

# Vers un raccourcissement des durées d'antibiothérapie

Eric Bonnet

Groupe des Référentiels de la SPILF

Groupe de Bon Usage des Antibiotiques de la SPILF

Equipe Mobile d'Infectiologie.

Hôpital Joseph Ducuing

Clinique Pasteur

Toulouse

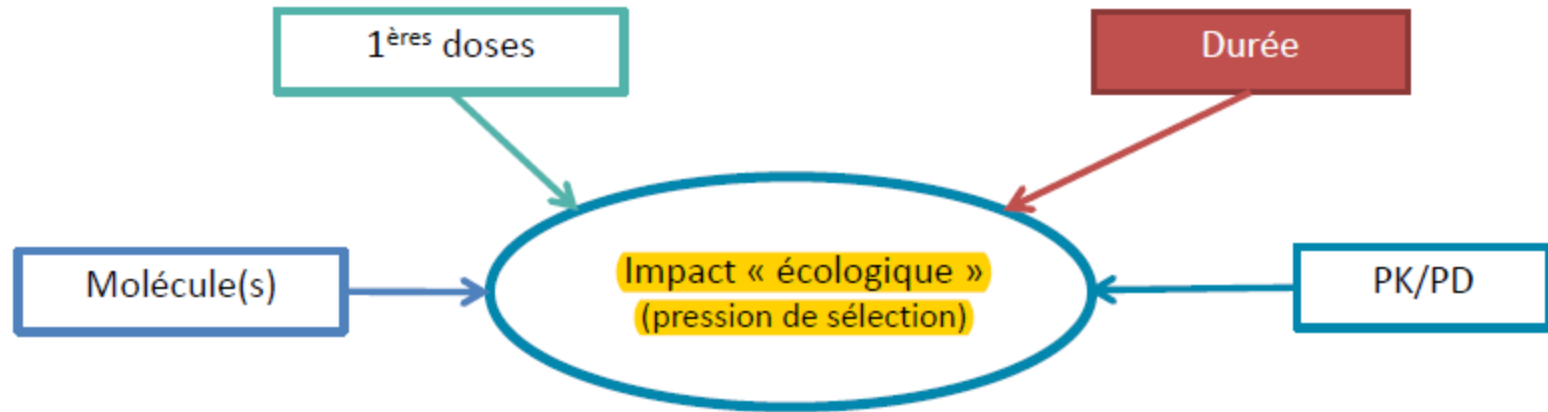
# Préambule

- Fourchettes de durée de traitement souvent larges
- Diminution de la quantité des antibiotiques consommés = objectif majeur de santé publique.
  - Réduction des durées de traitement = outil permettant d'atteindre cet objectif.
- Réduction de la durée de traitement et réévaluation par un senior des traitements de plus de 7 jours = propositions incluses dans PROPIAS et dans rapport « Tous ensemble, sauvons les antibiotiques ».

# Pourquoi s'intéresser à la durée des traitements anti-infectieux ?

- Réduction durée de traitements anti-infectieux
  - Réduction de la **consommation des anti-infectieux**
  - Réduction effets indésirables
  - Réduction coûts
    - Liés au traitement lui-même
    - Liés aux modalités d'administration, surveillance
    - Liés à prolongation durée d'hospitalisation
    - Liés à la gestion des effets secondaires

## Pourquoi s'intéresser à la durée des traitements anti-infectieux ?





**Les durées de prescription devront être les plus courtes possibles**, comme le rappelle la HAS dans la fiche mémo « Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours ». **Le groupe de travail recommande d'inscrire une durée unique de prescription, en supprimant la borne haute dans les fourchettes de prescription.** Ainsi, les recommandations ne présenteraient plus une durée de traitement comprise entre 7 et 10 jours, mais uniquement de 7 jours.

**Rapporteurs : Dr Jean CARLET et Pierre LE COZ**

Jun 2015

# Les nouvelles « données » de l'antibiothérapie

- Malgré la baisse récente de l'utilisation des antibiotiques, la France reste un des pays où les antibiotiques sont le plus prescrits
- Réduction de la résistance aux antibiotiques pour certaines espèces bactériennes attribuée pour :
  - *S. pneumoniae* à la vaccination par le Prevenar® et la ↘ de la consommation des antibiotiques
  - *H. influenzae* (↘  $\beta$  lactamases), à la ↘ de la consommation des antibiotiques et aux types d'antibiotiques prescrits
  - *S. pyogenes* à la circulation prédominante de souches sensibles aux macrolides
- Emergence dans la communauté de souche d' *E. coli* producteur de BLSE favorisée par la sur-prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires en particulier pour les :
  - Céphalosporines
  - Quinolones (adulte)



# HHS Public Access

Author manuscript

*JAMA Intern Med.* Author manuscript; available in PMC 2017 January 12.

Published in final edited form as:

*JAMA Intern Med.* 2016 September 01; 176(9): 1254–1255. doi:10.1001/jamainternmed.2016.3646.

## The New Antibiotic Mantra—“Shorter Is Better”

Brad Spellberg, MD

Los Angeles County+University of Southern California Medical Center, Los Angeles; Department of Medicine, Keck School of Medicine at University of Southern California, Los Angeles.

**Table**

Infections for Which Short-Course Therapy Has Been Shown to Be Equivalent in Efficacy to Longer Therapy

| Disease   | Treatment, Days |       |
|---|-----------------|-------|
|   | Short           | Long  |
| Community-acquired pneumonia <sup>1-3</sup>                     | 3-5             | 7-10  |
| Nosocomial pneumonia <sup>6,7</sup>                             | ≤8              | 10-15 |
| Pyelonephritis <sup>10</sup>                                    | 5-7             | 10-14 |
| Intraabdominal infection <sup>11</sup>                          | 4               | 10    |
| Acute exacerbation of chronic bronchitis and COPD <sup>12</sup> | ≤5              | ≥7    |
| Acute bacterial sinusitis <sup>13</sup>                         | 5               | 10    |
| Cellulitis <sup>14</sup>  | 5-6             | 10    |
| Chronic osteomyelitis <sup>15</sup>                             | 42              | 84    |

# Infections respiratoires hautes



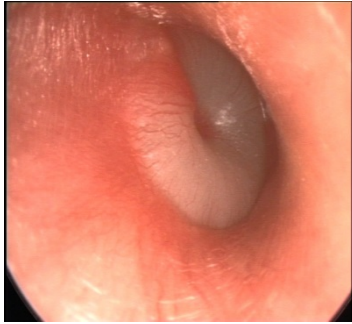
# Recommandations SPILF/GPIP-SFP

La prescription d'antibiothérapie doit être proscrite (au regard des conséquences individuelles et collectives qu'elle entraîne) dans les **situations suivantes** :

- **Rhinopharyngite**, même en cas de sécrétions nasales d'aspect purulent ou muco-purulent,
- Angine à TDR- ou en l'absence d'utilisation de TDR
- **Otite congestive de l'enfant**
- **Otite séro-muqueuse de l'enfant**

**L'amoxicilline est la molécule recommandée en première intention dans l'immense majorité des situations où les antibiotiques sont justifiés**

## **Enfants**



**Otite moyenne aiguë  
purulente**



**Sinusite maxillaire**



**Angine à streptocoque  
du groupe A**

80 – 90 mg/kg/j  
2 prises/jour  
≤ 2 ans : pendant 8 – 10 jrs  
> 2 ans : pendant **5 jrs**

80 – 90 mg/kg/j  
2 prises/jour  
pendant **8 – 10 jrs**

50 mg/kg/j  
2 prises/jour  
pendant **6 jrs**

Sans dépasser les doses adultes

**L'amoxicilline est la molécule recommandée en première intention dans l'immense majorité des situations où les antibiotiques sont justifiés**

**Adultes**

**Otite moyenne aiguë  
purulente**

1 gr 3 fois par jour :  
pendant **8 jours**

**Sinusite maxillaire**

1 gr 3 fois par jour :  
pendant **8 jours**

**Angine à streptocoque  
du groupe A**

1 gr 2 fois par jour :  
pendant **6 jours**



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

---

---

**Médecine et  
maladies infectieuses**

---

---

*Médecine et maladies infectieuses* 47 (2017) 92–141

Original article

## Proposal for shorter antibiotic therapies

*Propositions pour des antibiothérapies plus courtes*

C. Wintenberger<sup>a</sup>, B. Guery<sup>b</sup>, E. Bonnet<sup>c</sup>, B. Castan<sup>d</sup>, R. Cohen<sup>e</sup>, S. Diamantis<sup>f</sup>, P. Lesprit<sup>g</sup>,  
L. Maulin<sup>h</sup>, Y. Péan<sup>i</sup>, E. Peju<sup>j</sup>, L. Piroth<sup>j</sup>, J.P. Stahl<sup>k</sup>, C. Strady<sup>l</sup>, E. Varon<sup>m</sup>, F. Vuotto<sup>b</sup>,  
R. Gauzit<sup>n,\*</sup>, Recommendation Group of the SPILF

# Durées de traitement

## Suggested treatment durations:

- 5 days:
  - acute otitis media (AOM) in children from 2 years of age, without any relapse nor any otorrhea,
  - adult maxillary sinusitis;
- 6 days:
  - group A streptococcal tonsillitis treated with amoxicillin;
- 10 days:
  - AOM in children aged below 2 years, or recurrent AOM, or AOM associated with otorrhea,
  - pediatric maxillary sinusitis,
  - frontal sinusitis.

# Infections respiratoires basses

# Mise au point SPILF/SPLF-Afssaps. 2010

Pneumonie aiguë communautaire. Exacerbations de BPCO

- « La gravité des PAC liées à cette étiologie justifie de débiter en urgence une antibiothérapie efficace sur *S. pneumoniae*...pendant **7 à 14 jours**. »
- « En cas de pneumonie aiguë communautaire survenant dans un contexte grippal, il est recommandé de prescrire l'association amoxicilline-acide clavulanique (pendant **7 à 14 jours**)... »
- « ...Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors une antibiothérapie pendant **7 à 14 jours**. »

# Recommendations IDSA. 2007.

- Patients with CAP should be treated for a **minimum of 5 days** (level I evidence), should be afebrile for 48–72 h, and should have no more than 1 CAP-associated sign of clinical instability
  - Criteria for clinical stability.
    - Temperature 37.8C
    - Heart rate 100 beats/min
    - Respiratory rate 24 breaths/min
    - Systolic blood pressure 90 mm Hg
    - Arterial oxygen saturation 90% or pO<sub>2</sub> 60 mm Hg on room air
    - Ability to maintain oral intake
    - Normal mental status



# Propositions du groupe « recommandations » de la SPILF

- Durées à retenir après analyse des données de la littérature
  - 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.

# Stratégies de réduction de l'utilisation des antibiotiques à visée curative en réanimation. RFE. 2014.

- Dans les PAVM chez les patients non immunodéprimés, lorsque l'antibiothérapie initiale est adaptée,, il faut limiter la durée totale de l'antibiothérapie à **8 jours** quelle(s) que soi(en)t la(les) bactérie(s) responsable(s) (*Accord faible*).
- En dehors de situations cliniques particulières, il faut probablement\* limiter à 5-7 jours le traitement des infections communautaires (*Accord fort*).
- Il faut probablement\* limiter à 5-7 jours le traitement d'une bactériémie liée au cathéter si les hémocultures se négativent dans les 3 premiers jours du traitement et si le cathéter a été retiré (*Accord fort*).  
Seules exceptions : bactériémie à *S. aureus*, ou bactériémie compliquée de métastases infectieuses (*Accord fort*). → 14 jours

# Infections urinaires

## **Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte**

**R.25. Il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires avant arthroplastie réglée de hanche ou de genou (D-II).**

**R.26. Il est recommandé de ne pas dépister et de ne pas traiter les colonisations urinaires avant chirurgie cardio-vasculaire (D-III).**

Original article

## Proposal for shorter antibiotic therapies

*Propositions pour des antibiothérapies plus courtes*

C. Wittenberger<sup>a</sup>, B. Guery<sup>b</sup>, E. Bonnet<sup>c</sup>, B. Castan<sup>d</sup>, R. Cohen<sup>e</sup>, S. Diamantis<sup>f</sup>, P. Lesprit<sup>g</sup>,  
 L. Maulin<sup>h</sup>, Y. Péan<sup>i</sup>, E. Peju<sup>j</sup>, L. Piroth<sup>k</sup>, J.P. Stahl<sup>l</sup>, C. Strady<sup>m</sup>, E. Viron<sup>no</sup>, F. Vuotto<sup>o</sup>,  
 R. Gauzit<sup>a,\*</sup>, Recommendation Group of the SPLIF

## Suggested treatment durations:

- 1 day (single-dose): acute uncomplicated cystitis (fosfomycin-trometamol);
- 3 days: catheter-related acute cystitis;
- 5 days:
  - acute uncomplicated cystitis (pivmecillinam or nitrofurantoin),
  - acute cystitis at risk of complications or healthcare-associated acute cystitis (co-trimoxazole or fluoroquinolones);
- 7 days:
  - acute cystitis at risk of complications or healthcare-associated acute cystitis (antibiotics other than co-trimoxazole or fluoroquinolones),
  - acute pyelonephritis (fluoroquinolone or injectable beta-lactam);
- 10 days: severe acute pyelonephritis and/or at risk of complications and/or healthcare-associated and/or antibiotics other than fluoroquinolone or injectable beta-lactam;

## Révision des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge et la prévention des Infections Urinaires Associées aux Soins (IUAS) de l'adulte

R.51. Il est recommandé de traiter 5 à 7 jours les cystites associées aux soins (B-III).

R.52. Un traitement de 3 jours seulement peut être envisagé en cas de cystite chez la femme de moins de 75 ans en l'absence de critère de fragilité et en cas d'amélioration des signes après ablation de la sonde vésicale (B-III).

R.53. Il est recommandé de traiter 10 jours les pyélonéphrites ou orchio-épididymites associées aux soins (B-III).

R.54. Il est recommandé de traiter 14 jours les prostatites associées aux soins (B-III).

- **Mesdames**
  - **7 jours** avec fort niveau de preuve pour PNA simples femmes jeunes, FQ
  - **7 jours à confirmer pour**
    - PNA avec critère de gravité initiale
    - PNA à risque de complications / patiente âgée
      - Distinguer anomalies du tractus uro-génital des autres FDR ?
    - PNA associées aux soins en dehors matériel dans voies urinaires
- **Monsieur**
  - **14 jours (sauf prostatite chronique)**
    - Fort niveau de preuve si FQ
    - Moins de données pour bêtalactamines
  - **7 jours pour certains ?**
    - Jeunes ?
    - FQ uniquement
- **SAD, sondes JJ**
  - Peu / pas de données spécifiques
  - Biofilm...

# Infections de la peau et des parties molles



NOTE DE CADRAGE

## Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

En vue de l'actualisation d'une recommandation de  
bonne pratique

Avril 2017



## ► Questions retenues

Les questions retenues sont :

- Prise en charge de l'érysipèle et des dermohypodermites bactériennes non nécrosantes: diagnostic clinique, place des examens complémentaires, diagnostic différentiel, critères d'hospitalisation, traitement curatif et prophylaxie.
- Reconnaître les signes de la fasciite nécrosante et des dermohypodermites bactériennes nécrosantes dont la prise en charge médico-chirurgicale est urgente et doit être faite par des équipes spécialisées : diagnostic clinique, place des examens complémentaires (biologie, imagerie).
- Prise en charge de l'impétigo et de l'ecthyma : diagnostic clinique, place de la microbiologie, traitement local et général.
- Surinfection des dermatoses prurigineuses (impétiginisation) : définition, présentation clinique, place de la microbiologie, traitement.
- Prise en charge des furoncles, de l'anthrax et de la furonculose : définitions et formes cliniques, bilan microbiologique, diagnostic différentiel, traitement curatif et prophylaxie.
- Prise en charge des abcès cutanés : diagnostic, place des examens complémentaires, traitement médical et chirurgical.
- Surinfection des plaies chroniques (ulcère de jambe, escarre) : définition, présentation clinique, place des examens complémentaires (microbiologie, radiologie), traitement médical et indications chirurgicales.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

---

---

Médecine et  
maladies infectieuses

---

---

Médecine et maladies infectieuses 47 (2017) 92–141

Original article

## Proposal for shorter antibiotic therapies

*Propositions pour des antibiothérapies plus courtes*

C. Wintenberger<sup>a</sup>, B. Guery<sup>b</sup>, E. Bonnet<sup>c</sup>, B. Castan<sup>d</sup>, R. Cohen<sup>e</sup>, S. Diamantis<sup>f</sup>, P. Lesprit<sup>g</sup>,  
L. Maulin<sup>h</sup>, Y. Péan<sup>i</sup>, E. Peju<sup>j</sup>, L. Piroth<sup>j</sup>, J.P. Stahl<sup>k</sup>, C. Strady<sup>l</sup>, E. Varon<sup>m</sup>, F. Vuotto<sup>b</sup>,  
R. Gauzit<sup>n,\*</sup>, Recommendation Group of the SPILF

# Facteurs influençant la durée de l'antibiothérapie

- Intervention chirurgicale, quand elle est possible, notamment en cas d'abcès Trimethoprim-Sulfamethoxazole versus Placebo for Uncomplicated Skin Abscess. NEJM 2016
- Molécule utilisée
  - bactéricide/bactériostatique
  - concentration intra-tissulaire
  - demi-vie,....
- Bactérie(s) impliquée(s)
- Facteurs de vulnérabilité de l'hôte (neutropénie, immunodépression....).

# Manque d'études comparatives de qualité

- Une seule étude comparative randomisée comparant 2 populations recevant le même antibiotique avec 2 durées de traitement différentes (2004).
- Autres études = comparaison de 2 antibiotiques
  - Durées de traitement soit identiques, soit différentes selon le bras de traitement et le comparateur.
  - Populations de patients hétérogènes,
  - Pathologie de gravité variable
  - Critères de jugement cliniques et/ou microbiologiques divers

- Quelle prise en charge pour l'érysipèle ?
  - “Le traitement est habituellement de **15 jours**”  
Conférence de Consensus SPILF-SFD 2000.
- What Is Appropriate for the Evaluation and Treatment of Erysipelas and Cellulitis?
  - “The recommended duration of antimicrobial therapy is **5 days**, but treatment should be extended if the infection has not improved within this time period.”  
IDSA Guidelines 2014.

## Durées à retenir

- 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, incluant l'érysipèle, les infections de plaie et les abcès cutanés étendus (surface de la lésion > 75 cm<sup>2</sup>).

# A Randomized Clinical Trial of Single-Dose Versus Weekly Dalbavancin for Treatment of Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

Michael W. Dunne,<sup>1</sup> Sailaja Puttagunta,<sup>1</sup> Philip Giordano,<sup>2</sup> Dainis Krievins,<sup>3</sup> Michael Zelasky,<sup>1</sup> and James Baldassarre<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Allergan plc, Branford, Connecticut; <sup>2</sup>Orlando Health, Florida; <sup>3</sup>Stradins University Hospital, Riga, Latvia; and <sup>4</sup>Janssen Pharmaceuticals, Springhouse, Pennsylvania

**Background.** Acute bacterial skin and skin structure infections (ABSSSIs) are a cause of significant morbidity and therapy can be a burden to the healthcare system. New antibiotics that simplify treatment and avoid hospitalization are needed. This study compared the safety and efficacy of a single intravenous infusion of 1500 mg of dalbavancin to the 2-dose regimen.

**Methods.** This study was a randomized, double-blind trial in patients aged >18 years with ABSSSIs. Patients were randomized to dalbavancin 1500 mg either as a single intravenous (IV) infusion or 1000 mg IV on day 1 followed 1 week later by 500 mg IV. The primary endpoint was a  $\geq 20\%$  reduction in the area of erythema at 48–72 hours in the intent-to-treat population. Noninferiority was to be declared if the lower limit of the 95% confidence interval (CI) on the difference in the outcomes was greater than  $-10\%$ . Clinical outcome was also assessed at days 14 and 28.

**Results.** Six hundred ninety-eight patients were randomized. Demographic characteristics were similar on each regimen, although there were more patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) at baseline on the 2-dose regimen (36/210 [17.1%] vs 61/220 [27.7%]). Dalbavancin delivered as a single dose was noninferior to a 2-dose regimen (81.4% vs 84.2%; difference,  $-2.9\%$  [95% CI,  $-8.5\%$  to  $2.8\%$ ]). Clinical outcomes were also similar at day 14 (84.0% vs 84.8%), day 28 (84.5% vs 85.1%), and day 14 in clinically evaluable patients with MRSA in a baseline culture (92.9% vs 95.3%) in the single- and 2-dose regimens, respectively. Treatment-emergent adverse events occurred in 20.1% of the single-dose patients and 19.9% on the 2-dose regimen.

**Conclusions.** A single 1500-mg infusion of dalbavancin is noninferior to a 2-dose regimen has a similar safety profile, and removes logistical constraints related to delivery of the second dose.



# Infections ostéo-articulaires

# Propositions du groupe « recommandations » de la SPILF

- Durées retenues après analyse des données de la littérature :
  - 6 semaines pour
    - 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

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*.

# Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)

## Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)

- 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

# Méningites

## Suggested treatment durations:

- 5 days:
  - *N. meningitidis* meningitis;
- 7 days:
  - *H. influenzae* meningitis,
  - *S. pneumoniae* meningitis;
- 14 days: *S. agalactiae* meningitis;
- 21 days:
  - *L. monocytogenes* meningitis,
  - Gram-negative bacilli meningitis, except for *H. influenza* meningitis.



# Infections intra-abdominales

### Suggested treatment durations:

- $\leq 24$  hours:
    - digestive perforation, with surgery,
    - non-perforated appendicitis, with surgery,
    - uncomplicated cholecystitis, with surgery performed within 24 hours;
  - 3 days:
    - localized community-acquired peritonitis, with surgery or drainage,<sup>1</sup>
    - angiocholitis, with drainage,
    - acute diarrhea requiring antibiotic therapy;
  - 4 days: generalized community-acquired peritonitis, with surgery or drainage<sup>1</sup>;
- 
- 5 days:
    - community-acquired ascitic fluid infection,
    - typhoid fever (if azithromycin);
  - 8 days:
    - postoperative peritonitis if the empirical antibiotic therapy is active against bacteria isolated during the procedure;
  - 10 days: toxin-secreting *Clostridium difficile* infection.

# Conclusion

- Les durées de traitement mentionnées dans les recommandations ou proposées dans les divers articles
  - ne sont pas figées,
  - elles ne sont données qu'à titre indicatif.
- La durée est à adapter
  - au terrain,
  - aux pathogènes incriminés
  - à l'évolution de l'infection.
- Le rôle des référents dans la détermination
  - non seulement de la nature de l'antibiothérapie
  - mais aussi de sa durée est évident,
  - notamment en cas d'infection complexe (comme cela peut être le cas en cas d'infection chronique la peau et des tissus mous).
- Dans ce type d'infection, la mise en place de RCP (médecin vasculaire, infectiologue, microbiologiste,...) est probablement utile.

# Conclusion – Durées de traitement antibiotiques

- Un des moyens pour diminuer la consommation globale des antibiotiques
  - Impact écologique à préciser
    - *C. difficile*
    - Portage BMR
    - Microbiote
  - S'intègre dans une politique de bon usage global
- Peu d'études spécifiques sur les durées de traitement
  - Nécessité de définir la « bonne » durée
  - Adaptation au patient
    - Notamment évolution à 48-72h
  - Études en cours

# Conclusion

- Quelques essais sont actuellement en cours
  - DATIPO : étude multicentrique, de non infériorité, randomisée, ouverte, évaluant l'efficacité de Durées d'Antibiothérapie (**6 semaines vs 12 semaines**) dans le traitement des Infections sur Prothèses Ostéo-articulaires, avec changement prothétique (en 1 temps ou 2 temps long) ou lavage articulaire.
  - PHRC PROSTASHORT : essai randomisé contre placebo, multicentrique, de non-infériorité comparant l'efficacité d'un traitement antibiotique court de **7 jours contre 14 jours** de traitement dans les prostatites aiguës non nosocomiales à germes sensibles aux fluoroquinolones.
  - PHRC PCT : essai randomisé contre placebo, multicentrique, de non-infériorité, comparant l'efficacité de **3 jours contre 7 jours** de traitement dans les pneumonies aiguës communautaires non graves.

# Propositions d'études sur la durée des antibiothérapies.

| Situation clinique  | Durée de traitement de référence   | Durée traitement court à tester   |
|---|--|---|
| Pneumonies aiguës communautaires  | 7j   | 3j  |
| BLC à SCN   | 7 jours  | Ablation du cathéter sans antibiothérapie   |
| BLC à BGN, streptocoques et entérocoques                                | 10 jours   | 7 jours   |
| Sigmoïdite non opérée   | 14 jours   | 7 jours   |
| Cholécystite non opérée   | 14 jours   | 7 jours   |
| IU Cystite aiguës simples traitées par pivmécillinam ou nitrofurantoïne | 5 jours  | 3 jours   |
| Infections urinaires sur sondes après retrait du cathéter               | 5 jours de cotrimoxazole   | Dose unique de cotrimoxazole  |
| Infections génitales hautes compliquées opérées                         | 14 jours   | 7 jours   |
| IOA   | 6 à 12 semaines sur matériel   | Sur matériel = valider traitement de 6 semaines si dépose de matériel, que ce soit en 1 ou en 2 temps |
| Agranulocytose fébrile à haut risque sans documentation                 | Impact clinique de 2 stratégies (arrêt antibiothérapie à 48h d'apyrexie contre. poursuite antibiothérapie jusqu'à la sortie d'aplasie) |   |