

Antibiothérapie injectable : relai per os, durée antibiotique  
infections de cathéters,

Dr Fraisse, Dr Eden, 19 septembre 2019  
journée référents Perpignan



CENTRE HOSPITALIER  
PERPIGNAN

**Centre  
HOSPITALIER**  
Alès • Cévennes

« Les maladies infectieuses :  
il en naîtra de nouvelles, il en disparaîtra  
lentement quelques unes ; celles qui subsisteront  
ne se montreront plus sous les formes que nous  
leur connaissons aujourd'hui »  
Charles Nicolle (1933)

# Objectifs

Connaitre les durées ATB/ situations cliniques

Connaitre les biodisponibilités des familles ATB pour savoir  
faire un relai per os

/per os: Savoir quelles ressources utiliser en cas de troubles de  
déglutition SNG interactions

/IV: savoir quels sont les différents type de voies injectables:  
avantages/ inconvénients

# Plan en 1h30

- Présentation orale : durée /pharmaco/ IV per os: 15 minutes
- Cas cliniques: 20 minutes
- Restitutions de tous les cas et discussion: 20 minutes
- cathéter prise en charge: 15 minutes
- Exercices antibiotiques 10 minutes

**Propositions de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes**

Extrait d'un document rédigé par le Groupe Recommandations de la SPILF et basé sur la littérature récente. Il propose des durées d'antibiothérapie raccourcies pour les situations simples, en particulier en choisissant la borne basse de la fourchette lorsque des intervalles sont proposés dans les recommandations initiales.

Document intégral, en PDF et en anglais, pour les abonnés à MMI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>

# Durée ATB: HAS 2008

« Antibiothérapie curative ne dépasse généralement pas **une semaine.** »

« Une **monothérapie** antibiotique est suffisante dans la plupart des infections »

- Exceptions? Durée > 7j?

<p><b>Infections respiratoires hautes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5 jours:</b> - Otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant à partir de l'âge de 2 ans, non récidivantes, sans otorrhée</li> <li>- Sinusite maxillaire de l'adulte</li> <li>- <b>6 jours:</b> Angine à Streptocoque du groupe A traitée par amoxicilline</li> <li>- <b>10 jours:</b> - OMA de l'enfant &lt; 2 ans, ou récidivante, ou avec otorrhée</li> <li>- Sinusite maxillaire de l'enfant</li> <li>- Sinusite frontale</li> </ul>	<p><b>Infections intra-abdominales (IIA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5-24 heures:</b> - Perforation digestive opérée,</li> <li>- Appendicite opérée non perforée,</li> <li>- Cholécytite opérée dans les 24 heures, non compliquée</li> <li>- <b>3 jours:</b> - Péritonite communautaire localisée opérée ou drainée*</li> <li>- Angiocholite drainée</li> <li>- Diarrhée aiguë nécessitant une antibiothérapie</li> <li>- <b>4 jours:</b> Péritonite communautaire généralisée opérée ou drainée*</li> <li>- <b>5 jours:</b> - Infection de liquide d'ascite, communautaire</li> <li>- Fièvre typhoïde (si azithromycine)</li> <li>- <b>8 jours:</b> - Péritonites postopératoires si le traitement antibiotique probabiliste est actif sur les germes isolés en peropératoire</li> <li>- <b>10 jours:</b> Infection à <i>Clostridium difficile</i> toxigène</li> </ul> <p>* contrôle de la source de l'infection</p>
<p><b>Infections respiratoires basses.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5 jours:</b> - Exacerbations de BPCO</li> <li>- Pneumonies communautaires de l'enfant</li> <li>- <b>7 jours:</b> Pneumonies communautaires de l'adulte.</li> </ul> <p>Une évolution clinique et/ou biologique favorable pourrait permettre de réduire la durée de traitement (<b>3-5 jours</b>), cependant les données de la littérature restent encore insuffisantes. Des études sont en cours.</p>	<p><b>Infections urinaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1 jour</b> (dose unique): cystite aiguë simple (fosfomycine trométamol)</li> <li>- <b>3 jours:</b> cystite aiguë sur sonde urinaire</li> <li>- <b>5 jours:</b> - cystite aiguë simple (pimécillinaam ou nitrofurantoïne)</li> <li>- cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)</li> <li>- <b>7 jours:</b> - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (antibiotique autre que cotrimoxazole ou fluoroquinolone)</li> <li>- pyélonéphrite aiguë (fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)</li> <li>- <b>10 jours:</b> pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou associée aux soins et/ou antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable.</li> <li>- <b>14 jours:</b> Infection urinaire masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone) communautaire ou associée aux soins</li> </ul>
<p><b>Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5 jours:</b> BLC à staphylocoque coagulase négative, après retrait du cathéter</li> <li>- <b>7 jours:</b> BLC à streptocoques, entérocoques et BGN, après retrait du cathéter</li> <li>- <b>10 jours</b> (+ verrou local antibiotique): BLC si cathéter laissé en place, SAUF <i>S. aureus</i></li> <li>- <b>14 jours:</b> BLC à <i>S. aureus</i>, après retrait du cathéter</li> <li>- <b>21 jours:</b> thrombophlébite suppurée</li> </ul> <p><i>Si localisation 2<sup>ème</sup> ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée</i></p>	<p><b>Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dose unique:</b> urétrite et cervicite (ceftriaxone 500 mg IM + azithromycine 1 g per os)</li> <li>- <b>10 jours:</b> Infections génitales hautes non compliquées (alternative : ceftriaxone 500 mg IM dose unique + azithromycine per os 1g 2 prises à 7 jours d'intervalle)</li> <li>- <b>14 jours:</b> Infections génitales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens, pelvi-péritonite)</li> </ul>
<p><b>Bactériémies primaires non compliquées.</b></p> <p>En l'absence d'endocardite infectieuse et de localisation secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5 jours:</b> staphylocoques à coagulase négative, streptocoques oraux</li> <li>- <b>7 jours:</b> entérobactéries, entérocoques</li> <li>- <b>10 jours:</b> bacilles à Gram négatif non fermentants</li> <li>- <b>14 jours:</b> <i>S. aureus</i> et <i>S. lugdunensis</i>.</li> </ul> <p>Endocardites infectieuses (hors chirurgie) et infections de stimulateurs implantables (pace-maker = PM) et défibrillateurs (DAI).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1 semaine:</b> - bactériémie non compliquée sur PM ou DAI explantés, sauf <i>S. aureus</i></li> <li>- <b>2 semaines:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bactériémie non compliquée sur PM ou DAI explantés à <i>S. aureus</i></li> <li>- Et à streptocoque pénicillino-sensible, si association Bactamine + aminoside</li> </ul> </li> <li>- <b>4 semaines:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et sur valve native non compliquée</li> <li>- Et sur PM ou DAI explantés</li> </ul> </li> <li>- <b>6 semaines:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et sur valve prothétique</li> <li>- bactériémie sur PM ou DAI non explantables</li> </ul> </li> </ul> <p>Et = endocardite infectieuse. <i>Si localisation 2<sup>ème</sup>, la durée peut être modifiée</i></p>	<p><b>Infections ostéo-articulaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>6 semaines:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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)</li> <li>- spondylodiscite (hors matériel d'ostéosynthèse)</li> <li>- ostéo-arthrite sur pied diabétique sans prise en charge chirurgicale</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Méningites bactériennes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5 jours:</b> - méningite à <i>N. meningitidis</i></li> <li>- <b>7 jours:</b> - méningite à <i>H. influenzae</i> ou à <i>S. pneumoniae</i></li> <li>- <b>14 jours:</b> - méningite à <i>S. agalactiae</i></li> <li>- <b>21 jours:</b> - méningite à <i>L. monocytogenes</i> ou à BGN (hors <i>H. influenzae</i>)</li> </ul>	<p><b>Neutropénie fébrile</b></p> <p><b>Durées à retenir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>3 jours:</b> si absence de documentation clinique et microbiologique <ul style="list-style-type: none"> <li>- et absence de signes de gravité</li> <li>- et patient stable</li> <li>- et apyrexie depuis 48 heures</li> <li>- et surveillance de 48h en milieu hospitalier si persistance de la neutropénie (reprise immédiate de l'antibiothérapie si reprise de la fièvre)</li> </ul> </li> <li>- <b>7 jours:</b> si documentation microbiologique* <ul style="list-style-type: none"> <li>- et apyrexie de plus de 4 jours</li> <li>- et éradication microbiologique</li> <li>- et résolution des signes cliniques d'infection</li> </ul> </li> </ul> <p>* Durée à adapter au pathogène isolé et au foyer éventuel</p>
<p><b>Infections de la peau et des tissus mous</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>3 jours:</b> infections cutanées superficielles (quand un antibiotique est indiqué)</li> <li>- <b>5 jours:</b> traitement préemptif en cas de morsure par un animal</li> <li>- <b>7 jours:</b> dermo-hypodermites bactériennes, dont érysipèle, infections de plaie et abcès cutanés étendus (surface de la lésion &gt; 75 cm²).</li> </ul>	

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2017-mars.pdf>

**Medecine et maladies infectieuses**

**Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques**

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](http://infectiologie.com). ATB rationnelle en soins primaires: [antibioclinc.com](http://antibioclinc.com). ANSM: AMM des ATB, surveillance des effets indésirables. [Site sur les ATB](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques: [HAS](#) - [SPILF](#). Sites régionaux d'information sur les ATB: [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

Un service du journal *Medecine et Maladies Infectieuses* & de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S. Alfandari.

# Pharmacologie ATB: Couple ATB/bactéries

- ATB temps dépendants: **béta lactamines**
- ATB concentrations dépendants: **Les autres**

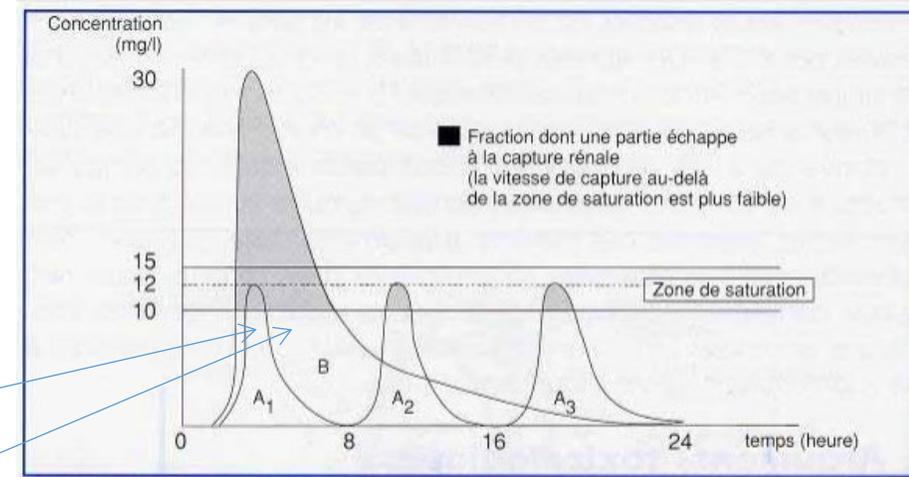
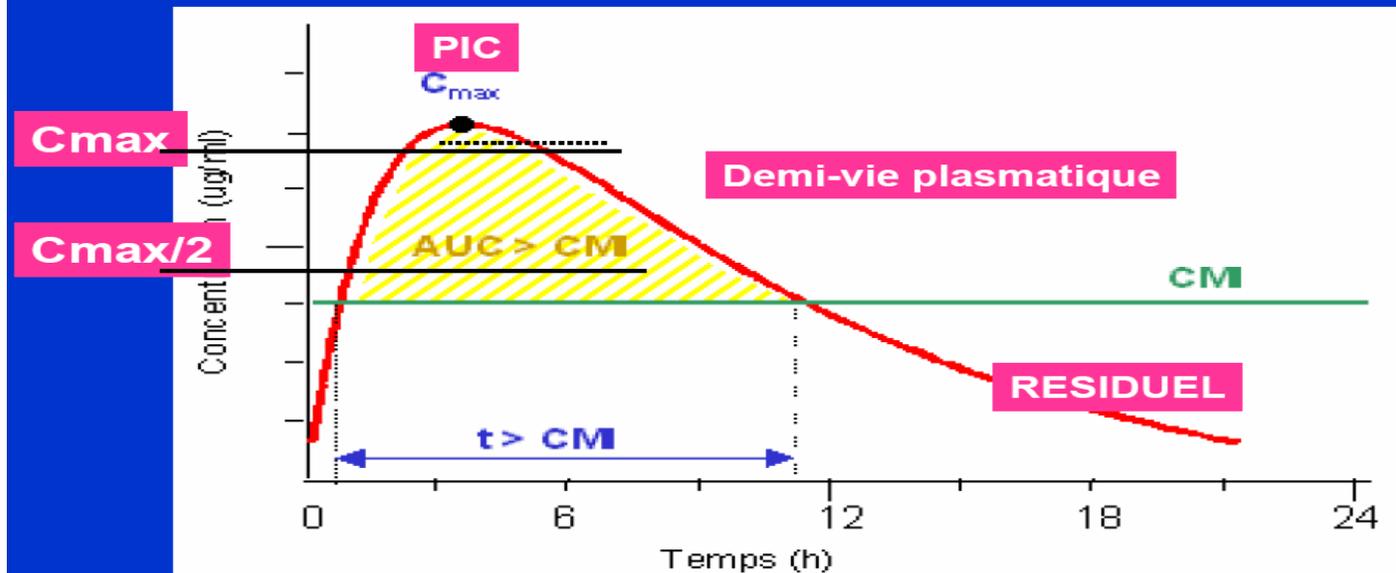


Figure 21 : simulation de 2 types d'administration d'une même dose unique journalière :  
A - perfusion de 30 minutes, toutes les 8 heures.  
B - perfusion de 30 minutes, toutes les 24 heures.

La fièvre n'est pas un déficit en rocephine\*

## Paramètres pharmacocinétiques utilisés pour l'interprétation des tests de sensibilité



# Biodisponibilité ATB

fraction de la dose de médicament administré qui atteint la circulation générale **et** la **vitesse** à laquelle elle l'atteint

- **Beta lactamines** (pénicilline, céphalosporines) **IV > per os**
- Si infection sévère: IV obligatoire

DCI	Biodisponibilité per os	½ vie
Amoxicilline	70%	1,5h
Amox/ac /clav	70%	1h
Cloxacilline	50%	45min
Cefixime	50%	3h

- **Autres ATB**: macrolides apparentes/ fluoroquinolones /cotrimoxazole
- Biodisponibilité similaire (bonne diffusion tissulaire) (**per os= IV**)

# équivalence IV/per os

DCI/nom commercial	Biodisponibilité per os	Diffusion tissulaire (os)
ciprofloxacin/ofloxacin/levofloxacin CIFLOX/OFLOCET/TAVANIC*	70/80%/100%	50/70%
Clarithromycine ZECLAR*	55%	supérieur/plasma
Spiramycine ROVAMYCINE*	?	excellente
Erythromycine ERY*	60-80%	excellente
Clindamycine DALACINE*	90%	80%
Isoniazide RIMIFON*	100%	excellente
Linezolid ZYVOXID*	100%	50%
Métronidazole FLAGYL*	100%	
Rifampicine RIFADINE* Rimactan*	95%	90%
Cotrimoxazole BACTRIM*	90%	80%

Pour en savoir plus



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

## BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS



Visiter [[medicaments.gouv.fr](http://medicaments.gouv.fr)] 

Accueil | Glossaire | Aide

Dernière mise à jour le 26/07/2019

# Antibiothérapie injectable:



# RELAI PER OS

## AVANTAGE

- Réduction du risque/voie veineuse
- Réduction du cout
- Réduction des effets indésirables (erreurs préparation administration dilution incompatibilité)
- Diminution du temps IDE
- Amélioration de la qualité de vie

## CONDITION

- Indication compatible
- Patient non septique (Sepsis endocardite méningite voire IOA)
- ATB avec biodisponibilité équivalente
- Per os possible: Malabsorption Diarrhée sévère, Nausée vomissement à jeun
- Anti acide/SNG
- Critères pour piler un comprimé:
- Pas LP ou gastro résistant ou avec un enrobage cf OMEDIT

Spécialité	Dénomination(s) commune(s) de base	Classe ATC3	Libellé ATC3	Formes galéniques	Recommandations	Commentaires RCP	Alternative	Commentaires laboratoires		
								Paramètres de pharmacocinétique et de pharmacodynamie	stabilité	Recommandations de prise
Abilify 10 et 15mg	Aripiprazole	N05A	ANTIPSYCHOTIQUES	Comprimé orodispersible		Laisser fondre sous la langue ou dans un verre d'eau		il est possible extemporanément, d'écraser le cp. Le labo ne recommande pas l'administration par SNG		Possibilité de le dissoudre dans l'eau et de boire la suspension.

# Ecrasable ou autre?: données OMEDIT

## BETA LACTAMINES

- Amoxicilline /Augmentin\*: poudre pour suspension buvable

- Cefixime (Oroken\*) poudre
- Cefpodoxime (Orelox\*) poudre
- Cefuroxime (zinnat\*)suspension



**Biodisponibilité faible =  
poudre de  
perlimpinpin**

CORNE de LICORNE...



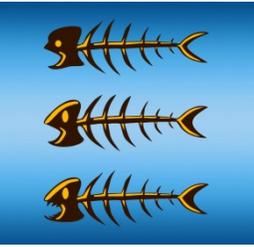
...et POUDRE de  
PERLIMPINPIN!

- Pivmecillinam (Selexid\*) cp pelliculés
- afin de masquer le goût du principe actif. **écrasable.**
- Nous n'avons pas d'éléments en faveur d'une éventuelle incompatibilité alimentaire

## MACROLIDES APPARANTES

- **Azitromycine:** **écrasable**
- **Clarithromycine** cp LP: non, gr **suspension buvable**
- **Erytromycine:** cp pelliculé **écrasable**: pas de données, gr **solution buvable**
- **Josacine** cp **dispersible**, gr **solution buvable**
- **Rovamycine:** Pas d'étude réalisée.
- **Roxytromycine** cp pelliculé
- **Rulid 50mg** cp **sécable** pour **susp buvable**
- **Rulid 150mg** pas écrasable
- **Zeclar:** cp pelliculé Non recommandé car goût très amer (mais possible par SNG) gr **suspension buvable**
- **Zitromax** cp non recommandé **solution buvable**

## FLUOROQUINOLONES



- **Ciprofloxacin** non écrasable, **suspension buvable**
- cp avalés avec une boisson, sans être croqués. Ne doit pas être pris avec des produits laitiers (lait, yaourt) ou des jus de fruits enrichis en minéraux (jus d'orange enrichi en calcium)
- **Izilox\***: **écrasable**, gout amer
- **Levofloxacin**: cp pellicule **écrasable** or Amm
- Interactions avec des sels de fer, sels de zinc, antiacides contenant du magnésium ou de l'aluminium, didanosine. Prendre la levofloxacin au moins 2h avant ou après ces médicaments
- **Norfloxacin**: **écrasable** or Amm
- **Ofloxacin**: **écrasable** possible administration simultanée
- Faire attention au site de la sonde puisque 80 % de l'absorption se fait au niveau du duodénum.

# Autres ATB

- **Cotrimoxazole:** suspension buvable
- **Flagyl\*:** cp pelliculé non écrasable, solution buvable
- **Fucidine\*** cp pelliculé écrasable, gout amer administration immédiate  
solution buvable
- **Doxycycline** cp pellicule non écrasable (risque oesophagite ) ni en SNG
- **Vibramycine:** cp sécable et dispersible. Prise pendant les repas, Ne pas s'allonger dans les 30 min suivant la prise. Ne pas administrer en même temps qu'un aliment lacté.
- **Rifadine** gélule: Possible d'ouvrir les gélules mais pas d'étude sur la biodisponibilité, (Rimactan: NON) solution buvable
- **Zyvoxid** cp pelliculé écrasable sans donnée. (masquer le gout) gr  
suspension buvable

## L'accessibilité aux EHPAD : 810 EHPAD, 60 814 places autorisées

Des écarts importants entre les territoires de la région

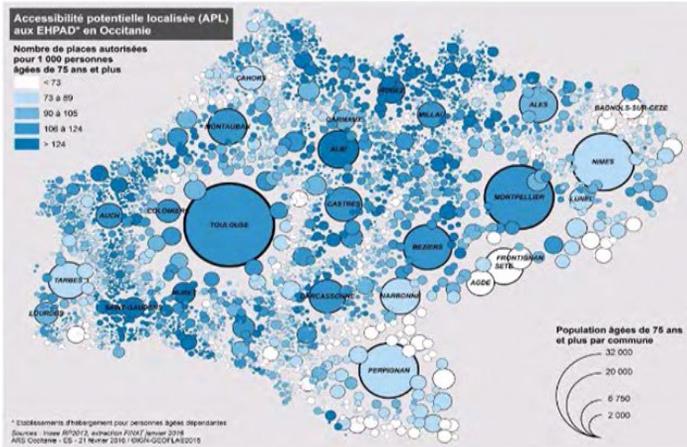
### L'APL mesure l'accessibilité aux places autorisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en tenant compte du temps d'accès aux EHPAD

En Occitanie, 100 % de la population se trouve à moins de 30 minutes d'un EHPAD.

### L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) :

Cet indicateur tient compte du nombre de places autorisées dans les EHPAD pour mesurer l'offre et de la population concernée par cet offre pour mesurer la demande. C'est un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui prend en compte l'offre (les places) et la demande des communes environnantes.

En effet, à chaque commune est associé un « secteur flottant » qui se définit comme une zone limitée par une courbe isochrone centrée sur le chef-lieu de la commune étudiée. L'accessibilité est pondérée selon le temps d'accès pour le patient (prise en compte de l'offre inférieure ou égale à 30 minutes).



## EN SANTÉ HUMAINE EN VILLE



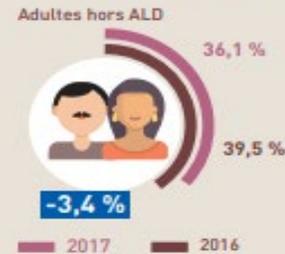
**93%** des antibiotiques sont prescrits en ville.



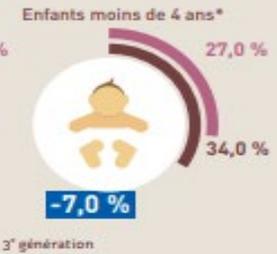
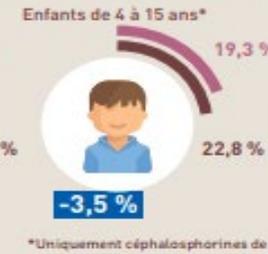
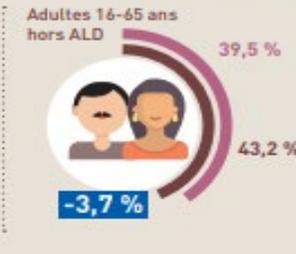
En 10 ans, la consommation d'antibiotiques en ville s'inscrit à la hausse.

Source : ANSM

### TOUS ANTIBIOTIQUES



### ANTIBIOTIQUES PARTICULIÈREMENT GÉNÉRATEURS DE RÉSISTANCE



\*Uniquement céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération

Le nombre de prescriptions d'antibiotique pour 100 patients diminue au cours des dernières années.

Source : Assurance maladie (ROSP)

## EN SANTÉ HUMAINE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (HÔPITAUX ET CLINIQUES)



**7%** des antibiotiques sont prescrits en établissements de santé.



En 10 ans, la consommation d'antibiotiques en établissements de santé est plutôt stable.

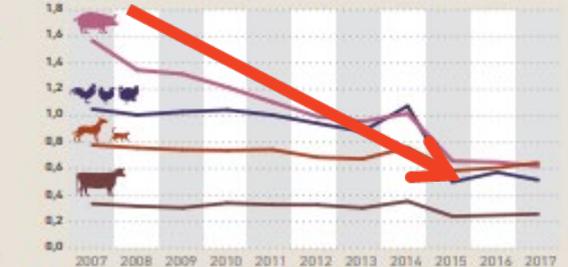
Source : ANSM

## EN SANTÉ ANIMALE



L'indicateur estimant le nombre de traitements par animal (ALEA<sup>1</sup>) montre des différences entre les espèces.

### Estimation du nombre de traitements par animal (ALEA<sup>1</sup>)



En 10 ans, l'évolution des consommations d'antibiotiques est à la baisse pour l'ensemble des espèces animales.

Source : Anses

1. Ici, une dose d'antibiotiques correspond en santé humaine à une dose journalière moyenne d'antibiotiques pour un adulte (ou dose définie journalière, DDJ). En santé animale, l'ALEA (Animal Level of Exposure to Antimicrobials) est obtenu en divisant le poids vif traité par la masse animale totale pour une espèce donnée ; il estime, sous certaines hypothèses, le nombre de traitements par animal.

# Cas cliniques: menu à la carte!!

- 1, Infection osteo articulaire
- 2, Endocardite avec relai per os
- 3. Prostatite à E coli

# Cas clinique 1 : IOA Isabelle G 73 ans

- 23 juillet : Chute en EHPAD transfert aux urgences : A l'examen : impotence fonctionnelle MIG,
- Biologie : CRP 250 mg/l PCT : 0.74 GB 15000 dont 94% de PNN clairance 44 INR : 5
- ECBU flore polymorphe
- ATCD : Valve mitrale de ST JUDE en 1996 sous AVK ,
- - Insuffisance cardiaque stade IV / insuffisance cardiaque droit avec dyspnée d'effort
- Traitement: ALDACTONE 25mg 2-0-0 - BURINEX 5mg 1/2-0-1/2 - HEMIGOXINE 0,125mg 1-0-0 - INIPOMP 20mg 0-0-1 - KALEORID LP 600mg 1-0-1 - PREVISCAN 20mg 0-01/4
- 7 aout Pose de Prothèse Intermédiaire de Hanche
- 12 aout Retourne en EHPAD : devant un encombrement bronchique
- Mise sous amoxicilline, puis sous ceftriaxone car ECBU positif à E Coli Ajout du flagyl car fausse routes et syndrome inflammatoire biologique augmenté
- **Commentez les différentes lignes d'antibiothérapies : sont-elle justifiées ?**

# Suite cas clinique 1 IOA

- 16 aout : cicatrice inflammatoire de la hanche droite avec écoulement purulent.
- Le médecin demande un prélèvement de la cicatrice qui montre un staphylocoque aureus méticilline résistant.
- Que proposez vous ?

- La patiente est vue par le chirurgien qui propose une reprise chirurgicale
- 30 aout : lavage au bloc : l'antibiothérapie post opératoire est vancomycine IV : 1 gr X2/j et cefotaxime 2 gr X3/j.
- Elle retourne en EHPAD avec ces deux antibiotiques sur voie veineuse périphérique le 2 septembre.
- (poids 95 kg clairance de créatinine à 30 ml/min)
- Quel type de surveillance faut-il instaurer ?

# Suite IOA

- La voie veineuse ne tient plus et la patiente fait de la fièvre depuis 48h.
- Par ailleurs laboratoire vous donne les résultats per opératoires.
- Vous contactez l'infectiologue mais il ne vous rappelle pas (car ils sont à la journée des référents !)
- 5/5 prélèvements positifs à staphylocoque aureus oxacilline sensible et sensible à tous les ATB
- Que décidez-vous ?

# Suite et fin

- Finalement la patiente devient apyrétique, les hémocultures reviennent stériles , la cicatrice se referme, quelle durée est souvent préconisée dans les infection ostéo articulaires
- au plus court ?
- Au plus long ?



Recommandation de bonne pratique  
**Prothèse de hanche ou de genou :**  
diagnostic et prise en charge de l'infection  
dans le mois suivant l'implantation

# Cas clinique 2, Madame Bidule, 83 ans, retour d'EHPAD

- diagnostic d'endocardite à streptocoque gallolyticus.
- Elle a un picc line et amoxicilline 3gr X4 /j et l'orifice du picc line est rouge, inflammatoire douloureux Poids 95 kg
- Antécédents Cardiopathie ischémique et arythmique, Insuffisance rénale modérée récente : clairance créatinine 40 ml/min. Diverticulose colique. Ancienne intervention de fente palatine et possède une prothèse palatine .
- Elle est dépendante pour la toilette , l'alimentation depuis l'épisode infectieux ; mange avec difficulté récemment.
- Le traitement: Xarelto\* Kardegic\* Inipomp\* Bisoce\* Lasilix\*
- le dernier bilan: fonction rénale avec clairance de créatinine à 25 ml/min.

# Endocardite a streptocoque gallolyticus, suspicion infection picc line

- Vous êtes biologiste et vous avez rendu les hémocultures initiales quelle est la porte d'entrée de ce streptocoque ?
- Nous sommes dimanche vous êtes infirmier (seul), quelle est votre attitude ?
- Vous êtes pharmacien, avez-vous une explication à la dégradation de la fonction rénale , le traitement doit-il être modifié?

# Suite cas clinique

- La patiente est transférée au centre hospitalier puis elle revient sans picc line et les ATB sont : « ceftriaxone 2gr X2/j IV sur voie veineuse périphérique avec relai sc possible ».
- Rapidement plus d'accès veineux , nous sommes à 21 jours de traitement antibiotique efficace .
- **Vous êtes biologiste quel est le critère d'efficacité du traitement ?**
- **Vous êtes pharmacien, le relai sc vous paraît il pertinent ? Peut-on alors faire un relai per os ?**

# Suite cas clinique

- Elle a de la diarrhée liquide fébrile,
- **Vous êtes médecin /IDE quelle est votre attitude ?**

# Suite cas cliniques

- le Diagnostic de colite à clostridium est confirmé , la patiente se dégrade avec confusion et non récupération de la fonction rénale avec clairance de créatinine à 25 ml/min. Par ailleurs l'hémogramme montre GB 15000 HB 11 g /dl et plaquettes : 120000/mm<sup>3</sup> .
- Nous sommes à J24 de traitement antibiotique efficace pour l'endocardite.
- **Vous êtes IDE pharmacien médecin hygiéniste biologiste en réunion, quelle est votre conduite à tenir ?**

# Cas clinique N3

## Mr G prostatite

- Mr G 89 ans vit en EHPAD
- Antécédents: maladie de parkinson évoluée avec trouble cognitifs, fausses routes occasionnelles aux liquides et parfois aux solides, dépendant pour les actes de la vie quotidienne ( partiel marche, transferts, complète : toilette, habillage, incontinent urinaire et fécal), diabète et hypertension artérielle . Prostatite à Escherichia coli :
- Sensible C3G injectable et fluoroquinolones
- Après 48h de céfotaxime, bonne évolution clinique.
- 
- **Comment gérez vous l'antibiothérapie à l'EHPAD ? (molécule, voie d'administration, durée...)**

# Suite

- **Si E coli a un profil de sensible à l'amoxicilline: quelle est votre attitude?**
  
- **Si E coli a un profil sensible uniquement à ertapeneme: quelle est votre attitude?**

# Antibiotiques critiques/de dernier recours

- La définition des **antibiotiques critiques** repose sur la notion de pression de sélection et sur l'intérêt en dernier recours, c'est ainsi qu'ont été catégorisés les **antibiotiques** dits « **critiques** » : -Les **antibiotiques** particulièrement générateurs de résistances, -Les **antibiotiques** de dernier recours,
- « **Antibiotiques de dernier recours** » regroupe différents aspects : Il s'agit d'antibiotiques préférentiellement d'utilisation hospitalière.
- . Ils peuvent en effet être des antibiotiques de dernière ligne sans autre alternative thérapeutique disponible. Ces antibiotiques s'adressent à des pathologies graves, des infections dues à des bactéries multirésistantes avec une sensibilité de ces bactéries à l'antibiotique encore conservée. Ils peuvent n'avoir qu'un créneau de dernier recours parmi d'autres indications de prescriptions sans spécificité. Ils peuvent être ainsi classifiés du fait d'une action et d'une surveillance particulière.

# Allergie péni CAT:

Si allergie >10 ans a présentation  
cutanée stricite:  
Aucune exploration allergologique  
et réintroduction bêta lactamines

Cette lettre présente de manière synthétique des actualités ou mises au point concernant les antibiotiques. Elle est accessible gratuitement en inscrivant son mail [ICI](#). Les liens internet sont actifs et amènent à des documents accessibles sans restriction.

## Allergie aux bêta-lactamines

Jusqu'à 10% des patients peuvent indiquer être allergique à la pénicilline. Or, 80 à 90% de ces patients n'ont pas de réelle allergie. Ceci n'est pas sans conséquence : la notion d'allergie peut conduire à ne pas mettre en route de bêta-lactamine dans une situation vitale (bactériémie à BGN par exemple) avec un risque de perte de chance pour le patient. Pour les infections peu sévères, le risque est principalement lié aux effets secondaires des alternatives et, en particulier, la sélection de souches résistantes.

### Allergies aux bêta-lactamines

Elles sont principalement de 2 types : hypersensibilité immédiate (type I) et atteinte cutanée retardée (type IV).

- Les allergies de type 1, anaphylactiques, surviennent dès l'injection ou jusqu'à 4h après en cas de prise orale. Elles comportent comme principaux symptômes, seuls ou associés, urticaire généralisé, angioedème, dyspnée, hypotension, choc.
- Les atteintes cutanées retardées surviennent généralement après au moins 3 jours de traitement. Elles se présentent sous forme d'une éruption morbilliforme d'évolution favorable à l'arrêt de la molécule.
- Les manifestations sévères retardées (DRESS, Stevens-Johnson, Lyell...) sont peu fréquentes avec les bêta-lactamines.

### Questions utiles devant un patient se disant allergique à une bêta-lactamine

- S'assurer que le patient parle d'une manifestation allergique et pas d'un autre effet secondaire de la molécule. En particulier vérifier qu'il ne s'agit pas uniquement d'une diarrhée sous antibiotiques (surtout avec le co-amoxiclav).
- Penser également aux éruptions virales, en particulier pour amoxicilline et MNI.
- Vérifier si depuis l'épisode dit allergique, le patient n'a pas repris, sans problème, le même produit sous une autre forme, ou un antibiotique similaire (par exemple amoxicilline puis co-amoxiclav).
- Préciser le caractère de l'épisode : délai entre prise et symptôme, molécule, voie d'administration, type de symptômes, autres molécules prises simultanément.

### Conséquences d'une allergie sur le choix du traitement antibiotique

- Pour une allergie de plus de 10 ans, à présentation exclusivement cutanée, sans signes systémiques, Comte et al. ne recommandent aucune exploration et autorisent la prise de bêta-lactamines.
- Pour les autres cas, il est recommandé d'adresser le patient en consultation d'allergologie. Si des tests cutanés peuvent être réalisés, leur résultat pourra permettre d'autoriser la réintroduction d'une pénicilline.
- Si des tests cutanés ne sont pas possibles, la conduite dépendra du niveau de risque et pourra comporter un test de provocation, réintroduction, une désensibilisation ou une éviction des pénicillines.

### Réactions croisées entre classes de bêta-lactamines

- Allergie aux pénicillines : Les allergies croisées avec les céphalosporines sont rares (~2%). Avec les carbapénèmes, la littérature est discordante, mais les études récentes sont en faveur d'un risque faible (~1%).
- Allergie aux céphalosporines : il est rapporté jusqu'à ~25% d'allergies croisées avec les pénicillines et ~2% avec les carbapénèmes.
- L'aztréonam n'a pas de réaction croisée significative hormis avec la ceftazidime (mais n'a aucune activité sur les CG+).

### Pour en savoir plus

Comte D et al. Allergie aux b-lactamines. Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 836-42. [PDF en accès libre](#)

Paradis H, et al. Les allergies croisées aux antibiotiques : comment s'y retrouver? Pharmactuel 2009 ;42 :22-33. [PDF en accès libre](#)

Voir aussi : Chaabane A, et al. Allergie aux bêtalactamines : mythe et réalités. Med Mal Infect 2009 ;39 :278-287. [Accès abonnés.](#)

Campagna JD et al. The use of cephalosporins in penicillin-allergic patients: a literature review. J Emerg Med 2012;42:612-20. [Accès abonnés.](#)

Médecine et  
maladies infectieuses



Alfandari.

### Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Sociétés savantes : consensus et conférences d'experts : [infectiologie.com](#)

[ANSM](#) : AMM des antibiotiques, surveillance des effets indésirables. [Site sur les antibiotiques](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILF](#). Page [ATB](#) du site [CCLIN-ARLUN](#)

Sites régionaux d'information sur les antibiotiques : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

Un service du journal *Médecine et Maladies Infectieuses* & de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S.

Nom DCI	Famille/H	Caractéristiques spectre ville/H	Indications préférentielles	administration	Effets neg/précaution
<b>Amoxicilline</b>	Betalactamine Pénicilline	Spectre étroit	Erysipèle Pneumopathie Infection urinaire à germe sensible	IV> per os	Vérifier allergie vraie pénicilline
<b>Cloxacilline</b>	Betalactamine pénicilline		Infection à SASM	Jamais per os	Vérifier allergie vraie pénicilline
<b>Augmentin*</b>	Betalactamine pénicilline	ATB critique*	Pneumopathie de déglutition	IV> per os	Vérifier allergie pénicilline Associé à de la diarrhée
<b>Pivmecillinam</b> <b>Selexid*</b>	Betalactamine pénicilline		Cystite femme	Per os seul 400 mg X2/j 5j	Vérifier allergie pénicilline
<b>Cefotaxime</b>	Betalactamine céphalosporine	ATB critique*	Pneumopathie sévère Pyélonéphrite	IV seul X3 a X6/j	Peut donner colite à CD
<b>Ceftriaxone</b>	Betalactamine céphalosporine	ATB critique*	Pneumopathie sévère Pyélonéphrite	IV IM SC	Peut donner colite à CD
<b>Ceftazidime</b>	Bétalactamine Céphalosporine	ATB critique* Prescription H	Infection profonde documentée à pyocyanique	IV X3/j IVSE	Peut donner colite à CD

Nom DCI	Famille/H	Caractéristiques spectre ville/H	Indications préférentielles	administration	Effets neg/précaution
<b>Tazocilline</b>	Betalactamine	Spectre large Prescription H	Infection suspectée à BMR Neutropénie fébrile grave	IV/IVSE	Peut donner des colites à CD
<b>Imipenème</b>	Betalactamine carbapénème	ATB dernier recours Prescription H	Infection documentée profonde à BLSE	IV	Peut donner des colites à CD
<b>Ertapenem</b>	Betalactamine carbapenème	ATB dernier recours Prescription H Dispensation H	Infection documenté à BLSE sans possibilité de désescalade	IV sc or AMM	Peut donner des colites à CD
<b>Azitromycine</b>	Macrolides		IST	Per os seul	Troubles digestifs
<b>Clarytromycine</b>	Macrolide		Pneumopathie atypique	IV= per os	troubles digestifs
<b>Roxytromycine</b>	Macrolide		Pneumopathie atypique	Per os seul	Troubles digestifs
<b>Pristinamycine</b>	Synergistine		Infection cutanée pulmonaire si vrai allergie aux Péri	Per os seul	Troubles digestifs

Nom DCI	Famille/H	Caractéristiques spectre ville/H	Indications préférentielles	administration	Effets neg/précaution
<b>Métronidazole</b>	Imidazoles		Infection à anaérobies Infection à CD	IV = per os	Neuropathie si longue utilisation
<b>Cotrimoxazole</b>	Sulfamides		Infection documentée urinaire osseuse	IV= per os	Surveillance peau foie hémogramme interaction
<b>Ciprofloxacine</b>	Fluoroquinolones	ATB critique	Pyélo/prostatite Infection osseuse documentée	IV= per os	Photosensibilité confusion Tendinopathie adaptation à la fonction rénale Peut donner des colites à CD
<b>Ofloxacine</b>	Fluroquinolones	ATB critique	Pyélo/prostatite Infection osseuse documentée	IV= per os	Photosensibilité confusion Tendinopathie adaptation à la fonction rénale Peut donner des colites à CD
<b>Levofloxacine</b>	Fluoroquinolones	ATB critique	Pyélo/prostatite Infection osseuse documentée	IV = per os	Photosensibilité confusion Tendinopathie adaptation à la fonction rénale Peut donner des colites à CD

Nom DCI	Famille/H	Caractéristiques ville/H	indication	administration	Effets neg/précaution
<b>Fosfomycine PO</b>	Fosfo !!		Cystite femme	Per os	
<b>Linezolid</b>	Oxazolidinone	ATB de dernier recours Prescription H Dispensation H	Infection à SARM	IV= per os	Hématotoxique Interaction Peut donner des colites à CD
<b>Vancomycine</b>	Glycopeptide	ATB dernier recours Prescription H Dispensation H	Infection à SARM	IV	Veinotoxique Nephrototoxique Nécessite voie veineuse centrale
<b>Rifampicine</b>	rifamycine		Infection documentée osseuse	IV= per os	Ne pas utiliser en monothérapie Interaction : inducteur enzymatique Troubles digestifs
<b>Doxycycline</b>	tetracyclines		IST	Per os	Photosensibilité Troubles digestifs