

Guide des anti-infectieux de Nouvelle-Calédonie 2020 – 2ème édition

Anti-infectieux de 1ère intention - 2020

Staphylococcus aureus

Rédacteurs	Service	Adresse Postale	Téléphone	Mail
Dr Cécile CAZORLA Dr Emilie FOLLENFANT	Médecine interne et infectiologie	CHT Gaston Bourret 110 Blvd Joseph Wamytan BP J5 98849 NOUMEA Cedex	+687 20 88 82	cecile.cazorla@cht.nc emilie.follenfant@cht.nc
Dr Julien COLOT	Laboratoire de Microbiologie		+687 20.89.30	julien.colot@cht.nc
Dr Caroline FIJALKOWSKI Dr Camille CHEVAL	Pharmacie		+687 20 96 00	caroline.fijalkowski@cht.nc camille.cheval@cht.nc
Dr Emilie HUGUON	Pédiatrie		+687 20 83 03	emilie.huguon@cht.nc
Dr Clément CASTELLA	Néonatalogie		+687 20 83 04	clement.castella@cht.nc
Dr Cédric MOU CHI SAN	Laboratoire de Microbiologie		Institut Louis Malardé BP 30 - 98713 Papeete Tahiti	+689 40.41.64.22
Dr Frédéric RIGAULT	Pharmacie	CH du Nord BP 5 - 98850 Koumac	+687 42.65.08	frigault@chn.nc

AVERTISSEMENT

Ce guide d'utilisation des anti-infectieux en Nouvelle Calédonie a été élaboré en fonction des **spécificités de résistance bactérienne du territoire**

Sauf précision, ce guide est applicable hors grossesse et hors pédiatrie

Les propositions thérapeutiques de ce guide ciblent prioritairement l'antibiothérapie probabiliste initiale qui devra être impérativement réévaluée à 48h en fonction :

- De l'évolution clinico-biologique du patient et la tolérance du sepsis et des thérapeutiques ;
- Des résultats microbiologiques ;
- Des résultats para-cliniques.

Remerciements

Dr Benoit MAROT, Dr Aurore CHAUVIN, Dr Claire CHAPUZET, Dr Audrey MERLET, Dr Elise KLEMENT, Dr Carine BELZUNCE, Mme Mareva VIGNERON

Abréviations

ATB	Antibiothérapie
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
BLSE	Beta lactamase à spectre étendu
BMR	Bactérie multirésistante
CPRE	Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique
FDR	Facteur de risque
FR	Fréquence respiratoire
IU	Infection urinaire
KT	Cathéter veineux
PAC	Port-à-cath (chambre implantable)
PAM-PAS	Pression artérielle moyenne et systolique
PSE	Pousse seringue électrique
SMX	Sulfaméthoxazole
TDM	Tomodensitométrie
USI	Unité de soins intensifs
VVC	Voie veineuse centrale
VVP	Voie veineuse périphérique
VAT SAT	Vaccin anti tétanique Sérum anti tétanique

Score QUICK-SOFA (qSOFA = score à valeur pronostic, si ≥ 2 critères suivants, risque de mort par sepsis $\geq 10\%$) :

- PAS ≤ 100 mmHg
- FR ≥ 22 /min
- Confusion

Liens utiles :

- Pour ajuster les posologies d'antibiotique chez le patient obèse : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-atb/atb-obese-omedit-centre-2014.pdf>
- Pour ajuster les posologies des anti-infectieux chez le patient insuffisant rénal : <http://sitegpr.com/fr/>

DCI	Nom commercial	DCI	Nom commercial
Aciclovir	ZOVIRAX®	Doxycycline	DOXY®, DOXYLIS®, DOXYPALU®, GRANUDOXY®, SPANOR®, TOLEXINE®, VIBRAMYCINE®
Amikacine	AMIKACINE BBM®, AMIKACINE MYL®	Erythromycine	ERY®, ERYTHROCINE®
Amoxicilline	CLAMOXYL®, AMODEX®, AMOXICILLINE BGR®, AMOXICILLINE ZTV®	Fidaxomicine	DIFICLIR®
Amoxicilline-a.clavulanique	AMOXICILLINE - AC. CLAVULANIQUE®, AMOX/AC.CLAV BGR®, AMOX/AC.CLAV ZTV®	Fluconazole	BEAGYNE®, OROFLUCO®, TRIFLUCAN®, FLUCONAZOLE BGR®, FLUCONAZOLE ZTV®
Artéméther + luméfantrine	RIAMET®	Fosfomycine disodique	FOSFOCINE®
Artésunate (médicament sous ATU)	MALACEF®, ARINATE®	Fosfomycine trométamol	MONURIL®, URIDOZ®, FOSFOMYCINE BGR®, FOSFOMYCINE ZTV®
Atovaquone + Proguanil	MALARONE®, ATOVAQUONE/PROGUANIL BGR®, ATOVAQUONE/PROGUANIL ZTV®	Gentamicine	GENTAMICINE PAN®
Azithromycine	AZADOSE®, ORDIPHA®, ZITHROMAX®, AZITHROMYCINE BGR®, AZITHROMAX ZTV®	Imipénème	TIENAM®
Aztréonam	AZACTAM®	Lévofoxacine	TAVANIC®, LEVOFLOXACINE BGR®, LEVOFLOXACINE ZTV®
Benzathine Benzylpénicilline	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE SANDOZ®	Linézolide	ZYVOXID®
Benzylpénicilline	PENICILLINE G®	Méropénème	MERONEM®
Caspofungine	CANCIDAS®	Métronidazole	FLAGYL®
Céfadroxil	ORACEFAL®	Nitrofurantoïne	FURADANTINE®
Céfazoline	CEFAZOLINE MYL®, CEFAZOLINE PAN®	Ofloxacin	MONOFLOCET®, OFLOCET®, OFLOXACINE BGR®, OFLOXACINE ZTV®
Céfépime	AXEPIM®	Oxacilline	BRISTOPEN®
Céfixime	OROKEN®, CEFIXIME BGR®, CEFIXIME ZTV®	Pipéracilline–Tazobactam	TAZOCILLINE®
Céfotaxime	CEFOTAXIME MYL®, CEFOTAXIME PAN®	Pivmécollinam	SELEXID®
Céfoxitine	CEFOXITINE PAN®	Primaquine (médicament sous ATU)	
Cefpodoxime	ORELOX®, CEFPODOXIME BGR®, CEFPODOXIME ZTV®	Pristinamycine	PRISTAM®, PYOSTACINE®
Ceftriaxone	ROCEPHINE®, TRIACEFAN®, CEFTRIAZONE BGR®, CEFTRIAZONE ZTV®	Quinine	QUINIMAX®
Cefuroxime	APROKAM®, ICECA®, ZINNAT®	Rifampicine	RIFADINE®
Chloroquine	NIVAQUINE®	Roxithromycine	RULID®, ROXITHROMYCINE BGR®, ROXITHROMYCINE ZTV®
Ciprofloxacine	CIFLOX®, CIPROFLOXACINE BGR®, CIPROFLOXACINE ZTV®, UNIFLOX®	Tobramycine	NEBCINE®
Clindamycine	DALACINE®	Triméthoprime	DELPRIM®
Cloxacilline	ORBENINE®	Triméthoprime sulfaméthoxazole	BACTRIM®, COTRIMOXAZOLE®
Dexaméthasone/Oxytétracycline	STERDEX®	Tiliquinol-tilbroquinol	INTETRIX®
Dexaméthasone/Tobramycine	TOBRADEX®	Vancomycine	VANCOMYCINE KBI®, VANCOMYCINE SDZ®

SOMMAIRE

ANTIBIOTHERAPIE CHEZ L'ADULTE	6
I. LES AMINOSIDES.....	7
II. HEMOCULTURE	8
III. CHOC SEPTIQUE OU SEPSIS SEVERE	10
IV. ENDOCARDITES	11
V. INFECTIONS LIEES AU CATHETER (KT) : ILC / DISPOSITIF.....	12
VI. INFECTIONS CUTANEEES	14
VII. INFECTIONS OPHTALMIQUES CHEZ L'ADULTE (AVIS SPECIALISE NECESSAIRE SAUF CONJONCTIVITE)	16
VIII. INFECTIONS DIGESTIVES	18
IX. SPLENECTOMIE.....	20
X. INFECTIONS NEURO-MENINGEES	21
XI. EMBARRURE OUVERTE	22
XII. FRACTURE DE LA BASE DU CRANE / FRACTURE DU ROCHER / RHINORRHEE / OTORRHEE POST TRAUMATIQUE	22
XIII. PNEUMENCEPHALIE ISOLEE.....	22
XIV. INFECTIONS RESPIRATOIRES	23
XV. INFECTIONS O.R.L.	25
XVI. INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES (ARTHRITE/OSTEITE/SPONDYLODISCITE).....	26
XVII. INFECTIONS URINAIRES.....	27
XVIII. INFECTIONS GENITALES HAUTES / IST.....	29
XIX. INFECTIONS GENITALES BASSES / IST	29
XX. SYPHILIS	30
XXI. LEPTOSPIROSE.....	30
XXII. PALUDISME	31
XXIII. NEUTROPENIE FEBRILE	32
XXIV. CANDIDOSES SYSTEMIQUES	33
ANTIBIOTHERAPIE CHEZ L'ENFANT	34
I. INFECTIONS CUTANEEES	35
II. INFECTIONS NEUROMENINGEES BACTERIENNES.....	36
III. INFECTIONS RESPIRATOIRES	37
IV. INFECTIONS ORL	40
V. INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES	42
VI. INFECTIONS URINAIRES.....	45

Antibiothérapie chez l'adulte

I. Les aminosides (dosage cible)

Aminosides










Gram	Antibiotique préférentiel	mg/kg/j ^{a)}	Voie	Pic (mg/L) = Efficacité Dosage 30 min après la fin de la perfusion	Résiduelle (mg/L) ^{b)} = Tolérance Dosage après 24h de traitement avant l'injection suivante
Bacille gram négatif	Amikacine	15 à 30 ^{c)}	1 inj. /j IV sur 30 min	60 - 80	< 2,5
Si suspicion d'infection à Pyocyanique	Tobramycine	5 à 8		< 0,5	
Cocci gram positif	Gentamicine	5 à 8 ^{a)}		< 0,5	

^{a)} Patient obèse => Poids corrigé = poids idéal + 0.43 x (poids total-poids idéal) ; Poids idéal : Femme = Taille(cm) - 100 - [Taille(cm) - 150]/2 ; Homme = Taille(cm) - 100 - [Taille(cm) - 150]/4

^{b)} Si durée ≥ 5 jours ou insuffisance rénale (2 fois/semaine + créatinémie)

^{c)} Si situation sévère ou risque de modification pharmacocinétique : utiliser les doses maximales

II. Hémoculture

Bactériémie / Fongémie (prélèvement sur dispositif à bannir même si patient difficile à prélever)		
QUAND	Pic fébrile ou frissons AVANT TOUTE ANTIBIOTHERAPIE ou après une fenêtre thérapeutique	
PRECAUTION AVANT PRELEVEMENT	Fermer la porte de la chambre Vérifier les flacons (limpidité et date de péremption) Porter un masque de type chirurgical Désinfection des mains (SHA) Désinfection de l'opercule des flacons avec un antiseptique alcoolique (Bétadine® alcoolique 5% ou chlorhexidine alcoolique 0.5% ou 2%) pendant environ 30 secondes, laisser la compresse de désinfection sur le flacon jusqu'au prélèvement Gants à usage unique	    
PRELEVEMENT	Antiseptie de la peau en 5 temps (détersion, rinçage, séchage, antiseptie, séchage spontané) Utiliser un antiseptique alcoolique chez l'adulte. Chez l'enfant de 1 à 30 mois, utiliser la Biseptine®, Dakin® ou Amukine® en réalisant préalablement la détersion avec un savon doux ou savon à la chlorhexidine si utilisation de Biseptine® Ne plus toucher la zone de ponction après cette étape Gants stériles si risque de retouche du point de ponction PRELEVEMENT UNIQUE = 2 paires d'hémoculture en une seule fois/24h Ponction veineuse périphérique 4 flacons (2 aérobies et 2 anaérobies) Bien remplis (8 à 10 ml de sang/flacon) En un seul geste (1 ponction) Ordre : aérobie puis anaérobie Numéroté les flacons dans l'ordre de prélèvement	 <p>de haut en bas</p>  <p>en escargot</p> <p>2 paires en 1 ponction veineuse/24h</p>  <p>N°1 N°2</p>

CAS PARTICULIERS

INFECTIONS LIEES A UN DISPOSITIF

- Méthode des **hémocultures appariées** (matériel en place)
 - En 1^{er} : **2 paires en 1 ponction veineuse/24h en veine périphérique**



- Puis **dans les 10 min**, prélever **1 paire d'hémoculture sur le dispositif sans purge** préalable



- Flacons correctement **numérotés, identifiés : heure + site de prélèvement**

DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE D'UNE ENDOCARDITE

- **3 paires d'hémocultures** (aérobies et anaérobies) obtenues **par 3 ponctions veineuses espacées d'1h minimum** avant toute prise antibiotique échelonnées sur 24 heures



- **2^{ème} série d'hémocultures** si **1^{ère} série négative après 48h**

III. Choc septique ou sepsis sévère

Antibiothérapie dans l'heure APRES réalisation de prélèvements orientés, à visée infectieuse (hémocultures)

Contexte	Antibiotiques	Posologie	Voie
<i>Communautaire</i>	Céfotaxime	2 g x 3/j	IV sur 1h
	+ Gentamicine ^{a)}	8 mg/kg/j	IV sur 30 min
	+ Vancomycine	15 mg/kg en dose de charge puis 30 mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h
<i>Nosocomial</i>	Pipéracilline-Tazobactam	4 g x (3 à 4)/j	IV sur 1h
	+ Amikacine ^{a)}	30 mg/kg/j	IV sur 30 min
	+ Vancomycine	15 mg/kg en dose de charge puis 30 mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h

^{a)} Une altération de la fonction rénale, même importante ne doit pas remettre en cause l'utilisation des aminosides dans ce contexte

Définition du choc septique :

- sepsis
- besoin en noradrénaline pour maintenir PAM > 65mmHg
- lactates > 2mmol/l malgré un remplissage adéquat

IV. Endocardites

3 paires d'hémocultures à 1h d'intervalle au minimum (remplissage avec 10 mL de sang/flacon)

Préciser la suspicion d'endocardite sur l'ordonnance

Contexte	Traitement	Posologie	Voie
Valves natives Ou Valves prothétiques ≥ 12 mois	1 ^{er}	Amoxicilline	200mg/kg/j en 6 injections
		+ Oxacilline	150 à 200mg/kg/j en 6 injections
		+ Gentamicine	3mg/kg/j
	Allergie β-lactamines	Vancomycine ^{a)}	15mg/kg en dose de charge puis 30mg/kg/j
	+ Gentamicine	3mg/kg/j	IV ou IM
Valves prothétiques < 12 mois	1 ^{er}	Vancomycine ^{a)}	15mg/kg en dose de charge puis 30mg/kg/j
		+ Gentamicine	3mg/kg/j
		+ Rifampicine	20mg/kg/j en 2 prises
			PO ou IV, à débiter dès que le taux Vancomycine > 20mg/L

^{a)}Taux de vancomycine à réaliser à 72h, objectif taux sérique 20-30mg/L

Si hémoculture négative à J2 :

- Refaire des prélèvements d'hémocultures (3 paires réalisées à 30 min d'intervalle au minimum)
- Prélever 3 tubes secs + 2 tubes EDTA pour sérologie et PCR : *Bartonella*, *Coxiella burnetii* (fièvre Q), *Chlamydia*, *Legionella*, *Mycoplasma*, *Brucella*, *Tropheryma whipplei*

V. Infections liées au cathéter (KT) : ILC / dispositif

Dès suspicion :

Hémocultures différentielles (à préciser sur le bon) : **2 paires à la suite en périphérie + 1 paire sur KT** (sans avoir purgé au préalable) de manière concomitante (≤ 10 min) et en respectant les volumes de remplissage.

Hémocultures différentielles positives = positivité plus précoce de l'hémoculture sur KT d'au moins 2h.

Les hémocultures différentielles ne s'appliquent pas en cas de suspicion d'infection sur VVP.

Conduite à tenir après réalisation des hémocultures différentielles :

- ⇒ **En cas d'abord périphérique (VVP, Midline) :** ablation systématique dès suspicion clinique +/- une mise en culture au laboratoire
- ⇒ **En cas d'abord central (VVC, PiccLine, PAC) ou artériel: discuter de l'ablation en urgence si :**
 - non indispensable
 - ou si signes infectieux locaux, signes de gravité, infection compliquée (thrombophlébite, endocardite, ostéomyélite)
 - ou si infection confirmée à *S.aureus*, *Candida*, *P.aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*
- ⇒ **Antibiothérapie à débiter en urgence** si signes de gravité, prothèse endovasculaire, valve cardiaque, neutropénie

Plusieurs situations possibles pour les abords centraux ou artériels :

→ **KT toujours en place :**

1/ Signes généraux sans signes locaux et hémocultures négatives : ablation du KT si pas d'autres étiologies à la fièvre et KT non indispensable. Si ablation impossible : poursuivre la surveillance par hémocultures différentielles

2/ Signes locaux : ablation et mise en culture quel que soit le résultat des hémocultures = *ILC localisée ou bactériémiante*

3/ Hémocultures positives :

- si différentiel de temps de pousse > 2h en faveur du KT = probable ILC bactériémiante → ablation du KT pour mise en culture et antibiothérapie
- si pas de différentiel de temps de pousse, en l'absence de signes locaux : probable bactériémie non liée au KT

→ **KT enlevé et envoyé en culture :**

1/ Bactériémie non liée au KT : KT négatif, mais hémoculture positive. *Traitement en fonction du contexte clinique et du germe.*

2/ Colonisation du KT : KT positif en culture ($>10^3$ UFC/ml) *mais pas de signes locaux et hémocultures négatives*

- Pas de traitement si pas de signes infectieux.
- Si KT positif à *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, autre BGN non fermentant, *Candida* :
 - Refaire des hémocultures systématiques après ablation
 - Traitement 3-5j
- Pas de traitement si KT colonisé à *Staphylococcus coagulase négatif* ou à entérobactérie

3/ ILC localisée = non septicémique : KT positif en culture ($>10^3$ UFC/ml) avec signes locaux *mais hémocultures négatives*

- Surveillance clinique et hémoculture
- Antibiothérapie 3-5j si *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, autre BGN non fermentant, *Candida*

4/ Bactériémie liée au KT = ILC bactériémiante : bactériémie + un des 2 critères suivants :

- Culture du KT ou culture du site d'insertion positive
- Hémocultures différentielles positives = positivité au même germe, avec différentiel de temps de pousse > 2h (+ rapide sur le KT)
- Retrait du KT dès que possible quel que soit le germe et traitement antibiotique par voie IV

Bilan d'extension :

- Echodoppler
- bodyTDM

EN CAS DE TRAITEMENT INDIQUE :

Antibiothérapie probabiliste

Contexte	Antibiotiques	Posologie	Voie
Absence de FDR pour une BLSE ou pour une candidémie	Pipéracilline-Tazobactam	4g x (3 à 4)/j	IV
	+ Vancomycine	15mg/kg en dose de charge puis 30mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h
	+/- Amikacine ^{a)}	15 à 30mg/kg/j	IV
Si FDR BLSE ^{b)}	Méropénème	1 g/8h	IV
	+ Vancomycine	15mg/kg en dose de charge puis 30mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h
	+/- Amikacine ^{a)}	15 à 30mg/kg/j	IV
Si FDR CANDIDEMIE ^{c)}	Ajouter Caspofungine ou Fluconazole	cf. tableau candidose invasive	

^{a)} Si sepsis sévère ou choc septique, durée 3 à 5 j

^{b)} FDR BLSE :

^{c)} Nutrition parentérale et/ou utilisation prolongée d'antibiotiques à large spectre et/ou patient d'hématologie et/ou patient greffé ou transplanté rénal et/ou KT fémoral et/ou colonisation sur plusieurs sites à *Candida*

Durée antibiothérapie en fonction du germe et du contexte

Cathéter retiré dans un contexte fébrile et microbiologie positive	Antibiothérapie et durée
<i>Staphylococcus aureus, Candida spp</i>	
Hémoculture négative	3-5 jours
Hémoculture positive sans complication à distance	14 jours
Hémoculture positive et complication à distance	4 à 6 semaines
<i>Entérobactéries, Entérocoques, Staphylococcus coagulase negative</i>	
Hémoculture négative	Pas d'antibiothérapie*
Hémoculture positive sans complication à distance	7 jours
Hémoculture positive et complication à distance	4 à 6 semaines
<i>Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii</i>	
Hémoculture négative	3-5 jours*
Hémoculture positive sans complication à distance	7 jours
Hémoculture positive et complication à distance	4 à 6 semaines

(*): ces propositions sont basées sur des données épidémiologiques de qualité médiocre et elles sont données à titre indicatif. Elles doivent être modulées en fonction de la présence de signes de sepsis clinique, de la présence de dispositifs intra-vasculaires, et d'une immunodépression sous-jacente.

Verrou antibiotique

Germe	Antibiotique	Concentration	Préparation	Quantité à mettre dans le dispositif/12h
BGN	Amikacine	10mg/mL/12h	250mg dans 25mL de solvant	5mL
SCN/Entérocoque	Vancomycine	12,5mg/mL/12h	500mg dans 40mL de solvant	

VI. Infections cutanées

Vérifier le statut antitétanique

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée	
Impétigo	Formes localisées	Pas d'ATB per os	Mupirocine	2 à 3x/j	pommade	5 j	
	si >6 lésions ou >2% Surface cutanée, extension rapide, forme nécrotique creusante	1 ^{er}	Pristinamycine	1g x 3/j	PO	7 j	
		Alternative	Céfadroxil	1g x 3/j	PO	7 j	
Furoncles	Isolé simple	Pas d'ATB	Soins locaux				
	Traitement chirurgical ou incision pour évacuer le bourbillon + ATB si localisation centro-faciale, taille > 5 cm, dermohypodermite associée, fièvre, immunodépression, lésions multiples récurrentes	1 ^{er}	Pristinamycine	1g x 3/j	PO	5 j ^{a)}	
		Alternative	Clindamycine	600mg x 3/j (600mg x 4/j si > 100kg)	PO		
Dermohypodermite aiguë bactérienne (DHAB) non nécrosantes^{b)}	Non compliquées	1 ^{er}	Amoxicilline	50mg/kg/j en 3 prises (maximum 6g/j)	PO	7 j	
		Allergie pénicillines	Pristinamycine	1g x 3 /j	PO		
			ou Clindamycine	600mg x 3/j (600mg x 4/j si > 100kg)	PO		
	Hospitalisation	1 ^{er}	Benzyl pénicilline	12 à 20 M UI/j	IVSE ou 4 IVL/j		
		Allergie pénicillines	Pristinamycine	1g x 3/j	PO		
			ou Clindamycine	600mg x 3/j (600mg x 4/j si > 100kg)	PO ou IV		
	Sur plaie chronique	Relais PO	Amoxicilline	50mg/kg/j en 3 prises (maximum 6g/j)	PO		
1 ^{er}		Amoxicilline-A.clavulanique	1g x 3 à 4/j	IV puis PO	10 j		
DHAB nécrosante^{c)}	Erysipèle avec sepsis sévère ou fasciite nécrosante d'un membre	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam	4g x 4/j	IV	14-28 j	
			+ Clindamycine	600mg x 4/j			
			+/- Amikacine	30mg/kg/j			
DHAB gangréneuse (post-opératoire)	Contexte nosocomial	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam	4g x 4/j	IV	10-14 j	
			+ Vancomycine	15mg/kg sur 1h en dose de charge puis 30mg/kg/j			IV sur 1h PSE sur 24h
			+ Gentamicine	5mg/kg/j			IV
DHAB du périnée	1 ^{er}	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam	4 g x 4/j	IV	10-21 j	
			+ Métronidazole	500 mg x 3/j		10-21 j	
			+/- Amikacine	30 mg/kg/j		2-3 j	
Staphylococcie maligne de la face	1 ^{er}	1 ^{er}	Clindamycine	600mg x 3/j (600mg X 4/j si > 100kg)	IV ou PO	7-14 j	
			+ Gentamicine	5 mg/kg/j		IV	2 j
Cellulite faciale d'origine dentaire	1 ^{er}	Allergie pénicillines	Amoxicilline-A.clavulanique	1g x (3 à 4)/ j	IV	7-14 j	
			Clindamycine	600mg x 3/j (600mg X 4/j si > 100kg)			IV ou PO
Morsures	1 ^{er}	Allergie pénicillines	Amoxicilline-A.clavulanique	1 à 2g x 3/j	PO	5 j	
			Doxycycline	100mg x 2/j			PO

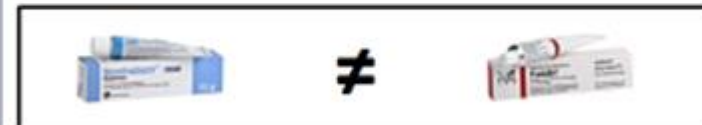
^{a)} Si furonculose : durée ATB de 7j, prélèvement bactériologique d'un furoncle avant ATB, dépistage portage nasal de *S. aureus* après échec 1^{ère} décolonisation des gîtes bactériens
DECOLONISATION DES GITES A STAPHYLOCOQUE (patient+entourage proche) : douche antiseptique (savon/shampoing à base de chlorhexidine) 1x/j pendant 7j, application nasale de mupirocine pommade 2x/j et bains de bouche à la chlorhexidine 2x/j après guérison de la poussée pendant 7 j

^{b)} Antibioprophylaxie si > 2 épisodes/an= Extencilline 2.4M UI/4 semaines IM ou Phenoxyethylpenicilline benzathine 1M UI X2/j po (si allergie, azithromycine 250mg/j po)

^{c)} Prise en charge chirurgicale urgente, avis infectiologue pour Ig IV à visée anti-toxinique et caisson hyperbarre

Décolonisation =

- ✓ 7 jours consécutifs de douches antiseptiques à la Chlorhexidine aqueuse
- ✓ + 7 jours x 2 par jour pommade antibiotique type mupirocine BACTROBAN[®] dans les vestibules nasaires
- ✓ Bains de bouche Chlorhexidine x2/j 7 jours
- ✓ + toutes les personnes vivant sous le même toit
- ✓ hygiène renforcée (mains, environnement etc...)



Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC, Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):e10. PILLY 2018

VII. Infections ophtalmiques chez l'adulte (avis spécialisé nécessaire sauf conjonctivite)

Contexte		Type prélèvement	Traitement		Posologie	Voie	Durée	Mesures associées	
Abcès cornée	Simple	Non porteur de lentille	Frottis conjonctival	Ofloxacin + Rifampicine		1 goutte horaire pendant 48 heures	collyre	14 j min	Arrêt du port des lentilles, changer les lentilles/boitier/liquide de rinçage Larmes artificielles à volonté Mydriaticum x3/j si formes grave/sévère
		Porteur de lentille	Frottis conjonctival	Ciprofloxacine + Tobramycine +/- Hexamidine 0.1% collyre si pratique à risque d'amibes		puis diminution selon évolution ^{d)}	collyre	14 j min	
	Facteurs de risque ^{a)} ou grave ^{b)} = hospitalisation		Frottis conjonctival	Collyres renforcés (préparation hospitalière) = ticarcilline (par défaut ceftazidime) + vancomycine + amikacine +/- Hexamidine 0.1% collyre si pratique à risque d'amibes		1 goutte horaire/j et nuit 48h puis régression selon la clinique	collyre	48h à réévaluer selon évolution clinique	
Abcès palpébral		Aucun	Pristinamycine (500mg) ou amoxicilline-acide clavulanique		1gr/8h 1g x 3	PO	5 j		
Chalazion			Traitement mécanique en 1ère intention = soins de paupières Si échec : Sterdex x2/j		Massage des paupières à l'eau chaude x2/j en appuyant sur le chalazion	Local	7 j	Traitement de la blépharite associée : Azithromycine collyre x2/j 3 j à renouveler une fois par mois 3 mois	
Conjonctivite bactérienne	Simple		PAS d'ATB : lavage abondant +/- antiseptique local						Larmes artificielles 4 à 8 x/j
	Facteurs de risque ^{a)} ou défaut d'hygiène ou grave ^{b)}		Azithromycine Collyre ou Rifampicine ou Cebemyxine		1 goutte x 2/j 1 goutte x 6 /j 1 goutte x 6/j	collyre	3 j 7j 7j		
	Chlamydiae	Nouveau-né	Erythromycine	10-15 mg/kg x 4/j	VO	14 j	Traitement des parents Bilan IST et dépistage partenaire Larmes artificielles 4 à 8 x/j		
		Adulte	Azithromycine Collyre	1 goutte x 2	collyre	3j			
Gonocoque		Traitement systémique des nx-nés	Ceftriaxone	50 mg/kg/j (150 mg maxi)	IV ou IM	7 j	Lavages au sérum physiologique Larmes artificielles 4 à 8 x/j		
Dacryocystite		Trimethoprime-SMX forte		800 x 2	PO	7 j			
		ou amoxicilline-acide clavulanique Si allergie : Pristinamycine		1gr x 2 1gr x 3	PO	10 j			
		Rifampicine		1 goutte x 4	collyre	7 j			

Contexte	Type prélèvement	Traitement	Posologie	Voie	Durée	Mesures associées	
Traumatisme à globe ouvert	Prélèvement du vitrée +++	Prophylaxie pré-opératoire: Double antibiothérapie minimum 48h par : Cefazoline IV+ ciprofloxacine PO					7j VAT Coque rigide
		- voie générale : vancomycine 1g/12h + céftazidime 1g/8h		IV			
		- collyres fortifiés vancomycine 50mg/mL + céftazidime 50mg/mL 1 goutte /h pendant les 2 premiers jours puis régression		collyres			
		- IVT : vancomycine 1mg/0,1mL + céftazidime 2,25mg/0,1mL		IVT			
Endophtalmie aigue post-opératoire	Ponction de chambre antérieure	<u>Injection intra vitréenne^{a)}</u> <i>Si ponction de chambre antérieure avant IVT:</i> Vancomycine 1 mg 0.1 ml + ceftazidime 2.25 mg 0.1 ml <i>En l'absence de PCA:</i> Vancomycine 1 mg 0.05 ml + ceftazidime 2.25 mg 0.05 ml					Dilatation = antalgique: Atropine 1% x3/j directement Si absence de lésion cornéenne : ajout Dexamethasone/Oxytétracycline 1 application x6/j + Dexamethasone/Tobramycine x6/j Si abcès cornéen : collyres fortifiés
		<u>Et traitement systémique =</u> Levofloxacine + Imipenem-Cilastatine		500mg x 2/j 500mg x 4/j	PO IV	2 semaines 5j IV +/- relais per os selon documentation	
		Allergie pénicilline	Fosfomycine	200mg/kg/j en 4 prises	IV		
Orgelet	Aucun	Rifampicine pommade	3x/j et retrait du cil infecté	local	10 j		
Prophylaxie chirurgicale	Chirurgie de la cataracte : 1mg/0,1ml céfuroxime en chambre antérieure en fin d'intervention intracaméculaire En cas de CI ou facteurs de risques : (Diabète, implantation d'un dispositif intraoculaire autre que pour la chirurgie de la cataracte, atcdts d'endophtalmie post opératoire sur l'autre œil, monophtalme, extraction intracapsulaire, implantation secondaire) -Lévofloxacine 500mg per os 16 à 12h avant la chirurgie 500mg le j même 4 à 2h avant l'intervention En cas de rupture capsulaire : Lévofloxacine 500mg IV en per opératoire Autres chirurgies à globe ouvert chez les patients à risque : Lévofloxacine 500mg per os 16 à 12h avant la chirurgie et 500mg le j même 4 à 2 h avant l'intervention						

^{a)} Facteurs de risques = monophtalme, immunodépression, nouveau-né, diabète déséquilibré, Pathologie locale sous-jacente, corticothérapie locale, porteur de lentilles de contact

^{b)} Grave = sécrétions purulentes importantes, chémosis, œdème palpébral, larmolement important, baisse de l'acuité visuelle, photophobie

^{c)} Dans 2 seringues séparées pour éviter cristallisation entre la vancomycine et la ceftazidime

^{d)} + Ciloxan (Ciprofloxacine Chlorhydrate) ou Rifamycine pommade le soir

VIII. Infections digestives

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée
Abcès hépatique bactérien	Non grave	Pas d'antibiothérapie probabiliste				
	Grave	1 ^{er}	Céfotaxime + Métronidazole +/- Gentamicine	2g x 3/j 500mg x 3/j 8mg/kg/j	IV PO IV	6 sem
Amibiase intestinale aiguë		1 ^{er}	Métronidazole	500mg x 3/j	IV ou PO	7-10 j
Amibiase hépatique		puis	Tiliquinol-Tilbroquinol	2 gélules matin/soir	PO	10 j
Angiocholite aiguë	Communautaire	1 ^{er}	Céfotaxime + Métronidazole +/- Gentamicine	2g x 3/j 500mg x 3/j 8mg/kg/j	IV IV ou PO IV	Avis chirurgical
	Nosocomiale ou post CPRE	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam +/- Amikacine	4g x (3 à 4)/j 20mg/kg/j	IV IV	
Colite pseudo membraneuse à Clostridium difficile -Arrêt des antibiotiques inducteurs -Pas de coproculture de contrôle -Arrêt des précautions complémentaires à 48h de l'arrêt des diarrhées	Non grave	1 ^{er}	Vancomycine	125mg x 4/j	PO ou lavement	10 j
	Grave = avis réa	1 ^{er}	Vancomycine + Métronidazole (seul si voie PO ou digestive impossible)	500mg x 4/j 500mg x 3/j	PO IV	
	Récidive	1 ^{er}	Fidaxomicine (avis infectieux)	200mg x 2/j	PO	
Diarrhée aiguë	Aqueuse = Syndrome cholérimforme	Pas d'antibiotique, traitement symptomatique. Si échec après 24h : cf syndrome dysentérique				
	Invasive = Syndrome dysentérique (copro et parasito)	1 ^{er}	Ofloxacin ^{a)} + Métronidazole	200mg x 2/j 500mg x 3/j	PO	3-5 j 7 j
Infection liquide d'ascite (cirrhotique, PNN >250/mm³) Ponction de contrôle à 48h pour examen bactériologique	Communautaire	1 ^{er}	Céfotaxime Ou Ceftriaxone	2g x 3/j 2g/j	IV	5 j
		Relais	Amoxicilline-A.clavulanique Ou Ofloxacin	2g x 3/j 200mg x (2 à 3)/j	PO	7 j
	Nosocomiale (USI < 3 mois, antibiothérapie ou chirurgie récente)	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam + Vancomycine	4g x (3 à 4)/j 15mg/kg en dose de charge puis 30mg/kg/j	IV IV IVSE	Avis infectieux
	Si rupture de varices œsophagiennes associée	1 ^{er}	Norfloxacin	400mg x 2/j	PO	7j
Diverticulite non compliquée	Si diagnostic confirmé au TDM et absence des critères suivants ^{b)}	Traitement symptomatique simple				
	Si contexte social défavorable ou surveillance difficile	1 ^e Alternative	Amoxicilline-A.clavulanique Ciprofloxacine + Métronidazole	1g x 3/j 500mg x 3/j 500mg x 3/j	PO	5-7j
Diverticulite compliquée et Cholécystite		1 ^{er}	Céfotaxime + Métronidazole	2g x 3/j 500mg x 3/j	IV	7-10 j 2-7j

^{a)} Si retour d'Asie : Azithromycine 1g x 1/j pd 1 j PO ; ^{b)} Si présence d'un de ces critères, suivre « diverticulite compliquée » : signe de gravité et de signe de sepsis ; immunodépression (congénitale ou acquise, liée à un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale) ; Score ASA>3 ; grossesse

Contexte			Traitement		Posologie	Voie	Durée		
Péritonite	Communautaire	Sans signe de gravité	1 ^{er}	Céfotaxime + Métronidazole	2g x 3/j 500mg x 3/j	IV	Localisée = 2-3j		
			Allergie β-lactamines	Lévofloxacine + Métronidazole	500mg x 2/j 500mg x 3/j	IV		Généralisée = 5j	
				+ Gentamicine	5mg/kg/j				
		Avec signes de gravité	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam + Gentamicine		4g x 4/j 5 à 8mg/kg/j	IV	5 j	
				+/- Caspofungine ^{a)}		70mg x 1/j puis 50mg x 1/j ^{b)}			
	Nosocomiale ou post-op	Absence de risque de BLSE ^{c)}	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam +/- Amikacine		4g x 4/j 30mg/kg/j	IV IV	5-15 j	
				+/- Vancomycine		dose de charge de 15mg/kg puis 30mg/kg/j			IV puis PSE
				+/- Fluconazole ^{a)}		800mg en dose de charge puis 400 x 2/j			IV
			Allergie β-lactamines	Aztréonam (ou Ciprofloxacine) + Métronidazole		1 à 2g x 3/j (ou 400mg x 3/j en IVL)			IV IV
				+ Vancomycine		dose de charge de 15mg/kg puis 30mg/kg/j			IVL puis IVSE
				+ Amikacine		30mg/kg/j			IV
		Si risque de BLSE ^{c)}	1 ^{er}	Imipénème (ou Méropénème) +/- Vancomycine ^{d)}		1g x 3/j (ou 1g x 3 IVL/j)	IV		
				+/- Caspofungine ^{a)}		dose de charge de 15mg/kg puis 30mg/kg/j			IV puis PSE
Avec signes de gravité	1 ^{er}	Rajouter Amikacine +/- Caspofungine ^{a)}		30mg/kg/j	IV				
				70mg x 1/j puis 50mg x 1/j ^{b)}					

^{a)} Ajout d'un antifongique si 3 critères parmi les suivants présents : défaillance hémodynamique, sexe féminin, chirurgie sus-mésocolique, antibiothérapie depuis plus de 48 heures

^{b)} Maintenir 70mg/j en 1 fois si poids du patient > 80kg

^{d)} Si sepsis sévère ou choc septique et colonisation connue à entérocoque résistant à l'ampicilline ou SARM

^{c)} Facteurs de risque BLSE dans les infections digestives

- Traitement antérieur par céphalosporine de 3ème génération ou Fluoroquinolone (dont monodose) dans les 3 mois
- Portage d'une entérobactérie porteuse d'une bêta-lactamase à spectre élargi, ou *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la Ceftazidime, sur un prélèvement de moins de 3 mois, quel que soit le site
- Hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois précédents
- Patient vivant en EHPAD médicalisé ou soins de longue durée ET porteur d'une sonde à demeure et/ou d'une gastrostomie
- Echec de traitement par une antibiothérapie à large spectre par Céphalosporine de 3ème génération ou Fluoroquinolone ou Pipéracilline-Tazobactam
- Récidive précoce (< 15 j) d'une infection traitée par Pipéracilline-Tazobactam pendant au moins 3 j

IX. Splénectomie

Splénectomie en Urgence	Vaccination		Antibioprophylaxie
Adulte et enfant > 5ans	Pneumocoque	Prevenar 13	à J+15 ou à la sortie de l'hôpital si risque de perdu de vue
		Pneumovax	8 semaines après le Prevenar
		Rappels	Tous les 5 ans : Pneumovax
	Haemophilus		Act-Hib dès J+1, pas de réinjection
	Méningocoque	Bexsero (méningocoque B) + Menveo/Nimenrix (tétravalent méningocoque A,C,Y et W 135)	dès J+1
Rappel		à 6 mois : Menveo/Nimenrix Puis rappel tous les 5 ans : Menveo/Nimenrix	
Grippe		Tous les ans : vaccin contre la grippe saisonnière hémisphère Sud	
Enfant < 1an	Pneumocoque et Haemophilus		Suivre le calendrier vaccinal. Rattrapage si non à jour
	Méningocoque C	Menjugate	à 2 mois puis à 4 mois
		Rappel	Menveo/Nimenrix à partir de 1 an (au moins 2 mois après le dernier Menjugate) Puis rappel tous les 5 ans : Menveo/Nimenrix
	Méningocoque B		cf schéma vaccinal du Vidal selon l'âge
Grippe		vaccin contre la grippe saisonnière hémisphère Sud dès l'âge de 6 mois, puis tous les ans	
Enfant 1 à 5 ans	Pneumocoque	Si vaccinations à jour	Enfant < 2 ans : rien Enfant > 2ans : Pneumovax à J+15 (ou au moins 8 semaines après la dernière injection de Prevenar) Puis rappel tous les 5 ans
		Si vaccination non à jour	Prevenar à J+15 et à 2 mois Pneumovax : A partir de 2 ans (mais au moins 8 semaines après Prevenar) Puis rappel tous les 5ans
	Haemophilus		Act-Hib 1 dose dès J+1
	Méningocoque		idem adulte (attention si vaccination préalable par vaccin conjugué méningococcique C, attendre 3 ans avant rappel par tétravalent Menveo/Nimenrix)
	Grippe		vaccin contre la grippe saisonnière hémisphère Sud tous les ans

- **Splénectomie programmée :**
 - Débuter la vaccination 8 à 10 semaines avant le geste (respecter le délai de 8 semaines entre Prevenar 13 et Pneumovax)
- **Asplénisme :**
 - Débuter la vaccination dès le diagnostic
 - Antibioprophylaxie si âge > 5ans
- **Rate embolisée :**
 - Proposer la vaccination
 - PAS d'antibioprophylaxie

X. Infections neuro-méningées

Méningite = urgence thérapeutique : ATB < 1h, sans adaptation des doses au DFG les premières 24h

- Bilan avant antibiothérapie : PL (4 tubes) + hémocultures (2 paires)
- L'antibiothérapie doit être instaurée AVANT la PL uniquement si :
 - Purpura Fulminans
 - Forte suspicion de méningite bactérienne ET
 - Hôpital distant >90 minutes et impossibilité de réaliser la PL
 - Contre-indication à la PL (anomalie connue de l'hémostase, traitement anticoagulant à dose efficace, suspicion de trouble majeur de l'hémostase, grande instabilité hémodynamique)
- Les troubles de la conscience isolés ne sont pas une contre-indication à la PL
- Les indications d'imagerie avant la PL sont rares = risque d'engagement :
 - Présence de signes cliniques focaux (sauf atteintes de paires crâniennes, en dehors du III)
 - Crises d'épilepsies focales récentes
 - Symptômes neurologiques centraux présents depuis plus de 4 j

Contexte		Traitement	Posologie	Voie	Durée	
Méningite	Sans orientation ou Purpura Fulminans	Céfotaxime	Dose de charge 50mg/kg + 300mg/kg/j (max 24g/j) ^{b)}	IV sur 1h PSE sur 24h	<i>Neisseria meningitidis</i>	4 ^{c)} -7 j
		+ Dexaméthasone ^{a)}	10 mg/6h	IV	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	10 ^{c)} -14 j
	Si suspicion Listeria	Idem purpura fulminans + Amoxicilline	200mg/kg/j en 4 fois/j	IV	<i>Listeria monocytogenes</i>	21 j Aminosides = 7 j
		+ Gentamicine	5mg/kg/j	IV	<i>Haemophilus influenzae</i>	7 j
	Si signe encéphalite IRM cérébrale en urgence	Idem purpura fulminans + Aciclovir	10mg/kg/8h	IV	<i>Escherichia coli</i>	21 j
		+ Amoxicilline	200mg/kg/j en 4 fois/j		Streptocoque	14-21 j
					Herpes simplex virus	14-21 j
					Absence de documentation	14 j

^{a)} Immédiatement : avant ou concomitante à la 1^{ère} injection d'antibiotique, pendant 4 jours. En cas d'oubli : jusqu'à 12h après la première dose d'antibiotique. Non recommandée chez l'immunodéprimé ou en cas de Listeria

^{b)} Perfusion journalière continue et dose de charge doivent être mises en route de façon concomitante

^{c)} Si évolution favorable à 48h

Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée
Abcès cérébral communautaire, foyer ORL/dentaire/pulmonaire	Céfotaxime	Dose de charge 50mg/kg + 300mg/kg/j (max 24g/j) ^{a)}	IV sur 1h PSE sur 24h	6 semaines min
	+ Métronidazole	500mg x 3/j	IV	
Abcès cérébral post traumatique	Céfotaxime	Dose de charge 50mg/kg + 300mg/kg/j (max 24g/j) ^{a)}	IV sur 1h PSE sur 24h	
	+ Vancomycine ^{b)}	Dose de charge 15mg/kg puis 30mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h	
Abcès cérébral post opératoire	Méropénème	Dose de charge de 2g puis 6g/j ^{a)}	IV sur 1h PSE sur 24h	
	+ Vancomycine ^{b)}	Dose de charge 20-30mg/kg puis 30 à 40mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h	

^{a)} Perfusion journalière continue et dose de charge doivent être mises en route de façon concomitante

^{b)} Taux de vancomycine à 72h : objectif à 40mg/L

XI. Embarrure ouverte

Amoxicilline - Ac. clavulanique 1g/8h IV ou PO, 5j + avis neurochirurgical pour parage en urgence au bloc opératoire

XII. Fracture de la base du crâne / fracture du rocher / rhinorrhée / otorrhée post traumatique

Absence d'antibiothérapie prophylactique à la phase aigüe

XIII. Pneumencéphalie isolée

Absence d'antibiothérapie prophylactique

XIV. Infections respiratoires

Penser à rechercher un voyage en zone d'épidémie (grippe, coronavirus) et au dépistage VIH

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée	Echec à 48h	
Pneumopathie aiguë communautaire	Ambulatoire^{a)}	1 ^{er}	Jeune (< 70 ans)	Amoxicilline	1g x 3/j	PO	7 j	Changer pour Roxithromycine (150mg x 2/j)
			Agé ou comorbidité ou contexte grippal	Amoxicilline-A.clavulanique	1g x 3/j	PO	7 j	Hospitalisation
		Allergie pénicillines		Pristinamycine	1g x 3/j	PO	7 j	
		Si suspicion de germe intracellulaire (début progressif, signes extra-respiratoires, sujet jeune, fièvre modérée)		Roxithromycine	150mg x 2/j	PO	10 j	Changer pour Amoxicilline (1g x 3/j)
	Inhalation	1 ^{er}	Amoxicilline-A.clavulanique		1g x 3/j	PO	5-7 j	
		Allergie pénicillines	Céfotaxime + Métronidazole		1g x 3/j 500mg x 3/j	IV	7 j	
Pneumopathie aiguë communautaire hospitalisée	Non grave hospitalisée	Arguments en faveur du pneumocoque (infection documentée ou fortement suspectée)		Amoxicilline	1g x 3/j	PO	7 j	
		Allergie pénicillines		Pristinamycine	1g x 3/j	PO	7 j	
		Pas d'argument pour pneumocoque	Jeune	Amoxicilline	1g x 3/j	PO	7 j	Ajouter Roxithromycine
			Allergie pénicillines	Pristinamycine	1g x 3/j	PO	7 j	
			Agé, institutionnalisé ou comorbidité dont alcoolisme	Amoxicilline-A.clavulanique	1g x 3/j	PO	7 j	Ajouter Roxithromycine
	Allergie pénicillines		Céfotaxime (ou Lévofloxacine)	2g x 3/j (500mg x 2/j)	IV ou PO ^{c)}	7 j		
	Grave	Absence FDR <i>Pseudomonas</i> ^{b)}		Céfotaxime	2g x 3/j (100mg/kg/j)	IV	7 j	
				+ Erythromycine (ou Roxithromycine)	1g x 3/j (150mg x 2/j)	IV PO	10-14 j ^{d)} 10-14 j ^{d)}	
		Présence FDR <i>Pseudomonas</i> ^{b)}		Céfépime (ou Pipéracilline-Tazobactam)	2g x (2 à 3)/j (4g x 3 à 4/j)	IV	7 j ^{e)}	
				+ Amikacine	30mg/kg/j		3-5 j	
+ Erythromycine				1g x (3 à 4)/j	14 j			
Pneumonie gravissime, nécrosante Forte présomption SARM PVL +		Céfotaxime	2g x 3/j	IV	7-14 j	Alternative Cefotaxime (100mg/kg/j)		
		+ Linézolide	600mg x 2/j			+ Vancomycine		
		+/- Gentamicine	6mg/kg/j			+ Clindamycine 600mg x 3		
		discuter Immunoglobulines (avis réa/infectieux)						

^{a)} Absence de signe de gravité

^{b)} Facteurs de risque de *Pseudomonas* : Bronchectasie, mucoviscidose, ATCD d'exacerbation de BPCO dues à *P.aeruginosa*

^{c)} Relais PO dès que possible

^{d)} Arrêt si une antigénurie négative incluant la recherche de *L. longbeachae* ; ^{e)} 10 j si infection documentée à *Pseudomonas*

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée	
Autres contextes	Suspicion de Mélioïdose	Pneumopathie nécrosante Zone d'endémie	Méropénème (Ceftazidime si certitude 2g x3 ou 4 IVL)	1g x 3/j (2g x 3/j si atteinte neurologique)	IV	14 j puis relais PO prolongé (avis infectieux)	
			+/- Sulfaméthoxazole-Triméthoprime (si atteinte neurologique, cutanée, osseuse, prostatique)	< 60kg = 240mg/1200mg x 2/j > 60kg = 320mg/1600mg x 2/j	IV ou PO		
	Légionelles	Non grave	Azithromycine	500mg x 1/j	PO	5 j	
		Grave ou immunodéprimé	Lévofloxacine + Erythromycine	500mg x 2/j à J1 puis 500mg x 1/j + 1g x 3 ou 4 IVL	IV puis PO	21 j	
	Absès pulmonaire Pleurésie purulente	1 ^{er}	Amoxicilline-A.clavulanique	1g x 3/j (2g x 3 si > 80kg)	PO	21 j	
		Alternative	Céfotaxime + Métronidazole	2g x 3/j 500mg x 3 /j	IV	21 j Si > 14j avis infectieux	
Pneumopathies nosocomiales – Patient non ventilé ^{a)}	Précoce < 5 j	Si signes de gravité + érythromycine	Céfotaxime +/- Métronidazole ^{b)}	2g x 3/j 500mg x 3/j	IV	7 j Stop si 1 antigénurie légionelle négative incluant <i>L. longbeachae</i>	
			Céfépime ou Pipéracilline-Tazobactam + Amikacine	2g x (2 ou 3)/j 4g x (3 ou 4)/j 25mg/kg/j en 1 fois		IV IV	7 j 1 à 3 j
	Précoce < 5 j avec risque de BMR Tardive > 5j		+/- Vancomycine ^{c)}	30mg/kg en dose de charge (2 heures) puis 30mg/kg/j	IV sur 1h PSE sur 24h	7 j	
			+/- Métronidazole ^{b)}	500mg x 3/j	IV	7 j	
	Echec à 48h ou documentation	AVIS INFECTIEUX					

^{a)} Hémoculture (2 paires) + Antigénurie pneumocoque et légionelle + prélèvement respiratoire (Combicath ou LBA ou aspiration ou ECBC induit par kiné)

^{b)} Si suspicion d'inhalation

^{c)} Si porteur de SARM ou état de choc ou cocci Gram + à l'examen direct

Contexte	Absence d'EFR ^{b)} connus	EFR (VEMS ^{c)})	Indications	Traitement	Posologie	Voie	Durée
Exacerbation de BPCO ^{a)}	Absence dyspnée	> 50%	Pas d'antibiotique				
	Dyspnée d'effort	< 50%	Seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline	1g x 3/ j	PO	5 j
				ou Céfuroxime ou Pristinamycine	250mg x 2/j 500mg x 3/j		5 j 4 j
	Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	< 30%	Systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline - A.clavulanique	1g x 3/ j		PO
ou Céfotaxime				1 à 2g x 3/ j	IV	5 j	

^{a)} Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation

^{b)} EFR : exploration fonctionnelle respiratoire

^{c)} VEMS : volume expiratoire maximal en 1 sec

XV. Infections O.R.L.

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée		
Otite moyenne aiguë purulente		1 ^{er}	Amoxicilline	1g x (2 à 3)/j	PO	5 j		
		Si conjonctivite associée ou échec amoxicilline	Amoxicilline - A.clavulanique	1g x 3/j		5 j		
		Allergie pénicillines	Céfuroxime - axétil	250mg x 2/j		5 j		
		Allergie β-lactamines	Pristinamycine ou Cotrimoxazole	1g x 2/j 400mg x2/j		5 j		
Sinusite aiguë		Maxillaire		1 ^{er}		Amoxicilline	1g x 3/j	8 j
				Allergie pénicillines		Cefpodoxime	200mg x 2/j	5 j
		Allergie β-lactamines	Pristinamycine	1g x 2/j		5 j		
		Frontale		1 ^{er}		Amoxicilline-A.clavulanique	1g x 3/j	7 j
				Allergie pénicillines		Cefpodoxime	200mg x 2/j	5 j
				Allergie β-lactamines		Pristinamycine	1g x 2/j	5 j
Angine aiguë à streptocoque^{a)}		1 ^{er}	Amoxicilline	1g x 2/j	6 j			
		Allergie pénicillines	Cefpodoxime	100mg x 2/j	5 j			
		Allergie β-lactamines	Azithromycine	500mg x 1/j	3 j			

^{a)} Le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pourra être utilisé comme outil de diagnostic et d'orientation thérapeutique après évolution de la réglementation relative à la biologie en NC

XVI. Infections ostéo-articulaires (Arthrite/Ostéite/Spondylodiscite)

Antibiothérapie à débiter après prélèvements bactériologiques :

- Ponction articulaire (poudrier + flacon hémoculture)
- Prélèvement ≥ 2 paires d'hémocultures

Pour la spondylodiscite : l'antibiothérapie ne doit être débutée qu'après les résultats bactériologiques sauf si signes de gravité

En cas d'infection post-opératoire : réaliser 5 prélèvements osseux bactériologiques per-opératoires + 1 anatomopathologie (cf protocole os du CHT)

Les prélèvements au bloc opératoire dans le cadre d'une suspicion d'infection ostéo-articulaire doivent :

- être multiples (entre 3 et 5 le plus souvent)
- concerner des sites différents (liquide articulaire, synoviale, os, muscle, pseudo-membranes ...)
- en privilégiant les prélèvements aux sites les plus suspects d'infection.
- réalisés chez tous les patients présentant une infection évolutive ou en cas de geste orthopédique alors que le patient a des antécédents d'infection orthopédique quel que soit le délai.
- être bien détaillés (étiquette) pour ce qui est de leur localisation
- être réalisés avant toute antibiothérapie notamment avant l'injection de toute antibioprofylaxie
- en fenêtre antibiotique = en cas d'antibiothérapie prescrite chez un patient avant un geste programmé comprenant une documentation microbiologique, il faut reculer la date du geste d'au moins 4 semaines pour la rifampicine et de 2 à 3 semaines pour les autres classes antibiotiques afin de réduire le risque de négativation des prélèvements. L'urgence clinique prévaut sur ces précautions.
- des prélèvements superficiels ne doivent pas être réalisés
- l'antibiothérapie probabiliste doit être débutée en post opératoire immédiat puis réadaptée selon les résultats microbiologiques

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée du traitement									
IOA aiguë	Communautaire (hors ostéo-arthrite sur escarre, morsures, ou pied diabétique)	1 ^{er}	Cefazoline + Gentamicine	80-100mg/kg/j en 3 injections 5 mg/kg/j	IV IV 3j max	après adaptation de l'antibiothérapie <table border="1"> <tr> <td>Contexte</td> <td>Durée en semaines</td> </tr> <tr> <td>Arthrite</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ostéite</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Matériel*</td> <td>6 sem minimum</td> </tr> </table> * avis référent		Contexte	Durée en semaines	Arthrite	4	Ostéite	6	Matériel*	6 sem minimum
		Contexte	Durée en semaines												
		Arthrite	4												
		Ostéite	6												
	Matériel*	6 sem minimum													
	Allergie β-lactamines	Clindamycine + Gentamicine	600mg x 3 (<70kg) ou 4 (> 70kg)/j 5mg/kg/j	IV IV 3											
	Nosocomiale (post op/matériel)	1 ^{er}	Céfépime + Vancomycine ^{a)}	2g en dose de charge puis 6g IVSE 15mg/kg/j en dose de charge puis 30mg/kg/j	IV IV sur 1h PSE sur 24h										
		Allergie pénicillines	Aztréonam + Vancomycine ^{a)}	2g x 3/j 15mg/kg/j en dose de charge puis 40mg/kg/j	IV IV sur 1h PSE sur 24h										
			Si insuffisance rénale ou allergie à la vancomycine	Linézolide + Céfépime	600mg x 2/j 2g en dose de charge puis 6g IVSE			PO ou IV IV							
		Si sepsis sévère ou choc septique	+ Gentamicine	8mg/kg/j	IV										

^{a)} Taux de Vancomycine à 48h : objectif entre 20 et 25mg/L

XVII. Infections urinaires

Contexte		Choix	Traitement	Posologie	Voie	Durée	Antibiothérapie de relais après documentation		
Femme hors grossesse	Cystite	Simple BU, pas d'indication d'ECBU		1 ^{er}	Fosfomycine-Trométamol	3g x 1/j	PO	1 j monodose	
				Alternative	Pivmécillinam	400mg x 2/j	PO	5 j	
		A risque de complication ^{a)}		1 ^{er}	Nitrofurantoïne Contre-indication si clairance < 40mL/min	100mg x 3/j	PO	7 j	1) Amoxicilline 1g x 3/j pdt 10j 2) Pivmécillinam 400mg x 2/j pdt 7j
				Alternative	Fosfomycine-Trométamol	3g x 1/j	PO	J1-J3-J5 (hors AMM)	
		Récidivante > 1 épisode / mois	Post-coïtale	1 ^{er}	Triméthoprim 1cp dans les 2h précédent ou suivant le rapport (max 1x/j)				
				Alternative	Fosfomycine-Trométamol 3g dose unique dans les 2h précédent ou suivant le rapport (max 1x/7j)				
			1 ^{er}	Triméthoprim	150mg /j	PO	Au long cours		
			Alternative	Fosfomycine-Trométamol	3g x 1/j	PO	tous les 7j		
	Pyélonéphrite aigüe (PNA)	Simple		1 ^{er}	Ciprofloxacine	500mg x 2/j	PO	7 j	1) Amoxicilline 1g x 3/j pdt 10j 2) Amox-Ac Clav 1g x 3/j pdt 10j 3) Sulfaméthoxazole-triméthoprim « fort » 1cp x 2/j pdt 10j 4) Ciprofloxacine 500mg x 2/j pdt 7j
					ou Lévofloxacine	500mg x 2/j à J1 puis 500mg x 1/j			
				Contre-indication si FQ dans les 6 mois précédents					
		Alternative ou Hospitalisé	Céfotaxime		1 à 2g x 3/j	IV IM, IV ou SC	7 j		
ou Ceftriaxone			1 à 2g x 1/j						
Allergie β-lactamines		Aztréonam		2g x 3/j	IV	10 j			
	ou Amikacine		30mg/kg/j	IM ou IV			5 j		
A risque de complication ^{a)}		Traitement PNA simple (C3G à privilégier si hospitalisation, sinon FQ)							
Avec signes de gravité ^{b)}	Pas de FDR BLSE		Traitement PNA simple (C3G uniquement) + Amikacine à 30mg/kg 1x/j pdt 1 à 3j					10 j	
	Si FDR BLSE		1 ^{er}	Imipénème 1g x 3/j + Amikacine 30mg/kg 1x/j pdt 1 à 3j					
		Alternative	Aztréonam 2g x 3/j + Amikacine 30mg/kg 1x/j pdt 1 à 3j						
Homme	Infection urinaire masculine	Sans fièvre, ni rétention urinaire, ni immunodépression grave		1 ^{er}	ATB à différer si possible, sinon cf. PNA simple			Ciprofloxacine 500mg x2 /j pdt 14j ^{c)}	
		Si impossibilité de différer ou fébrile ou rétention aiguë d'urine ou immunodépression grave		1 ^{er}	cf. PNA à risque de complication			Ou	
		Si sepsis grave ou indication de drainage urologique		1 ^{er}	cf. PNA avec signes de gravité			Sulfaméthoxazole-triméthoprim « fort » 1cp x2/j pdt 14j ^{c)}	

^{a)} Risque de complication : uropathie, immunodépression grave, clairance < 30 mL/min, sujet âgé (>75 ans ou >65ans et au moins 3 critères de Fried)

^{b)} Signes de gravité : Quick SOFA ≥2, choc septique, geste urologique

^{c)} Durée de 21 j si autres molécules ou en cas d'uropathie sous-jacente non corrigée

Contexte		Traitement	Posologie	Voie	Durée	Antibiothérapie documentée	
Femme enceinte (dans tous les cas, faire un ECBU de contrôle à J10 puis 1x / mois)	Bactériurie asymptomatique (bactériurie $\geq 10^5$)	Traitement adapté à l'antibiogramme : pas d'antibiothérapie probabiliste					1) Amoxicilline 1g x3/j pdt 7j 2) Pivmécillinam 400mg x 2/j pdt 7j 3) Fosfomycine-Trométamol 3g dose unique
	Cystite d'origine gravidique	1 ^{er}	Fosfomycine-Trométamol	3g x 1/j	PO	1 j	
		Alternative	Pivmécillinam	400mg x 2/j	PO	7 j	
	PNA gravidique simple	1 ^{er}	Céfotaxime	1 à 2g x 3/j	IV ou IM	10 j	1) Amoxicilline 1g x3/j pdt 10j 2) Amox-Ac Clav 1g x3/j pdt 10j 3) Céfixime 200mg x2/j pdt 10j 4) Ciprofloxacine 50 mg x2 /j pdt 10j
			ou Ceftriaxone	1 à 2g x 1/j	IM ou IV ou SC		
		Allergie β -lactamines	Aztréonam (si hospitalisation)	2g x 3/j	IV		
	ou Ciprofloxacine ^{a)}		500mg x 2/j	PO			
	PNA gravidique avec signes de gravité	Si FDR BLSE	Traitement PNA gravidique simple + Amikacine 30mg/kg 1x/j pdt 1 à 3j				
1 ^{er}			Imipénème 1g x3/j + Amikacine 30mg/kg 1x/j pdt 1 à 3j				
Alternative			Aztréonam 2g x3/j + Amikacine 30mg/kg 1x/j pdt 1 à 3j				

^{a)} Sauf prise de FQ dans les 6 mois précédents

Facteurs de risque BLSE dans les infections urinaires

- **Prise d'antibiotiques récente**
 - pénicillines + inhibiteurs
 - céphalosporines de 2^{ème} ou 3^{ème} génération
 - fluoroquinolones
- **Voyage récent en zone d'endémie**, en particulier en cas de voyage récent (≤ 6 semaines) ou en Inde
- **ATCD d'hospitalisation dans les 3 mois**
- Le fait d'être en **structure de long séjour**
- La présence d'une **sonde à demeure**
- **Autres** facteurs de risques
 - sexe **masculin**
 - **pathologie prostatique**
 - **IU récidivantes**
- **ATCD de colonisation urinaire ou d'IU à BLSE < 6 mois**

XVIII. Infections génitales hautes / IST

Contexte		Traitement	Posologie	Voie	Durée	
Ambulatoire	Infections génitales hautes non compliquées : Salpingite / Endométrite	1 ^{er}	Ceftriaxone	1g /j	IM / IV	dose unique
			+ Doxycycline ^{a)}	100mg x 2/j	PO	10 j
			+ Métronidazole	500mg x 2/j	PO	10 j
		Alternative	Ofloxacin	200mg x 2/j	PO	10 j
			+ Métronidazole	500mg x 2/j	PO	10 j
Hospitalisée	Infections génitales hautes intermédiaires : Salpingite / Endométrite	1 ^{er}	Ceftriaxone	1g x 1/j	IV	Dose unique
			+ Doxycycline ^{a)}	100mg x 2/j	IV puis PO	10 j (relais PO dès que possible)
			+ Métronidazole	500mg x 2/j	IV puis PO	10 j (relais PO dès que possible)
		Allergie β-lactamines	Clindamycine ^{b)}	600mg x 3/j	IV puis PO	10 j (relais PO dès que possible)
			+ Gentamicine	5mg/kg/j	IV	1-3 j
	Infections génitales hautes compliquées : Pelvipéritonites /Abscessus tubo-ovariens	1 ^{er}	Ceftriaxone	1 à 2g x 1/j	IV	14j ou jusqu'à amélioration clinique
			+ Doxycycline ^{a)}	100mg x 2/j	IV puis PO	14 j (relais PO dès que possible)
			+ Métronidazole	500mg x 3/j	IV puis PO	14 j (relais PO dès que possible)
		Allergie β-lactamines	Clindamycine ^{b)}	600mg x 4/j	IV puis PO	14 -21 j (relais PO dès que possible)
			+ Gentamicine	5mg/kg/j	IV	1-3 j
Autre	Orchite / Epididymite / Ano-rectite	Ceftriaxone	500mg /j	IM	dose unique	
		+ Doxycycline	100mg x 2/j	PO	10 j ^{c)}	

^{a)} Si grossesse : remplacer la Doxycycline par de l'Azithromycine 1 g /sem pendant 2 sem

^{b)} Clindamycine efficace sur *Chlamydiae trachomatis* et germes anaérobies

^{c)} 7 j pour l'ano-rectite

Remarque : dépister les IST, traiter le(s) partenaire(s) et protéger tous les rapports sexuels jusqu'à 14 j après la fin du traitement

XIX. Infections génitales basses / IST

Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée		
Cervicite/Urétrite	1 ^{er}	Benzathine benzylpénicilline ^{a)}	2.4 MUI /j	IM	dose unique	
		+ Azithromycine	250mg x 4/j	PO		
		+ Métronidazole	500mg x 4/j	PO		
	2 ^e ou retour de voyage	Ceftriaxone ^{b)}	500mg /j	IM	dose unique	
			+ Azithromycine	250mg x 4/j		PO
			+ Métronidazole	500mg x 4/j		PO
	Allergie β-lactamines	Gentamicine	240mg	IM	Dose unique	
Allergie macrolides	Doxycycline	100 mg x 2/j	PO	7 j		
Vaginose bactérienne	1 ^{er}	Metronidazole	500 mg x 4/j	PO	Dose unique	
Candidose vaginale	1 ^{er}	Econazole	1 ovule	Vaginal	Dose unique	
		+ Econazole	1 applicationx 2/j	Local	7 j	

^{a)} Sensibilité de *N. gonorrhoeae* en Nouvelle-Calédonie ; ^{b)} Suspicion de *N. gonorrhoeae* résistant

Remarque : dépister les IST, traiter le(s) partenaire(s) et protéger tous les rapports sexuels jusqu'à 14 j après la fin du traitement

XX. Syphilis

Contexte	Traitement		Posologie	Voie	Durée
Syphilis récente ou précoce (Contamination <1 an, de manière certaine)	1 ^{er}	Benzathine benzylpénicilline	2.4 MUI /j	IM	Dose unique
	Allergie Pénicillines	Doxycycline ^{a)}	100mg x 2/j	PO	14j
Syphilis ancienne ou tardive (Contamination > 1 an ou impossible à dater)	1 ^{er}	Benzathine benzylpénicilline	2.4 MUI /j	IM	Trois injections à une semaine d'intervalle
	Allergie Pénicilline	Doxycycline ^{a)}	100mg x 2/j	PO	28 j

^{a)} Contre-indications : grossesse

Remarque : dépister les IST, traiter le(s) partenaire(s) et protéger tous les rapports sexuels jusqu'à 14 j après la fin du traitement

XXI. Leptospirose

Le 1 ^{er} j du début des signes cliniques correspond à J0 ; Ex : un patient malade depuis le 02/01 et prélevé le 04/01 est à J+2 du début des symptômes	Examen(s) à prescrire
J0 à J7	PCR Leptospirose
J5 à J7	PCR et sérologie leptospirose
≥ J8	Sérologie Leptospirose

Contexte	Traitement		Posologie	Voie	Durée
Suspicion leptospirose	1 ^{er}	Céfotaxime ou Ceftriaxone	1g x 3/j 1g x 1/j	IV	7 j
	Si signe de gravité ^{a)}	+ Gentamicine	8mg/kg/j		3 j
Diagnostic confirmé (PCR/Sérologie)	1 ^{er}	Amoxicilline	1g x (3 à 4)/j	IV	7 j
	Allergie β-lactamines	Doxycycline	100mg x 2/j	PO	

^{a)} Réaliser une imagerie des voies biliaires (échographie abdominale) à la recherche d'une obstruction de la voie biliaire principale

XXII. Paludisme

Plasmodium	Accès palustre	Antiparasitaire		Posologie	Voie
<i>P. falciparum</i>	Non grave sans vomissement	1 ^{er}	Arthéméter + Luméfantrine ^{a)b)} (contre-indiqué au 1 ^{er} trimestre de la grossesse)	4 cp en 1 prise à H0, H8, H24, H36, H48 et H60	PO
		2 ^e	Atovaquone + Proguanil ^{a)}	4 cp en 1 prise à H0 H24 H48	
		3 ^e	Quinine	8 mg/kg/8h pendant 7j (sans dépasser 2500 mg/j)	
	Non grave avec vomissements	1 ^{er}	Quinine ^{c)} sans dose de charge	8 mg/kg/8h dans du G5% sur au moins 4h ou 24mg/kg/j en continu, dans du G5% ou G10%, ne pas dépasser 2500 mg/j. Traitement de 7 j au total. Possibilité de relais per os par Arthéméter + Luméfantrine ^{a)b)} ou Atovaquone + Proguanil ^{a)}	IV
		Grave ^{d)}	1 ^{er}	Artésunate ^{e)}	2,4 mg/kg au PSE à 3ml/mn à H0, H12, H24, puis toutes les 24h pendant 7 j
	2 ^e		Quinine ^{c)}	Dose de charge de 16 mg/kg en 4h puis 24mg/kg/j en continu dans du G5% ou G10%, ne pas dépasser 2500 mg/j Traitement de 7 j au total. Possibilité de relais per os après >24h par Arthéméter + Luméfantrine ^{a)} ou quinine per os	
<i>P. ovale, P. vivax</i> <i>P. malariae, P. knowlesi</i>		1 ^{er}	Chloroquine	10 mg/kg à J1 et J2 puis 5 mg/kg à J3 (soit 25 mg/kg en dose totale sur 3 jours) Puis prévention des accès de reviviscence à <i>P. vivax</i> ou <i>ovale</i> avec Primaquine per os 30 mg/j ou 0,5 mg/kg/j en 2 prises/j 14 j (absence de déficit en G6PD, grossesse, allaitement)	PO
		2 ^e (ou infection mixte ou <i>P. vivax</i> d'une zone de résistance à la chloroquine)	Artéméter – Luméfantrine ^{a)b)}	4 cp en 1 prise à H0, H8, H24, H36, H48 et H60	

^{a)} Arthéméter + Luméfantrine et Atovaquone + Proguanil à prendre avec un repas riche en graisse pour une absorption efficace

^{b)} Artéméter + Luméfantrine : ECG avant instauration du traitement pour éliminer un trouble de la conduction

^{c)} Quinine : Surveillance QT à l'ECG et dextro x 3/j. Monitoring de la quininémie (10 à 12 mg/L ou 30 à 36 µmol/L à H24 et/ou H72)

^{d)} Troubles de la conscience ; convulsions ; Choc, défaillance respiratoire ; ictère ou bili totale > 50µmol/L ; hémorragies ; Glycémie < 2,2mmol/l ; Créatinine > 265µmol/L ; Hb < 7g/dL ; Parasitémie > 4% ; Hyperlactatémie ou acidose métabolique. Hospitalisation en Soins intensifs.

^{e)} NFS à J7, J14, J21 et J28 (risque d'hémolyse après traitement par Artésunate IV)

Monitoring

Frottis - goutte épaisse à J3 (la parasitémie doit être <25 % de la valeur initiale), J7 (la parasitémie doit être négative) et J28. La présence de gamétocytes après traitement antipaludique est possible, elle ne justifie pas une seconde cure d'antipaludique.

Patient à revoir en consultation de Maladies Infectieuses

XXIII. Neutropénie fébrile

L'antibiothérapie doit être débutée dans l'heure, isolement protecteur en hospitalisation

Associer GCSF = Lenograstim 34 ou Filgrastim 30 : 1 injection SC/j 3 à 5j (jusqu'à PNN > 500/mm³) pour diminuer la durée de la neutropénie

	Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée
Neutropénie ≤ 7 j et PNN ≥ 100/mm ³	Ambulatoire ^{a)}	1 ^{er}	Amoxicilline-A.clavulanique	1g x 3/j	PO
			+ Ciprofloxacine	750mg x 2/j	PO
	Hospitalisation	1 ^{er}	Céfotaxime	2g x 3/j	IV
		Si signes de gravité	Céfotaxime + Amikacine	2g x 3/j 15 à 30mg/kg/j	IV
		Si FDR BLSE	Imipénème +/- Amikacine	1g x 3/j 15 à 30mg/kg/j	IV
Neutropénie > 7j ou PNN < 100/mm ³	Sans signe de gravité	Sans point d'appel digestif	Céfépime	2g sur 1h puis 6g/j IVSE	IV
		Avec point d'appel digestif (mucite, diarrhée)	Céfépime	2g sur 1h puis 6g/j IVSE	IV
			+ Métronidazole	500mg x 3 / j	
			Ou Pipéracilline-Tazobactam	4g sur 30min puis 12 à 16g/j IVSE	
		Si KT inflammatoire	+ Vancomycine	15mg/kg sur 1h puis 30mg/kg/j	PSE sur 24h
	Si FDR BLSE	Imipénème ou méropénème	1g x 3/j 2g x 3/j en perfusion prolongée 2-4h	IV	
	Signes de gravité	1 ^{er}	Pipéracilline-Tazobactam	4g sur 30 min puis 16g/j IVSE	PSE sur 24h
			+ Amikacine	30mg/kg/j	IV
			+/- Vancomycine ^{b)}	15mg/kg sur 1h puis 30mg/kg/j	PSE sur 24h
		Si allergie pénicillines	Ciprofloxacine	400mg x 3/j	IV
			+/- Métronidazole (si signes digestifs)	500 mg x 3 / j	IV
			+ Amikacine	15 à 30 mg/kg/j	IV sur 1h
			+/- Vancomycine ^{b)}	15 mg/kg sur 1h puis 30 mg/kg/j	PSE sur 24h
Si FDR BLSE			Imipénème ou méropénème	1 g x 3/j 2g X3/j en perfusion prolongée 2-4h	IV
	+ Amikacine	15 à 30 mg/kg/j	IV sur 1h		
	+/- Vancomycine ^{b)}	15 mg/kg sur 1h puis 30 mg/kg/j	PSE sur 24h		

48h après apyrexie
et
PNN>500/mm³

^{a)} PEC ambulatoire possible si score de MASCC>20 (charge tumorale inexistante=5, charge tumorale faible=3, pas d'hypotension=5, pas de BPCO=4, tumeur solide=4, pas d'ATCD infection fongique=4, pas de déshydratation=3, infection communautaire=3, âge < 60ans=2) – surveillance pendant 4h avant retour à domicile

^{b)} Si choc septique, colonisation connue à SARM, suspicion d'infection sur cathéter, Infection cutanée, mucite sévère

XXIV. Candidoses systémiques

Répéter les hémocultures sous traitement (1 à 2 séries d'hémoculture/j) jusqu'à négativation.

Contexte	Antifongiques	Posologie	Voie	Durée
<i>Non neutropénique</i>	Fluconazole	800mg à J1 puis 400mg x1/j	IV	14 j après la dernière hémoculture négative
<i>Neutropénique et/ou signes de gravité et/ou exposition préalable aux azolés</i>	Caspofongine	70mg J1 puis 50mg/j (si poids < 80kg sinon rester à 70mg /j)	IV	14 j après la dernière hémoculture négative et sortie aplasie
	En 2 ^{ème} intention Amphotéricine B liposomale	3mg/kg/j		Désescalade pour fluconazole si possible (800mg J1 puis 400mg/j IV ou PO)

Antibiothérapie chez l'enfant

I. Infections cutanées

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire
Panaris		Pas de traitement antibiotique					Soins locaux. Incision +/- drainage si besoin
Morsure (chien, chat)	Ne traiter que si FDR : - face, tendon, articulation, parties génitales - morsure profonde / délabrante - immunodéprimé, asplénique	1 ^{er}	Amoxicilline - A.clavulanique	80mg/kg/j en 2 ou 3 prises ^{a)}	PO	3 à 7 j	Prophylaxie tétanique Prophylaxie rage si besoin (pas en NC)
		Alternative	< 8 ans : cotrimoxazole	30mg/kg/j de Sulfaméthoxazole en 2 prises ^{b)}			
			>8 ans : Doxycycline	4mg/kg/j en 3 prises ^{c)}			
Furoncle	Isolé simple	Pas d'ATB systématique. A discuter si non fistulisé ou non drainable (cf impétigo)					Soins locaux. Eau et savon Incision pour évacuer le bourbillon
	« À risque » - fièvre ou signes généraux, - taille > 5 cm, - furonculose ou anthrax, cellulite ou abcédation - localisation à la face, - mauvaise réponse au drainage, - comorbidités	Cotrimoxazole	30mg/kg/j de Sulfaméthoxazole en 2 prises ^{b)}	PO (IV si mauvaise évolution, cf. impétigo grave)	7 j	Réévaluation à 48h ++ Discuter le drainage et prélever si possible Hospitalisation si : < 1 an ; signes généraux ; mauvaise évolution à 48h Pas d'adaptation ATB si guérison clinique après drainage (même si SARM) Décontaminer si récurrence (cf fiche décontamination adulte) On fait le choix de couvrir le SAMR communautaire (évalué à 40% en 2019)	
	ou Clindamycine	30 à 40mg/kg/j en 3 prises ^{d)}					
D'évolution défavorable OU Abcès cutanés	Céfazoline + Clindamycine	100mg/kg/j en 3 fois 40mg/kg/j en 3 fois	IVL IVL puis PO	5 j	Incision / drainage indispensable		
Impétigo	Peu étendu (crouteux ou bulleux), jusqu'à 5 lésions	1 ^{er}	Mupirocine	3 fois / j	Local	5 à 7 j	Soins d'hygiène à l'eau et au savon (pas d'antiseptique local), Détersion Idem pour l'entourage aussi !
	Étendu (> 2% corps ou > 5 lésions)	1 ^{er}	Amoxicilline - A.clavulanique	80 mg/kg/j en 2 ou 3 prises ^{a)}	PO	Réévaluer à 48h ++ 7 j	Soins d'hygiène à l'eau et au savon (pas d'antiseptique local) Idem pour l'entourage aussi !
		Alternative	Josamycine ou Céfadroxil	50 mg/kg/j en 2 prises ^{e)} 100 mg/kg/j en 3 prises	PO	7 j	Prélever (peau, nez) Traiter dermatose sous-jacente (poux, eczéma...)
		Si récurrence ou ATB récente	Cotrimoxazole ou Clindamycine	30 mg/kg/j de Sulfaméthoxazole en 2 prises ^{b)} 30 à 40 mg/kg/j 3 prises ^{d)}	PO	7 j	Vaseline sur les lésions après la toilette. Eviction scolaire 3 j si lésions non couvertes.
Dermo-hypodermite (DH)	DH non compliquée (« érysipèle ») Pas de signe toxinique pas de nécrose	Pas de FDR, pas de gravité	Amoxicilline - A.clavulanique	80mg/kg/j en 3 prises ⁱ⁾	PO	7 j	Facteurs de risque : - AEG, âge < 1 an, lésion étendue ou évolution rapide, échec traitement oral, suspicion localisation secondaire, mauvaise compliance
		Alternative	Céfadroxil	100mg/kg/j en 3 prises ⁱ⁾	PO	7 j	
		Si FDR ou signes de gravité	Céfazoline ou Clindamycine	100mg/kg/j en 3 fois 30 à 40mg/kg/j en 3 à 4 fois ^{d)}	IVL	2-3 j, puis PO dès amélioration	
	DH toxinique ou nécrosante, fasciite nécrosante	1 ^{er}	Céfazoline + Clindamycine + Vancomycine	150mg/kg/j en 4 fois 40mg/kg/j en 4 fois 60mg/kg/j en 4 fois sur 1h	IVL	Avis infectieux	- Hospitalisation urgente - Choc toxinique : Ig IV 2 g/kg - Chirurgie si fasciite - Décontamination entourage - Avis infectieux (Relais, durée)

a) max 3g/j ; b) Posologie maximale : 1 600mg/j ; c) max 200mg / j ; d) Posologie maximale : 1 800mg/j ; e) Posologie maximale : 2g/j

II. Infections neuroméningées bactériennes

Examen direct	Traitement		Posologie	Voie	Durée
Absence de germe ^{a)}	1 ^{er}	Céfotaxime ^{c)}	200mg/kg/j en 4 fois	IVL	
	Alternative	Ciprofloxacine + Vancomycine	30mg/kg/j en 3 fois 15mg/kg en dose de charge puis 60mg/kg/j en 4 fois	IVL	
Cocci à Gram + en diplocoque (<i>S. pneumoniae</i>) ^{b)e)}	1 ^{er}	Céfotaxime ^{c)}	300mg/kg/j en 4 fois	IVL	10-14 j
	Si CMI céfotaxime > 0.5 mg/l	Rajouter vancomycine	15mg/kg puis 60mg/kg/j en 4 fois ou en continu	IVL ou IVC	10-14 j
	Alternative (si allergie ou CMI céfotaxime ≥ 2 mg/l)	Vancomycine + Rifampicine	15mg/kg puis 60mg/kg/j en 4 fois ou en continu 20 à 30mg/kg/j en 2 fois	IVL ou IVC IVL	10-14 j
Cocci à Gram - (<i>N. meningitidis</i>)	1 ^{er}	Céfotaxime ^{c)} (ou ceftriaxone ^{d)})	200mg/kg/j en 4 fois (75mg/kg/j en 1 fois)	IVL (IVL)	10 j
	Alternative	Ciprofloxacine	30mg/kg/j en 3 fois	IVL	5 j
Petit bacille à Gram – (<i>H. influenzae</i>) ^{e)}	1 ^{er}	Céfotaxime ^{c)}	200mg/kg/j en 4 fois	IVL	14 j
	Alternative	Ciprofloxacine	30mg/kg/j en 3 fois	IVL	7 j
Bacille à Gram – (<i>E. coli</i>) ^{e)}	1 ^{er}	Céfotaxime ^{c)}	200mg/kg/j en 4 fois	IVL	21 j
		+ Ciprofloxacine	20mg/kg/j en 2 fois pendant la 1 ^{ère} semaine de vie (30mg/kg/j en 3 fois si > 7 j de vie)		5 j
	si <i>E. coli</i> BLSE	Méropénème + Ciprofloxacine	40 mg/kg/j en 3 fois 20mg/kg/j en 2 fois pendant la 1 ^{ère} semaine de vie (30mg/kg/j en 3 fois si > 7 j. de vie)	IVL	21 j 5 j
Cocci à Gram + chez le nouveau-né (<i>S. agalactiae</i>) ^{e)}	1 ^{er}	Amoxicilline	200mg/kg/j en 4 fois	IVL	14 j
		+ Gentamicine	7mg/kg/j en 1 fois		3 j
	Alternative	Céfotaxime ^{c)}	100mg/kg/j en 4 fois	IVL	14 j
		+ Gentamicine	7 mg/kg/j en 1 fois		3 j
Bacille à gram + (<i>L. monocytogenes</i>) ^{e)}	1 ^{er}	Amoxicilline	200 mg/kg/j en 4 fois	IVL	21 j
		+ Gentamicine	8 mg/kg/j en 2 fois		7 j
	Alternative	Vancomycine	15 mg/kg puis 60 mg/kg/j en 4 fois ou en continu	IVL ou IVC	21 j
		Ou Cotrimoxazole + Gentamicine	80 mg/kg/j de SMZ en 2 fois 8 mg/kg/j en 2 fois		IVL

a) L'absence de germe au direct est un argument en faveur du méningocoque

b) L'ajout systématique de rifampicine peut être discuté quel que soit le niveau de la CMI aux bêta-lactamines

c) Dose maximale de Céfotaxime 24 g

d) Dose maximale de Ceftriaxone 4 g

e) Ajouter de la DEXAMETHASONE juste avant ou en même temps que l'antibiothérapie (âge = 3 mois-12 mois, posologie : 0.15 mg/kg /6h, 4j) (*S. pneumoniae*, *Haemophilus* et présumées bactériennes)

Note : pour les méningites non documentées, durée du traitement = 14 j

III. Infections respiratoires

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire
Bronchiolite		Pas d'antibiothérapie sauf si OMA ou pneumonie associées					
Bronchite	Bronchite aiguë	Pas d'antibiothérapie					
	Bronchite aiguë si toux grasse > 3 semaines et RP normale	1 ^{er}	Amoxicilline	80mg/kg/j	PO	8 j	
Coqueluche		1 ^{er}	Azithromycine	20mg/kg/j en 1 prise	PO	3j	
			ou Clarithromycine	15mg/kg/j en 2 prises		7j	
		Alternative	Cotrimoxazole	30mg/kg/j de sulfaméthoxazole en 2 prises	PO	7j	

Contexte	Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire	
Pneumopathie	Traitement probabiliste						
	aigues communautaire	1 ^{er}	Amoxicilline	80 à 100mg/kg/j en 3 prises ^{a)}	PO ou IV	8 - 10 j	Réévaluation à 48h obligatoire : Apyrexie : TRT idem Fièvre persistante : contrôle radio +/- Hospitalisation (pleuro pneumopathie) +/- Amoxicilline + A. Clavulanique 80 mg/kg/j en 3 P +/- Évoquer germes atypiques
		Alternative	Ceftriaxone	50mg/kg/j en 1 fois	IV ou IM	5 j	
			Pristinamycine (si > 6 ans)	50mg à 100 mg /kg/j en 2 ou 3 fois	PO	10 j	
	à germes atypiques	1 ^{er}	Clarithromycine	15mg/kg/j en 2 prises	PO	10 j	Contexte devant y faire penser : enfant > 3 ans ; installation progressive ; bon état général ; CRP basse ; échec amoxicilline ; absence d'épanchement ; apyrexie lente (3-4 j de fièvre)
		Alternative	Josamycine	50mg/kg/j en 2 prises	PO	14 j	
			Azithromycine (si pneumocoque exclu) Pristinamycine (si > 6 ans)	20mg/kg/j en 1 prise 50mg/kg/j en 2 prises		3 j 10 j	
	de déglutition ou d'inhalation	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	80mg/kg/j en 3 prises Ou 100mg/kg/j en 3 fois	PO IVL	10 j	Rechercher abcédation si fièvre persistante
		Alternative	Ceftriaxone + Métronidazole	50mg/kg/j en 1 fois 30mg/kg/j en 3 fois	IVL	5 j	
	ou pleuro-pneumopathie sévère	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	150mg/kg/j en 3 fois	IVL	7 j IV 4 sem au total	Signes de gravité : - hémoptysie - leucopénie - signes toxiques (éruption, nécrose) - choc septique Drainage indispensable si épanchement pleural
			+ Vancomycine	15mg/kg en dose de charge, puis 60mg/kg/j (en 4 fois)	IVL ou IVC		
		Alternative	+ Clindamycine	40mg/kg/j en 3 fois	IVL		
			Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 fois	IVL		
	Adaptation thérapeutique (après identification du germe)						
	sévère à Streptocoque du groupe A (Syndrome toxinique)	1 ^{er}	Amoxicilline + Clindamycine	150 à 200mg/kg/j en 3 ou 4 fois 40mg/kg/j en 3 fois	IVL	Avis infectieux	Discuter IgIV (2g/kg) si choc toxinique non contrôlé + Avis infectieux
		Alternative	Céfotaxime + Clindamycine	150 à 200mg/kg/j en 3 fois 40mg/kg/j en 3 fois	IVL		
	sévère à SASM PVL^{b)}	1 ^{er}	Oxacilline + Clindamycine	200mg/kg/j en 4 fois 40mg/kg/j en 3 fois	IVL		Discuter IgIV (2g/kg) si choc ou détresse respiratoire sévère + Avis infectieux
		Alternative	Vancomycine + Clindamycine	60mg/kg/j en 4 fois 40mg/kg/j en 3 fois	IVL		
sévère à SARM PVL^{c)}	1 ^{er}	Vancomycine + Clindamycine	60mg/kg/j en 4 fois 40mg/kg/j en 3 fois	IVL	Drainage indispensable si épanchement pleural + Avis infectieux		
	Alternative	Linézolide (hors AMM)	30mg/kg/j en 2 fois	IVL		Avis infectieux	

Contexte	Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire	
Pleuro-pneumopathie	Traitement probabiliste						
	Pleuro-pneumopathie sans élément de gravité	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	150mg/kg/j en 3 fois	IVL	2-6 sem	<ul style="list-style-type: none"> - Ponction pleurale chaque fois que possible - Relais PO et durée totale en fonction de l'évolution (2-6 semaines) - Si persistance fièvre > 3j de traitement : avis infectieux (évoquer SA)
		Alternative	Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 fois	IVL		
	Pleuro-pneumopathie <u>sévère</u>	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	150mg/kg/j en 3 fois	IVL		
			+ Vancomycine	15mg/kg en dose de charge, puis 60mg/kg/j (en 4 fois)	IVL ou IVC		
		Alternative	+ Clindamycine	40mg/kg/j en 3 fois	IVL		
			Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 fois	IVL		
			+ Vancomycine	15mg/kg en dose de charge, puis 60mg/kg/j (en 4 fois)	IVL ou IVC		
			+ Clindamycine	40mg/kg/j en 3 fois	IVL		
	Adaptation thérapeutique (après identification du germe)						
	Pleuro-pneumopathie à <i>S. pneumoniae</i> ou <i>S. pyogenes</i>^{d)}	1 ^{er}	Amoxicilline	150 à 200mg/kg/j en 3 fois	IVL	2-6 sem	Relais PO durée totale en fonction de l'évolution (2-6 semaines)
		Alternative	Céfotaxime	150 à 200mg/kg/j en 3 fois	IV	4 sem	durée totale : 4 semaines
	Pleuro-pneumopathie due à SASM (<i>S. aureus</i> méti-S = oxa-S)	1 ^{er}	Oxacilline	200mg/kg/j en 4 fois	IVL	2-6 sem	Relais oral amoxicilline-A.clavulanique ou céfadroxil Durée totale en fonction de l'évolution (2-6 semaines)
		Alternative	Céfazoline	150mg/kg/j en 4 fois	IVL	2-6 sem	
	Pleuro-pneumopathie due à <i>S. aureus</i> méti-R (= oxa-R) = SARM	1 ^{er}	Vancomycine	60mg/kg/j en 4 fois	IVL	Avis infectieux	
+ Clindamycine			40mg/kg/j en 3 fois				
ou Rifampicine		30mg/kg/j en 2 fois					
Alternative	Linézolide (hors AMM)	30mg/kg/j en 2 fois	IVL				

a) posologie maximale : 3 g/j

b) SASM PVL+ sécréteur de toxine de Panton et Valentine (PVL+)

c) SARM PVL+ = SARM sécréteur de toxine de Panton et Valentine

d) Streptocoque du groupe A = SGA

IV. Infections ORL

Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée	Commentaire	
Rhino-pharyngite	Pas de traitement antibiotique					
Angine	1 ^{er}	Amoxicilline	50mg/kg/j en 2 prises	PO	6 j	- Pas d'ATB <2 ans ou si TDR négatif (si disponible) - Cefpodoxime: posologie maximale : 400mg/j
	Alternative	Cefpodoxime	8mg/kg/j en 2 prises	PO	5 j	
ou Azithromycine		20mg/kg/j en 1 prise	3 j			
Laryngite	Pas de traitement antibiotique					
Epiglottite	1 ^{er}	Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 ou 4 fois	IVL	Avis spécialisé	- Céfotaxime : posologie maximale 12 g/j
Otite congestive séro-muqueuse	Pas de traitement antibiotique					
OMA < 2 ans	1 ^{er}	Amoxicilline	80-100mg/kg/j en 2 à 3 prises	PO	5 - 8 j	- Si OMA + conjonctivite => amoxicilline-A.clavulanique à 80mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 3g/j) - > 2 ans et autres cas : durée 5 j ; < 2ans ou formes récidivantes ou perforées : durée 8 j
	Alternative	Cefpodoxime	8mg/kg/j en 2 prises	PO	8 j	- Cefpodoxime: posologie maximale : 400mg/j
ou Ceftriaxone		50mg/kg/j en 1 fois (max 1g)	IVL	3 j	- Ceftriaxone si intolérance digestive ou de forte suspicion de pneumo amplicilline-R	
OMA > 2 ans	Pas de traitement antibiotique pour les formes peu symptomatiques (sinon cf OMA < 2 ans)					

Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée	Commentaire	Contexte
Abcès amygdalien (para ou rétro-pharyngé)	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	150mg/kg/j en 3 fois	IVL	2 - 3 sem	- Relais oral possible quand apyrexie - Amoxicilline posologie maximale 4g/j si association avec A.clavulanique - Céfotaxime : posologie maximale 12g/j - Métronidazole : posologie maximale : (max 1.5g/j) - Clindamycine: posologie maximale : 2,4g/j
		+Clindamycine	40mg/kg/j en 4 fois			
	Alternative	Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 fois	IVL	2 - 3 sem	
		+ Métronidazole	40mg/kg/j en 2 ou 3 fois			
si état septique sévère	Ajout gentamicine	5mg/kg/j en 1 fois	IVL	3 - 5 j		
Abcès dentaire non compliqué	1 ^{er}	Amoxicilline	80-100g/kg/j en 2 ou 3 prises	PO	6 j	- Amoxicilline posologie maximale 3g/j
	Alternative	Spiramycine	300 000 UI/kg/j en 3 prises	PO	6 j	- Spiramycine : posologie maximale : 3 M UI/j
Abcès dentaire compliqué de cellulite	1 ^{er}	Amoxicilline - A.clavulanique	100mg/kg/j en 3 prises	PO	8 j	- Amoxicilline - A.clavulanique : posologie maximale : 4g/j
	Alternative	Spiramycine	300 000 UI/kg/j en 3 prises	PO	8 j	- Spiramycine : posologie maximale : 3 M UI/j
+ Métronidazole		30mg/kg/j en 2 ou 3 prises	- Métronidazole : posologie maximale : (max 1.5g/j)			

Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée	Commentaire	
Mastoïdite aiguë simple	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	150mg/kg/j en 3 fois	IVL	10 j	
	Alternative	Céfotaxime +Métronidazole	200mg/kg/j en 3 ou 4 fois 40mg/kg/j en 2 ou 3 fois	IVL	10 j 10	- Céfotaxime : posologie maximale 12g/j - Si évolution trainante > 5 j ou forme compliquée - Métronidazole : posologie maximale : 1.5g/j
Mastoïdite compliquée (atteinte neuro, thrombose)	1 ^{er}	Céfotaxime + Métronidazole	200mg/kg/j en 3 ou 4 fois 40mg/kg/j en 2 ou 3 fois	IVL	10 j	- Céfotaxime : posologie maximale 12g/j - Métronidazole : posologie maximale : 1.5g/j - discuter clindamycine : 40 mg/kg/j en 3 IVL
Parotidite bactérienne aiguë (hors nouveau-né)	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	80mg/kg/j en 3 prises (ou 100-150mg/kg/j en 3 fois au début)	PO ou IVL	10 j	- Amoxicilline posologie maximale : 4g/j (si association avec A.clavulanique)
		+ Clindamycine	50mg/kg/j en 2 ou 3 prises	PO ou IVL		
Alternative	Clindamycine	50mg/kg/j en 2 ou 3 prises	PO ou IVL	10 j	- Clindamycine: posologie maximale : 2.4g/j	
Sinusite aiguë - maxillaire > 3 ans - sphénoïdale > 3 ans - frontale > 10 ans	1 ^{er}	Amoxicilline	80-100mg/kg/j en 2 à 3 prises	PO	8j	Traitement systématique :
	Alternatives	Cefpodoxime	8mg/kg/j en 2 prises	PO	8j	- si frontale ou sévère (> 39°C céphalées ou persistante > 4 j) - ou facteurs de risque (asthme, cardiopathie, drépanocytose). A discuter dans les autres cas
		Ceftriaxone	50 mg/ kg/ j en 1 fois	IVL	7j	Cefpodoxime: posologie maximale : 400mg/j
Ethmoïdite, cellulite orbitaire non compliquée	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	150mg/kg/j d'amox en 3 fois	IVL	10 j	- Amoxicilline posologie maximale : 4g/j (si association avec A.clavulanique)
	Alternative	Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 fois	IVL	10 j	- Céfotaxime : posologie maximale 12g/j
Ethmoïdite (< 5 ans), sinusite ou cellulite orbitaire compliquée (dont abcès)	1 ^{er}	Céfotaxime	200mg/kg/j en 3 ou 4 fois	IVL	10 j	- Céfotaxime : posologie maximale 12g/j
		+ Métronidazole	40mg/kg/j en 2 ou 3 fois			- Métronidazole : posologie maximale : (max 1,5g/j)
		+ Clindamycine	40mg/kg/j en 3 fois			- Clindamycine: posologie maximale : 2,4g/j Documentation bactériologique +++

Posologie initiale - Relais oral selon la molécule initialement utilisée en IV

Antibiotique initial	Posologie initiale	Relais oral	Posologie relais oral
Amoxicilline	150-200mg/kg/j en 3-4 IVL	Amoxicilline	80-100mg/kg/j en 2-3 prises
Amoxicilline-A.clavulanique	150mg/kg/j en 3-4 IVL	Amoxicilline-A.clavulanique	80mg/kg/j en 2-3 prises
Céfotaxime	200mg/kg/j en 3-4 IVL	Amoxicilline-A.clavulanique	80mg/kg/j en 2-3 prises
ou Ceftriaxone	75mg/kg/j en 1 IVL		
Clindamycine	40mg/kg/j en 3-4 IVL	Clindamycine	30-40mg/kg/j en 3 prises
Métronidazole	40mg/kg/j en 3 IVL	Métronidazole	40mg/kg/j en 3 prises

V. Infections ostéo-articulaires

Contexte	Traitement	Posologie	Voie	Durée	Commentaire	
Traitement probabiliste						
Nouveau né (> 1 mois)	1 ^{er}	Céfotaxime	200 mg/kg/j en 4 fois	IVL	7 à 15j	Relais oral pendant 1 mois, à adapter aux résultats microbiologiques (Strepto B, <i>S. aureus</i> , <i>E. coli</i> ...)
		+ Gentamicine	5 mg/kg/j en 1 fois		2 à 5j	
	Alternative	Avis spécialisé				
Enfant et nourrissons (> 1 mois) Ostéomyélite Spondylodiscite Arthrite purulente	1 ^{er}	Céfazoline	150 mg/kg/j (max 12 g/j) en 4 fois	IVL	Min. 4j /arthrite, 7j /ostéomyélite	Si forme grave (choc ou sepsis sévère, forme multifocale, atteinte pulmonaire, ou évolution défavorable après chirurgie : cf ci-dessous (Ajout Vancomycine / transfert réa)
		+ Clindamycine	40 mg/kg/j en 3 fois	IVL si > 3 ans ^{a)}	2j (3 à 5j si bactériémie)	
		+ Gentamicine	5 à 8 mg/kg/j en 1 fois	IVL		
	Alternative (> 4 ans)	Oxacilline	200 mg/kg/j (max 12 g/j) en 4 fois ou en continu	IVL (ou IVC)	Avis infectieux	
		+ Clindamycine +/- Gentamicine	40 mg/kg/j en 3 fois 5 à 8 mg/kg/j en 1 fois	IVL si > 3 ans ^{a)} IVL		
Alternative	Amoxicilline-A.clavulanique +/- Gentamicine	150 mg /kg en 3 fois 5 à 8 mg/kg/j en 1 fois	IVL	Avis infectieux		
Tableau septique grave évocateur d'IOA à germe toxigène (choc septique, rash cutané)	1 ^{er}	Céfazoline	150 mg/kg/j (max 12 g/j) en 4 fois	IVL	Avis infectieux	Discuter un transfert en réa et Ig IV (1 g/kg) Relais per os : avis spécialisé
		+ Clindamycine	40 mg/kg/j en 3 fois	IVL		
		+ Vancomycine	dose de charge de 15 mg/kg puis 60 mg/kg/j en 4 fois	IVL (ou IVC)		
	Alternative	Avis spécialisé (Linezolid)				

^{a)} orale si < 3 ans ; ^{b)} 10 mg/kg/j en 2 prises > 5 ans

Contexte		Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire
Adaptation thérapeutique (après identification du germe)							
SASM	Identification SASM	1 ^{er}	Oxacilline	200mg/kg/j en 3 à 4 fois	IVL 4 à 7 j si évolution favorable		Arthrites pures : 2 sem (10 j mini) Ostéomyélites : 4 à 6 sem (21 j mini) Formes graves : 4 à 6 sem (21 j mini)
		Alternative	Clindamycine (si érythro-S) ou Cotrimoxazole	40mg/kg/j en 3 fois 60mg/kg/j de SMZ en 3 fois			
	Relais oral	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique ou Céfadroxil	80mg/kg/j en 3 prises 150mg/kg/j en 3 prises	PO		
		Alternative	Clindamycine ou Cotrimoxazole	30 à 40mg/kg/j (max 1800mg/j) en 3 fois 30mg/kg/j de SMZ (max 1600mg/j) en 2 fois	PO		
SARM = S.aureus méti-R (= oxa-R)	Avant antibiogramme complet	1 ^{er}	Vancomycine + Rifampicine	dose de charge 15mg/kg, puis 60mg/kg/j en 4 fois ou continu 20 mg/kg/j en 2 fois	IVL ou IVC 5 jours min IVL		Débuter la rifampicine en relais de la clindamycine à J3 d'antibiothérapie minimum
		Alternative	Linézolide (hors AMM < 12 ans) + Rifampicine	10mg/kg/j en 3 fois < 12 ans (1200mg en 2 fois > 12 ans) 20mg/kg/j en 2 fois	IVL		
	Après antibiogramme complet (> 5 j)	si SARM érythro-S	Clindamycine ou Cotrimoxazole	40mg /kg/j en 3 IVL 60mg/kg/j de SMZ en 3 IVL	IVL		
		si SARM érythro-R	Cotrimoxazole	60mg/kg/j de SMZ en 3 IVL	IVL avec dosage		
			ou Ciprofloxacine ou Lévofloxacine ou Linezolid	Avis spécialisé Avis spécialisé	Avis spécialisé Avis spécialisé		
	Relais oral après avis spécialisé	1 ^{er}	Clindamycine ou Cotrimoxazole	40 mg/kg/ en 3 prises 40 à 60 mg/kg/j en 3 prises	PO		Arthrites pures : 2 sem Ostéomyélites & formes graves : 4 à 6 sem
			+/- Rifampicine si forme grave	20mg/kg/j en 2 prises			
		Alternative	Acide fusidique + Rifampicine	60mg/kg/j en 3 prises 20mg/kg/j en 2 prises	PO		

a) orale si < 3 ans ; b) 10 mg/kg/j en 2 prises > 5 ans

Germe identifié	Traitement	Posologie	Voie	Durée / Commentaire	
Adaptation thérapeutique – Autres germes					
<i>Bartonella henselae</i>	1 ^{er}	Azithromycine	20mg/kg/j en 1 prise	PO	
	Alternative	Ciprofloxacine	20mg/kg/j en 2 prises	PO	
<i>Kingella kingae</i> (Résistance à la clindamycine et à la vancomycine)	1 ^{er}	Amoxicilline	150mg/kg/j en 3 fois	IVL 3j puis PO aux mêmes posologies	
	Alternative	Ciprofloxacine ou Cotrimoxazole	30mg/kg/j en 3 fois 60mg/kg/j de SMZ en 4 fois		
<i>N. gonorrhoeae</i> (Gonocoque) <i>N. meningitidis</i> (Méningocoque)	1 ^{er}	Ceftriaxone	75mg/kg/j en 1 fois (ou en 2 fois si âge < 12 mois ou si > 4 g/j)	IVL jusqu'à amélioration clinique Avis spécialisé pour relais oral	
	Alternative	Ciprofloxacine ou Amoxicilline	30mg/kg/j en 3 fois 150mg/kg/j en 3 fois		
<i>S. pneumoniae</i> (CMI impérative) <i>S. agalactiae</i> (Strepto du groupe B) <i>S. pyogenes</i> (Strepto du groupe A)	1 ^{er}	Amoxicilline	150 à 200mg/kg/j en 3 ou 4 fois	IVL 2 à 4 j puis PO amoxicilline 80 mg/kg/j en 3 prises si germe sensible (Sinon avis spécialisé)	
	Alternative	Céfotaxime ou Ceftriaxone	200mg/kg/j en 4 fois 70 à 100mg/kg/j en 1 ou 2 fois		
Adaptation thérapeutique – Absence d'orientation bactériologique et après amélioration clinique					
	1 ^{er}	Amoxicilline – A.clavulanique	80mg/kg/j en 3 prises	PO	Arthrites pures : 10 j Ostéomyélites : 3 sem
	Alternative	Céfadroxil	150mg/kg/j en 3 prises	PO	

REMARQUES : administration IVL toujours au PSE en pédiatrie

- Clindamycine : IVL 60 min
- Métronidazole : IVL 60 minutes
- Pénicillines : IVL 20 minutes
- Aminocyclitolides : IVL 30 minutes
- Céphalosporines : IVL 20 minutes
- Quinolones : IVL 60 minutes

VI. Infections urinaires

Cystite	Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire
Fille non pubère	1 ^{er}	Amoxicilline + A.clavulanique	80mg/kg/j en 3 fois ^{a)}	PO	5 j	Sous Amoxicilline + A.clavulanique si évolution : - favorable : ne pas modifier le traitement
	Allergie β-lactamines	Cotrimoxazole ou Céfixime	30mg/kg/j de SMX en 2 fois ^{b)} 8mg/kg/j en 2 fois ^{c)}	PO	5 j	- défavorable adapter selon ATBgramme (privilégier le cotrimoxazole)
Fille pubère	1 ^{er}	Fosfomycine	3g en 1 fois	PO	1 fois	<i>S.saprophyticus</i> naturellement résistant à la fosfomycine.

Pyélonéphrite	Traitement		Posologie	Voie	Durée	Commentaire
Relevant d'une hospitalisation	1 ^{er}	Céfotaxime	150mg/kg/j en 3 fois ^{d)}	IVL	2 à 4 j	Critères d'hospitalisation : - âge < 6 mois - signes de sepsis - uropathie connue
		ou Ceftriaxone (âge > 1 mois)	50mg/kg/j en 1 fois ^{e)}	IV ou IM	2 à 4 j	
		+ Amikacine Ou gentamycine	15-30mg/kg/j en 1 fois ^{f)} 5 à 8 mg/kg/j en 1 fois	IVL		
	Allergie β-lactamines	Amikacine	15-30mg/kg/j en 1 fois ^{f)}	IV jusqu'à apyrexie puis relais PO		IV jusqu'à apyrexie et antibiogramme puis relais oral 10 j au total (pour toutes les pyélo) Relais PO adapté à l'ATBgramme en choisissant dans l'ordre - Cotrimoxazole (> 1 mois) 30mg/kg/j de SMX en 2 fois - Céfixime 8mg/kg/j en 2 fois - Ciprofloxacine 30mg/kg/j en 2 fois - Amoxicilline si <i>Enterococcus sp</i> ou <i>Proteus sp</i> sensible
Pyélonéphrite relevant d'une hospitalisation avec cocci Gram+ à l'examen direct de l'ECBU	1 ^{er}	Amoxicilline + Gentamicine	100mg/kg/j en 3 fois 5mg/kg/j en 1 fois	IVL		
	Allergie β-lactamines	Gentamicine	5-8mg/kg/j en 1 fois	IVL		
Pyélonéphrite traitée en ambulatoire (ou patient hospitalisé pour une autre raison)	1 ^{er}	Amikacine	15 à 30mg/kg/j en 1 fois ^{f)}	IVL- 30 min	10 j	Si et seulement si : - Absence d'ATCD d'uropathie ou de sepsis > 6 mois - PCT basse - Bonne compliance Adaptation PO à l'ATBgramme en choisissant dans l'ordre - Cotrimoxazole (> 1 mois) 30mg/kg/j de SMX en 2 fois - Céfixime 8mg/kg/j en 2 fois - Ciprofloxacine 30mg/kg/j en 2 fois - Amoxicilline si entérocoque ou <i>Proteus sp</i> sensible
		Ou Ceftriaxone	50 mg/kg/j en 1 fois	IV ou IM	10 j	
		ou Céfixime	8mg/kg/j en 2 fois ^{c)}	Orale	10 j	

^{a)} Amoxicilline – A.clavulanique (max 3 g/j) ;

^{b)} Cotrimoxazole (max 1.5 g/j) ;

^{c)} Céfixime (max 400 mg/j) ;

^{d)} Céfotaxime (max 4.5 g/j) ;

^{e)} Ceftriaxone (max 2 g/j) ;

^{f)} Amikacine (max 1 g/j) ;