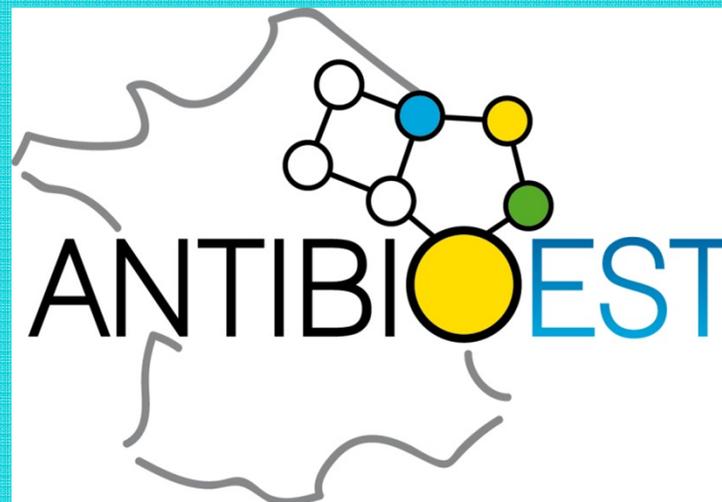




ILS SONT  
PRÉCIEUX,  
UTILISONS-LES  
MIEUX.

# 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.

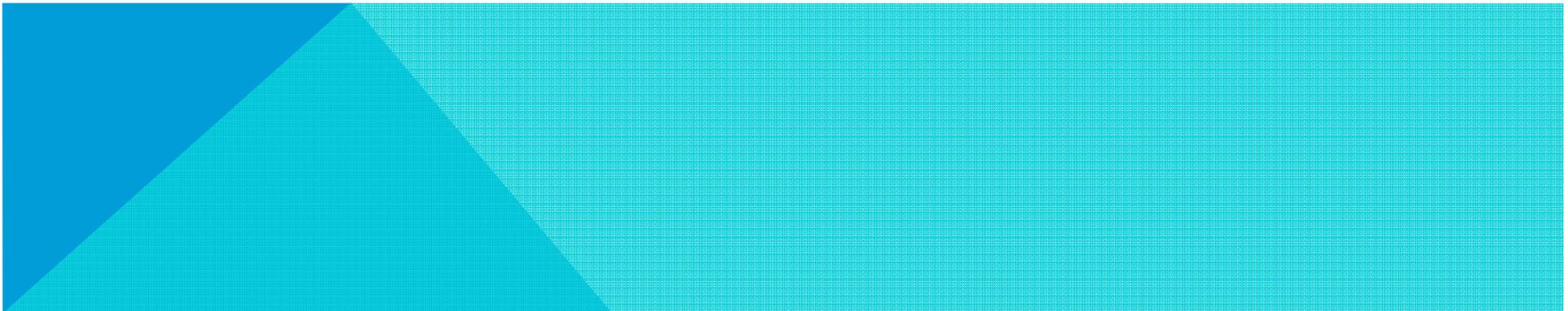
Antécédents: pose de PTH gauche il y a 2 ans pour coxarthrose.

Pas d'allergie.

Examen: 39,2 °C, TA 110/70 mm Hg, FC 95/min, SaO<sub>2</sub> 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/mm<sup>3</sup>, 85% PNN, créatininémie 65 µmol/l, CRP 342 mg/l, RAS par ailleurs.



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

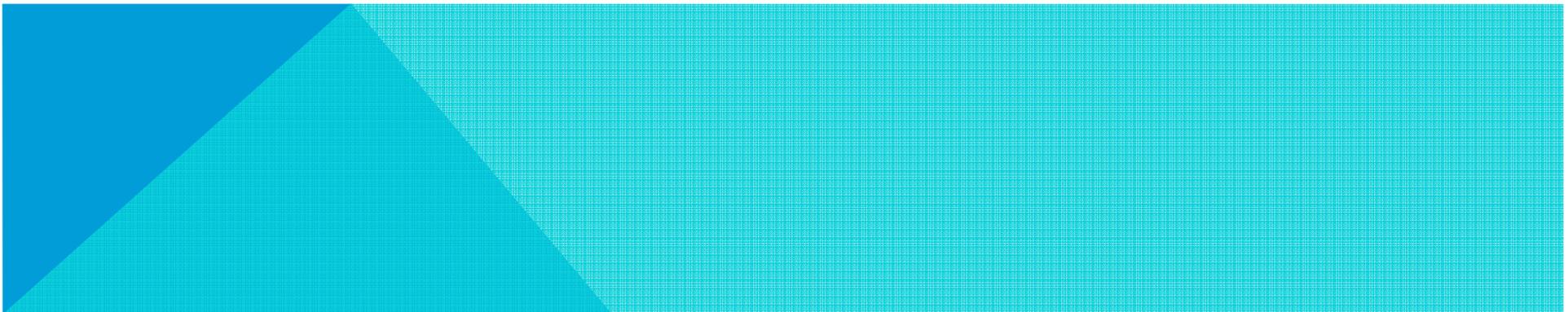
## ➤ Non

### 1. Incertitude diagnostique

### 2. Et pas de signes de gravité:

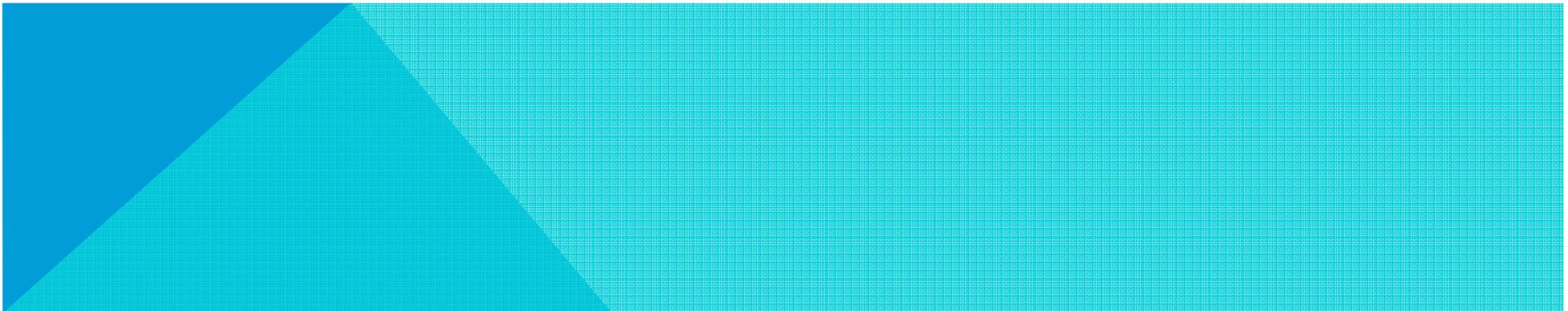
- Sepsis / choc septique (*qSOFA: FR  $\geq 22$ , Glasgow  $\leq 13$ , PAs  $\leq 100$  mmHg*)
- Asplénie
- Neutropénie

## ➤ Surveillance étroite des constantes

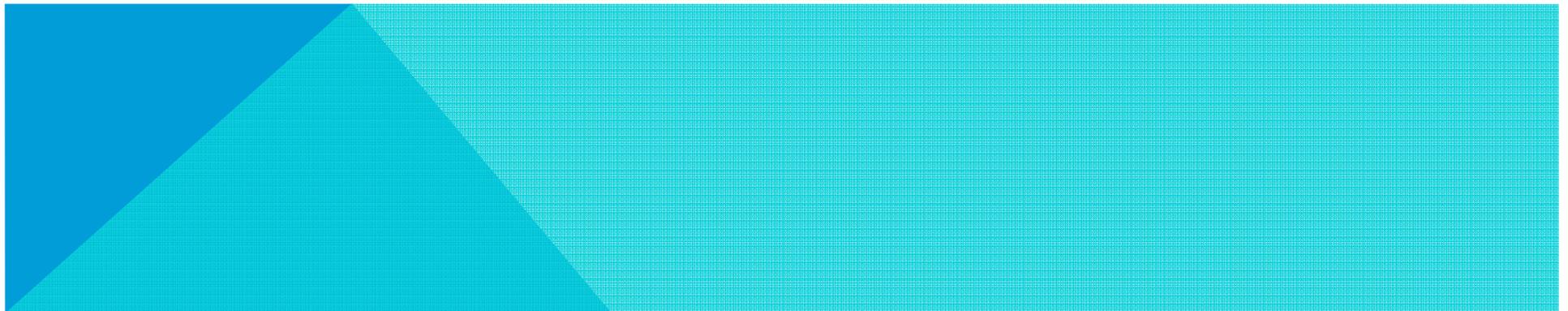
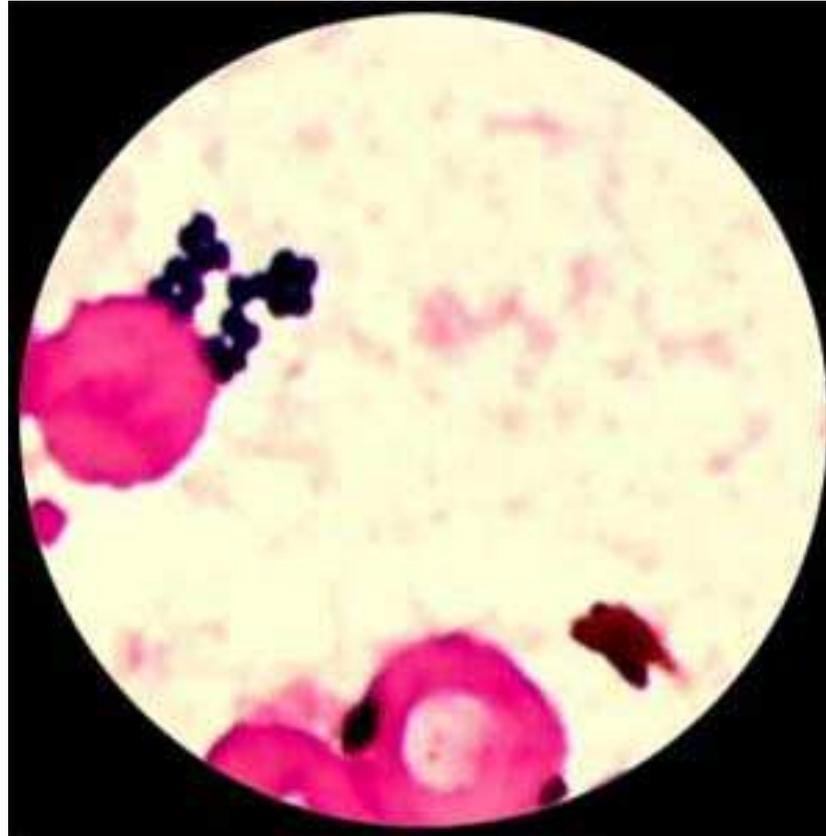


LE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE VOUS APPELLE LE LENDEMAIN POUR VOUS DIRE QUE LES HÉMOCULTURES POUSSENT À COCCI GRAM POSITIF. QUELS AUTRES RENSEIGNEMENTS DEMANDEZ-VOUS AU BACTÉRIOLOGISTE?

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* :

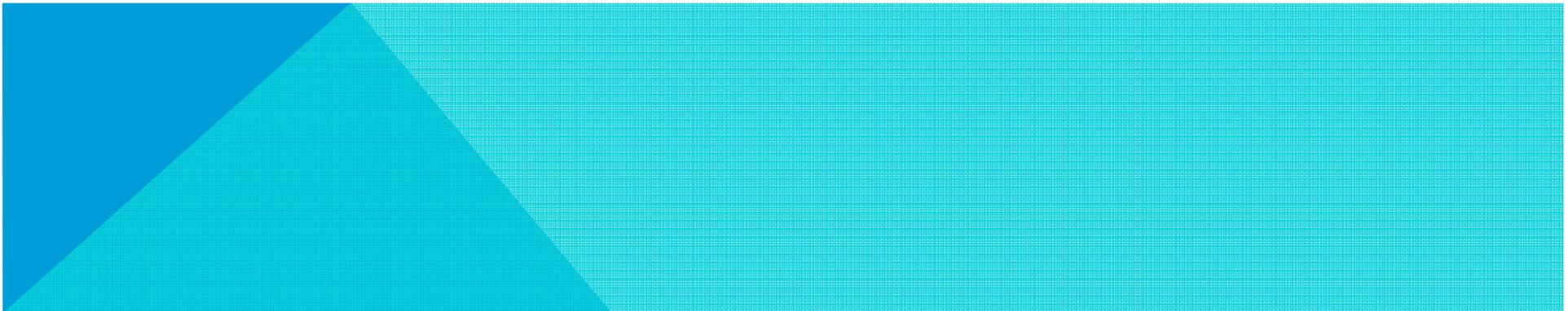
- Cocci Gram positif
- En amas

## *aureus* :

- Le plus pathogène
- Porte d'entrée cutanée

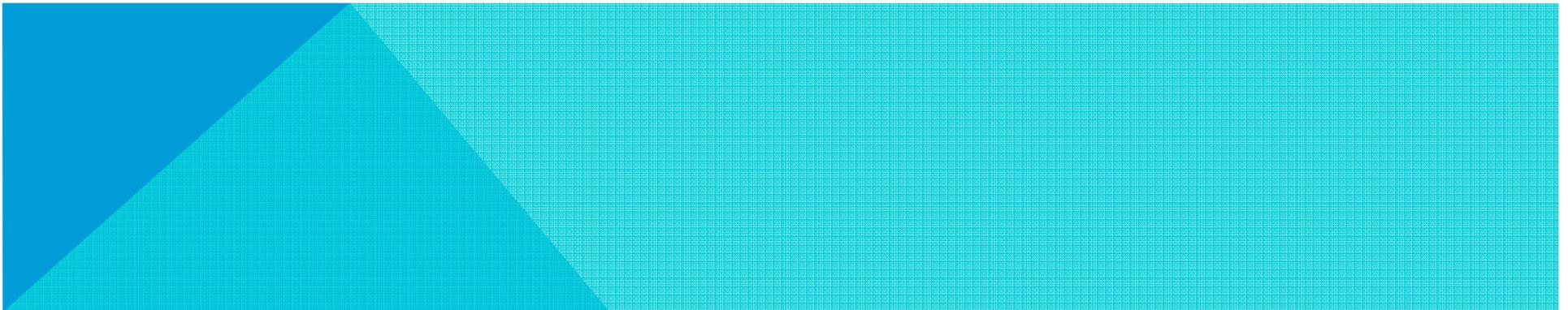
## Oxa-S (SASM) :

- Infection communautaire



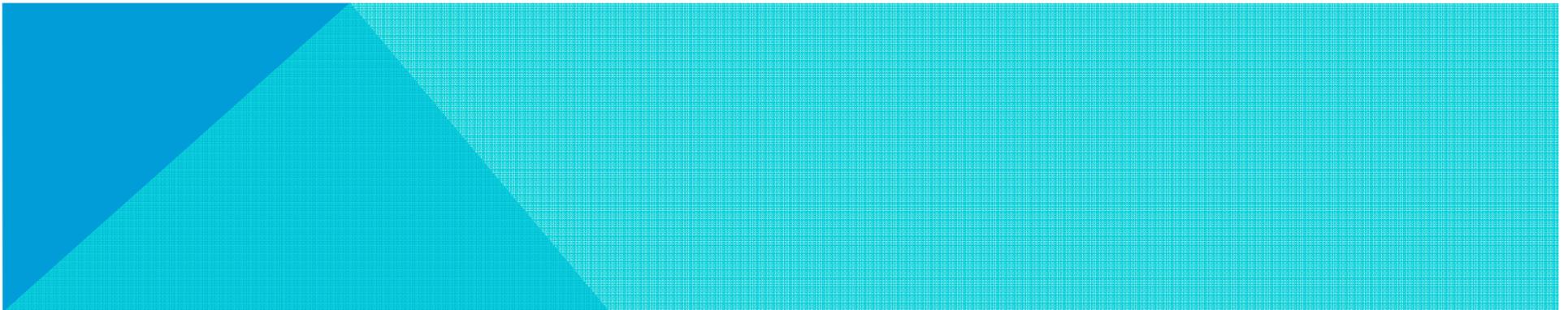
## QUELLE ANTIBIOTHÉRAPIE IV DÉBUTEZ-VOUS?

- 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)

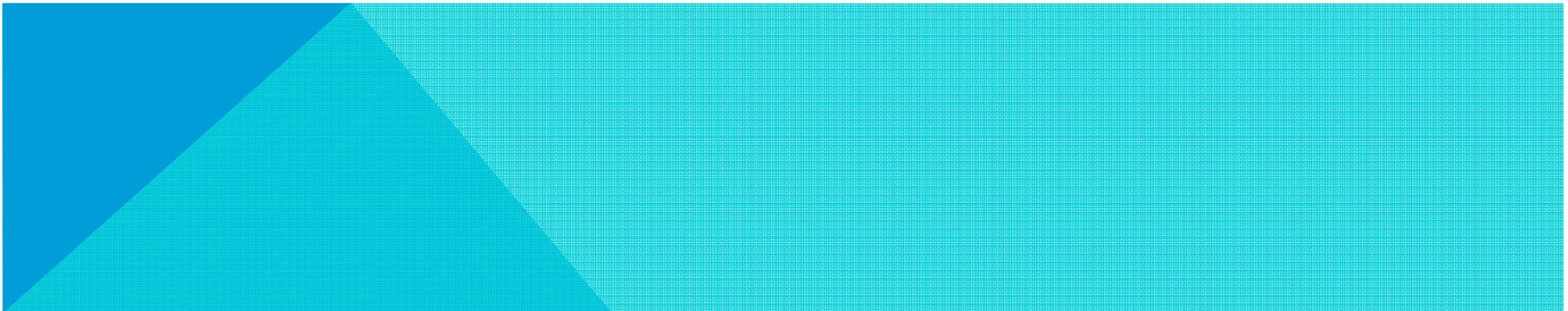
Alternative: céfazoline 80- 100mg/kg/j soit 6 g/j

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

si suspicion d' endocardite ou sepsis / choc septique

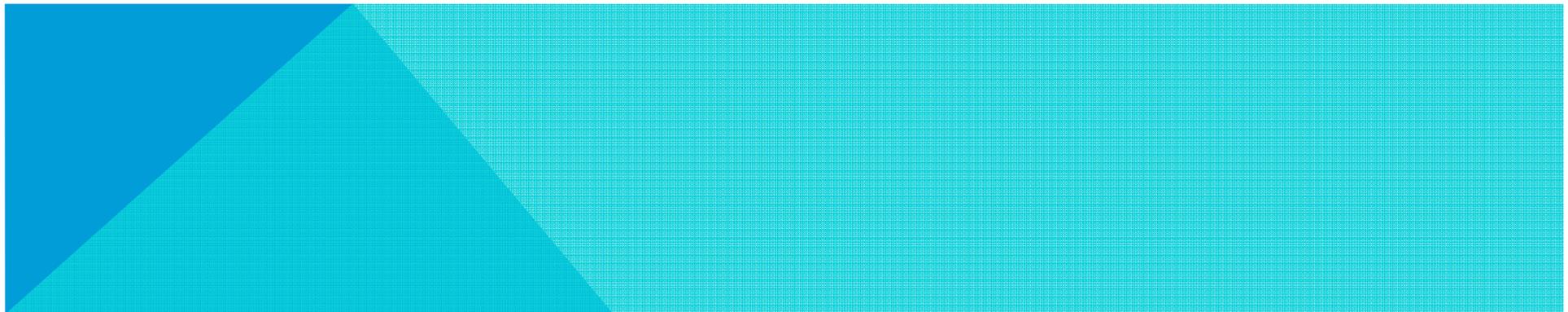
- Parentéral IV

**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.

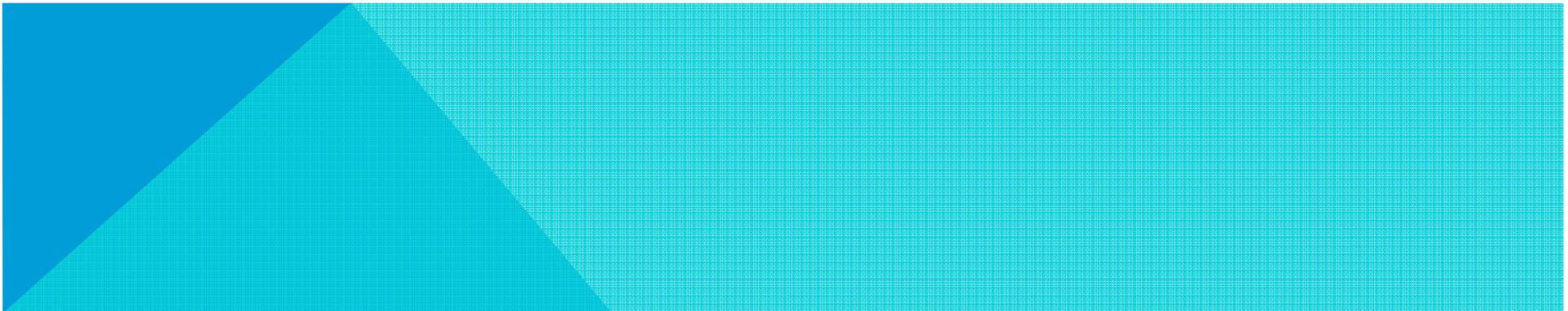


## LE LABORATOIRE CONFIRME VOTRE SUSPICION. QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISEZ-VOUS?

- 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

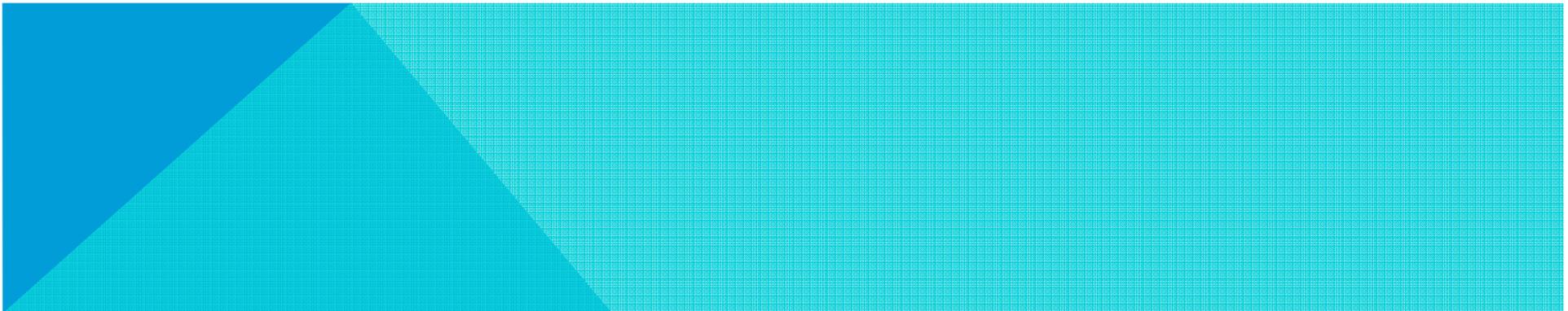


## LE LABORATOIRE CONFIRME VOTRE SUSPICION. QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉALISEZ-VOUS?

- 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'embolies septiques isolés?

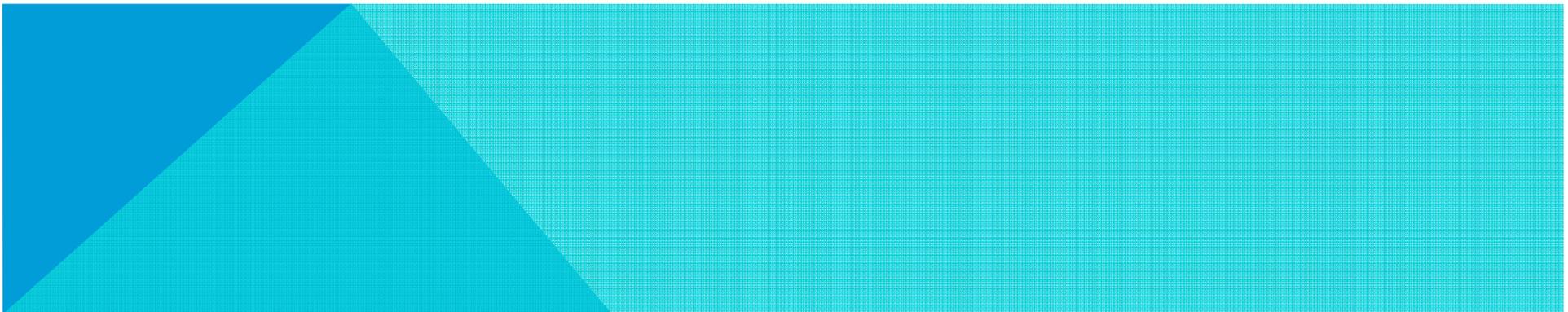
➤ 14 Jours IV, et si embolies au moins 21 jours de traitement



# 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.

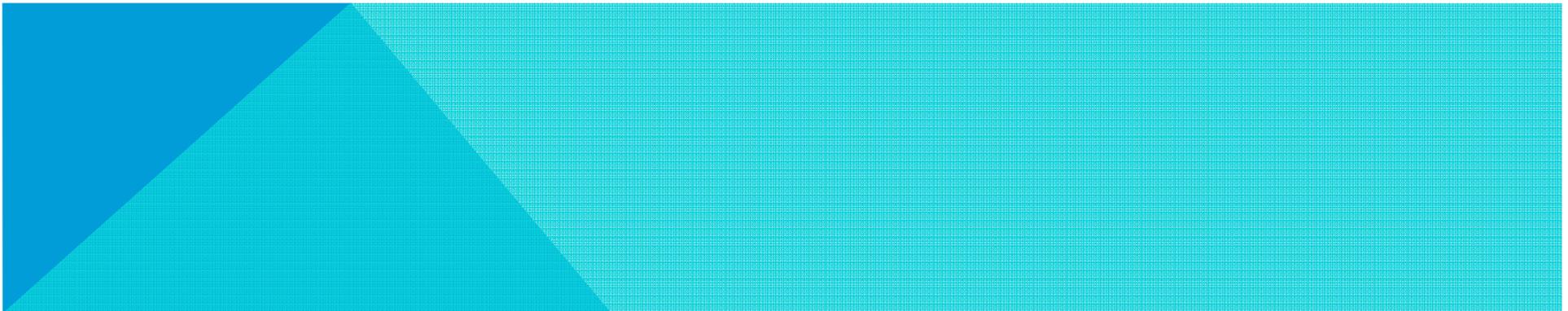
90 kg TAS 110/65, examen normal par ailleurs notamment pas de souffle cardiaque.

Il n'a pas d'allergie connue

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

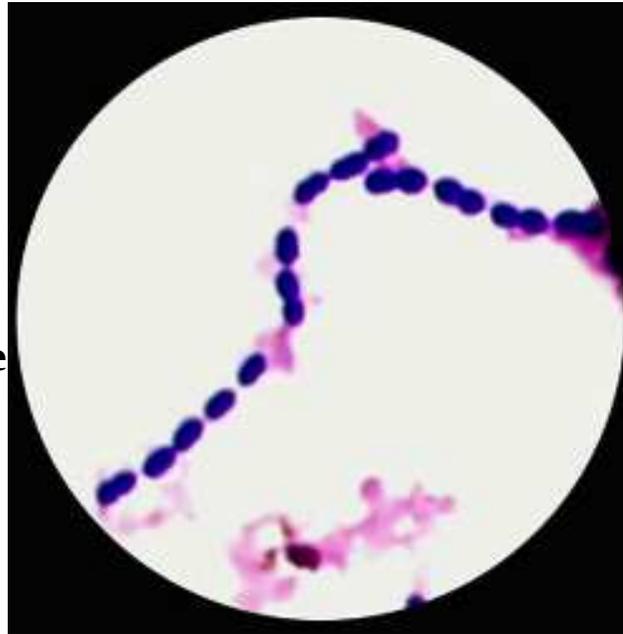
L'échographie abdominale confirme votre diagnostic d'angiocholite aiguë lithiasique: calcul enclavé dans la VBP

- 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



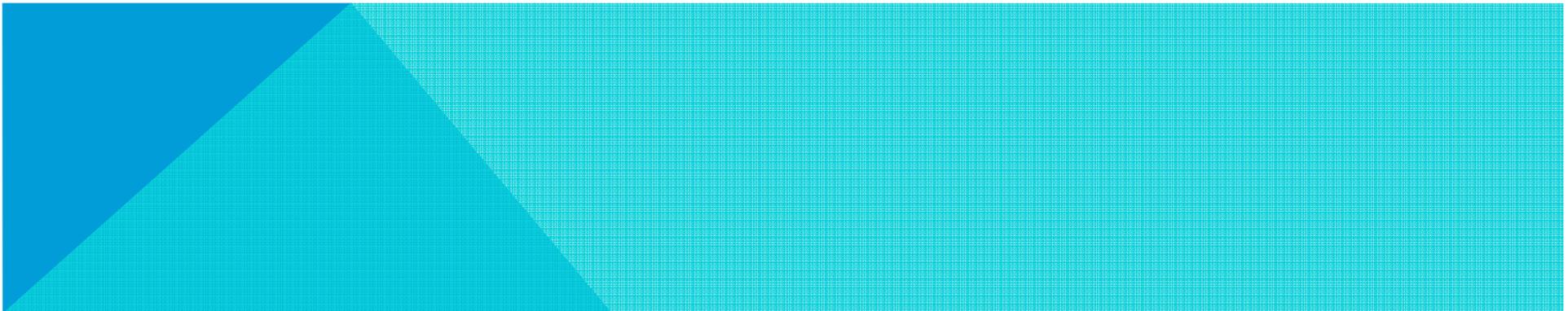
**TOUS LES *E.Faecalis* SONT SENSIBLES à L' AMPICILLINE en FR!**

## 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



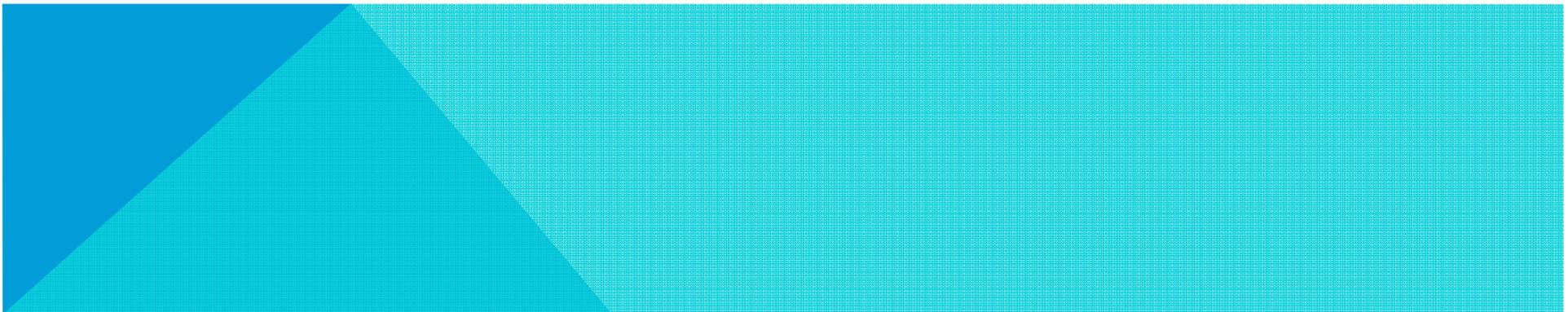
# MODIFIEZ- VOUS VOTRE ANTIBIOTHÉRAPIE?

➤ 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 +

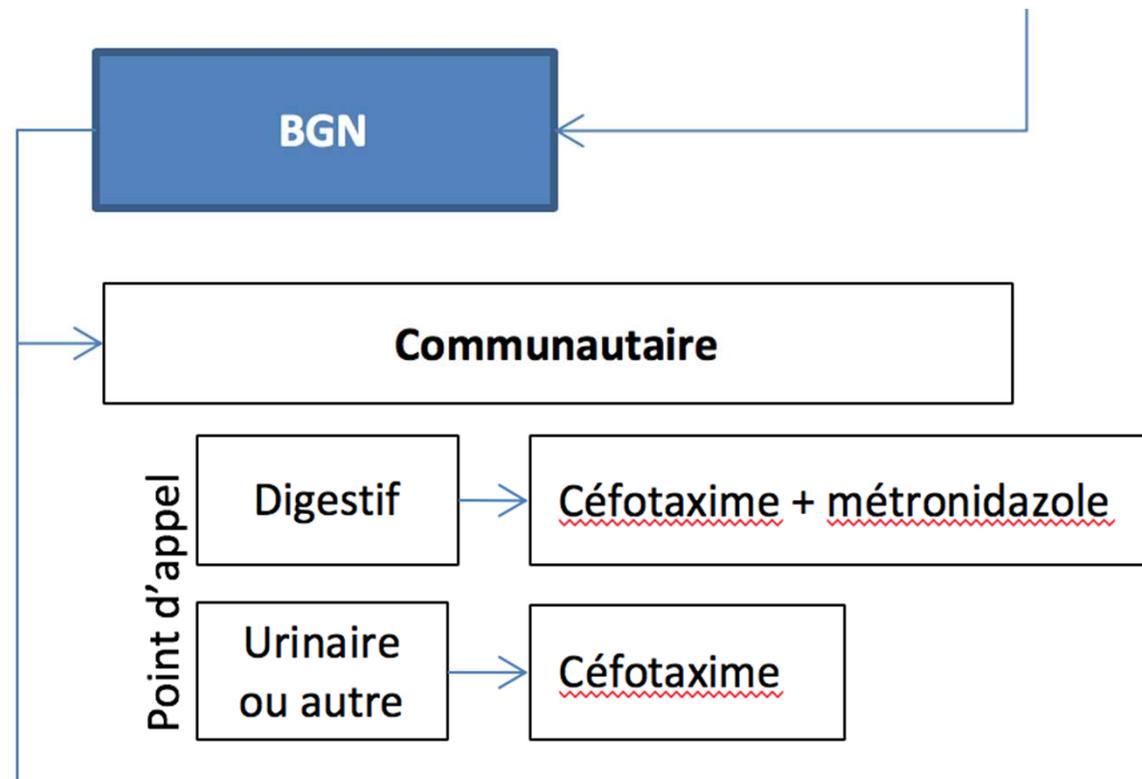
Pas d'antécédents uro-néphro

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

# PORTE D'ENTRÉE ?

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

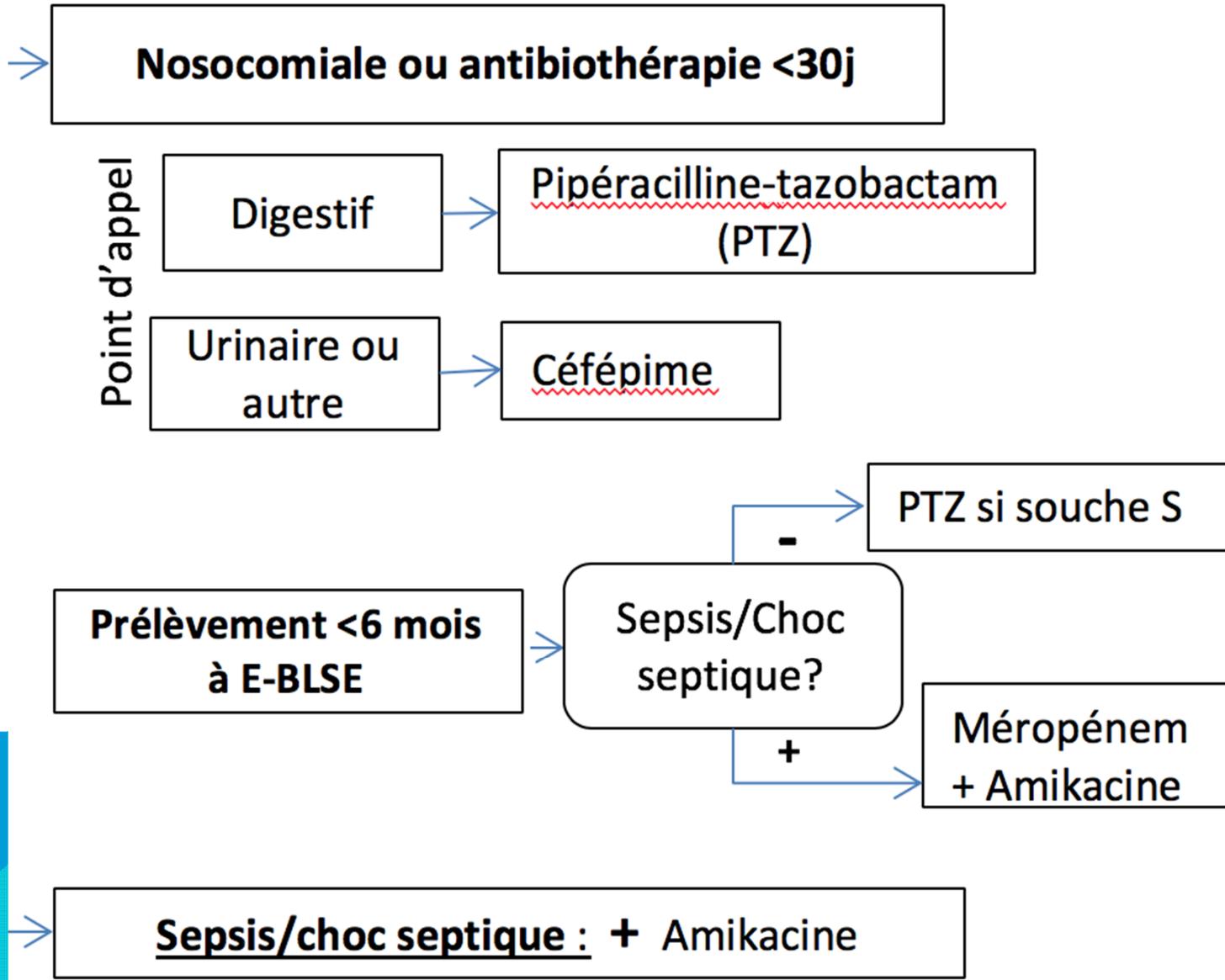
- **Urinaire ? (BU +) -->ECBU**
- **Digestive ?**
- **Biliaire ? (Echo abdo, et voies urinaires)**
- **Poumon ?**
- **Perfusion ?**



- 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 ?**



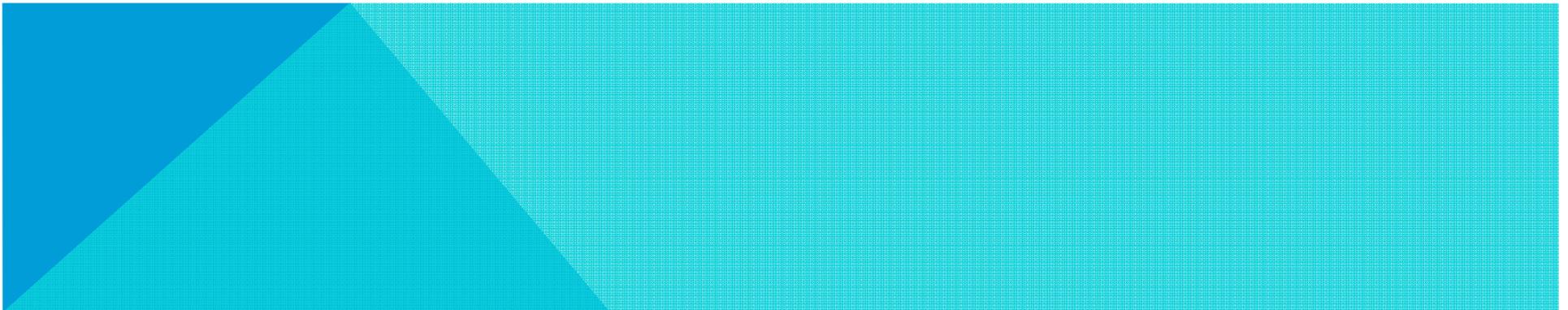
## IU documentées à E-BLSE (hors grossesse)



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

# QUELLE DURÉE?

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



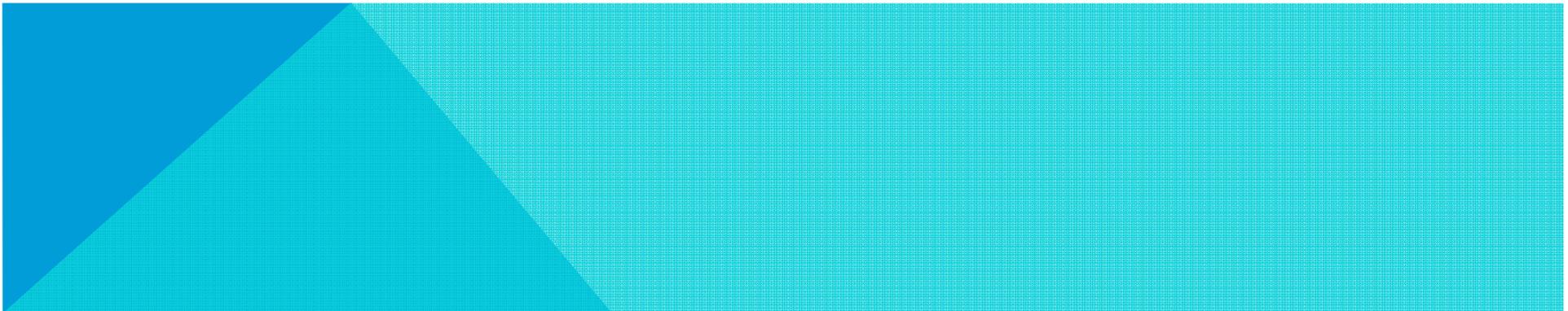
## QUELLE DURÉE?

- 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>
<b>Investigations % (n/N)</b>	
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)
<b>Targeted antimicrobial therapy</b>	
Combination therapy % (n/N)	11 (43/378)
Most frequently prescribed antimicrobial	Imipenem/Meropenem
Most frequent daily dose (grams)	[2.5-4]
<b>Follow-up blood cultures % (n/N)</b>	39 (147/378)
<b>IV-oral switch % (n/N)</b>	
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)
<b>Duration of treatment (days)</b>	
Median	10
Q1-Q3	7-14
Mode (n/N)	10 (118/373)
Second mode (n/N)	7 (117/373)

## **CAS CLINIQUE N°4**

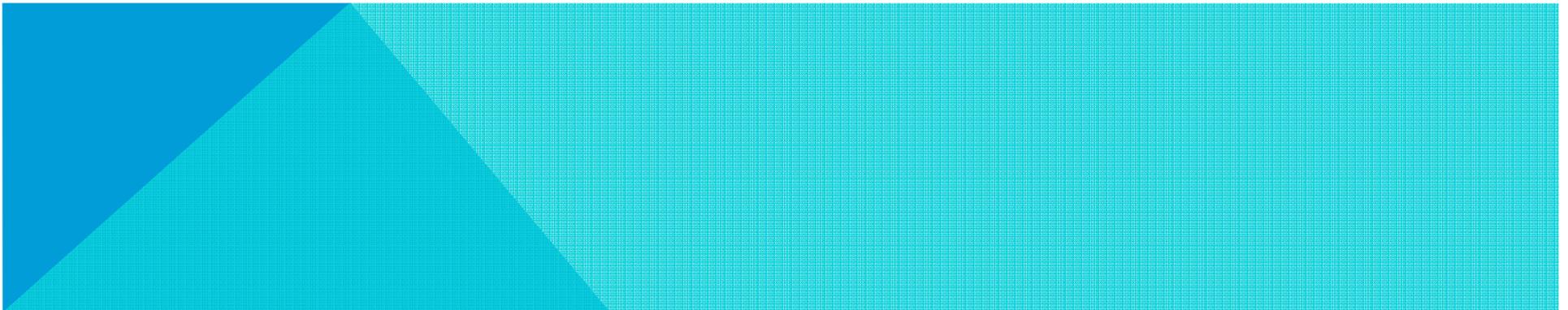
**Patiente de 55 ans**

**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**

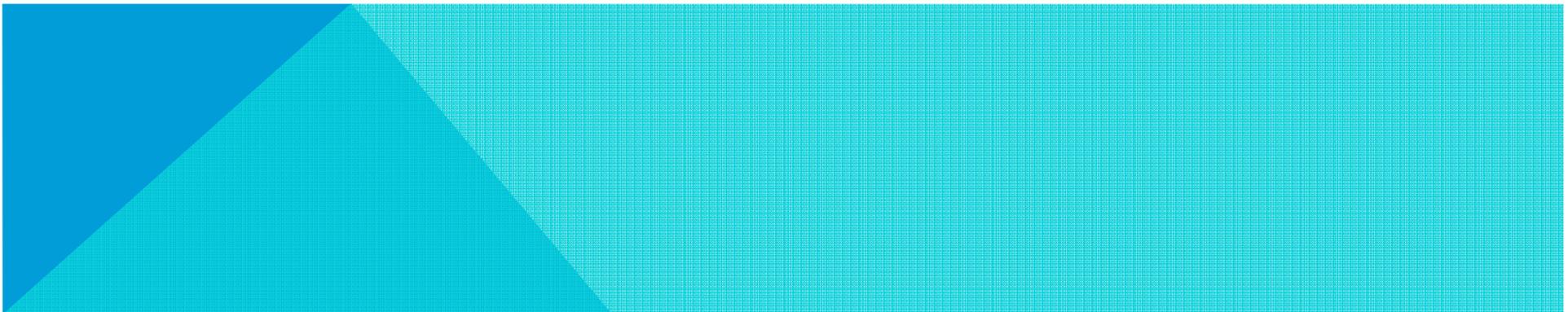
**Hémoc en périph:**

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

**Diagnostic ?**

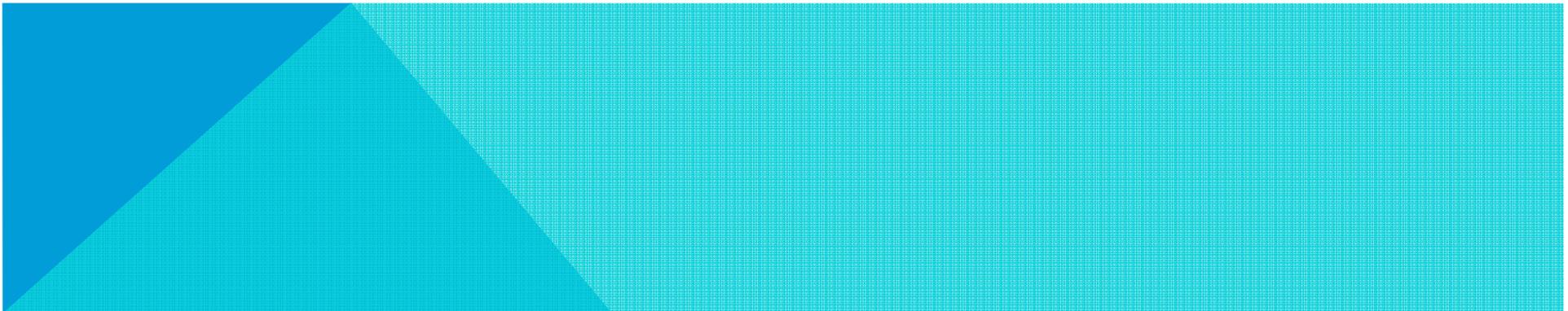
# BACTÉRIÉMIE LIÉE AU DIVLD

- ❑ 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<sup>naired</sup> ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée*

## Bactériémies primaires non compliquées.

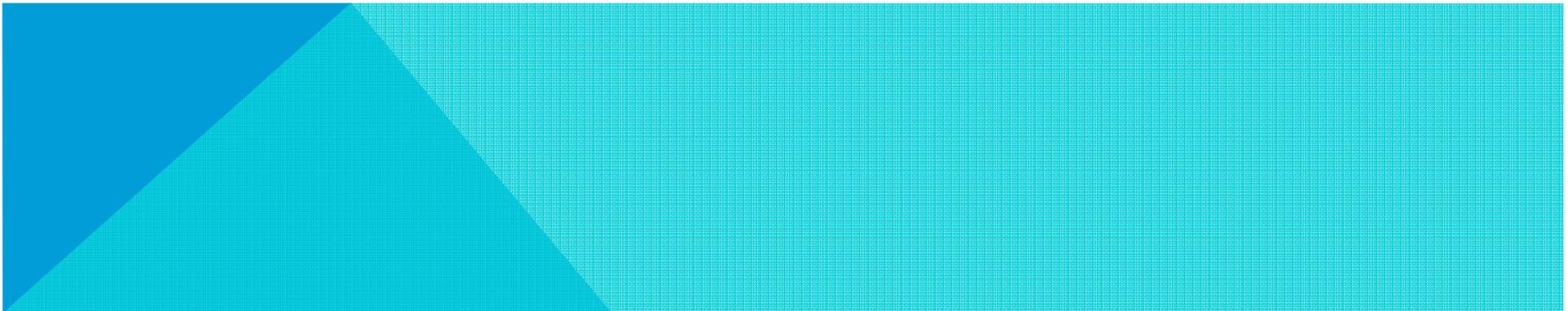
- En l'absence d'endocardite infectieuse et de localisation secondaire
- **5 jours:** staphylocoques à coagulase négative, streptocoques oraux
  - **7 jours:** entérobactéries, entérocoques
  - **10 jours:** bacilles à Gram négatif non fermentants
  - **14 jours:** *S. aureus* et *S. lugdunensis*.

## 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.



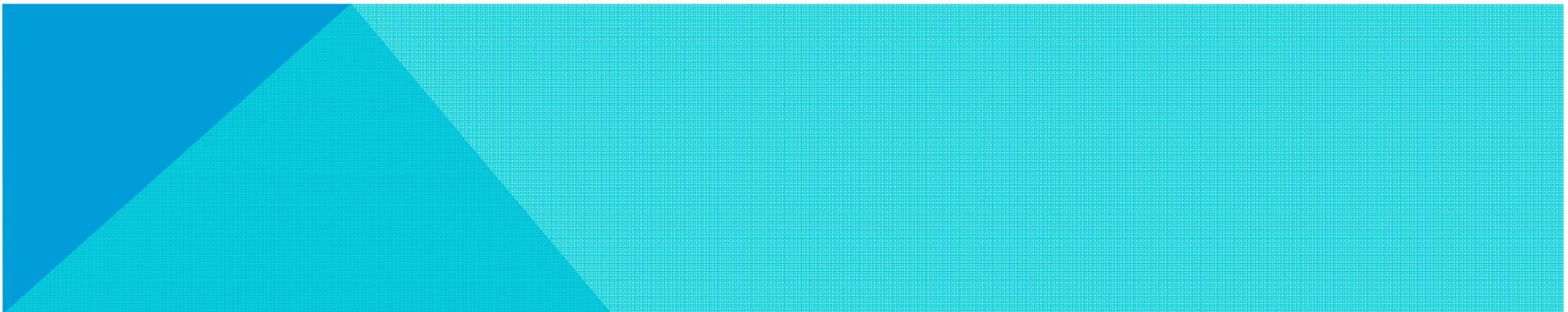
# QUEL EST LE DIAGNOSTIC LE PLUS PROBABLE ?

➤ Candidémie

❑ Plusieurs espèces de *Candida* peuvent être impliquées :

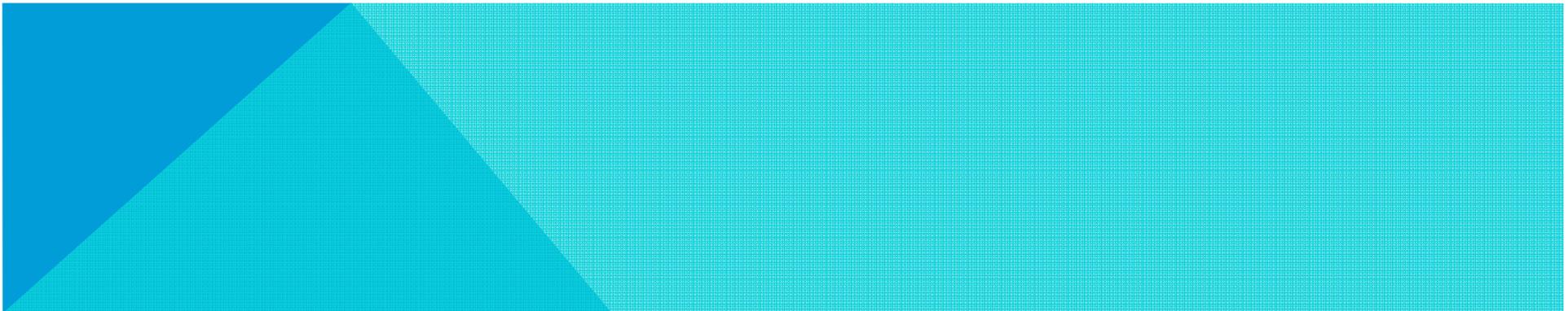
*C. albicans* (la plus fréquente), *C. glabrata* (15%), puis *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. Krusei* (fluco-R)...

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



# FACTEURS DE RISQUE DE CANDIDÉMIE

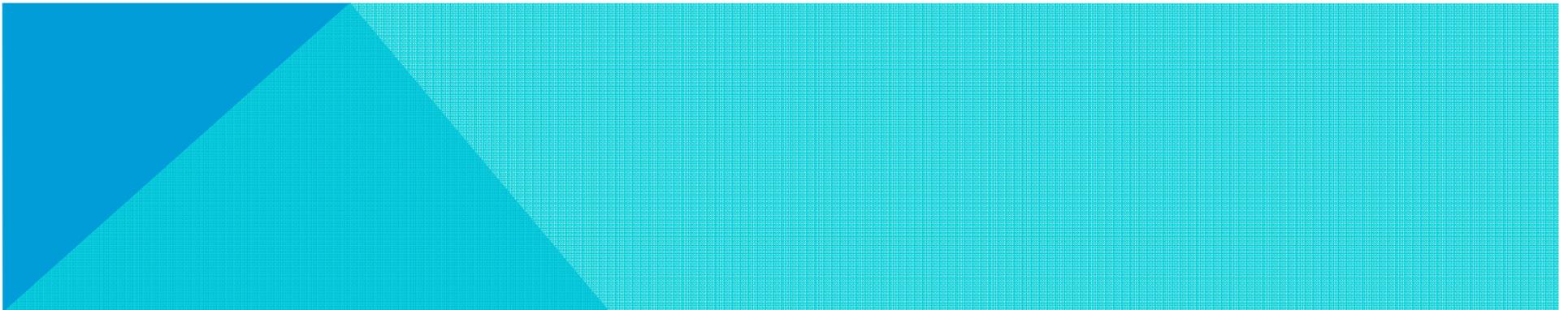
- immunodépression (neutropénie, corticothérapie,...)
- antibiothérapie préalable (qui favorise la prolifération des *Candida* du fait du déséquilibre de la flore commensale digestive)
- VVC en place de manière prolongée
- nutrition parentérale
- chirurgies abdominales itératives



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

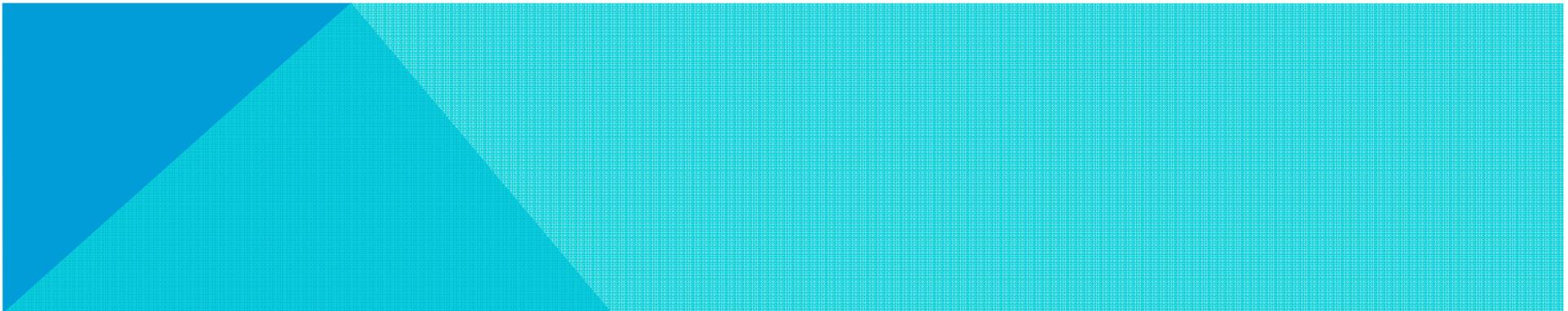
- Caspofungine 70 mg/j J1 puis 50 mg si poids <80 kg, ou micafungine 100 mg/j

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

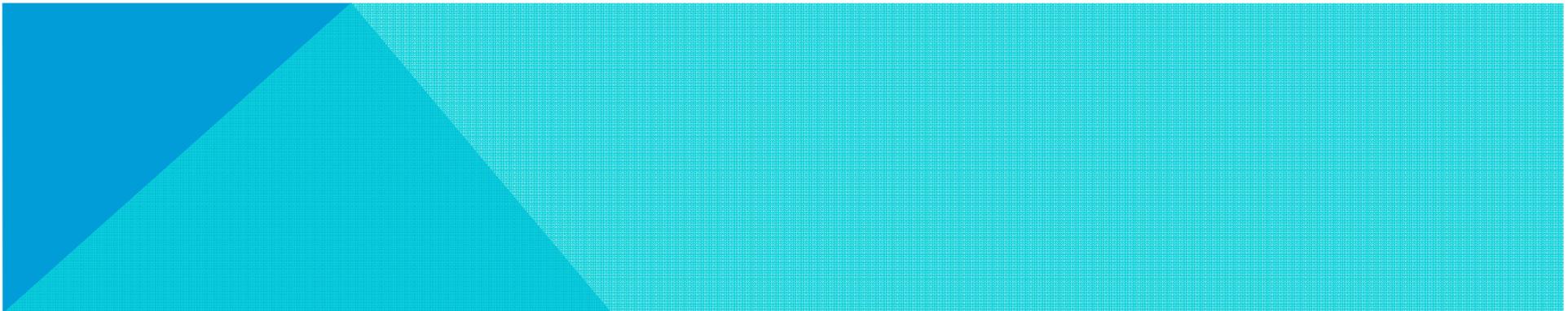
- **Ablation du KT+++**

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



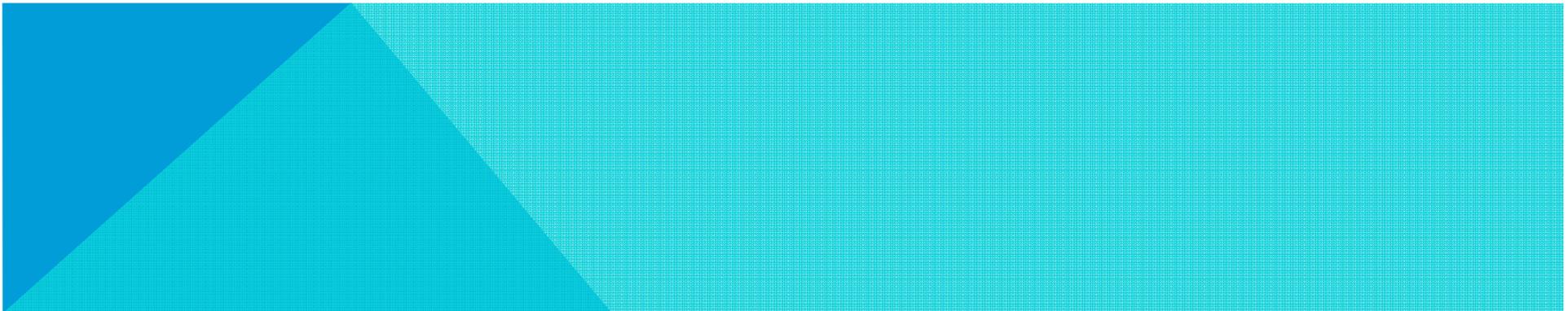
# BILAN DES LOCALISATIONS SECONDAIRES SEPTIQUES ?

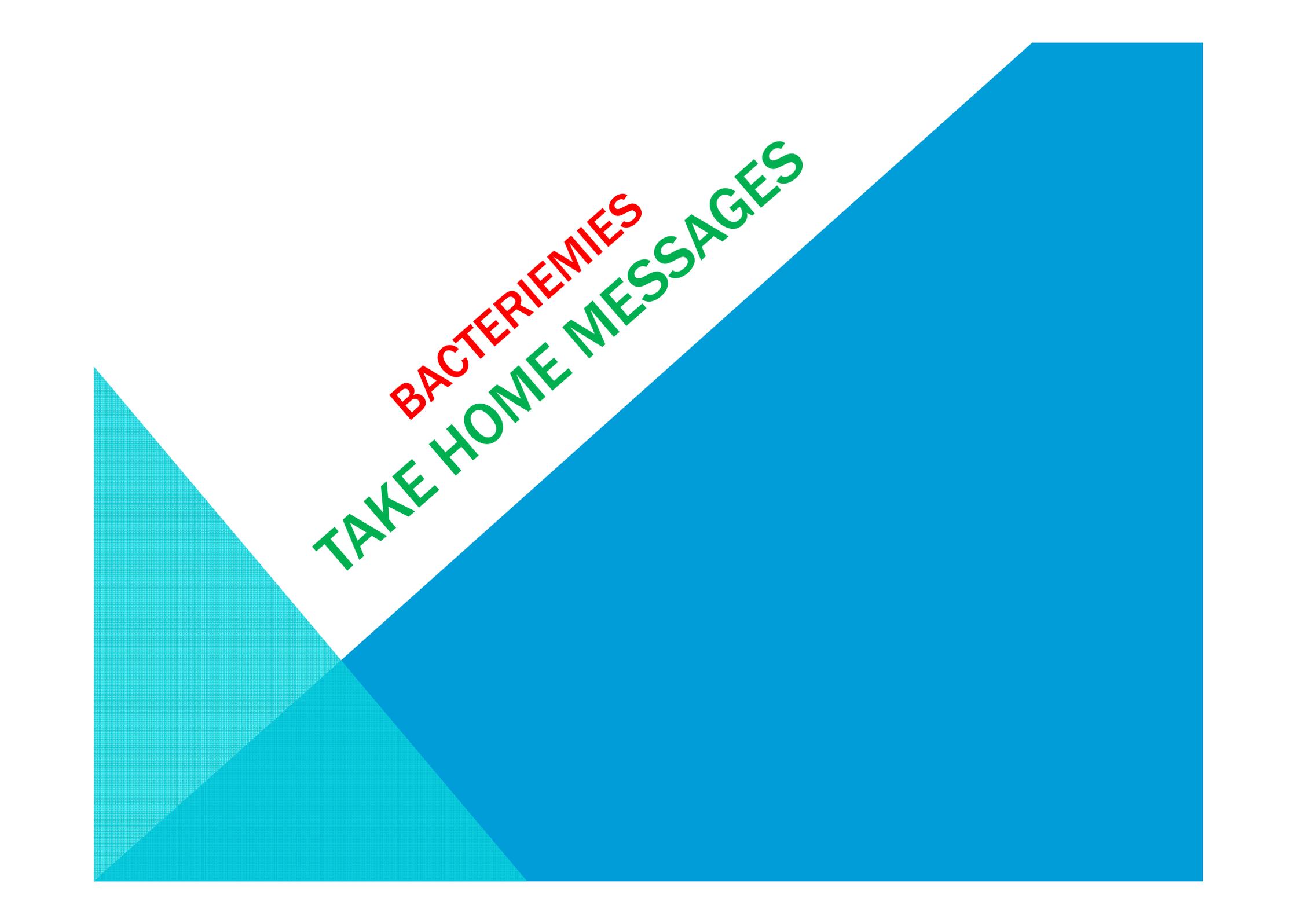
- ✓ **Fond d'œil**
- ✓ **Doppler veineux: recherche de thrombose septique sur KT**
- ✓ **Echo cœur: ETT- ETO**
- ✓ **TDM CTAP**
- ✓ **Hémocultures de contrôle /48h**



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?

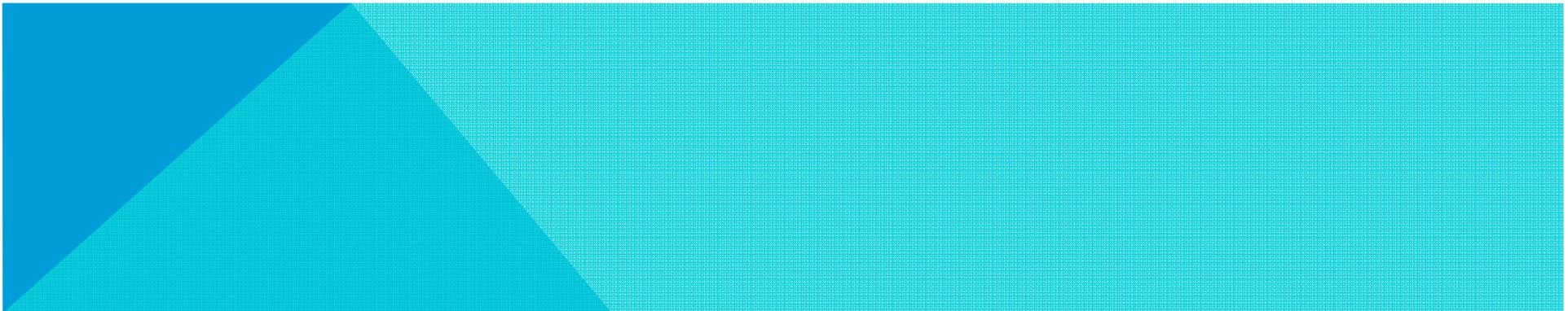
# LES RÉFLEXES

## ❖ Pour l'antibiothérapie:

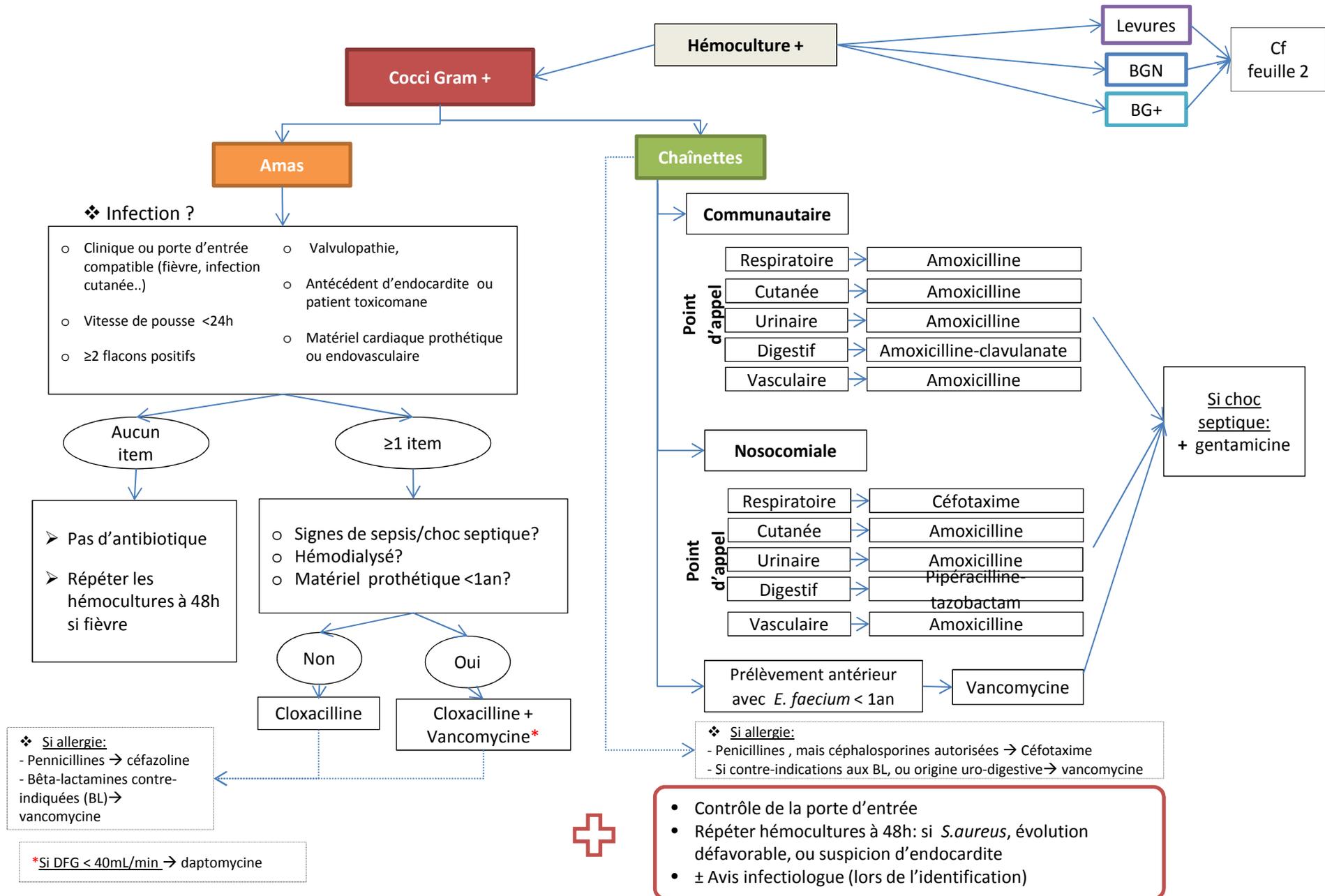
- Communautaire / lié aux soins ?
- Sepsis / choc septique?

## ❖ Durée

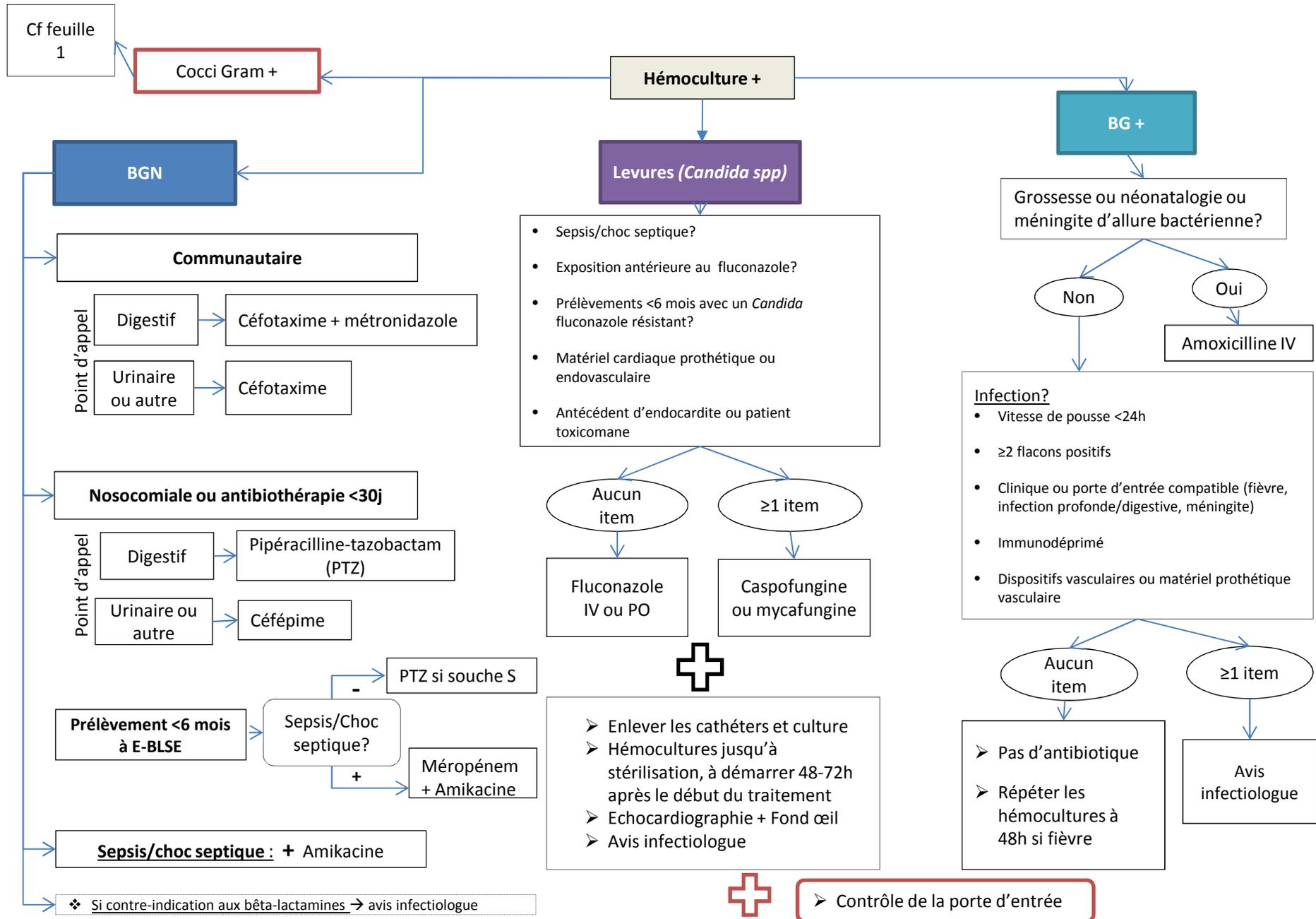
- 5 à 7 jours dans la majorité des cas
- 14 jours si *S. Aureus*, ou *Candida*
- Selon porte d'entrée / localisations secondaires septiques



# 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. Wintemberger 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 cm<sup>2</sup>).

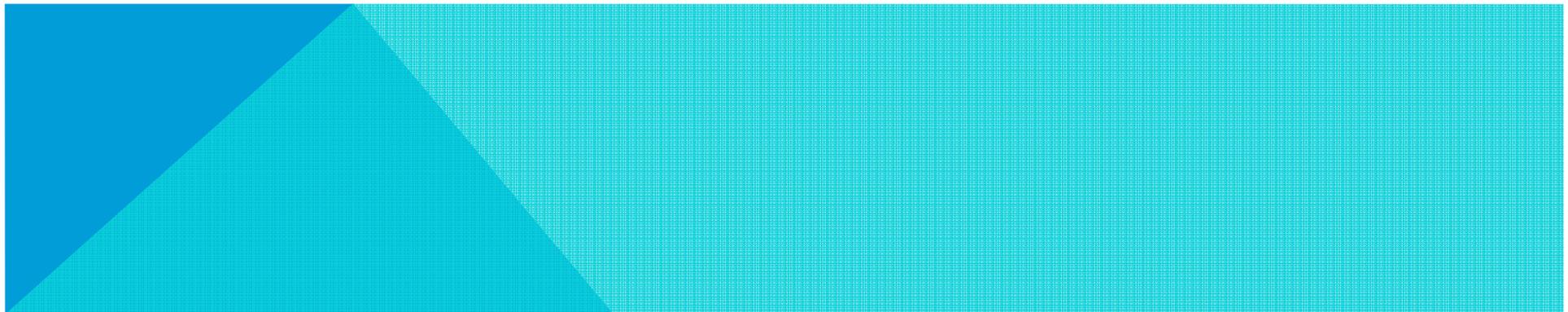
### Infections ostéo-articulaires

- **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*