

Edition 2019 - v9

# ANTIBIO *Guide*

Référentiel d'antibiologie  
en établissements de santé du Grand-Est

2019 - v9

ANTIBIO  
*Guide*



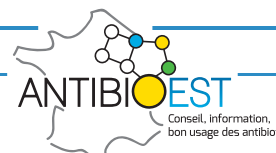
Association AntibioEst - Bâtiment Ph. Canton  
Hôpitaux de Brabois - 54511 Vandœuvre Cedex

E-mail : [antibioest@chru-nancy.fr](mailto:antibioest@chru-nancy.fr)

[www.antibioest.org](http://www.antibioest.org)



© AntibioEst v9 - Février 2019 - Crédits photo: Fotolia



## Préface

*Pour sa V9, notre Antibioguide change de «périmètre» ! Antibior est devenu AntibioEst et notre Antibioguide est désormais disponible pour tous les établissements de santé de la région Grand Est qui souhaiteront l'utiliser.*

*L'objectif reste inchangé : apporter une aide à la prescription des anti-infectieux à tous les prescripteurs des établissements de santé.*

*Mais le périmètre a changé, ce qui nous a permis d'accroître le nombre des experts sollicités, et vous constaterez que des collègues alsaciens et champardennais sont venus prêter main forte aux auteurs historiques issus de Lorraine.*

*Comme pour chaque nouvelle édition, nous nous sommes attachés à mettre à jour chaque recommandation en tenant compte des travaux et publications les plus récents, français, européens ou nord-américains.*

*Notre prétention n'est nullement d'inventer nos propres recommandations mais bien de mettre à votre disposition une version la plus actualisée possible des recommandations existantes sous un format simple, facilement exploitable et transportable. Ainsi, ce format papier a l'avantage de tenir dans la poche ... mais il est vrai que pour les mises à jour, rien n'est plus pratique que la version électronique, raison pour laquelle vous pouvez retrouver cet ouvrage sur votre smartphone tant sous IOS que sous Android.*

*Que soient remerciés ici tous les auteurs de cette nouvelle version. Avec une mention spéciale pour ceux qui ont coordonné cette mise à jour : les docteurs F. Goehringer et C. Vallance et notre secrétaire « perpétuelle », Ch Barthélémy.*

*Bonne réception et bonne lecture de cette première édition « Grand Est » que je vous engage à conserver car elle, aussi, sera collector !*

*Pr Ch. RABAUD*

*Président du réseau AntibioEst*

### Liste des auteurs

Marie ANDRÉ	Philippe JUDLIN
Xavier ARGEMI	Marc LADRIÈRE
Sybille BEVILACQUA	Nicolas LEFEBVRE
Laurence BOYER	Marie-Claire MACHOUART
Alexandre CHARMILLON	Martin MARTINOT
Joël COUSSON	Thierry MAY
Béatrice DEMORÉ	Joy MOOTIEN
Arnaud FLORENTIN	Yohan NGUYEN
François GOEHRINGER	Jean-Pierre PERTEK
Sandrine HÉNARD	Christian RABAUD
Alexia HERMITTE	Grégory RONDELOT
Bruno HOEN	Nadia SAÏDANI
Caroline JACQUET	Christophe STRADY
Eliette JEANMAIRE	Camille VALLANCE
Hélène JEULIN	

# ANTIBIO Guide

Référentiel d'antibiologie  
en établissements de santé du Grand-Est



Edition 2019 v9

L'Antibioguide est une aide à la prescription dont le contenu ne se substitue pas à la responsabilité de prescription du médecin.

## SOMMAIRE

## 1 SITUATIONS CLINIQUES

Examens diagnostiques.....	p 7
Infections abdominales.....	p 9
Diarrhées.....	p 15
Infections urinaires : cystites.....	p 17
Infections urinaires : pyélonéphrites.....	p 19
Infections urinaires masculines.....	p 21
Prostatites chroniques et épидидymites.....	p 23
Infections urinaires au cours de la grossesse.....	p 25
Infections génitales hautes.....	p 29
Infections sexuellement transmissibles.....	p 31
Infections respiratoires.....	p 33
Infections neuro-méningées.....	p 45
Infections ORL.....	p 51
Bactériémies.....	p 55
Endocardites à streptocoques et entérocoques.....	p 59
Endocardites à staphylocoques.....	p 61
Traitement probabiliste pour le traitement initial d'une EI avant/sans documentation microbiologique.....	p 63
Infections peau et tissus mous.....	p 65
Maladie de Lyme.....	p 71
Infections ostéo-articulaires aiguës communautaires, traitement probabiliste.....	p 73
Infections ostéo-articulaires aiguës communautaires, traitement après documentation.....	p 75
Infections précoces sur prothèse articulaire.....	p 77
Infections oculaires.....	p 79
Infections fongiques.....	p 81

## 2 INFECTIONS SUR TERRAIN PARTICULIER

Infections chez le patient diabétique.....	p 85
Infections chez le patient neurotrophénique.....	p 91
Antibiotiques au cours de la grossesse.....	p 97
Posologie par voie générale chez l'adulte avec insuffisance rénale.....	p 101
Dosage des antibiotiques.....	p 119
Dosage des antifongiques.....	p 121
Interactions médicamenteuses entre les anti-infectieux et les principaux anti-rejets.....	p 122
Allergie à la pénicilline et aux céphalosporines.....	p 123

## 3 AGENTS INFECTIEUX

Staphylocoque.....	p 127
Streptocoque.....	p 129
Pneumocoque.....	p 131
Entérocoque.....	p 133
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (Bacille pyocyanique).....	p 135
<i>Acinetobacter baumannii</i> .....	p 137
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> .....	p 137
Entérobactérie BLSE.....	p 137
<i>Borrelia burgdorferi</i> cf. page 71	
<i>Helicobacter pylori</i> .....	p 139
Infection documentée à <i>C. difficile</i> .....	p 141
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Bacille de Koch).....	p 143
<i>Candida</i> .....	p 145
<i>Aspergillus</i> .....	p 149

## 4 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS D'EXAMENS

<b>Examens microbiologiques et virologiques</b>	
Prélèvements respiratoires.....	p 153
ECBU.....	p 155
LCR.....	p 157
Suspicion de méningite virale.....	p 159
<b>Sérologies en cours de grossesse</b>	
Toxoplasmose.....	p 161
Rubéole.....	p 161
Cytomégalovirus.....	p 163
Parvovirus B19.....	p 163
<b>Prévention de la transmission des agents infectieux</b> pour la gestion d'un prélèvement susceptible de contenir un AI de classe 4/3 (ex Ebola, Mers-CoV).....	p 165

## 5 ANTIBIOPROPHYLAXIE

Orthopédie - Traumatologie.....	p 169
Chirurgie vasculaire.....	p 173
Chirurgie cardiaque.....	p 175
Chirurgie thoracique.....	p 177
Chirurgie digestive.....	p 179
Neurochirurgie.....	p 183
Chirurgie urologique.....	p 185
Chirurgie gynécologique et obstétricale.....	p 189
Chirurgie plastique et ophtalmologique.....	p 193
Chirurgie ORL.....	p 195
Chirurgie en stomatologie et maxillo-faciale.....	p 197
Radiologie et médecine interventionnelle.....	p 199
Chirurgie bariatrique (IMC > 35kg/m <sup>2</sup> ) et de l'obèse.....	p 201
Prévention du tétanos.....	p 203
Chimioprophylaxie des méningites à <i>N. meningitidis</i> .....	p 203
Antibioprophylaxie des endocardites infectieuses.....	p 205

## 6 PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES AGENTS INFECTIEUX

Conduite à tenir en cas d'AES.....	p 209
Décolonisation des patients porteurs, colonisés ou infectés par des bactéries multirésistantes.....	p 213
Liste des maladies à déclaration obligatoire.....	p 215

## 7 TRAITEMENTS

Principaux antibiotiques.....	p 219
Antiparasitaires (non antibiotiques).....	p 239
Antifongiques systémiques.....	p 249
Antifongiques forme orale et usage local.....	p 255
Antiviraux.....	p 261
Modalités de perfusion des anti-infectieux.....	p 265



## Situations cliniques

Examens diagnostiques .....	p 7
Infections abdominales .....	p 9
Diarrhées .....	p 15
Infections urinaires : cystites .....	p 17
Infections urinaires : pyélonéphrites .....	p 19
Infections urinaires masculines .....	p 21
Prostatites chroniques et épидidymites .....	p 23
Infections urinaires au cours de la grossesse .....	p 25
Infections génitales hautes .....	p 29
Infections sexuellement transmissibles .....	p 31
Infections respiratoires .....	p 33
Infections neuro-méningées .....	p 45
Infections ORL .....	p 51
Bactériémies .....	p 55
Endocardites à streptocoques et entérocoques .....	p 59
Endocardites à staphylocoques .....	p 61
Traitement probabiliste pour le traitement initial d'une EI avant/sans documentation microbiologique .....	p 63
Infections peau et tissus mous .....	p 65
Maladie de Lyme .....	p 71
Infections ostéo-articulaires Aigües Communautaires, traitement probabiliste .....	p 73
Infections ostéo-articulaires Aigües Communautaires, traitement après documentation .....	p 75
Infections précoces sur prothèse articulaire .....	p 77
Infections oculaires .....	p 79
Infections fongiques .....	p 81

## EXAMENS DIAGNOSTIQUES

## EXAMENS À VISÉE DIAGNOSTIQUE DANS QUELQUES SITUATIONS CLINIQUES

Situation clinique	Examens à demander
<b>BRONCHOPNEUMOPATHIE</b>	Radio thoracique, Hémocultures, +/- Ag solubles légionelles dans les urines +/- Recherche de virus (Grippe, VRS...) +/- Sérologies (Légionelles, <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Chlamydia psittaci</i> (si contact avec oiseau), Mycoplasmes) +/- Ag solubles pneumocoque dans les urines seulement pour les cas graves réanimatoires
<b>MÉNINGITE</b>  <b>ENCÉPHALITE</b>	Hémocultures, procalcitonine Ponction lombaire avec analyse cyto-bactériologique, chimique, +/- anapath. + PCR Herpès dans le LCR +/- approche syndromique avec PCR multiplex (FilmArray...) Scanner cérébral et/ou IRM EEG
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGÜE</b>	Hémocultures, bandelette urinaire, ECBU Echographie rénale dans les 24 h si signe de complication. +/- UIV ou Uroscanner
<b>DIARRHÉE</b>	Coproculture selon le contexte : recherche de <i>Clostridium difficile</i> (si antibiothérapie ou si nosocomiale), recherche de virus dans les selles, examen parasitologique des selles (selon contexte)

## INFECTIONS ABDOMINALES • 1

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>INFECTION COMMUNAUTAIRE DU LIQUIDE D'ASCITE CIRRHOSÉ</b>	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella spp.</i> Entérocoque	Céfotaxime IV +perfusion albumine si paracentèse > 3 L j1-j3 ou Ceftriaxone IV <sup>6</sup> + perfusion albumine si paracentèse > 3 L j1-j3	1 g/6h   2 g x1/j	Après antibiogramme : Amoxiciline-ac. clavulanique IV ou Ofloxacine IV ou per os +perfusion albumine j1-j3	2-4 g x3/j  200 mg x2-3/j	5 jours si CG3 7 jours si autre
<b>PÉRITONITE COMMUNAUTAIRE PAR PERFORATION D'ORGANE CREUX PATIENT NON CHOQUE</b>	Polymicrobien Aéro-anaérobie	Céfotaxime + imidazolé <sup>1</sup> Ou Ceftriaxone IV + Imidazolé <sup>1</sup> Ou Amoxiciline-ac <sup>7</sup> clavulanique IV + Gentamicine IV	2g x 3/j  2g x 1/j  2g x 3/j  5-8 mg/kg/j	Allergie β Lactamines  Lévofoxacine IV <sup>7</sup> +Gentamicine IV + Imidazolé <sup>1</sup>  Ou Tigécycline IV	500mg x2 /j 5-8mg/kg/j  100 mg puis 50 mg x2 /j	Localisée 2-3 j Généralisée 5-7 j Durée de gentamicine max 48h
<b>PÉRITONITE COMMUNAUTAIRE PAR PERFORATION D'ORGANE CREUX PATIENT CHOQUE</b>	Polymicrobien Aéro-anaérobie Levures	Pipéracilline- tazobactam +/-Gentamicine +/- Antifongique IV <sup>2</sup>	16 g/IVSE <sup>3</sup> ou IVx4/j  5-8mg/kg/j			5-7 jours Durée de gentamicine max 48h
<b>PÉRITONITE POSTOPÉRAIRE ABCES INTRA-ABDOMINAUX PAS DE FACTEUR DE RISQUE BMR<sup>4</sup></b>	Polymicrobien <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Entérocoque parfois Levures Anaérobies	Pipéracilline- tazobactam IV  +/- Amikacine IV +/- Vancomycine IV <sup>5</sup> (selon choc) +/- antifongique IV <sup>2</sup>	16 g/j (dose de charge de 4g en 30 min suivie d'une perfusion prolongée sur 3h)  20-30 mg/kg/j	Allergie avérée β lactamines Ciprofloxacine IV <sup>7</sup> +Amikacine IV + Imidazolé <sup>1</sup> +Vancomycine IV <sup>5</sup> Ou Aztréonam IV +Amikacine IV +imidazolé <sup>1</sup> +Vancomycine <sup>5</sup> Ou Tigécycline IV + Ciprofloxacine IV <sup>7</sup>	400 mg x2-3/j 20-30 mg/kg/j  1 gx3 /j 20-30 mg/kg/j  100 mg puis 50 mgx2/j 400 mg x 2-3/j	8 jours Durée amikacine max 48h

## INFECTIONS ABDOMINALES - 2

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>PERITONITE POSTOPERATOIRE ABCES INTRA- ABDOMINAUX FACTEUR DE RISQUE BMR 4</b>	Polymicrobien BMR <i>Pseudomonas aeruginosa</i> BMR Entérocoques parfois Levures Anaérobie	Imipénème IV Ou Méropénème IV +/- amikacine IV +/- vancomycine <sup>5</sup> (selon choc) +/- antifongique IV <sup>2</sup>	1 g x 3/j  2 g x3/j 20-30 mg/kg/j			8 jours  Durée d'amikacine max 48h
<b>APPENDICITE INFLAMMATOIRE</b>	Cf. ATB prophylaxie	Céfotaxime IV Ou Amoxiciline-ac. Clavulanique IV	2 g  2 g	Allergie avérée β lactamines gentamicine + imidazolé <sup>1</sup>	3-5 mg/kg/j	Dose unique
<b>APPENDICITE SUPPURÉE OU PÉRITONITE LOCALISÉE</b>	cf Péritonite communautaire Non choqué					2 à 5 j
<b>PANCREATITE AIGUE</b>	Pas d'ATB sauf angiocholite associée					
<b>INFECTION DE NECROSE DE PANCREAS (2<sup>ème</sup> SEMAINE D'EVOLUTION) APRES PRELEVEMENTS</b>	Entérobactéries ( <i>E. coli</i> ) Entérocoques staphylocoques Anaérobies levures	Céfotaxime IV + Imidazolé <sup>1</sup> Ou Ceftriaxone IV <sup>6</sup> + imidazolé <sup>1</sup> +/- vancomycine <sup>5</sup> IV +/- antifongique IV <sup>2</sup>	2 g x3/j  2 g x1/j	imipénème IV Ou méropénème IV Ou ciprofloxacine IV + imidazolé <sup>1</sup> +/- vancomycine IV <sup>5</sup> +/- antifongique IV <sup>2</sup>	1g x 3/j  1g x3/j 400mg x2 à 3/j	Associer au drainage
<b>ANGIOCHOLITE SPONTANÉE</b>	Entérobactérie ( <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> ) Entérocoque	Ceftriaxone IV <sup>6</sup> (à privilégier dans cette indication) + imidazolé <sup>1</sup> Ou Céfotaxime IV + Imidazolé <sup>1</sup> Ou Amoxiciline-ac. clavulanique IV Ou Pipéracilline- tazobactam IV + gentamicine 5-8 mg/kg/j si sepsis sévère	2 g x1/j  2 g x3/j  2 g x3/j  4 gx3/j	Allergie β lactamines Lévofloxacine IV + imidazolé <sup>1</sup>  + gentamicine 5-8 mg/kg/j si sepsis sévère	500mg x2/j	10 jours Durée de genta- micine <3-5 j

## INFECTIONS ABDOMINALES • 3

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>ANGIOCHOLITE POST-INTERVENTIONNELLE</b>	cf péritonite post-opératoire					
<b>SIGMOÏDITE NON COMPLIQUÉE</b>	Polymicrobien aéro-anaérobie	Amoxiciline-ac. clavulanique IV + Ou Céfotaxime IV + imidazolé <sup>1</sup> Ou Ceftriaxone IV + imidazolé <sup>1</sup>	1g/8h  1 gx3/j  2 g x1/j	Allergie avérée β lactamines Ofloxacin IV ou PO + imidazolé <sup>1</sup> Ou Gentamicine IV + imidazolé <sup>1</sup>	200 mg x 2/j  3-5 mg/kg/	7-10 jours

<sup>1</sup> Imidazolé soit métronidazole 500 mg x3/j soit ornidazole 1.5 g/j.

<sup>2</sup> Traitement antifongique probabiliste si :

- Péritonite grave et 3 parmi 4 critères :  
État de choc  
Sexe féminin  
Chirurgie sus-mésocolique  
Antibiothérapie depuis plus de 48 h
- Levures à l'examen (directe ou culture) dans les péritonites communautaires graves et en tous cas dans les péritonites nosocomiales.

<sup>3</sup> Après dose de charge de 4 g sur 30 mn.

Echinocandines à préférer dans la plupart des cas, en particulier si état de choc ou exposition aux azolés dans les 3 mois ou facteurs de risque pour infection à *C.glabrata* ou *C.krusei*.

<sup>4</sup> risque BMR si 2 critères sur 6 parmi

- Traitement par CG3 ou FQ dans les 3 derniers mois
- Présence de BLSE ou *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ceftazidime Car R dans les 3 mois
- Hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois
- Vivant EPHAD avec SV à demeure ou gastrostomie
- Echec du traitement par CG3, FQ ou pipéracilline + tazobactam
- Récidive précoce (<15 jours) d'une infection traitée par pipéracilline-tazobactam pendant au moins 3 jours.

<sup>5</sup> Vancomycine charge de 20 mg/kg sur une heure (basée sur le poids réel) puis perfusion continue de 30-40 mg/kg/j. Pour la vancocinémie cible cf. p 119.

<sup>6</sup> Ceftriaxone utilisable en SC si capital veineux insuffisant.

<sup>7</sup> relais PO dès reprise du transit.



## DIARRHÉES

MESURES ASSOCIÉES : Hygiène des mains, de l'eau et de l'alimentation, contrôle

de la chaîne alimentaire.

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE</b> (déclaration obligatoire voir page 215)	<i>Salmonella</i> non typhique	Abstention*		Ciprofloxacine PO ou lévofloxacine PO ou azithromycine PO ou Ceftriaxone IV	500 mg x 2/j 500 mg x 1/j 500 mg x 1/j (hors AMM) 2 g/j (si voie orale impossible)	<b>3 j</b>
	<i>Staph. aureus</i> <i>Bacillus cereus</i> <i>Cl. perfringens</i> <i>E. coli</i> entérotoxigène	Abstention				
<b>AUTRES SITUATIONS</b>						
<b>FIÈVRE TYPHOÏDE</b>	<i>Salmonella typhi</i>	Ceftriaxone IV	60 à 75 mg/kg/j (maxi 4g/j)	Ciprofloxacine PO** ou Azithromycine PO**	15 mg/kg/j soit 500 mg x 2/j adulte 10 mg/kg/j soit 500 mg/j adulte	<b>5 à 7 j formes non compliquées**</b> <b>10 à 14 j si formes compliquées</b>
<b>DIARRHÉE BACTÉRIENNE</b>	<i>Yersinia enterocolitica</i>	Ciprofloxacine PO	500 mg x 2/j	Doxycycline PO Cotrimoxazole fort	100 mg x 2/j 1-0-1	<b>7 j</b>
	Shigelle	Ciprofloxacine PO	500 mg x 2/j	Azithromycine PO ou Ceftriaxone IV, IM	500 mg 1 x/j 1 g à 2 g/j si traitement PO impossible ou résistance aux FQ	<b>3 j</b> <b>1 j si azithromycine</b>
	Campylobacter	Azithromycine	1 g en une prise	Ciprofloxacine PO**	500 mg x 2/j	<b>1 j si azithromycine</b> <b>3 j si ciprofloxacine</b>
<b>DIARRHÉE PARASITAIRE</b>	<i>Giardia intestinalis</i>	Metronidazole PO	250 mg x 3/J			<b>5 à 7 j</b>
	<i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazole PO +Tiliquinol PO	500 mg x 3/J 2 cp x 2/j			<b>7 à 10 j</b>
<b>DIARRHÉE VIRALE</b>	Parvovirus Rotavirus Calicivirus Adénovirus	Abstention				
<b>COLITE PSEUDO-MEMBRANEUSE</b>	<i>Clostridium difficile</i>	cf. chap 3				

\* sauf si sujet âgé, jeune enfant, sujet présentant un déficit immunitaire ou porteur d'une prothèse vasculaire ou articulaire, patient drépanocytaire et au cours des formes sévères.

\*\* Selon l'antibiogramme et CMI à la Ciprofloxacine (avis spécialisé pour le choix).

## INFECTIONS URINAIRES : CYSTITES

Adaptées de l'actualisation 2017 des recommandations 2014

SYNDROMES OU SITUATIONS	ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE	ALTERNATIVE	ANTIBIOTHÉRAPIE DOCUMENTÉE
<b>CYSTITE SIMPLE (BU RECOMMANDÉE)</b>	Fosfomycine-trométamol 3 g dose unique	Pivmécillinam ( 400 mg x 2/j pendant 5 j	
<b>CYSTITE À RISQUE DE COMPLICATION (ECBU AVANT TRAITEMENT)</b>	Nitrofurantoïne 100 mg x 3/j pendant 7 j ou Fosfomycine-trométamol 3 g à J1, J3 et J5		Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 7 j Pivmécillinam 400 mg x 2/j pdt 7 j Nitrofurantoïne 100 mg x 3/j pdt 7 Fosfomycine-trométamol 3 g J1, J3 et J5 Triméthoprim 300 mg x1/j pdt 5j
<b>CYSTITE RÉCIDIVANTE</b>	Si au moins 1 épisode par mois et après échec des mesures prophylactique non antibiotique : - Cystite post-coïtale : triméthoprim** 150 mg 1cp dans les 2 h précédent ou suivant le rapport (max 1 fois/j) ou Fosfomycine-trométamol 3 g dose unique dans les 2 h précédent ou suivant le rapport (max tous les 7 j)	- Autre situations : Triméthoprim** 150 mg/j ou Fosfomycine trométamol 3 g dose unique tous les 7 j	

\* Sauf si traitement par fluoroquinolone dans les 6 derniers mois.

\*\* en cas d'indisponibilité du triméthoprim, le triméthoprim-sulfaméthoxazole 80/400 mg est une alternative.

## INFECTIONS URINAIRES : PYÉLONEPHRITES

Adaptées de l'actualisation 2017 des recommandations 2014

SYNDROMES OU SITUATIONS	ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE	ALTERNATIVE	ANTIBIOTHÉRAPIE DOCUMENTÉE
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGUE SANS SIGNE DE GRAVITÉ</b>	- Si pas de facteurs de risque de complication* : Ciprofloxacine** 500 mg x2/J PO - Si facteurs de risque de complication* : Cefotaxime IV 1 à 2 g x3/j ou Ceftriaxone IV, IM ***** 1 à 2 g/j	Aztreonam 1 à 2 g x3/j Amikacine 30 mg/kg x 1/j	Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 10 j Amox-clav 1 g x 3/j pdt 10 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime « fort » 1cp x 2/j pdt 10 j Ofloxacine 200 mg x 2/j po pdt 7 j Ciprofloxacine 500 mg x2/j pdt 10 j Cefixime 200 mg x 2/j pdt 10 j
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGUE AVEC SIGNES DE GRAVITÉ</b>	Ceftriaxone IV, IM 2 g x 1/j ou Cefotaxime IV 2 g x 3/j + Amikacine 30 mg/kg x 1/j IV pdt 1 à 3 j - Si antécédent de EBLSE ***** et sepsis (quick SOFA > ou = 2) ou geste urologique urgent : Imipénème 1 g x 3/j IV + Amikacine 30 mg/kg/j pdt 1 à 3 j - Si choc septique et antécédent de EBLSE et/ou facteur de risque de EBLSE *** : Imipénème 1 g x 3/j) + Amikacine 30 mg/kg/j pdt 1 à 3 j	Aztreonam 2 g x 3/j IV + Amikacine(30 mg/kg x 1/j IV pdt 1 à 3 j	Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 10 j Amox-clav 1 g x 3/j pdt 10 j Cefixime 200 mg x 2/j pdt 10 j Ofloxacine 200mg x 2/j pdt 7 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime « fort » 1cp x 2/j pdt 10 j Ceftriaxone, IV, IM***** 1 g/j pdt 7j
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGUE DOCUMENTÉE À EBLSE SELON L'ANTIBIOGRAMME</b>			1 <sup>er</sup> choix : Ofloxacine 200 mg x 2/j PO pdt 7 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1 cp x 2/j pdt 10 j 2 <sup>ème</sup> choix : Amox-clav sur avis spécialisé Cefoxitine ( <i>E Coli</i> ) sur avis spécialisé Pipéracilline-tazobactam 16g/j sur avis spécialisé Témocilline sur avis spécialisé 3 <sup>ème</sup> choix : Aminosides sur avis spécialisé et en milieu hospitalier uniquement 4 <sup>ème</sup> choix : Imipénème 1 g x 3/j IV pdt 10 j ou Méropénème 1 à 2 g x 3/j ou Ertapénème 1 ou 2 g si > 80 kg

\* Facteurs de risque de complication : grossesse, anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, immunodépression grave, sexe masculin et enfant : insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30 ml/min), âge (patient de plus de 75 ans ou patient de plus de 65 ans avec ≥ 3 critères de fragilité (critères de Fried : vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite, perte de poids involontaire au cours de la dernière année).

\*\* Sauf si traitement par fluoroquinolones dans les 6 derniers mois.

\*\*\* Colonisation urinaire ou IU à EBLSE < 6 mois, antibiothérapie par pénicilline+inhibiteur, C2G ou C3G ou FQ < 6 mois, voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE, hospitalisation datant de < 3 mois, vie en institution.

\*\*\*\* En cas de capital veineux précaire et/ou patient sous anticoagulant la voie SC est utilisée.

\*\*\*\*\* Si antibiogramme de la colonisation connu et sensibilité à pipéracilline-tazobactam : privilégier pipéracilline-tazobactam 16g/j IV pour épargner l'imipénème.

## INFECTIONS URINAIRES MASCULINES

Adaptées de l'actualisation 2017 des recommandations 2014

SYNDROMES OU SITUATIONS	ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE	ALTERNATIVE	ANTIBIOTHÉRAPIE DOCUMENTÉE
<b>INFECTION URINAIRE MASCULINE SANS SIGNES DE GRAVITÉ</b>	Ceftriaxone IV, IM 2g x 1/j**** ou Cefotaxime IV 2 g x 3/j	Ciprofloxacine* 500 mg x 2/j PO Aztreonam 2 g x 3/j IV ou IM Amikacine 30 mg/kg x 1/j	Ofloxacine 200mg x 2/j PO pdt 14 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime « fort » 1 cp x 2/j pdt 14 j Ciprofloxacine 500 mg x2/j PO pdt 14 j Ceftriaxone IV, IM**** 2g x 1/j ou Cefotaxime IV 2 g x 3/j pdt 14 j Si uropathie sous jacente non corrigée durée de 21 j Amoxicilline 2 g x 3/j pdt 21 j seulement pour entérocoques
<b>INFECTION URINAIRE MASCULINE AVEC SIGNES DE GRAVITÉ</b>	Ceftriaxone IV, IM**** 2 g x 1/j ou Cefotaxime IV 2 g x 3/j + Amikacine 30 mg/kg x 1/j IV pdt 1 à 3 j - Si antécédent de EBLSE *** et sepsis (quick SOFA ≥ 2) ou geste urologique urgent : Imipénème 1 g x 3/j IV + Amikacine 30 mg/kg/j pdt 1 à 3 j - Si choc septique et antécédent de EBLSE et/ou facteur de risque de EBLSE ** : Imipénème 1 g x 3/j + Amikacine 30 mg/kg/j pdt 1 à 3 j	Aztreonam 2 g x 3/j IV + Amikacine 30 mg/kg x 1/j IV pdt 1 à 3 j	Ofloxacine 200 mg x 2/j PO pdt 14 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime « fort » 1cp x 2/j pdt 14 j Ciprofloxacine 500 mg x2/j PO pdt 14 j Ceftriaxone IV, IM**** 2g x 1/j ou Cefotaxime IV 2 g x 3/j pdt 14 j Si uropathie sous jacente non corrigée durée de 21 j Amoxicilline 2g x 3/j pdt 21 j seulement pour entérocoques
<b>INFECTION URINAIRE MASCULINE DOCUMENTÉE À EBLSE ET SELON L'ANTIBIOGRAMME</b>			1 <sup>er</sup> choix : Ofloxacine 200 mg x 2/j PO pdt 14 j 2 <sup>ème</sup> choix : Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1 cp x 2/j pdt 14 j Ciprofloxacine 500 mg x2/j PO pdt 14 j 3 <sup>ème</sup> choix : Cefoxitine (E Coli) sur avis spécialisé Pipéracilline-tazobactam 16 g/j sur avis spécialisé Témocilline sur avis spécialisé Aminosides sur avis spécialisé et en milieu hospitalier uniquement 4 <sup>ème</sup> choix : Imipénème (1 g x 3/j IV) pdt 14 j ou Méropénème (2 g x 3/j) ou Ertapénème (1 ou 2 g si > 80 kg)

\* Sauf si traitement par fluoroquinolones dans les 6 derniers mois.

\*\* Colonisation urinaire ou IU à EBLSE &lt; 6 mois, antibiothérapie par pénicilline+inhibiteur, C2G ou C3G ou FQ &lt; 6 mois, voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE, hospitalisation datant de &lt; 3 mois, vie en institution.

\*\*\*Si antibiogramme de la colonisation connu et sensibilité à pipéracilline-tazobactam : privilégier pipéracilline-tazobactam 16g/j IV pour épargner l'imipénème.

\*\*\*\* en cas de capital veineux précaire et/ou patient sous anticoagulant la voie SC est utilisable.

## PROSTATITES CHRONIQUES ET EPIDIDYMITES

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
PROSTATITE CHRONIQUE	<i>Chlamydia</i>	Doxycycline	100 mg x2 /j	Ofloxacin PO	200 mg x 2/j	3 semaines mais pas de recom- mandations
	Autres germes	selon ECU et antibiogramme Ofloxacin* PO	200 mg x 2/j	Cotrimoxazole forte	1cp x 2/j	
ORCHI-EPIDIDYMITE SUJET JEUNE	Gonocoque	Ceftriaxone IM	500 mg			<b>dose unique</b>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	+ Ofloxacin* PO	200 mg x2/j	Doxycycline PO	100 mg x2 /j	<b>10 jours</b>
EPIDIDYMITE SUJET ÂGÉ	Entérobactérie ( <i>Escherichia coli</i> )	C3G		Ofloxacin PO suivant antibiogramme	200 mg x 2/j	<b>3 à 4 semaines</b>
	ou Streptocoque Entérocoque	Amoxicilline IV, puis PO	2 g x 3/j			

\* les FQ ne sont pas recommandées si le patient en a reçu dans les 6 mois précédents quelle qu'en soit l'indication.

## INFECTIONS URINAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE . 1

Adaptées de l'actualisation 2017 des recommandations 2014

SYNDROMES OU SITUATIONS	ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE	ALTERNATIVE	ANTIBIOTHÉRAPIE DOCUMENTÉE
<b>COLONISATION URINAIRE GRAVIDIQUE</b>			1 <sup>er</sup> choix : Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 7 j 2 <sup>ème</sup> choix : Pivmécillinam 400 mg x 2/J pdt 7 j 3 <sup>ème</sup> choix : Fosfomycine trometamol 3g dose unique 4 <sup>ème</sup> choix : Triméthoprime 300 mg x1/j pdt 7 j (à éviter les 2 premiers mois) 5 <sup>ème</sup> choix (hiérarchie selon impact écologique) : Nitrofurantoin 100 mg x 3/j pdt 7 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1cp x 2/j pdt 7j (à éviter les 2 premiers mois) Amoxicilline-acide clavulanique 1 g x 3/j pdt 7 j (sauf si risque d'accouchement imminent), Cefixime 200 mg x 2/j pdt 7 j
<b>CYSTITE GRAVIDIQUE (ECBU RECOMMANDÉ)</b>	1 <sup>er</sup> choix : Fosfomycine-trométamol (3 g dose unique)  2 <sup>ème</sup> choix : Pivmécillinam (400 mg x 2/j pdt 5 j)		1 <sup>er</sup> choix : Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 7 j 2 <sup>ème</sup> choix : Fosfomycine trometamol 3 g dose unique ou Pivmécillinam 400 mg x 2/J pdt 7 j 3 <sup>ème</sup> choix : Triméthoprime 300 mg x1/j pdt 7 j (à éviter les 2 premiers mois) 4 <sup>ème</sup> choix (hiérarchie selon impact écologique) : Nitrofurantoin 100 mg x 3/j pdt 7 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1 cp x 2/j pdt 7 j (à éviter les 2 premiers mois) Amoxicilline-acide clavulanique 1 g x 3/ pdt 7 j (sauf si risque d'accouchement imminent), Cefixime 200 mg x 2/j pdt 7 j
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGUE GRAVIDIQUE SANS SIGNE DE GRAVITÉ</b>	Ceftriaxone IV, IM (2g x 1/j) ou Cefotaxime IV 2g x 3/j	Aztreonam (2g x 3/j IV ou IM) (en hospitalisation)  Ciprofloxacine* 500mg x2/j po	Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 10 j Amox-clav 1 g x 3/j pdt 10 j Cefixime 200 mg x 2/j pdt 10 j Ciprofloxacine 500 mg x 2/j po pdt 10 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1 cp x 2/j pdt 10 j

\* Sauf si traitement par fluoroquinolones dans les 6 derniers mois.

## INFECTIONS URINAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE . 2

Adaptées de l'actualisation 2017 des recommandations 2014

SYNDROMES OU SITUATIONS	ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE	ALTERNATIVE	ANTIBIOTHÉRAPIE DOCUMENTÉE
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGUE GRAVIDIQUE AVEC SIGNES DE GRAVITÉ</b>	Ceftriaxone IV, IM (2g x 1/j) ou Cefotaxime IV 2g x 3/j + Amikacine (30 mg/kg x 1/j IV pdt 1 à 3 j) - Si antécédent de EBLSE *** et sepsis (quick SOFA > ou = 2) ou geste urologique urgent : Imipénème (1 g x 3/j IV) + Amikacine (30 mg/kg/j pdt 1 à 3 j) - Si choc septique et antécédent de EBLSE et facteur de risque de EBLSE ** : Imipénème (1 g x 3/j) + Amikacine (30 mg/kg/j pdt 1 à 3 j)	Aztreonam (2g x 3/j IV ou IM) (en hospitalisation) + Amikacine (30 mg/kg x 1/j IV pdt 1 à 3 j)	Amoxicilline 1 g x 3/j pdt 10 j Amox-clav 1 g x 3/j pdt 10 j Cefixime 200 mg x 2/j pdt 10 j Ciprofloxacine 500 mg x 2/j po pdt 10 j Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1 cp x 2/j pdt 10 j (à éviter les 2 premiers mois)
<b>PYÉLONÉPHRITE AIGUE DOCUMENTÉE À EBLSE ET SELON L'ANTIBIOGRAMME</b>			1 <sup>er</sup> choix : Sulfaméthoxazole-triméthoprime "fort" 1 cp x 2/j pdt 10 j (à éviter les 2 premiers mois) 2 <sup>ème</sup> choix : Amox-clav sur avis spécialisé Cefoxitine ( <i>E Coli</i> ) sur avis spécialisé Pipéracilline-tazobactam 16 g/j sur avis spécialisé Témocilline sur avis spécialisé 3 <sup>ème</sup> choix : Aminosides sur avis spécialisé et en milieu hospitalier uniquement Ciprofloxacine 500 mg x 2/j pdt 10 j 4 <sup>ème</sup> choix : Imipénème (1 g x 3/j IV) pdt 10 j ou Méropénème (2 g x 3/j) ou Ertapénème (1 ou 2 g si > 80 kg)

\*\* Colonisation urinaire ou IU à EBLSE < 6 mois, antibiothérapie par pénicilline+inhibiteur, C2G ou C3G ou FQ < 6 mois, voyage récent en zone d'endémie d'EBLSE, hospitalisation datant de < 3 mois, vie en institution.

\*\*\* Si antibiogramme de la colonisation connu et sensibilité à Pipéracilline-tazobactam : privilégier Pipéracilline-tazobactam 16 g/j IV pour épargner l'Imipénème.

## INFECTIONS GENITALES HAUTES

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>INFECTIONS GENITALES HAUTES NON COMPLIQUEES</b> <b>Salpingite</b> <b>Endométrite</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> Gonocoque Entérobactéries Entérocoques Anaérobies	Doxycycline  + Metronidazole  (+/- Ceftriaxone)*	100 mg 2/j IV/PO  500 mg 3/j IV/PO  (500 mg 1 injection IM unique)			10 jours
<b>INFECTIONS GENITALES HAUTES COMPLIQUEES</b> <b>Pelvi-péritonite</b> <b>Pyosalpynx</b> <b>Abcès du Douglas</b> <b>Abcès tubo-ovariens</b> <b>Drainage chirurgical +++</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> Gonocoque Entérobactéries Entérocoques Anaérobies	Ceftriaxone  + Metronidazole  + Doxycycline	1 à 2 g 1 fois/j IV  500 mg 3/j IV/PO  100 mg 2/j IV/PO	Ofloxacine + Métronidazole ou Cefoxitine + Doxycycline	400 mg 2 fois/j IV/PO 500 mg 3 fois/j IV/PO  1 à 2 g 3 fois/j IV 100 mg 2 fois/j IV/PO	14 jours

\* Une injection IM complémentaire de Ceftriaxone 500 mg doit être associée secondairement en cas de découverte de gonocoque, ou d'emblée en fonction du contexte (haute prévalence, facteurs de risque, suivi aléatoire, ...).



## INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Actualisations issues de la Société Française de Dermatologie  
« Recommandations diagnostiques et thérapeutiques  
pour les maladies sexuellement transmissibles » de 2016.

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ÈRE</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
URETRITES	Gonocoque	Ceftriaxone + associer systéma- tiquement un traite- ment <i>antichlamydia</i> Azithromycine	500 mg en IM dose unique	Azithromycine ou Ciprofloxacine + associer systéma- tiquement un traitement <i>antichlamydia</i>	2 g PO dose unique  500 mg PO dose unique	Dose unique sauf Doxycycline et sauf traitement de <i>Mycoplasma</i> <i>Genitalium</i>
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>					
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Doxycycline ou Azithromycine	100 mg 2/j/7 j 1 g PO dose unique			
	LGV <i>Mycoplasma Genitalium</i>	Doxycycline  Azithromycine 500 mg le 1 <sup>er</sup> jour puis 250 mg les 4 j suivants	100 mg 2/j pt 21 j	si échec : Moxifloxacine	400 mg/j 10 à 14 jours	
<b>SYPHILIS PRECOCE (primaire, secondaire et latente &lt; 1 an)</b>	<i>Treponema pallidum</i>	Benzathine Pénicilline	2,4 MUI IM Dose unique	Doxycycline	100 mg 2/j PO pendant 14 jours	Dose unique ou 14 jours
<b>SYPHILIS TARDIVE (latente &gt; 1 an)</b>	<i>Treponema pallidum</i>	Benzathine Pénicilline	2,4 MUI IM 3 injections à une semaine d'intervalle	Doxycycline	100 mg 2/j PO pendant 28 jours	3 doses ou 28 jours
<b>NEUROSYPHILIS ET SYPHILIS TERTIAIRE  Hospitalisation et PL</b>	<i>Treponema pallidum</i>	Pénicilline G	20 MUI/j			10 à 15 jours

## INFECTIONS RESPIRATOIRES • 1

(conférence de consensus SPILF mars 2006 et mise au point AFSSAPS 2010)

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>PNEUMONIES COMMUNAUTAIRES NON GRAVES HOSPITALISÉES</b>						
<b>PNEUMONIES HORS CONTEXTE GRIPPAL</b>						
<b>SUJETS JEUNES SANS COMORBIDITÉ</b>	Pneumocoque <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Amoxicilline PO ou IV ou Pristinamycine PO	1 g x 3 /j  1 g x 3/j	Si échec β lactamine à 48-72h : ajouter un macrolide ou substituer par Pristinamycine PO	1 g x 3/j	<b>5-7 j</b>
<b>SUJETS ÂGÉS OU COMORBIDITÉ</b>	Pneumocoque <i>H.influenzae</i> Entérobactéries <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Amoxicilline - acide clavulanique PO, IV ou Céfotaxime IV ou Ceftriaxone IV, IM	1 g x 3/j  1-2 g x 3/j  1-2 g x 1 /j	Si échec β lactamine à 48-72h : Ajouter un macrolide ou substituer par Lévofloxacine PO*	500 mg x 1 à 2/j (selon le poids)	<b>7 j</b>
<b>LÉGIONELLOSE</b>	<i>Legionella pneumophila</i>	Azithromycine PO	500 mg x 1/j	Clarithromycine PO ou roxithromycine PO ou josamycine PO ou spiramycine PO ou érythromycine PO	500 mg x 2/j 150 mg x 2/j 1 g x 2/j 3M UI x 3/j 1 g x 3/j	<b>5 j pour l'azi- thromycine 8-14 j pour les autres macro- lides</b>
<b>PNEUMONIES CONTEXTE GRIPPAL</b>						
<b>SUJETS JEUNES SANS COMORBIDITÉ</b>	<i>S aureus</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Streptococcus pyogènes A</i>	Amoxicilline - acide clavulanique PO, IV	1 g x 3/j	Pristinamycine PO	1 g x 3/j	<b>7 j</b>
<b>SUJETS ÂGÉS OU COMORBIDITÉS</b>		Amoxicilline - acide clavulanique PO, IV ou Céfotaxime IV (ou Ceftriaxone IV, IM, SC)**	1 g x 3/j 1-2 g x 3/j 1-2 g x 1/j	Lévofloxacine PO	500 mg x 1/j	

\* Les fluoroquinolones ne doivent pas être prescrites si le patient a reçu une fluoroquinolone, quelle qu'en soit l'indication, dans les 3 derniers mois. Il est recommandé de les utiliser avec prudence en institution (risque de transmission de souches résistantes) et chez le sujet âgé.

\*\* Le Céfotaxime est à utiliser préférentiellement en raison d'une meilleure activité intrinsèque sur *Staphylococcus* et en raison de l'impact de la ceftriaxone sur le microbiote.

## INFECTIONS RESPIRATOIRES • 2

(conférence de consensus SPILF mars 2006 et mise au point AFSSAPS 2010)

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>PNEUMONIES COMMUNAUTAIRES GRAVES USI, REANIMATION</b>						
<b>PNEUMONIES HORS CONTEXTE GRIPPAL</b>						
<b>SUJETS JEUNES, SUJETS ÂGÉS, SUJETS AVEC COMORBIDITÉ</b>	Pneumocoques Intracellulaires	Céfotaxime IV ou Ceftriaxone IV, IM, SC + macrolides IV	1-2 g x 3/j  1-2 g/j	Céfotaxime IV ou Ceftriaxone IV, IM, SC + Lévofloxacine IV*	1-2 g x 3/j  1-2 g/j 500 mg x 1/j	<b>7 - j</b>
<b>TOUS SUJETS SI SUSPICION P. AERUGINOSA</b>	Suspicion de <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Piper-Tazo IV + Amikacine IV ou Tobramycine IV + Macrolide IV ou Ciprofloxacine Si le choix est Ciprofloxacine : on peut laisser tomber l'Aminoside.	4 g x 3/j 15 à 30 mg/kg/j 3 à 8 mg/kg/j	Céfépime IV ou Impipénème IV + Amiklin IV ou Tobramycine IV + Macrolide IV ou Ciprofloxacine	2 g x 2 à 3/j 1 g x 3/j 15 à 30 mg/kg/j 3 à 8 mg/kg/j	<b>7-14 j aminoside &lt; 3 j</b>
<b>LÉGIONELLOSE (Y COMPRIS LE PATIENT IMMUNODÉPRIMÉ)</b>	<i>Legionella pneumophila</i>	Association Fluoroquinolone IV puis PO (préférentiellement Lévofloxacine) + Macrolide IV puis PO (préférentiellement Spiramycine) ou Azithromycine PO	500 mg x 2/j  3 M UI x 3/j  500 mg/j	Autre association de 2 molécules au sein de 3 familles : • Fluroquinolone IV : Lévofloxacine Ofloxacine Ciprofloxacine  • Macrolide IV : Spiramycine Erythromycine  • Rifampicine IV	500 mg x 2/j 800 mg en 2-3 perf./j 400 mg x 3/j  3 M UI x 3/j 1 g x 3-4/j  2 x 10 mg/kg/j	<b>21 j 10 j pour l'azithromycine</b>
<b>PNEUMONIES CONTEXTE GRIPPAL</b>						
<b>CAS GÉNÉRAL</b>	<i>S aureus</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Streptococcus pyogènes A</i>	Céfotaxime IV +/- Macrolide IV	1-2 g x 3/j	Céfotaxime IV +/- Lévofloxacine IV*	1-2 g x 3/j 500 mg x 1/j	<b>7 j</b>
<b>PNEUMONIE GRAVISSIME, PNEUMONIE NÉCROSANTE</b>	<i>S aureus</i> sécréteur de la leucocidine de Panton Valentine	Céfotaxime IV + Glycopeptide + (Clindamycine ou Rifampicine)	1-2 g x 3/j  600 mg x3/j 20 mg /kg/j	Céfotaxime IV + Linézolide IV	2 g x 3/j 600 mg x 2/j	<b>7-14 j</b>

\* les fluoroquinolones antipneumococciques ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu une fluoroquinolone quelle qu'en soit l'indication depuis moins de 3 mois.

## INFECTIONS RESPIRATOIRES • 3

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>ABCÈS DU POU MON</b> (drainage bronchique et kinésithérapie respiratoire)	BGN Staphylocoque Anaérobies	Amoxicilline + ac clavulanique +/- Aminoside IV	1 g x 3/j	Céfotaxime + Métronidazole ou Piper-tazo IV ou Lévofloxacine IV + Métronidazole +/- Aminoside si sepsis	2g x 3/j  4 g x 4/j  500 mg x 2/j 500 mg x 3/j	<b>Usuellement de 4 à 6 sem.</b> (Aminoside <3 j) <b>mais durée très variable selon la présentation clinique initiale</b>
<b>PLEURÉSIE PURULENTE</b>	Idem abcès (drainage +++)					<b>3 à 4 sem.</b>
<b>PNEUMOPATHIE, D'INHALATION</b>	BGN, Anaérobies	Amoxicilline + ac clavulanique	1 g x 3/j	Céfotaxime + Métronidazole	1- 2 g/j 500 mg x 3/j	<b>5-7 j</b>

### EXACERBATIONS AIGÛES DE BPCO

(conférence de consensus SPILF mars 2006 et mise au point AFSSAPS 2010)

<b>BRONCHITE AIGÛE SUJET SAIN</b>	Virus	Pas d'antibiotique				
<b>ABSENCE DE DYSPNÉE<sup>§</sup></b> • Bronchite chronique simple • BPCO stades I • BPCO stade II 50% <VEMS <80% Expectoration chronique	Virus +++ Pneumocoque <i>H influenzae</i> <i>M catarrhalis</i> Entérobactéries					
<b>DYSPNÉE D'EFFORT<sup>§</sup></b> <b>BPCO stade III</b> 30% <VEMS <50%	Virus +++ Pneumocoque <i>H influenzae</i> <i>M catarrhalis</i> Entérobactéries	Antibiothérapie seulement si franche expectoration purulente verdâtre Amoxicilline PO	1 g x 3/j pt 5 j	Pristinamycine PO Ou Cefuroxime PO Cefpodoxime PO Céfotiam PO	1g x 3/j  250mg x 2/j 200 mg x 2/j 200 mg x 2/j	<b>4 j</b>  <b>5 j</b> <b>5 j</b> <b>5 j</b>
<b>DYSPNÉE DE REPOS<sup>§</sup></b> <b>BPCO stade IV</b> VEMS<30% Hypoxémie de repos ou VEMS<50% si PaO2<60 mmHg	Virus +++ Pneumocoque <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> Entérobactéries <i>P aeruginosa</i>	Antibiothérapie systématique Amox + Ac clavulanique PO	1 g x 3/j pt 5 j	Ceftriaxone IV,IM,SC Lévofloxacine PO**  Ciprofloxacine PO** seulement si colonisation pulmonaire connue à <i>pseudomonas aeruginosa</i>	1 g x 1/j 500 mg x 1/j  500 mg x 2/j	<b>5 j</b>

§ à l'état de base en dehors de toute exacerbation.

\*\* les fluoroquinolones antipneumococques ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu une fluoroquinolone quelle qu'en soit l'indication depuis moins de 3 mois.

**INFECTIONS RESPIRATOIRES • 4****Pneumonies associées aux soins\*****DIAGNOSTIC DES PNEUMONIES ASSOCIÉES AUX SOINS\*****Suspicion clinique de pneumopathie :**

- **Critère radiologique**
  - Apparition ou aggravation d'infiltrats évocateurs
- **Et au moins un critère de syndrome infectieux :**
  - Hyperthermie > 38°C sans autre cause
  - GB > 12 G/L ou < 4 G/L
- **Et au moins un critère parmi :**
  - Toux ou dyspnée
  - Apparition ou modification de sécrétions purulentes
  - Signes auscultatoires en foyer
  - Aggravation gazométrique

**Recherche bactériologique recommandée :**

- prélèvement distal protégé
- LBA
- brosse
- ECBC
- aspiration trachéale
- Hémocultures

*\*Pneumonie associée à la ventilation mécanique et pneumonie sévère acquise à l'hôpital (par définition, survenant respectivement après 48h de ventilation mécanique ou d'hospitalisation).*

*Références : Recommandations formalisées d'experts 2017.*

## INFECTIONS RESPIRATOIRES • 5

## Pneumonies associées aux soins

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>PNEUMONIES ASSOCIÉES AUX SOINS PRÉCOCES &lt; 5 J SANS FACTEURS DE RISQUE DE BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES*</b>	- Entérobactéries - <i>Haemophilus influenzae</i> - SAMS - Pneumocoque	Amoxicilline - acclavulanique IV ± Aminoside si sepsis sévère ou Céfotaxime IV ou Ceftriaxone IV, IM, SC	2 g x 3/j   2 g x 3/j  2 g/j	Lévofloxacine IV, PO dès que possible	500 mg x 2/j	<b>7 j</b>
<b>PNEUMONIES ASSOCIÉES AUX SOINS TARDIVES &gt; 5 j OU PRÉCOCES AVEC FACTEURS DE RISQUE DE BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES*</b>	- Entérobactéries résistantes  <i>Si Pseudomonas aeruginosa</i> cf. p 135 <i>Acinetobacter</i> <i>Stenotrophomonas</i> cf. p 137	Céfépime IV ou Piperaciline-tazobactam Ou Imipénème ou Méropénème + Amikacine ± Linézolide	2 g x 3/j 4 g x 4/j IV  1 g x 3/j IV 1-2 g x 3/j IV  20-30 mg/kg/j 3 j (max 5j)  600 mg x 2/j PO ou IV en privilégiant PO	Aztreonam + Clindamycine + Amikacine  +/- Vancomycine <sup>1</sup> ou Linézolide	1-2 g x 3/j  600 mg x 3-4/j  20 à 30 mg/kg/j  600 mg x 2/j	<b>7 j</b>  y compris pour les bacilles à Gram négatifs non fermentant en dehors de certaines situations où une durée plus longue est recommandée (immunodépression, empyème, pneumonie nécrosante ou abcédée.

**Facteurs de risque de bactéries multi-résistantes (BMR)**

- Antibiothérapie dans les 90 j
- Hospitalisation
  - Actuelle de plus de 5 j (surtout si écologie locale en faveur de BMR)
  - Récente, de plus de 2 j dans les 90 j
- Résidence en SSR, Long séjour, MDR médicalisée, ou soins à domicile
- Dialyse chronique
- Immunodéprimé

<sup>1</sup> 30-40 mg/kg/j (après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure)

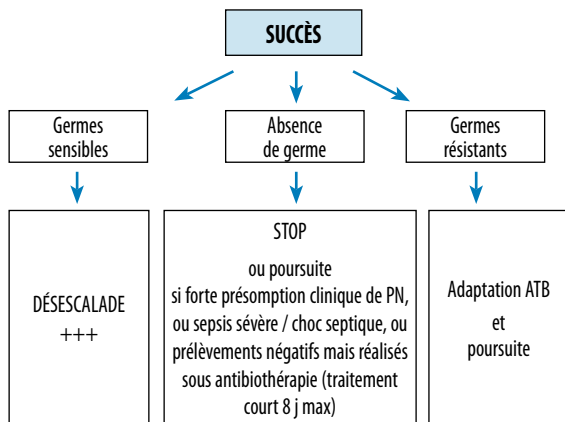
Pour vancomycine cible cf. page 119.

## INFECTIONS RESPIRATOIRES • 6

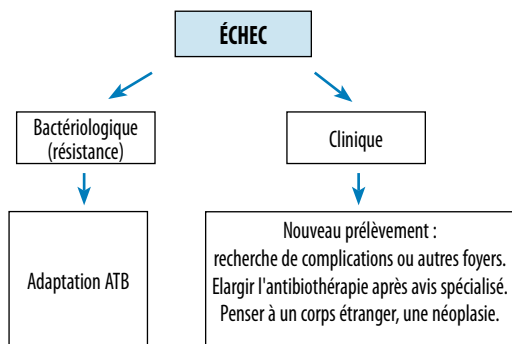
## Pneumonies associées aux soins

## PNEUMONIES ASSOCIÉES AUX SOINS ET DÉESCALADE ANTIBIOTIQUE

## Evaluation du traitement H48 - H72



ATB : antibiotique, PN pneumopathie nosocomiale



## INFECTIONS NEURO-MÉNINGÉES - 1

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>MENINGITE</b>  <b>ENFANTS &gt; 3 MOIS, ADULTES</b> <b>ANTIBIOTHÉRAPIE INITIALE*</b>	Cocci à Gram +*	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***	300 mg/kg/j 100 mg/kg/j	Vancomycine****  + Rifampicine IV ou Fosfomycine IV	20-30 mg/kg sans dépasser 1 g/h puis Adu. : 30-60 mg/kg/j Enf. : 60 mg/kg/j  Adu.: 10 mg/kg/12h, enf.: 20 mg/kg/12 h  4 g x 3/j	<b>14 j si pas de documentation bactériologique</b>
	Cocci à Gram -*	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j	Lévofloxacine IV**** (PO dès que possible)	500 mg x2/j	
	Bacille à Gram +	Amoxicilline IV + Gentamicine IV	200 mg/kg/j 5 mg/kg/j	Amoxicilline IV + Cotrimoxazole IV	200 mg/kg/j 2 Amp x3/j	
	Bacille à Gram -*	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j	Lévofloxacine IV**** (PO dès que possible)	500 mg x2/j	
	Examen direct négatif  et si suspicion de <i>Listeria</i>	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***  + Amoxicilline IV + Gentamicine IV	300 mg/kg/j 100 mg/kg/j  200 mg/kg/j 5 mg/kg/j	-  -	-  -	
<b>MENINGITE</b>  <b>ENFANTS &gt; 3 MOIS, ADULTES</b> <b>ANTIBIOTHÉRAPIE APRÈS DOCUMENTATION BACTÉRIOLOGIQUE*</b>	Pneumocoque Si CMI C3G < 0,5 mg/L et CMI Amoxicilline < ou = à 0,5 mg/L	Amoxicilline IV	200 mg/kg/j	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j	<b>10-14 jours (10 j si CMI C3G ≤ 0,5 mg/l et si évolution favorable dès 48 h)</b>
	Pneumocoque CMI Amoxicilline > 0,5 mg/l	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***  Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***	300 mg/kg/j 100 mg/kg/j  200 mg/kg/j 75 mg/kg/j	} CMI C3G 0,5 mg/l  } CMI C3G ≤ 0,5 mg/l		
	Méningocoque CMI Amoxicilline ≤ 0,125 mg/l	Amoxicilline	200 mg/kg/j	Céfotaxime iv** ou Ceftriaxone IV***	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j	<b>4-7 j (4 j si évolution favorable dès 48h)</b>
	Méningocoque CMI Amoxicilline > 0,125 mg/l	Céfotaxime IV** ou Ceftriaxone IV***	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j			
	<i>Listeria</i>	Amoxicilline IV + Gentamicine IV	200 mg/kg/j 5 mg/kg/j	Amoxicilline IV Contrimoxazole IV	200 mg/kg/j 2 amp x3/j	<b>21 j 7 j</b>
	Streptocoque du groupe B ( <i>Streptococcus agalactiae</i> )	Amoxicilline IV	200 mg/kg/j			<b>14-21 j</b>
	<i>E. coli</i>	Céfotaxime IV**	200 mg/kg/j	Ceftriaxone IV***	75 mg/kg/j	<b>21 j</b>
<i>Haemophilus influenzae</i> ****	Céfotaxime IV**	200 mg/kg/j	Ceftriaxone IV***	75 mg/kg/j	<b>7 j</b>	



## INFECTIONS NEUROMENINGÉES - 2

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE		ALTERNATIVE		DURÉE	
		Spécialités	1 <sup>ère</sup> INTENTION Posologie	Spécialités	Posologie		
<b>MÉNINGO- ENCÉPHALITE HERPÉTIQUE</b>	HSV	Aciclovir IV	< 3 mois : 20 mg/kg/8 h >12 ans : 10 mg/kg/8 h  3 mois à 12 ans : 500 mg/m <sup>2</sup> /8 h max 15 mg/kg/8 h			<b>14 j</b> <b>21 j</b> si immunodéprimé ou évolution clinique non favorable à J 14 avec PCR HSV sur LCS toujours positive. Chez l'immunocompétent, pas d'intérêt démontré au traitement des méningites à HSV en l'absence de signes d'encéphalite.	
<b>ÉPIDURITE</b>	<i>S. aureus</i>	Vancomycine <sup>1</sup> IVSE +/- Rifampicine selon antibiogramme	30-40 mg/kg/j 10 mg/kg/j			<b>&gt; 6 sem.</b>	
<b>ABCÈS CÉRÉBRAUX</b>	Si origine indéterminée ou locorégionale : BGN, streptocoques, anaérobies	Céfotaxime IV + Métronidazole IV	200 mg/kg/j 30 mg/kg/j	Vancomycine <sup>1</sup> IVSE ou Linezolid  + Métronidazole IV + levofloxacine****	30-40 mg/kg/j 600 mg x2/j Enf. 1 m à 12 ans : 10 mg/kg/8 h (max 600 mg/prise)  30 mg/kg/j 500 mgx2/j	<b>6 sem., voire plus</b>	
	Origine post-traumatique fermée (brèche ostéoméningée)	Céfotaxime IV +/- Vancomycine <sup>1</sup> IVSE si contexte post-opé- ratoire récent associé + Métronidazole si trauma fermé	200 mg/kg/j 30-40 mg/kg/j  30 mg/kg/j	Linézolide + Méropénème IV  ou - - - Linézolide + Aztréonam IV + Ciprofloxacine IV	600 mg x2/j Enf. 1 m à 12 ans : 10 mg/kg/8 h (max 600 mg/prise)  6 g/j (enf. 120 mg/kg/j)   2 g/6 à 8 h 400 mg/8 h (en l'absence de lésion à risque épileptogène)		
	Patient immunodéprimé profond (transplanté d'organe...)	Céfotaxime IV + Métronidazole + Triméthoprime et Sulfaméthoxazole  + Voriconazole	200 mg/kg/j 30 mg/kg/j 10-20 mg/kg/j, en 3 ou 4 prises j 50-75mg/kg/j  J1 6 mg/kg/12 h puis 4 mg/kg/12 h				

## INFECTIONS NEUROMENINGÉES • 3

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>MÉNINGITE POST-OPÉRATOIRE OU TRAUMATIQUE OUVERTE</b>		Céfotaxime IV + Vancomycine <sup>1</sup> IVSE	200 mg/kg/j 30-40 mg/kg/j	Si allergies graves aux β bêtalactamines : Linézolide	600 mg x2//j Enf. 1 m à 12 ans : 10 mg/kg/8h (max 600 mg/prise)	<b>14 j voire plus en fonction l'évolution et de la stérilisation du LCS à J3 d'ATB efficaces</b>
		Si épidémiologie locale à risque de <i>P.Aeruginosa</i> : Ceftazidime	2 g/8 h	Ciprofloxacine +/- Aztréonom	400 mg/8 h 2 g/6 à 8 h si à risque de <i>P.Aeruginosa</i>	

\* Commencer Dexaméthasone

Adultes : 10 mg IV/6h à débiter juste avant ou jusque 12 heures après le début de l'antibiothérapie pendant 4 jours pour les méningites à pneumocoques, méningocoques ou présumées bactériennes.

Enfants et nourrissons de 3 à 12 mois : 0,15 mg/kg/6h à débiter juste avant ou en même temps que l'antibiothérapie pendant 4j pour les méningites à pneumocoques, Haemophilus ou présumées bactériennes.

Pas de Dexaméthasone pour les méningites à méningocoques chez l'enfant ou le nourrisson.

\*\* Céfotaxime IVSE (dose de charge 50 mg/kg en 1 h) ou en 4 à 6 inj./j ; dose max. 12 g chez l'enfant < 15 ans

\*\*\* En 1 ou 2 injections/j, dose maximale 4 g/j si enfants < 15 ans.

\*\*\*\* Si allergie grave aux β-lactamines. Attention aux risques de convulsions sous fluoroquinolone.

<sup>1</sup> Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.

Pour la vancocinémie cible cf. p 119.

## INFECTIONS ORL • 1

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION			ALTERNATIVE		
		Spécialités	Posologie	Durée	Spécialités	Posologie	Durée
<b>RHINO-PHARYNGITE</b>	Virus	Abstention					
<b>ANGINE AIGUE</b> faire TDR après l'âge de 3 ans (pas d'intérêt avant) ; chez l'adulte si score de Mac-Isaac ≥ 2  <b>Traitement antibiotique que si TDR +</b>	Streptocoque du groupe A	Amoxicilline	<b>Enfant :</b> 25 mg/kg x2/j  <b>Adulte :</b> 1 g x2/j	6 j	<b>Si allergie aux pénicillines</b> <b>Enfant :</b> Cefpodoxime <b>Adulte :</b> Cefuroxime Cefpodoxime Cefotiam  <b>Si CI aux β Lactamines</b> Azithromycine Clarithromycine  Clarithromycine LP Josamycine	8 mg/kg/j en 2 prises  250 mg x2 /j 200 mg x2/j 200 mg x2/j  500 mg/j (20 mg/kg/j) 250 mg x2/j (15 mg/kg/j)  500 mg/j, une prise 1g x2/j - 25 mg/kg x2/j	5 j  4 j 5 j 5 j  3 j 5 j  5 j
<b>SINUSITE MAXILLAIRE présumée bactérienne</b>  Au moins 2 des critères suivants : - douleurs sinusiennes persistantes malgré un traitement symptomatique d'au moins 48h - Caractère unilatéral de la douleur et/ou son augmentation lorsque la tête est penchée - Rhinorrhée purulente	<i>Pneumocoque Haemophilus influenzae</i>	Amoxicilline	3 g/j (80-90 mg/kg/j)	7 j	<b>Si sinusite dentaire/ Si échec à l'Amox :</b> Amox- clavulanate  <b>Si allergie aux pénicillines :</b> Cefuroxime Cefpodoxime Cefotiam  <b>Si CI aux β Lactamines</b> Pristinamycine (à partir de 6 ans)  Cotrimoxazole (chez les enfants)  <b>Si échec et après documentation bacterio</b> Levofloxacin	3 g/j  250 mg x2 /j 200 mg x2/j (8 mg/kg/j) 200 mg x2/j  1g x2 /j 30 mg/kg/j Sulfaméthoxazole  500 mg x1/j	7-10 j  5 j 5 j (enf. 8-10 j) 5 j  4 j 8-10 j  7 j

## INFECTIONS ORL - 2

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION			ALTERNATIVE		
		Spécialités	Posologie	Durée	Spécialités	Posologie	Durée
<b>SINUSITE FRONTALE, ETHMOIDALE, SPHÉNOIDALE présumées bactériennes</b>	Pneumocoque <i>Haemophilus influenzae</i>	Amoxicilline - clavulanate	3 g/j 80 mg/kg/j (Amox)	7 j	Levofloxacine	500 mg x1/j	7 j
<b>OTITE MOYENNE AIGUE purulente</b>  <2 ans: antibiothérapie d'emblée  >2 ans:  Si symptomatologie bruyante, Atb d'emblée sinon abstention, réévaluation ds 48h-72h et antibio si pas d'amélioration ou aggravation	Pneumocoque          si association otite- conjonctivite : <i>Haemophilus influenzae</i>	Amox          Amox-clav	<b>Enfant :</b> 80-90 mg/kg/j (si echec 150 mg/kg/j)  <b>Adulte :</b> 3 g/j	8-10 j avant 2 ans 5 j à partir de 2 ans  5 j	<b>Si allergie aux pénicillines :</b> Cefuroxime Cefpodoxime Cefotiam  <b>Si Cl aux β Lactamines</b> Erythromycine- sulfasurazole Cotrimoxazole  Pristinamycine Levofloxacine  <b>Si echec/recidive</b> Amox 70 mg/kg/j + Amox-clav 80 mg/kg j Ceftriaxone IM/IVL	250 mg x2 /j 200 mg x2/j (8 mg/kg/j) 200 mg x2/j  50mg/kg/j d'erythro  800 mg /j (30 mg/kg/j sulfamethoxazole)  2 g/j 500 mg/j  50 mg/kg/j	5 j 5 j 5 j  10 j  8-10 j avant 2 ans 5 j après 2 ans  5 j 5 j  3 j
<b>AUTRES INFECTIONS ORL</b>							
<b>MASTOÏDITE AIGUË</b>	Pneumocoque - <i>Haemophilus</i>	Cefotaxime IV	4g x 3/j		Lévofloxacine	500 mg x1-2/j	2-3 sem.
<b>MASTOÏDITE CHRONIQUE</b>	<i>P. aeruginosa</i> Anaérobies ou <i>Staph. Aureus</i>	Ceftazidime IV + Amikacine ou Tobramycine	2 g x 3/j 20-30 mg/kg/j 5-8 mg/kg/j		Ceftazidime IV + Ciprofloxacine PO	2 g x 3/j 400 mg x 2/j	4-6 sem. 1 à 2 sem. d'aminoside

## BACTÉRIÉMIES

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	TRAITEMENT DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>BACTERIEMIE PRIMAIRE NON COMPLIQUEE*</b>	SAMS	(Cl)Oxacilline IV ou Cefazoline IV	150 mg/kg/j en 4-6 inj  80 mg/kg/j en 3-4 inj	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	14 j
	SAMR	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	Daptomycine IV	8-10 mg/kg/j en 1 inj	14 j
	Staph coag neg MS	(Cl)Oxacilline IV ou Cefazoline IV	150 mg/kg/j en 4-6 inj  80 mg/kg/j en 3-4 inj	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	5 j
	Staph coag neg MR	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	Daptomycine IV	8-10 mg/kg/j en 1 inj	5 j
	Streptocoques oraux et groupe <i>bovis</i>	Amoxicilline IV	100 mg/kg/j en 4-6 inj	Cefotaxime	100 mg/kg/j en 4 inj	5 j
	<i>Enterococcus spp</i>	Amoxicilline IV	100 mg/kg/j en 4-6 inj	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	7 j
	<i>E.coli</i>	Cefotaxime IV en probabiliste à adapter à l'antibiogramme	2 g x3/j	Aztreonam IV en proba- biliste à adapter à l'antibiogramme	1 à 2 g x3/j	7 j
	<i>Enterobacter Serratia Hafnia Morganella</i>	Céfépime IV en probabiliste  à adapter à l'antibiogramme	2 g x3/j	Cefotaxime IV + Amikacine IV à adapter à l'antibiogramme	2 g x3/j  20-30 mg/kg/j x 1/j	7 j 48 h Max pour Amikacine
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime IVSE + Amikacine	2 g toutes les 8 h**  20-30 mg/kg x 1/j	Aztreonam IV ou Ciprofloxacine IV (PO)*** + Amikacine pt 3 à 5 j	2 g x 3/j 400 mg x3/j  20-30 mg/kg x 1/j	10 j 3 à 5 j pour Amikacine	

\*Pas d'endocardite, pas de localisation septique secondaire, pas de thrombophlébite septique.

\*\*Après dose de charge de 2 g sur 1h.

\*\*\* posologie PO 750 mg x2/j.

## BACTÉRIÉMIES • 2

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	TRAITEMENT DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>BACTERIEMIE SUR KT EN ABSENCE D'ENDOCARDITE ET/OU DE THROMBOPHLEBITE SEPTIQUE****</b>	SAMS (Retrait impératif du KT)	(Cl)Oxacilline IV ou Cefazoline IV	150 mg/kg/j en 4-6 inj  80 mg/kg/j en 3-4 inj	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	14 j
	SAMR (Retrait impératif du KT)	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	Daptomycine IV	8-10 mg/kg/j en 1 inj	14 j
	Staph coag neg MS	(Cl)Oxacilline IV ou Cefazoline IV	150 mg/kg/j en 4-6 inj  80 mg/kg/j en 3-4 inj	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	5 j suite retrait KT 10 j +verrou si KT conservé
	Staph coag neg MR	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	Daptomycine IV	8-10 mg/kg/j en 1 inj	
	Streptocoques	Amoxicilline IV	100 mg/kg/j en 4-6 inj	Cefotaxime	100 mg/kg/j en 4 inj	
	<i>Enterococcus spp</i>	Amoxicilline IV	100 mg/kg/j en 4-6 inj	Vancomycine IV	20 mg/kg/j en 2 inj	
	<i>E.coli</i>	Cefotaxime IV en probabiliste à adapter à l'antibiogramme	2 g x3/j	Aztreonam IV en proba- biliste à adapter à l'antibiogramme	1 à 2 g x3/j	7 j suite retrait KT 10 j +verrou si KT conservé
	<i>Enterobacter Serratia Hafnia Morganella</i>	Céfépime IV en probabiliste  à adapter à l'antibiogramme	2 g x3/j	Cefotaxime IV + Amikacine IV à adapter à l'antibiogramme	2 g x3/j  20-30 mg/kg/J x 1/J	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime IVSE + Amikacine	2 g toutes les 8 h*  20-30 mg/kg x 1/j	Aztreonam IV ou Ciprofloxacine IV (PO)** + Amikacine	2 g x 3/j 400 mg x3/j  20-30 mg/kg x 1/j	10 j 3 à 5 j pour Amikacine	

\*Pas d'endocardite, pas de localisation septique secondaire, pas de thrombophlébite septique.

\*\*Après dose de charge de 2 g sur 1 h.

\*\*\*\*Si thrombophlébite septique, durée de traitement de 21 J.

## ENDOCARDITES À STEPTOCOQUES ET ENTÉROCOQUES

Selon les recommandations de l'European Society of cardiology 2015

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>ENDOCARDITE NON COMPLIQUÉE<sup>∞</sup> SUR VALVE NATIVE</b>	Streptocoques sensibles à la pénicilline G (CMI ≤ 0,12 mg/l)	Amoxicilline IV ou Ceftriaxone IV ± Gentamicine <sup>#</sup> IV	100 mg/kg/j 2 g/j  3 mg/kg x1/j	Vancomycine <sup>***</sup> IV Gentamicine IV	30-40 mg/kg/j	<b>2 sem. de bithérapie ou 4 sem. de monothérapie</b>
<b>ENDOCARDITE COMPLIQUÉE ET/ OU SUR PROTHÈSE</b>	Streptocoques sensibles à la pénicilline G (CMI < 0,12 mg/l)	Amoxicilline IV + Gentamicine <sup>#</sup> IV	100 mg/kg/j  3 mg/kg x1/j	Vancomycine <sup>***</sup> IV + Gentamicine <sup>#</sup> IV	30-40 mg/kg/j  3 mg/kg x1/j	<b>2 sem. de bithérapie puis 2 à 4 sem. de monothérapie</b>
<b>ENDOCARDITE NON COMPLIQUÉE<sup>∞</sup> SUR VALVE NATIVE  ENDOCARDITE COMPLIQUÉE ET/ OU SUR PROTHÈSE</b>	Streptocoques de moindre sensibilité à la pénicilline G* (0,12 < CMI ≤ 2 mg/l)	Amoxicilline IV + Gentamicine <sup>#</sup> IV	200 mg/kg/j  3 mg/kg x1/j	Vancomycine <sup>***</sup> IV + Gentamicine <sup>#</sup> IV	30-40 mg/kg/j 3 mg/kg x1/j	<b>2 sem. de bithérapie puis 4 sem. de monothérapie</b>
<b>TOUTES FORMES CLINIQUES</b>	Entérocoques ( <i>E. faecium</i> , <i>E. faecalis</i> ) sensibles aux bêta-lactamines et de bas niveau de résistance à la Gentamicine	Amoxicilline IV + Gentamicine <sup>#</sup> IV	200 mg/kg/j  3 mg/kg x1/j	Vancomycine <sup>***</sup> IV + Gentamicine <sup>#</sup> IV	30-40 mg/kg/j 3 mg/kg/j	<b>4 à 6 semaines de traitement dont au moins 2 semaines de bithérapie</b>
	Entérocoques sensibles aux bêta-lactamines et de haut niveau de résistance à la Gentamicine ou en cas d'insuf- fisanse rénale	Amoxicilline IV + Ceftriaxone IV	200 mg/kg/j  2 g x 2/j	-	-	<b>6 semaines de bithérapie</b>

\* incluant les streptocoques tolérants (CMB/CMI > 32) pour lesquels l'amoxicilline est préférable à la pénicilline G.

<sup>∞</sup> : en l'absence de localisation extracardiaque et évoluant depuis moins de 3 mois.

<sup>#</sup> : ou nêtilmicine (5-6 mg/kg/j) sauf pour les endocardites à *E. faecium*.

<sup>\*\*\*</sup> uniquement chez les patients intolérants à la pénicilline et à la ceftriaxone.

Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.

Pour la vancocinémie cible cf. p 119.

## ENDOCARDITES À STAPHYLOCOQUES

Selon les recommandations de l'European Society of cardiology 2015

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION	ALTERNATIVE	DURÉE
VALVES NATIVES	Staph méti-S	(cl)Oxacilline IV 200 mg/kg/J en 4 à 6 injections ou IVSE	Cefazoline IV <sup>5</sup> 100mg/kg/j en 3 à 4 injections ou IVSE Ou Vancomycine IVSE 30-40 mg/kg/j <sup>1,6</sup>	4-6 semaines
	Staph méti-R	Vancomycine IVSE 30-40mg/kg/J <sup>1</sup>	Daptomycine <sup>2</sup> IV 10 mg/kg/j en 1 injection* + (cl)Oxacilline <sup>3</sup> IV 200 mg/kg/j en 4 à 6 injections* ou Fosfomycine <sup>4</sup> IV 2 g 4 fois par jour*	4-6 semaines.
VALVES PROTHÉTIQUES	Staph méti-S	(Cl)Oxacilline IV 200 mg/kg/J en 4 à 6 injections ou IVSE + Gentamicine IV 3mg/kg en une injection + Rifampicine 15 mg/kg/j IV ou PO en 1 ou 2 prises	Cefazoline IV <sup>5</sup> 100 mg/kg/j en 3 à 4 injections ou IVSE + Gentamicine IV 3 mg/kg en une injection + Rifampicine 15 mg/kg/j IV ou PO en 1 ou 2 prises	<b>Au moins 6 semaines</b>  Gentamicine limitée à 2 semaines
	Staph méti-R	Vancomycine IVSE 30-40 mg/kg/J <sup>1</sup> + Gentamicine IV 3 mg/kg en une injection + Rifampicine 15 mg/kg/j IV ou PO en 1 ou 2 prises	Avis spécialisé	Débuter la rifampicine après 3 à 5 jours de traitement

<sup>1</sup> Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.  
Pour la vancocinémie cible cf. p 119.

<sup>2</sup> En cas de bactériémie à SAMR, daptomycine supérieure à vancomycine si CMI vancomycine >1 mg/L.

<sup>3</sup> Synergie daptomycine+β lactamine sur SAMR.

<sup>4</sup> Si souche sensible à la fosfomycine.

<sup>5</sup> Si allergie aux pénicillines sans réaction croisée aux céfalosporines.

<sup>6</sup> Si allergie aux β lactamines.

\* Schéma proposé mais ne figurant pas dans les recommandations.



**TRAITEMENT PROBABILISTE POUR LE TRAITEMENT**

Principalement inspiré des recommandations ESC 2015

Une Antibiothérapie probabiliste n'est indiquée qu'en cas de sepsis sévère et/ou végétation à risque embolique majeur (>1cm) et/ou en cas d'hémoculture positive mais en attente de l'identification si pas d'orientation microbiologique à l'examen direct.

Prélever impérativement des hémocultures avant mise en place de l'antibiothérapie.

Antibiothérapie à adapter dès l'identification microbiologique.

**INITIAL D'UNE EI AVANT/SANS DOCUMENTATION MICROBIOLOGIQUE**

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE de 1 <sup>ère</sup> intention	ALTERNATIVE
<b>VALVES NATIVES ET VALVES PROTHÉTIQUES ANCIENNES (+ DE 12 MOIS)</b>	Streptocoques Staphylocoques Entérocoques	Amoxicilline IV 200 mg/kg/j en 4 à 6 injections + (d)Oxacilline IV 200 mg/kg/j en 4 à 6 injections + Gentamicine IV 3 mg/kg/j en une injection	<b>si allergie à la pénicilline</b> Vancomycine IVSE 30-40 mg/kg/j <sup>1</sup> + Gentamicine IV 3 mg/kg en une injection
<b>VALVES PROTHÉTIQUES RÉCENTES (- DE 12 MOIS)</b>	SAMR S coag neg MR Streptocoques Enterocoques	Vancomycine IVSE 30-40 mg/kg/j <sup>1</sup> + Gentamicine IV 3 mg/kg en 1 injection + Rifampicine 900 - 1 200 mg IV ou PO en 2 ou 3 prises	Daptomycine IV 10 mg/kg/j* + Cefotaxime IV 200 mg/kg/j en 4 à 6 injections* + Gentamicine IV 3 mg/kg en une injection*

<sup>1</sup> Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.  
Pour la vancoicinémie cible cf. p 119.

\*Schéma proposé mais ne figurant pas dans les recommandations.

## INFECTIONS PEAU ET TISSUS MOUS • 1

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>e</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE	PRÉLÈVEMENT	MESURES PARTICULIÈRES
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie			
<b>IMPETIGO</b>	Staphylocoque doré et/ou Streptocoque A	<p>Si pas d'extension rapide, surface &lt;2%, nombre de lésions ≤5 : Antiseptiques (Chlorexidine ou povidone iodée) +/-antibiotique Locaux : pommade Mupirocine ou acide fusidique.</p> <p><b>Antibiothérapie par voie générale si impétigo bulleux ou &gt;2% de la surface cutanée atteinte ou &gt;10 sites lésionnels actifs</b></p>	2-3 applications /j	<p>Amoxicilline ac. clavulanique</p> <p><u>Si allergie Pénicillines :</u> Pristinamycine :</p> <p>Penicilline M (Cloxacilline)</p>	<p>1 g x3/j Enf : 80 mg/kg/j</p> <p>Adt. 1 g x2 /j E &gt; 6 ans : 50 mg/kg/j</p> <p>Adt et Enf : 50 mg /kg/j en 3 prises (max 4 g/j)*****</p>	7j	Non	<p>Eviction scolaire 48 h si antibiothérapie (sinon jusqu'à guérison). Renforcement des mesures d'hygiène. Surveillance de l'entourage et traitement. Recherche d'une protéinurie par BU après 3 semaines. Si récidive : prélèvement et traitement des gîtes (enfants et entourage).</p>
<b>MORSURES</b>	<i>Pasteurella</i> Anaérobies Staphylocoques	Amoxicilline ac clavulanique :	1 g x 3/j	Doxycycline	100 mg x2/j	7-10 j	Oui	<p>Prophylaxie tétanos +/- rage Pas de suture sauf sur visage En l'absence de symptômes Prévention par amoxi. -ac. clavulanique chez immunodéprimés, insuffisant hépatique, asplénique, atteinte articulaire ou visage ou main : 5 jours</p>

## Infections non purulentes selon la profondeur ou la sévérité

<b>ERYSIPELE (Dermohypodermite aiguë bactérienne : DHB)**</b>	Streptocoque A	<p>Hospitalisation (doute diagnostique, signes généraux important, co-morbidité, contexte social :</p> <p>Penicilline A</p> <p>Si à domicile : Penicilline A Amoxicilline</p>	<p>3 à 4,5 g/j en 3 prises</p> <p>3 à 4,5 g/j en 3 prises</p>	<p>Pristinamycine PO</p> <p>ou Clindamycine PO</p>	<p>1 g x3/j PO</p> <p>600 mg x3/j</p>	7j	Non +/- hémocultures	<p>Contre indication des AINS Pas d'anticoagulant préventif en systématique sauf si facteurs de risques thromboemboliques <u>Prévention</u> Traitement de la porte d'entrée et des facteurs favorisants: lymphoedème, insuffisance veineuse : <u>Antibiothérapie préventive :</u> Penicilline V 2 à 4 MU/j en 2 prises PO <u>Si allergie pénicilline</u> macrolide ou Extencilline / 3 semaines</p>
---	----------------	---	---	--	---------------------------------------	----	----------------------	---

## INFECTIONS PEAU ET TISSUS MOUS • 2

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>e</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE	PRÉLÈ- VEMENT	MESURES PARTICULIÈRES
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie			
<b>DERMOHYPODERMITE BACTÉRIENNE NÉCROSANTE : DHBN +/- fasciite**</b> ****	Localisation cervico- faciale ou jambes: Streptocoque A, Anaérobie	Amoxicilline ac-clavulanique  et Clindamycine	2 g x 3/j  600 mg x4/j	Pénicilline G  Rifampicine	24 MU/j en 4 à 6 fois  1 200 mg x2/j en 2 à 3 prises	21 j Genta 5 j	Oui loca- lement +hémo- cultures	Urgence médicochirurgicale. Traitement symptomatique de l'état septique en réani- mation anticoagulation efficace Avis chirurgical dans les 24 h Imagerie (IRM, scanner). +/-Oxygénothérapie hyper- barre en fonction des dispo- nibilités (gangrène gazeuse clostridiennes +/- Ig polyvalentes si choc streptococcique
	Abdomen ou péri- né : streptocoque A, anaérobie type clostridium et bactéroïdes Entérobactéries	Piperacilline/Tazobactam + Métronidazole +/- Amikacine	4 g x3/j  500 mg x3/j 15-30 mg/kg/j	Imipeneme	1 g x3/j			
	Toxicomane Staphylocoque aureus	Amoxicilline /acide clavulanique +/- Vancomycine <sup>1</sup>	2 g x3/j	Peni M (cloxacilline) IV  Ou Vancomycine <sup>1</sup> +Gentamicine	A : 8 à 12 g/j en 4 à 6 administra- tions ****  30-40 mg/kg/j  3 mg/kg/j			
	Toute localisation et origine nosoco- miale : SAMR et/ou <i>P. aeruginosa</i>	Vancomycine <sup>1</sup> IVSE +Ceftazidime +Amikacine +Métronidazole	30-40 mg/kg/j 2 g x3/j 15-30 mg/kg/j 500 mg x3/j					
<b>GANGRÈNE GAZEUSE</b>	<i>Clostridium per- fringens</i> , Anaérobies	Penicilline G  +Métronidazole  ou + Clindamycine IV	24 MU/j en 4 à 6 fois  500 mg x3/j  600 mg x4/j	Amoxicilline ac clavu- lanique  ou Imipénème IV  ou Piperacilline +Tazobactam	2 g x3 /j  1 g x3/j  4 g x3/j	21 j	Oui loca- lement et hémo- cultures	
<b>PYOMYOSITE</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>E.coli</i> , Streptocoque C ,G	Piperacilline+Tazobactam +Gentamicine	4 g x3 /j 3 mg/kg/j	Vancomycine <sup>1</sup> IVSE +Imipénème	30-40 mg/kg/j 1 g x3/j	30 j Genta 5 j	Oui loca- lement et hémo- cultures	

<sup>1</sup> 30-40 mg/kg/j

(après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure).

Pour vancomycine cible cf. page 119.

## INFECTIONS PEAU ET TISSUS MOUS • 3

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>e</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE	PRÉLÈVEMENT	MESURES PARTICULIÈRES
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie			
<b>FOLLICULITE FURONCLE FURONCULOSE ANTHRAX ABCÈS*</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> meti-S	Protection par un pansement Antiseptique +/- antibiotique local. Si présence de signes généraux, signes locaux sévères, immunodépression, âges extrêmes, localisations critiques, échec du drainage Pristinamycine PO	1 g x2/j	Clindamycine PO	600 mg x3/j	10 j	Si incision : prélèvement**	Recherche de gîte microbiens si récidive Si + : décontamination par antibiothérapie locale 5 à 7 j tous les mois.
<b>STAPHYLOCOCCIE MALIGNÉ DE LA FACE</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> meti-S	Cloxaciline IV  +Gentamicine	2 g x6/j  3 mg/kg x1 /j	Relais par pristinamycine PO	1 g x3/j	15 j (10 j IV minimum) Genta 5 j	Oui + hémoculture + PL si syndrome méningé	Recherche atteinte du sinus caverneux (IRM) et syndrome méningé Anticoagulation
<b>INFECTION CUTANÉES RÉCIDIVANTES À STAPHYLOCOQUE PVL ***</b>	SARM ou SAMS	Pristinamycine  Clindamycine	1 g 3x/j  600 mg x3/j	Sulfaméthoxazole Triméthoprime  Cycline : Doxycycline	Adul. : 800/160 mg x2/j Enf. : 30/6 mg /kg /j en 2 prises par jour  100 mg x2/j	5 à 10 j	Si suspicion d'un SAMR PVL+ prélèvement et génotype	Décontamination du cas et des membres du foyer après échec d'un premier traitement antibiotique et/ou chirurgical ou rechute ou récidive et aux sujets contacts porteurs dans les collectivités si cas groupés. Signalement à l'ARS si cas groupés dans collectivité.

\* Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires 2004.

\*\* Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge ; Med Mal Infect 2000 ; 30:240-5.

\*\*\* Recommandation HSP 2009-2014 conduite à tenir lors d'épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives liées aux souches HCSP de SARM Co.

\*\*\*\* Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) Réévaluation des pénicillines du groupe M administrées par voies orale et injectables : Oxacilline et cloxacilline ; Dossier Argumentaire. Mai 2011.

\*\*\*\*\* Practice Guidelines for the Diagnosis and management of skin and soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America.

## MALADIE DE LYME

(CONFÉRENCE DE CONSENSUS DÉCEMBRE 2006)

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>re</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>Phase primaire</b>						
<b>PIQURE RÉCENTE</b>	Antibioprofylaxie systématique non recommandée					
	Risque élevé Piqures multiples et délai d'attachement > 48 h	Doxycycline PO 200 mg monodose				
	Situations particulières : Femme enceinte, immunodéprimés	Amoxicilline PO 3 g/j pdt 10 j				
<b>ERYTHÈME CHRONIQUE MIGRANT</b>	<i>Borrelia burgdorferi</i>	Amoxicilline PO  ou Doxycycline PO (sauf femme enceinte et enfant < 8 ans)	1 g x 3/j Enf. : 50 mg/kg en 3 prises  100 mg x 2/j*	Céfuroxime axétil  Si Cl aux β lactamines et cyclines  Azithromycine A partir du 2 <sup>ème</sup> trimestre de grossesse chez femme enceinte	500 mg x 2/j Enf. : 30 mg/kg en 2 prises Max : 500 mg/prise  500 mg x 1/j Enf. : 20 mg/kg en 1 prise Max : 500 mg/prise	<b>14 j</b>   <b>10 j</b>
		<b>Phases secondaire et tertiaire</b>				
<b>PARALYSIE FACIALE ISOLÉE</b>	<i>Borrelia burgdorferi</i>	Amoxicilline PO ou Doxycycline PO (sauf femme enceinte et enfant < 8 ans)	1 g x 3/j Enf. : 50 mg/kg en 3 prises  100 mg x 2/j*	Ceftriaxone IV, IM	2 g/j Enf. : 75-100mg/kg/j Max : 2g/j	<b>14 j</b>
<b>AUTRES FORMES DE NEUROBORRELIOSIS DONT PARALYSIE FACIALE AVEC MÉNINGITE</b>		Ceftriaxone IV, IM	2 g/j Enf. : 75-100 mg/kg/j Max : 2g/j	Pénicilline G IV ou Doxycycline PO (sauf femme enceinte et enfant < 8 ans)	18-24 MUI/j 100 mg x 2/j	<b>21-28 j</b>
<b>ARTHrites AIGUËS</b>		Doxycycline PO (sauf femme enceinte et enfant < 8 ans)	100 mg x 2/j*	Amoxicilline PO	1 g x3/j	<b>21-28 j</b>
<b>ARTHrites RÉCIDIVANTES OU CHRONIQUES</b>		Doxycycline PO (sauf femme enceinte et enfant < 8 ans)	100 mg x 2/j*	Ceftriaxone IV, IM	2 g/j	<b>Doxy : 30-90 j Ceftri : 14-21 j</b>
<b>LYMPHOCYTOME</b>		Doxycycline PO (sauf femme enceinte)	100 mg x 2/j*			<b>14-21 j</b>
<b>ACRODERMATITE ATROPHIANTE</b>		Doxycycline PO (sauf femme enceinte)	100 mg x 2/j*	Ceftriaxone IV, IM	2 g/j	<b>Doxy : 28 j Ceftri : 14 j</b>
<b>ATTEINTES CARDIAQUES</b>		Ceftriaxone IV, IM	2 g/j			<b>21-28 j</b>

\*enfant &gt; 8 ans : 4 mg/kg en 2 prises. Max : 100 mg/prise.

## INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES AIGUES COMMUNAUTAIRES, TRAITEMENT PROBABILISTE

**PREAMBULE** : Nécessité de réaliser des prélèvements bactériologiques par ponction articulaire ou per-opératoires multiples (au moins 3) pour optimiser l'antibiothérapie. Hémocultures\* recommandées avant et après la ponction.

La prise en charge des infections chroniques nécessite un avis du référent anti-infectieux pour définir avec le chirurgien la stratégie médico-chirurgicale et guider l'antibiothérapie.

Face à un cas difficile, il est recommandé de prendre avis auprès du CRIOAC (Centre de Référence pour le traitement des Infections Ostéo-Articulaires Complexes) régional.

SITUATIONS CLINIQUES	INDICATIONS (ou non)	SPÉCIALITÉ	POSOLOGIE
<b>ARTHRITES AIGÜES</b>	TTT probabilité systématique mais <b>après</b> ponction, ponction-biopsie ou prélèvement chirurgical*	(Cl) Oxacilline IV  ou  Cefazoline IV  +/-	150 à 200 mg/kg/j en 4 à 6 x/j    80 à 100 mg/kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE après dose de charge de 30 mg/kg
<b>OSTÉOMYÉLITES AIGUES</b>  <b>SPONDYLODISCITES AIGUES</b>	<b>Seulement</b> pour les patients présentant un tableau clinique grave et après ponction-biopsie ou prélèvement chirurgical*  Pour les patients stables traitement probabiliste envisageable <b>uniquement</b> si examen direct positif ou culture positive avec identification en cours	- Si allergie non grave aux pénicillines : Cefazoline IV  - Si allergie grave : Vancomycine IVSE** ou Daptomycine IV  +/- Gentamicine (si critères de gravité septique)	5 mg/kg/j en 1 fois  80 à 100 mg/kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE après dose de charge de 30 mg/kg  30 mg/kg/j  8 à 10 mg/kg/j en 1 fois  5 mg/kg/j en 1 fois

\* Ponction/Biopsie non indispensable si hémocultures positives.

\*\* après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure. Pour la vancoïnémie cible cf. page 119.

## INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES AIGUES COMMUNAUTAIRES, TRAITEMENT APRÈS DOCUMENTATION

PREAMBULE : Cf page 73

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION**		ALTERNATIVE		DURÉE	
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie		
<b>ARTHRITES AIGÜES OSTÉOMYÉLITES AIGÜES SPONDYLODISCITES AIGÜES</b>	Staphylocoque méti-S	(Cl) Oxacilline IV ou Cefazoline IV	150 à 200 mg/ kg/j en 4 à 6 x/j  80 à 100 mg/ kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE	Si allergie non grave à la Pénicilline : Cefazoline IV  Si allergie grave à la pénicilline : Vancomycine IVSE*	80 à 100 mg/ kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE  30 mg/kg/j	Au moins 14 jours si hémocultures positives puis relais PO	
		Relais PO avec bithérapie *** :					Relais PO en fonction de la bactérie.
		Rifampicine	600 mg (< 70 kg) à 900 mg (>70 kg) / jour en 1 prise à jeun, ne pas associer avec Clindamycine (interactions médicamenteuses) ou avec Acide fusidique (risque d'hépatite)			Durée totale de traitement:	
		Lévofloxacine	500 mg : 1,5 cp/j en 1 x soit 750 mg/j (informer le patient d'un potentiel risque de dissection aortique)			Arthrite aigüe 4 semaines	
		Clindamycine	600 à 900 mg x 3/j			Ostéomyélite aigüe 4 à 6 semaines	
		Acide Fusidique	500 mg x 3/j (éviter association avec Rifampicine car hépatotoxicité)			Spondylodiscite aigüe 6 semaines	
		Cotrimoxazole	800 mg x 3/j à 1 600 mg x 2/j				
	Streptocoque ou <i>Cutibacterium Acnes</i>  (ex : <i>propionibacterium acnes</i> )	Amoxicilline IV	150 à 200 mg/ kg/j en 4 à 6 x/j	Cefotaxime IV voire Vancomycine* si allergie grave	100 mg/kg/j en 3x/j	Au moins 7 jours si hémocultures positives	
		Relais PO :				Arthrite aigüe 4 sem. Ostéomyélite aigüe 4 à 6 sem. Spondylodiscite aigüe 6 sem.	
	Enterobactéries C3G S et quinolone S	Cefotaxime IV	100 mg/kg/j en 3x/j	Si allergie : Levofloxacine PO ou IV si voie orale impossible	750 mg/j en 1x	Au moins 7 jours si hémocultures positives	
		Relais PO :				Arthrite aigüe 4 sem. Ostéomyélite aigüe 4 à 6 sem. Spondylodiscite aigüe 6 sem.	
	Autres bactéries ou bactéries multirésistantes	Nécessité d'avis du référent anti-infectieux					

\* Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure . Pour la vancocinémie cible cf. page 119.

\*\* La réévaluation de l'antibiothérapie adaptée en fonction des prélèvements microbiologiques

doit se faire au mieux avec l'avis du référent anti-infectieux.

\*\*\* Bithérapie parmi les molécules suivantes, selon antibiogramme.

## INFECTIONS PRÉCOCES SUR PROTHÈSE ARTICULAIRE

**PREAMBULE :** Nécessité de réaliser des prélèvements bactériologiques multiples (au moins 3) par ponction articulaire ou per-opérateurs multiples pour optimiser l'antibiothérapie.

Traitement à associer à un parage/ lavage de la prothèse.

La prise en charge des infections tardives nécessite un avis du référent anti-infectieux pour définir avec le chirurgien la stratégie médico-chirurgicale et guider l'antibiothérapie. Face à un cas difficile, il est recommandé de prendre avis auprès du CRIOAC Centre de Référence pour le traitement des Infections sté-o-Articulaires Complexes) régional.

### INFECTIONS SUR PROTHÈSE ARTICULAIRE SURVENANT DANS LE MOIS SUIVANT L'IMPLANTATION\*\*

SITUATIONS CLINIQUES	ANTIBIOTHÉRAPIE APRÈS PRÉ-LÈVEMENTS PER-OPÉRATOIRES	PRINCIPAUX GERMES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION*		DURÉE	
			Spécialités	Posologie		
	Vancomycine IVSE*** 30 mg/kg/j ou Daptomycine IV 8 à 10 mg/kg/j en 1x  +  Pipéracilline-Tazobactam 4 g IVL/8h (toutes les 6h si > 100 kg) ou Cefotaxime IV 100 mg/kg/j en 3 à 4 x/j  +/- Gentamicine (si critères de gravité septique) 5 mg/kg/j en 1x	Staphylocoque Méti-S	(Cl) Oxacilline IV ou Cefazoline IV +	150 à 200 mg/kg/j en 4 à 6 x/j  80 à 100 mg/kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE	IV = au moins 7 jours si hémocultures positives, 14 jours si <i>Staphylococcus aureus</i> .  Relais PO en fonction de la bactérie.  Durée de ttt = 6 à 12 semaines	
			Rifampicine (si germe S et en l'absence de Cl)	600 mg (< 70 kg) à 900 mg (>70 kg) /j en 1 prise à jeun		
			Relais PO avec bithérapie **** :			
			Rifampicine	600 mg (< 70 kg) à 900 mg (>70 kg) /j en 1 prise à jeun, ne pas associer avec Clindamycine (interactions médicamenteuses) ou avec Acide fusidique (risque d'hépatite)		
			Lévofloxacine	500 mg ; 1,5 cp/j en 1x soit 750 mg/j (informer le patient d'un potentiel risque de dissection aortique)		
			Clindamycine	600 à 900 mg x 3/j		
		Streptocoque ou <i>Cutibacterium Acnes</i> (ex : <i>propionibacterium acnes</i> )	Acide Fusidique	500 mg x 3/j (éviter association avec Rifampicine car hépatotoxicité)		
			Cotrimoxazole	800 mg x 3/j à 1 600 mg x 2/j		
			Amoxicilline IV	150 à 200 mg/kg/j en 4 à 6 x/j		<b>ALTERNATIVE</b> Cefotaxime IV 100 mg/kg/j en 3x/j ; voire Vancomycine*** si allergie grave
				Relais PO :		
			Amoxicilline ou Clindamycine	2 à 3 g x 3/j 600 à 900 mg x 3/j		
			Enterobactéries C3G S et quinolone S	Cefotaxime IV + Levofloxacine PO ou IV		100 mg/kg/j en 3x/j Si voie orale impossible à 750 mg/j en 1x
Relais PO :						
Levofloxacine	500 mg ; 1,5 cp/j en 1 x soit 750 mg/j					
Autres bactéries ou bactéries multirésistantes		Nécessité d'avis du référent anti-infectieux				

\* La réévaluation de l'antibiothérapie adaptée en fonction des prélèvements microbiologiques doit se faire au mieux avec l'avis du référent anti-infectieux.

\*\* L'antibiothérapie doit être conduite au mieux avec l'avis du référent anti-infectieux.

\*\*\* après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure . Pour la vancocinémie cible cf. page 119.

\*\*\*\*Bithérapie parmi les molécules suivantes, selon antibiogramme en privilégiant l'association rifampicine et lévofloxacine si germe sensible et en l'absence de contre indication .



## INFECTIONS OCULAIRES

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
<b>CHIRURGIE COMPLIQUÉE :</b> Endophtalmies aiguës Abcès cornéens		Ofloxacine PO + Imipenème IV	200 mg x 2/j  1 g x 3/j	Ofloxacine PO + Pipéracilline IV	200 mg x 2/j  4 g x 3/j	<b>2 j IV et 3 j PO</b>
	<i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	Collyre fortifié Vancomycine + Ceftazidime	50 mg/ml  20 mg/ml	-	-	<b>Instillation horaire pendant 2 j puis toutes les 2 h</b>
	Streptocoque <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Injection intravitréenne : Vancomycine + Ceftazidime	1 mg dans 0,1 ml  2,25 mg dans 0,1 ml			
	<i>Candida</i>	Cf : chap. 3				
	<i>Aspergillus</i>	Amphotéricine B IV + Amphotéricine B intravitréen Collyre Amphotéricine B	0,7-1 mg/kg/j  0,001-0,005 mg dans 0,1 mL  2,5 mg/l, 1 goutte /h	Voriconazole	6 mg/kg/12 h à J1 puis 4 mg/kg/12 h	

## INFECTIONS FONGIQUES

Les antifongiques systémiques sont des médicaments coûteux. Il existe un système spécifique concernant leur financement. Cinq d'entre eux, amphotéricine B complexe lipidique (Abelcet), amphotéricine B liposomale (Ambisome), caspofungine (Cancidas) et voriconazole injectable (V-fend), micafungine (Mycamine) sont remboursés en sus de la T2A à la condition d'avoir été prescrits dans le respect du référentiel national de bon usage (consultable sur les sites de l'ANSM et de la HAS).

Dans ce référentiel on retrouve 3 types de situation pouvant conduire à accepter un remboursement en sus de la T2A :

- prescription dans le cadre de l'AMM du médicament,
- prescription dans le cadre d'un protocole temporaire de traitement (= situations temporairement acceptables au vu des données disponibles de la science ; leur liste est consultable sur les sites de l'ANSM et de la HAS),
- prescription dans une autre situation mais avec une justification apportée par le prescripteur et consignée dans le dossier du patient (situation a priori classée « non acceptable »)

Les associations éventuelles de 2 ou plus de ces 4 produits sont considérées comme situation hors AMM en dehors de quelques situations particulières. Leur remboursement pourra être discuté ; il n'a rien d'automatique.

La prise en charge des infections à *Candida spp* et à *Aspergillus spp* est précisée pages 145, 147, 149.

Pour les autres infections fongiques, prendre un avis spécialisé.



## Infections sur terrain particulier

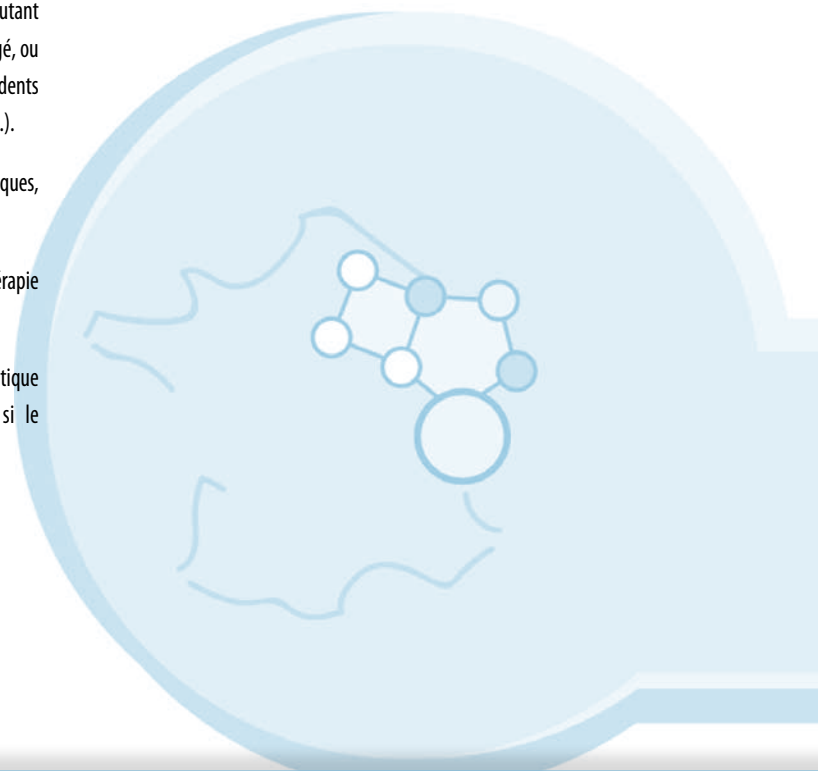
Infections chez le patient diabétique.....	p 85
Infections chez le neurotropénique.....	p 91
Antibiotiques au cours de la grossesse .....	p 97
Posologie par voie générale chez l'adulte avec insuffisance rénale .....	p 101
Dosage des antibiotiques .....	p 119
Dosage des antifongiques .....	p 121
Interactions médicamenteuses entre les anti-infectieux et les principaux anti-rejets .....	p 122
Allergie à la pénicilline et aux céphalosporines.....	p 123

## INFECTIONS CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE • 1

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI DES ANTIBIOTIQUES CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE

**Eviter les traitements «minute», par exemple dans l'infection urinaire et préférer les traitements classiques à poursuivre 8 à 10 jours.**

- Toujours penser que la fonction rénale du diabétique peut être altérée du fait du diabète, d'autant plus que le diabète est ancien, ou que le patient est âgé, ou qu'il a des facteurs de risque pour son rein (HTA, antécédents d'infections urinaires, médicaments néphro-toxiques...).
- En tenir compte dans le choix des molécules antibiotiques, des doses administrées et des durées de traitement.
- Surveiller de près la fonction rénale si l'antibiothérapie prescrite n'est pas anodine pour le rein.
- Ne pas hésiter à mettre sous insuline un patient diabétique jusqu'alors sous hypoglycémiant oraux, surtout si le diabète se déséquilibre à l'occasion de l'infection.



## INFECTIONS CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE - 2

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION**		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
En l'absence d'ostéite						
<b>Infection d'une plaie superficielle et récente (&lt; 1 mois)</b>	Staphylocoque aureus S. pyogènes	Clindamycine PO ou amox-ac clav PO ou Pristinamycine PO	600 mg x3/j  1 g x 3/j  1 g x 3/j	Linézolide PO	600 mg x 2/j	<b>1 sem.</b>
<b>Dermohypodermite extensive</b>	SAMS S. pyogenes	Cloxacilline IV ± Gentamicine	100-150 mg/kg/j 5-8 mg/kg/j	Clindamycine PO, IV	1 800-2 400 mg/j en 3 ou 4 prises	<b>2 à 4 sem.</b>
	SAMR	Vancomycine <sup>1</sup> IV +/- Gentamicine	30-40 mg/kg/j 5-8 mg/kg/j	Linézolide PO	600 mg x 2/j	
<b>Signes de gravité septiques</b>	SAMS S. pyogenes, BGN, anaérobies	Pipéracilline-tazobactam IV + Gentamicine	4 g x 3/j 5-8 mg/kg/j	Azactam + Vancomycine <sup>1</sup>	2 g x3/j 30 mg/kg/j	<b>2 à 4 sem.</b>
	SAMR, BGN, anaérobies	Imipénème IV + Vancomycine <sup>1</sup> IV	1 g x 3/j 30-40 mg/kg/j	Imipénème IV + Daptomycine	1 g x 3/j 8 mg/kg/j	
		+ Gentamicine	5-8 mg/kg/j			

<sup>1</sup> Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.  
Pour la vancocinémie cible cf. page 119.

## INFECTIONS CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE • 3

**PREAMBULE** : documentation bactériologique nécessaire

La prise en charge des infections chroniques nécessite un avis du référent anti-infectieux pour définir avec le chirurgien la stratégie médico-chirurgicale et guider l'antibiothérapie. Face à un cas difficile, il est recommandé de prendre avis auprès du CRIOAC (Centre de Référence pour le traitement des Infections Ostéo-Articulaires Complexes) régional.

SITUATIONS cliniques	PRINCIPAUX GERMES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 <sup>ère</sup> INTENTION***		ALTERNATIVE		DURÉE		
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie			
Ostéite aigüe associée*	Staphylocoque Méti-S	(Cl) Oxacilline IV ou Cefazoline IV	150 à 200 mg/kg/j en 4 à 6 x/j  80 à 100 mg/kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE	Si allergie non grave à la Pénicilline : Cefazoline IV  Si allergie grave à la pénicilline : Vancomycine IVSE*****	80 à 100 mg/kg/j en 3 à 4 x/j ou en SE  30 mg/kg/j	Si excision complète de l'os infecté et pas d'atteinte des tissus mous environnants : 48 h -72 h		
		Relais PO avec bithérapie *** :						
		Rifampicine	600 mg (< 70 kg) à 900 mg (>70 kg) / jour en 1 prise à jeun, ne pas associer avec Clindamycine (interactions médicamenteuses) ou avec Acide fusidique (risque d'hépatite)					
		Clindamycine	600 à 900 mg x 3/j					
		Lévofoxacine	500 mg : 1,5 cp/j en 1 x soit 750 mg/j (informer le patient d'un potentiel risque de dissection aortique)					
		Acide Fusidique	500 mg x 3/j (éviter association avec Rifampicine car hépatotoxicité)					
		Cotrimoxazole	800 mg x 3/j à 1600mg x 2/j					
	Streptocoque ou <i>Cutibacterium Acnes</i> (ex : <i>propionibacterium acnes</i> )	Amoxicilline IV	150 à 200 mg/kg/j en 4 à 6 x/j	Cefotaxime IV voire Vancomycine***** si allergie grave	100 mg/kg/j en 3x/j	Absence de chirurgie d'exérèse : au moins 6 sem.		
		Relais PO :						
		Amoxicilline IV ou Clindamycine	2 à 3 g x 3/j  600 à 900 mg x 3/j					
Enterobactéries C3G S et quinolone S	Cefotaxime IV	100 mg/kg/j en 3x/j	Si allergie : Levofloxacin PO ou IV si voie orale impossible	750 mg/j en 1 fois				
	Relais PO :							
	Levofloxacin	500 mg : 1,5 cp/j en 1 x soit 750 mg/j						
	Autres bactéries ou bac- téries multirésistantes	Nécessité d'avis du référent anti-infectieux						

\* Documentation bactériologique nécessaire.

\*\* La réévaluation de l'antibiothérapie adaptée en fonction des prélèvements microbiologiques doit se faire au mieux avec l'avis du référent anti-infectieux.

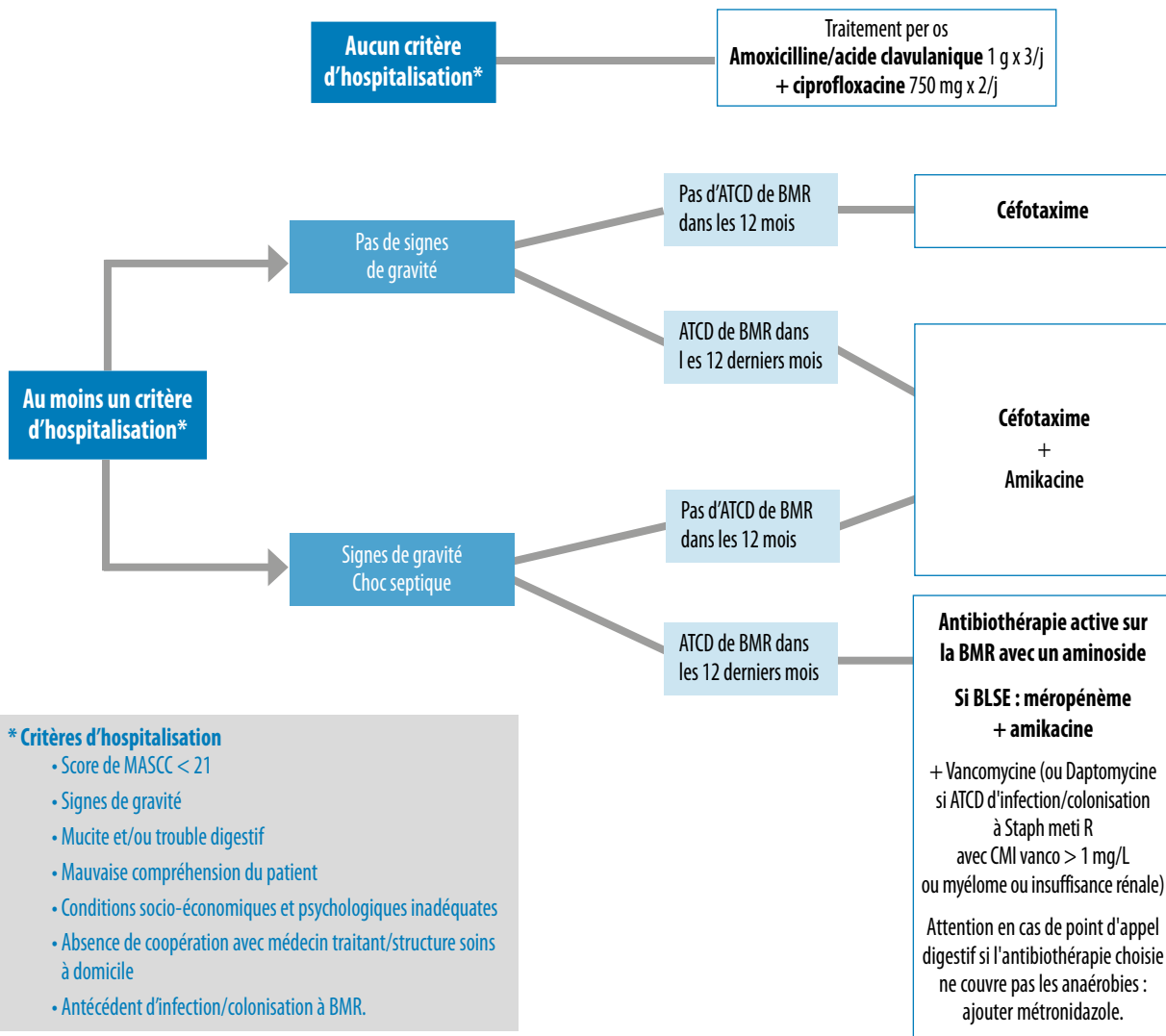
\*\*\* Bithérapie parmi les molécules suivantes, selon antibiogramme.

\*\*\*\* Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure. Pour la vancocinémie cible cf. page 119.

## INFECTIONS CHEZ LE NEUTROPÉNIQUE • 1

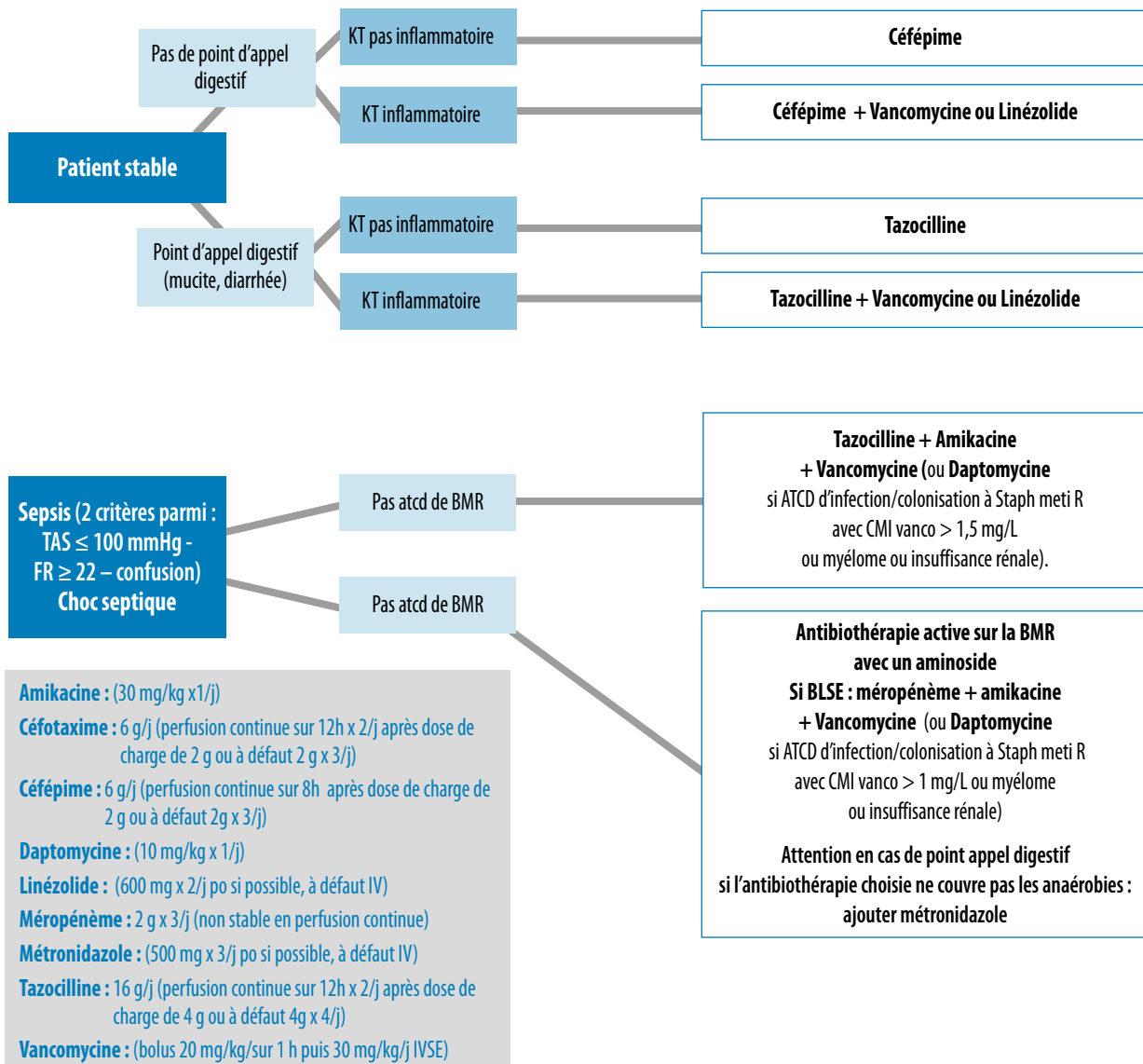
PATIENTS À FAIBLE RISQUE

NEUTROPÉNIE COURTE (&lt;7J)



## INFECTIONS CHEZ LE NEUTROPÉNIQUE • 2

## NEUTROPÉNIE À HAUT RISQUE (durée &gt; 7 jours)





## INFECTIONS CHEZ LE NEUTROPÉNIQUE • 3

### COMMENTAIRES

#### Définition

- PNN < 0,500 G/L
- Fièvre > 38,3°C à une reprise ou > 38°C à 2 reprises, à 1 h d'intervalle

#### Facteurs de risque d'infection

- Profondeur de la neutropénie < 0,100 G/L
- Durée > 7 à 10 jours
- Rupture des barrières cutané-muqueuses : mucite, VVC

#### Durée prévisible des neutropénies en fonction des traitements et pathologies

Neutropénie courte < 7 j : Agranulocytoses

Chimiothérapies des tumeurs solides et des lymphomes

Neutropénie prolongée > 7 j : Autogreffes de cellules souches périphériques (8-12 jours)

Allogreffes (15-20 jours)

Chimiothérapies pour leucémies aiguës (25-30 jours).

#### Prise en charge à domicile

- Critères indispensables : aplasie de courte durée (<7j), Score de MASCC > 21, absence de signes de gravité, absence de mucite, de trouble digestif, bonne compréhension du patient, conditions socio-économiques et psychologiques adéquates, bonne coopération avec le médecin traitant ou une structure soins à domicile, pas d'antécédent d'infection/colonisation à BMR.
- Bi-antibiothérapie per os : Amoxicilline/acide clavulanique (AUGMENTIN®) 1 g x 3/j + Ciprofloxacine (CIFLOX®) 750 mg x 2/j.

#### Prise en charge probabiliste des patients à haut risque

##### Hospitalisation systématique

Il faut prendre en compte l'écologie locale, les antécédents d'infection/colonisation à BMR, les facteurs de risque de BMR (exposition aux antibiotiques, multiples hospitalisations, cathéters centraux, sonde urinaire, séjours en réa...) et la présentation clinique.

#### Conseils généraux

- Concernant les aminosides :
  - En cas de contre-indication aux aminosides, utiliser les fluoroquinolones (en l'absence d'utilisation dans les 3 derniers mois).

- L'insuffisance rénale n'est pas une contre-indication aux aminosides chez un patient avec des signes de gravité.

- La durée du traitement par aminoside est de 3 jours maximum.

- Il faut utiliser préférentiellement le cefotaxime plutôt que la ceftriaxone, dans le but de limiter l'émergence de bactéries multi-résistantes.

- Concernant les molécules anti-staphylococciques :

- utilisation uniquement en cas de point d'appel clinique (cathéter inflammatoire, tunnelite, hémoc à CG+, et signes de gravité/choc septique)..

- Il est préférable d'utiliser la daptomycine plutôt que la vancomycine en cas de sepsis sévère ou de choc septique, en raison de sa bactéricide rapide.

- En cas de cathéter inflammatoire et/ou d'hémocultures positives sur cathéter, discuter l'ablation en fonction de la documentation bactériologique.

#### Arrêt des antibiotiques

Il est possible d'arrêter l'antibiothérapie en l'absence de documentation, même si le patient reste neutropénique, sous certaines conditions :

- apyréxie depuis au moins 5j
- patient non grave initialement
- antibiothérapie d'au moins 7j

En cas d'infection documentée et de neutropénie persistante, il est possible d'arrêter l'antibiothérapie après la durée de traitement prévue selon le site infecté, même si le patient reste neutropénique. Il est alors possible de désescalader l'antibiothérapie initiale, mais il faut garder au minimum une  $\beta$  lactamine active sur le *Pseudomonas aeruginosa*.

#### Place des facteurs de croissance hématopoïétiques

Utilisation : en prophylaxie de la neutropénie fébrile (diminution du risque de neutropénie fébrile et des décès précoces y compris mortalité liée aux infections), ou en traitement curatif si absence de sortie d'aplasie ou infection non contrôlée (diminution de la durée de la neutropénie sans diminution de la durée de la fièvre, de l'utilisation des anti-infectieux, ni de la mortalité).

## ANTIBIOTIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE • 1

ANTIBIOTIQUES (DCI)	ANTIBIOTIQUES UTILISABLES AU COURS DU :		
	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre
<b>β lactamines</b>			
Pénicillines	+	+	+
Acide clavulanique	+	+	+
Tazobactam	+	+	+
Céphalosporines	+	+	+
Aztréonam	+	+	+
Imipénème	+	+	+
Ertapénème	?	?	?
Méropénème	?	?	?
<b>Aminosides*</b>	+	+	+
<b>Macrolides et apparentés</b>			
Macrolides vrais	+	+	+
Synergistines	+	+	+
Pristinamycine	+	+	+
Clindamycine	+	+	+
Kétolide	0	0	0
<b>Tétracyclines</b>	+	0	0
<b>Quinolones</b>	0 sauf Ciprofloxacine, Ofloxacine, Lévofloxacine	0 sauf Ciprofloxacine, Ofloxacine, Lévofloxacine	0 sauf Ciprofloxacine, Ofloxacine, Lévofloxacine
<b>Sulfamides</b>			
Sulfadiazine	+	+	+
Cotrimoxazole	0	+	+
<b>Phénicolés</b>	0	0	0
<b>Glycopeptides*</b>	+	+	+
<b>Linézolide</b>	0	0	0
<b>Nitrofurane</b>	+	+	+

+ : antibiotiques autorisés  
 0 : antibiotiques interdits  
 ? : effets inconnus, à utiliser avec prudence

\* si infection maternelle sévère. Bilan auditif  
 chez le nouveau-né

## ANTIBIOTIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE - 2

ANTIBIOTIQUES (DCI)	ANTIBIOTIQUES UTILISABLES AU COURS DU :		
	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre
Tédizolide .....	0	0	0
Polypeptides .....	+	+	+
<b>Antituberculeux</b>			
Isoniazide** .....	+	+	+
Ethambutol .....	+	+	+
Pyrazinamide .....	+	+	+
Rifampicine .....	+	+	?*
Rifabutine .....	+	+	+*
Métronidazole .....	+	+	+
Ornidazole .....	0	+	+
Fosfomycine .....	+	+	+
Acide Fusidique .....	+	+	+

+ : antibiotiques autorisés

0 : antibiotiques interdits

? : effets inconnus, à utiliser avec prudence

\* Si utilisation jusqu'à l'accouchement, ajouter de la vitamine K

\*\* Supplémentation en vitamine B6 tout au long de la grossesse nécessaire (50 mg/j)

Sources : CRAT, Vidal 2018

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE

### Problématique de l'adaptation

La prescription d'antibiotiques chez l'insuffisant rénal doit tenir compte de plusieurs préoccupations :

- prévention de la toxicité rénale des médicaments (ex : Aminosides - Glycopeptides).
- Prévention de la toxicité extra-rénale d'ATB dont la pharmacocinétique est modifiée par l'IR (ex : toxicité neurologique des C3G).
- Gestion des interactions médicamenteuses (ex : Immunosuppresseurs en transplantation rénale).

### des ATB chez l'Insuffisant Rénal

#### Quels repères pour l'adaptation ?

Dans cet antibioguide sont préférentiellement rapportées les recommandations du site GPR.

Les informations complètes sont disponibles après une inscription gratuite sur : [sitegpr.com](http://sitegpr.com).

Les données du site sont régulièrement actualisées sur la base de données bibliographiques.

Dans un certain nombre de cas, elles peuvent différer des données du Vidal. Les molécules concernées, sont identifiées par un \*.

### AMINOSIDES

Il n'existe aucun schéma posologique établi garantissant à la fois une bonne efficacité et une bonne tolérance en cas d'insuffisance rénale du fait d'une marge thérapeutique étroite (entre efficacité liée à la concentration au pic (C<sub>max</sub>), et toxicité, auditive et rénale, liée à l'accumulation dans les différents tissus), et d'une grande variabilité pharmacocinétique interindividuelle.

Les études à pleine dose chez le patient insuffisant rénal montrent une AUC supérieure aux seuils recommandés, augmentant le risque de toxicité, alors que celles à posologies réduites ne donnent pas de C<sub>max</sub> suffisante pour atteindre l'efficacité.

Par conséquent, **il est recommandé de ne pas utiliser les aminosides chez les patients insuffisants rénaux.**

Dans les cas où il n'existe pas d'alternative thérapeutique présentant une efficacité attendue similaire et une moindre toxicité, chez un patient insuffisant rénal, les indications ci-dessous donne la recommandation de la **dose initiale** après laquelle il est indispensable d'effectuer un suivi des concentrations plasmatiques, de la concentration au pic (C<sub>max</sub>) et des résiduelles (C<sub>min</sub>), ainsi que de la tolérance clinique (audiogramme et suivi de la créatinémie). La C<sub>max</sub>, mesurée 30 minutes après la fin de la perfusion, doit être 8 à 10 fois supérieure à la CMI, et les taux résiduels devront être **inférieurs à la valeur indiquée avant d'envisager une réadministration** (mesure de la résiduelle **toutes les 24 heures jusqu'à obtention d'une concentration inférieure au seuil**). Par ailleurs, une durée courte de traitement, moins de 5 jours, voire une à deux injections, doit être privilégiée, afin de limiter la toxicité.

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			
	30-60	15-29	<15 et HD	DP
<b>Amikacine</b>	Dose initiale : 15 mg/kg Taux résiduel : 2,5 µg/ml	Dose initiale : 15 mg/kg Taux résiduel : 2,5 µg/ml	Dose initiale : 15 mg/kg Taux résiduel : 2,5 µg/ml	Indéterminée
<b>Gentamicine</b>	Dose initiale : 3 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Dose initiale : 3 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Dose initiale : 3 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Indéterminée
<b>Streptomycine</b>	Dose initiale : 0,5 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Dose initiale : 0,5 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Dose initiale : 0,5 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Indéterminée
<b>Tobramycine</b>	Dose initiale : 3 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Dose initiale : 3 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Dose initiale : 3 mg/kg Taux résiduel : 1 µg/ml	Indéterminée

*Evaluation du débit de filtration glomérulaire par l'une des 3 formules suivantes : Cockcroft, MDRD ou CKD-Epi*

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			
	30-60	15-29	<15 et HD	DP
<b>ANTITUBERCULEUX</b>				
<b>Ethambutol*</b>	15 – 20 mg/kg/24 h	15-20 mg/kg/48 h*	15-20 mg/kg/48 h Après HD*	15-20 mg/kg/48 h*
<i>*Sous contrôle rapproché de la toxicité ophtalmologique et taux sériques (marge thérapeutique étroite)</i>				
<b>Isoniazide</b> 4-5 mg/kg/j	3-5 mg/kg /24 h* 4 mg/kg/j si test impossible	3-5 mg/kg /24 h* 4 mg/kg/j si test impossible Max : 200 mg /jour	3-5 mg/kg /24 h* 4 mg/kg/j si test impossible Max : 200 mg /jour Après HD	3-5 mg/kg /24 h* 4 mg/kg/j si test impossible Max : 200 mg /jour
<i>*Selon le statut d'acétylleur lent ou rapide (test d'acétylation recommandé avant de débiter le traitement)</i>				
<b>Pyrazinamide*</b> 30 mg/kg/j	30 mg/kg toutes les 24 h	30 mg/kg toutes les 48 h	30 mg/kg toutes les 48 h Après HD	30 mg/kg toutes les 48 h
<b>Rifabutine</b> Selon indication	Posologie habituelle	50 % posologie habituelle	50 % posologie habituelle (ND)	Indéterminée
<b>Rifampicine</b> Selon indication	Dose habituelle*	Dose habituelle*	Dose habituelle* (ND)	Dose habituelle* (ND)
<i>* Réaliser un dosage de rifampicinémie au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> jour de traitement pour éviter surdosage</i>				
<b>Delamanid</b> 100 mg x 2 /24h	Posologie habituelle	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>Bedaquiline</b> Semaine 1-2 : 400mg/24h Semaine 3-24 : 200 mg x 3/semaine	Posologie habituelle	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>CÉPHALOSPORINES</b>				
<b>Cefotiam*</b> 200 – 400 mg/12 h	Posologie habituelle	Posologie unitaire identique/24 h (200 - 400 mg / 24 h)	Posologie unitaire identique / 48 h HD : 200 – 400 mg x 3/semaine après HD	Indéterminée
<b>Cefuroxime</b> IV : 2-6 g/j PO : 250 - 500 mg/12 h	IV : 2 g / 24 h PO : 250 - 500 mg/12 h	IV : 1 g / 24 h PO : 250 - 500 mg/24 h	IV : 1 g / 24-48 h PO : 250 – 500 mg/48 h Après HD	IV : 1 g / 24-48 h PO : 250 - 500 mg/48 h (dialysable)
<b>Cefpodoxime*</b> 100-200 mg/12 h	100 - 200 mg/12-24 h	100 - 200 mg/24 h	100 - 200 mg/24 h Après HD	100 - 200 mg/24 h (ND)
<b>Ceftazidime*</b> 2 g/8 h	2 g/12 h	2 g/24 h	Non HD : 1g/24 h HD : 2 g/48 h Après chaque HD	1 g/24 h (dialysable)

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (suite)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			DP
	30-60	15-29	<15 et HD	
<b>Ceftriaxone*</b> (1-2 g/24 h max 4 g/24 h)	1-2 g/24 h (max 4 g/24 h*)	1-2 g/24 h (max 4 g/24 h*)	1-2g/24h (max 4 g/24 h*) Après HD	Indéterminée
<b>Ceftobiprole</b> (500 mg-1 g/8 h)	DFG>50 : posologie habituelle DFG 30-50 : 500 mg/12 h DFG<30 : 250/12 h		250 mg/24 h Après HD	Indéterminée (ND)
<b>Ceftolozane/ Tazbactam</b> (1 g/0,5 g/8 h)	DFG>50 : posologie habituelle DFG<50 : 500 mg/250 mg / 8 h	250 mg/125 mg / 8 h	Dose de charge : 500 mg/250 mg Puis 100 mg/50 mg/8 h Après HD	Indéterminée (ND)
<b>Cefepime*</b> (selon sévérité : 2 g/8-12 h)	½ dose (selon schéma posologique de référence) 1 g/8 h ou 2 g/24 h	1 g / 12 à 24 h	Non HD : 1 g /12-24 h HD : dose de charge 1 g puis 500 mg/ 24 h Après HD	Indéterminée
<b>Cefixime</b> (200 mg/12 h)	DFG > 20 ml/min : 200 mg / 12 h - DFG < 20 ml/min : 200 mg / 24 h		200 mg / 24h (ND)	200 mg / 24 h (ND)
<b>Cefazoline*</b> (selon sévérité : 60 - 100 mg/kg/j en 3 fois)	500 mg puis 125 à 500 mg toutes les 12 heures (30-50 mg/kg/24h)**	500 mg puis 125 à 500 mg toutes les 24 heures (15-25 mg/kg/j)**	Non HD : 500 mg puis 125 à 500 mg /48 h HD : 500 mg à 2 g x 3 /semaine Après HD (15-25 mg/kg/48 h)	Indéterminée
<i>**DONNÉES DE TOLÉRANCE MAL DOCUMENTÉES (SURVEILLANCE NEUROLOGIQUE)</i>				
<b>Cefaclor*</b> (250 mg/8 h ou 375 mg LP/12 h)	Posologie habituelle	250 - 500 mg/12 h	250 - 500 mg/24 h Après HD	Indéterminée
<b>Cefadroxil</b> (1 g/12 h)	DFG > 40 ml/min : posologie habituelle DFG 20 à 40 ml/min : 500 mg/12 h DFG < 20 ml/min : 500 mg / 24 h Après HD		DFG > 40 ml/min : posologie habituelle DFG 20 à 40 ml/min : 500 mg/12 h DFG < 20 ml/min : 500 mg / 24 h Après HD	Indéterminée
<b>Cefalexine</b> (1 g/12 h)	500 mg/12 h	500 mg/24 h	250 mg /12-24 h Après HD	Indéterminée (ND)
<b>Cefamandole</b> (3 g/j max 1,5 g/4 h)	DFG > 50ml/min : posologie habituelle – 25-50 ml/min: 1,5 g/6 h - < 25 ml/min: 1,5 g/8 h		HD : 750 mg/8-12 h (ND)	HD : 750 mg/8-12 h

*Evaluation du débit de filtration glomérulaire par l'une des 3 formules suivantes : Cockcroft, MDRD ou CKD-Epi*

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (suite)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			DP
	30-60	15-29	<15 et HD	
<b>Cefotaxime*</b> (Poso standard : 1-2 g/8 h)	1-2 g / 12 h	750 mg à 1,5 g/12 h	750 mg à 1,5 g/24 h Après HD	1-2 g / 12-24 h
<b>Cefoxitine</b> (1-2 g/8 h)	1-2g/8-12 h	1-2 g/12-24 h	Non HD : 1-2 g/12-24 h HD : 1-2 g après chaque HD	Indéterminée (ND)
<b>Ceftaroline Fosamil</b> 600 mg/12 h	DFG>50 : posologie habituelle DFG 30-50 : 400 mg/12 h	300 mg/12 h	200 mg/12 h Après HD	200 mg/12 h (ND)
PÉNICILLINES				
<b>Amoxicilline</b>	Posologie habituelle	Dose de charge 1 g puis ½ de la dose habituelle	Dose de charge 1 g puis ¼ de la dose quotidienne en 1 administration / 24 h Après HD	¼ de la dose quotidienne en 1 administration / 24 h
<b>Amoxicilline Clavulanate</b>	Posologie habituelle	Dose de charge 1 g puis ½ de la dose habituelle	Dose de charge 1 g puis ¼ de la dose quotidienne en 1 administration / 24 h Après HD	¼ de la dose quotidienne en 1 administration / 24 h
<b>Ampicilline</b> (1g/12 h)	Posologie habituelle	Dose de charge 1 g puis 500 mg/12h	Dose de charge 1g puis 500 mg/24 h Après HD	Indéterminée
<b>Ampicilline Sulbactam</b> (IV : 3 g/6-8 h)	3 g/6-8 h	3 g/12 h	3 g/24 h Après HD	Indéterminée
<b>Temocilline</b> (2g/8-12h)	1 g/12 h	1 g/24 h	Non HD : 500 mg/24 h HD : 2**-3***g après HD	Indéterminée
<b>Benzylpénicilline</b> (Pénicilline G) 12 à 24 million d'unités en 6 inj ou IVSE	DFG > 40 ml/min: posologie habituelle DFG 20-40 ml/min: 2 million d'unités/4 h DFG < 20 ml/min: 1 million d'unités /4 h		0,5 million d'unités/6 h Après HD	Indéterminée
<b>Cloxacilline</b> (50 mg/kg/jour en 3 prises, max 4 g/jour)	Posologie habituelle	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>Oxacilline</b>	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
AUTRES β LACTAMINES				
<b>Aztreonam</b> (2 g en dose de charge puis 1-2 g/6-8 h selon sévérité)	Posologie habituelle	2 g en dose de charge puis de 500 mg/8 h à 1 g/6 h (soit ½ dose)	2 g en dose de charge puis de 250 mg/8 h à 500 mg/6 h (soit ¼ dose) Après HD	2 g en dose de charge puis de 250 mg/8 h à 500 mg/6 h soit ¼ dose) (dialysable)
<b>Ertapenem*</b> (1 g/24 h)	1 g/24 h	500 mg/24 h	500 mg/24 h Après HD	Indéterminée

\*\*Si période interdialytique = 2 jours

\*\*\*Si période interdialytique = 3 jours

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (suite)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			DP
	30-60	15-29	<15 et HD	
<b>Imipénem Cilastatine</b> Selon indication	Réduction dose selon poso initiale 500 mg/6 h-750 mg/8 h	50 % dose Intervalle inchangé	250 mg à 500 mg / 12 h	ND
<b>GLYCOPEPTIDES</b>				
<b>Teicoplanine*</b> (6-12 mg/ 12 h les 3 premières injections puis 6-12 mg/24 h)	6-12 mg/ 12h les 3 premières injections puis 3-6 mg/24 h (ou 6-12 mg/48 h)*	6-12 mg/12 h les 3 premières injections puis 2-4 mg/24 h (ou 6-12 mg/72 h)*	6-12 mg/12 h les 3 premières injections puis 2-4 mg/24 h (ou 6-12 mg/72 h)* ND	6-12 mg/12 h les 3 premières injections puis 2-4 mg/24 h (ou 6-12 mg/72 h)* ND
<i>*Adaptation des doses d'entretien aux contrôles de taux sanguins</i>				
<b>Vancomycine*</b> (30 mg/kg 20-40 mg/kg/j selon sévérité)	Dose de charge : 30 mg/kg puis selon taux sanguins*	Dose de charge : 30 mg/kg puis selon taux sanguins*	Dose de charge : 30 mg/kg puis adapter selon taux sanguins* Après ou en fin d'HD	Dose de charge : 30 mg/kg puis adapter selon taux sanguins* (ND)
<i>*Adaptation des doses d'entretien aux contrôles de taux sanguins</i>				
<b>KETOLIDES</b>				
<b>Télithromycine</b> (800 mg/24 h)	Posologie habituelle	800 mg 1j/2 En alternance avec 400 mg 1j/2*		
<i>*Posologie optimale 600 mg/j non disponible</i>				
<b>LINCOSAMIDES</b>				
<b>Clindamycine</b>	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>MACROLIDES</b>				
<b>Azithromycine</b> (500 mg J1 puis 250 à 500 mg/j)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle Après HD	Posologie habituelle (ND)
<b>Clarithromycine*</b> (500 mg à 1 g/12 h)	500 mg à 1g/12 h	500 mg à 1g/24 h	500 mg à 1g/24 h Après HD	500 mg à 1 g/24 h (ND)
<b>Erythromycine</b> (1 g / 8 à 12 h)	1 g / 8 à 12 h	1 g/8 à 12 h	500 à 750 mg/8 à 12 h Après HD	500 à 750 mg/8 à 12 h
<b>Josamycine</b> (500 mg à 1 g/12 h)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Indéterminée
<b>Midecamycine</b> (800 mg/12 h)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle Après HD	Indéterminée
<b>Roxithromycine</b> (150 mg/12 h)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	150 mg/24 h Après HD	150 mg/24 h (ND)

Evaluation du débit de filtration glomérulaire par l'une des 3 formules suivantes : Cockcroft, MDRD ou CKD-Epi



## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (suite)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			
	30-60	15-29	<15 et HD	DP
<b>Spiramycine</b>	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Indéterminée
<b>NITRO-IMIDAZOLÉS</b>				
<b>Métronidazole</b> (selon indication)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	½ dose Après HD	½ dose ND
<b>ORNIDAZOLE</b> (selon indication)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle Après HD	Posologie habituelle
<b>Tinidazole</b> (selon indication)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle Après HD	Posologie habituelle (ND)
<b>OXAZOLIDINONES</b>				
<b>Linézolide</b> (600 mg/8-12 h)	Posologie habituelle	600 mg/24 h	600 mg/24 h Après HD	600 mg/24 h
<b>CYCLINES</b>				
<b>Doxycycline</b> (200 mg puis 100-200 mg/j)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>Lymécycline</b> (300 mg/12-24 h)	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>Métacycline</b> (300-600 mg/12 h)	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>Minocycline</b>	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>Tigecycline</b>	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>Phenoxyéthyl Pénicilline</b> (1 million d'unités/8 h)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Indéterminée	Indéterminée
<b>CARBOXY, UREIDOPENICILLINES</b>				
<b>Pipéracilline Tazobactam</b> (4 g/6-8 h)	Posologie habituelle	4 g / 8 h	4 g / 12 h Après HD	3 g/12 h (ND)
<b>Ticarcilline</b> (250 mg/kg/j en 3 à 6 injections)	5 g/8 h (ou 2,5 g/4 h)	5 g/12 h (ou 2,5 g/6 h)	Non HD : 5 g/12 h (ou 2,5 g/6 h) HD : 2 g / 24 h (ou 1 g/12 h)	2 g / 24 h (ou 1 g/12 h)
<b>Ticarcilline Clavulanate</b> (250 mg/kg/j de Ticarcilline en 3 à 6 injections)	Dose de Ticarcilline 3-5 g/8 h (ou 1,5-2,5 g/4 h)	Dose de Ticarcilline 3 g/12 h (ou 1,5 g/6 h)	Dose de Ticarcilline Non HD : 3 g / 12 h (ou 1,5 g/6 h) HD : 1,5 à 3 g/24 h Après HD	Dose de Ticarcilline 1,5 à 3 g / 24 h

*Évaluation du débit de filtration glomérulaire par l'une des 3 formules suivantes : Cockcroft, MDRD ou CKD-Epi*

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (suite)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			
	30-60	15-29	<15 et HD	DP
<b>POLYMYXINES</b>				
<b>Colistine IV</b> 9 millions d'UI puis 9 millions d'UI/j en 2 à 3 prises	DFG > 50 ml/min : posologie habituelle DFG 30-50 ml/min : 9 MUI puis 5,5 à 7,5 MUI/j en 2 prises DFG < 30 ml/min : 9 MUI puis 4,5 à 5,5 MUI/j en 2 prises		Non HD : 9 MUI puis 4,5 à 5,5 MUI/j en 2 prises HD : 9 MUI puis 1,5 MUI x2/j jours sans dialyse 1,5 MUI x3/j jours de dialyse	Dose de charge : 9 à 10 MUI puis 5 à 6 MUI/ j 24 h pour atteindre une concentration à l'équilibre de 2,5 mg/L
<b>Colistine Per Os</b> (100 000 à 150 000 UI/kg/j)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>QUINOLONES</b>				
<b>Acide Pipémidique</b> (400 mg/12 h)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>Ciprofloxacine PO</b>	500 mg à 750 mg toutes les 12 à 24 h	500 mg à 750 mg toutes les 24 h	500 mg à 750 mg toutes les 24 h	500 mg à 750 mg toutes les 24 h
<b>Ciprofloxacine IV</b>	400 mg toutes les 12 h	400 mg toutes les 24 h	400 mg toutes les 24 h	400 mg toutes les 24 h
<b>Fluméquine</b>	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>Levofloxacine PO</b>	DFG 20-50 ml/min dose initiale: 500 mg puis 250 mg/12-24 h	DFG 10-20 ml/min dose initiale : 500 mg puis 125-250 mg/48 h	HD : dose de charge : 500 mg puis 125-250 mg/48 h Après HD	Dose de charge : 500 mg puis 125-250 mg/48 h (ND)
<b>Levofloxacine IV</b> (500 mg/12-24 h)	DFG 20-50 ml/min dose initiale : 500 mg puis 250 mg/12-24 h	DFG 10-20 ml/min: dose de charge : 500 mg puis 125-250 mg/48 h	HD : dose de charge : 500 mg puis 125-250 mg/48 h Après HD	Dose de charge : 500 mg puis 125-250 mg/48 h (ND)
<b>Loméfloxacine</b> (400 mg/24 h)	Posologie habituelle	Dose de charge : 400 mg puis 200 mg/24 h ou 400 mg/48 h	Dose de charge : 400 mg Puis 200 mg/24h ou 400 mg/48 h Après HD	Indéterminée
<b>Moxifloxacine</b> (400 mg/24 h)	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>Norfloxacine</b> (400 mg/12-24 h)	Posologie habituelle	400 mg/24 h	400 mg/24 h	400 mg/24 h
<b>Ofloxacine</b> (200 - 400 mg/12 h)	DFG > 50 ml/min : posologie habituelle DFG 20-50 ml/min : 200-400 mg/24 h DFG < 20 ml/min : 200 mg/48 h		200 - 400 mg / 48 h Après HD	200 - 400 mg / 48 h
<b>Péfloxacine</b> (400 mg/12 h)	400 mg / 12 h	400 mg / 12 h	400 mg / 12 h Après HD	400 mg / 12 h (ND)

Evaluation du débit de filtration glomérulaire par l'une des 3 formules suivantes : Cockcroft, MDRD ou CKD-Epi

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (suite)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			
	30-60	15-29	<15 et HD	DP
<b>SULFAMIDES</b>				
<b>Sulfaméthoxazole Triméthoprime</b> (800/160 mg/8 à 12 h)	800/160 mg/8 à 12 h	800/160 mg/24h	800/160 mg/48 h Après HD	800/160 mg/48 h (ND)
<b>SYNERGITINES</b>				
<b>Pristinamycine</b>	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée
<b>DIVERS</b>				
<b>Acide Fusidique</b>	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle	Posologie habituelle
<b>Fosfomycine</b> (4 g/6-12 h)	4 g/12-24 h	4 g/36-48h	Non HD : 2 g/48 h HD : 2 g x 3/semaine après HD	2 g/48 h (ND)
<b>Nitrofurantoïne</b>	Non recommandé	Non recommandé	Non recommandé	Non recommandé
<b>Daptomycine</b> 6-12 mg/kg/24 h selon sévérité infection	Posologie habituelle	Posologie unitaire identique/48h	Posologie unitaire identique/48 h* Après HD	Indéterminée
			* Majorée de 50% si période interdialytique = 3 jours	
<b>Amphotéricine B</b>	A éviter			
<b>Amphotéricine B Liposomale</b> 3 mg/kg/j Complexe lipidique 5 mg/kg/j	Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie de l'amphotéricine B chez le patient insuffisant rénal. Cependant, chez les patients développant une insuffisance rénale sous Fungizone® il est impératif d'arrêter le médicament et d'utiliser une formulation moins néphrotoxique.		De plus, chez les patients présentant une insuffisance rénale préexistante, il est préférable d'initier le traitement par une formulation moins néphrotoxique par rapport à l'amphotéricine B dite nue, à savoir de préférence l'amphotéricine B liposomale (Ambisome®) ou l'amphotéricine complexe lipidique (Abelcet®)	
<b>Caspofungine</b>	Posologie habituelle 70 mg puis 50 à 70 mg/24 h			
<b>Fluconazole</b>	Dose habituelle J1 puis 50 % de la dose selon indication		Dose habituelle J1 puis garder la même dose unitaire, en administration après séance d'HD	Dose habituelle J1 puis 50 % de la dose selon indication
<b>Flucytosine</b> (100-200 mg/kg/j en 3-4 prises)	DFG > 40 ml/min : 25-50 mg/k/6 h DFG 20-40 : 25-50 mg/kg/12 h DFG < 20 : 25-50 mg/kg/6 h		25 mg/kg x 3/semaine après HD (dosage à réaliser 4-6 h après HD)	25 mg/kg puis selon dosage plasmatique réalisé après 12 h (ND)
<b>Itraconazole</b> 100-400 mg/j voie IV CI si DFG < 30	100 à 400 mg/24 h	100 à 400 mg/24 h	100 à 200 mg/24h	100 à 200 mg/24 h
<b>Posaconazole</b>	Privilégier la voie orale – posologie habituelle selon indication			Indéterminée
<b>Terbinafine</b>	125 mg/24 h	125 mg/24 h	Non HD : 125 mg/24 h HD : indéterminée	Indéterminée

## POSOLOGIE PAR VOIE GÉNÉRALE CHEZ L'ADULTE

## AVEC INSUFFISANCE RÉNALE (fin)

Antibiotiques (DCI)	Clairance de la créatinine (ml/min)			DP (Dialysance si connue)
	30-60	15-29	<15 et HD	
<b>VORICONAZOLE</b>	Privilégier la voie orale – Posologie habituelle			
<b>Atovaquone</b>	Posologie habituelle après HD			
<b>Pentamidine</b>	Posologie habituelle			
<b>Pyriméthamine</b>	Posologie habituelle selon indication			
<b>Quinine</b>	Posologie habituelle			
<b>Chloroquine</b>	Adaptation posologie selon posologie de référence et indication			ND
<b>Proguanil</b>	100 mg	50 mg / 48 h	50 mg/semaine Après HD	50 mg/semaine
<b>Proguanil/ Atovaquone</b>	Contre indiqué			
<b>Mefloquine</b>	Posologie habituelle			

\*Évaluation du débit de filtration glomérulaire par l'une des 3 formules suivantes : Cockcroft, MDRD ou CKD-Epi.

§ Selon indication et voie d'administration.

\*\*Compte tenu de son élimination, le produit doit être administré après la séance les jours d'hémodialyse.

## DOSAGE DES ANTIBIOTIQUES

Molécule (DCI)	Prélèvement	Conditions de transport	Zone thérapeutique habituelle	Coût de l'analyse	
<b>VANCOMYCINE</b>	48-72 h après instauration du traitement ou modification (24h si sujet à risque, IR) Surveillance à j 8	Administration fractionnée : Cmin* +/- Cmax**  Administration continue : Céq*** = 20-25 mg/L	Température ambiante si < 3h ou 4°C si > 3h	Administration fractionnée : Cmin = 15-20 mg/L (25-30 mg/L si GISA) Cmax = 20-50 mg/L  Administration continue : Céq = 20-25 mg/L	18,90 €
<b>TEICoplanine</b>	48 h après l'instauration du traitement, puis à j 8	Cmin* = 10-20 mg/L	Température ambiante (stable 24h)	Cmin = 15 - 20 mg/L (30 - 40 mg/L si inf sévères)	32,40 € Non remboursé
<b>AMIKACINE</b>	Cmax** à la 1 <sup>ère</sup> administration si infection sévère  Cmin* : 48 h après début du traitement si IR ou durée de traitement > 5 j	Température ambiante si < 3h ou 4° C si > 3h	DJ : Cmin < 2,5 mg/L Cmax = 60-80 mg/L  Administration fractionnée : Cmin < 2,5 mg/L Cmax = 20-30 mg/L	Cmin et Cmax : 32,40 € Cmin ou Cmax : 18,90 €	
<b>GENTAMICINE</b>	Cmax** à la 1 <sup>ère</sup> administration si infection sévère  Cmin* : 48 h après début du traitement si IR ou durée de traitement > 5 j	Température ambiante si < 3h ou 4° C si > 3h	DJ : Cmin < 1 mg/L Cmax = 30-40 mg/L  Administration fractionnée : Cmin < 2 mg/L Cmax = 5-12 mg/L	Cmin et Cmax : 32,40 € Cmin ou Cmax : 18,90 €	
<b>TOBRAMYCINE</b>	Cmax** à la 1 <sup>ère</sup> administration si infection sévère  Cmin* : 48 h après début du traitement si IR ou durée de traitement > 5 j	Température ambiante si < 3h ou 4° C si > 3h	DJ : Cmin < 1 mg/L Cmax = 30-40 mg/L  Administration fractionnée : Cmin < 2 mg/L Cmax = 4-10 mg/L	Cmin et Cmax : 32,40 € Cmin ou Cmax : 18,90 €	

\*Cmin : Concentration résiduelle juste avant une nouvelle administration.

\*\*Cmax : Pic plasmatique, concentration 30 min après la fin d'une perfusion IV ou 60 min après une administration IM.

\*\*\*Céq : Concentration à l'équilibre (perfusion continue, pas d'heure fixe pour le prélèvement).

Prélèvement sur tube sec 5 mL (bouchon rouge)

**Ne jamais prélever sur tube avec gel séparateur (bouchon jaune, bouchon vert clair).**

**Délai de rendu des résultats : 12h.**

Mise au point AFSSAPS - ANSM, mai 2011.

IR : Insuffisance Rénale

DJ : Dose Unique Journalière

## DOSAGE DES ANTIFONGIQUES

Molécule (DCI)	Prélèvement	Conditions de transport	Zone thérapeutique habituelle	Coût de l'analyse
<b>VORICONAZOLE (VFEND®)</b>	Cmin* recommandée ; après instauration du traitement ou modification de posologie : j 3 Cmax** si problème d'absorption orale (2 h après prise orale ou 1 h après perfusion)	Température ambiante	Cmin : 1-5 mg/L Cmax : < 9 mg/L	40,50 € Non remboursé
<b>POSACONAZOLE (NOXAFIL®)</b>	Cmin* ; après instauration du traitement ou modification de posologie : j 8	Température ambiante	Cmin > 0,7 mg/L	40,50 € Non remboursé
<b>ISAVUCONAZOLE (CRESEMBA®)</b>	Cmin* ; après instauration du traitement : j 3 prélèvement : plasma (bouchon vert foncé) ou sérum (bouchon rouge) sans bouchon séparateur	Température ambiante	Cmin : 1-7 mg/L	40,50 € Non remboursé
<b>ITRACONAZOLE (SPORANOX®) et OH-Itraconazole (Métabolite)</b>	Cmin* recommandée ; après instauration du traitement ou Modification de posologie : j 8 Cmax** si traitement curatif (4 h après la prise pour des gélules ou 2 h pour la suspension buvable ou 5 h si prise alimentaire associée)	Température ambiante	Traitement préventif : Cmin (itra)* > 0,25 mg/L et Cmin (itra+OH-itra) 0,75-1 mg/L Traitement curatif : Cmin (itra)* > 0,5 mg/L et Cmin (itra+OH-itra) 1,5-2 mg/L	40,50 € Non remboursé

\*Cmin : Concentration résiduelle juste avant une nouvelle administration.

\*\*Cmax : Pic plasmatique, concentration 30 min après la fin d'une perfusion IV ou 60 min après une administration IM.

**Prélèvement sur tube hépariné 5mL (bouchon vert foncé)**

**Ne jamais prélever sur tube avec gel séparateur (bouchon vert clair).**

**Délai de rendu des résultats : 1 série par semaine**

**(Posaconazole : lundi – Itraconazole/Voriconazole : mardi).**

Niveau de preuve du suivi thérapeutique pharmacologique de l'itraconazole, posaconazole et voriconazole. Thérapie 2011.

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ENTRE LES ANTI-INFECTIEUX ET LES PRINCIPAUX ANTI-REJETS (CICLOSPORINE, TACROLIMUS)

## ALLERGIE A LA PENICILLINE ET AUX CEPHALOSPORINES

### MÉDICAMENTS MAJORANT LES TAUX SANGUINS D'ANTI-REJETS

#### ANTIBIOTIQUES

- Clarythromycine
- Erythromycine
- Josamycine
- Mydecamycine
- Pristinamycine
- Roxithromycine

#### ANTIFONGIQUES

- Fluconazole
- Itraconazole
- Isavuconazole
- Voriconazole
- Posaconazole

#### ANTIVIRAUX

- Antiprotéases (Cobicistat, Ritonavir, Atazanavir, Lopinavir, Darunavir)

### MÉDICAMENTS RÉDUISANT LES TAUX SANGUINS D'ANTI-REJETS

#### ANTIBIOTIQUES

- Rifampicine
- Rifabutine
- Clindamycine
- Triméthoprime

#### ANTIFONGIQUES

- Caspofungine (avec tacrolimus)

#### ANTIVIRAUX

- Efavirenz
- Nevirapine

Remarque : Bictégravir (association non recommandée avec la Ciclosporine. Sinon, faire un suivi clinique et biologique).

### ALLERGIE A LA PENICILLINE

#### ALLERGIE SEVERE

Réaction précoce survenant moins d'une heure après la prise ou signes de gravité :

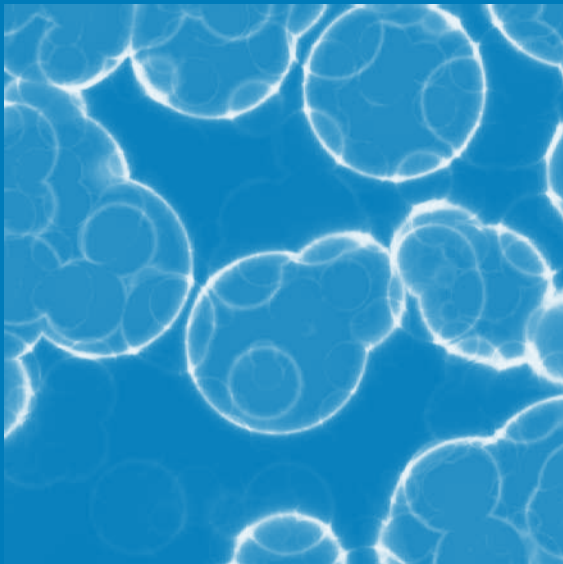
malaise, hypotension, signes digestifs à type de diarrhée, vomissements, érythème diffus, prurit, urticaire, angio-œdème, bronchospasme, trouble du rythme cardiaque ou **antécédent de tests cutanés positifs.**

- **Contre-indication des pénicillines et des céphalosporines**
- **Avis en allergologie**

#### ALLERGIE BENIGNE

Réaction tardive sans signes de gravité

- **Possibilité de prescrire une céphalosporine**
- **Avis en allergologie avec réalisation de tests cutanés ; si tests cutanés négatifs : possibilité de prescrire une pénicilline ultérieurement.**



## Les agents infectieux

Staphylocoque.....	p 127
Streptocoque.....	p 129
Pneumocoque.....	p 131
Entérocoque .....	p 133
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> .....	p 135
<i>Acinetobacter baumannii</i> (Bacille pyocyanique).....	p 137
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> .....	p 137
Entérobactérie BLSE.....	p 137
<i>Borrelia burgdorferi</i> <b>cf. page 71</b>	
<i>Helicobacter pylori</i> .....	p 139
Infection documentée à <i>C. difficile</i> .....	p 141
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Bacille de Koch) .....	p 143
<i>Candida</i> .....	p 145
Aspergillus.....	p 149



## STAPHYLOCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Staph. Méti-S		Staph. Méti-R		
	1 <sup>er</sup> choix	Allergie à la pénicilline	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	
<b>BACTERIÉMIE NON COMPLIQUÉE (+ retrait du cathéter)</b>	Cloxacilline <sup>1</sup> IV 200 mg/kg/j	Vancomycine IV 30 mg/kg/j 2 injections <sup>2</sup>	Vancomycine IV 30 mg/kg/j 2 injections <sup>2</sup>	Daptomycine 8-10 mg/kg/j en cas de CMI à la vancomycine ≥ 1 mg/L	<b>5 j (si SCN) 14 j (si S aureus)</b>
<b>ENDOCARDITE</b>	Cf. chap. endocardite p. 61				
<b>MÉDIASTINITE</b>	Cloxacilline <sup>1</sup> IV 200 mg/kg/j + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Ofloxacin IV ou PO + Rifampicine IV	Vancomycine IVSE <sup>3</sup> 30-40mg/kg/j + Gentamicine J1-J3 + Rifampicine à partir de J3	Demander l'avis d'un expert	<b>2 mois Relais PO à envisager après 14 j IV</b>
<b>OSTÉO-ARTHRITE<sup>4</sup></b>	Cf. page 75	Cf. page 75	Vancomycine IVSE <sup>3</sup> 30-40mg/kg/j + aminoside pdt 3j puis rifampicine IV, PO 20 mg/kg/j en deux prises	Demander l'avis d'un expert	<b>IV 2 sem. puis PO Total : 6-12 sem.</b>
<b>MÉNINGITE</b>	Céfotaxime IV Jusqu'à 300 mg/kg/j	Ofloxacin IV ou PO + Rifampicine IV 20mg/kg/j ou Céfotaxime IV 200mg/kg/j + Rifampicine IV 20mg/kg/j	Vancomycine IVSE <sup>5</sup> 60 mg/kg/j + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Vancomycine IVSE <sup>5</sup> 40 mg/kg/j + Gentamicine IV 5-8 mg/kg/j (± Vancomycine IR <sup>6</sup> ) ou Céfotaxime IV 200 mg/kg/j + Fosfomycine IV 4 g x3 si souche fosfomycine sensible ou Linezolid IV 600 mg x2/j + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	<b>3 sem.</b>

<sup>1</sup> En alternative cefazoline 80-100 mg/kg IVSE ou en 3 prises/j.

<sup>2</sup> Vancocinémie résiduelle cible 15-20 mg/L.

<sup>3</sup> Après dose de charge de 20mg/kg sur une heure. Vancocinémie cible à l'équilibre : 25-30 mg/L.

<sup>4</sup> Si absence de prothèse ou autre matériel étranger ; sinon, demander l'avis d'un expert.

<sup>5</sup> Après dose de charge de 15 mg/kg sur une heure (17<sup>ème</sup> Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-infectieuse). Vancocinémie cible à l'équilibre : 30-40 mg/L.

<sup>6</sup> IR = intrarachidien.

Voir tableau allergie aux pénicillines et cephalosporines page 123.

## STREPTOCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Absence d'allergie à la pénicilline		Allergie à la pénicilline**		
	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	
<b>ANGINE à STREPTOCOQUE</b> cf. page 51	Amoxicilline 1 g x 2 g/j pdt 6 jours	-	Céfuroxime PO 250 mg x 2/j pdt 4 j  Cefpodoxime PO 200 mg x 2/j pdt 5 j  Céfotiam PO 200 mg x 2/j pdt 5 j	Azithromycine PO 500 mg/j pdt 3 j  Clarithromycine PO 250 mg/j x 2/j pdt 5 j  Josamycine PO 1 g x 2/j pdt 5 j	-
<b>ERYSIPELE</b>	Amoxicilline 30-50 mg/kg/j IV, PO	-	Pristinamycine 1 g x 3/j, PO  ou Clindamycine PO 600 mg x 3/j		7j***
<b>BACTÉRIÉMIE NON COMPLIQUÉE*</b> <b>À STREPTOCOQUE PYOGÈNE A,B,C OU G</b>	Amoxicilline 100 mg/kg/j en 6 perfusions	Relais PO par amoxicilline 50-100 mg/kg/j en 3 prises	Céfotaxime 1-2 g x 3/j IV  ou Ceftriaxone 1-2 g/j IV, IM	Vancomycine <sup>1</sup> IVSE 30-40 mg/kg/j	7 j

\* complication à rechercher: thrombose septique, localisation profonde secondaire, endocardite infectieuse. pour les endocardites, cf page 59.

\*\* voir tableau allergie aux pénicillines et céphalosporines page 123.

\*\*\* durée à réévaluer en fonction de l'évolution clinique.

<sup>1</sup>Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.

Pour la vancocinémie cible cf. p 119.

## PNEUMOCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Pneumo sensible (CMI ≤0,5 mg/l)		Pneumo de moindre sensibilité (CMI >0,5 mg/l)		
	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	
<b>OTITE MOYENNE AIGUE PURULENTE</b>  <b>Pneumocoque</b>  <b>cf. page 53</b>	Amoxicilline 1 g x 3/j	-	Céfuroxime-axétil 250 mg x 2/j  Cefpodoxime-proxétil 200 mg x 2/j  Pristinamycine (> 6 ans) 1 g x 2/j	-	<b>10 j si âge entre 3 mois et 2 ans</b>  <b>5 j après l'âge de 2 ans</b>
<b>PNEUMONIE</b>	Amoxicilline PO ou IV 1 g x 3/j	-	Céfotaxime IV 50 mg/kg/j  ou Ceftriaxone IM ou IV 1-2 g/j adulte  ou Pristinamycine 1g x3/j	-	<b>7 j</b> <b>Possibilité de stopper le traitement au bout de 5 jours si évolution favorable.</b>
<b>MÉNINGITE*</b>	<p>CMI amoxicilline ≤ 0,5 mg/l : amoxicilline, 200 mg/kg/j IV en 4 à 6 perfusions, ou maintien C3G en diminuant la dose de céfotaxime à 200 mg/kg/j, de ceftriaxone à 75 mg/kg/j si la CMI de la C3G est &lt; 0,5 mg/l</p> <p>CMI amoxicilline &gt; 0,5 mg/l : Céfotaxime IV en 4 à 6 perfusions ou en administration continue : 300 mg/kg/j (ou 200 mg/kg/j si CMI &lt; 0,5 mg/l)  ou ceftriaxone IV en 1 ou 2 perfusions : 100 mg/kg/j (ou 75 mg/kg/j si CMI &lt; 0,5 mg/l)</p>	-	Vancomycine IVSE 60 mg/kg/j	-	<b>7 j</b>

\*Ajouter dexaméthasone (Cf. méningite page 45).

## ENTÉROCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Absence d'allergie à la pénicilline et Amoxicilline S		Allergie à la pénicilline ou Amoxicilline R		
	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	
<b>CYSTITE NON COMPLIQUÉE *</b>	Amoxicilline PO 3 g/j	Avis spécialisé cf antibiogramme	Avis spécialisé cf antibiogramme	Avis spécialisé cf antibiogramme	5-7 j
<b>PYÉLONÉPHRITE OU PROSTATITE</b>	Amoxicilline IV 4-6 g/j +/- Aminoside <sup>∞</sup> #	Vancomycine <sup>1, **</sup> 30 mg/kg/j <sup>2</sup> + Aminoside <sup>∞</sup> #	Vancomycine <sup>1, **</sup> 30 mg/kg/j <sup>2</sup> + Aminoside <sup>∞</sup> #	Avis spécialisé	7 j si pyélonéphrite simple et Amox IV sinon 10 à 14 j 21 j pour prostatite
<b>BACTÉRIÉMIE en l'absence d'endocardite</b>	Amoxicilline IV 4-6 g/j + Aminoside #	Vancomycine <sup>1</sup> 30 mg/kg/j <sup>2</sup> + Aminoside #	Si Insuffisance rénale : Amoxicilline + Ceftriaxone en fonction du DFG	Vancomycine <sup>1</sup> 30 mg/kg/j <sup>2</sup> + Aminoside #  -	14 j (5 jours d'association)
<b>ENDOCARDITE</b>	Cf. endocardite page 59				

\* Les bactériuries asymptomatiques ne doivent pas faire l'objet d'un traitement antibiotique sauf chez la femme enceinte et avant une procédure urologique invasive. Dans tous les cas, l'augmentation de la diurèse par l'augmentation des apports liquidiens est indiquée, permettant parfois de se substituer à l'antibiothérapie.

\*\* La téicoplanine peut être considérée dans la prostatite.

<sup>1</sup> Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure.  
Pour la vancocinémie cible cf. p 119.

<sup>2</sup> 30 mg/kg/j (IVSE 15 mg/kg/12h x 2/j ou 30 mg/kg/j en 2 doses/jour).

<sup>∞</sup> En cas de signes de gravité.

# Choix de l'aminoside en fonction du niveau de résistance ; association inutile si haut niveau de résistance (Cf TRAITEMENTS chapitre 7).

## PSEUDOMONAS AERUGINOSA

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT			DURÉE
	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	En cas d'allergie (et selon l'antibiogramme)	
<b>BACTERIÉMIE PNEUMOPATHIE</b>	Ceftazidime** + Amikacine*	Pipéracilline+Tazobactam 16 g sur 24 h en IVSE avec dose de charge de 4 g sur 1 h + Amikacine*	Aztreonam IV 2 g x 3/j ou Ciprofloxacine 750mg x 2/j PO ou 400 mg x 2/j IV si voie orale impossible + Amikacine*	<b>Bactériémie : 14 jours</b> <b>10 jours</b> si non compliquée cf p.55  <b>Pneumopathie : 7-14 jours</b>
<b>MÉNINGITE</b>	Ceftazidime** + Amikacine*	Méropénème 2 g x 3/j + Amikacine*	Ciprofloxacine IV 400 mg x 2/j + Fosfomycine IV 4 g x 3/j + Amikacine*	<b>21 j</b>
<b>OSTÉO-ARTHRITE#</b>	Ceftazidime** + Ciprofloxacine 750 mg x 2/j PO + Amikacine*	Céfépime ou Méropénème IV 2 g x 3/j + Fosfomycine IV 4 g x 3/j	Ciprofloxacine 750 mg x 2/j PO + Aztréonam IV 2 g x 3/j +/- Amikacine*	<b>3 semaines de bithérapie puis 3 semaines de mono- thérapie (avec Ciprofloxacine PO de préférence)</b>
<b>INFECTION A PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTI-RESISTANT</b>	Avis spécialisé recommandé			
<b>ENDOCARDITES</b>	Avis spécialisé recommandé pour discussion médico-chirurgicale			

# Si absence de prothèse ou autre matériel étranger ; sinon demander l'avis d'un expert.

\* 20 à 30 mg/kg x 1/j pendant 3 jours.

\*\*6 g sur 24h en IVSE avec dose de charge de 2 g sur 1 h.

## ACINETOBACTER BAUMANNII

TRAITEMENT		DIVERS
1 <sup>er</sup> choix	Alternative	
Ticarcilline 15 g/24 h en IVSE avec dose de charge de 5 g en 1 h + Amikacine *	Ceftazidime** ou Céfépime *** + Amikacine* ou Méropénème IV 2g x 3/j	Pas de monothérapie en début de traitement.  <i>Acinetobacter baumannii</i> : résistance naturelle à la fosfomycine. Avis spécialisé recommandé pour infection à <i>Acinetobacter</i> résistant aux molécules de première ligne (Ticarcilline, Ceftazidime, Céfépime ou Méropénème) ou en cas d'infection complexe. (matériel, infection ostéo-articulaire, endocardites...)

## STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA

Cotrimoxazole (15 mg/kg/j de TMP, en 2 ou 3 fois/j) + Levofloxacine 500 mg x2/j ou Ceftazidime** ou Ticarcilline + acide clavulanique IV (15 g/J IVSE avec dose de charge de 5 g en 1 h)	Avis spécialisé	<i>Pas de monothérapie en début de traitement</i> <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> : Résistance naturelle à la fosfomycine et aux carbapénèmes
---	-----------------	--

## ENTEROBACTERIE BLSE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT (selon antibiogramme)	
	1 <sup>er</sup> choix	Alternative
Cystite à Entérobactéries BLSE	Fosfomycine-trométamol 1 sachet de 3 g (dose unique si cystite simple, une dose à J1-J3-J5 si cystite compliquée)	Pivmécillinam 400 mg x 2/j pendant 5 à 7 j (5 j si cystite simple, 7 j si cystite compliquée) Nitrofurantoïne 100 mg x 3/j pendant 5 à 7 j (5 j si cystite simple, 7 j si cystite compliquée)
Autres infections à Entérobactéries BLSE	Avis spécialisé	

\* 20 à 30 mg/kg x 1/j pendant 1 à 3 jours.

\*\* 6 g sur 24 h en IVSE avec dose de charge de 2 g sur 1 h.

\*\*\* 2 g x 3/j en discontinu ou en continu avec dose de charge de 2 g en 1 h.

## TRAITEMENT DES INFECTIONS À HELICOBACTER PYLORI

Recommandations GEFH 2017

En raison de l'évolution des résistances aux macrolides, et de l'augmentation des échecs thérapeutiques, la trithérapie de 7 jours et le traitement séquentiel ne sont plus indiqués.

Pas de traitement probabiliste en première intention.

### Traitement guidé par l'antibiogramme

Esomeprazol 40 mg x 2/J

ou

Rabéprazol 20 mg x 2/J pendant 14 jours

+ Amoxicilline 1 g x 2/j pendant 14 jours

+ Clarithromycine ou Metronidazole

ou

Levofloxacine (500 mg x 2/J pendant 14 jours pour toutes ces molécules)

### En absence d'antibiogramme, et/ou en cas d'allergie à la pénicilline

Pyléra 3 gél. x 4 par jour

+

Oméprazole

20 mg x 2 /J pendant 10 jours

### En absence d'antibiogramme

Esomeprazol 40 mg x 2/J

ou

Rabéprazol 20 mg x 2/J

+ Amoxicilline 500 mg x 2/J

+ Clarithromycine 500 mg x 2/J

+ Metronidazole

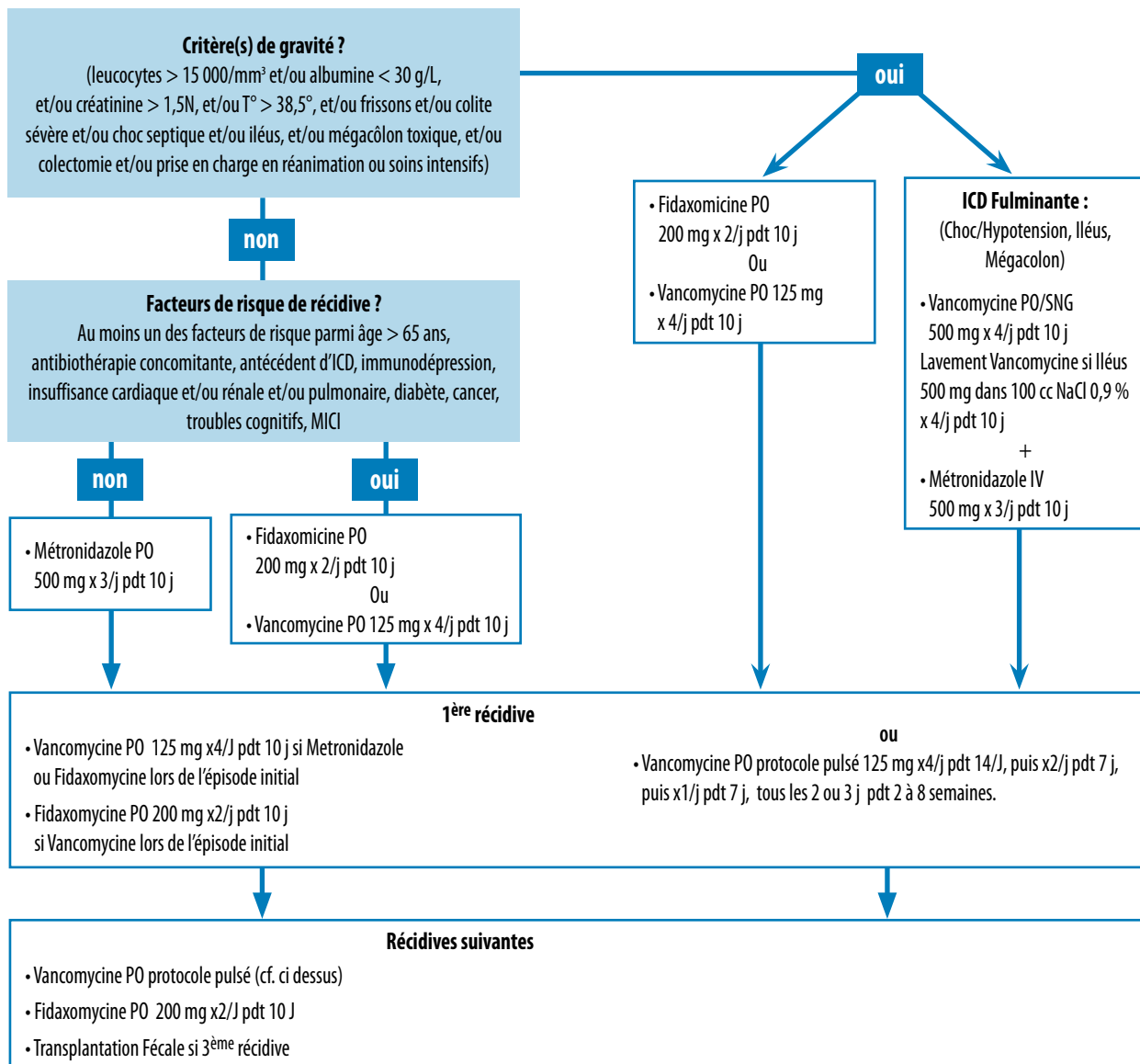
500 mg x 2/J pdt 14 j

Le contrôle de l'éradication doit être systématique par test respiratoire à l'urée marquée au <sup>13</sup>C après 4 semaines d'arrêt des antibiotiques et au moins 2 semaines d'arrêt des IPP.

En cas de rechute : Avis spécialisé.

## INFECTION DOCUMENTÉE À C. DIFFICILE

Synthèse des recommandations IDSA 2018 et ESCMID 2013.





## BACILLE DE KOCH

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT***		
	Spécialités	Posologie	Durée
<b>PRIMO-INFECTION ASYMPTOMATIQUE OU TUBERCULOSE LATENTE</b>	Isoniazide + Rifampicine	5 mg/kg/j  10 mg/kg/j	<b>3 mois</b>
<b>TUBERCULOSE PULMONAIRE, GANGLIONNAIRE, OSSEUSE ou SEREUSE SYMPTOMATIQUE à BK non résistant</b>	Isoniazide* + Rifampicine* + Pyrazinamide* + Ethambutol	5 mg/kg/j 10 mg/kg/j 20-25 mg/kg/j 15 mg/kg/j	<b>2 mois de quadrithérapie puis 4 mois Isoniazide + Rifampicine**</b>
<b>TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE grave ou méningée*** à BK non résistant</b>	Isoniazide* + Rifampicine* + Pyrazinamide* + Ethambutol	5 mg/kg/j 10 mg/kg/j 20-25 mg/kg/j 15 mg/kg/j	<b>2 mois de quadrithérapie puis 7-10 mois Isoniazide + Rifampicine**</b>
<b>TUBERCULOSE à BK résistant</b>	Avis spécialisé		

\* : 1 cp RIFATER® = 1 cp/12 kg/j  
50 mg ISONIAZIDE  
+ 120 mg RIFAMPICINE  
+ 300 mg PYRAZINAMIDE

\*\* : 1 cp RIFINAH® = 1 cp/30 kg/j  
150 mg ISONIAZIDE  
+ 300 mg RIFAMPICINE

\*\*\* Demander l'avis d'un expert pour traitement avec corticoïdes dans la méningite et la péricardite.

- Tout traitement en une prise le matin à jeun
  - En cas de résistance à l'INH, poursuivre Ethambutol pendant 9 mois.
  - En cas de multirésistance, l'hospitalisation exige un isolement en chambre à pression négative. Des antituberculeux de 2<sup>ème</sup> ligne peuvent être prescrits (Amikacine, Moxifloxacine, Linézolide...).
- Prendre contact avec un centre spécialisé.

Mesures associées :

- Précautions complémentaires de type "air" pour toute tuberculose à ED+ jusqu'à négativation sous traitement.
- Toute tuberculose maladie doit faire pratiquer une sérologie VIH.
- Déclaration obligatoire à l'ARS pour toute tuberculose maladie traitée.

**CANDIDA***(recommandations IDSA parues dans CID en 2016)*

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT INITIAL	ADAPTATION SECONDAIRE - MESURES ASSOCIEES	DUREE
<b>CANDIDEMIE</b> présumée ou avérée Patient <b>NON NEUTROPENIQUE</b>	Echinocandines <sup>2</sup> En seconde intention : Fluconazole <sup>1</sup> Amphotéricine B liposomale <sup>3</sup>	- Adaptation du traitement après identification du <i>Candida</i> et de son antifongogramme - Désescalade pour fluconazole <sup>1</sup> après 5 à 7 jours si : • évolution favorable • <i>Candida</i> sensible • <i>Candida parapsilosis</i> - ETO et FO dans la semaine - Changement des VVC et recherche de thrombose	2 semaines après obtention de 2 hémocultures quotidiennes consécutives négatives
<b>CANDIDEMIE</b> présumée ou avérée Patient <b>NEUTROPENIQUE</b>	Echinocandines <sup>2</sup> En seconde intention : Amphotéricine B liposomale <sup>3</sup>	- Pas de désescalade sauf si <i>C. parapsilosis</i> : fluconazole <sup>1</sup> - ETO et FO dans la semaine - Changement des VVC et recherche de thrombose	2 semaines après obtention de 2 hémocultures quotidiennes consécutives négatives ET sortie d'aplasie
<b>ENDOCARDITE</b> à <i>Candida</i> (valve native ou non)*	Amphotéricine B liposomale <sup>3</sup> +/- flucytosine <sup>4</sup> Ou Caspofungine 150 mg/j Micafungine 150 mg	Chirurgie recommandée Relais par fluconazole <sup>1</sup> en fonction de l'antifongogramme, après stabilisation et négativation des hémocultures	6 semaines après chirurgie Prolongation nécessaire si abcès péri-valvulaire Si chirurgie impossible: fluconazole PO à vie
<b>Infection de pacemaker ou DAI*</b> <b>ou</b> <b>dispositif d'assistance ventriculaire</b>	Cf Endocardite pour le traitement antifongique + Ablation PM/DAI/DAV	Ablation PM/DAI/DAV Relais par fluconazole <sup>1</sup> en fonction de l'antifongogramme, après stabilisation et négativation des hémocultures.	4 semaines si infection du générateur seul 6 semaines minimum dans les autres cas Si ablation du DAI/DAV impossible : Fluconazole PO à vie
<b>CHORIORETINITE</b> à <i>Candida</i> (sans atteinte vitréenne)*	Fluconazole <sup>1</sup> Si résistance au fluconazole, Amphotéricine B liposomale <sup>3</sup> +/- flucytosine <sup>4</sup> + Injection intra-vitréenne d'Amphotéricine B deoxycholate ou voriconazole si atteinte maculaire	Adaptation en fonction de l'antifongogramme Pas d'échinocandines car pénétration limitée dans l'œil	4-6 semaines

\* Avis spécialisé dans tous les cas.

<sup>1</sup> Fluconazole IV : 12 mg/kg à J1 puis 6 à 12 mg/kg.<sup>2</sup> Caspofungine IV : 70 mg à J1 puis 50 mg/j si poids < 80kg ou 70mg/j si poids > 80kg ; micafungine : 100-200 mg/j ; Anidulafungine : 200 mg à j1 puis 100 mg/j.<sup>3</sup> Amphotéricine B liposomale IV : 3-5 mg/kg/j.<sup>4</sup> Flucytosine IV : 100 mg/kg/j en 4 perfusions par jour.

**CANDIDA (suite)***(recommandations IDSA parues dans CID en 2016)*

<b>ENDOPHTALMIE à <i>Candida</i></b> (atteinte vitréenne)*	Cf chorioréinite + injection intra-vitréenne d'Alphotéricine B deoxycholate ou voriconazole +/- vitrectomie	Pas d'échinocandines car pénétration limitée dans l'œil	4-6 semaines
SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT INITIAL		ADAPTATION SECONDAIRE - MESURES ASSOCIEES
<i>Candida</i> et <b>urines</b>	Candidurie asymptomatique	Pas de traitement / retrait ou changement de la sonde urinaire	
	Cystite : Fluconazole 200 mg/j	2 semaines	
	Pyélonéphrite : Fluconazole 200-400 mg/j	2 semaines	
<i>Candida</i> et <b>poumon</b>	Pas de traitement (colonisation ++)		
Atteinte <b>muqueuse</b>	Vulvo-vaginite : topique ou Fluconazole PO 150 mg (1 dose si forme non compliquée, 3 doses espacées de 72 h si forme compliquée)		
	Oropharyngée : - peu sévères : Polyènes topique - sévères : azolés PO 100-200 mg/j	7 à 14 jours Le diagnostic est clinique Prélèvement local (identification et antifongogramme) si infection récurrente ou exposition répétée aux triazolés	
	Oesophagienne : fluconazole 200 à 400 mg/j	Voie orale si possible 14 à 21 jours Si atteinte sévère ou réfractaire, traitement systémique par échinocandines ou amphotéricine B liposomale et prélèvements locaux	
Autres situations : <b>Méningites, atteinte du SNC, os, articulation, thrombophlébites...</b>	Prendre un avis spécialisé		

## ASPERGILLUS

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT INITIAL	REMARQUES
<p><b>ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE CONFIRMÉE OU FORTEMENT SUSPECTÉE</b> = API</p> <p>Aspergillose trachéo-bronchique</p> <p>Aspergillose invasive des sinus</p>	<p><b>Voriconazole IV</b></p> <p>IV : 6 mg/kg/12 h à j1 puis 4 mg/kg/12 h ou PO : 200 mg/12 h</p> <p>Alternatives en cas d'intolérance/interactions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posaconazole</li> <li>- Isavuconazole</li> <li>- Echinocandine -</li> <li>- Amphotéricine B liposomale</li> </ul> <p>Avis spécialisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de place pour les bithérapies</li> <li>- faire dosage plasmatique</li> <li>- API réfractaires (après 7 jours de traitement) : relais par un autre antifongique ; avis spécialisé ; bithérapie à discuter.</li> <li>- Durée : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 6 à 12 semaines selon évolution</li> <li>. Résolution de la neutropénie</li> </ul> </li> <li>- Chirurgie à discuter selon les localisations des lésions (vaisseaux, péricarde...)</li> </ul>
<p><b>ABPA</b> (aspergillose broncho-pulmonaire allergique)</p>	<p><b>Itraconazole PO</b> : 200-400 mg/j</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En association avec une corticothérapie systémique</li> <li>- Avis pneumologique</li> </ul>
<p>Atteinte du <b>SNC</b></p>	<p>Idem API</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de corticothérapie systématique</li> <li>- Pas d'injection intrathécale d'antifongique</li> <li>- Discuter bithérapie par Voriconazole + Amphotéricine B liposomale</li> </ul>



## Interprétation des résultats d'examens

### Examens microbiologiques et virologiques

Prélèvements respiratoires.....	p 153
ECBU .....	p 155
LCR .....	p 157
Suspicion de méningite virale.....	p 159

### Sérologies en cours de grossesse

Toxoplasmose.....	p 161
Rubéole .....	p 161
Cytomégalovirus .....	p 163
Parvovirus B19. ....	p 163

### Prévention de la transmission des agents infectieux

pour la gestion d'un prélèvement susceptible de contenir un AI de classe 4/3 (ex Ebola, Mers-CoV).....	p 165
--	-------

# INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES PRINCIPAUX EXAMENS MICROBIOLOGIQUES • 1

## PRÉLÈVEMENTS RESPIRATOIRES

(hors mucoviscidose, tuberculose et situations particulières)

### ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE

Examen microscopique / Expectorations

(Nb de cellules/champ microscopique)		Interprétation (selon les critères de Bartlett)
C. épithéliales	Leucocytes	
> 25	< 10	Contamination salivaire prélèvement rejeté
> 25	10-25	
> 25	> 25	Réaction inflammatoire contamination salivaire
10-25	> 25	Prélèvement acceptable
< 10	> 25	Prélèvement adapté

#### Culture / Seuil de significativité :

- Expectoration :  $\geq 10^7$  UFC /ml
- Aspiration trachéale :  $\geq 10^5$  UFC /ml
- Lavage bronchoalvéolaire :  $\geq 10^4$  UFC /ml
- Brossage bronchique - Prélèvement distal protégé :  $\geq 10^3$  UFC /ml.

Une identification et un antibiogramme seront réalisés sur toute bactérie considérée comme pathogène et dont le nombre est supérieur ou égal au seuil de pathogénicité.

Ces seuils peuvent être abaissés en fonction du contexte clinique (antibiothérapie préalable, immunodépression...) ou si la bactérie est présente en grande quantité à l'examen microscopique.

### PRINCIPAUX EXAMENS VIROLOGIQUES

- PRELEVEMENTS RESPIRATOIRES : la stratégie est de combiner des tests directs rapides avec des tests moléculaires.

Tests directs rapides -TDR (sensibilité moyenne, coût modéré, colorimétrie ou immunofluorescence-IF), plutôt en pédiatrie générale et médecine ambulatoire

Echantillons :

\*écouvillonnage nasopharyngé (milieu de transport spécifique-UTM); TDR colorimétrique (grippe, virus respiratoire syncytial-VRS, adénovirus).

\*aspiration (nasale, bronchique); IF directe (grippe, VRS, métagonovirus, virus parainfluenza)

Tests moléculaires (sensibilité élevée, coûteux), plutôt en cas de syndromes sévères, et/ou d'immunodépression.

Echantillons :

\*écouvillonnage nasopharyngé (sur milieu de transport spécifique-UTM),

\* aspirations, lavages broncho-alvéolaires -LBA, biopsies.

## HEMOCULTURES

### Critères de pathogénicité :

- plusieurs hémocultures positives sur prélèvements distincts avec une même espèce bactérienne, quel que soit le contexte clinique.
- une seule ou plusieurs hémoculture(s) positive(s) avec des bactéries pathogènes spécifiques (quels que soient le nombre de flacon(s) positif(s), le nombre d'hémoculture(s) réalisée(s) et le contexte clinique) : *S. aureus*, *S. pneumoniae*, Streptocoques  $\beta$ -hémolytiques, *Enterococcus spp.*, entérobactéries, *P. aeruginosa*, autres bactéries aérobies strictes, *N. meningitidis*, *Haemophilus spp.*, bactéries du groupe HACCEK, *Brucella spp.*, *Campylobacter spp.*, *Pasteurella spp.*, *Listeria monocytogenes*, champignons...

### Contamination probable :

Si une seule hémoculture positive à Staphylocoques à coagulase négative, Streptocoques "viridans", Corynébactérie, *Bacillus*, *Propionibacterium acnes* (à interpréter néanmoins en fonction du contexte clinique).

Sur tous ces échantillons :

test moléculaire multiparamétrique (grippe, VRS, coronavirus (non SRAS, non MERS-CoV), h-métagonovirus, entéro-rhinovirus, adénovirus, h-bocavirus ou test PCR monoparamétrique (grippe, adénovirus).

### - PRELEVEMENTS SANGUINS :

Les tests sérologiques (immunodiagnostic) permettent de statuer sur un contact ancien (IgG spécifiques positives et de niveau stable) ou plus récent (IgM spécifiques positives) avec l'agent pathogène suspecté. Les tests moléculaires (PCR temps réel) donnent une information quantitative (le plus souvent) ou qualitative sur la présence dans le sang d'acides nucléiques viraux spécifiques, corrélée à une multiplication virale active. Exemples illustratifs :

\*sang total de patients immunodéprimés : charge virale ADN du cytomégalovirus, ADN de l'Epstein-Barr virus, ADN du BK-virus.

\*plasma : charge virale ARN du VIH, ADN du virus de l'hépatite B, ARN du virus de l'hépatite C.

## INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES PRINCIPAUX EXAMENS MICROBIOLOGIQUES • 2

### ECBU (patient adulte non sondé)

L'interprétation s'effectue en prenant en compte plusieurs paramètres : terrain et

symptomatologie clinique, leucocyturie, bactériurie, nombre et types d'espèces isolées.

LEUCOCYTURIE /ml	BACTÉRIURIE (UFC/ml)	CULTURE / Nb d'espèces	GROUPE BACTÉRIEN*	INTERPRÉTATION ET CONDUITE À TENIR
< 10 <sup>4</sup>	< 10 <sup>3</sup>	Négative		Pas d'infection urinaire
≥ 10 <sup>4</sup>	10 <sup>3</sup> à 10 <sup>4</sup>	Positive /1 espèce	1 ou 2	Infection urinaire probable
			Autres situations	ECBU de contrôle souhaitable
		Positive ≥ 2 espèces	1 = espèce prédominante	Infection urinaire probable Antibiogramme sur une espèce de groupe 1
			Autres situations	ECBU de contrôle souhaitable
	≥ 10 <sup>5</sup>	Positive /1 espèce	1 ou 2 ou 3	Infection urinaire probable
			4	ECBU de contrôle souhaitable
		Positive ≥ 2 espèces	1 et/ou 2 espèce(s) prédominante(s)	A interpréter en fonction du contexte clinique ; il peut s'agir soit d'une : - infection à plusieurs germes - contamination au moment du prélèvement Antibiogramme sur espèce des groupes 1 et 2
			Autres situations	ECBU de contrôle souhaitable
< 10 <sup>3</sup>	Négative		Il peut s'agir d'une : - infection urinaire à Mycobactéries - infection débutante ou décapitée par des antibiotiques - étiologie non bactérienne	
< 10 <sup>4</sup>	≥ 10 <sup>5</sup>	Positive / 1 espèce	1 ou 2 ou 3	Infection probable sur terrain particulier (immunodéprimé, femme enceinte). Dans les autres cas, un ECBU de contrôle est souhaitable.
		Positive / ≥ 2 espèces	1 et/ou 2 espèce(s) prédominante(s)	Infection probable sur terrain particulier (immunodéprimé) Antibiogramme sur espèce des groupes 1 et 2
			Autres situations	ECBU de contrôle souhaitable
	10 <sup>4</sup>	Positive / ≥ 1 espèce	1 et/ou 2 espèce(s) prédominante(s)	Infection probable sur terrain particulier (immunodéprimé) Antibiogramme sur espèce des groupes 1 et 2
			Autres situations	ECBU de contrôle souhaitable

#### Niveau de pathogénicité selon les groupes bactériens :

- groupe 1** : bactéries considérées pathogènes même en cas de bactériurie faible (≥ 10<sup>3</sup> UFC/ml)  
- *Escherichia coli* - *Staphylococcus saprophyticus* (femme jeune) - *Salmonella* (rare)
- groupe 2** : bactéries souvent impliquées (notamment dans les infections nosocomiales)  
- Entérobactéries autres que *Escherichia coli* - *Enterococcus spp.*  
- *Staphylococcus aureus* - *Pseudomonas aeruginosa* - *Aerococcus urinae*
- groupe 3** : bactéries dont l'implication est peu probable et exige une bactériurie élevée (≥ 10<sup>5</sup> UFC/ml)  
- Staphylocoques à coagulase négative - *Acinetobacter baumannii*  
- autres que *S. saprophyticus* - *Pseudomonaceae* autres que *P. aeruginosa*  
- *Streptococcus spp* - *Stenotrophomonas maltophilia*  
- *Oligella urethralis* - *Burkholderia cepacia*

- groupe 4** : bactéries appartenant aux flores uréthrales et génitales, à considérer en général comme des contaminants (streptocoques alpha-hémolytiques, *Gardnerella vaginalis*, *Lactobacillus spp.*, bacilles corynéformes sauf *C. urealyticum*).



NB : Les échantillons urinaires sont peu utilisés en virologie, sauf dans deux contextes principaux :

\*PCR quantitative BK-virus, lors du suivi de patients souffrant de pathologies rénales (modalités d'interprétation spécialisées).

\*PCR quantitative cytomégalovirus (pédiatrie, rare).

## INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES PRINCIPAUX EXAMENS MICROBIOLOGIQUES - 3

### LCR

	ASPECT	CELLULES / mm <sup>3</sup>	TYPE DE CELLULES	PROTEINORACHIE g/l	GLYCORACHIE	ETIOLOGIE PROBABLE	EXAMEN MICROSCOPIQUE D'ORIENTATION
<b>NORMAL</b>	clair, eau de roche	< 5 (nouveau-né : 10-30)	mononucléées	0,15 - 0,45	2/3 glycémie (0,50 g/l 2,5 mmol / l)		négatif
<b>MÉNINGITE PURULENTE</b>	trouble, «eau de riz», purulent	> 10 souvent >1000	majorité polynucléaires	>0,5 en général		bactérienne à germes pyogènes	si positif diplocoques à Gram - : Méningocoques  bacilles à Gram - : <i>Haemophilus</i> , <i>E. coli</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> diplocoques à Gram + : Pneumocoque cocci à Gram + en chaînettes de taille variable : Streptocoque B bacilles à Gram + : <i>Listeria</i> cocci à Gram + en amas : Staphylocoque
<b>MÉNINGITE À LIQUIDE CLAIR</b>	clair	10-200	majorité mononucléées (lymphocytes, plasmocytes)	subnormale ou légèrement augmentée	normale	virale	négatif
		10-300	majorité lymphocytes ou panaché	>0,5 (1-3)		tuberculose, (diminution de la chlorurorachie), <i>Listeria</i>	généralement négatif
		10-100	panaché	normale	normale	méningite bactérienne ( <i>Listeria</i> ) ou virale débutante	généralement négatif

**NB :** Les échantillons de LCR suspects de contenir des virus neuropathogènes doivent être explorés par biologie moléculaire (PCR temps réel).

\* pour tout patient : privilégier les prescriptions de PCR ciblant les gènes des Herpès simplex virus 1 et 2, du virus Varicelle-Zona, des entérovirus (+ paréchovirus si enfant < 5 ans), +/- virus HHV6.

\* patient immunodéprimé : ajouter les prescriptions de PCR ciblant les gènes du cytomegalovirus, de l'Epstein-Barr virus, du virus JC et une recherche d'antigène cryptocoque.

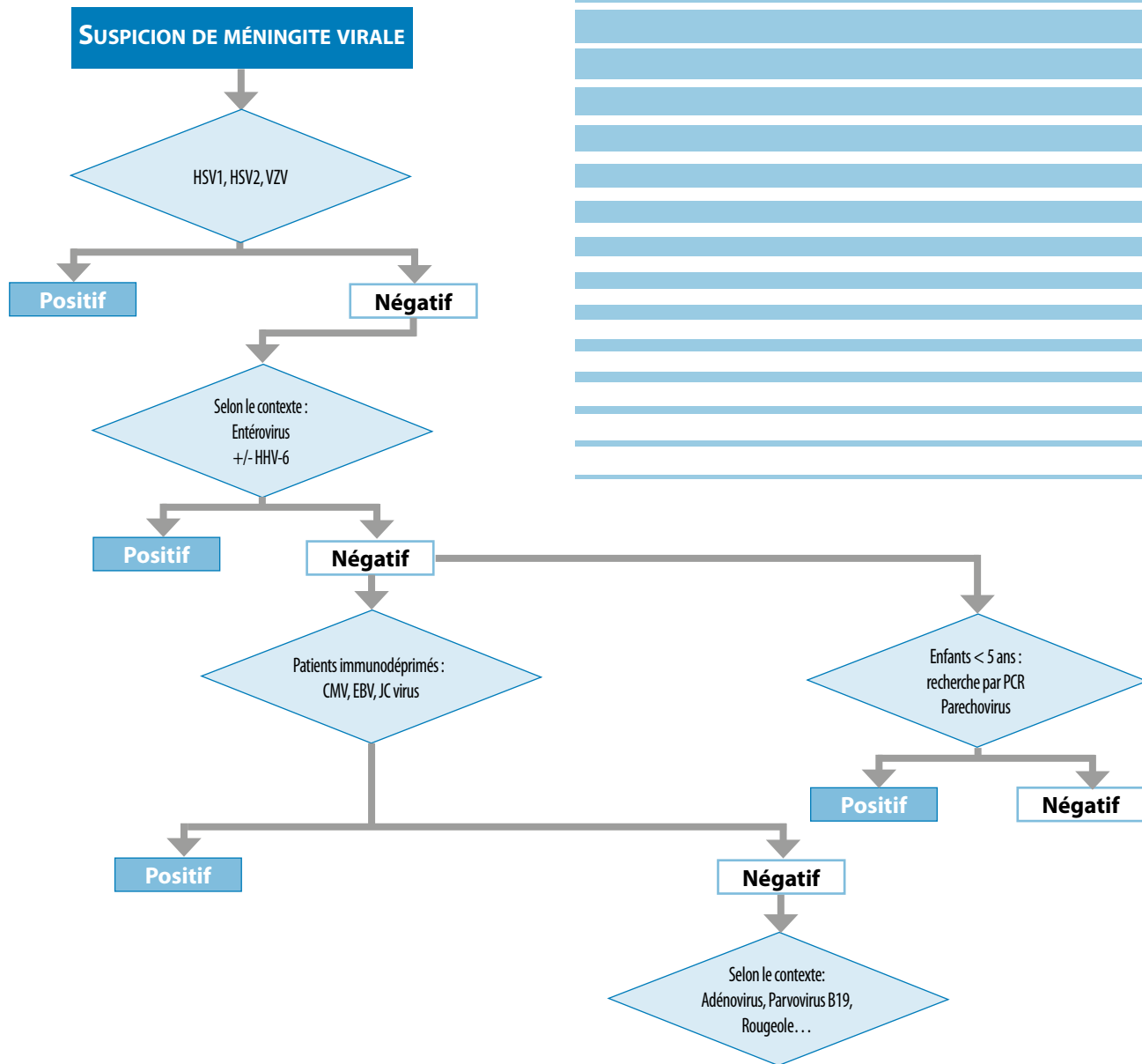
\* si tous les agents pathogènes recherchés (virus ci-dessus, bactériologie, parasito-mycologie) sont indétectables, ou en cas de contexte clinique/épidémiologique en faveur : ajouter les prescriptions de PCR ciblant les gènes de l'adénovirus, du parvovirus B19, du virus de la rougeole.

#### Remarques :

- une concentration importante de bactéries associées à un taux peu élevé de leucocytes est un signe de gravité
- les méningites à entérovirus sont souvent à majorité de polynucléaires.



## INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES PRINCIPAUX EXAMENS MICROBIOLOGIQUES - 4



## INTERPRÉTATION DES SÉROLOGIES EN COURS DE GROSSESSE • 1

### TOXOPLASMOSE

SITUATION	Ig G	Ig M	INTERPRÉTATION
AVANT LA GROSSESSE	Positif	Négatif	Immunité assurée : pas de suivi nécessaire
	Négatif ou inconnu	Négatif	Sérologie toxoplasmose obligatoire dès le début de grossesse, puis sérologie mensuelle jusqu'à un mois après l'accouchement.
	Négatif	Négatif	Sérologie mensuelle jusqu'à un mois après l'accouchement, conseils hygiéno-diététiques.
DURANT LA GROSSESSE	Négatif	Positif	Si aucune anamnèse sérologique : contrôle de la spécificité des IgM et suivi de la cinétique sur un nouveau sérum prélevé dans 1 semaine. Si présence d'IgG : datation de la séroconversion : Etude de l'avidité des IgG : <ul style="list-style-type: none"> <li>• si indice élevé : exclusion séroconversion récente (datant d'au moins 4 mois).</li> <li>• si indice intermédiaire ou faible : séroconversion récente non exclue traiter immédiatement (Spiramycine 9 MU/j) suivi de la cinétique par un nouveau sérum prélevé de 1 à 3 semaines après, selon le titre en IgG.</li> </ul> Si séroconversion postérieure à la fécondation : prévoir une recherche du parasite par PCR sur liquide amniotique et placenta.
	Positif	Négatif	Si immunité antérieure assurée, ni traitement, ni exploration foetale Absence de preuve d'immunité antérieure : nouvelle sérologie 3 semaines plus tard : <ul style="list-style-type: none"> <li>• même résultat, ni traitement, ni exploration foetale</li> <li>• sinon, cf. IgM positif.</li> </ul>
	Positif	Positif	Si immunité antérieure assurée, ni traitement, ni exploration foetale Absence d'immunité antérieure ou aucune anamnèse sérologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• étude de l'avidité des IgG,</li> <li>• traiter immédiatement (Spiramycine 9 MU/j),</li> <li>• confirmation cinétique et datation de la séroconversion.</li> </ul> Nouveau sérum prélevé de 1 à 3 sem. après, selon le titre en IgG. Si séroconversion postérieure à la fécondation : prévoir un diagnostic anténatal de toxoplasmose congénitale (PCR sur liquide amniotique et placenta).

### RUBEOLE

SITUATION	Ig G	Ig M	INTERPRÉTATION
AVANT LA GROSSESSE	Positif	Négatif	Immunité assurée.
	Négatif	Négatif	Vaccination (s'assurer de l'absence de grossesse).
DURANT LA GROSSESSE	Négatif	Positif	Recherche d'une contamination foetale par diagnostic génomique-DGV. à la recherche d'ARN de la rubéole dans le liquide amniotique.
	Positif	Négatif	Immunité ancienne assurée, pas d'exploration foetale.
	Positif*	Positif	Recherche d'une contamination foetale par diagnostic génomique-DGV. à la recherche d'ARN de la rubéole dans le liquide amniotique.

\* Un test d'avidité IgG anti-rubéole, en cas d'avidité faible, est un argument supplémentaire en faveur d'un risque foetal

## INTERPRÉTATION DES SÉROLOGIES EN COURS DE GROSSESSE - 2

### CYTOMÉGALOVIRUS

SITUATION	Ig G	Ig M	INTERPRÉTATION / DÉMARCHE
AVANT LA GROSSESSE	Positif	Négatif	Immunité assurée.
	Négatif ou inconnu	Négatif	Le risque en cas de grossesse doit être pris en compte.
	Négatif	Positif	Le risque en cas de grossesse doit être pris en compte.
DURANT LA GROSSESSE	Négatif	Positif	Recherche d'une contamination fœtale.
	Positif	Négatif	Si immunité ancienne assurée, pas d'exploration foetale.
	Positif*	Positif	Recherche d'une contamination fœtale par diagnostic génomique viral -DGV à la recherche d'ADN du cytomégalovirus dans le liquide amniotique.

\* Un test d'avidité des IgG anti-CMV, en cas d'avidité faible, est un argument supplémentaire en faveur d'un risque foetal.

### PARVOVIRUS B19

SITUATION	Ig G	Ig M	INTERPRÉTATION / DÉMARCHE
AVANT LA GROSSESSE	Positif	Négatif	Immunité assurée.
	Négatif	Négatif	Le risque en cas de grossesse doit être pris en compte.
DURANT LA GROSSESSE	Négatif	Positif	Recherche d'une contamination fœtale par diagnostic génomique viral -DGV à la recherche d'ADN de parvovirus B19 dans le liquide amniotique.
	Positif	Négatif	Si immunité ancienne assurée, pas d'exploration foetale.
	Positif	Positif	Recherche d'une contamination foetale par diagnostic génomique viral -DGV à la recherche d'ADN de parvovirus B19 dans le liquide amniotique.

#### NB : autres risques virologiques chez la femme enceinte

Le virus varicelle-zona et le virus herpes simplex peuvent donner de pathologies néo-natales sévères en cas de contamination périnatale.

Le VIH, le virus de l'hépatite B sont aussi des risques majeurs.

Un laboratoire de virologie spécialisé doit être consulté dans toutes ces situations.

## PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES AGENTS INFECTIEUX (AI)

## POUR LA GESTION D'UN PRÉLÈVEMENT SUSCEPTIBLE DE CONTENIR UN AI DE CLASSE 4/3

### VIRUS CLASSE 4 ET 3 (ex : Virus Ebola, coronavirus Mers-CoV)

Situation clinique	CAT communication	CAT isolement	Remarques
<p>Retour d'un pays endémique : ex. virus Ebola et Afrique de l'Ouest ou Afrique centrale Fièvre &gt; 38°C, +/- vomissements, diarrhée, syndrome hémorragique .</p> <p>Retour d'un pays endémique : ex. Mers-CoV et péninsule arabique. Syndrome respiratoire infectieux de gravité variable.</p>	<p><b>Si suspicion :</b> N'effectuer aucun bilan biologique sans avis spécialisé. Contacter le 15 (SAMU) pour connaître la procédure de prise en charge du patient et de prescription d'examens biologiques.</p>	<p>Isoler le patient suspect en box/chambre seule.</p> <p>Pour le patient : port d'un masque chirurgical et si possible pyjama à usage unique.</p> <p>Pour les soignants EPI ad hoc ou à défaut masque FFP2 + gants, sur-blouse et lunettes de protection.</p>	<p><b>CHRU de Nancy et CHRU de STRASBOURG</b> Etablissements de recours (ESHR Nord-Est) Sous l'égide DGOS/ARS/InVS</p> <p>Pour les régions Grand Est et Bourgogne Franche Comté</p>



## Antibioprophylaxie

Orthopédie .....	p 169
Traumatologie.....	p 171
Chirurgie vasculaire.....	p 173
Chirurgie cardiaque.....	p 175
Chirurgie thoracique.....	p 177
Chirurgie digestive.....	p 179
Neurochirurgie .....	p 183
Chirurgie urologique.....	p 185
Chirurgie gynécologique et obstétricale.....	p 189
Chirurgie plastique .....	p 193
Chirurgie ophtalmologique .....	p 193
Chirurgie ORL.....	p 195
Chirurgie stomatologique et maxillo-faciale.....	p 197
Radiologie et médecine interventionnelle .....	p 199
Chirurgie bariatrique et chez l'obèse (IMC > 35kg/m <sup>2</sup> )..	p 201
Prévention du tétanos.....	p 203
Chimioprophylaxie des méningites à <i>N. meningitidis</i> .....	p 203
Antibioprophylaxie des endocardites infectieuses .....	p 205

**ORTHOPÉDIE**

(Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : *S.aureus*, *S.epidermidis*, *Propionobacterium*, *Streptococcus spp*,  
*E.coli*, *K.pneumoniae*.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>PROTHÈSE ARTICULAIRE quelle que soit l'articulation (membre supérieur, membre inférieur)</b>	Céfazoline	2 g IV lente	1 g si durée > 4 h Limitée à la période opératoire (24 h max)
	Céfamandole	2 g IV lente	0,75 g si durée > 4h Limitée à la période opératoire (24 h max)
	Céfuroxime	2 g IV lente	0,75 g si durée > 4h Limitée à la période opératoire (24 h max)
	<b>Si allergie</b> Clindamycine ou Vancomycine	900 mg IV lente 30 mg/kg/120 mn	Limitée à la période opératoire (24 h max)
<b>MISE EN PLACE DE MATÉRIEL</b> , quel qu'il soit (résorbable ou non ciment, greffe osseuse) et quelle que soit la technique (percutanée, vidéoscopie...) <b>CHIRURGIE ARTICULAIRE PAR ARTHROTOMIE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	1 g si durée > 4 h
	<b>Si allergie</b> Clindamycine ou Vancomycine	900 mg IV lente 30 mg/kg/120 mn	Dose unique Dose unique
<b>ARTHROSCOPIE SIMPLE SANS IMPLANT</b> (avec ou sans meniscectomie) <b>CHIRURGIE EXTRA-ARTICULAIRE DES PARTIES MOLLES SANS IMPLANT</b>	Pas d'antibioprofylaxie		
<b>CHIRURGIE DU RACHIS</b> avec mise en place de matériel prothétique	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinj. 1 g)
	<b>Si allergie</b> Vancomycine*	30 mg/kg/120 mn	Dose unique

\* La prescription de vancomycine doit être argumentée :

- allergie aux bêta-lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

L'injection dure 120 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

**TRAUMATOLOGIE**

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** *S.aureus*, *S. epidermidis*, *Propionobacterium*, *Streptococcus spp*, *E.coli*, *E. cloacae* *K.pneumoniae*, *Bacillus cereus*, anaérobies telluriques.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>FRACTURE FERMÉE NÉCESSITANT UNE OSTÉOSYNTÈSE EXTRAFOCALE ISOLÉE</b>	Pas d'antibioprofylaxie		
<b>FRACTURE FERMÉE NÉCESSITANT UNE OSTÉOSYNTÈSE INTRAFocale QUEL QUE SOIT LE MATÉRIEL MIS EN PLACE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	1 g si durée > 4 h Limitée à la période opératoire (24 h max)
<b>FRACTURE OUVERTE DE STADE I DE CAUCHOIX QUEL QUE SOIT LE MATÉRIEL MIS EN PLACE</b>	Céfamandole	1,5 g IV lente	0,75 g si durée > 2 h Limitée à la période opératoire (24 h max)
<b>PLAIE DES PARTIES MOLLES NON CONTUSE ET NON SOUILLÉE, AVEC OU SANS ATTEINTE DE STRUCTURES NOBLES (ARTÈRE, NERF, TENDON)</b>	Céfuroxime	1,5 g IV lente	0,75 g si durée > 2 h Limitée à la période opératoire (24 h max)
<b>PLAIE ARTICULAIRE</b>	<b>Allergie</b> Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente 5 mg/kg/j	600 mg si durée > 4 h
<b>FRACTURE OUVERTE STADE II ET III DE CAUCHOIX, QUEL QUE SOIT LE MATÉRIEL MIS EN PLACE</b>	Péni A + IB*	2 g IV lente	1 g si durée > 2 h 48 h maximum
<b>LARGE PLAIE DES PARTIES MOLLES CONTUSE ET SOUILLÉE AVEC OU SANS ATTEINTE DES STRUCTURES NOBLES</b>	<b>Allergie :</b> Clindamycine  + Gentamicine	900 mg IV lente  5 mg/kg/j	600 mg si durée > 4 h 48 h maximum  48 h maximum

\*Aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$ lactamases

**CHIRURGIE VASCULAIRE**

(Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : *S. aureus*, *S. epidermidis*, Bacilles à Gram négatif.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>CHIRURGIE DE L'AORTE, DES ARTÈRES DES MEMBRES INFÉRIEURS, DES TRONCS SUPRA-AORTIQUES</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole ou Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	Si allergie : Vancomycine*	30 mg/kg/120 min	Dose unique
<b>DILATATION AVEC OU SANS STENT</b>	Voir ci-dessus chirurgie de l'aorte		Dose unique
<b>CHIRURGIE CAROTIDIENNE SANS PATCH</b>	Pas d'antibioprofylaxie		
<b>AMPUTATION DE MEMBRE</b>	Péni A + IB**	2 g IV lente	1 g/6 h pour une durée de 48 h
	<b>Si allergie :</b> Clindamycine +	900 mg IV lente	600 mg/6 h pour 48 h
	Gentamicine	5 mg/kg/j	Réinjecter 5 mg/kg à la 24 <sup>ème</sup> heure
<b>CHIRURGIE VEINEUSE</b>	Pas d'antibiothérapie		

\* Indications de la vancomycine :

- allergie aux bêta-lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

L'injection dure 120 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

\*\* Aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$  lactamases.



## CHIRURGIE CARDIAQUE

(Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : *S. aureus*, *S. epidermidis*, Bacilles à Gram négatif.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
CHIRURGIE CARDIAQUE	Céfazoline	2 g IV lente + 1 g au priming	1 g à la 4 <sup>ème</sup> heure per-opératoire
	Céfamandole ou Céfuroxime	1,5 g IV lente + 0,75 g au priming	1 réinjection de 0,75 g toutes les 2 h en per-opératoire
	<b>Si allergie :</b> Vancomycine*	30 mg/kg/120 min	Dose unique
MISE EN PLACE D'UN STIMULATEUR CARDIAQUE	Voir ci-dessus chirurgie cardiaque		Dose unique
GESTE ENDOCAVITAIRE	Voir ci-dessus chirurgie cardiaque		Dose unique
DRAINAGE PÉRICARDIQUE DILATATION CORONAIRE ± STENT ECMO	Pas d'antibioprophylaxie		

\* Indications de la vancomycine :

- allergie aux bêta-lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

L'injection dure 120 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

## CHIRURGIE THORACIQUE

(Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : Staphylocoques, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*,  
bactéries à Gram négatif.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>EXÉRÈSE PULMONAIRE</b> (y compris chirurgie vidéo assistée)	Péni A + IB*	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 1 g)
	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 0,75 g)
	Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 0,75 g)
	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h réinjecter 1 g)
	Si allergie : Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente  5 mg/kg/j	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 600 mg)  Dose unique
<b>CHIRURGIE DU MÉDIASTIN</b> <b>CHIRURGIE DU PNEUMOTHORAX</b> <b>DÉCORTICATION (PATIENT NON INFECTÉ)</b> <b>RÉSECTION PARIÉTALE ISOLÉE</b>	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 0,75 g)
	Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 0,75 g)
	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h réinjecter 1 g)
	Si allergie : Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente  5 mg/kg/j	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 600 mg)  Dose unique
<b>MÉDIASTINOSCOPIE</b> <b>VIDÉOTHORACOSCOPIE</b> <b>TRACHÉOTOMIE</b> <b>DRAINAGE THORACIQUE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		

\* Aminopénicilline + inhibiteur des  $\beta$  lactamases.

## CHIRURGIE DIGESTIVE

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** *E. coli* et autres enterobactéries, *S. aureus* méticilline sensible, bactéries anaérobies (chirurgie sous-mésocolique).

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>CHIRURGIE OESOPHAGIENNE</b> <b>(sans plastie colique)</b>  <b>CHIRURGIE GASTRO-DUODÉNALE</b> <b>(y compris gastrostomie endoscopique et</b> <b>duodéno pancréatectomie)</b>  <b>CHIRURGIE PANCRÉATIQUE</b>  <b>CHIRURGIE HÉPATIQUE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfuroxime ou Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Clindamycine	5 mg/kg/j  900 mg IV lente	Dose unique  Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 600 mg)
<b>CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES (Les</b> <b>patients porteurs de prothèse des voies</b> <b>biliaires sont exclus des recommandations)</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfuroxime ou Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Clindamycine	5 mg/kg/j  900 mg IV lente	Dose unique  Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 600 mg)
<b>CHIRURGIE VÉSICULAIRE PAR VOIE</b> <b>LAPAROSCOPIQUE SANS FACTEURS DE</b> <b>RISQUE*</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>HERNIE SANS MISE EN PLACE D'UNE PLAQUE</b> <b>PROTHÉTIQUE quelle que soit la voie d'abord</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>HERNIE AVEC MISE EN PLACE D'UNE PLAQUE</b> <b>PROTHÉTIQUE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfuroxime ou Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Clindamycine	5 mg/kg/j  900 mg IV lente	Dose unique  Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 600 mg)

\* cholécystectomie par laparoscopie sans facteurs de risque : absence de cholécystite récente, pas de conversion en laparotomie (si conversion faire ABP), pas de grossesse, pas d'immunodépression, pas d'exploration des voies biliaires per-opératoire. Si facteurs de risque se reporter à la rubrique « chirurgie des voies biliaires ».

## CHIRURGIE DIGESTIVE (suite)

(Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : *E. coli* et autres enterobactéries, *S. aureus* méticilline sensible, bactéries anaérobies (chirurgie sous-mésocolique).

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>CHIRURGIE DE L'INTESTIN GRÊLE (y compris anastomose bilio-digestive)</b> <b>CHIRURGIE COLORECTALE ET APPENDICULAIRE ** (y compris plastie colique)</b> <i>En chirurgie colorectale une antibioprophyllaxie par voie orale prescrite en 3 doses la veille de la chirurgie doit être prescrite sous forme de néomycine et d'érythromycine. Ces antibiotiques sont prescrits chacun à la dose de 500 mg per os administrés toutes les 8 heures la veille de l'intervention. Devant des risques de résistance de B. fragilis au premier antibiotique. Sans antibioprophyllaxie orale l'emploi de peni A + IB*** n'est pas recommandé en raison d'une couverture insuffisante sur E. coli et les autres entérobactéries.</i>	Céfoxitine + Métronidazole	2 g IV lente  1 g en perfusion	Dose unique (si durée > à 2 h, réinjecter 1 g)  Dose unique
	<b>Si allergie :</b> Imidazolé + Gentamicine	1 g en perfusion  5 mg/kg/j	Dose unique  Dose unique
<b>CHIRURGIE PROCTOLOGIQUE</b>	Imidazolé	1 g en perfusion	Dose unique
<b>CURE D'ÉVENTRATION</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfuroxime ou Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Clindamycine	5 mg/kg/j 900 mg IV lente	Dose unique Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 600 mg)
<b>PLAIES DE L'ABDOMEN</b>	Voir chirurgie colorectale		
<b>PROLAPSUS (toute voie d'abord, avec ou sans mise en place de matériel)</b>	Peni A + IB***	2 g IV lente	Dose unique (si durée > à 2 h, réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Métronidazole	5 mg/kg/j 1 g en perfusion	Dose unique Dose unique

\*\* : appendice normal ou macroscopiquement peu modifié.

\*\*\* : aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$  lactamases.

## NEUROCHIRURGIE

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** entérobactéries (surtout après crâniotomies), staphylocoques (*S. aureus* et *S. epidermidis*, surtout après pose de dérivation ou crâniotomies), bactéries anaérobies de la flore tellurique (surtout après plaie crânio-cérébrale).

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>DÉRIVATION INTERNE DU LCR</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Si allergie : Vancomycine*	30 mg/kg/120 min	Dose unique
<b>DÉRIVATION EXTERNE DU LCR</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>CRANIOTOMIE</b>  <b>NEUROCHIRURGIE PAR VOIE TRANSSPHENOÏDALE ET TRANSLABYRINTHIQUE</b>  <b>CHIRURGIE DU RACHIS AVEC MISE EN PLACE DE MATÉRIEL PROTHÉTIQUE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Si allergie : Vancomycine*	30 mg/kg/120 min	Dose unique
<b>PLAIE CRANIO-CÉRÉBRALE</b>	Péni A + IB**	2 g IV lente	2 g toutes les 8 h 48 h maximum
	Si allergie : Vancomycine*	30 mg/kg/120 min	30 mg/kg/jour 48 h maximum
<b>FRACTURE DE LA BASE DU CRÂNE AVEC RHINORRHÉE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		

\* Indications de la vancomycine :

- allergie aux bêta-lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

L'injection dure 120 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

\*\* Aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$  lactamases.

## CHIRURGIE UROLOGIQUE (urines stériles)

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** entérobactéries (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus mirabilis...*),  
*Enterococcus*, staphylocoques (*S. epidermidis* surtout).

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>Chirurgie de la prostate</b>			
<b>RÉSECTION ENDOSCOPIQUE DE LA PROSTATE INCISION CERVICO-PROSTATIQUE ADÉNOMECTOMIE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole ou Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
<b>BIOPSIE DE LA PROSTATE</b>	Ofloxacin per os	Dose unique 400 mg (1h avant la biopsie)	Dose unique
	<b>Si allergie :</b> Ceftriaxone	1 g IV lente	Dose unique
<b>PROSTATECTOMIE TOTALE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>Chirurgie du rein, de la surrénale et de la voie excrétrice</b>			
<b>TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES LITHIASES RÉNALES ET URÉTERALES URÉTÉROSCOPIE NÉPHROLITHOTOMIE PERCUTANÉE NÉPHROSTOMIE MONTÉE DE SONDE JJ OU URÉTERALE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole ou Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
<b>NÉPHRECTOMIE ET AUTRE CHIRURGIE DU HAUT APPAREIL SURRÉNALECTOMIE LITHOTRIPSIE EXTRA-CORPORELLE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>Chirurgie de la vessie</b>			
<b>RÉSECTION TRANS-URÉTRALE DE LA VESSIE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole ou Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
<b>CYSTECTOMIE (BRICKER, REMPACEMENT VÉSICAL)</b>	PENI A + IB*	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Métronidazole	5 mg/kg 1 g en perfusion	Dose unique Dose unique

\* Aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$  lactamases.

**CHIRURGIE UROLOGIQUE urines stériles (suite)**

(Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : entérobactéries (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus mirabilis...*),  
*Enterococcus*, staphylocoques (*S. epidermidis* surtout).

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>Chirurgie de l'urètre</b>			
<b>URÉTROPLASTIE, URÉTROTomIE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique
	Céfamandole ou Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
<b>SPHINCTER ARTIFICIEL</b>	Céfoxitine	2 g IV lente	Dose unique
	PENI A + IB*	2 g IV lente	Dose unique
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Métronidazole	5 mg/kg 1 g en perfusion	Dose unique Dose unique
<b>SOUTÈNEMENT URÉTRAL (TOT, TVT)</b>	PENI A + IB*	2 g IV lente	Dose unique
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Métronidazole	5 mg/kg 1 g en perfusion	Dose unique Dose unique
<b>Chirurgie Appareil Génital de l'homme</b>			
<b>PROTHÈSE PÉNIENNE OU TESTICULAIRE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Vancomycine**	30 mg/kg/120 min	Dose unique
<b>CHIRURGIE SCROTALE OU DE LA VERGE (SAUF PROTHÈSE)</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>Chirurgie Appareil Génital de la femme</b>			
<b>CURE DE PROLAPSUS (TOUTE VOIE D'ABORD)</b>	PENI A + IB*	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Métronidazole	1 g en perfusion	Dose unique
	+ Gentamicine	5 mg/kg	Dose unique
<b>EXPLORATIONS DIAGNOSTIQUES FIBROSCOPIE VÉSICALE BILAN URODYNAMIQUE URÉTÉROSCOPIE DIAGNOSTIQUE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		

\* Aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$  lactamases\*\* Indications de la vancomycine :  
- allergie aux  $\beta$  lactamines,- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...  
L'injection dure 120 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

## CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** *Staphylococcus aureus* et flore digestive en cas d'incision cutanée, et/ou flore vaginale (flore polymicrobienne aérobies et anaérobies) en cas d'incision de l'utérus ou du vagin.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>HYSTÉRECTOMIE (haute ou basse) COELIOCHIRURGIE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente 5 mg/kg /j	Dose unique Dose unique
<b>COELIOSCOPIE DIAGNOSTIQUE OU EXPLORATRICE SANS INCISION VAGINALE OU DIGESTIVE HYSTÉROSCOPIE HYSTÉROSALPINGOGRAPHIE BIOPSIE ENDOMÉTRIALE, FÉCONDATION IN VITRO POSE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>CÉSARIENNE</b> <i>L'adjonction d'azythromycine IV à l'antibioprophylaxie classique réduit considérablement les infections du site opératoire. Cette formulation IV n'est disponible en France en 2016 que par procédure d'autorisation temporaire d'utilisation mais si elle est commercialisée dans le futur les protocoles d'antibioprophylaxie devraient être modifiés avec prescription de ce médicament.</i>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique
	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique
	Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique
	<b>Si allergie :</b> Clindamycine	900 mg IV lente	Dose unique



**CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE (suite)**

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** *Staphylococcus aureus* et flore digestive en cas d'incision cutanée, et/ou flore vaginale (flore polymicrobienne aérobies et anaérobies) en cas d'incision de l'utérus ou du vagin.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>MASTECTOMIE RECONSTRUCTION ET/OU PLASTIE MAMMAIRE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente 5 mg/kg /j	Dose unique (600 mg si durée > 4 h) Dose unique
<b>TUMORECTOMIE MAMMAIRE SIMPLE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>PROLAPSUS (toute voie d'abord ; uniquement en cas de mise en place de matériel prothétique : promontofixation, mise en place d'implant ou de bandelette...)</b>	PENI A + IB*	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Gentamicine + Métronidazole	5 mg/kg 1 g en perfusion	Dose unique Dose unique

\* Aminopénicilline + inhibiteur de  $\beta$  lactamases.

## CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE

(Actualisation SFAR 2018)

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE DE CLASSE I D'ALTEMEIER	Pas d'antibioprofylaxie en l'absence	d'implant	
	Céfazoline	2 g	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Clindamycine	900 mg IV lente	Dose unique (si durée > 4h, réinjecter 600 mg)
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE DE CLASSE II D'ALTEMEIER	Céfazoline	2 g	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 1 g)
	<b>Si allergie :</b> Clindamycine	900 mg IV lente	Dose unique (si durée > 4 h, réinjecter 600 mg)

## OPHTALMOLOGIE (Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : staphylocoques, streptocoques, *H. influenzae*, **entérobactéries**.

CHIRURGIE À GLOBE OUVERT AUTRE QUE CATARACTE AVEC FACTEUR DE RISQUE <sup>#</sup>	Lévofoxacine per os	500 mg	1 cp 12 h avant + 1 cp 2 à 4 h avant
CATARACTE*	Injection intracaméculaire de céfuroxime*	1 mg dans 0,1 ml	En fin d'intervention
TRAUMATISME À GLOBE OUVERT	Lévofoxacine	500 mg	500 mg IV à j1 + 500 mg per os à j2
PLAIES DES VOIES LACRYMALES	Péni A + IB**	2 g	si durée > 2 h, réinjecter 1 g
PONCTION DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE, PONCTION DE LIQUIDE SOUS RÉTINIEN, CHIRURGIE À GLOBE FERMÉ, INJECTIONS INTRAVITRÉENNES	Pas d'antibioprofylaxie		

\* Pour la chirurgie de la cataracte avec et sans facteur de risque, une injection unique dans la chambre antérieure de céfuroxime (1mg) une AMM depuis 2014.

\*\* Aminopénicilline + inhibiteur  $\beta$  lactamases

<sup>#</sup> Pour les autres chirurgies à globe ouvert, une antibioprofylaxie est recommandée seulement en présence des facteurs de risque suivants :

- diabète, implantation d'un dispositif intraoculaire autre que pendant la cataracte, - cas particuliers : antécédent d'endophtalmie, patient monophtalme.

## CHIRURGIE ORL

(Actualisation SFAR 2018)

**Bactéries cibles :** *Streptococcus*, bactéries anaérobies, *S. aureus*,  
*K. pneumoniae*, *E. coli*.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>CHIRURGIE RHINOLOGIQUE AVEC MISE EN PLACE D'UN GREFFON OU REPRISE CHIRURGICALE</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique
	Péni A + IB*	2 g IV lente	Dose unique
<b>CHIRURGIE CERVICO-FACIALE AVEC OUVERTURE BUCCO-PHARYNGÉE, CHIRURGIE DES GLANDES SALIVAIRES AVEC ACCÈS PAR LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE</b> <b>CHIRURGIE NASO-SINUSIENNE AVEC MÉCHAGE</b>	Péni A + IB*	2 g IV lente	Ré-injection de 1 g toutes les 2 h en période peropératoire puis 1 g toutes les 6 h pendant 24 h.
	Si allergie : Clindamycine	900 mg IV lente	Ré-injection de 600 mg si durée > 4 h puis 600 mg/6 h pendant 24 h
	+ Gentamicine	5 mg/kg/j	Dose unique
<b>CHIRURGIE ALVÉOLAIRE</b>	Prévention de l'endocardite (voir rubrique prophylaxie de l'endocardite)		
<b>CHIRURGIE DE L'ÉTRIER, DE L'OREILLE MOYENNE</b> <b>CHIRURGIE DES GLANDES SALIVAIRES SANS ACCÈS PAR LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE</b> <b>CERVICOTOMIE</b> <b>CURAGE GANGLIONNAIRE,</b> <b>CHIRURGIE VÉLOPALATINE</b> <b>AMYGDALECTOMIE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		

\* Aminopénicilline + inhibiteur  $\beta$  lactamases.

## CHIRURGIE EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE (Actualisation SFAR 2018)

Bactéries cibles : *Streptococcus*, bactéries anaérobies, *S. aureus*,  
*K. pneumoniae*, *E. coli*.

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE AVEC OUVERTURE BUCCO-PHARYNGÉE</b>	Péni A + IB*	2 g IV lente	Ré-injection de 1 g toutes les 2 h en période opératoire puis 1 g toutes les 6h pendant 24 h.
<b>CHIRURGIE DES GLANDES SALIVAIRES AVEC ACCÈS PAR LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE</b>	Si allergie : Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente  5 mg/kg/j	Ré-injection de 600 mg si durée > 4 h puis 600 mg/6 h pendant 24 h Dose unique
<b>CHIRURGIE ALVÉOLAIRE</b>	Prévention de l'endocardite (voir rubrique prophylaxie de l'endocardite)		
<b>CHIRURGIE DES GLANDES SALIVAIRES SANS ACCÈS PAR LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE</b> <b>CERVICOTOMIE</b> <b>CURAGE GANGLIONNAIRE</b> <b>CHIRURGIE VÉLOPALATINE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>EXTRACTION DENTAIRE EN MILIEU NON SEPTIQUE</b>	Prévention de l'endocardite (voir rubrique prophylaxie de l'endocardite)		

\* Aminopénicilline + inhibiteur  $\beta$  lactamases.

## RADIOLOGIE ET MÉDECINE INTERVENTIONNELLE

(Actualisation SFAR 2018)

ACTES	PRODUITS	DOSE INITIALE	RE-INJECTION ET DURÉE
<b>EMBOLISATION DE FIBROME UTÉRIN, SHUNT PORTO-SYSTÉMIQUE INTRAHÉPATIQUE TRANS-JUGULAIRE PONCTION SOUS ÉCHO-ENDOSCOPIE (sauf ponction trans-colorectale) DILATATION ENDOSCOPIQUE PROTHÈSE DIGESTIVE, LASER COAGULATION AU PLASMA ARGON CHIMIO-EMBOLISATION RADIO FRÉQUENCE CATHÉTER ET CHAMBRE IMPLANTABLE ANGIOGRAPHIE, ANGIOPLASTIE NEPHROSTOMIE SIMPLE</b>	Pas d'antibioprophylaxie		
<b>DRAINAGE BILIAIRE POUR OBSTRUCTION CANCÉREUSE OU BÉNIGNE, OU LITHIASÉ</b>	Traitement curatif	cf. chapitre 1 angiocholite spontanée	
<b>GASTROSTOMIE ENDOSCOPIQUE SCLÉROSES DE VARICES ŒSOPHAGIENNES</b>	Péni A + IB*	2 g IV lente	Dose unique
	<b>Si allergie :</b> clindamycine + gentamicine	900 mg IV lente 5 mg/kg/j	Dose unique Dose unique
<b>ENDOPROTHÈSE STENT (sauf intra-c coronaire)</b>	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole ou céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2 h, réinjecter 0,75 g)
	<b>Si allergie :</b> Vancomycine**	30 mg/kg/120 min	Dose unique

\* Aminopénicilline + inhibiteur  $\beta$  lactamases.

\*\* Indications de la vancomycine :

- allergie aux  $\beta$  lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

L'injection dure 120 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

## CHIRURGIE BARIATRIQUE ET CHEZ L'OBÈSE (IMC > 35 KG/M<sup>2</sup>)

Bactéries cibles : Staphylocoques, streptocoques, bactéries à Gram négatif aérobie et anaérobies.

ACTES	PRODUITS	POSOLOGIE	DURÉE
MISE EN PLACE D'UN ANNEAU GASTRIQUE	Céfazoline	4 g (perfusion 30 min)	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 2 g)
	Céfuroxime ou Céfamandole	3 g (perfusion 30 min)	Dose unique (si durée > à 2 h, réinjecter 1,5 g)
	<b>Si Allergie :</b> Vancomycine*	30 mg/kg à la vitesse de 1 000 mg/heure (dose calculée sur le poids réel)	Dose unique
RÉALISATION D'UN COURT CIRCUIT GASTRIQUE OU D'UNE « SLEEVE » GASTRECTOMIE	Céfoxitine	4 g (perfusion 30 min)	Dose unique (si durée > à 2 h, réinjecter 2 g)
	Allergie :		
	Clindamycine + Gentamicine	1 200 mg IV lente  5 mg/kg/j**	Dose unique  Dose unique
CHIRURGIE DE RÉDUCTION DU TABLIER ABDOMINAL	Céfazoline	4 g (perfusion 30 min)***	Dose unique (si durée > à 4 h, réinjecter 2 g)
	Céfuroxime ou céfamandole	3 g (perfusion 30 min)***	Dose unique (si durée > à 2 h, réinjecter 1,5 g)
	Allergie :		
	Clindamycine + Gentamicine	1 200 mg IV lente  5 mg/kg/j**	Dose unique  Dose unique

\* Indications de la vancomycine :

- allergie aux  $\beta$  lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

L'injection se fait à la vitesse de 1000 mg/heure maximum et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

Dose maximum 2 g

\*\* Dose calculée sur le poids réel mais réduite de moitié si l'IMC est devenue < 35kg/m<sup>2</sup>.

## PRÉVENTION

## PRÉVENTION DU TÉTANOS

VACCINATION ANTÉRIEURE	NATURE DE L'EXPOSITION	
	Peu tétanigène : Plaie minime, intervention chirurgicale, ulcère	Risque tétanigène : gangrène, plaie souillée, plaie vue avec retard
<b>COMPLÈTE (carnet de vaccination)</b>		
< 5 ans	Rien	Rien
entre 5 et 10 ans	Rien	1 rappel
> 10 ans	1 rappel	1 rappel + Ig spécifiques 250 UI
<b>INCOMPLÈTE &lt; 10 ans</b>	1 rappel	1 rappel + Ig spécifiques 250 UI
<b>ABSENTE, DOUTEUSE ou INCOMPLÈTE &gt; 10 ans</b>	Vaccination complète + Ig spécifiques 250 UI	Vaccination complète + Ig spécifiques 500 UI

CHIMIOPROPHYLAXIE DES MÉNINGITES A *N. MENINGITIDIS*

Circulaire ministérielle octobre 2006

DÉFINITION DES CONTACTS	TRAITEMENTS			
	ANTIBIOTIQUE	Adultes	Enfants entre 1 mois & 15 ans	< 1 mois
Toute personne ayant eu un contact de moins de 1 mètre avec le cas index.				
Sujets particulièrement exposés aux sécrétions pharyngées dans les 10 jours précédents :	1 <sup>ère</sup> intention Rifampicine pdt 2 jours	1200 mg/j PO	20 mg/kg/j PO (< 600 mg)	10 mg/kg/j PO
• Famille	Ceftriaxone*	250 mg IV, IM dose unique	125 mg IV, IM dose unique	
• Petit(e) ami(e)	ou			
• Camarades de chambre, de repas, de classe	Ciprofloxacine*	500 mg PO dose unique		
• Soignants ayant pratiqué un bouche à bouche, une intubation trachéale (+ cas index)				

Si méningocoque A ou C, Y, W135 : vaccination au décours de la prophylaxie

\* Si contre-indication ou résistance documentée à la Rifampicine.

## ANTIBIOPROPHYLAXIE DES ENDOCARDITES INFECTIEUSES - 1

### Recommandations européennes 2009 (ESC)\*

#### CARDIOPATHIES À HAUT RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

- Prothèses valvulaires ou matériel prothétique utilisé pour réparation valvulaire
- Antécédent d'endocardite infectieuse

#### POUR LESQUELLES UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE EST RECOMMANDÉE

- Cardiopathies congénitales :
  - a) cardiopathie congénitale cyanogène, non corrigée ou avec fuite résiduelle, ou shunts palliatifs
  - b) cardiopathie congénitale avec réparation complète prothétique chirurgicale ou par voie percutanée
  - c) fuite résiduelle persistante au site d'implantation du matériel prothétique par voie chirurgicale ou percutanée

#### TRAITEMENT À PROPOSER LORSQUE LA PROPHYLAXIE

#### EST RECOMMANDÉE

	Traitement	Posologie et voie d'administration dans l'heure précédant le geste	2 <sup>ème</sup> dose
<b>Antibioprofylaxie lors de soins dentaires avec manipulation de la gencive ou de la région périapicale des dents ou perforation de la muqueuse buccale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline</li> <li>• si allergie aux <math>\beta</math> lactamines : Clindamycine</li> </ul>	2 g PO ou IV (enfants : 50 mg/kg) 600 mg PO ou IV (enfants : 20 mg/kg)	<b>Pas de 2<sup>ème</sup> dose</b>

#### SITUATIONS OÙ L'ANTIBIOPROPHYLAXIE N'EST PAS RECOMMANDÉE

##### • Soins dentaires :

Anesthésies locales dans des zones non infectées, ablation de sutures, radiographie des dents, remplacement ou ajustement d'appareils dentaires, ou de matériel orthodontique, perte d'une dent défectueuse, traumatisme d'une lèvre ou de la muqueuse buccale.

#### MÊME CHEZ LES PATIENTS À HAUT RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

##### • Actes portant sur le tractus respiratoire :

Bronchoscopie, fibroscopie bronchique, laryngoscopie, intubation par voie transnasale ou endotrachéale.

##### • Actes portant sur la sphère digestive ou le tractus urogénital :

gastroscopie, colonoscopie, échographie cardiaque par voie transoesophagienne.

##### • Tout acte portant sur la peau et tissus mous.

\* European Society of Cardiology



## Prévention de la transmission des agents infectieux

Conduite à tenir en cas d'AES.....	p 209
Décolonisation des patients porteurs, colonisés ou infectés par des bactéries multirésistantes.....	p 213
Liste des maladies à déclaration obligatoire .....	p 215



## CONDUITE À TENIR EN CAS D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE ACCIDENTELLE À DU SANG OU À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTENANT DU SANG - 1

La circulaire DGS/RI 2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008, codifie les grandes lignes de la conduite à tenir face à de telles situations. Elle abroge la circulaire DGS/DHOS/DRT n° 2003/165 datée du 02 avril 2003 relative à la conduite à tenir après Accidents avec Exposition au Sang. La prise en charge pratique est détaillée dans les recommandations de septembre 2017, du groupe d'experts sous la Direction du Pr Morlat.

Cette circulaire contient un outil d'aide à la quantification du risque de contamination en fonction de la situation décrite par la personne exposée et d'aide à la décision de mise en route d'un traitement prophylactique dont les principaux points sont résumés dans les fiches présentées ci-après.

Il appartenait aux COREVIH, aux services prescripteurs et aux pharmacies hospitalières de se concerter localement pour définir le contenu des kits d'antirétroviraux qui sont mis à la disposition des prescripteurs assurant l'accueil des personnes exposées.

La composition du Kit peut varier au cours du temps. Sa composition peut être connue en s'adressant au service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nancy, service référent régional (03 83 15 40 97).

En tout état de cause, ces procédures destinées à agir en aval d'un accident ou d'une défaillance de prévention ne doivent pas faire oublier les actions de prévention existantes. Une consultation post-accident doit toujours être l'occasion d'une information destinée à prévenir la répétition de l'exposition.

### 1 Premiers soins à faire immédiatement

#### Piqûres, blessures

- Ne pas faire saigner la blessure.
- Nettoyage immédiat avec de l'eau et du savon puis rinçage.
- Désinfection : Dakin ou bétadine ou eau de Javel à 0,9° Cl (=0,25% de chlore actif) ou alcool à 70° pendant 5 minutes.

#### Projections sur muqueuses et yeux

- Rinçage abondant à l'eau et au sérum physiologique pendant 5 minutes.

#### Contact direct sur peau lésée

- nettoyage immédiat avec de l'eau et du savon, puis rinçage.
- désinfection : eau de Javel à 0,9° Cl, Dakin ou bétadine ou alcool à 70° pendant 5 minutes.

### 2 Se rendre au service d'accueil des urgences dans l'heure qui suit l'accident

#### Pour évaluer le risque de contamination :

- recherche du statut sérologique et clinique du patient source (VHB, VHC, VIH).
- profondeur de la blessure.
- objet en cause : souillé de sang ou aiguille creuse contenant du sang.

#### Pour avis du médecin référent en vue d'un traitement post-exposition (TPE)(délai < 4 h)

#### Pour débiter le suivi sérologique de la victime :

##### • VIH

Premier prélèvement dans les 7 jours, si la personne source est infectée par le VIH ou de statut inconnu ou à risque de primo-infection, le suivi comportera une sérologie à 6 semaines en l'absence de TPE, et aussi à 6 semaines en cas de prescription de TPE (soit 2 semaines après la fin du TPE), et à 3 mois en cas de prescription d'un TPE. Lorsque l'exposition survient chez un soignant, un contrôle sérologique tardif à 3 mois est aussi à réaliser en l'absence de TPE du fait de la réglementation des accidents du travail (arrêté du 1/08/2007).

##### • Hépatite B

Vérification de l'immunité (taux Ac HBs).  
Vaccin et/ou immunoglobulines spécifiques dans les 72 h.

##### • Hépatite C

Sérologie et transaminases.

### 3 Déclaration de l'accident au plus tard dans les 48 h

Nécessaire à la reconnaissance de l'accident de travail et à la prise en charge de ses éventuelles conséquences.

## CONDUITE À TENIR EN CAS D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE ACCIDENTELLE À DU SANG OU À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTENANT DU SANG - 2

Avant qu'un traitement antirétroviral ne soit éventuellement proposé à la personne exposée, une information devra lui être donnée sur les risques d'échecs et d'effets secondaires potentiels et sur la nécessité de se soumettre à un suivi spécialisé.

### ÉLÉMENTS À RECUEILLIR LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION ET DEVANT PERMETTRE UNE QUANTIFICATION DU RISQUE DE CONTAMINATION :

Quel délai sépare l'exposition et la consultation ?

Les sérologies VIH, VHB et VHC du patient source sont-elles connues ?

A défaut, est-il possible de réaliser ces sérologies chez le patient source ?

Quelle fut la nature de l'exposition motivant cette consultation :

- blessure avec une aiguille creuse (AC) contenant du sang ?
- blessure avec une aiguille creuse ne contenant pas de sang ?
- blessure avec une aiguille pleine ou un objet contondant (OC) ?
- projection cutanéomuqueuse (Proj.) ?

### PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE :

Déclaration de l'accident, certificat médical initial, et sérologie VIH.

## 1 VIS-À-VIS DE L'HÉPATITE B

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Négatif
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/mL ou > 100 mUI/mL dans les antécédents)	Rien	Rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/mL sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/mL dans le passé)	Immunoglobulines*	Rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	Vaccin **

\* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE.

\*\* L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique Sub-Saharienne, Asie) ou moyenne (Océanie, Europe du Sud et de l'Est, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent Indien, Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou partenaires multiples.

## 2 VIS-À-VIS DE L'HÉPATITE C

Si le patient source est virémique pour le VHC ou si son statut sérologique reste inconnu :

- réalisation d'une sérologie VHC et dosage des ALAT chez la personne exposée.
- rendez-vous auprès d'un référent pour mise en place d'un suivi (PCR).

## 3 VIS-À-VIS DU VIH

Bilan à réaliser avant toute prescription lorsque la mise en route d'un traitement antirétroviral est décidée :

ALAT + créatinine + clairance de la créatinine+ BHCG.

Si un traitement est prescrit :

- il doit être donné le plus tôt possible (dans les 4 premières heures) et au plus tard avant la 48<sup>ème</sup> heure,
- il est prescrit pour 72 heures,
- un rendez-vous auprès d'un référent doit être réalisé avant la 72<sup>ème</sup> heure suivant la prescription pour déterminer si ce traitement doit être poursuivi, interrompu ou modifié (durée maximum 28 jours).

### PROPHYLAXIE POST EXPOSITION VIS-À-VIS DU VIH : CRITÈRES DE DÉCISION

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
<b>Important :</b> Piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
<b>Intermédiaire :</b> - coupure avec bistouri - Piqûre avec aiguille IM ou SC - Piqûre avec aiguille pleine - Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
<b>Faible :</b> - piqûres avec seringues abandonnées - Crachats, morsures u griffures - Autres cas	TPE non recommandé*		

\* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

### \* Si le patient source est connu comme infecté par le VIH

un médecin référent sera systématiquement et immédiatement contacté quelque soit la nature de l'exposition.

**Dans tous les cas, un contact devra être pris dès que possible, avec la Médecine du Travail dont dépend l'agent victime d'un AES.**

Informez les femmes sous TPE de la moindre efficacité des contraceptifs oraux. Préconisez l'utilisation systématique du préservatif pour les femmes et les hommes jusqu'aux résultats sérologiques.

## PATIENTS PORTEURS, COLONISÉS OU INFECTÉS PAR DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

### QUELQUES DÉFINITIONS

**Résistance naturelle** : se dit d'une résistance à un antibiotique constatée chez toutes les bactéries de l'espèce considérée (résistance à l'état sauvage) : ex : résistance à l'ampicilline chez *Klebsiella spp.*

**Résistance acquise** : se dit d'une résistance à un antibiotique constatée chez une souche d'une espèce bactérienne habituellement sensible : ex : résistance à l'ampicilline chez *E. coli*.

**Bactérie multirésistante** : Terme utilisé lorsqu'une souche bactérienne présente plusieurs résistances à plusieurs antibiotiques auxquels cette espèce bactérienne est habituellement sensible. Elle nécessite généralement la mise en place de mesures complémentaires d'hygiène et c'est un indicateur de l'évolution des résistances = microorganisme cible. Ex : *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline, à la méticilline, aux fluoroquinolones, et aux aminosides (hors gentamicine et nétromyicine).

Les bactéries multirésistantes les plus fréquemment rencontrées sont :

*Staphylococcus aureus* Résistants à la Méticilline (SAMR)

Entérobactéries avec céphalosporinase déréprimée

Entérobactéries exprimant une  $\beta$  Lactamase à Spectre Elargi (BLSE)

Entérobactéries produisant une carbapénémase

*Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ticarcilline, à la ceftazidime, à l'imipénème, voire uniquement sensible à la colistine

Entérocoques résistants aux glycopeptides

Par analogie, certaines bactéries naturellement résistantes à un grand nombre d'antibiotiques sont considérées comme bactéries cibles :

*Stenotrophomonas maltophilia*

*Burkholderia cepacia*

*Acinetobacter spp*

**Portage** : présence d'une bactérie multirésistante en un site anatomique où la présence d'une bactérie de la même espèce sensible est relativement habituelle. Ex : SAMR au niveau des fosses nasales.

**Colonisation** : présence d'une bactérie multirésistante en un site anatomique où la présence d'une bactérie de la même espèce sensible est inhabituelle. Ex : SAMR au niveau d'une plaie opératoire

**Infection à bactéries multirésistantes** : infection cliniquement patente due à une bactérie multirésistante.

**Infection nosocomiale** : infection acquise en milieu de soins (déclarée au moins 48h après l'hospitalisation)

**Infection iatrogène** : infection consécutive à un acte (diagnostique, thérapeutique...).

Ces 3 dernières notions sont indépendantes !

### PRÉLÈVEMENTS À RÉALISER À LA RECHERCHE D'UN PORTAGE OU D'UNE COLONISATION À BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

BACTERIES RECHERCHÉES	ECOUVILLONNAGE
SAMR	2 narines Chacune des plaies chroniques éventuelles (plaie opératoire, escarre, ulcère...).
Entérobactéries BLSE (à préciser sur la demande bactériologique) Entérobactéries productrices d'une carbapénémase Entérocoques résistants aux glycopeptides.	Rectal

Le dépistage doit être réalisé suivant le niveau de risque du patient (dialysés chroniques, les porteurs de cathéter central de longue durée, les greffés hépatiques ...) et l'épidémiologie du service (haute incidence, épidémie récente ...).

### PRISE EN CHARGE D'UN PORTAGE OU D'UNE COLONISATION À BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

Précautions complémentaires contacts (cf document de la SFHH :

«Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact». Consensus formalisé d'experts. Avril 2009. [www.sfh.net](http://www.sfh.net), onglet «publications, rubrique recommandations»)

CIBLES BACTERIENNES	MOYEN DE DECOLONISATION
SAMR Il est recommandé de ne tenter la décolonisation que chez les patients à haut risque infectieux.	Mupirocine en décontamination nasale En association avec savon antiseptique pour la toilette du patient. Durée : 5 jours.
Entérobactéries BLSE (à préciser sur la demande bactériologique) Entérobactérie productrice de carbapénémase Entérocoques résistants aux glycopeptides.	Décolonisation non recommandée, même avec des antibiotiques non absorbables. Pas de traitement antibiotique systémique d'une bactériurie asymptomatique à BLSE.

## ANNEXE

## LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

(en 2018, 34 maladies sont à déclaration obligatoire  
dont 32 maladies infectieuses)

### Liste des maladies infectieuses faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'ARS

- botulisme ;
- brucellose ;
- charbon ;
- chikungunya ;
- choléra ;
- dengue ;
- diphtérie ;
- fièvres hémorragiques africaines ;
- fièvre jaune ;
- fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;
- hépatite A aiguë ;
- infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B ;
- infection invasive à méningocoque ;
- infection par le virus de l'immunodéficience humaine quel qu'en soit le stade ;
- légionellose ;
- listériose ;
- orthopoxviroses dont la variole ;
- paludisme autochtone ;
- paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer ;
- peste ;
- poliomyélite ;
- rage ;
- rougeole ;
- rubéole ;
- schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone ;
- suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines quel qu'en soit le stade ;
- tétanos ;
- toxi-infection alimentaire collective ;
- tuberculose (à déclarer dès lors qu'un traitement anti-tuberculeux est débuté, même si la tuberculose n'est pas prouvée sur le plan microbiologique) ;
- tularémie ;
- typhus exanthématique ;
- Zika.

Tout praticien posant l'un des diagnostics précédents doit en faire la déclaration auprès de l'ARS au moyen de formulaires spécifiques pour chaque maladie, qu'il peut obtenir auprès du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (03 83 15 40 97), auprès de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène du CHRU de Nancy (03 83 15 39 44) ou sur le site de Santé Publique France :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/>

Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire



## Traitements

Principaux antibiotiques.....	p 219
Antiparasitaires (non antibiotiques) .....	p 239
Antifongiques systémiques.....	p 249
Antifongiques forme orale et usage local.....	p 255
Antiviraux .....	p 261
Modalités de perfusion des anti-infectieux .....	p 265

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>PÉNICILLINES NATURELLES</b>					
<b>Pénicilline G</b>	<b>PENICILLINE G sodique</b>	1 MUI inj. 5 MUI inj	3 à 4/j	1 à 50 MUI/j selon les cas	50 à 200 000 UI/kg/j Maximum : 20 MUI/j
<b>Pénicilline V</b>	<b>ORACILLINE</b>	1 MUI cp séc. 250 000 UI/5 mL susp. buv. 500 000 UI/5 mL susp. buv.	2/j (préventif)	Préventif : 2 MUI/j	≤ 40kg Préventif : 50 à 100 000 UI/kg/j (Maximum : 2 MUI/j)
		1MUI/10 mL susp. buv.	2 à 4/j (curatif)	Curatif : 2 à 4 MUI/j	Curatif : 50 à 100 000 UI/kg/j
<b>PÉNICILLINES du GROUPE A</b>					
<b>Amoxicilline</b>	<b>CLAMOXYL Génériques</b>	Formes orales Formes injectables	2 à 3/j 3 à 4/j	1 à 6 g/j 2 à 12 g/j	< 40 kg : 20 à 100 mg/kg/j 20 à 200 mg/kg/j
<b>Amoxicilline + acide clavulanique</b>	<b>AUGMENTIN Génériques</b>	Formes orales	2 à 3/j	2 à 3 g/j	< 40 kg: 40 mg/5 mg/kg/j à 80 mg /10 mg /kg/j en 2 ou 3 prises (sans dépasser 3 g /375 mg/j)
		Formes injectables	2 à 3/j	2 à 6 g/j (max. 200 mg ac clav/inj ou 600 mg ac clav/J)	75 à 150 mg/kg/j *(jusqu'à 3 g/j)
<b>PÉNICILLINES du GROUPE M</b>					
<b>Oxacilline</b>	<b>BRISTOPEN</b>	1 g inj. IV	4 à 6/j	8 à 12 g/j	100 à 200 mg/kg/j Maximum : 12 g/j
<b>Cloxacilline</b>	<b>ORBENINE Génériques</b>	500 mg gél.** 1 g inj. IV	3/j 4 à 6/j	50 mg/kg/j sans dépasser 3 à 4 g/j 8 à 12 g/j	50 mg/kg/j sans dépasser 3 à 4 g/j 100 à 200 mg/kg/j Maximum : 12 g/j
<b>CARBAPÉNÈMES</b>					
<b>Ertapénèm</b>	<b>INVANZ</b>	1 g inj. IV	1/j	1 g/j	< 13 ans : 15 mg/kg x 2/j, max : 1 g/j
<b>Imipénèm + Cilastatine</b>	<b>TIENAM Génériques</b>	500 mg inj. IV 250 mg inj. IV	3 à 4/j	4 g/j	> 1 an : 15 à 25 mg/kg/6 h
<b>Méropénème</b>	<b>MERONEM Génériques</b>	1 g inj.	3/j	500 mg à 2 g/8 h, max : 6 g/j	> 3 mois : 10 à 40 mg/kg/8 h > 50 kg : dose adulte

\* Attention à la dose d'acide clavulanique administrée

\*\* Forme orale de Cloxacilline : uniquement dans le traitement des infections cutanées peu sévères dues aux staphylocoques et/ou aux streptocoques sensibles

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>CARBOXY, URÉIDOPÉNICILLINES • Carboxypénicillines</b>					
Ticarcilline	TICARPEN	3 à 5 g inj. IV	3 à 6/j	15 g/j	nouveau-né et enfant : 225 mg/kg/j en 3 inj.
Ticarcilline + acide clavulanique	TIMENTIN	3 g ticar./ 200 mg clav. inj. IV 5 g ticar. / 200 mg clav. inj. IV	3 à 6/j	12 à 15 g ticar./j (max. 200 mg ac.clav./inj. ou 1200 mg ac.clav./j)	< 14 ans : 225 mg /15 mg/kg/j à 300 mg /20 mg/kg/j en 3 à 4 inj.  max ac clav : 5mg/kg/inj 20 mg/kg/j
<b>CARBOXY, URÉIDOPÉNICILLINES • Uréidopénicillines</b>					
Pipéracilline	PIPERACILLINE Génériques	1 g inj. 4 g inj.	3 à 4/j	200 mg/kg/j (IM : 2 g max./site d'inj.)	200 à 300 mg/kg/j
Pipéracilline + tazobactam	TAZOCILLINE Génériques	2 g Piper./ 250 mg tazo inj. 4 g Piper./ 500 mg Tazo inj.	3 à 4/j	12 à 16 g piper./j	< 12 ans : 80 mg/kg tt les 6 h ou 100 mg/kg/8 h maximum par prise : 4 g
<b>MONOBACTAM</b>					
Aztréonam	AZACTAM	1 g inj.	3 à 4/j (IV) 1 à 2/j (IM)	1 à 8 g/j 1 g/inj.	



## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>C1G</b>					
<b>Céfalexine</b>	<b>KEFORAL</b>	1000 mg cp 500 mg cp, 250 mg/5 mL sirop	en au moins 2 prises/j	2 g/j	25 à 50 mg/kg/j Maximum : 2 g/j
<b>Céfazoline</b>	<b>CEFAZOLINE</b>	1 g fl. inj. IV, IM 2 g fl. inj. IV, IM	2 à 3/j (curatif)	Jusqu'à 80-100 mg/kg/j en 3 prises ou IVSE en cas d'infection sévère avec dose de charge de 30 mg/kg Prophylaxie : 2 g en préop., 1 g/4 h en perop., puis 1 g/8 h en postop. (max. = 48 h)	> 1 mois (IV) > 30 mois (IM) 25 à 50 mg/kg/j
<b>C2G ET CÉPHAMYCINES</b>					
<b>Céfamandole</b>	<b>CEFAMANDOLE</b>	750 mg IV, IM	3 à 6/j	Prophylaxie : 1,5 g en préop., 750 mg/2h en perop., puis 750 mg 3 à 4 fois/j en postop. (max. = 48h) Curatif : 3 g/j en 3 à 4 inj./j	50 mg/kg/j en 3 à 6 inj./j
<b>Céfoxitine</b>	<b>CEFOXITINE</b>	1 g inj. IV 2 g inj. IV.	3/j	Prophylaxie : 2 g en préop., puis 1g toutes les 2h (max. = 48 h) Curatif : 3 à 6 g/j	Réservé à l'adulte
<b>Céfuroxime</b>	<b>ZINNAT CEFUROXIME Génériques</b>	250 mg cp 125 mg cp 125 mg/5 ml sol buv 250 mg inj. 750 mg inj. 1 500 mg inj.	2 à 4/j	Prophylaxie : 1,5 g en préop., puis 750 mg 3 fois/j en postop. (en chir. cardiaque, max. = 48 h) Curatif : 2,25 à 4,5 g/j posologies per os : adulte : 500 mg x 2/j	< 40 kg : 30 à 100 mg/kg/j  posologies per os : enfant : 30 mg/kg/j en 2 prises (maximum 1 000 mg/j)
<b>Céfuroxime</b>	<b>APROKAM</b>	50 mg inj	1 fois	1 mg par voie intracatéculaire	

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>C3G PARENTERALES + AUTRES</b>					
Ceftobiprole	MABELIO	500 mg inj	3/j	1 500 mg/j	contre-indiqué < 18 ans
Céfotaxime	CEFOTAXIME	500 mg inj.IV IM 1 g inj. IM/IV 2 g inj. IV IM	3 à 6 /j (curatif)	3 à 24 g/j Prophylaxie : 2 g en préop., 1 g/4 h en perop., puis 1 g/8 h en postop. (max. = 48 h)	> 1 mois : 50-200 mg/kg/j, jusqu'à 300 si méningite et > 3 mois IM : > 1 mois (Attention : ne pas utiliser le solvant contenant de la lidocaïne de la forme IM chez l'enfant ≤ 30 mois)
Ceftazidime	FORTUM FORTUMSET CEFTAZIDIME	250 mg inj.IV IM 500 mg inj. 1 g inj. 2 g inj. IV	2 à 3/j	3 à 6 g/j	< 2 mois : 25-60 mg/kg/j en 2 inj. > 2 mois : 100-150 mg/kg/j, jusqu'à 200 mg/kg/j dans la méningite > 40 kg : voir adulte
Ceftriaxone	ROCÉPHINE CEFTRIAXONE TRIACEFAN	250 mg inj. IV IM 500 mg inj. IV IM 1 g inj. IV IM 2 g inj. IV IM	1 à 2/j	1 à 4 g/j jusqu'à 100 mg/kg dans la méningite	≤ 50 kg : 50 à 100 mg/kg/j > 50 kg : voir adulte
Céfépime	AXEPIM Génériques	500 mg inj. 1 g inj. 2 g inj. IV	2 à 3/j	2 à 6 g/j	> 2 mois et ≤ à 40 kg : 150 mg/kg/j en 3 inj. > 40 kg : voir adulte
Ceftaroline	ZINFORO	600 mg inj IV	2 à 3/j	1 200 à 1 800 mg/j	<18 ans et < 33 kg : 24-36 mg/kg/j 12-18 ans et > 33 kg : voir adulte
<b>C3G ORALES</b>					
Céfixime	OROKEN Génériques	200 mg cp 40 mg/5 mL susp. buv. 100 mg/5 mL susp. buv.	2/j	400 mg/j	> 6 mois : 8 mg/kg/j > 12 ans : voir adulte
Céfotiam hexétil	TEXODIL	200 mg cp	2/j	400 à 800 mg/j	-
Cefpodoxime proxetil	ORELOX + génériques	100 mg cp 40 mg-5 mL susp. buv.	2/j	200 à 400 mg/j	8 mg/kg/j

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>MACROLIDES ET APPARENTÉS</b>					
<b>• Macrolides</b>					
Azithromycine	ZITHROMAX Génériques	250 mg cp 40 mg/mL susp. buv.	1/j	250 à 500 mg/j	20 mg/kg/j max 500 mg/j
	ZITHROMAX Monodose	250 mg cp	1 seule prise	1 g/j	-
	ORDIPHA	500 mg cp disp.	1/j	250 à 500 mg/j	-
	AZADOSE	600 mg cp	1/semaine	1 200 mg/semaine	-
Clarithromycine	ZECLAR Génériques	250 mg cp 500 mg cp 25 mg/mL susp. buv. 50 mg/mL susp. buv.	2/j	500-1 000 mg/j, jusqu'à 2 000 mg pour <i>Mycobac- terium avium</i>	15 mg/kg/j max 500 mg x 2/j
	ZECLAR	500 mg inj. IV	2/j	1 000 mg/j	-
	MONOZECLAR	500 mg cp LM	1/j	500 à 1 000mg/j	-
Erythromycine	EGERY ERY ERYTHROCINE	125 mg sachet 250 mg gel et sachet 500 mg cp séc. et sachet 1 000 mg susp. buv. 500 mg inj. IV 1 g inj. IV	2 à 3/j	1 à 3 g/j	30 à 50 mg/kg/j
Erythromycine lactobionate	ERYTHROCINE	500 mg inj. 1 000 mg inj.	2 à 4/j ou perf. continue	2 à 4 g/j	30 à 40 mg/kg/j en 4 inj. ou perf. continue
Josamycine	JOSACINE	500 mg cp séc., 1 000 mg cp disp. 125 mg/5 mL sirop 250 mg/5 mL sirop 500 mg/5 mL sirop	2/j	1 à 2 g/j	50 mg/kg/j
Roxithromycine	RULID Génériques	150 mg cp 50 mg cp séc. pour susp buvable	2/j	300 mg/j	5 à 8 mg/kg/j
Spiramycine	ROVAMYCINE Génériques	1,5 MUI cp 3 MUI cp	2 à 3/j	6 à 9 MUI/j	1,5 à 3 MUI/10kg/j Prophylaxie méningocoque :
		1,5 MUI inj.	2 à 3/j	4,5 à 9 MUI/j	75 000 UI/KG/12h Forme IV réservée à l'adulte

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>MACROLIDES</b>					
• Synergistines ou steptogramines					
Pristinamycine	PYOSTACINE PRISTAM	250 mg cp 500 mg cp	2 à 3/j	2 à 4 g/j	50 à 100 mg/kg/j
• Lincosamines					
Clindamycine	DALACINE Génériques	75 mg gél. 150 mg gél. 300 mg gél. 600 mg inj. 900 mg inj.	2 à 4/j	600 à 2 400 mg/j	> 6 ans : 8 à 25 mg/kg/j
• Ketolides					
Télithromycine		400 mg cp	1/j	800 mg/j	> 12 ans : 800 mg/j
<b>CHLORAMPHÉNICOL ET DÉRIVÉS</b>					
Thiamphénicol	THIOPHENICOL	250 mg cp 750 mg inj.	2 à 4/j	1 500 à 3 000 mg/j	30 à 100 mg/kg/j
<b>RIFAMYCINES</b>					
Rifampicine	RIFADINE RIMACTAN	300 mg gél. 100 mg/5mL susp. buv. 600 mg inj.	1/j (BK)  1 à 2/j (autres indications)	8 à 12 mg/kg/j  20 à 30 mg/kg/j	> 3 mois : 10-20 mg/kg/j (max 600 mg/j) < 1 mois : 15 à 20 mg/kg/j > 1 mois : 20 à 30 mg/kg/j
Rifabutine	ANSATIPINE	150 mg gél.	A évaluer en fonction de l'infection et des médicaments associés	150 à 600 mg/j (selon médicaments associés)	- -

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>AMINOGLYCOSIDES *</b>					
Amikacine	AMIKACINE	50 mg inj., 250 mg inj. 500 mg inj., 1000 mg inj.	1 à 3/j	15 à 30 mg/kg/j*	15 à 30 mg/kg/j*
Tobramycine	NEBCINE Générique	25 mg inj., 75 mg inj., 80 mg, 100 mg inj., 240 mg, 360 mg inj 300 mg/5 mL amp. nébulisation	1 à 3/j	3 à 8 mg/kg/j*	3 à 8 mg/kg/j*
	TOBI		2/j	600 mg/j en cures de 28 j	> 6 ans : 600 mg/j en cures de 28 j
Gentamicine	GENTAMICINE	10 mg inj. 40 mg inj. 80 mg inj. 160 mg inj.	1 à 3/j	3 à 8 mg/kg/j*	3 à 8 mg/kg/j*
<b>ANTIMYCOBACTÉRIES</b>					
Isoniazide	RIMIFON  PDP-Isoniazid (ATNu)	50 mg cp, 150 mg cp 500 mg/5 ml inj. Sol buv 10mg/ml	1/j	4 à 5 mg/kg/j	à partir de 3 mois : 10-15 mg/kg/j (maximum : 300 mg/j) 10 mg/kg/j
Ethambutol	DEXAMBTOL MYAMBTOL	500 mg cp 1 g inj.	1/j	20 mg/kg/j jusqu'à 25 mg/kg/j si rechute ou résistance	De 3 mois à 15 ans : 15 à 25 mg/kg/j
Clofazimine	LAMPRÈNE	50 mg caps. 100 mg caps.	1/j	300 mg/mois à j1 + 50 mg/j en cure de 28 j (j2 à j28)	1 à 2 mg/kg (1 adm. par mois + en cure de 28 j)
Dapsone	DISULONE	100 mg cp séc.	1/j	Préventif : 50 à 100 mg/j Curatif : 100 à 300 mg/j	Ne pas dépasser la dose de 2 mg/kg
Pyrazinamide	PIRILÈNE	500 mg cp	1/j	30 mg/kg/j	> 6 ans : 30 à 40 mg/kg/j
Rifampicine + Isoniazide	RIFINAH	cp Isoniazide : 150 mg Rifampicine : 300 mg	1/j à jeun	> 50 kg : 2 cp/j	-
Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide	RIFATER	cp Isoniazide : 50 mg Rifampicine : 120 mg Pyrazinamide : 300 mg	1/j à jeun	> 30 kg : 3 cp/j > 40 kg : 4 cp/j > 50 kg : 5 cp/j > 65 kg : 6 cp/j	Rifampicine : 10-20 mg/kg/j (max : 600 mg/j) Isoniazide : 10-15 mg/kg/j (max : 300 mg/j) Pyrazinamide : 30-40 mg/kg/j
Streptomycine	STREPTOMYCINE	1 g inj.	1/j	500 mg/j à 1,5 g/j	30 à 50 mg/kg/j, max 1g/j
Ethionamide	TRECTOR (ATUn)	250 mg cp	1/j	15-20 mg/kg/j (max 1 g)	10-20 mg/kg/j en 2 à 3 doses/j ou 15 mg/kg/j en seule prise

\* Situations sévères avec risques d'augmentation du volume de distribution :  
utiliser les posologies les plus élevées, surtout en début de traitement (mise au point ANSM mars 2011).

Nouveau-né et prématuré : posologie identique mais en 2 prises.

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>NITROFURANES</b>					
Nitrofurantoïne	FURADANTINE FURADANTIN	50 mg gél. 5mg/mL sol buv	3/j	150 à 300 mg/j Traitement de 5 à 7 jours maximum	> 6 ans : 5 à 7 mg/kg/j en 3 prises
<b>TETRACYCLINES</b>					
Doxycycline	DOXYCYCLINE, SPANOR VIBRAMYCINE Génériques	100 mg cp 50 mg	1 à 2/j	> 60 kg : 200 mg x 1/j < 60 kg : 200 mg à J1 puis 100 mg x 1/j	> 8 ans : 4 mg/kg/j
	DOXPALU	50 mg cp 100 mg cp	1/j	100 mg/j	> 8 ans : > 40 kg 100 mg/j < 40 kg 50 mg/j
Doxycycline hyclate	VIBRAVEINEUSE	100 mg inj IV	1 à 2/j	J1 : 200 mg/j J2 et + : 100 à 200 mg/j	> 8 ans et <50 kg : J1 : 4 mg/kg/j J2 et + : 2 à 4 mg/kg/j
Lymécycline	TETRALYSAL	150 mg gel 300 mg gel	2/j	600 mg/j Cas particulier de l'acné : 300 mg/j	Contre-indiqué chez l'enfant de moins de 8 ans.
Minocycline	MYNOCINE MYNOCYCLINE Génériques	100 mg gél 50 mg gel 100 mg cp	1 à 2/j	200 mg/j	> 8 ans : 4 mg/kg/j en 2 prises
Tigécycline	TYGACIL	50 mg inj	2/j	100 mg 1 fois puis 50 mg x 2/j	8 à 12 ans : 1,2 mg/kg x 2/j (max : 50 mg x 2/j) 12 à 18 ans : 50 mg x 2/j
<b>QUINOLONES</b>					
<b>• Urinaires</b>					
Fluméquine	APURONE	400 mg cp	3/j	1 200 mg/j	Contre-indiqué chez enfant et l'ado
Norfloxacine	NORFLOXACINE	400 mg cp	2/j	800 mg/j	-
<b>• Systémiques</b>					
Ciprofloxacine	CIFLOX Génériques	500 mg cp 750 mg cp 500 mg susp. 200 et 400 mg inj.	2/j	0,5 à 1,5 g/j PO 400 à 1 200 mg/j inj.	> à 15 ans seulement
Lévofloxacine	TAVANIC Génériques	500 mg cp 250-500 mg inj.	1 à 2/j	250 mg à 1 g/j	> à 15 ans seulement
Moxifloxacine	IZILOX	400 mg cp 400 mg inj.	1/j	400 mg/j	Contre-indiqué < 18 ans

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>QUINOLONONES (suite)</b>					
<b>• Systémiques</b>					
<b>Ofloxacine</b>	<b>OFLOCECT</b> Génériques <b>MONOFLOCECT</b>	200 mg cp 200 mg inj. 200mg cp	2/j  1/j	400 à 800 mg/j	> à 15 ans seulement : 10 à 15 mg/kg/j en 2 prises/j
<b>Loméfloxacine</b>	<b>LOGIFLOX</b> <b>DECALOGIFLOX</b>	400 mg	1/j	400 mg/j	Contre-indiqué enfant et ados
<b>OXAZOLIDINONES</b>					
<b>Linézolide</b>	<b>ZYVOXID</b>	600 mg inj. poche 300 mL 600 mg cp 100 mg/5 mL susp. buv.	2/j	1 200 mg/j	-
<b>ANTIBIOTIQUES POLYPEPTIDIQUES</b>					
<b>Polymyxine E</b> <b>ou Colistine</b>	<b>COLIMYCINE</b>	1 000 000 UI inj.  1 M poudre pour inhalation	2 à 3/j  1 à 3/j	9 MUI/j (Maximum : 12 MUI/j)  1 à 6 M /j	≤ à 40 kg : 75 000 à 150 000 UI/kg/j > 40 kg : voir adulte  1 à 6 M /j
<b>• Glycopeptides</b>					
<b>Vancomycine</b>	<b>VANCOMYCINE</b> Génériques	125 - 250 mg 500 mg - 1 g inj.	2 à 4/j ou perfusion continue	30-40 mg/kg/j Après dose de charge de 20 mg/kg sur une heure si IVSE	<b>Nouveau né de 0 à 7 j</b> : 30 mg/kg/j (15 mg/kg/12 h) en dose de charge puis 10 mg/kg/12 h <b>Nouveau né de 7 à 30 j</b> : 45 mg/kg/j (15 mg/kg/8 h) <b>Enfant et nourrisson</b> : 40 mg/kg/j jusqu'à 60 mg/kg/j
<b>Teicoplanine</b>	<b>TARGOCID</b>	100 mg inj. 200 mg inj. 400 mg inj.	2/j les 3 premières doses puis 1x/j	400 à 800 mg/j puis 200 à 400 mg/j	0 à 2 mois : 16 mg/kg/adm à j1 puis 8 mg/kg/adm 2 mois à 12 ans : 10 mg/kg/12h puis 6 à 10 mg/kg/j
<b>• Divers</b>					
<b>Fosfomycine</b>	<b>FOSFOCINE</b>	1 g inj. 4 g inj.	3 à 4/j	8 à 16 g/j	100 à 200 mg/kg/j
<b>Fosfomycine</b> <b>Trométamol</b>	<b>URIDOZ</b> <b>MONURIL</b> Génériques	3 g/sachet	1 sachet	dose unique 3 g Renouvelable à j3 et j5	-
<b>Acide fusidique</b>	<b>FUCIDINE</b>	250 mg cp 100 mg/2 mL susp. buv. 250 mg/5 mL susp. buv. crème, pommade 2 %	2 à 3/j	1 à 1,5 g/j	30 à 50 mg/kg/j

## PRINCIPAUX ANTIBIOTIQUES

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>SULFAMIDES ET SULFAMIDES ASSOCIÉS</b>					
<b>Sulfamethoxazole +Triméthopri- me</b>	<b>BACTRIM</b> sol inj. <b>BACTRIM</b> <b>BACTRIM FORTE</b> <b>BACTRIM NOURRISSON</b>	400 mg/80 mg inj., perf. 400 mg/80 mg cp 800 mg/160 mg cp 200 mg/40 mg/5 mL susp.buv.	2 à 3/j	2 à 12 amp./j 2 à 6 cp/j 2 à 3 cp/j Prophylaxie : 1 cp BACTRIM FORTE 3 x/sem.	30 mg - 6 mg/kg/j - - 30 mg - 6 mg/kg/j
<b>NITROIMIDAZOLES</b>					
<b>Métronidazole</b>	<b>FLAGYL</b>  <b>MÉTRONIDAZOLE</b>	250 et 500 mg cp, ovule 4% susp. buv. 500 mg/100 mL inj.	2 à 3/j	1 à 1,5 g/j	20 à 40 mg/kg/j
<b>Ornidazole</b>	<b>TIBÉRAL</b>	500 mg cp 500 mg et 1 g inj.	1 à 2/j	1 à 1,5 g/j	20 à 40 mg/kg/j
<b>Secnidazole</b>	<b>SECNOL</b>	2 g granulés	1 à 2 /j	1,5 à 2 g /j	30 mg/kg/j
<b>LIPOPEPTIDE</b>					
<b>Daptomycine</b>	<b>CUBICIN</b>	350 mg inj. 500 mg inj.	1/j	6 à 10 mg/kg/j	-
<b>ANTIBACTÉRIENS MACROCYCLIQUES</b>					
<b>Fidaxomicine</b>	<b>DIFFICLIR</b>	200 mg cp	2/j	- Schéma classique : 400 mg/j pendant 10 j - Schéma pulsé : 200 mg x 2/j pendant 5 j puis j 7 à j25 : 200 mg toutes les 48 h	-



## ANTIPARASITAIRES (non antibiotiques)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>ANTIPARASITAIRES EXTERNES</b>					
<b>Benzoate de benzyle + sulfirame</b>	<b>ASCABIOL</b>	Sol. à 10 % de benzoate de benzyle (+ 2 % de sulfirame) fl. de 125 mL	2 couches successives à 10-15 min d'intervalles renouvelables à j8	Laisser en place 24 h (femme enceinte : une seule couche mais temps de contact = 24 h)	Nourrisson : à diluer à 50 % dans de l'eau > 2 ans : idem adulte 1 mois-2 ans : application d'une seule couche et à laisser en place 12 h (voir 6 h selon tolérance) < 1 mois : CI (présence d'alcool benzylique) sauf nécessité absolue
<b>Esdépalléthrine 0,66 % + Pipéronylbutoxyde 5,3 %</b>	<b>SPREGAL</b>	Lotion : flacon aérosol 152 g 200 mL	application unique renouvelable à 8 à 10 j	Laisser en place 12 h (femme enceinte : ne pas utiliser)	Laisser en place 12 h idem adulte
<b>ANTIPALUDÉENS</b>					
<b>Artemether</b>	<b>PALUTHER</b> (ATU nominative)	80 mg/1 mL amp. inj. IM	Curatif : 1/j	3,2 mg/kg/j (pendant 7 j maximum)	Traitement d'attaque à 3,2 mg/kg puis traitement d'entretien à 1,6 mg/kg/j en 1-2 x/j (pendant 7j maximum)
<b>Artemether + Luméfántrine</b>	<b>RIAMET</b>	cp 20 mg artemether + 120 mg luméfántrine	Curatif	6 prises de 4 cp sur 60 h (1 <sup>ère</sup> prise puis 8 h, 24 h, 36 h, 48 h et 60 h après la 1 <sup>ère</sup> prise) au cours des repas ou avec une boisson lactée	1 <sup>ère</sup> prise puis 8 h, 24 h, 36 h, 48 h, 60 h) 6 prises de : 5-15 kg : 1 cp ; 15-25 kg : 2 cp ; 25-35 kg : 3 cp > 12 ans et > 35 kg : idem posologie adulte
<b>Artesunate</b>	<b>MALACEF (ATUn)</b>	60 mg poudre pour sol inj		2,4 mg/kg à H0, H12 et H24 puis toutes les 24 h pdt 3 j	
<b>Atovaquone + Proguanil</b>	<b>MALARONE</b> (préventif et curatif)	cp 250 mg atov + 100 mg prog cp 62,5 mg atov + 25 mg de prog	Prophylaxie 1/j (pays grp 2-3)  Curatif : 1/j	Prophylaxie 1 cp 250 mg atov./j 1 j avant, pendant et 7 j après  Curatif 4 cp 250 mg atov./j pdt 3 j	11-20 kg : 1 cp 62,5 mg atov./j 21-30 kg : 2 cp 62,5 mg atov./j 31-40 kg : 3 cp 62,5 mg atov./j > 40 kg : 1 cp 250 mg atov./j  5-8 kg : 2 cp 62,5 mg/j pdt 3j < 11 kg : 3 cp 62,5 mg/j pdt 3j 11-20 kg : 1cp 250 mg/j pdt 3j 21-30 kg : 2 cp 250 mg/j pdt 3j 31-40 kg : 3 cp 250 mg/j pdt 3j > 40 kg = adulte
<b>Doxycycline</b>	<b>DOXY 50 Gén.</b> <b>DOXY 100 Gén.</b> <b>DOXYPALU 50 ou 100</b> <b>GRANUDOXY Gén. 100</b>	cp 50 ou 100 mg	Prophylaxie 1/j (pays du grp 3)	100 mg /J 1 j avant, pendant et 4 semaines après	> 8 ans et < 40 kg : 50 mg/J > 40 kg : 100 mg/j

## ANTIPARASITAIRES (non antibiotiques)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>ANTIPALUDÉENS (suite)</b>					
<b>Chloroquine</b>	<b>NIVAQUINE</b>	100 mg cp 25 mg/5 mL sirop fl. de 150 mL	Prophylaxie 1/j (pays grp 1 à 2)	100 mg/j	< 10 kg : 25 mg 1 j/2 > 10 kg : 1,7 mg/kg/j
			Curatif 1 à 3/j	> 60 kg : 600 mg à H0 puis 300 mg à H6 puis 300 mg en 1 prise/j à j2 et j3  10-60 kg : 10 mg/kg à H0 puis 5 mg/kg à H6 puis 5 mg/kg/j en 1 prise/j à j2 et j3	Si > 10 kg 10 mg/kg + 5 mg/kg 6 h après + 5 mg/kg/j à j2 et j3
<b>Méfloquine</b>	<b>LARIAM</b>	250 mg cp quadriséc.	Prophylaxie 1/sem. (pays grp 3)	> 45 kg : 250 mg/sem < 45 kg : cf poso enfant Dose test : 10 j et 3 j avant le départ	5 mg/kg une fois par sem : 15 à 19 kg : 1/4 cp/sem. 20 à 30 kg : 1/2 cp/sem. 31 à 45 kg : 3/4 cp/sem. > 45 kg : 1 cp/sem.
			Curatif : 2 à 3 prises	dose totale recommandée : 25 mg/kg/j en 2-3 prises  46 à 60 kg : 3 cp + 2 cp 6 à 8 h après > 60 kg : 3 cp + 2 cp 6 à 8 h après + 1 cp 6 à 8 h après si < 46 kg : posologie pédiatrique	dose totale recommandée : 25 mg/kg/j en 2-3 prises  5 (>3 mois) à 20 kg : 1 cp/10 kg en 2 prises espacées de 12 h 21 à 30 kg : 2 à 3 cp en 2 prises espacées de 12 h 31 à 45 kg : 2 à 3 cp + 1 cp 6 à 8 h après 46 à 60 kg : 3 cp + 2 cp 6 à 8 h après > 60 kg : 3 cp + 2 cp 6 à 8 h après + 1 cp 6 à 8 h après
<b>Primaquine</b>	<b>PRIAMQUINE (ATUn)</b>	7,5 mg cp	1/j	30 mg/j	0,5mg/kg/j (max 30 mg)
<b>Proguanil</b>	<b>PALUDRINE</b>	100 mg cp	Prophylaxie 1/j (pays grp 2)	200 mg/j	3 mg/kg/j en arrondissant au 1/2 cp sup > 1 an : 9-16,5 kg : 1/2 cp/j 17-33 kg : 1 cp/j 33,5-45 kg : 1+1/2 cp/j > 12 ans : idem adulte
<b>Proguanil + Chloroquine</b>	<b>SAVARINE</b>	200 mg proguanil + 100 mg chloroquine cp	Prophylaxie 1/j (pays grp 2)	>50 kg : 1 cp/j	> 15 ans, > 50 kg : 1 cp/j
<b>Pyriméthamine + sulfadoxine</b>	<b>FANSIDAR</b>	25 mg pyriméthamine + 500 mg sulfadoxine	1 prise unique	2 à 3 comprimés (1/2 cpr pour 10 kg)	Moins de 12 kg (- 30 mois) : 1/2 cp 12 à 20 kg (30 mois - 6 ans) : 1 cp 20 à 30 kg (6 à 10 ans) : 1 à 1,5 cp 30 à 50 kg (10-15 ans) : 1,5 à 2 cp

## ANTIPARASITAIRES (non antibiotiques)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>ANTIPALUDÉENS (suite)</b>					
<b>Piperaquine + dihydroartémisinine</b> (dihydroartémisinine = arténomil)	<b>EURARTESIM</b>	cp 320 mg piperaquine/ 40 mg dihydroartémisinine	Curatif 1/j pendant 3 J	36-75 kg : 3 cp 75-100 kg : 4 cp en dehors des repas  Prendre le cp 3h avant le repas et ne pas manger pendant 3h	> 6 mois 5-7 kg : 1/4 de cp 7-13kg : 1/2 cp 13-24kg : 1 cp 24-36kg : 2 cp 36-75kg : 3 cp en dehors des repas
<b>Quinine</b>	<b>QUINIMAX QUININE</b>	125 mg cp séc et 500 mg. 500 mg cp séc. et 250 mg	Curatif : 3/j pendant 5 à 7 j	PO : 24 mg/kg/j en 3 prises	PO : 9 à 11 kg : 1/2 cp à 125 mg 3 x/j 12 à 19 kg : 1 cp à 125 mg 3 x/ 20 à 27 kg : 1,5 cp à 125 mg 3 x/j 28 à 35 kg : 2 cp à 125 mg 3 x/j 36 à 43 kg : 2,5 cp à 125 mg 3 x/j 44 à 50 kg : 3 cp à 125 mg 3 x/j 51 à 59 kg : 3,5 cp à 125 mg 3 x/j
	<b>QUINIMAX</b>	500 mg/4 mL amp. inj. 250 mg/2 mL amp. inj. 125 mg/1 mL amp. inj.	Curatif : 3/j pendant 5 à 7 j	IV : 24 mg/kg/j (> 60 kg : 1 amp 500 mg x 3/j)	> 60 kg : idem adulte 16-30 kg : 1 amp 125 mg x 3/j 31-50 kg : 1 amp 250 mg x 3/j
<b>AUTRES ANTIPARASITAIRES</b>					
<b>Albendazole</b>	<b>ESKAZOLE (hôpital)</b> (echinococcose, cysticercose)	400 mg cp séc.	2/j	< 60 kg : 15 mg/kg/j > 60 kg : 800 mg/j max 800 mg/j	15 mg/kg/j Enfant de 2-17 ans Infection chronique à Strongyloïdes : 400 mg 2x/j Hydatidose : 15 mg/kg/j Ankylostomose : prise unique de 400 mg
	<b>ZENTEL (ville)</b>	400 mg cp séc. 400 mg/10 mL susp. buv.	1 prise unique + 7 jours plus tard si nécessaire	400 mg schéma posologique selon indication sauf Trichinellose 400 mg 2 x/j	1-2ans : 200 mg > 2ans : idem adulte Schéma posologique selon indication Trichinellose : 15mg/kg/j en 2 prises
<b>Amphotéricine B liposomale</b>	<b>AMBISOME</b>			Leishmaniose viscérale : 18-24 mg/kg/j pdt 5 j puis 6 <sup>ème</sup> dose à J10 enfant et immunocompétent	
<b>Antimoniote de méglumine</b>	<b>GLUCANTIME</b>	1 500 mg/5 mL amp. inj.	1 fois à renouveler éventuellement	Leishmaniose cutanée : - 1 à 3 mL en péri-lésionnel - 37 à 75 mg/kg/j IM  Leishmaniose viscérale : - 75 mg/kg/j IM pd 20 j	-
<b>Atovaquone</b>	<b>WELLVONE</b> (pneumocystose)	750 mg/5 mL susp. buv. fl. de 240 mL	2/j pd 21j	5 ml (750 mg) 2x/j	1-2mois : 15-20 mg/kg 2x/j 3mois-1an 22,5 mg/kg 2x/j 2-17ans 15-20 mg/kg (max 750 mg) 2x/j
<b>Diéthylcarbamazine</b>	<b>NOTEZINE</b> (filariose)	100 mg cp séc.	2 à 3/j	Dose max : 400 mg (ttes indic.) pdt 10 à 21 j selon indic. Filariose : 3 mg/kg/j Loase : dose initiale 1/32 <sup>ème</sup> de cp (la dilution sera effectuée par un pharmacien) puis doublement de la dose/j jusqu'à 3 mg/kg/j à j7 Onchocercose : dose initiale 0,5 mg/kg puis doublement de la dose jusqu'à 3 mg/kg/j	1 mois-9 ans : dose initiale 1 mg/kg/j puis augm. de poso sur 3 j jusqu'à 3 mg/kg/j 10-17 ans : dose initiale 1 mg/kg/j puis augm. de poso sur 3 j jusqu'à 6 mg/kg/j

## ANTIPARASITAIRES (non antibiotiques)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>AUTRES ANTIPARASITAIRES (suite)</b>					
<b>Flubendazole</b>	<b>FLUVERMAL</b> - Oxyures - Ascaris - Trichine - Ankylostome	100 mg cp séc. 20 mg/mL sol. buv.	Prise unique (oxyurose)  2/j (autre nématodose)	100 mg en 1 prise A renouveler 15-20 j après  200 mg/j pendant 3 j	100 mg en 1 prise à renouveler 15-20 j après  200 mg/j pendant 3 j
<b>Ivermectine</b>	<b>STROMECTOL</b> - Onchocercose - Filariose à Loa-Loa - Anguillules - Ascaris - Toxocara - gale sarcoptique	3 mg cp	Anguillulose ou Gale : Prise unique A jeun  Microfilaremie à Wuchereria bancrofti	200 µg/kg prise unique : 36 à 50 kg : 9 mg 51 à 65 kg : 12 mg 66 à 79 kg : 15 mg > 80 kg : 18 mg  150-200 µg/kg tous les 6 mois ou 300-400 µg/kg tous les ans	200 µg/kg prise unique : 15 à 24 kg : 3 mg 25 à 35 kg : 6 mg 36 à 50 kg : 9 mg 51 à 65 kg : 12 mg 66 à 79 kg : 15 mg > 80 kg : 18 mg  Prise unique : 15-26 kg : 3 mg/6 mois ou 6 mg/an 26-45 kg : 6 mg/6 mois ou 12 mg/an 45-65 kg : 9 mg/6 mois ou 18 mg/an 65-85 kg : 12 mg/6 mois ou 24 mg/an
<b>Mébéndazole</b>	<b>VERMOX (ATUn)</b>	Hydatidose 500 mg cp	3/j	S1 1 cp 3x/j, S2 2 cp 3x/j, à partir de S3 3 cp 3x/j	-
<b>Nicosamide</b>	<b>TREDEMINE</b> (taeniasis)	500 mg cp à croquer	1j de ttt avec 2 prises espacées d'1h  Hymenopelisis nana pd 7j	1 g à jeun puis 1 g 1 heure après Rester à jeun jusqu'à 3 h après la dernière prise  2 g à J1 puis 1 g de J2 à J7	< 12 kg : 250 mg puis 250 mg 1 h après 12 à 25 kg : 500 mg puis 500 mg 1 h après > 25 kg : 1 g puis 1 g 1 h après  < 12 kg : 500 mg à j1 puis 250 mg de j2 à j7 12-25 kg : 1 g à j1 puis 500 mg de j2 à j7 > 25 kg : 2g à j1 puis 1 g de j2 à j7
<b>Nitazoxanide</b>	<b>ALINIA</b> (ATU nominative)	500 mg cp 100 mg/5 mL susp buv	2/j	500 mg x2/j pendant 3 jours	De 1 à 4 ans : 5 mL (100 mg) 2x/j pdt 3 j De 4 à 11 ans : 10 mL (200 mg) 2x/j pdt 3 j >12 ans : 500 mg 2x/j pdt 3 j

## ANTIPARASITAIRES (non antibiotiques)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>AUTRES ANTIPARASITAIRES (suite)</b>					
Pentamidine iséthionate	<b>PENTACARINAT PNEUMOCYTOSE LEISHMANIOSE MALADIE DU SOMMEIL</b>	300 mg fl. inj.	1/j (pneumocystose)  (maladie du sommeil, leishmaniose)	4 mg/kg/j pendant 14 j  3 à 4 mg/kg/inj. x 3 à 10 inj. selon l'indication 1 jour sur deux	
		300 mg fl. aérosol	Préventif 1/mois	300 mg par séance (utiliser nébuliseur spécifique type Respigard II)	
Praziquantel	<b>BILTRICIDE</b> - Bilharziose - Ankylostome - Toxocara - Taenia	600 mg cp quadriséc.	1 à 3 prises	25 à 75 mg/kg/j	>1 an : 25-75 mg/kg/j
Tiliquinol + Tibroquinol	<b>INTETRIX</b> (amibiase, amœbicide de contact)	100 mg Tiliquinol + 200 mg Tibroquinol gél.	2/j	200 mg x2/j pendant 10 j	-
Pyriméthamine	<b>MALOCIDE</b> Toxoplasmose	50 mg cp séc.	1/j	50 mg/j (pour l'immunodéprimé 100 mg à j1) puis 50 mg/j pendant 6 sem. puis 1 cp 1j/2 (entretien)	Toxoplasmose congénitale NN : 1 mg/kg 2x/j pdt 2 j puis 1 mg/kg/j pdt 6 mois puis 1 mg/kg 3x/sem pdt 6 mois Toxoplasmose durant grossesse 12-17 ans : 50 mg/j jusqu'à accouchement
Triclabendazole	<b>EGATEN</b> (fasciolase)	250 mg cp séc.	Prise unique	10 mg/kg Si infection sévère : 2 <sup>ème</sup> dose 12 à 24 h après. Chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.	> 6 ans : 10 mg/kg
Benznidazole	<b>BENZNIDAZOL LAFEPE (ATUn)</b> Trypanosomiase américaine (maladie de Chagas)	100 mg cp, 12,5 mg cp	2/j	5 à 7 mg/kg/j	10 mg/kg/j
Nifurtimox	<b>LAMPIT (ATUn)</b> (maladie de Chagas)	120 mg cp	3/j	8-10 mg/kg/j	15 à 20 mg/kg/j

## ANTIFONGIQUES SYSTÉMIQUES (Mycoses profondes)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>POLYÈNES</b>					
<b>Amphotéricine B</b>	<b>FUNGIZONE</b>	50 mg inj.	1/j	Dose test : 1 mg dans 20 mL Glucose 5 % Perf : 0,3 mg/kg/j puis, par pallier de 5 à 10 mg jusqu'à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/j Possible d'aller jusqu'à 1,5 mg/kg tt les 2 j Dose max à ne pas dépasser : 1,5 mg/kg/j	Dose test : 0,1 mg/kg/dose (max 1 mg) sur 20-60 min. Autres possibilité : 0,25 mg/kg sur 6 h Perf : 0,25 mg/kg/j puis augmenter par pallier de 0,5 mg jusqu'à la dose de 0,25 à 1 mg/kg/j (max 1,5 mg/kg/j)
<b>Amphotéricine B liposomale</b>	<b>AMBISOME</b>	50 mg inj.	1/j	3 mg/kg/j 5 - 10 mg/Kg/J (Mucormycose) Sujet immunodéprimé : jusqu'à 40 mg/kg/j	3 mg/kg/j
<b>Amphotéricine B complexe lipidique</b>	<b>ABELCET</b>	100 mg/20 mL inj.	1/j	5 mg/kg/j Dose test : 1 mg en 15 min.	5 mg/kg/j Dose test à 0, 1 mg/kg (max 1 mg)
<b>IMIDAZOLÉS</b>					
<b>Fluconazole</b>	<b>TRIFLUCAN</b>	100 mg/50 mL inj. 200 mg/100 mL inj. 400 mg/200 mL inj. 50 mg gél. 100 mg gél. 200 mg gél. 50 mg/5 mL susp. buv. 200 mg/5 mL susp. buv.	1/j	100 à 800 mg/j 400 mg/j puis 200 mg/j (Cryptococcose) 100 à 200 mg (candidose non systémique) 800 mg/j puis 400 mg/j (candidose systémique)	3-12 mg/kg/j 6-12 mg/Kg/j (Cryptococcose) Dose initiale à 6 mg/kg puis entretien à 3 mg/kg/j (Candidose non systémique) 6-12 mg/Kg/j (Candidose systémique)
<b>Itraconazole</b>	<b>SPORANOX</b>	100 mg gél. 100 mg/10 mL sol. buv.	1/j 1 à 2/j	100 à 200 mg (mycose non systémique) 200 à 400 mg (mycose systémique)	3 à 5 mg/kg/j

## ANTIFONGIQUES SYSTÉMIQUES (Mycoses profondes)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>IMIDAZOLÉS suite</b>					
<b>Voriconazole</b>	<b>VFEND</b>	200 mg inj. 50 – 200 mg cp 40 mg/mL susp.buv.	2/j	6 mg/kg/12 h pdt 24 h puis 4 mg/kg/12 h < 40 kg : 200 mg/12 h pdt 24 h puis 100 mg/12 h jusqu'à 150 mg/12 h ≥ 40 kg : 400 mg/12 h pdt 24 h puis 200 mg/12 h jusqu'à 300 mg/12 h	< 12 ans et/ou <50 kg IV : 9 mg/kg/12 h puis 8 mg/kg/12 h per os : 9 mg/kg/12 h (dose max 350 mg/12 h) >12 ans et >50 kg ou >14 ans : dose adulte  Ajustements de doses possibles par pallier de 50 mg (per os) ou 1 mg/kg (IV) Posologie Vidal. Nombreuses informations divergentes
<b>Posaconazole</b>	<b>NOXAFIL</b>	40 mg/mL susp. buv. Sol pour perf 300 mg 100 mg cp gastrorésistant	3/j 1/j 2 à 4/j	600 mg/j Sol buv : 200 mg 3x/j Sol inj/Cp : dose de charge à 300 mg 2x/j puis 300 mg/j (Prophylaxie des infections fongiques invasives) Dose de charge 200 mg, puis 100 mg/j (Candidoses oropharyngées) 800 mg/j (Infections fongiques invasives réfractaires) Sol inj/Cp : dose de charge à 300 mg/12 h puis 300 mg/j Susp buv : 200 mg 4x/j, si patient tolère un repas -> 400 mg 2x/j	Forme injectable non recom- mandée en pédiatrie suite aux études pré-cliniques > 13 ans - 200 mg x 3/j - 200 mg en 2x/j puis 100 mg/j - 800 mg/j en 2 ou 4/j Données RCP susp buv 8-17 ans : 800 mg/j 13-17 ans : 600 mg/j 11 mois-17 ans : 18 mg/kg/j en 3x/j
<b>Isavuconazole</b>	<b>CRESEMBA</b>	100 mg gélule 200 mg poudre pour sol inj	1/j	Dose de charge : 2 gélules tt les 8 h pdt 48 h Dose d'entretien : 2 gélules/j 12 à 24 h après dose de charge  Dose de charge : 200 mg tt les 8 h pdt 48 h puis 200 mg/j 12 à 24 h après la dose de charge	-
<b>5-FLUOROCYTOSINE</b>					
<b>Flucytosine</b>	<b>ANCOTIL</b>	500 mg cp séc. 2 500 mg/250 mL inj.	3 à 4/j	100 à 200 mg/kg/j	Néonats : 50 mg/kg tt les 12 h Enfant : Candidose systémique : 25-50 mg/kg tt les 6 h pdt max 7 j Cryptococcose méningée : 25 mg/kg tt les 6 h pdt 2 sem.

## ANTIFONGIQUES SYSTÉMIQUES (Mycoses profondes)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>ECHINOCANDINES</b>					
<b>Caspofungine</b>	<b>CANCIDAS</b>	50 à 70 mg inj.	1/j	70 mg J1 puis 50 mg/j (< 80 kg) ou 70 mg/j (≥ 80 kg)	0-3 mois : 25 mg/m <sup>2</sup> /j 4-11 mois : 50 mg/m <sup>2</sup> /j 12 mois-17 ans : dose de charge : 70 mg/m <sup>2</sup> /j max 70 mg/j, dose entretien : 50 à 70 mg/m <sup>2</sup> /j , max 70 mg/j
<b>Micafungine</b>	<b>MYCAMINE</b>	50 à 100 mg inj.	1/j	50 à 200 mg/j	Nouveau né : 4 à 10 mg/kg/j Préventif : 2 mg/kg/j <40 kg : 2 à 4 mg/kg/j >40 kg : 50 à 100 mg/j ( max 200 mg/j)
<b>Anidulafungine</b>	<b>ECALTA</b>	100 mg inj.	1/j	200 mg à j1 puis 100 mg	Données essais cliniques 2 à 17 ans : dose de charge 1,5 mg/kg puis 0,75 mg/kg/j ou dose de charge 3 mg/kg puis 1,5 mg/kg/j
<b>ANTIFONGIQUES FORMES ORALES et USAGE LOCAL</b> (Mycoses superficielles)					
<b>POLYÈNES</b>					
<b>Amphotéricine B</b>	<b>FUNGIZONE</b>	100 mg/mL susp. buv.	2 à 3/j	1,5 à 2 g/j (15 à 20 mL/j)	<30 kg : 50 mg/kg/j (1 mL = 2 kg) Maximum : 1,5 g/j >30 kg : 1,5 g/j
<b>Nystatine</b>	<b>MYCOSTATINE</b>	100 000 UI/mL susp. buv.	3 à 4/j	100 000 À 600 000UI 4X/J 1ML = 100 000UI	Enfant : 100 000 - 600 000 UI 4X/J 1-6 ml 4x/j soit 4-24 ml/j Nourrison : 100 000 - 200 000 UI 4x/j



## ANTIFONGIQUES FORMES ORALES et USAGE LOCAL

(Mycoses superficielles)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>POLYÈNES - suite</b>					
Nystatine + néomycine + polymyxine B	POLYGNAX	Caps vag : 100 000 UI nystatine 35 000 UI neomycine 35 000 UI polymyxine	1/j	1/j pendant 12 j au coucher	-
	POLYGNAX VIRGO	Caps vag : 100 000 UI nystatine 35 000 UI neomycine 35 000 UI polymyxine	1/j		1/j pendant 6 j au coucher
Nystatine + polymyxine B + oxytetracycline (+ dexaméthasone)	AURICULARUM	Flacon poudre + ampoule solvant (10mL) 100 000 UI Nystatine 12,3 mg Sulfate de polymyxine B 10 mg Dexaméthasone 100 mg Oxytetracycline	2/j	5-10 gouttes 1 à 2 /j pendant 7 j (15 j si otomycose) (après mélange se conserve 8 j au froid) Poudre : 1 à 2 instillations/j ou tt les 2 à 3 j	
Nystatine + néomycine + métronidazole	TERGYNAN	Caps vag : 100 000 UI nystatine 65 000 UI neomycine 500 mg métronidazole	1 à 2/j	1 à 2 cp/j pendant 10 j	-
<b>IMIDAZOLÉS</b>					
Bifonazole (+ urée)	AMYCOR 1% (AMYCOR ONYCHOSET)	Crème, poudre	1/j	1 appl./j	-
		Pommade	1/j	pendant 1 à 3 semaines	
Econazole	MYCOSEDERMYL 1% PEVARYL 1% DERMAZOL 1% ECONAZOLE 1% MYCOAPAISYL 1% FONGILEINE 1% GYNOPURA MYLEUGYNE	Crème, émulsion, spray-solution, poudre	2/j	2 appli/j, durée dépend de l'indication (au moins 1 semaine)	Idem adulte pdt 2 à 3 semaines
	150 mg LP ovule	1/j	Prise unique Si récidive : 1 le soir au coucher + 1 le lendemain matin		
Fenticonazole	LOMEXIN TERLOMEXIN	Crème à 2 %	1 à 2/j	1 à 2 appl./j	-
		600 mg capsule molle vag	1/j	Prise unique au coucher a renouveler à +15 j si besoin	
		200 mg capsule molle vag	1/j	1/j au coucher pendant 3 jours	
Clotrimazole	MYCOHYDRALIN	cp vag 200 mg	2j	1 cp /j pendant 3 jours	-
		crème	2j	Crème : 2 appl./j pdt 7 j	
		cp vag 500 mg		Prise unique Si persistance des symptômes au-delà de 3 jours, un 2 <sup>ème</sup> cp peut être administré	-

## ANTIFONGIQUES FORMES ORALES et USAGE LOCAL

## (Mycoses superficielles)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>IMIDAZOLÉS suite</b>					
Fluconazole	<b>TRIFLUCAN</b>	50 mg - 100 mg et 200 mg gél Dosage adulte : 40 mg/ml susp buv (non adapté si < 15 kg) Dosage ped : 10 mg/ml 150 mg gél.	1/j	Candidoses muqueuses : dose de charge 400 à 200 mg à J1 puis 200 à 100 mg/j, durée de 7 à 21 j (candidose oropha- ryngée) ou 14 à 30 j (candidose oeso- phagienne), des périodes plus longues peuvent être utilisées chez les patients sévèrement immunodéprimés. Candidoses chroniques : 50 mg/j Préventif (VIH) : 100 à 200 mg/j ou 200 mg 3x/sem, durée indéterminée Candidose génitale : 150 mg en prise unique	
	<b>BEAGYNE</b>		1/j	Enfant > 27 j : Dose de charge : 6 mg/kg puis 3 mg/kg/j (max 400 mg) NN 15-27 j : Dose de charge : 6mg/kg puis 3 mg/kg/48 h (max 12 mg/kg/48 h) NN 0-14 j : Dose de charge : 6 mg/kg puis 3 mg/kg/72 h (max 12 mg/kg/72 h)	
Isoconazole	<b>FAZOL 2 %</b>	Crème, émulsion, poudre	2/j	2 appl./j pend. 2 à 4 sem.	
	<b>FAZOL G</b>	300 mg ovule	1/j	1/j pdt 3 jours	
Kétoconazole	<b>KETODERM 2 %</b>	Crème	1 à 2/j	1 à 2 appl/j pdt 2 à 6 sem.	
	<b>KETOCONAZOLE 2 %</b>	Gel en sachet dose de 6 g	sachet-dose	1 appl. unique (Pityriasis versicolor) 1 appl./sem pdt 1 mois puis 1 appl./sem à 1 appl./15 j si nécessaire (Dermite séborrhéique)	
		Sachet dose de 6 g	1 à 2/sem. 1 <sup>er</sup> mois : 1x / sem puis 1 x/sem ou 1 x/2 sem		
		Sachet unidose de 20 g	Une dose unique		
Miconazole	<b>DAKTARIN 2 %</b>	Gel buccal Poudre	4/j 2/j	2 c. mesure/appl. 2 appl./j	
	<b>GYNO-DAKTARIN</b> <b>LORAMYC</b>	400 mg caps. vag.	1/j	1/j pdt 3 j au coucher	
		50 mg cp gingival LP	1/j	1 cp/j pendant 7 à 14 j	
<b>Omoconazole</b>	<b>FONGAMIL 1 %</b>	Crème, poudre	cr. 1/j pdr. 2/j	1/j 2 appli./j pend. 2 à 6 sem.	
<b>Oxiconazole</b>	<b>FONX 1 %</b>	Crème	1/j	1 appl./j pend. 2 à 3 sem.	
<b>Sertaconazole</b>	<b>MONAZOL 2 %</b> <b>MONAZOL</b>	Crème ovule 300 mg	1/j prise unique	1 appl./j pend. 8 à 21 j 1 ovule au coucher à renouveler à 7 j si besoin	
<b>Tioconazole</b>	<b>TROSYD 1 %</b>	Crème	2j	2 appliq /j pdt 2 à 6 sem.	
	<b>GYNOTROZYD</b>	ovule 300 mg	1j	Dose unique au coucher	

## ANTIFONGIQUES FORMES ORALES et USAGE LOCAL

## (Mycoses superficielles)

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>MORPHOLINES</b>					
<b>Amorolfine</b>	<b>LOCERYLPRO 5 %</b> <b>LOCERYL 5 %</b> <b>AMOROFINE 5 %</b> <b>CURANAIL 5 %</b>	Sol. filmogène (vernis)	1/sem 1 à 2/sem.	1/sem 1 à 2 appl./sem. (onychomycose) pdt 6 mois (doigt) ou 9 mois (orteil)	-
<b>ALLYLAMINES</b>					
<b>Terbinafine</b>	<b>FUNGSTER</b> <b>TERBINAFINE</b> <b>LAMISIL</b>	250 mg cp séq	1/j	250 mg au cours du repas	-
	<b>LAMISIL 1 %</b> <b>TERBINAFINE 1 %</b>	crème ou solution	1/j 1 à 2/j	1 appl./j 1 à 2 appl./j	-
	<b>LAMISILDERM-GEL</b>	gel 1 %	1/j	1 appl./j	-
	<b>LAMISILATE 1 %</b>	Solution monodose	1/j	Appl. unique	> 12 ans : 1 appl./j
<b>PYRIDONES</b>					
<b>Ciclopirox olamine</b> <b>Ciciopirox</b>	<b>CYCLOPIROX OLAMINE 1 %</b> <b>MYCOSTER 1 %</b>	Crème, poudre, solution	2/j	2 appl./j	-
	<b>MYCOSTER 10 MG/G</b> <b>SEBIPROX 1,5 %</b> <b>CLOBEX</b>	Shampooing		Mycoster : 1-2/sem. pdt 4-12 sem. (max 16 sem.) Sebiprox : 2/3 sem. pdt 4 sem., possible >12 ans Clobex : 7,5 ml (1/2 CAS) 1x/j	-
	<b>MYCOSTER 8 %</b> <b>CYCLOPIROX 8 %</b> <b>ONYTEC 8 %</b> <b>MYCONAIL 8 %</b>	Sol. filmogène	1/j	1 appl./j (onychomycose) pendant 3 mois (doigt) ou 6 mois (orteil)	-
<b>AUTRES</b>					
<b>Ivermectine</b>	<b>SOOLANTRA 10 MG/G</b>	Crème	1/j	1 appl./j pdt 4 mois	-
<b>Acide undécylénique</b>	<b>MYCODECYL</b>	Crème, poudre,	2/j	2 appl./j	-
<b>Griséofulvine</b>	<b>GRISEFULINE</b>	250 – 500 mg cp séc.	2/j	500 mg à 1 g/j au cours du repas	10 à 20 mg/kg/j
<b>Sulfure de sélénium</b>	<b>SELSUN 2,5 %</b>	Suspension		2 applic./semaine pendant 2 semaines	

## ANTIVIRAUX

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
Ganciclovir	CYMEVAN	500 mg inj.	1 à 2/j	Dose d'attaque 5 mg/kg 2x/j pdt 14-21 j puis 5 mg/kg/j ou 6 mg/kg/j 5 j/7	
	VIRGAN	Gel opht. 0,15 %	3 à 5/j	1 goutte x 3 à 5/j	
Valganciclovir	ROVALCYTE	450 mg cp 50 mg/mL susp buv	1 à 2/j	Pendant le repas Traitement d'attaque : 1 800 mg/j en 2 prises Traitement d'entretien : 900 mg/j en 1 prise. Traitement prophylactique (transplantation) : 900 mg/j en 1 prise	
Adéfovir dipivoxil	HEPSERA	10 mg cp	1/j	10 mg/j	-
Ribavirine	REBETOL	200 mg gel 40 mg/mL susp. buvable	2/j	1 000 mg si < 75 kg 1 200 mg si > 75 kg A adapter en fonction des médicaments en association	
	COPEGUS	200 mg cp 400 mg cp	2/j	A adapter en fonction des médicaments en association	
	VIRAZOLE (ATUn)	100 mg/ml sol pr perf	3-4x/j	Dose de charge : 30 mg/kg (max 2 g) Puis à H6 16 mg/kg (max 1 g) tt les 6 h pdt 4 j Puis 8 h après la dernière injection 8 mg/kg (max 500 mg) tt les 8 h pdt 6 j	
Interféron alpha-2b	INTRONA	10 - 18 MUI SC	3/sem.	5-10 MUI x 3/sem. (VHB) 3 MUI x 3/sem. (VHC)	
Interféron alpha-2a	ROFERON-A	3-6- MUI SC	3/sem.	2,5 -5 MUI/m <sup>2</sup> x 3/sem. (VHB) 3 à 4,5 MUI x 3/sem. (VHC assoc Ribavirine) 3 à 6 MUI x 3/sem. (VHC en monothérapie)	
Peg-interferon alpha-2a	PEGASYS	90 - 135-180 µg inj. SC	1/sem.	180 µg/sem.	65 à 180 µg/semaine
Foscarnet sodique	FOSCAVIR	fl.250 mL (6 g) IV	1 à 2/j	Traitement d'attaque: 80-180 mg/kg/j Traitement d'entretien : 90-120 mg/kg/j	
Amantadine	MANTADIX	gél. 100 mg	1 ou 2 prises/j	200 mg/j	5 mg/kg/j Max : 150 mg/j
Lamivudine	ZEFFIX	100 mg cp 5 mg/mL sol. buv.	1/j	100 mg/j	-
Telbivudine	SEBIVO	600 mg cp	1/j	600 mg/j	-
Entecavir	BARACLUDE	0,5 mg cp, 1 mg cp 0,05 mg/mL sol.buv.	1/j	0,5 à 1 mg/j	10 - 14,1 kg : 4 ml/j 14,2 - 15,8 kg : 4,5 ml 15,9 - 17,4 kg : 5 ml 17,5 - 19,1 kg : 5,5 ml 19,2 - 20,8 kg : 6 ml 20,9 - 22,5 kg : 6,5 ml 22,6 - 24,1 kg : 7 ml 24,2 - 25,8 kg : 7,5 ml 25,9 - 27,5 kg : 8 ml 27,6 - 29,1 kg : 8,5 ml 29,2 - 30,8 kg : 9 ml 30,9 - 32,5 kg : 9,5 ml >32,6 : 10 ml (0,5 mg)
Daclatasvir	DAKLINZA	30 mg cp pellic 60 mg cp pellic	1/j	60 mg/j	-

## ANTIVIRAUX

DCI	SPÉCIALITÉS	PRÉSENTATION	RYTHME	POSOLOGIE/JOUR	
				Adultes	Enfants
<b>Sofosbuvir</b>	<b>SOVALDI</b>	400 mg cp pellic	1/j	400 mg/j	-
<b>Dasabuvir</b>	<b>EXVIERA</b>	250 mg cp pellic	2/j	500 mg/j	-
<b>Lédipasvir-sofosbuvir</b>	<b>HARVONI</b>	90 mg/400 mg cp pellic	1/j	1 comp par prise	-
<b>Ombitasvir-paritaprévir-ritonavir</b>	<b>VIEKIRAX</b>	12,5 mg/75 mg/50 mg cp pellic	1/j	2 cp/j	-
<b>Aciclovir</b>	<b>ZOVIRAX</b>	250 et 500 mg inj.	3/j	5 à 10 mg/kg/8 h	5 à 20 mg/kg/8 h
	<b>Genériques</b>	200 mg/5 mL susp buvable 800 mg/10 mL susp buv 200 et 800 mg cp		200 à 800 mg 5x/j	200 à 800 mg 5x/j
	<b>ACICLOVIR</b>	Crème : tube 2 et 10 g Pommade. oph. 4,5 g		5 appliq/j	crème : > 6 ans : 5 appl./j pommade opht autorisée chez l'enfant (BNFc) : 5 appl./j
<b>Valaciclovir</b>	<b>ZELITREX</b>	cp 500 mg	2 à 3/j	500 à 2 000 mg 2 à 4x/j	> 12 ans : 500 - 2 000 mg 2 à 4x/j
<b>Famciclovir</b>	<b>ORAVIR</b>	cp 500 mg cp 125 mg	2 à 3/j	125 à 500 mg 2 à 3/j	-
<b>Osetamivir</b>	<b>TAMIFLU</b>	gel 30- 45 - 75 mg 6 mg/mL susp buv	2/j	Traitement de la grippe	
				75 mg 2/j	>40 kg : 75 mg 2/j 23 - 40 kg : 60 mg 2/j 15 - 23 kg : 45 mg 2/j 10 - 15 kg : 30 mg 2x/j 0 - 12 mois : 3 mg/kg 2x/j
			1/j	Traitement prophylactique post-exposition	
				75 mg/j	>40 kg : 75 mg 1/j 23 - 40 kg : 60 mg 1/j 15 - 23 kg : 45 mg 1/j 10 - 15 kg : 30 mg/j 0 - 12 mois : 3 mg/kg/j
<b>Zanamivir</b>	<b>ZANAMIVIR GSK (ATUn)</b>	10 mg/ml sol pr pef	2/j	>50 kg : 600 mg 2x/j <50 kg : 10 mg/kg/prise 2x/j NN : 8 mg/kg/prise	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir</b>	<b>VOSEVI</b>	400 mg/100 mg/100 mg cp	1/j	1 cp/j	-
<b>Elbasvir/grazoprevir</b>	<b>ZEPATIER</b>	50/100 mg cp		1 cp/j	-
<b>glécaprévir/pibrentasvir</b>	<b>MAVIRET</b>	100/40 mg cp		3 cp/j	-
<b>sofosbuvir/velpatasvir</b>	<b>EPCLUSA</b>	400/100 mg cp		1 cp/j	-

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>ABELCET</b> Amphotéricine B complexe lipidique	1/j	Prêt à l'emploi	G 5 % : 500 mL Adulte : G 5 % : 500 mL Enfant : G 5 % : 250 mL	Tout autre produit, dont NaCl	2 h Débit : 2.5 mg/kg/h	En perfusion : 6 h (24 h entre 2 et 8°C)
<b>AMBISOME</b> Amphotéricine B liposomale	1/j	Eppi : 12 mL + filtration 5 µm	G5 %, G10 % ou G20 % (concentration entre 0,2 et 2 mg/mL)	Tout autre produit, dont NaCl	30-60 mn	Solution reconstituée : 24 h En perfusion : 72 h
<b>Amikacine Génériques</b>	1-3/j	4 mL Eppi pour 500 mg 1 g dans 5 ml d'eau PPI 250 mg dans 2 mL	NaCl 0,9 % ou G5 % : 1 g pr 100-400 mL (concentration 2,5-10 mg/mL) G5 %-10 % : 200 mL pour 500 mg	Tout autre produit	Dosage à 60 mn Surveillance taux sanguins	Après reconstitution : 12 h à < 25°C En perfusion : utilisation extemporanée
<b>ANCOTIL</b> 5 Fluorocytosine (Na : 2 g/flac.)	3-4/j ou continue	Prêt à l'emploi	Prêt à l'emploi	Tout autre produit, dont Amphotéricine B	45 mn pour 250 mL	Conserver obligatoirement entre 18 et 25 °C.
<b>AUGMENTIN</b> Amoxicilline + Ac. Clavulanique (K : 8,24 mg/0,5 g 32,96 mg/1 g et 2 g Na : 29,65 mg/0,5 g 59,3 mg/1 g 118,6 mg/2 g = 2,7 mEq/1 g	3/j	Eppi NaCl 0,9 % : 20 mL par flacon	Eppi NaCl 0,9 % Ringer Hartmann : 100 mL pour 1 g	Tout autre produit dont : Glucose, Mannitol, Bicarbonates, Dextrans	30-40 min en perf ou 3-4 min en IVL	Solution reconstituée : à utiliser dans les 20 min En perfusion : à terminer au maximum 60 mn après dilution
<b>AXEPIM</b> Céfépime	2-3/j	Eppi NaCl 0,9 % G 5 % : 5 mL pour 500 mg, 10 mL pour 1 et 2 g Chlorhydrate de lido- caine 0,5-1 % (IM) IV : G10, Ringer, lactate de Na M/6	Lactate de Na M/6 NaCl 0,9 % G 5 %, G 10 % ou Ringer	Tout autre produit	3-5 mn en IV  30 mn	Solution reconstituée : 24 h En perfusion : à utiliser extemporanément

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>AZACTAM</b> Aztréonam	2-4/j	Eppi 3 mL pour 1 g	NaCl 0,45 % IVD : eau PPI 10 mL NaCl 0,9 % G 5%-G 10 % Mannitol 5-10 % : 50-100 mL pour 1 g	Tout autre produit	20-60 mn 3 - 5 min IVL	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>BACTRIM</b> Triméthoprim + Sulfaméthoxazole (Na : 1,62 mEq/ amp.)	2-4/j	Prêt à l'emploi	NaCl 0,45 % Lévoglucose 10 % Lévulose 5 % NaCl 0,45 % + G2,5 % NaCl 0,9 % G 5 % - G 10 % : 1 amp. pour 125 mL	Tout autre produit dont Bicarbonates	60-90 mn	En perfusion : à terminer au maximum 6 h après dilution
<b>BRISTOPEN</b> Oxacilline (Na : 52 mg/1 g = 2,2 mEq/1g)	3-6/j	Ampoule de solvant (= 5 mL Eppi)	NaCl 0,9 % G 5 % : 500 mL pour 6 g	Tout autre produit	60 mn 10 min en IVL	En perfusion : utilisation extemporanée
<b>CANCIDAS</b> Caspofungine	1/j	Eppi 10,5 mL pour 70 mg 10,5 mL pour 50 mg	NaCl 0,45 % NaCl 0,225 % NaCl 0,9 % Ringer Lactate 250 mL (ou 100 mL pour dose ≤ 50 mg)	Tout autre produit dont bicarbonates, électrolytes et glucose	1 h	Solution reconstituée : 24 h < 25°C En perfusion : 24 h (48 h entre 2 et 8°C)
<b>CEFAZOLINE</b> Cefazoline (Na : 48,3 mg/1 g)	2-3/j	Eppi ou NaCl 0,9 % 2 à 3 mL pour 1 g	NaCl 0,9 % G 5 % G 10 % Ringer Ringer lactate G 5 % + NaCl 0,9 % (ou 0,45 % ou 0,2 %) 50-100 mL 5-10 ml d'EPPI pr IVD	Tout autre produit	3-5 mn (IV lente) 30 mn (perf. IV)	En perfusion : utilisation extemporanée 24 h entre 2 et 8°C
<b>CEFAMANDOLE</b> (Na : 57,75 mg/ flacon = 2,5 mEq/fl.)	3-4/J	Eppi NaCl 0,9 % G 5 % : 10 mL	NaCl 0,9 % G 5 %	Tout autre produit dont solutions contenant Ca et Mg	3-5 min en IVL perfusion continue ou discontinue	24 h à T°C ambiante 4 j à 4°C Solution reconstituée : 24 h En perfusion : à utiliser extemporanément

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>CEFOXITINE</b> (Na : 51,5 mg/1 g = 2,2 mEq/1 g)	3/j	Eppi 10 mL pour 1 ou 2 g	NaCl 0,9 %, G5 % ou G10 %, soluté mixte de G5 % et de NaCl 0,9 %, G5 % tamponné avec 0,02 % de bicarbonate de sodium, G5 % additionné de 0,2 ou 0,45 % de solution saline, solution de Ringer lactate, solution mixte de G5 % et de Ringer lactate, solution mixte de fructose à 5 % ou 10 %, dans l'eau pour préparations injectables, solution de fructose à 10 % en solution saline, solution de lactate de sodium à M/6.	Tout autre produit	3-5 min en IVL perfusion continue ou discontinue	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>CIFLOX</b> Ciprofloxacine (Na : 354 mg/200 mg)	2-3/j	Prêt à l'emploi	Ringer Ringer lactate G5 %, G10 % Fructose 5 %, fructose 10 %	Tout autre produit	Poche 200 mg : 30 mn Poche 400 mg : 60 mn	24 h à 15-25°C
<b>CEFOTAXIME</b> Céfotaxime (Na : 50,5 mg/1 g = 2,09 mEq/1 g)	3-4/j	4 mL Eppi pour 1 g	NaCl 0,9 % G 5 % 250 mL	Tout autre produit	20-60 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>CLAMOXYL</b> Amoxicilline (Na : 62,9 mg/1 g = 2,7 mEq/1 g)	2-6 /j ou continue	10-20 mL Eppi par flacon	NaCl 0,9 % (G 5 %) : 100 mL pour 1 g ou 2 g	Tout autre produit	3-4 min IVL 30-60 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion G 5 % : 1 h En perfusion NaCl 0,9 % : 6 h
<b>CLAVENTIN</b> Ticarcilline + Ac. Clavulanique (K : 19,6 mg ou 0,5 mEq/g d'ac clav. Na : 120 mg ou 5,2 mEq/g de ticarc)	2-6/j	Eppi ou NaCl 0,9 % 20 mL pour 3 ou 5 g	NaCl 0,9 % G 5 % Ringer Hartmann : 100 mL pour 3 ou 5 g	Tout autre produit dont Bicarbonates	20-30 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : 6 h à 25°
<b>COLIMYCINE</b> Colistine	2-3/j	NaCl 0,9 % 3-10 ml Eppi 10 ml	50 ml de NaCl 0,9 %	Tout autre produit	30-60 min	Reconstituée en flacon : 24 h entre 2 et 8°C En perfusion : utilisation extemporanée
<b>CUBICIN</b> Daptomycine	1/j	NaCl 0,9 % 7 mL pour 350 mg 10 mL pour 500 mg	NaCl 0,9 %	Tout autre produit	Perfusion IV 30 min ou bolus lent 2 min	Solution reconstituée : 12 h utilisation extemporanée conseillée en perfusion : 12 h



## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>CYMEVAN</b> Ganciclovir	1-2/j	Flacon : 10 mL Eppi pour 500 mg	Fl. : NaCl 0,9 %, G 5 %, Ringer, Ringer lactate : env. 100 mL (max. 10 mg/mL)	Tout autre produit dont parahydroxybenzoates	60 mn (vitesse constante)	Solution reconstituée : 12 h En perfusion : 24 h entre 2 et 8°C.
<b>CRESEMBA</b> (Isavuconazole) 200 mg	1-3X/J	5 ml d'Eppi	Dans au moins 250 ml de G5 ou NaCl 0,9 % Administration via un set de perfusion muni d'un filtre en ligne (diamètre des pores compris entre 0,2 µm et 1,2 µm) en polyéthersulfone.	Tout autre produit	1 h min	Diluée -> dans les 6 h à T° ambiante ou 24 h au frigo
<b>DALACINE</b> Clindamycine Na : 2 mg pour 600 mg	2-4/j	Prêt à l'emploi	NaCl 0,9 % G 5 % : 50 mL pour 300, 600 ou 900 mg max : 18 mg/mL 100 mL pour 900, 1 200 g	Tout autre produit	300 mg : 10 mn 600 mg : 20 mn 900 mg : 30 mn 1 200 mg : 40 mn max : 30 mg/mn	En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>ECALTA</b> Anidulafungine	1/j	Eppi 30 mL	NaCl 0,9 % G 5 % 100 mL pour 100 mg	Tout autre produit	100 mg : 90 mn minimum 200 mg : 180 mn minimum	Solution reconstituée : 24 h à 25°C En perfusion : 48 h à 25°C
<b>ERYTHROCINE</b> Erythromycine	3-4/J ou continue	10 mL Eppi pour 0,5 g 20 mL Eppi pour 1 g (étape indispensable !)	NaCl 0,9 % ou G 5 % : 135 mL pour 0,5 g 250 mL pour 1 g EPPI	Tout autre produit	60 mn	Solution reconstituée : 24 h En perfusion : 12 h
<b>FLAGYL</b> Métronidazole Na : 0,34/500 mg	2-3/j	Prêt à l'emploi	Prêt à l'emploi	Tout autre produit	30-60 mn	Utilisation extemporanée

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	INCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>FORTUM</b> Ceftazidime (Na : 53 mEq/1 g = 2,3 mEq/1 g)	3/j ou continue (Perfusion simple ou PSE)	<p>Pour l'IM :</p> <p>1 ml Eppi pour 250 mg 1,5 ml Eppi pour 500 mg Max 3 ml Eppi pour 1 g</p> <p>Pour IVD :</p> <p>2,5 ml Eppi pour 250 mg 5 ml Eppi pour 500 mg 10 ml Eppi pour 1 à 2 g</p> <p>Pour perfusion :</p> <p>25 ml de solvant pour 1 g 50 ml de solvant pour 2 g</p>	<p>NaCl 0,9% solution pour injection</p> <p>Lactate de Na M/6</p> <p>Solution de Ringer lactate (ou solution de Hartmann)</p> <p>Solution dextrose à 5 %</p> <p>solution de NaCl à 0,225 % + solution G5 %</p> <p>Solution de NaCl à 0,45 % + solution G5 %</p> <p>Solution de NaCl à 0,9 % + solution G5 %</p> <p>Solution de NaCl à 0,18 % + solution G4 %</p> <p>Solution de dextrose à 10 %</p> <p>Dextran 40, à 10 % dans du chlorure de sodium à 0,9 %</p> <p>Dextran 40, à 10 % dans une solution</p>	Tout autre produit dont Bicarbonates, Acidovir, Ganciclovir, Vancomycine, Aminocides	20 mn ou 24 h 4 à 6 g perfusés sur 24 h précédés d'une dose de charge de 2 g	Solution reconstituée : 24 h En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>FOSCAVIR</b> Foscarnet	1-3/j	Prêt à l'emploi	<p>Perfuser le flacon</p> <p>- Voie centrale : tel quel</p> <p>- Voie périphérique dilué au 1/2 dans NaCl 0,9 % ou G 5 %</p>	Tout autre produit	60-90 mn	Utilisation extemporanée
<b>FOSFOCINE</b> Fosfomycine (Na : 330 mg/1 g = 14,4 mEq/1 g)	2-6/j	Ampoule de solvant 10 mL d'Eppi pour 1 g 15 mL d'Eppi pour 4 g	<p>NaCl 0,9 %</p> <p>G 5 % :</p> <p>min. 200 mL pour 4 g min. 50 mL pour 1 g</p>	Tout autre produit	4 h	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : 24 h

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>FUNGIZONE</b> Amphotéricine B (Na : 7 mg / flacon = 0,3 mEq)	1/j	10 mL Eppi pour 50 mg	G 5 % : 500 mL pour 50 mg Conc Max : 0,1 mg/mL	Tout autre produit Tout solvant autre que le glucose Pas d'émulsion lipidique	2 à 6 h	Solution reconstituée : 24 h entre 2 et 8°C. En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>GENTALLINE</b> Gentamicine	1-2/j	Prêt à l'emploi	NaCl 0,9 % G 5 % : 1 mg/mL min. 10 mg/ml max.	Tout autre produit dont β-lactamines	30-60 mn	24 h à T° ambiante en perfusion Solution reconstituée : à utiliser extemporanément
<b>INVANZ</b> Ertapénème (Na : 137 mg/1 g = 6 mEq/1 g)	1-2/J	Eppi NaCl 0,9 % 10 mL pour 1 g Bien agiter	NaCl 0,9 % 50 mL pour 1 g Conc Max : 20 mg/ml	Tout autre produit	30 mn	En perfusion : 6 h (24 h entre 2 et 8°C)
<b>IZILOX</b> Moxifloxacin	1/J	Prêt à l'emploi	Prêt à l'emploi	Tout autre produit	60 mn débit cst	En perfusion T > 15°C
<b>MABELIO</b> Ceftibiprole	3/J	Eppi, G5 % : 10 mL	NaCl 0,9 % G5 % Ringer lactate 250 mL	Tout autre produit en particulier le calcium	120 mn	Solution reconstituée : 1 h à T° ambiante - 24 h entre 2 et 8°C En perfusion : Dans NaCl 0,9% : - à l'abri de la lumière : 24 h à T° ambiante, 96 h entre 2 et 8°C - pas à l'abri de la lumière : 8 h à T° ambiante Dans G5 % : - à l'abri de la lumière : 12 h à T° ambiante, 96 h entre 2 et 8°C - pas à l'abri de la lumière : 8 h à T° ambiante  Dans Ringer lactate : - à l'abri de la lumière : 24 h à T° ambiante, pas entre 2 et 8°C - pas à l'abri de la lumière : 8 h à T° ambiante
<b>MERONEM</b> Méropénème	3/j	Eppi 5 mL pour 250 mg Conc max : 50 mg/mL	Aucun ou NaCl 0,9 % G 5 % 50 – 200 mL	Tout autre produit	5 mn (IV directe lente)  15-30 mn (perf. IV) agiter avant emploi	Solution reconstituée : 3 h à T° ambiante 12 h entre 2 et 8°C dans Eppi En perfusion : à utiliser extemporanément

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>MYAMBUTOL</b> Ethambutol	1/J		G 5 % 250 ou 500 mL	Tout autre produit		En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>MYCAMINE</b> Micafungine	1/J	NaCl 0,9 % : 5 mL de la poche de perfusion G 5 % : 5 mL de la poche Pour les deux dosages	NaCl 0,9 % OU G 5 % 100 ML	Tout autre produit	1 h retourner délicatement la poche pour homogénéiser	Solution reconstituée : 48 h En perfusion : 96 h A l'abri de la lumière
<b>NEBCINE</b> Tobramycine (Na : 2,16 mg/75 mg)	1-3/j	Prêt à l'emploi	NaCl 0,9 % G 5 % : 50-100 mL	Tout autre produit	30-60 mn	En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>OFLOCET</b> Ofloxacine (Na : 126 mg/ 200 mg)	2/j	Prêt à l'emploi	Prêt à l'emploi	Tout autre produit, dont héparine	30 mn	24°C : 3 jours à l'abri de la lumière
<b>ORBENINE</b> Cloxacilline (Na : 52,8 mg/ 1 g = 2,3 mEq/ 1g)	4-6/j	Eppi NaCl 0,9 % } 1 g pour 16 mL G 5 % }	NaCl 0,9 % } 100 mL G 5 % : }	Exceptions : NaCl, glucose, bicar, hydrocortisone, lidocaïne.	60 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>PEFLACINE</b> Péfloxacinine	2/j	Prêt à l'emploi	G 5 % : 125-250 mL pour 400 mg	Tout autre produit	60 mn	En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>PENICILLINE G</b> Pénicilline G (Na : 46,6 à 48,8 mg/ 1 MUI = 2,03 à 2,12 mEq/ 1 MUI)	4-6/j ou continue	Eppi NaCl 0,9 % : 2 mL pour 1 MUI 5 mL pour 5 MUI	NaCl 0,9 % G 5 % : 100 mL pour 1 MUI	Tout autre produit	1 à 2 h de préférence : perfusion continue IV lente : 3-5 mn	Solution reconstituée : 24 h à + 4 et 25°C En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>PENTACARINAT</b> Pentamidine	1/j	10 mL Eppi pour 300 mg	G 5 % : 50-250 mL pour 300 mg	Tout autre produit dont NaCl 0,9 %	60 mn minimum	Solution reconstituée : 24 h à 2-8°C En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>PIPÉRACILLINE</b> (Na : 170,4 mg/ 4 g = 7,40 mEq/ 4 g)	3-4/j	Eppi : 10 mL minimum pour 1 g Ou NaCl 0,9 %	NaCl 0,9 % G 5 % : 50 à 100 mL	Tout autre produit, dont Bicarbonates	30 mn minimum ou en continu IV : 3-5 mn	Solution reconstituée : 24 h En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>QUINIMAX</b> Quinine	2-3/j	Prêt à l'emploi	G 5 % - 10 % NaCl 0,9 %	Tout autre produit	4 h	En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>RETROVIR</b> Zidovudine	6/j	Prêt à l'emploi	G 5 % : 50 mL pour 100-200 mg	Tout autre produit	60 mn minimum ou en continu	En perfusion : 48 h entre 5 et 25°C

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>RIFADINE</b> Rifampicine	1-2/j	Ampoule de solvant = 10 mL de solvant spécifique	G 5 % 250 mL pour 600 mg	Tout autre produit	90 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>ROCEPHINE</b> Ceftriaxone (Na : 83 mg/1 g)	1/j	Eppi : 10 mL pour 1g	G 5-10 % NaCl 0,9 % 2 g dans 40 mL	Tout autre produit, dont sels de calcium	30 mn dose unique journalière	Solution reconstituée : 6 h En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>ROVAMYCINE</b> Spiramycine	2-3/j	4 mL Eppi pour 1,5 millions d'unités	G 5 % : 100 mL au min.	Tout autre produit, dont bicarbonates	60 mn	Solution reconstituée : 12 h En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>STREPTOMYCINE</b>	1/j ou 2/j		NaCl 0,9 % G 5 % Eppi	Tout autre produit	30 à 60 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément.
<b>TARGOCID</b> Teicoplanine (NaCl : 11 mg/200 et 400 mg)	1/j	Amp. de solvant 1,5 mL Eppi pour 100 mg 3,2 mL Eppi pour 200 et 400 g	NaCl 0,9 % G 5 % Ringer Lactate Hartmann	Tout autre produit	Bolus : 3-5 mn 30 mn surveillance taux sanguins, dose de charge	Solution reconstituée : 24 h à 5°C En perfusion : 24 h
<b>TAVANIC</b> Lévofloxacine	1-2/j	Prêt à l'emploi	Prêt à l'emploi	Tout autre produit, dont héparine et solutions alcalines	au moins 30 mn pour 250 mg au moins 60 mn pour 500 mg	-
<b>TAZOCILLINE</b> Pipéracilline + Tazobactam (Na : 256 mg/ 4 g = 9,38 mEq/4 g)	3-4/j ou continue	G 5 % NaCl 0,9 % Eppi : 50 mL 10 mL pour 2 g 20 mL pour 4 g	G 5 % NaCl 0,9 % 50-100 mL Concentration maxi- male de 150 mg/mL soit 8 g dans 50 mL.	Tout autre produit dont Ringer lactate et bicarbonates	30 mn ou 12 à 16 g sur 24 h	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>TIBERAL</b> Ornidazole alcool : 0,9 g/3 mL	1-2/j	Prêt à l'emploi	NaCl 0,9 % G 5 % : 50 - 125 mL min. pour 500 mg	Tout autre produit	Pas d'IV directe. 30-60 mn dose unique journalière	En perfusion : à utiliser extemporanément.
<b>TICARPEN</b> Ticarilline (Na : 120 mg/g ticarc. = 5,2 mEq/g ticar.)	3-6/j	Eppi : 25 à 30 mL pour 1 g	NaCl 0,9 % G 5 %	Tout autre produit	20-30 mn ou IVDL (max 2 g)	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : 24 h

## MODALITÉS DE PERFUSION DES ANTI-INFECTIEUX

DCI	NBE DE PERFUSION	RECONSTITUTION	SOLVANT DE PERFUSION	IMCOMPATIBILITÉ	D° DE PERFUSION	STABILITÉ À T° AMBIANTE
<b>TIENAM</b> Imipénème + Cilastatine Na : 3,28 mEq/g	3-4/j	NaCl 0,9 % G5 % 10 mL pris dans le solvant de perfusion	NaCl 0,9 % G5 % 100 mL Concentration finale : 5 mg/mL	Tout autre produit	Dose ≤ 500 mg : 20 - 30 min Dose > 500 mg : 40 - 60 min	Solution reconstituée : à utiliser dans les 6 h En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>TRIFLUCAN</b> Fluconazole (Na : 3,54 mg/mL)	1/j	Prêt à l'emploi	Prêt à l'emploi	Tout autre produit	10 mL/mn dose unique journalière	-
<b>TYGACIL</b> Tigécycline	1-2/j	NaCl 0,9 % G 5 % Ringer lactate 5,3 mL Coloration jaune-orangé	NaCl 0,9 % G 5 % Ringer lactate (5 ml de produit dans 100 ml solvant)	Tout autre produit	30-60 mn	Solution reconstituée : à utiliser extemporanément En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>VANCOMYCINE</b>	2-4/j ou continue (PSE)	20 mL Eppi pour 1 g 10 mL Eppi pour 125-250-500 mg	NaCl 0,9 % G 5 % : 100-200 mL Concentration maxi- male de 80 mg/mL sur VVC 5 mg/mL sur VVP	Tout autre produit, dont héparine	60 mn min. ou perfusion continue surveillance des taux sanguins. 30 mg/kg sur 24 h précédés d'une dose de charge de 20 mg/kg	Solution reconstituée : 24 h En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>VFEND</b> Voriconazole (Na : 217,6 mg /200 mg)	2/j	Eppi, NaCl 0,9 % 19 mL pour 200 mg	NaCl 0,9 % G 5 % NaCl 0,45 % Ringer Lactate G 5 % + NaCl 0,9 % Conc. finale doit être entre 0,5 et 5 mg/mL	Tout autre produit	1-3 h vitesse maximale de 3 mg/kg/h	Solution reconstituée : 24 h entre 2 et 8°C En perfusion : à utiliser extemporanément
<b>VIBRAVEINEUSE</b> Doxycycline	1-2/j	Prêt à l'emploi	NaCl 0,9 % G 5 % 1 à 2 amp. dans 250-500 mL	Tout autre produit	60 mn min. (pas d'IV directe)	En perfusion : extemporanément
<b>ZECLAR</b> Clarithromycine	2/j	Eppi 10 mL pour 500 mg	NaCl 0,9 % G 5 % Ringer lactate 250 mL	Tout autre produit	60 mn	Solution reconstituée : 24 h entre 2 et 8°C En perfusion : 6 h ou 24 h entre 2 et 8°C.







Lined writing area on the left side of the page.

Lined writing area on the right side of the page.



# NOTES



A series of horizontal dashed lines for writing notes.