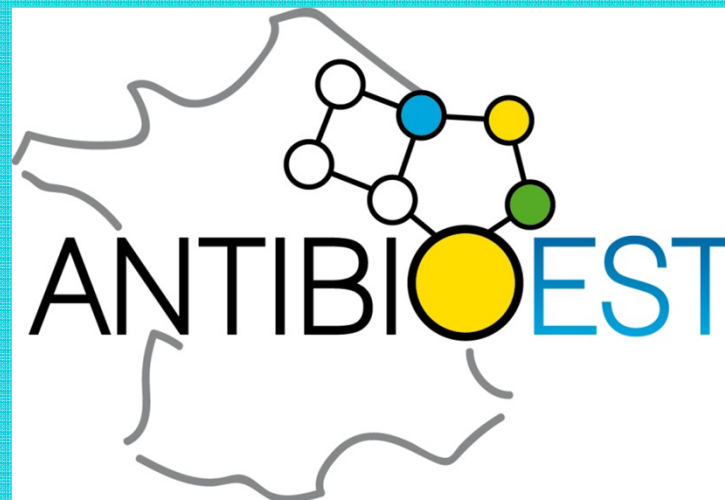




ILS SONT
PRÉCIEUX,
UTILISONS-LES
MIEUX.

BACTÉRIÉMIES & DURÉE DE TRAITEMENT



JOURNÉE DES RÉFÉRENTS – 23 MAI 2019
ALEXANDRE CHARMILLON INFECTIOLOGUE
COORDONNATEUR ANTIBIOEST

CAS CLINIQUE N°1

Un homme de 69 ans est hospitalisé dans un service de médecine pour fièvre à 39 °C associée à des frissons et des sueurs.

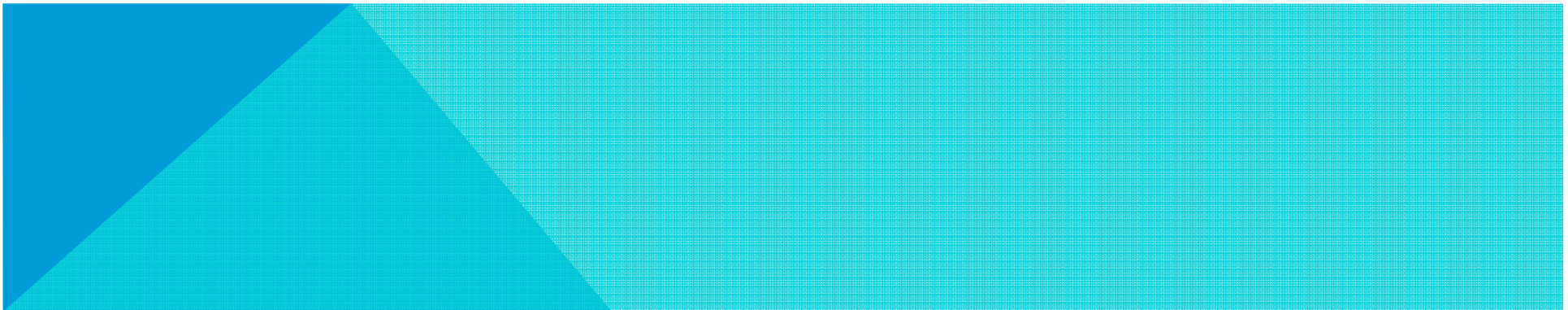
Antécédents: pose de PTH gauche il y a 2 ans pour coxarthrose.

Pas d'allergie.

Examen: 39,2 °C, TA 110/70 mm Hg, FC 95/min, SaO₂ 98% en air, FR 20/min.

Examen physique normal en dehors excoriation face antérieure tibia droit (jardinage). BU négative pour leucocytes et nitrites.

Bilan biologique: 14 000 leucocytes/mm³, 85% PNN, créatininémie 65 µmol/l, CRP 342 mg/l, RAS par ailleurs.



DÉBUTEZ-VOUS UNE ANTIBIOTHÉRAPIE CHEZ CE PATIENT? JUSTIFIEZ VOTRE RÉPONSE.

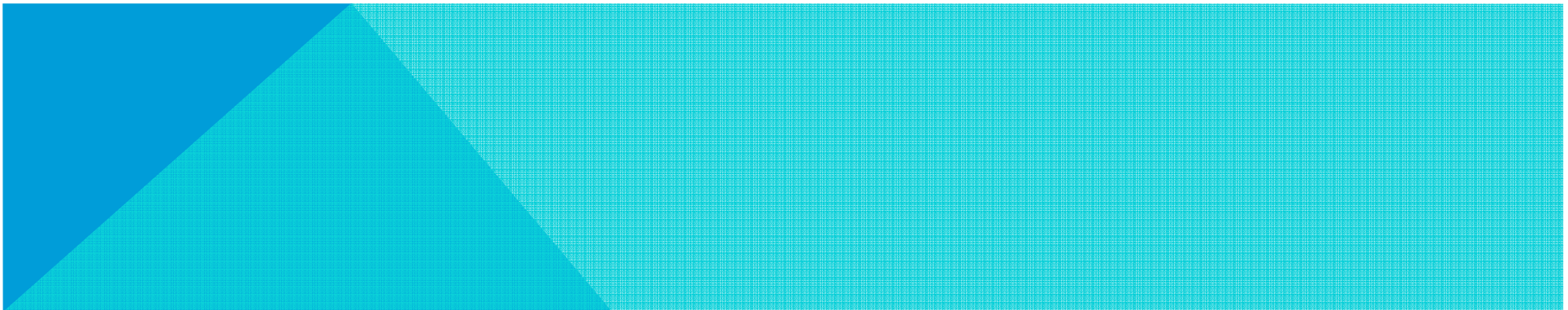
➤ Non

1. Incertitude diagnostique

2. Et pas de signes de gravité:

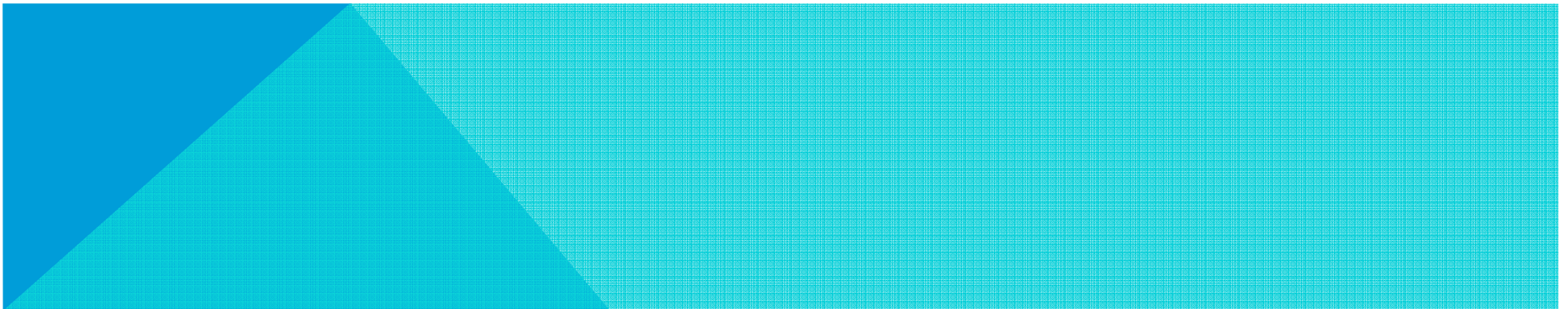
- Sepsis / choc septique (*qSOFA: FR ≥ 22 , Glasgow ≤ 13 , PAs ≤ 100 mmHg*)
- Asplénie
- Neutropénie

➤ Surveillance étroite des constantes

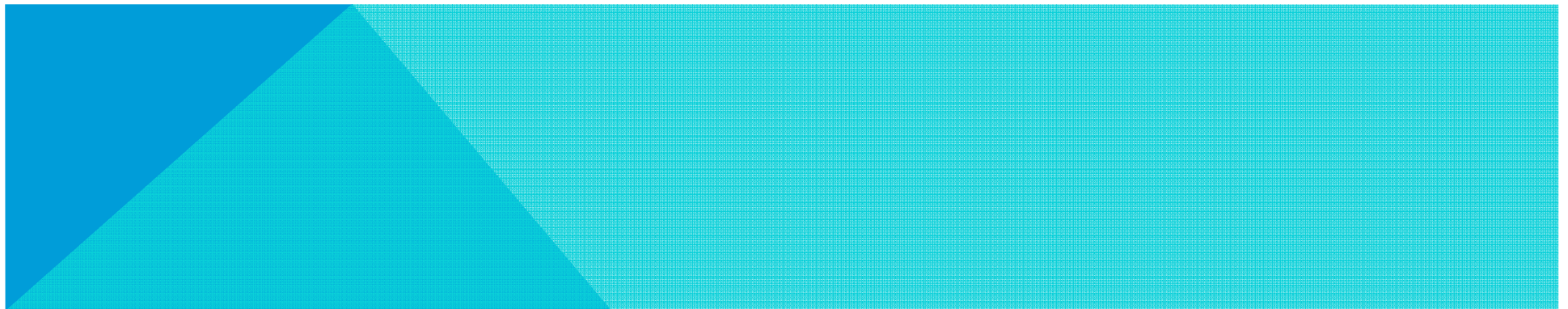
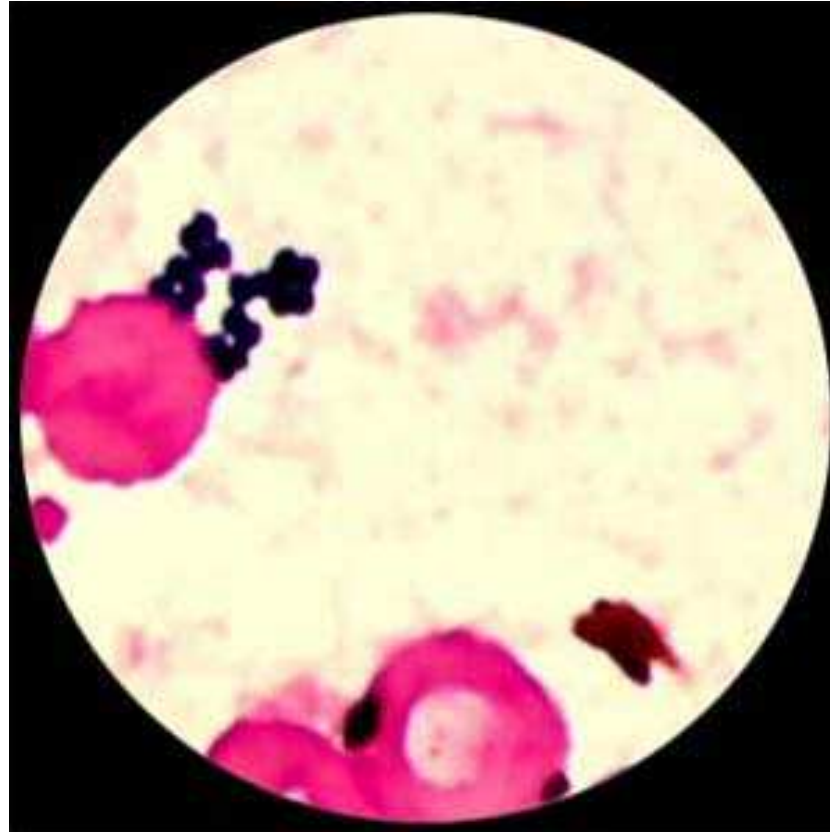


LE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE VOUS APPELLE LE LENDEMAIN POUR VOUS DIRE QUE LES HÉMOCULTURES POUSSENT À COCCI GRAM POSITIF. QUELS AUTRES RENSEIGNEMENTS DEMANDEZ-VOUS AU BACTÉRIOLOGISTE?

1. Morphologie de l'examen direct: chaînettes, diplocoque, amas?
2. Nombre et type de flacons positifs (aérobie/anaérobie)
3. Vitesse de pousse (>24h?)



VOICI L'EXAMEN DIRECT DE L'HÉMOCULTURE



VOUS SUSPECTEZ CHEZ CE PATIENT UNE BACTÉRIÉMIE À *S. AUREUS* OXA-S (SASM). POURQUOI?

Staphylococcus :

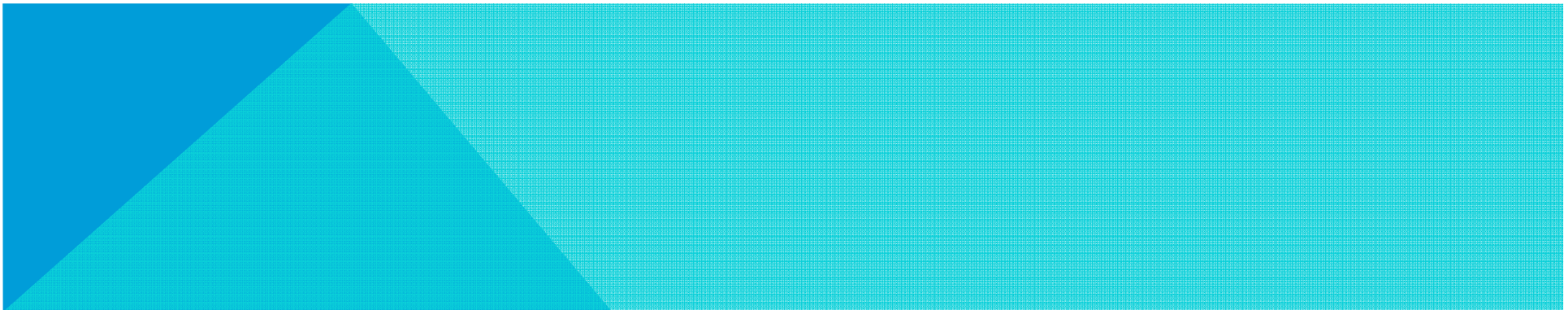
- Cocci Gram positif
- En amas

aureus :

- Le plus pathogène
- Porte d'entrée cutanée

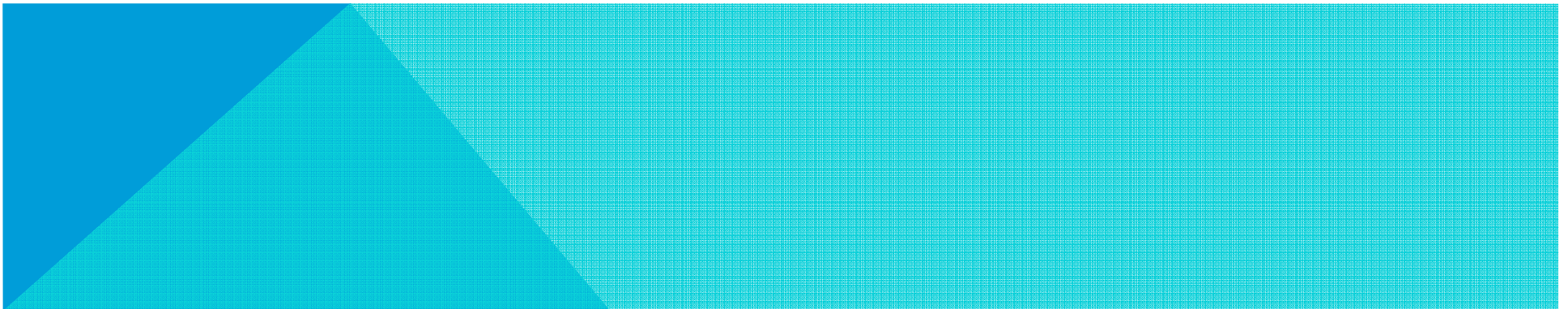
Oxa-S (SASM) :

- Infection communautaire



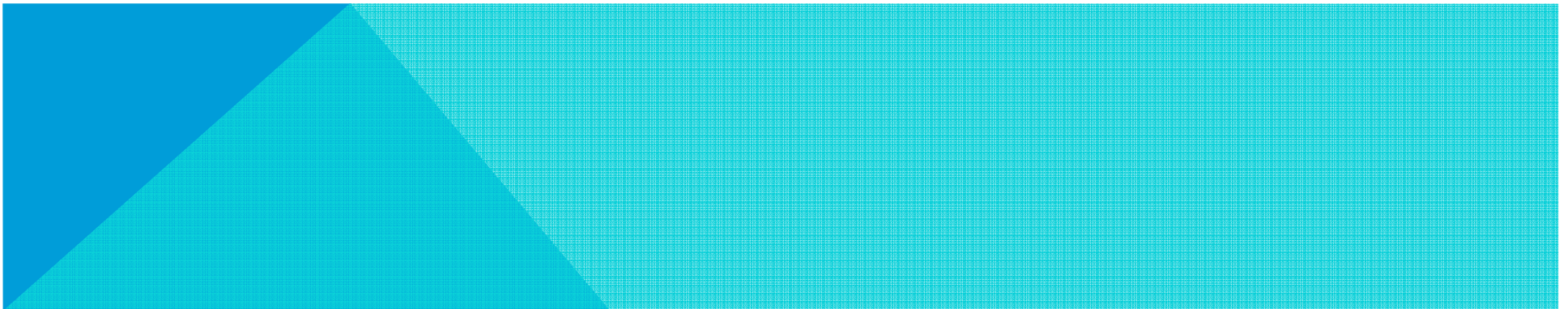
QUELLE ANTIBIOTHÉRAPIE IV DÉBUTEZ-VOUS?

- A. Cloxacilline
- B. Cloxacilline + gentamycine
- C. Cefazoline + gentamycine
- D. Vancomycine + Cloxacilline



QUELLE ANTIBIOTHÉRAPIE IV DÉBUTEZ-VOUS?

- A. Cloxacilline
- B. Cloxacilline + gentamycine
- C. Cefazoline + gentamycine
- D. Vancomycine + Cloxacilline



QUELLE ANTIBIOTHÉRAPIE DÉBUTEZ-VOUS?

- Urgence thérapeutique
- Pénicilline M (oxacilline ou cloxacilline 200mg/kg/j environ 2 g x 6/j)

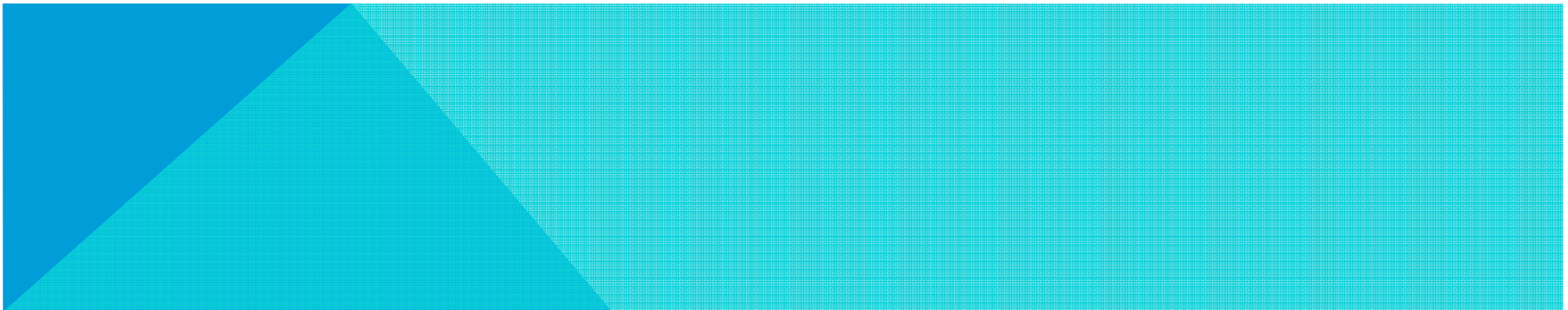
Alternative: céfazoline 80- 100mg/kg/j soit 6 g/j

± aminoside (gentamicine 3 mg/kg/j en une perfusion par jour)

si suspicion d' endocardite ou sepsis / choc septique

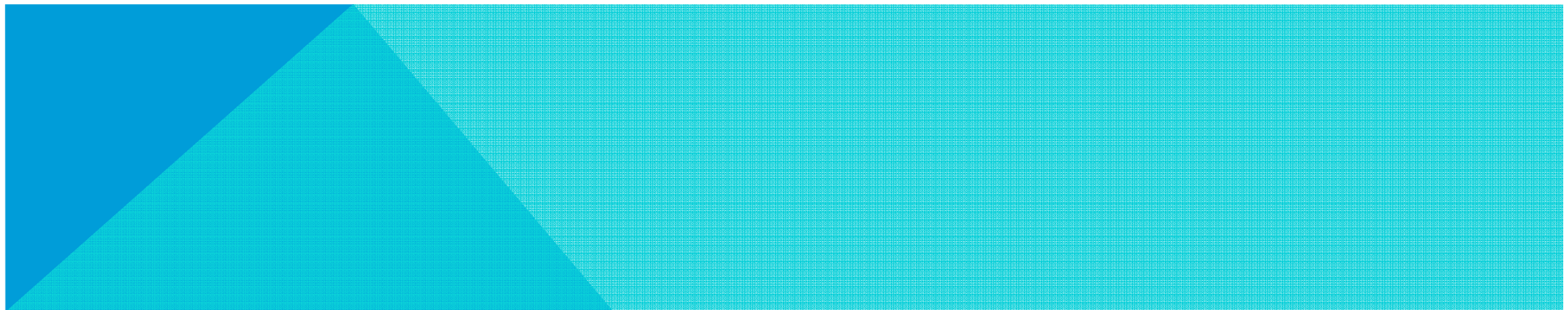
- Parentéral IV

AVIS SPECIALISE=diminution morbi-mortalité dans la littérature +++



NB: INDICATIONS D'UNE BITHÉRAPIE DANS LES BACTÉRIÉMIES : LIMITÉES

1. Élargir le spectre: bactériémie à BGN d'origine digestive
Céfotaxime/ceftriaxone + métronidazole
2. Prévenir le risque de mutants résistants : certaines bactéries comme *P. aeruginosa* (contexte nosocomial)
3. Accélérer la bactéricidie grâce à un aminoside: sepsis / choc septique
4. Synergie: (bêta-lactamine ou glycopeptides) + aminoside (gentamicine) sur streptocoques (utile uniquement si endocardite) et entérocoques. Pas de synergie sur le staphylocoque.

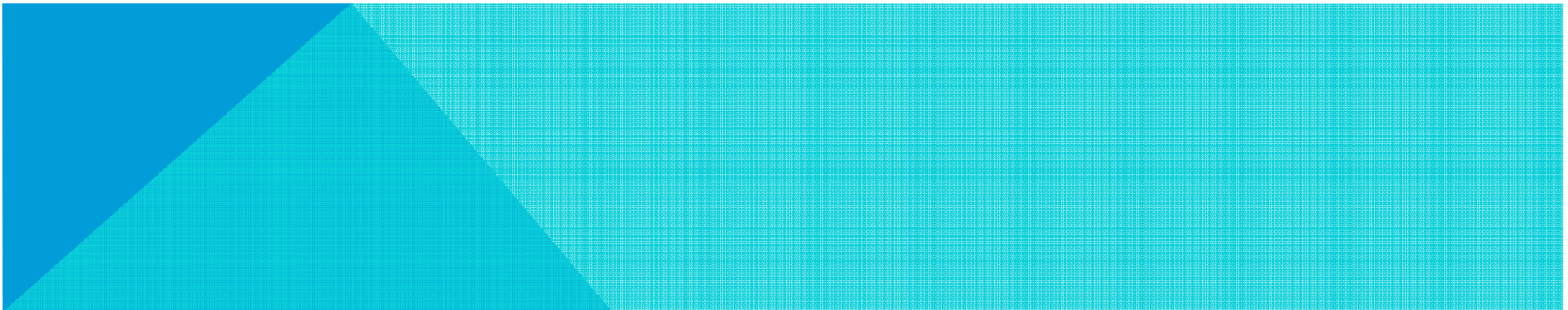


LE LABORATOIRE CONFIRME VOTRE SUSPICION. QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISEZ-VOUS?

- A. ETT/ETO
- B. Scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien IV
- C. Hémocultures de contrôles systématique à 48-72h d'antibiothérapie efficace?
- D. Toutes ces propositions
- E. Aucunes de ces propositions

Quelle durée de traitement pour une bactériémie à SAMS non compliquée et en présence d'emboles septiques isolés?

14 Jours IV, et si emboles au moins 21 jours de traitement

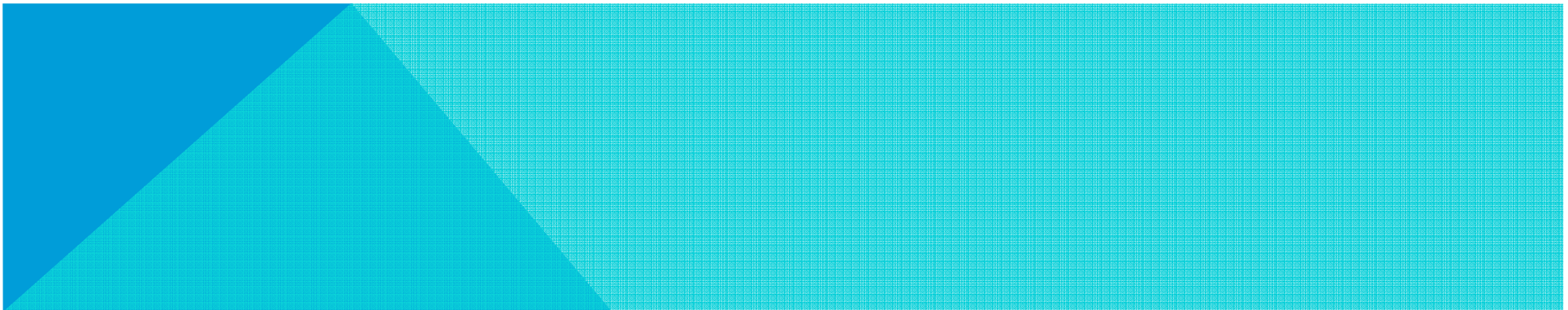


LE LABORATOIRE CONFIRME VOTRE SUSPICION. QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISEZ-VOUS?

- A. ETT/ETO
- B. Scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien IV
- C. Hémocultures de contrôles systématique à 48-72h d'antibiothérapie efficace?
- D. Toutes ces propositions**
- E. Aucunes de ces propositions

Quelle durée de traitement pour une bactériémie à SAMS non compliquée et en présence d'emboles septiques isolés?

➤ 14 Jours IV, et si emboles au moins 21 jours de traitement

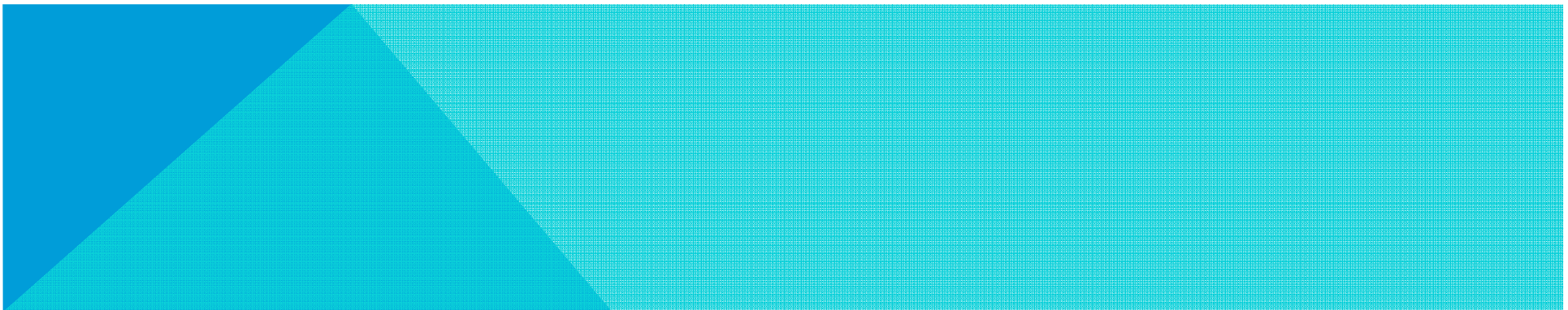


LE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE CONFIRME VOTRE SUSPICION DIAGNOSTIQUE

QUELS SONT LES AUTRES PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE?

- **Rechercher et traiter la porte d'entrée (inconnue dans 30% des cas pour *S. aureus*):**
 - Implique de connaître le biotope des bactéries
 - Plaie tibiale?

- **Rechercher des éventuelles localisations septiques secondaires (20% des cas pour *S. aureus*):**
 - **Hémocultures de contrôle** à J3 du début d'une antibiothérapie efficace: prédictif pour les bactériémies à *S. aureus* (à réaliser également pour les endocardites, les candidémies, et en cas d'évolution défavorable)
 - **Échographie cardiaque** transthoracique voire transoesophagienne pour rechercher une endocardite (10% des cas pour *S. aureus*): systématique pour *S. aureus* et *Candida*
 - Autres localisations orientées par un examen clinique soigneux et/ou TDM



CAS CLINIQUE N° 2

Patient de 72 ans est hospitalisé en HGE pour douleur en HCD, fièvre 39C°, et ictère.

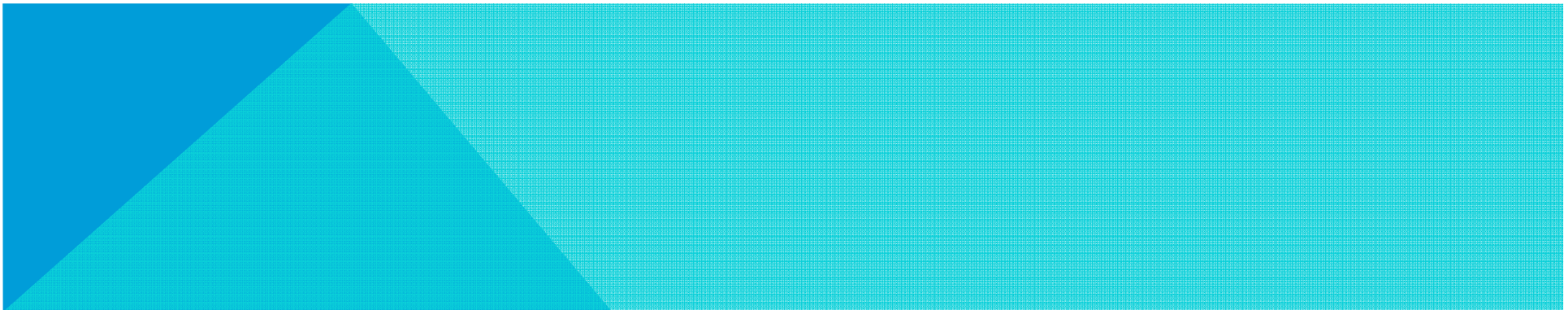
90 kg TAS 110/65, examen normal par ailleurs notamment pas de souffle cardiaque.

Il n'a pas d'allergie connue

Biologie: ASAT à 5N et ALAT à 7N, BC à 4N, CRP 250.

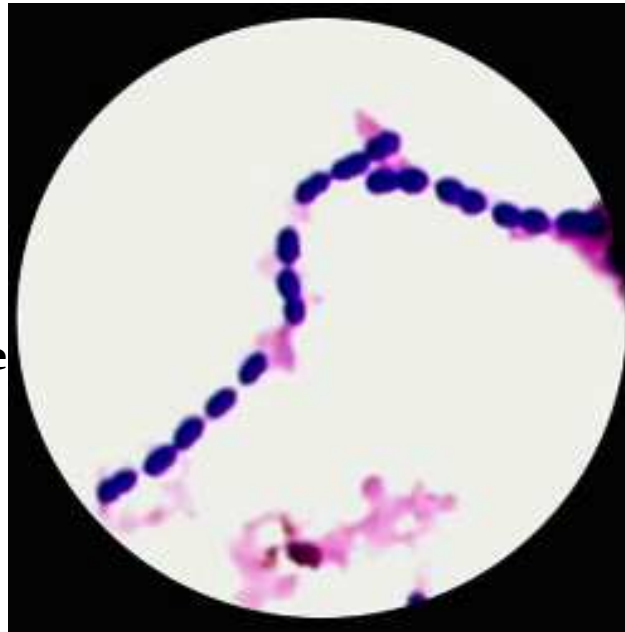
L'échographie abdominale confirme votre diagnostic d'angiocholite aiguë lithiasique: calcul enclavé dans la VBP

- Vous débutez une antibiothérapie par amoxicilline+ acide clavulanique, après les hémocultures
- Le drainage se fait le jour même et c'est un succès.



LE LENDEMAIN LA PATIENTE SE SENT DÉJÀ MIEUX
MAIS LES HÉMOCULTURES REVIENNENT TOUTES
POSITIVES LE LENDEMAIN.

- Cocci Gram positif
- En chaînettes
- **Entérocoque ou streptocoque**
- Communautaire
- Entérocoque le + probable
- et *E.Faecalis* par argument de fréquence



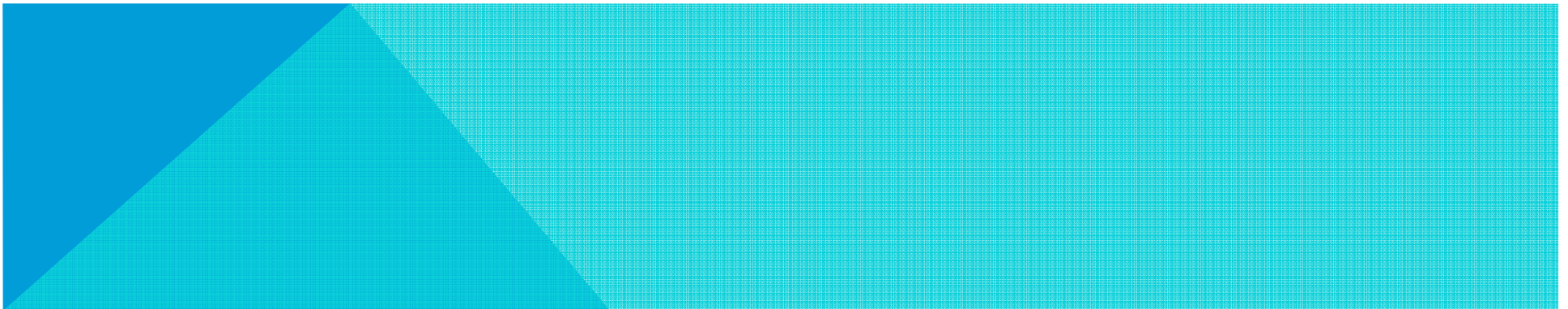
TOUS LES *E.Faecalis* SONT SENSIBLES à L' AMPICILLINE en FR!

MODIFIEZ- VOUS VOTRE ANTIBIOTHÉRAPIE?

➤ NON

Quelle est votre durée d'antibiothérapie pour cette angiocholite bactériémique à *E. Faecalis*?

- A. 3 jours
- B. 7 jours
- C. 10 jours
- D. 14 jours



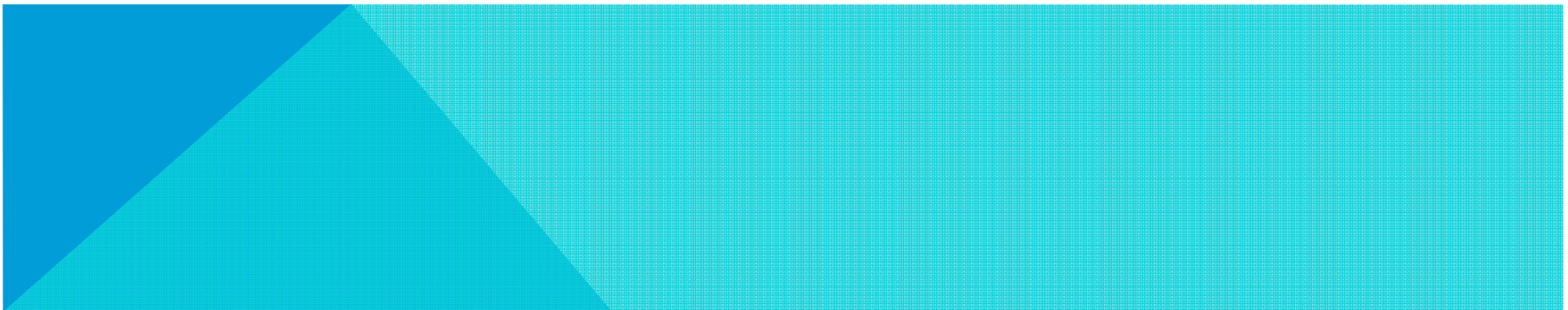
MODIFIEZ- VOUS VOTRE ANTIBIOTHÉRAPIE?

➤ NON

Quelle est votre durée d'antibiothérapie pour cette angiocholite bactériémique à *E. Faecalis*?

- A. 3 jours
- B. 7 jours
- C. 10 jours
- D. 14 jours

Levée de l'obstacle = traitement de la porte d'entrée



DURÉE ATB ANGIOCHOLITE BACTÉRIÉMIQUE DRAINÉE

- **Angiocholite : durée 3 jours si drainage efficace**

La base du traitement est le drainage biliaire. Son efficacité est jugée par endoscopie et par obtention de l'apyrexie qui permettent de raccourcir la durée de

l'antibiothérapie post-drainage à 3 jours (pas de bénéfice si durée > 3 jours, y compris en cas de bactériémie associée) (117). Cette durée courte n'a pas été

évaluée chez les patients atteints de cholangite sclérosante primitive ni chez les transplantés hépatiques (118).

CAS CLINIQUE N°3

Femme de 55 ans, adressé aux Urgences pour fièvre à 38,7C° depuis 24 h

Toux grasse depuis 5 jours (chez BPCO stade III), nausées et douleurs abdominales en HCD et FID depuis 24h

Radio thorax: mauvaise qualité, pas de foyer évident

Bio: CRP 160mg/L bilan hépatique normal

BU: leuco +, nitrites +

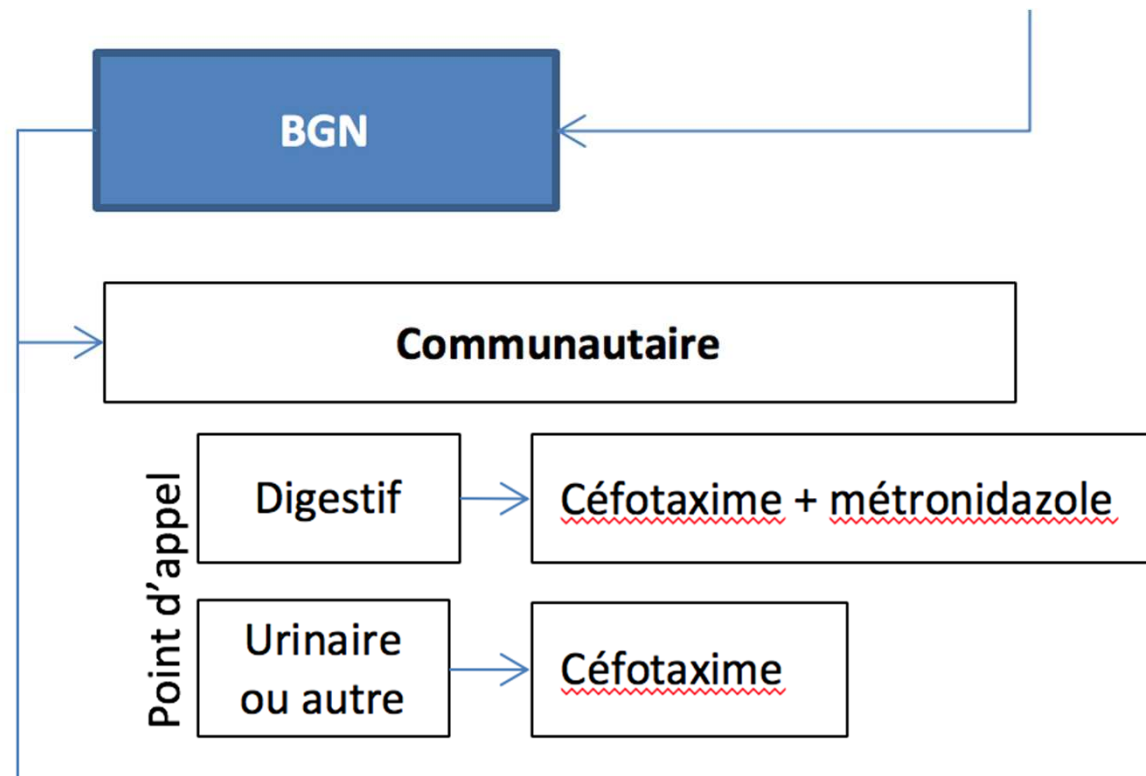
Pas d'antécédents uro-néphro

- Hémoc: 2/6 flacons (en aérobiose) + à BGN
- Quelle antibiothérapie débiter ?

PORTE D'ENTRÉE ?

BGN a priori aérobie ; entérobactérie ? BGN non fermentant aérobie strict ?

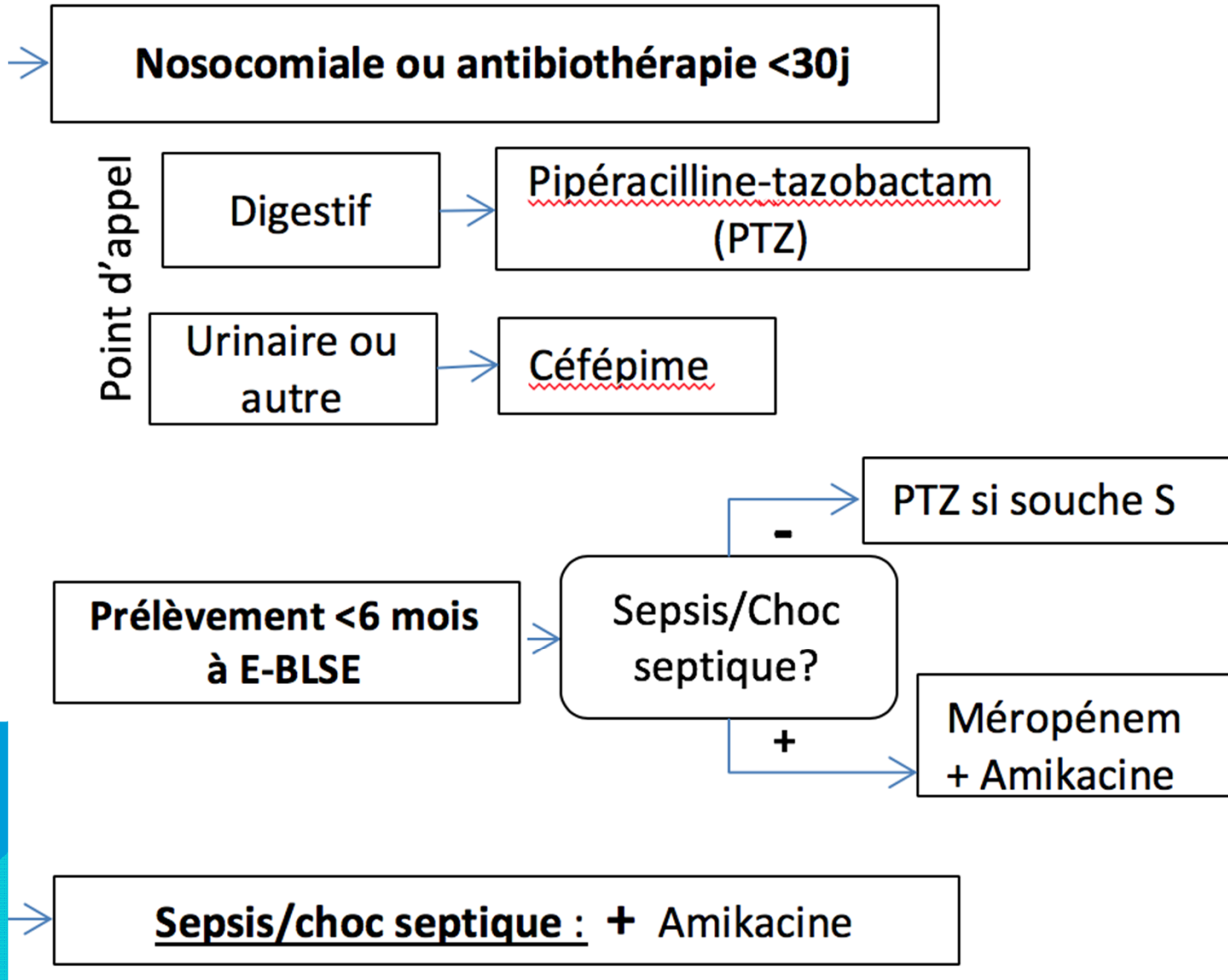
- **Urinaire ? (BU +) -->ECBU**
- **Digestive ?**
- **Biliaire ? (Echo abdo, et voies urinaires)**
- **Poumon ?**
- **Perfusion ?**



- si signe de gravité :+ amikacine 20-30 mg/kg x1/j

Selon écologie locale et colonisation antérieure:

Pipéracilline-tazobactam ou céfépime ou ceftazidime ou carbapénèmes+/- amikacine



LE LENDEMAIN...

- **Hémocultures :E. coli BLSE, résistant aux FQ et au cotrimoxazole, à l' Amox-ac.clav, le reste est sensible dont amikacine-S, carbapeneme**
- **ECBU (réalisé après les antibiotiques): 10*4 GB/mL, pas de bactérie au direct, culture stérile**
- **Écho voies urinaires: sans anomalies**
- **Voyage récent en Inde**

Quel antibiotique prescrivez-vous ?



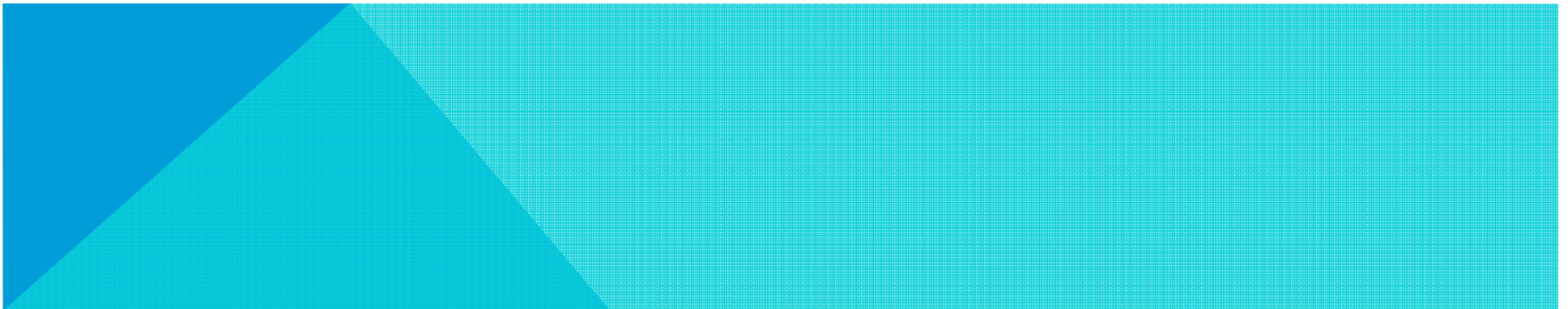
IU documentées à E-BLSE (hors grossesse)



- | | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 ^{er} choix | Ciprofloxacine OU lévofloxacine
Cotrimoxazole (TMP-SMX) |
| 2 ^{ème} choix | Amoxicilline-acide clavulanique (→ Pas chez l'homme) |
| 3 ^{ème} choix | Céfoxitine
OU pipéracilline-tazobactam
OU témocilline ← Spectre le + étroit des 3 |
| 4 ^{ème} choix | Amikacine, gentamicine, tobramycine |
| 5 ^{ème} choix | Imipénème OU méropénème,
Ertapénème utilisable uniquement si testé |

QUELLE DURÉE?

- A. 5 JOURS
- B. 7 JOURS
- C. 10 JOURS
- D. 14 JOURS



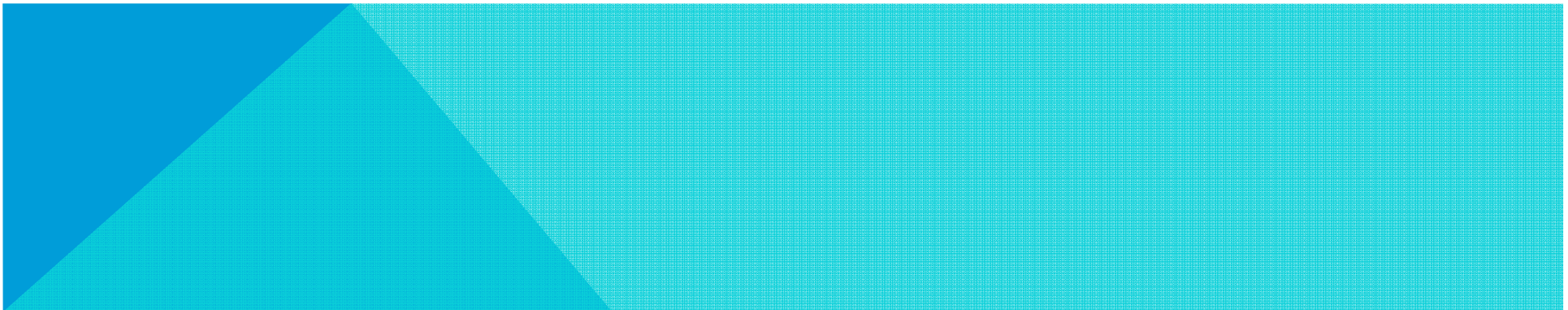
QUELLE DURÉE?

- A. 5 JOURS
- B. 7 JOURS**
- C. 10 JOURS
- D. 14 JOURS

❖ **Traiter comme une Pyélonéphrite aiguë simple**

➤ **7 JOURS d'antibiothérapie par BL IV**

➤ **Ni la bactériémie, ni la résistance, ne sont des critères de gravité dans les IU**



	<i>E. coli</i>
Investigations % (n/N)	
Echocardiography	8 (34/418)
CT scan	14 (58/418)
Chest X-ray	5 (19/418)
Abdominal ultrasound	27 (114/418)
Urine culture	37 (154/418)
Colonoscopy	3 (13/418)
Fundus examination	0 (1/418)
Other	1 (3/418)
Targeted antimicrobial therapy	
Combination therapy % (n/N)	11 (43/378)
Most frequently prescribed antimicrobial	Imipenem/Meropenem
Most frequent daily dose (grams)	[2.5-4]
Follow-up blood cultures % (n/N)	39 (147/378)
IV-oral switch % (n/N)	
Yes after 48-72h of therapy	34 (129/378)
Yes after 10 days	18 (69/378)
Yes in specific situations	18 (70/378)
Never	27 (100/378)
Not applicable (already started an oral treatment)	3 (10/378)
Duration of treatment (days)	
Median	10
Q1-Q3	7-14
Mode (n/N)	10 (118/373)
Second mode (n/N)	7 (117/373)

CAS CLINIQUE N°4

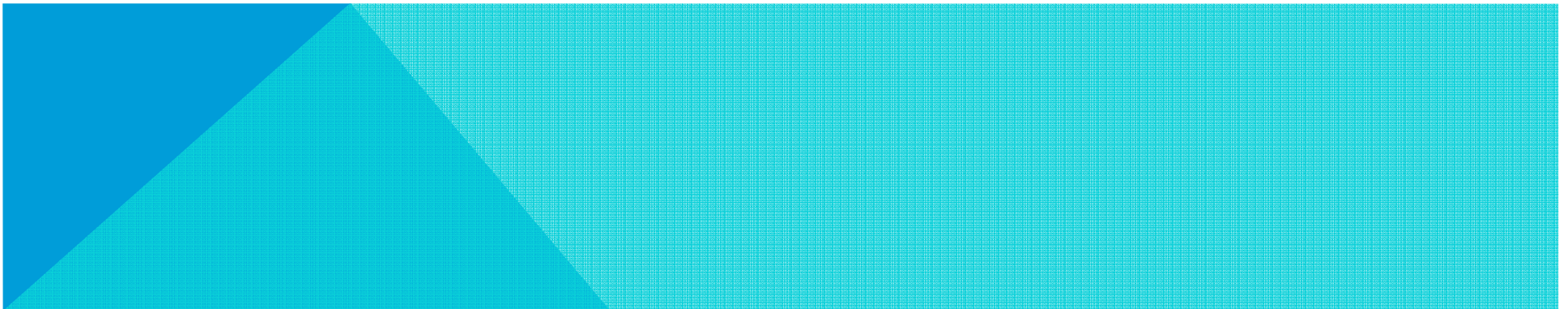
Patiente de 55 ans

Cancer ovaire en cours de chimiothérapie

DVI depuis 4 mois

Fièvre depuis 48 heures, sans point d'appel évident

➤ **Comment faire les hémocultures et pourquoi?**



HÉMOCULTURES DVI/PÉRIPHÉRIE

- Hémocultures (A/A) simultanées → périphérie + DVI
- ✓ Bien les remplir (10mL)
- ✓ Pour calcul du délai différentiel de pousse

Hémoc sur DVI:

→ 4/4 flacons positifs à cocci Gram positif en amas en 6h

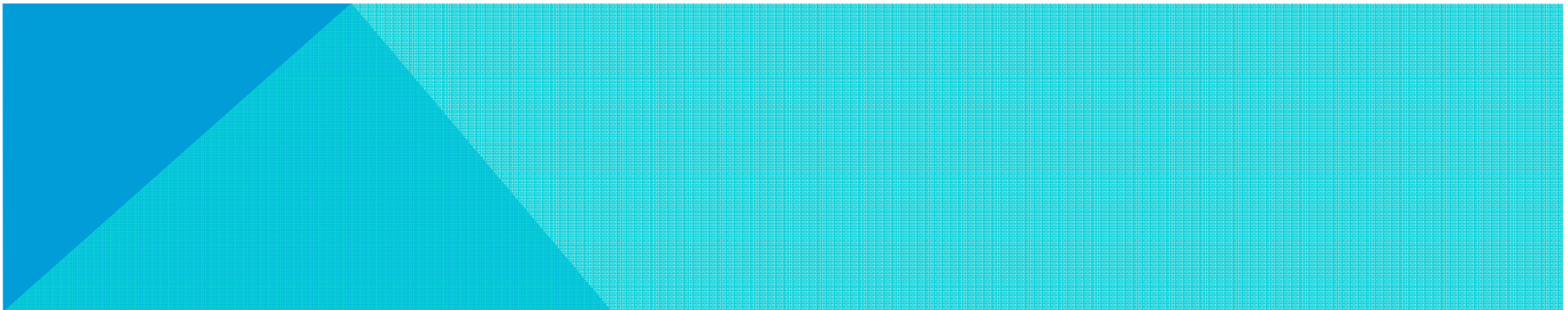
Hémoc en périph:

→ 2/4 flacons positifs à cocci Gram positif en amas en 10h

Diagnostic ?

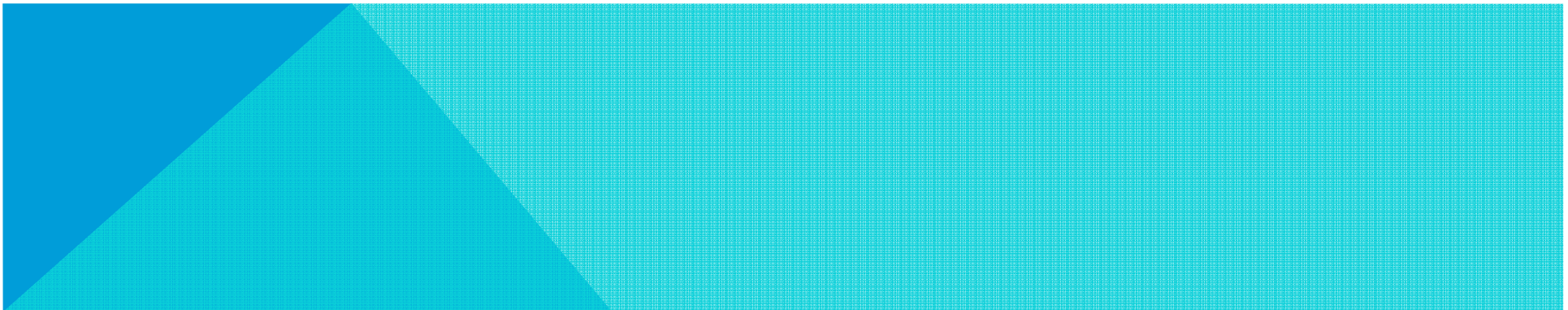
BACTÉRIÉMIE LIÉE AU DIVLD

- ❑ Délai différentiel de positivité (DDP) des hémocultures $\geq 2h$ en faveur du DVI
=les hémocultures sur DVI poussent 2h avant celles périphériques
- Probable bactériémie nosocomiale à staphylocoque
(doré ou coagulase négative) oxa-R ou oxa-S sur DVI.
- Il faudra comparer l'identification et l'antibiogramme sur DVI et en périph pour être certain.



IL S'AGIT D'UN SEMS QUELLE SERA LA DUREE DE VOTRE ANTIBIOTHERAPIE?

- Si Ablation du DVI → 5 JOURS post ablation
- SI DVI laissé en place → 10 jours + verrou ATB et évolution favorable



INDICATIONS FORMELLES D'ABLATION DU DVI + CULTURE

1. Signe de gravité
2. Tunnelite / aspect d'infection de loge
3. Pose du dispositif < 15 jours (= infection extra-luminale : verrou inefficace)
4. Patient porteur d'une valve cardiaque prothétique ou d'une endoprothèse
5. Pas d'indication au maintien du DIVLD
6. Infection à :
 - Levure
 - *Staphylocoque aureus / lugdunensis / schleiferi*
 - *Pseudomonas / acinetobacter / stenotrophomonas*
 - Mycobactéries
7. Endocardite infectieuse (EI)
8. Embole septique
9. Thrombose septique
10. Hémocultures de contrôle à J3 ou J7 d'antibiothérapie adaptée, toujours positives

VERROU ATB UNIQUEMENT SI AUCUN des CRITERES CI-DESSUS PRESENTS

→ Toujours en association avec ATB systémique

→ Nécessité d'un protocole clair et d'une surveillance rapprochée

Perfuser ATB en périphérie :

Vancomycine : 30 mg/kg/J + (Cl)oxacilline 12 g/jour IV en 4-6 perfusions

+/- gentamicine si sepsis / choc septique

+/- Programmer ablation DVI (verrou antibiotique à discuter si SCN)

Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)

- **5 jours:** BLC à staphylocoque coagulase négative, après retrait du cathéter
 - **7 jours:** BLC à streptocoques, entérocoques et BGN, après retrait du cathéter
 - **10 jours** (+ verrou local antibiotique): BLC si cathéter laissé en place, SAUF *S. aureus*
 - **14 jours:** BLC à *S. aureus*, après retrait du cathéter
 - **21 jours:** thrombophlébite suppurée
- Si localisation 2^{naired} ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée*

Bactériémies primaires non compliquées.

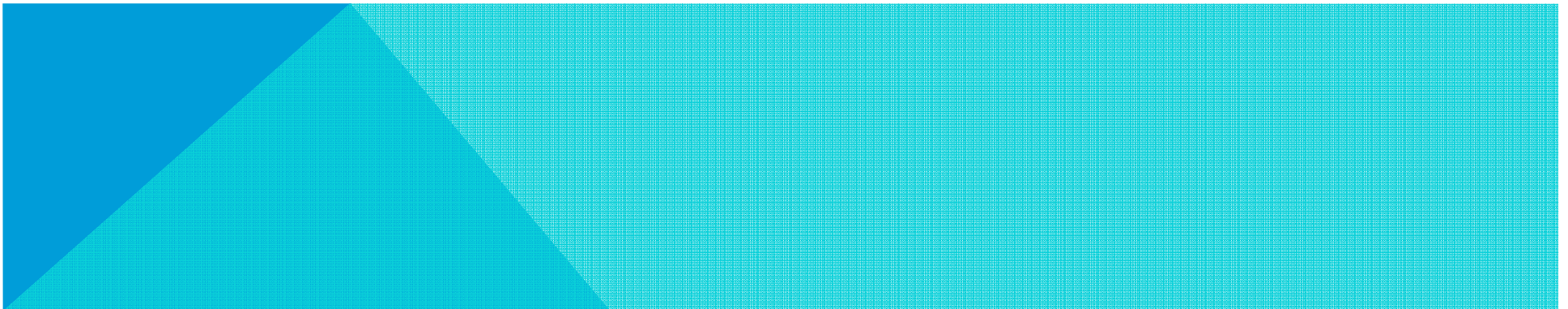
- En l'absence d'endocardite infectieuse et de localisation secondaire
- **5 jours:** staphylocoques à coagulase négative, streptocoques oraux
 - **7 jours:** entérobactéries, entérocoques
 - **10 jours:** bacilles à Gram négatif non fermentants
 - **14 jours:** *S. aureus* et *S. lugdunensis*.

CAS CLINIQUE N°5

Patient de 68 ans, hospitalisé depuis 20 jours en réanimation pour péritonite, compliquée d'une pneumonie acquise sous ventilation mécanique.

Des hémocultures sont réalisées devant une fièvre persistante.

- Le laboratoire de bactériologie vous appelle car un flacon est positif à levure.



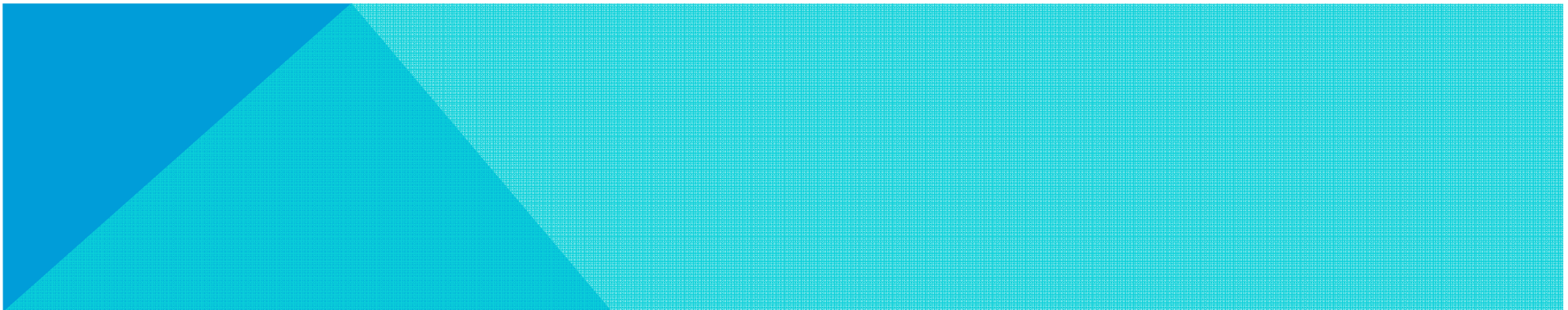
QUEL EST LE DIAGNOSTIC LE PLUS PROBABLE ?

➤ Candidémie

❑ Plusieurs espèces de *Candida* peuvent être impliquées :

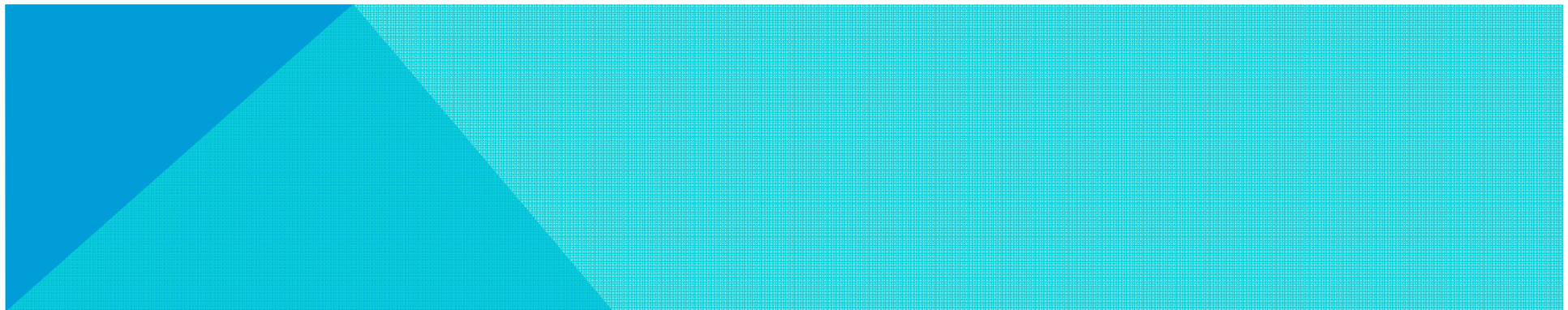
C. albicans (la plus fréquente), *C. glabrata* (15%), puis *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. Krusei* (fluco-R)...

Les *Candida* font partie de la flore commensale de la cavité buccale et de l'ensemble du tube digestif.



FACTEURS DE RISQUE DE CANDIDÉMIE

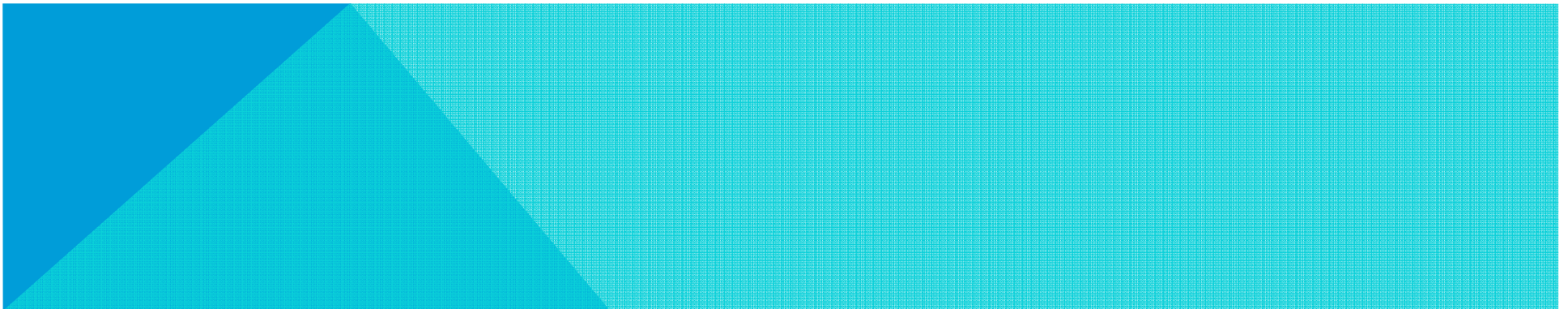
- immunodépression (neutropénie, corticothérapie,...)
- antibiothérapie préalable (qui favorise la prolifération des *Candida* du fait du déséquilibre de la flore commensale digestive)
- VVC en place de manière prolongée
- nutrition parentérale
- chirurgies abdominales itératives



QUEL(S) PORTE(S) D'ENTRÉE ÉVOQUEZ-VOUS
CHEZ CE PATIENT ?

➤ **Digestive**

➤ **KT vasculaire**



QUEL TRAITEMENT ANTIFONGIQUE DÉBUTEZ-VOUS ?

- ❑ Un seul flacon positif suffit à poser le diagnostic

Non neutropénique

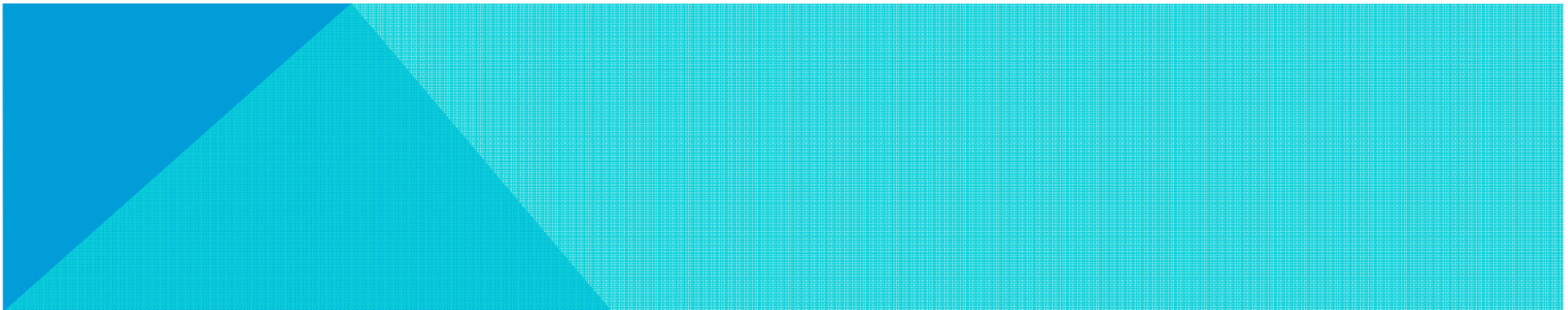
- Caspofungine 70 mg/j J1 puis 50 mg si poids <80 kg, ou micafungine 100 mg/j

Alternative: Fluconazole 12 mg/kg J1 puis 6 mg/kg sauf signe de gravité ou prise récente d'azolés ou patient à risque d'endocardite

À adapter à l'écologie locale

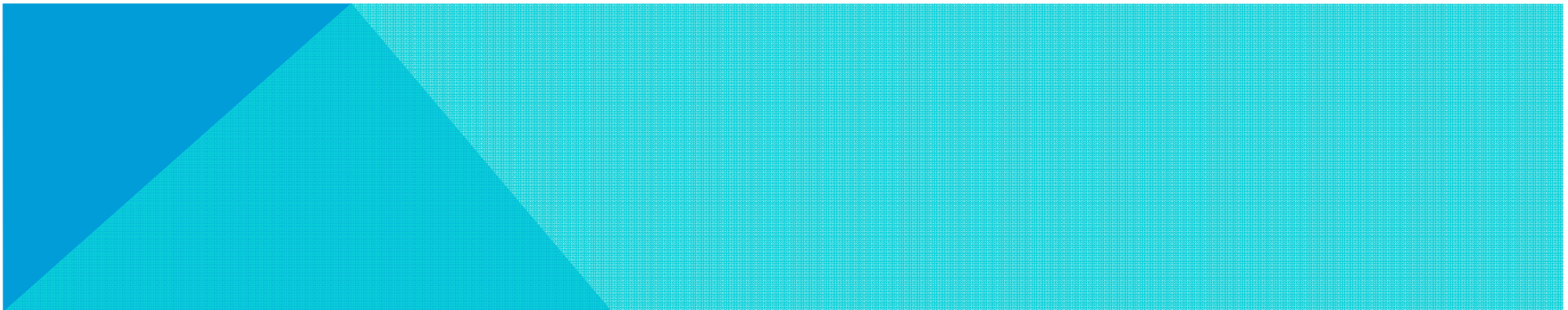
- **Ablation du KT+++**

→ Relais fluconazole si espèce sensible, relais PO possible, pas d'endocardite, évolution favorable



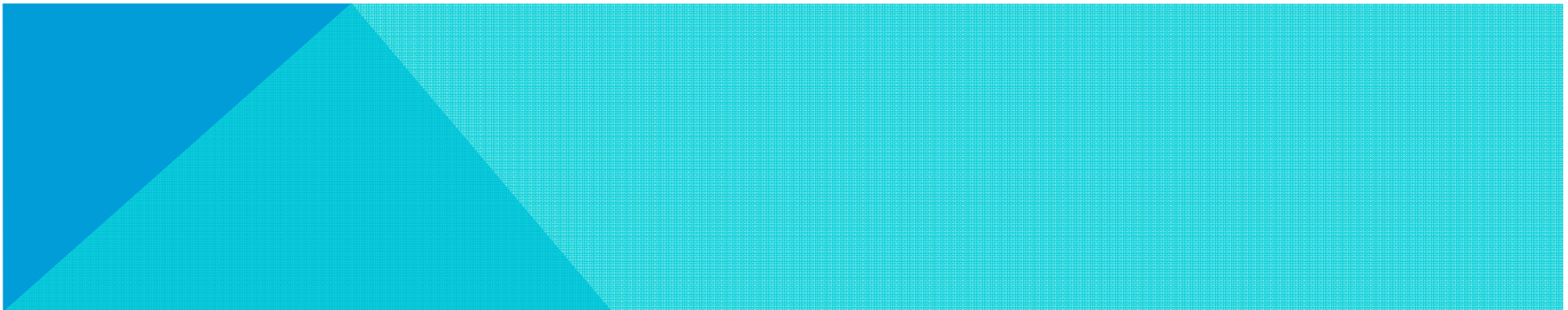
BILAN DES LOCALISATIONS SECONDAIRES SEPTIQUES ?

- ✓ **Fond d'œil**
- ✓ **Doppler veineux: recherche de thrombose septique sur KT**
- ✓ **Echo cœur: ETT- ETO**
- ✓ **TDM CTAP**
- ✓ **Hémocultures de contrôle /48h**



VOS INVESTIGATIONS NE RETROUVENT PAS DE LOCALISATION
SECONDAIRE NI D'ENDOCARDITE
QUELLE DUREE DE TRAITEMENT PROPOSEZ-VOUS?

- Adaptation secondaire à l'identification du *Candida* et à l'antifongogramme
- Durée totale de traitement : 14 jours après négativation des hémocultures en l'absence de localisation secondaire septique ou d'endocardite
 - ❑ Infection grave (30-40% de mortalité globale)





BACTERIEMIES
TAKE HOME MESSAGES

LES RÉFLEXES

❑ La bactériotéléphonie l'ex direct :

Morphologie ? Nombre de flacons ? Type de flacons ? KT ou périph (+ différentielle de pousse) ?

- Porte d'entrée?
- Localisations secondaires septiques?
- Écho cœur ?

si suspicion clinique d'EI/S. aureus ou Candida/matériel intra-cardiaque/streptocoque ou entérocoque en l'absence de foyer infectieux évident/Bactériémie persistante / évolution défavorable malgré antibiothérapie adaptée

- Hémoculture de contrôle à 48-72h?

si *S. aureus* ou Candida/Évolution défavorable/EI/Présence de matériel étranger/
Incertitude diagnostique/thérapeutique?

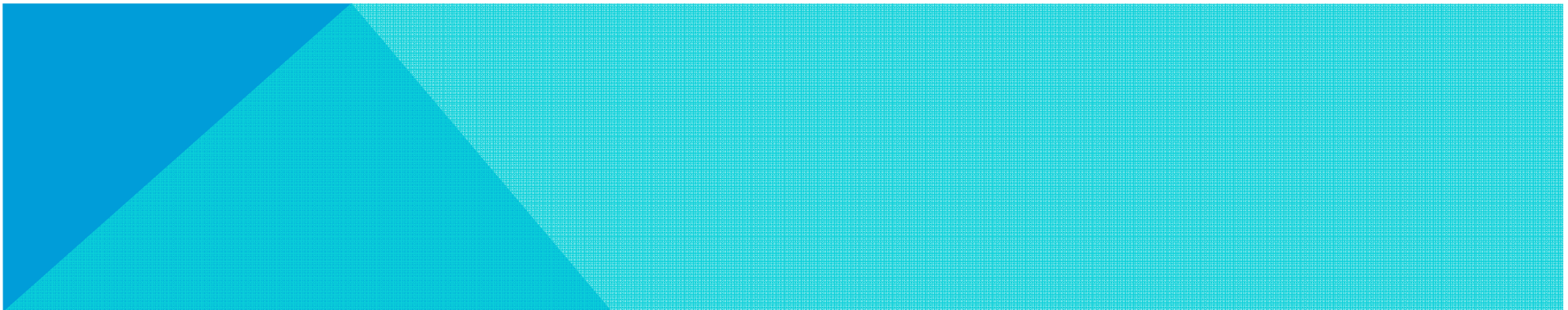
LES RÉFLEXES

❖ Pour l'antibiothérapie:

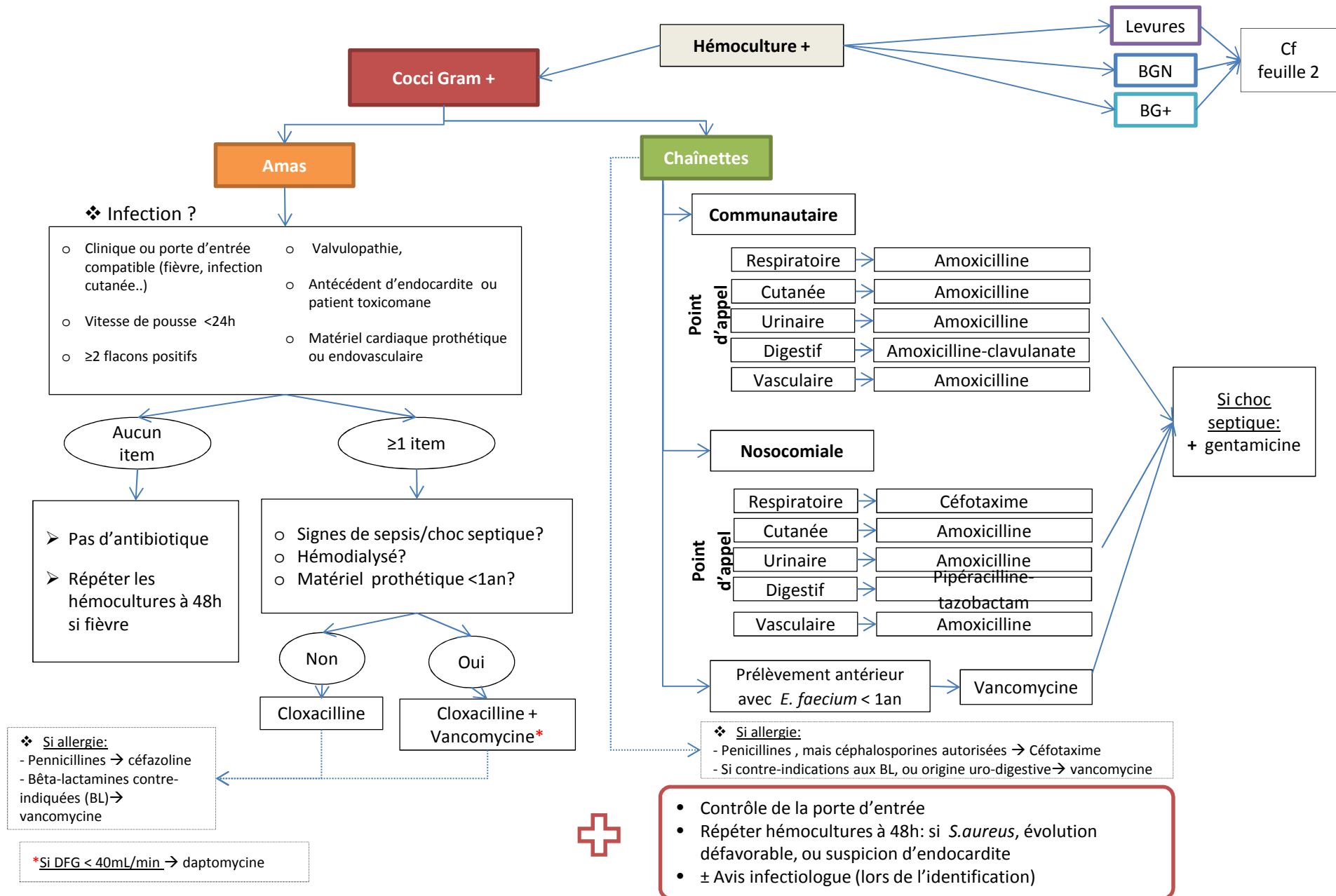
- Communautaire / lié aux soins ?
- Sepsis / choc septique?

❖ Durée

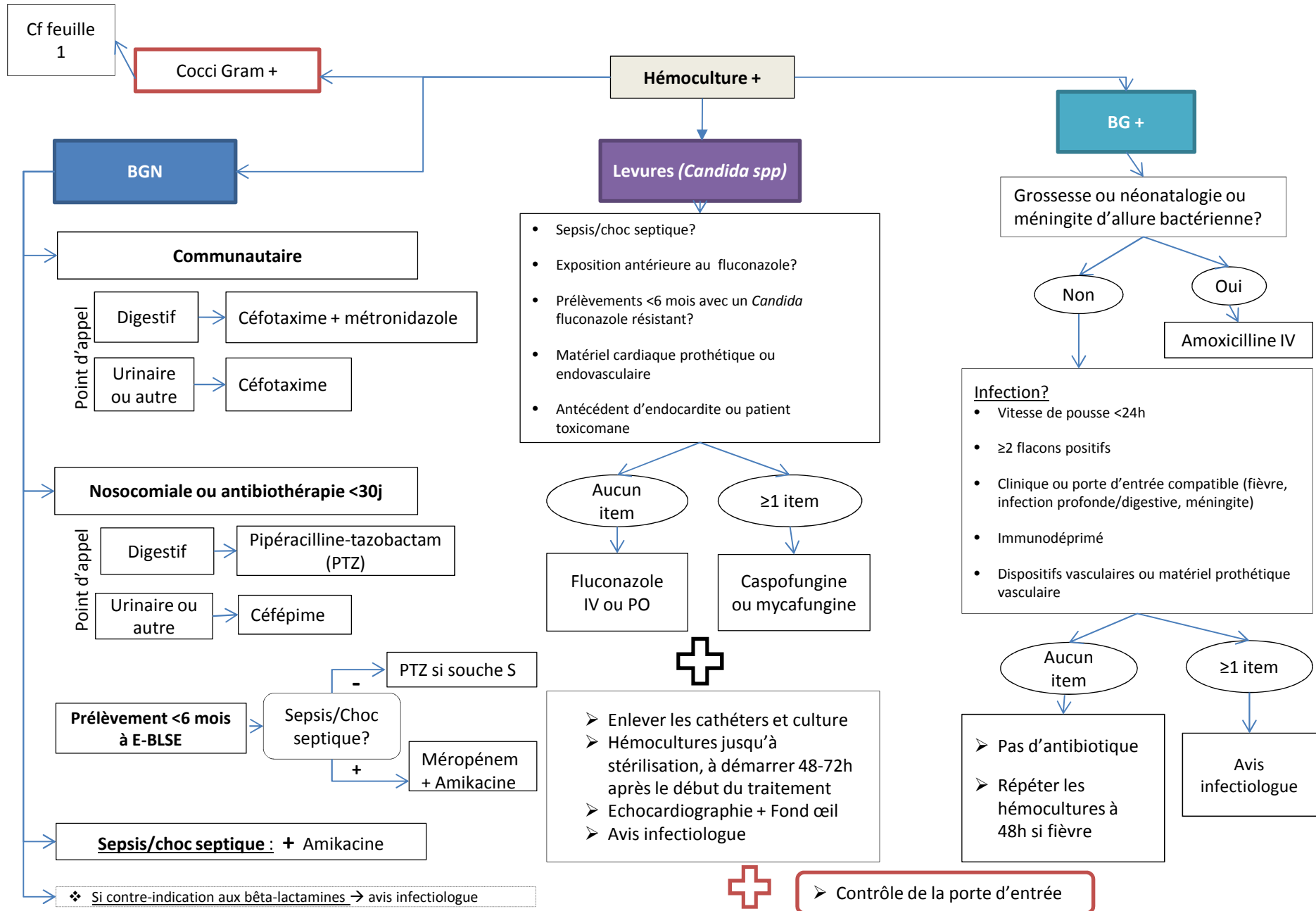
- 5 à 7 jours dans la majorité des cas
- 14 jours si *S. Aureus*, ou *Candida*
- Selon porte d'entrée / localisations secondaires septiques



Traitement probabiliste des bactériémies au CHRU de Nancy sur l' ED des hémocultures (hors neutropénie fébrile)



Traitement probabiliste des bactériémies au CHRU de Nancy sur l' ED des hémocultures (hors neutropénie fébrile)



DURÉE D' ANTIBIOTHÉRAPIE

Infections respiratoires basses.

- **5 jours**: - Exacerbations de BPCO
 - Pneumonies communautaires de l'enfant
- **7 jours**: Pneumonies communautaires de l'adulte.

Une évolution clinique et/ou biologique favorable pourrait permettre de réduire la durée de traitement (**3-5 jours**), cependant les données de la littérature restent encore insuffisantes. Des études sont en cours.

Infections urinaires

- **1 jour** (dose unique): cystite aiguë simple (fosfomycine trométamol)
- **3 jours**: cystite aiguë sur sonde urinaire
- **5 jours**:
 - cystite aiguë simple (pivmécillinam ou nitrofurantoïne)
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
- **7 jours**:
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (antibiotique autre que cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
 - pyélonéphrite aiguë (fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)
- **10 jours**: pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou associée aux soins et/ou antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable.
- **14 jours**: infection urinaire masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone) communautaire ou associée aux soins

C. Wintenberger et al. / Médecine et maladies infectieuses 47 (2017) 92–141

Infections intra-abdominales (IIA):

- ≤ **24 heures**: - Perforation digestive opérée,
 - Appendicite opérée non perforée,
 - Cholécystite opérée dans les 24 heures, non compliquée
 - **3 jours**: - Péritonite communautaire localisée opérée ou drainée*
 - Angiocholite drainée
 - Diarrhée aiguë nécessitant une antibiothérapie
 - **4 jours**: Péritonite communautaire généralisée opérée ou drainée*
 - **5 jours**: - Infection de liquide d'ascite, communautaire
 - Fièvre typhoïde (si azithromycine)
 - 8 jours**: - Péritonites postopératoires si le traitement antibiotique probabiliste est actif sur les germes isolés en peropératoire
 - **10 jours**: Infection à *Clostridium difficile* toxigène
- * *contrôle de la source de l'infection*

Infections de la peau et des tissus mous

- **3 jours**: infections cutanées superficielles (quand un antibiotique est indiqué)
- **5 jours**: traitement préemptif en cas de morsure par un animal
- **7 jours**: dermo-hypodermes bactériennes, dont érysipèle, infections de plaie et abcès cutanés étendus (surface de la lésion > 75 cm²).

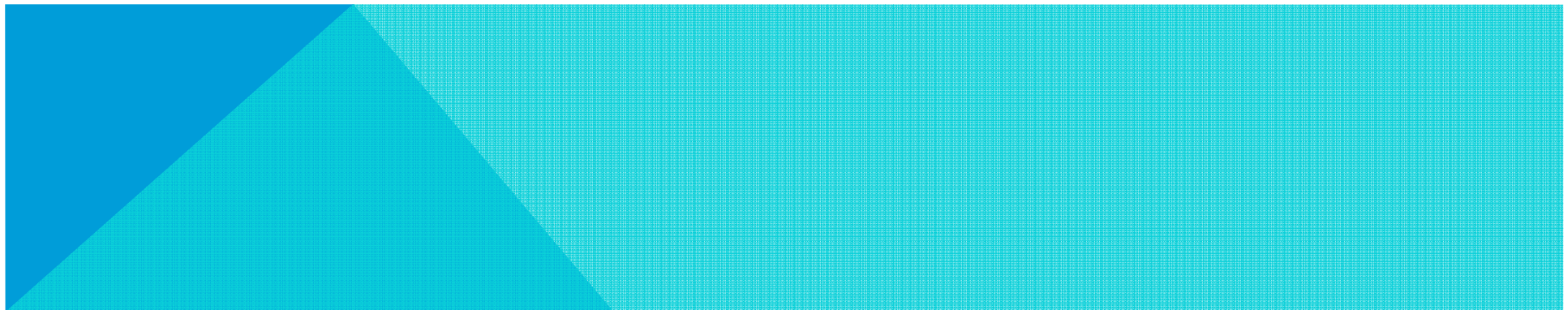
Infections ostéo-articulaires

- **6 semaines**:
 - infections sur matériel prothétique ostéo-articulaire (la prise en charge des cas complexes est à discuter avec le centre de référence des infections ostéo-articulaires complexes)
 - spondylodiscite (hors matériel d'ostéosynthèse)
 - ostéo-arthrite sur pied diabétique sans prise en charge chirurgicale

RÉFÉRENCES



1. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America
2. ESCMID guideline for the diagnosis and management of Candida diseases 2012: non-neutropenic adult patients
3. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America
4. Proposal for shorter antibiotic therapies. C.Wintenberger et al/ [Med Mal Infect.](#) 2017
5. Antibio-guide
6. Pilly 2018



Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises.

- **Dose unique:** urétrite et cervicite (ceftriaxone 500 mg IM + azithromycine 1 g per os)
- **10 jours:** Infections génitales hautes non compliquées (alternative : ceftriaxone 500 mg IM dose unique + azithromycine per os 1g 2 prises à 7 jours d'intervalle)
- **14 jours :** Infections génitales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens, pelvi-péritonite)

Bactériémies primaires non compliquées.

Durées à retenir :

En l'absence d'endocardite infectieuse et de localisation secondaire

- **5 jours :** Staphylocoques à coagulase négative, streptocoques oraux
- **7 jours :** entérobactéries, entérocoques
- **10 jours :** bacilles à Gram négatif non fermentants
- **14 jours :** *S. aureus* et *S. lugdunensis*.

Durées à retenir :

- **5 jours :** BLC à Staphylocoques coagulase négative, après retrait du cathéter
- **7 jours :** BLC à streptocoques, entérocoques et bacilles Gram négatif, après retrait du cathéter
- **10 jours** (+ verrou local d'antibiotiques) : BLC si cathéter laissé en place, SAUF *S. aureus*
- **14 jours :** BLC à *S. aureus*, après retrait du cathéter
- **21 jours :** thrombose suppurée

NB - si localisation secondaire ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée