiers mois)

Cinquième choix : Nitrofurantoïne 100 mg 3 fois par j 7 j, voie orale

Sixième choix : Triméthoprim sulfaméthoxazole 800/160 1 cp matin et soir, voie orale 7 j (à éviter les 2 premiers mois)

Septième choix : Amoxicilline acide clavulanique 1 g 3 fois par j 7 j

Huitième choix : Cefixime 200 mg 2 fois par j 7 j

1e-Cystites récidivantes

< 1 épisode par mois : traitement curatif cf 1-2

> 1 épisode par mois : antibioprophylaxie possible

CONTINUE :

Triméthoprim 150 mg par j (à défaut triméthoprim sulfaméthoxazole 400/80 1 par j)

Fosfomycine trométamol 3 g tous les 7 jours

DISCONTINUE (péri coïtale) : dans les 2 h avant ou après rapport sexuel selon posologie du traitement continu.

2a- Pyélonéphrite simple, sans facteur de risque de complication*, sans signe de gravité :

Levofloxacin 500 mg par j (sauf si fluoroquinolones dans les 6 mois précédents) 7 j ou Ceftriaxon 1 g par j 7j

2b- Pyélonéphrite simple, à risque de complication*, sans signe de gravité :

ECBU et Hémocultures AVANT antibiothérapie

Indication à traitement dès les prélèvements effectués : fièvre, rétention aigue d'urine, mauvaise tolérance, autres facteurs de risques de complications* ; sinon un traitement différé adapté à l'antibiogramme est possible.

Ceftriaxon 1 g/j IV

Allergie bêta-lactamines : Levofloxacin 500 mg par j sauf si fluoroquinolones dans les 6 mois précédents :

Alors prescrire Aztréonam 1 g 3 fois par j

Relai chez la femme : Adaptation secondaire à l'antibiogramme, en l'absence de BLSE :

1^{er} choix : Amoxicilline 1 g 3 fois par j à privilégier

Second choix : Amoxicilline Acide clavulanique 1 g 3 fois par j

Troisième choix : Levofloxacin 500 mg par j

Quatrième choix : Triméthoprim Sulfaméthoxazole 800/160 1 cp 2 fois

Relai chez l'homme par ordre décroissant :

1^{er} choix : Levofloxacin 500 mg par j

Second choix : Cotrimoxazole 800/160 1 cp 2 fois par j

3^{ème} choix : ceftriaxon 1 g par j

4^{ème} choix : Céfoxitine (E coli) 1 g 3 fois par j IV ou Pipéracilline tazobactam 4 g 3 fois par j IV ou Temocilline 2 g 2 fois par j IV

5^{ème} choix : Méropénème 1 gX3/j IV ou Ertapénem 1 g par j (1 g X2 par j si poids >=80kg)

Durée totale :

-10 à 14j en fonction de la vitesse de résolution des symptômes ; 14 j chez l'homme

- Chez l'homme, la durée totale de traitement est de 14 j, sauf si uropathie sous-jacente non contrôlée, ou usage d'autres molécules que fluoroquinolones, bêta-lactamines injectables, cotrimoxazole : la durée est alors de 21 j.

-21 jours si uropathie sous-jacente non corrigée ou autre molécules que fluoroquinolones, bêta-lactamines injectables, ou cotrimoxazole.

2c- Pyélonéphrite aigue avec signes de gravité ou geste urologique urgent**

Choc septique :

Ceftriaxone 2 g/j + amikacine 15 mg/kg/j (Allergie : aztreonam 1 g 3 fois par j IV + amikacine 15 mg/kg)
Si ATCD d'infection urinaire ou colonisation à BLSE dans les 6 derniers mois, ou utilisation d'amoxicilline + acide clavulanique, C2G, C3G, fluoroquinolones dans les 6 derniers mois, ou voyage en zone d'endémie BLSE :
Méropénème 2 g X 3 /j + amikacine 15 mg/kg/j

Pas de choc septique :

Ceftriaxone 2 g/j + amikacine 15 mg/kg/j (Allergie : aztreonam 1 g 3 fois par j + amikacine 15 mg/kg/j)
Si ATCD d'infection urinaire ou colonisation à BLSE dans les 6 derniers mois, ou utilisation d'amoxicilline + acide clavulanique, C2G, C3G fluoroquinolones dans les 6 derniers mois, ou voyage en zone d'endémie BLSE :
Pipéracilline tazobactam 4 g X 3 /j IV + Amikacine 15 mg/kg/j si souche sensible
A défaut : Méropénème 1 à 2 g X 3 /j + Amikacine 15 mg/kg/j

Relai chez la femme : Adaptation secondaire à l'antibiogramme, en l'absence de BLSE :

1^{er} choix : Amoxicilline 1 g 3 fois par j
Second choix : Amoxicilline Acide clavulanique 1 g 3 fois par j
Troisième choix : Levofloxacin 500 mg par j
Quatrième choix : Triméthoprim Sulfaméthoxazole 800/160 1 cp 2 fois/j

Relai chez l'homme par ordre décroissant :

1^{er} choix : Levofloxacin 500 mg par j
Second choix : Cotrimoxazole 800/160 1 cp 2 fois par j
3^{ème} choix : ceftriaxone 1 g par j
4^{ème} choix : Céfoxitine (E coli) 1 g 3 fois par j IV ou Pipéracilline tazobactam 4 g 3 fois par j IV ou Temocilline 2 g 2 fois par j IV
5^{ème} choix : Méropénème 1 gX3/j IV ou Ertapenem 1 g par j (1 g X2 par j si poids >=80kg)

Durée totale :

-10 à 14j en fonction de la vitesse de résolution des symptômes. 14 j chez l'homme.
-21 jours si uropathie sous-jacente non corrigée ou autre molécules que fluoroquinolones, bêlactamines injectables, ou cotrimoxazole.

2d-Pyélonéphrite à BLSE chez la femme non enceinte

Premier choix : Levofloxacin 500 mg/j ou Triméthoprim sulfaméthoxazole 800/160 1 cp 2 fois par j

Second choix : Amoxicilline Acide clavulanique 1 g 3 fois par j

Troisième choix : Céfoxitine 1-2g X 3/j IV ou Pipéracilline tazobactam 4 g 3 fois par j ou Temocilline 2 gX2/j IV

Quatrième choix : Méropénem 1 g 3 fois par j IV ou Ertapenem 1 g par j si testé (utilisable en sous cutané, prescription hospitalière, délivrance hospitalière avec étiquettes pharmacie - voie sous cutanée possible : à diluer dans 3.5 cc de xylocaine 1%)

Durée totale : 10-14 j en fonction de la vitesse de résolution des symptômes.

* Infection urinaire à risque de complications : anomalie arbre urinaire, homme, sujet âgé fragile, clairance créatinine < 30ml/min, immunodépression grave, transplantation rénale.

** Signes de gravité : Quick SOFA ≥ 2 Quick SOFA : TA systolique < 100 mmHg, FR > 22/minute, Glasgow < 15

*** Facteurs de risques de BLSE (Béta lactamase spectre élargi) :

- Portage urinaire de BLSE < 6 mois,
- Voyage récent en zone d'endémie (Asie, Afrique sub-saharienne, Amérique latine)
- Antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique, Céphalosporine de 2^{ème} ou 3^{ème} génération, ou Fluoroquinolone dans les 6 mois précédents
- Hospitalisation dans les 3 mois précédents, vie en établissement de long séjour

13 - Neutropénie fébrile

Points clefs :

URGENCE VITALE A L'ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUE 1 HEURE APRES L'ADMISSION

Définition : PNN < 500/mm³ et fièvre (> 38,2°C ou >38°C à 2 reprises à une heure intervalle).

Le bilan initial ne doit pas retarder le début de l'antibiothérapie :

Recherche porte d'entrée cutanée, pulmonaire, urinaire, ORL, digestive et pelvienne

Bilan en urgence : NFS, ionogramme, CRP, glycémie, urée, créatinine, bilan hépatique, bilirubine, 2HC VVP +/- VVC avant ATB. Radiographie pulmonaire dès doute respiratoire. ECBU si point d'appel urinaire.

Faible risque : Neutropénie attendue <7 jours, sans comorbidités, pas de défaillance hépatique/rénale, patient ambulatoire asymptomatique.

Risque élevé = hospitalisation : Neutropénie attendue > 7j, PNN < 100/mm³, âge > 60 ans, comorbidité (BPCO..), choc, hypotension artérielle, signes neurologiques, détresse respiratoire, décompensation cardiaque, infection déterminée (pneumopathie, colite, infection sur cathéter), cytolyse > 5N, insuffisance rénale aigue avec DFG < 30mL/min, troubles digestifs récents, mucite/colite.

Neutropénie faible risque :

Amoxicilline acide clavulanique 1 g 3 fois par j + Ciprofloxacine 750 mg matin et soir.

allergie amoxicilline : clindamycine 600 mg 3 fois par j + ciprofloxacine 750 mg matin et soir.

Réévaluation :

Amélioration : durée 5 j en l'absence de documentation microbiologique

Persistance ou aggravation clinique à H24 : hospitalisation pour changement d'antibiothérapie vers Tazocilline 4 g 3 fois par j IV

Neutropénie risque élevé :

Tazocilline 4 g 3 fois par j IV

Réévaluation :

Apyrexie à 72 h et pas de documentation : arrêt de l'antibiothérapie

Aggravation clinique ou maintien de la fièvre H48 : Meronem 1 g 3 fois par j + Caspofungine 70 mg J1 puis 50 mg/j IV.

En cas de point d'appel clinique cutané : Linezolide 600 mg X2/j per os si le patient peut avaler les cp, IV sinon.

En cas de bactériémie à Cocci Gram Positif amas : Daptomycine 10 mg/kg/j IV et adaptation à l'antibiogramme.

14- Infections fongiques : avis SMIT 1 62 12

Situation clinique	Traitement	Alternative	Commentaire
Candidémie immunocompétent	Caspofungine : si instabilité hémodynamique/sepsis sévère Fluconazole sauf si exposition récente	Amphotéricine B liposomale	Ablation des cathéters et TTT de la porte d'entrée. ETO + FO systématique Passer au Fluconazole si Candida fluco-S à J5-J7* Patient stable, hémocultures stériles, espèce sensible Et absence d'endocardite
Candidémie immunodéprimé	Caspofungine	Amphotéricine B liposomale	ETO + FO systématique en sortie d'aplasie Passer au Fluconazole si Candida fluco-S à J5-J7* Patient stable, hémocultures stériles, espèce sensible Et absence d'endocardite
Candidose disséminée : Endocardite/Endophtalmie/SNC	Caspofungine forte dose ou Amphotéricine B liposomale + Flucytosine (endocardite)		
Neutropénie fébrile >7jours :	Caspofungine, Amphotéricine B liposomale	Fluconazole	Après 4j de fièvre persistante malgré antibiotique (non réponse)
Péritonite grave	Caspofungine		Si 3 critères parmi : défaillance hémodynamique, sexe féminin, chirurgie sus mésentérique, ATB depuis plus de 48h
Candidose œsophagienne	Fluconazole	Caspofungine	
Aspergillose invasive	Voriconazole surtout si atteinte SNC, ou Isavuconazole	Amphotéricine B liposomale	Scanner sinus + TAP Ag aspergillaire X2/semaine chez le neutropénique
Prophylaxie primaire onco-hématologie	Posaconazole	Isavuconazole	
Mucormycose	Amphotéricine B liposomale forte dose	Isavuconazole + Caspofungine	Prise en charge chirurgicale
Cryptococcose	Amphotéricine B liposomale + Flucytosine	Amphotéricine B liposomale	Ponction lombaire avec mesure de la pression d'ouverture Antigène crypto sang et LCR
Pneumocystose	Cotrimoxazole	Pentamidine IV	Corticoides jusqu'à H72 si PO2<71mmHg et VIH+ Prednisone 40mg x2/j 5j puis 40mg 5j puis 20mg 9j
Leishmaniose viscérale	Amphotéricine B liposomale		

Famille	Molécules	Posologie	Commentaires	Effets indésirable et surveillance
Polyènes	Amphotéricine B liposomale	3 à 10 mg/kg/j IV 60 min Reconstitution flacon 50 mg avec 12 ml EPPI, Agiter vigoureusement. Prélever le volume obtenu dans une seringue et injecter dans la poche à travers un filtre. Dilution dans du G5% pour obtenir une concentration finale comprise entre 0.2 et 2 mg/ml avant administration (incompatible dans le NaCl 0.9%) Stabilité de la solution diluée à température ambiante : 24h	Prescription d'accompagnement Paracétamol 1g Hydratation + Kcl + Mg Perfusion IV sur 2h minimum. Surveillance des constantes toutes les 10 minutes la première heure pour la 1ère administration puis toutes les 30 min. Notamment si posologies élevées (10 mg/kg)	Durée de perf minimum 1h mais allongement à 3-4h lors de la 1ère utilisation Toxicité rénale Hypokaliémie et hypomagnésémie Fièvre post administration
Azols	Fluconazole	IV ou PO : 800 mg J1 puis 400 mg/j	Adaptation posologie si DFG<50 ml/min	Allongement du QT Toxicité hépatique
	Voriconazole	IV:6 mg/kg/12h J1 puis 4mg/kg/12h PO: Poids > 40 kg : 400 mg X2/j J1 puis 200 mg X2/j Poids < 40 kg 200 mg X2/j J1 Puis 100 mg X2/j	Prise à jeun PO Prise PO en cas d'insuffisance rénale Interactions médicamenteuses +++ (IPP, anti-rejet, statines, BZD...) Dosage systématique à J5 Toxicité dose dépendante	Troubles visuels transitoires lors de l'administration : 20-30% Hallucinations Allongement du QT Toxicité cutanée Toxicité hépatique
	Posaconazole	PO : 300 mg X2 J1 puis 300 mg X1/j	Interactions BZD et anti-rejet Dosage à J5	Allongement du QT Toxicité hépatique
	Isavuconazole	IV : 200mg/8h pendant 48h Puis 200mg/j à débiter 12 à 24h après dose de charge PO : 200mg soit 2gel/8h pendant 48h Puis 200mg/j à débiter 12 à 24h après dose de charge	Privilégier la voie PO car bonne biodisponibilité. Prise indépendante des repas Dosage résiduel à J5	Toxicité hépatique Troubles digestifs
Echinocandines	Caspofungine	IV : 70 mg J1 puis 50 mg/j si < 80kg ou 70mg/j si >80kg	Diminution dose de 50% en cas d'insuffisance hépatique modérée à sévère	Toxicité hépatique
Pyrimidine	Flucytosine	IV : 100 mg/kg/j en 4 administrations	Dosage pic à H2 Adaptation à la fonction rénale Utilisation uniquement en association	Toxicité médullaire et hépatique Toxicité gastro intestinale

15 – Paludisme à *Plasmodium falciparum* (Source : Société de Pathologie

Infectieuse de Langue Française, 2017 ; Infectiologie.com onglet recommandations ; diaporama des recommandations)

Molécule	Posologie	Précautions	Commentaires
Arteminol Piperaquine (Eurartesim®)	3 cp X 1/j 3 jours Poids > 75 kg : 4 cp/j)	A jeun 3 h avant et 3 h après	ECG avant traitement si risque d'allongement du QT*
Artemeter Lumefantrine (Riamet®)	4 cp 2 X/j 3 j	Avec repas	ECG avant traitement si risque d'allongement du QT*
Atovaquone Proguanil (Malarone®)	4 cp X 1/j 3 j	Avec repas	Alternative aux 2 précédents. DFG > 30
Artesunate IV	2.4 mg/kg en IVL au PSE (3 ml/minute) H0 H12 H24 puis 1X/j ou relai oral selon évolution clinique		

Traitement après confirmation biologique

Si Paludisme non à *falciparum* : avis SMIT 1 62 12

*Paludisme sévère, arythmie cardiaque symptomatique, HTA sévère, hypertrophie du VG, fraction d'éjection basse, ATCD familiaux de mort subite, ATCD familiaux d'allongement du QT, pathologie allongeant le QT, prise de médicaments allongeant le QT, prise récente de méfloquine ou de quinine, déséquilibre du potassium, de la calcémie, ou de la magnésémie

Suivi : Frottis goutte épaisse J3 - J7 - J28

16 – Posologies des antibiotiques usuels en fonction de la clairance de la créatinine :

Antibiotiques	Clairance créatinine (ml/minute)	Posologie
<u>Bétalactamines</u>		
Amoxicilline+/-acide clavulanique	10 à 30	1 à 6 g/j
	< 10	1 à 3 g/j
Oxacilline		Inchangée
Céfotaxime	15 à 30	Max 2 g/8h
	<15	Max 3 g/j
Ceftriaxone		Inchangée
Ceftazidime	30 à 50	2 g, puis 3g/j
	15 à 30	2 g puis 2 g/j
	<15	2 g puis 1 g/j
Cefepime si poso 2 g X 3 par j = neutropénie fébrile, infection à Pyo	30 à 50	1 g/8h
	10 à 30	1g/12h
	< 10	1g/j
	Dialyse	1 g puis 500 mg/j (post dialyse les j de dialyse)
Cefepime si poso 2 g X 2 /j = bactériémie, urine, bile, poumon	30 à 50	2 g/j
	10 à 30	1g/j
	< 10	500 mg/j
	Dialyse	1 g puis 500 mg/j (post dialyse les j de dialyse)
Cefepime si poso 1 g X 2/j = pyélo ou pneumonie non compliquées	30 à 50	1 g/j
	10 à 30	500 mg/j
	< 10	250 mg/j
	Dialyse	1 g puis 500 mg/j (post dialyse les j de dialyse)
Ertapénème	< 30	500 mg/j

Antibiotiques	Clairance créatinine (ml/minute)	Posologie
Méropénème	25 à 50 < 25	2 g/12h 1 g/12h
Tazocilline	< 20	4 g/12h
<u>Fluoroquinolones</u>		
Ofloxacin	< 30	200 mg/j
Levofloxacin si poso 500 mg/j	20 à 50 < 20	500 mg puis 250 mg/j 500 mg puis 125 mg/j
Levofloxacin si poso 500 mg X 2/j	20 à 50 10 à 20 < 10, et si dialyse	500 mg puis 250 mg/12h 500 mg puis 125 mg/12h 500 puis 125 mg/j
Ciprofloxacine	30-60 < 30 ou dialyse	250 à 500 mg/12h 250-500 mg/j
<u>Antistaphylococciques</u>		
Cefazoline	< 35 10 à 35 Dialyse	1 à 2 g/12h 500 mg à 1 g/j 1 g/j ou 2 g après chaque dialyse
Daptomycine	< 30	8-10 mg/kg/48h
Linézolide	< 30	600 mg/j
Rifampicine		Inchangée
Clindamycine		Inchangée
Triméthoprim Sulfométhoxazole	15 à 30 < 15	800 mg/j 800 mg/48h
<u>Autres</u>		
Métronidazole	< 15	250 mg/8h
Clarithromycine	< 30	500 mg/j

17 - Infection de cathéter de longue durée : prise en charge et verrou d'antibiotiques

Textes de références :

[Antibiotic lock therapy for the conservative treatment of long-term intravenous catheter-related infections in adults and children: When and how to proceed? Guidelines for clinical practice 2020 - ScienceDirect.](#)

DOI <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2021.02.004> ; [spilf-groupe-recos-verrou-2021.pptx](#). Info Antibio N° 93 : juin 2021

Les infections sur cathéter de longue durée concernent les picc lines et les port à cath (PAC).

En cas de fièvre chez un patient porteur d'un cathéter il faut systématiquement envisager une infection avec évaluation clinique puis hémocultures différentielles = sur voie périphérique et voie centrale, bien étiquetés, prélevées en même temps.

A-Evaluation clinique :

- Si signes locaux d'infection : cellulite, écoulement purulent, abcès, tunnelite, thrombophlébite septique, ... : RETRAIT DU CATHETER dès que possible.
- Si sepsis sévère, choc septique : RETRAIT DU CATHETER en urgence

Envoi du cathéter en bactériologie.

Antibiothérapie systémique par Daptomycine associé à Piperacilline/Tazobactam si critères de gravité ou neutropénie. Réadaptation secondaire aux prélèvements.

- En l'absence de signes local d'infection : Réalisation d'hémocultures différentielle sur cathéter et en périphérie.

On distingue alors schématiquement selon la clinique et le résultat des hémocultures :

- Colonisation du cathéter : Hémocultures sur cathéter positives, hémocultures périphériques négatives et absence de signe clinique local ou général.
- Infection liée au cathéter probable : Hémocultures sur cathéter positives, hémocultures périphériques négatives et présence de signe clinique local ou général.
- Bactériémie liée au cathéter : Hémocultures sur cathéter positives, hémocultures périphériques positives (avec différentiel de pousse* de minimum 2 heures) et présence de signe clinique local ou général.

* Délai différentiel de pousse de plus de 2 heures : Exemple : si l'hémoculture sur voie centrale pousse en 6 h, et l'hémoculture périphérique pousse en 9h, la voie centrale est en cause (moins net pour Staphylocoques aureus et Candida cependant).

B-Prise en charge :

Traitement non conservateur : Ablation du cathéter. Antibiothérapie adaptée si hémocultures périphériques positives ou aplaties.

Durée : après ablation du KT et 1ère hémoculture négative

- Staph coag neg et pas de matériel endovasculaire : 3 j
- Streptocoque, entérocoque, et BGN : 7j
- Staphylocoque aureus : 14 j ; levures : 14 j
- Si thrombophlébite suppurée : 21 j

Traitement conservateur : Mise en place d'un verrou selon le résultat de l'examen direct :

- Levures : Retrait du cathéter en urgence et traitement anti fongique systémique par Caspofungine 70 mg J1 puis 50 mg/j IV
- BGN : Verrou d'Amikacine dans l'attente de l'identification
- CGP : Verrou de Vancomycine dans l'attente de l'identification

Traitement antibiotique associé selon la situation clinique :

- Colonisation : Verrou seul ; CGP : Verrou de Vancomycine - BGN : Verrou de Amikacine
- Infection liée au cathéter probable :
 - *CGP : verrou seul de Vancomycine ; si aplasie ajout d'une antibiothérapie systémique : Daptomycine 10 j
 - *BGN : verrou d'Amikacine + antibiothérapie systémique : C3G 10 j
- Bactériémie liée au cathéter :
 - CGP : verrou Vancomycine + antibiothérapie systémique : Daptomycine 10 j
 - BGN : verrou Amikacine + antibiothérapie systémique : C3G 10 j

Traitement après identification et antibiogramme selon la situation clinique :

Staphylocoque aureus ou Candida : L'identification de ces germes imposent le RETRAIT DU CATHETER peu importe la situation clinique. En l'absence de complications un traitement adapté sera associé pendant 14 jours après le retrait.

SAMS : Cefazoline IV puis relais 14 jours au total.

SAMR : Daptomycine IV puis relais si possible 14 jours au total.

Candida : Caspofungine IV puis relais fluconazole si sensible 14 jours au total.

En cas d'hémocultures périphériques positives une ETO doit être réalisée à la recherche d'une endocardite.

Staphylocoque coagulase négative, Streptocoque, Entérocoque, Bacille gram négatif dont Pseudomonas

- Colonisation : Verrou seul 10 jours
- Infection liée au cathéter probable : Verrou + antibiothérapie 10 jours
- Bactériémie liée au cathéter : Verrou de Vancomycine + antibiothérapie 10 jours

Modalités du verrou

Vancomycine : 3 ml à 12.5 mg/ml (CGP)

Amikacine : 3 ml à 5 mg/ml (BGN amika S)

Gentamycine : 3 ml à 5 mg/ml (BGN amika R et Genta S)

Rinçage pulsé de 10 ml de SSI avant changement de verrou ou en cas d'hémoculture

Injection de 3 ml du verrou

Verrou laissé en place 10 jours et changé toutes les 48h

Laisser le cathéter au repos au moins les 72 premières heures, et si possible toute la durée du traitement

En cas de nutrition parentérale indispensable : alterner 12h de nutrition puis 12h de verrou

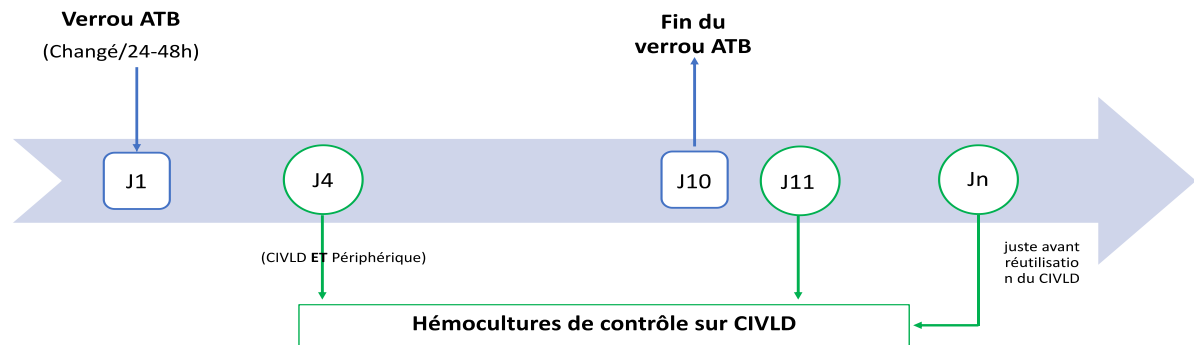
Surveillance : Hémocultures : Quand et comment ?

J4 : hémocultures sur PAC et périphériques

J11 : hémocultures sur PAC

Jn : juste avant réutilisation du PAC : hémocultures sur PAC

Si hémocultures J4, J11 ou avant réutilisation positives : échec du traitement : Alors ablation du catheter.



18 - Durée d'antibiothérapie (info antibio n°107 décembre 2025)

Méningites bactériennes et infections neuroméningées

Méningocoque : 5 j si évolution favorable à 48h

Pneumocoque 10 j si évolution favorable à 48h (enfant :7j) ; Haemophilus : 7-10 jours

Streptocoque agalactiae : 14 jours

Listeria, BGN (hors Haemophilus) : 21 jours

Enfant : Haemophilus 7 j/Strepto B 14 j / E.coli 21 j

Abcès cérébral : 6 semaines (4 semaines en cas de drainage efficace)

Infections ORL :

Otite moyenne aigue : 5 j (enfant < 2 ans : 10 j)

Angine à strepto A : amoxicilline 6 j (allergie : cefpodoxime 5 j ou clarythromycine 5 j)

Sinusite maxillaire : 1^{er} choix amoxicilline 7 j (C2G-C3G PO 5 j, pristinamycine 4 j - Enfant 10 j

Sinusite non maxillaire ou dentaire : amox acide clavulanique 7 j / C2G C3G PO 5 j/ Fluoroquinolones 5 j

Sinusite maxillaire et otite non grave > 2 ans : abstention antibiotique possible

Infections cervicales

Adénite : 7 j (enfant 10 j)

Abcès péri amygdalien, péripharyngé, ou rétropharyngé : 7 j si drainé, 10 j sinon

(Enfant : 10 j/abcès péri amygdalien, 15 j autres zones)

Adénite aigue suppurée grave, cellulite, médiastinite nécrosante descendante : 14 j post chirurgie.

Infections respiratoires :

Pneumopathie aigue communautaire

Si amélioration clinique à J3 : 3 j

Si amélioration clinique entre J3 et J5 : 5 j

Si autre cas ou réanimation : 7 j

Pneumopathie d'inhalation : 5 j si stable, 7 j sinon

Coqueluche/mycoplasme : 3 j si azythromycine, 7 j si clarythromycine

Pneumonie associée aux soins ou PAVM : 7 j (sauf immunodéprimé, empyème, abcès)

Pleurésie purulente : 14 j après dernier drainage

Exacerbation de BPCO : 5 j

Infections de la peau et des tissus mous :

Furoncle simple, impétigo simple : pas d'antibiotique

Plaie souillée, abcès cutané drainé, furoncle compliqué, morsure animale : 5 j

Furonculose, impétigo sévère, érysipèle : 7 j

Infections digestives :

- Diarrhée aigue du voyageur : azythromycine 1 g dose unique, ou C3G IV 3 j
- Pédiatrie : shigella campylobacter 3 j, yersinia 5 j, salmonelle 3 à 5 j
- Infection de liquide d'ascite : 5j
- Fièvre typhoïde : 7j si fluoroquinolones ou 5j si azithromycine
- Infection à *Clostridium difficile* : 10 j
- Appendicite

Opérée non perforée : 1 j

Non opérée 7 j

- Péritonites : Perforation digestive opérée dans les 24 h : 1 j (antibioprophylaxie chirurgicale) Péritonite localisée : 3j Péritonite généralisées : 4j Péritonite post opératoire/nosocomiale : 8j
- Cholécystites : drainage endoscopique/opérée 3 j vésicule perforée : 3j Drainage percutané ou non opéré/drainé : 7j , angiocholite drainée : 3j post drainage
- Diverticulite

Non compliquée : pas d'antibiothérapie

Compiquée/abcès : drainé 3 j, non drainée 7 j

- Abcès hépatique : 3 semaines si drainé, au moins 4 semaines sinon

Infections urinaires :

- Cystite aiguë simple = fosfomycine trométamol 3 g = 1 sachet ou pivmécillinam ou nitrofurantoïne : 3 j
 - Cystite aiguë sur sonde urinaire : 3 j
 - Cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins : fosfomycine trometalol J1-J3-J5, ou cotrimoxazole 5 j, ou autre molécule 7 j
 - Cystite masculine : fosfomycine trometalol J1-J3-J5, ou cotrimoxazole 5 j, ou autre molécule 7 j
 - Pyélonéphrite aigue, grave ou non, quelque soit le genre
- Simple : fluoroquinolone ou bétalactamine injectable 7 j ; aminoside seul 5 j ; autres : 10j
- A risque de complications ou associées aux soins : 10 j si évolution rapidement favorable ; si évolution défavorable ou abcès : avis d'expert
- Epididymite/orchite aigue : 10 j

Infections génitales hautes et infections sexuellement transmissibles :

- Vaginose : 7 jours
- Urétrite et cervicite : ceftriaxone 1 g IM monodose et doxycycline 200 mg par j 7 j
- Syphilis précoce, datant de moins de 1 an : benzathine benzyl pénicilline 1 dose (allergie : doxycycline 14 j)
- Infections génitales hautes non compliquées : ceftriaxone 1 g une dose et doxy + metronidazole : 10 j
- Infections génitales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens, pelvipéritonite) : ceftriaxone jusqu'à amélioration (max 7j) + doxycycline + métronidazole : 14 jours

Neutropénies fébriles

- Hospitalisation :

* Sans documentation microbiologique ou clinique : 3 j minimum ET absence de signe de gravité ET patient stable, ET apyréxie depuis 48 h ET surveillance de 48 h en milieu hospitalier si persistance de la neutropénie.

* Si documentation : 7j si évolution favorable (apyrexie prolongée > 4 j et éradication microbiologique et clinique - à adapter selon site et pathogène)

- Ambulatoire : arrêt quand PNN > 500 /mm³

Infections ostéo articulaires :

- Infections sur matériel prothétique ostéoarticulaire : 12 semaines

- Arthrites sur articulations natives : Staph aureus, entérobactéries : 6 semaines ; strepto : 4 semaines ; gonocoque : 7 j

- Spondylodiscite (hors matériel d'ostéosynthèse) : 6 semaines

- Arthrites de la main, post inoculation, récente (< 14 j) : 2 semaines post opératoires

- Bursites : 14 j (en moyenne)

Pied diabétique :

Ostéite sans amputation : 6 semaines

Ostéite de tranche de section d'amputation : 3 semaines

Amputation complète sans infection peau/tissus mous : 5 jours post opératoire

Amputation complète avec infection peau/tissus mous : 7 jours post opératoires (14 j si pas d'amélioration significative à J7)

Bactériémies primaires non compliquées:

- BGN, streptocoque, Entérocoque : 7j
- Staph aureus, Staph lugdunensis : 14j

Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux :

* Après ablation du KT et 1ère hémoculture négative

- Si staph coag neg et apyréxie et pas de matériel endovasculaire : 3 j
- Si streptocoque, entérocoque, et BGN y compris *Pseudomonas aeruginosa* : 7j
- Staphylocoque aureus, Staphylocoque lugdunensis : 14j ; levures : 14j (ablation KT systématique pour les 3)
- Si thrombophlébite suppurée : 21 j

* si KT en place : (+ verrou local antibiotique) : 10j

Endocardites infectieuses :

- Streptocoque péni S (CMI < 0.125 mg/l) : valve native: 4 semaines ; valve prothétique : 6 semaines
- Entérocoque : Valve native/prothétique : 6 semaines
- *S. aureus* :

valve native :

cœur gauche = 4 semaines si apyrexie rapide et négativation des hémocultures à J3 ; 6 semaines sinon ;

cœur droit = 2 semaines si apyrexie rapide et négativation des hémocultures à J3 ; 4 semaines sinon ;

valve prothétique : 6 semaines

- BGN : valve native : 4 semaines ; valve prothétique : 6 semaines

Infection de dispositif électronique cardiaque implantable :

- Infection précoce superficielle : 7j
- Infection du boîtier sans bactériémie : 7 j après retrait matériel
- Bactériémie sans endocardite ni infection de sonde : 14j en cas de Gram + et 7 j en cas de BGN
- Infection de sonde : 14j après retrait du matériel
- Infection de sonde et ablation de matériel impossible : avis expert (6 semaines puis ATB suppressive à discuter)

Infection de matériel endovasculaire – après reprise chirurgicale

-Ablation des implants infectés :

Non remplacés : 2 semaines

Remplacés par autogreffe veineuse : 4 semaines

Remplacés par matériel inerte : 6 semaines

-Rétention des implants infectés : 12 semaines +/- antibiothérapie suppressive (avis d'experts)

19 - AES

AES après exposition sexuelle :

indications du traitement post exposition :

1 - Partenaire source vivant avec le VIH et charge virale < 50 cp/ml ; traitement depuis plus de 6 mois : TPE non recommandé

2 - Partenaire source vivant avec le VIH et charge virale détectable :

En cas de rapports anaux ou vaginaux, réceptifs ou insertifs : TPE recommandé ;

En cas de rapports orogénitaux seulement : TPE non recommandé, sauf si fellation réceptive avec charge virale > 1000 cp/ml chez le patient source : le TPE est alors à discuter au cas par cas

3a - Statut VIH du sujet source ne pouvant être déterminé : classement par indication

Définition du surrisque identifié :

Prévalence du VIH non diagnostiqué > 1% zones de haute endémie (Guyane, certains pays d'Afrique subsaharienne), usagers de drogues par voie intra veineuse, activités sexuelles en groupe, ou sous produits psychoactifs, violences sexuelles

TPE recommandé : pénétration anale ou vaginale si partenaire source HSH, transgenre, ou usager de drogue par voie IV, pénétration anale réceptive en cas de surrisque identifié

TPE non recommandé :

Pénétration vaginale sans surrisque identifié, rapports orogénitaux, projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales, pénétration anale insertive sans surrisque identifié

TPE à discuter : en fonction de la demande de la personne et ou d'un surrisque d'exposition :

Pénétration vaginale avec surrisque identifié, pénétration anale sans surrisque identifié, activité sexuelle sous produit psychoactifs, ou en groupe, ou violences sexuelles.

3b - Statut VIH du sujet source ne pouvant être déterminé : classement par risque d'exposition

Définition du surrisque identifié :

Prévalence du VIH non diagnostiqué > 1% zones de haute endémie (Guyane, certains pays d'Afrique subsaharienne), usagers de drogues par voie intra veineuse, activités sexuelles en groupe, ou sous produits psychoactifs, violences sexuelles

Risque et nature de l'exposition	HSH ou personne transgenre	Partenaire d'un groupe de prévalence > 1% Hors HSH ou transgenre	Activités sexuelles en groupe, ou sous produit psychoactif, ou violences sexuelles	Autres situations
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapports orogénitaux	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

AES après exposition au sang

TPE recommandé si : personne source avec le VIH et charge virale détectable > 50 cp/ml et :

Piqûre profonde avec aiguille creuse intra vasculaire, ou coupure avec bistouri, aiguille IM ou SC, aiguille pleine, ou exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes

TPE non recommandé si : piqûres avec seringue abandonnée, crachat, morsure griffure quel que soit le statut du sujet source, si coupure avec bistouri, aiguille IM ou SC, ou aiguille pleine ou exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes si statut de la personne source inconnu, ou si ch virale indétectable en cas de sujet infecté par le VIH (< 50 cp/ml traité depuis plus de 6 mois)

TPE à discuter : si piqûre profonde avec aiguille creuse intra vasculaire si statut du sujet source impossible à déterminer.

Soins locaux

Blessure ou piqûre : : lavage à l'eau, et au savon, puis povidone iodée ou hypochlorite de sodium

En cas de projection muqueuse : rinçage au sérum physiologique

AES après exposition dans le cadre d'un usage de drogues injectables :

TPE recommandé si : partage de seringue ou d'aiguille avec usager précédent vivant avec le VIH et charge virale > 50 cp/ml, ou si statut VIH de l'usager précédent impossible à déterminer.

TPE non recommandé : dans tous les autres cas :

partage de seringue ou d'aiguille avec usager précédent vivant avec le VIH et charge virale < 50 cp/ml, traité depuis plus de 6 mois, partage d'autre matériel que seringue ou aiguille quel que soit le statut du sujet source, piqûre avec aiguille ou seringue abandonnée, ou heure d'utilisation inconnue.

AES BILAN INITAL

Bilan initial accident d'exposition sexuelle sans traitement post exposition

Sérologie VIH

Ag HbS, ac anti HbS, ac anti HBc

Sérologie VHC

Sérologie syphilis

Beta HCG

PCR chlamydia gonocoque 3 sites

Bilan initial accident d'exposition sexuelle avec traitement post exposition

Sérologie VIH

Ag HbS, ac anti HbS, ac anti HBc

Sérologie VHC

Sérologie syphilis

PCR chlamydia gonocoque 3 sites

Beta HCG

ALAT

Créatinine

Bilan initial accident d'exposition au sang sans traitement post exposition

Sérologie VIH

Ag HbS, ac anti HbS, ac anti HBc

Sérologie VHC

Bilan initial accident d'exposition au sang avec traitement post exposition

Sérologie VIH

Ag HbS, ac anti HbS, ac anti HBc

Sérologie VHC

ALAT

Créatinine

Beta HCG

AES BILAN DE SUIVI

Accident d'exposition sexuelle, avec TPE, et avec enchainement sur PREP : bilan à S4 post exposition

Sérologie VIH

ARN VIH

Sérologie VHA

ALAT

Créatinine

Sérologie syphilis

PCR chlamydia gonocoque 3 sites

Béta HCG**

Accident d'exposition sexuelle, SANS TPE, SANS « risque hépatite* » : bilan à S6 post exposition

Sérologie VIH

Sérologie syphilis

PCR chlamydia gonocoque 3 sites

Béta HCG**

Accident d'exposition sexuelle, AVEC TPE, SANS « risque hépatite* » : bilan à S10 post exposition

Sérologie VIH

Sérologie syphilis

PCR chlamydia gonocoque 3 sites

Béta HCG**

Accident d'exposition sexuelle, AVEC TPE, AVEC « risque hépatite* » : bilan à S12 post exposition

Sérologie VIH

ARN VIH

Sérologie VHA

ALAT

Créatinine

Sérologie syphilis

PCR chlamydia gonocoque 3 sites

Béta HCG**

Accident d'exposition au sang : Bilan à S12 post exposition, avec ou sans TPE :

Sérologie VIH

Sérologie VHB

Sérologie VHC

ALAT

*Pour VHB : Personnes non immunisées pour VHB ; pour VHC : pratiques anales traumatisantes, chemsex, sujet source porteur du VHC non traité, sujet source usager de drogues intraveineuses

** Femmes en âge de procréer en l'absence de contraception : bilan initial et chaque fois que les femmes le souhaitent

AES : ordonnance type

Ecrire sur l'ordonnance :

AEV - sujet exposé

Delstrigo 1 par jour pendant 1 mois

Par ailleurs : expliquer au patient que le traitement est gratuit, qu'il faut faire des « étiquettes pharmacie UF 2094 » à l'accueil de l'hôpital dans le grand hall, puis aller chercher les médicaments à la pharmacie de l'hôpital.

NB : téléphone pharmacie 2 32 38 (vérifier ouverture) ; si fermé : donner les 3 premiers comprimés au patient (ils sont dans la pharmacie de la consultation ; demander aux IDE si vous ne savez pas où les trouver.

Cas particuliers :

Grossesse :

Truvada 1 par j + Tivicay 1 par j 30 j

ou Truvada 1 par j + Isentress 400 1 le matin 1 le soir 30 j

Insuffisance rénale : DFG < 50 ml par minute :

- Entre 30 et 50 ml par minute de clairance : Biktarvy 1 par j 30 j
- Clairance < 30 ml par minute : Tivicay 50 mg par j + Pifeltro 100 mg par j 30 j

20 - RAGE : Indications et modalités de vaccination

Indications à la vaccination 2026 :

-Contact avec chauve-souris quel que soit le contact.

-Piqûre griffure, salive sur plaie ou muqueuse : à l'étranger (et Guyane) quand la rage y circule chez les chiens ou la faune sauvage.

-Piqûre griffure, salive sur plaie ou muqueuse : par animal importé illégalement de façon avérée, ou ayant voyagé sans vaccination antirabique dans un pays où la rage circule encore.

Ne pas vacciner : dans tous les autres cas, y compris chat, chien, en France, même de propriétaire inconnu, avec animal non suspect ou inconnu (Exception : Guyane : indication à vaccination).

L'animal est infectant (= contagieux) via sa salive, à travers la peau. Quand il commence à être contagieux, sa survie maximale est de 15 jours (en pratique 4 à 5 jours, jamais 10). En d'autres termes, il excrète du virus (= il est contagieux) seulement 10-15 jours avant sa mort.

Modalités de vaccination :

Prophylaxie post exposition après morsure :

0.5 ml IM deltoïde (vaccin vero)

J0 : double dose

J7 : 1 dose

J21 : 1 dose

Prophylaxie pré exposition voyage :

J0 : 1 dose

J7 : 1 dose

En cas de morsure chez un sujet vacciné, faire une injection à J0 et une injection à J3. Contrôle sérologique à J15 post rappel SEULEMENT chez les patients immunodéprimés.

Prophylaxie pré exposition professionnelle (vétérinaire, travailleur de zoo, chiroptérologues) :

J0 : 1 dose

J7 : 1 dose

Sérologie de contrôle annuelle recommandée.

21 – GRIPPE- COVID

GRIPPE :

Le traitement anti viral n'est pas une alternative à la vaccination.
Repos, hydratation, Antipyrétiques, les AINS sont contre indiqués.

Oseltamivir (tamiflu) : 75 mg matin et soir 5 j
Patients immunodéprimés : 75 mg matin et soir 10 j

Les essais randomisés et leur méta analyses n'ont pas démontré d'intérêt sur la prévention des complications, les hospitalisations, ou la mortalité. Seules des données observationnelles suggèrent un intérêt sur ces paramètres.

Indications du traitement curatif (hors AMM – non remboursé) : personnes à risque de complications, y compris les femmes enceintes, patients hospitalisés, grippe grave.

A prendre pendant le repas (diminue le risque de nausées et de vomissements)
Débuter dès que possible dans les 2 j qui suivent le début des symptômes (efficacité non démontrée au-delà).
En cas de forme sévère, le traitement peut être débuté après ce délai.

Indications du traitement post exposition (hors AMM, non remboursé) : contact de sujet atteint de grippe avec dernier contact de moins de 48h, en cas de risque élevé de complications grippales.
Efficacité attendue : réduction de risque de grippe de 70 à 90%
Oseltamivir 75 mg matin et soir pendant 5 j

Suspicion de surinfection : amoxicilline acide clavulanique 1 g 3 fois par j 5 j.

COVID :

Patient non oxygéo dépendant :

Patient hors oxygène, asymptomatique à risque de covid sévère, ou symptomatique depuis moins de 5 j
Nirmatrelvir 150 : 2-0-2 + ritonavir 100 soit 1 cp 1-0-1 5 jours
DFG 30-60 : Nirmatrelvir 150 1- 0-1 + Ritonavir 1-0-1 5 j
DFG<30 et/ou dialyse : 300/100 J1 puis 150/100 une fois par j J2 J3 J4
Indication : patient à trisque élevé de covid 19 sévère
Recherche d'interactions sur <https://sfpt-fr.org/recospaxlovid>

En cas de contre indication au paxlovid et de risque élevé de covid sévère :

Remdesivir IV 200 mg J1 puis 100 mg par j pendant 3 j

Patient oxygénodépendant :

Remdesivir IV 200 mg J1 puis 100 mg/j (immunocompétent 5 j, immunodéprimé 10 j)
Pas de bénéfice prouvé dans cette indication
Dexaméthasone 6 mg par j 5 j
Si mauvaise évolution à H72 et persistance CRP > 50 : discuter tocilizumab IV 8 mg/kg

22- Précautions complémentaires 2026

Situation	Précautions contact	Précautions respiratoires Si temps avec le patient < 15 minutes	Précautions respiratoires Si temps avec le patient > 15 minutes, ou procédures générant des aérosols*	Levée des précautions
BMR : SARM, BLSE, HCASE, Pyo Cefta R ou Imipenem R, Acinetobacter Imipenem R	X			2 prélèvements négatifs à 1 semaine d'intervalle ou sortie du patient
BHR : BGN avec carbapénémase E faecium glycopeptide R	X			5 prélèvements négatifs sur un an
Candida auris	X			3 prélèvements négatifs à 1 semaine d'intervalle ou sortie du patient
Choléra	X			3 coprocultures négatives
C Difficile	X			8 j après la fin du traitement et disparition de la diarrhée
Coqueluche		Masque chirurgical	Masque FFP2	3 j si traitement par azythromycine 5 j si autre traitement antibiotique efficace 21 j après le début de la toux en l'absence de traitement
Covid		Masque chirurgical	Masque FFP2	7 j après le début des signes
Diphthérie**		Masque chirurgical	Masque FFP2	2 cultures négatives à 24h d'intervalle après arrêt des antibiotiques
Echovirus	X			7 j après le début des signes
Fièvres hémorragiques virales (Ebola, ...)**	X	Masque FFP2	Masque FFP2	Guérison clinique
Gale	X			24h après début de traitement
Gastro entérite aigue (Adénovirus, Norovirus, Enterovirus)	X			48h après la fin des signes
Giardiase	X			Guérison clinique
Grippe (Influenzae)		Masque chirurgical	Masque FFP2	Oseltamivir : 5 j après le début des signes Pas de traitement : 7 j après le début des signes
Infections respiratoires aigues Adenovirus, Bocavirus, Coronavirus saisonnier, Métapneumovirus, Rhinovirus, Chlamydia pneumoniae		Masque chirurgical	Masque FFP2	Guérison clinique
Herpès généralisé	X			Formation des croûtes
Herpès génital	X			Guérison clinique
Herpès néonatal	X			Jusqu'à la sortie
Lèpre		Masque chirurgical	Masque FFP2	Mise en place d'un traitement efficace
Méningocoque		Masque chirurgical	Masque FFP2	24h après traitement par C3G
M POX	X	Masque FFP2	Masque FFP2	Guérison clinique

*Procédure générant des aérosols : aérosols, kinésithérapie respiratoire avec induction de crachats, aspiration endotrachéale, ventilation au masque, ventilation non invasive, usage du masque à haute concentration, usage de l'optiflow

** Déclaration obligatoire

Précautions complémentaires 2026 (suite)

Situation	Précautions contact	Précautions respiratoires Si temps avec le patient < 15 minutes	Précautions respiratoires Si temps avec le patient > 15 minutes, ou procédures générant des aérosols*	Levée des précautions
Mycoplasme pneumonia		Masque chirurgical	Masque FFP2	3 j après le début d'un traitement efficace
Oreillons (Myxovirus parainfluenzae)		Masque chirurgical	Masque FFP2	9 j après le début de la parotidite
Peste pulmonaire** (Yersinia pestis)		Masque FFP2	Masque FFP2	3 j après le début d'un traitement efficace
Pneumopathie à Pneumocoque (Streptococcus pneumoniae)		Masque chirurgical	Masque FFP2	Guérison clinique
Rotavirus	X	Masque FFP2	Masque FFP2	8 j après la fin des signes
Rougeole ** (Morbillivirus hominis)		Masque FFP2	Masque FFP2	5 j après le début de l'éruption
Rubéole** (Rubivirus)		Masque chirurgical	Masque FFP2	14 j après le début de l'éruption
Salmonellose	X			7 j, avec 48h sans diarrhées
Infection invasive à Streptocoque pyogenes (groupe A) ou Scarlatine		Masque chirurgical	Masque FFP2	2 j après le début du traitement
Tuberculose respiratoire** (Mycobacterium tuberculosis)		Masque FFP2	Masque FFP2	14 j après le début du traitement
Varicelle	X	Masque FFP2	Masque FFP2	Décrustation des croûtes
VRS (bronchiolite ou infection respiratoire aigue)		Masque chirurgical	Masque FFP2	Guérison clinique
Zona généralisé	X	Masque FFP2	Masque FFP2	Jusqu'à disparition des lésions

*Procédure générant des aérosols : aérosols, kinésithérapie respiratoire avec induction de crachats, aspiration endotrachéale, ventilation au masque, ventilation non invasive, usage du masque à haute concentration, usage de l'optiflow

** Déclaration obligatoire