

# Tableaux avec les antibiothérapies proposées dans le pied diabétique infecté

Recommandations 2007 sur la prise  
en charge du pied diabétique infecté

# Facteurs généraux et choix de l'ATB

| Facteurs associés      | Implications  |
|------------------------|---|
| Insuffisance rénale    | Tenir compte du potentiel néphrotoxique de certains ATB (aminosides, glycopeptides)<br>Adapter posologie et rythme des prises |
| Insuffisance cardiaque | Apport en sel de certains ATB (fosfomycine)<br>Surveillance clinique : oedèmes, OAP...  |
| Gastroparésie          | Modification de la biodisponibilité de certains ATB per os (fosfomycine)  |
| AOMI                   | Concentration tissulaire de l'ATB pas toujours efficace (même si taux sériques OK)  |
| Allergie               | Interrogatoire du patient<br>Proscrire les ATB si allergie démontrée  |

# Choix de l'antibiothérapie

- Coût du traitement
- Mode d'administration
- Risque associé à la présence de bactéries multirésistantes
- Diffusion tissulaire de l'ATB : certaines molécules ont démontré leur excellente diffusion dans les tissus du pied diabétique infecté (fluoroquinolones, fosfomycine, clindamycine)

# Antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention dans les infections du pied du patient diabétique (ostéite exclue)

| Type d'infection  | Pathogènes suspectés   | Antibiothérapie   |
|---|--|---|
| Infection d'une plaie superficielle et récente (< 1 mois)                         | SAMS<br>S. Pyogenes<br><br>SAMR  | Cloxacilline ou céfalexine ou [amoxicilline-acide clavulanique] ou clindamycine<br>Pristinamycine ou linézolide ou vancomycine ou teicoplanine                              |
| Dermohypodermite extensive<br>Lésion profonde et/ou chronique avec ou sans sepsis | SAMS, S. pyogenes<br>SAMR<br>SAMS<br>S. pyogenes, BGN, anaérobies,<br>SAMR | Oxacilline ± aminoglycosides (AG)<br>Vancomycine ou teicoplanine ou linézolide<br>[amoxicilline-acide clavulanique] ± AG<br><br>+ vancomycine ou teicoplanine ou linézolide |
| Sepsis sévère<br>Choc septique  | SAMS<br>S. pyogenes, BGN, anaérobies<br>SAMR, BGN, anaérobies              | [Pipéracilline-tazobactam] ou [ticarcilline-acide clavulanique ou ertapénème] + AG<br><br>Imipénème + [vancomycine ou teicoplanine ou linézolide] + AG                      |

# Evolution

- Réévaluation de la situation infectieuse après 48 à 72H
- Si évolution clinique favorable : poursuivre ATB initiale ou désescalade thérapeutique si ATB à large spectre pour couvrir SAMR ou BGN multi-résistants (non retrouvés sur les prélèvements)
- Si évolution défavorable : vérifier adéquation entre résultats des cultures et ATB initiale (couvrir les pathogènes isolés) ; rechercher une extension de l'infection vers les tissus profonds, une ischémie tissulaire, une inobservance thérapeutique...

# Voie d'administration de l'ATB

- Voie parentérale : à privilégier lors d'infections sévères, en cas d'ischémie, si molécules non utilisables per os, si état du patient incompatible avec prise orale
- Voie orale : en ambulatoire si suivi médical possible de façon rapprochée
- Prescrire les posologies maximales de chaque molécule et respecter les rythmes d'administration

# Critères d'hospitalisation

- Infection sévère (grade 4)
- Mauvaise compliance du patient avec mise en jeu du pronostic
- Plaie profonde avec suspicion d'atteinte ostéoarticulaire
- Evolution rapide et défavorable de la plaie
- Déséquilibre métabolique
- Ischémie sévère, gangrène
- Nécessité d'une ATV en IV non réalisable en ville
- Nécessité d'un geste chirurgical
- Impossibilité de suivi du patient

# Durée de l'ATB

- Durée optimale de l'ATB non déterminée
- Durée fonction de la sévérité initiale de l'infection et de l'état global du patient
- Infection de la peau et des parties molles :  
1 à 2 semaines pour les formes simples, 2 à 4 semaines pour les formes modérées à sévères
- Après amendement des signes infectieux : il n'est pas nécessaire de poursuivre l'ATB jusqu'à cicatrisation complète



# Ostéite documentée à SAMS

| Molécule  | Posologie par 24H  | Voie d'administration               | Périodicité                             | Remarques  |
|---|--|-------------------------------------|---|--|
| Oxacilline ou cloxacilline<br>± gentamicine         | 100-150 mg/kg par jour<br><br>4 mg/kg par jour           | I.V.<br><br>I.V.                    | 4 ou 6 heures<br><br>24 heures          | Jusqu'à réception des prélèvements<br>Pendant 48heures |
| OU  |  |                                     |   |  |
| Ofloxacin ou péfloxacin<br>+ rifampicine            | 600 mg/par jour<br>800 mg/jour<br>20 à 30 mg/kg par jour | I.V. - PO<br>I.V. - PO<br>I.V. - PO | 8 heures<br>12 heures<br>8 ou 12 heures | Per os dès que possible                                |
| OU  |  |                                     |   |  |
| Ofloxacin ou péfloxacin<br>+ acide fusidique        | 600 mg/par jour<br>800 mg/jour<br>1500 mg par jour       | I.V. - PO<br>I.V. - PO<br>I.V. - PO | 8 heures<br>12 heures<br>8 heures       | Per os dès que possible                                |
| OU  |  |                                     |   |  |
| Rifampicine<br>+ acide fusidique                    | 20 à 30 mg/kg par jour<br>1500 mg par jour               | I.V. - PO<br>I.V. - PO              | 8 ou 12 heures<br>8 heures              | Per os dès que possible                                |
| OU  |  |                                     |   |  |
| Clindamycine<br>+ rifampicine                       | 1800 mg/par jour<br>20 à 30 mg/kg par jour               | I.V. - PO<br>I.V. - PO              | 8 heures<br>8 ou 12 heures              | Per os dès que possible                                |
| OU  |  |                                     |   |  |
| [Triméthoprime + Sulfaméthoxazole]<br>+ rifampicine | 640/3200 mg<br><br>20 à 30 mg/kg par jour                | I.V.- PO<br><br>I.V. - PO           | 12 heures<br><br>8 ou 12 heures         | Per os dès que possible                                |

# Ostéite documentée à SAMR

| Molécule   | Posologie par 24H   | Voie d'administration                                | Périodicité  | Remarques   |
|--|---|--|--|---|
| Vancomycine<br>± gentamicine<br>Ou + rifampicine<br><br>Ou + fosfomycine | 1 g (dose de charge)<br>Puis 30 mg/kg<br>4 mg/kg par jour<br>20 à 30 mg/kg par jour<br><br>200 mg/kg par jour | I.V.<br>IV continue<br>I.V.<br>I.V. - PO<br><br>I.V. | Dose de charge (1h)<br>IVC ou par 12 heures<br>24 heures<br>8 ou 12 heures<br><br>8 heures | Ajuster selon les dosages<br>sériques<br>Pendant 48 heures<br>I.V. pendant 24-48 heures<br>puis PO<br>Perfusion de 1 à 2 heures |
| OU   |   |  |  |   |
| Rifampicine<br>+ acide fusidique   | 20 à 30 mg/kg par jour<br>1500 mg par jour  | I.V. - PO<br>I.V. - PO                               | 8 ou 12 heures<br>8 heures   | I.V. pendant 24-48 heures<br>puis PO  |
| OU   |   |  |  |   |
| [Triméthoprim +<br>Sulfaméthoxazole]<br><br>+ rifampicine                | 640/3200 mg<br><br>20 à 30 mg/kg par jour   | I.V. - PO<br><br>I.V. - PO                           | 12 heures<br>(≈ 2 cp par 12 heures de<br>Bactrim forte)<br>8 ou 12 heures                  | I.V. pendant 24-48 heures<br>puis PO  |
| OU   |   |  |  |   |
| Teicoplanine<br><br>+ rifampicine  | 24 mg/kg par jour<br>Puis 12 mg/kg par jour<br>20 à 30 mg/kg par jour   | I.V. - Sous-cutané<br>Sous-cutané<br>I.V. - PO       | 12 heures dose de charge<br>24 heures<br>8 ou 12 heures                                    | Pendant 48 heures, puis<br>toutes les 24 heures   |

\* Ajuster les posologies pour avoir une concentration résiduelle (IV discontinue) ou un plateau (IV continue) à 30 mg/l pour la vancomycine ou une concentration résiduelle de 30-40 mg/l par méthode HPLC pour la teicoplanine

# Ostéite documentée à *Streptococcus* spp

| Molécule                        | Posologie par 24H   | Voie d'administration                          | Périodicité   | Remarques   |
|---------------------------------|---|--|---|---|
| Amoxicilline<br>+ rifampicine   | 150-200 mg/kg par jour<br>20 à 30 mg/kg par jour                      | I.V.<br>I.V. - PO                              | 4 à 6 heures<br>8 ou 12 heures                                | Per os dès que possible<br>I.V. pendant 24-48<br>heures puis PO |
| OU                              |   |  |   |   |
| Clindamycine<br>+ rifampicine   | 1800 mg/par jour<br>20 à 30 mg/kg par jour                            | I.V. - PO<br>I.V. - PO                         | 8 heures<br>8 ou 12 heures                                    | Per os dès que possible   |
| OU                              |   |  |   |   |
| Vancomycine<br>Ou + rifampicine | 1 g (dose de charge)<br>Puis 30 mg/kg<br>20 à 30 mg/kg par jour       | I.V.<br>IV continue<br>I.V. - PO               | Dose de charge (1h)<br>IVC ou par 12 heures<br>8 ou 12 heures | Ajuster selon les dosages<br>sériques                           |
| OU                              |   |  |   |   |
| Teicoplanine<br>+ rifampicine   | 24 mg/kg par jour<br>Puis 12 mg/kg par jour<br>20 à 30 mg/kg par jour | I.V. - Sous-cutané<br>Sous-cutané<br>I.V. - PO | 12 heures dose de charge<br>24 heures<br>8 ou 12 heures       | Pendant 48 heures, puis<br>toutes les 24 heures                 |

\* Ajuster les posologies pour avoir une concentration résiduelle (IV discontinue) ou un plateau (IV continue) à 30 mg/l pour la vancomycine ou une concentration résiduelle de 30-40 mg/l par méthode HPLC pour la teicoplanine

# Ostéite documentée à entérobactéries

| Molécule                                       | Posologie par 24H  | Voie d'administration          | Périodicité                                | Remarques               |
|--|--|--------------------------------|--|-------------------------|
| Céfotaxime<br>± ofloxacine<br>Ou ciprofloxacin | 200 mg/kg par jour<br>600 mg par jour<br>800 à 1200 mg par jour<br>Ou 1000 à 1500 mg/j | I.V.<br>I.V. - PO<br>I.V.ou PO | 4 à 6 heures<br>8 heures<br>8 ou 12 heures | Per os dès que possible |
| OU   |  |                                |  |                         |
| Ofloxacine<br>Ou ciprofloxacin                 | 600 mg par jour<br>800 à 1200 mg par jour<br>Ou 1000 à 1500 mg/j                       | I.V. - PO<br>I.V.ou PO         | 8 heures<br>8 ou 12 heures                 | Per os dès que possible |

# Durée du traitement antibiotique

- Durée optimale du traitement ATB d'une ostéite ? Difficile à préciser (peu d'études cliniques)
- Pas de marqueurs biologiques ou d'imagerie permettant d'affirmer la guérison
- Si os infecté complètement excisé et tissus mous environnants non infectés : 48 à 72H d'ATB
- Si résection de tous l'os infecté mais persistance d'une infection des parties molles : tr<sup>t</sup> ATB de 2 à 4 semaines
- Si résection partielle du tissu osseux infecté : 4 à 6 semaines d'ATB
- En l'absence de chirurgie d'exérèse : tr<sup>t</sup> ATB d'au moins 6 semaines