

# MÉMO DURÉES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

**JUILLET 2021**



Guide Mémo Durée d'Antibiothérapie réalisé en mars 2018 par les Drs W. Boutfol, H. Cormier et M. Chauveau, antibioréférents régionaux en lien avec l'ARS et MedQual, réactualisé en 2021 par les Drs W. Boutfol et E. Imboula.

Les durées proposées sont les durées préconisées dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).

Notes : en l'absence de précision, les schémas proposés concernent les infections de l'adulte. Les durées recommandées ne concernent que des patients dont l'évolution est favorable.

## SOMMAIRE

URÉTRITE / CERVICITE	4
COLONISATION URINAIRE	4
INFECTION URINAIRE MASCULINE	4
CYSTITE AIGUË GRAVIDIQUE	5
CYSTITE (HORS GROSSESSE)	5
PYÉLONÉPHRITE	6
PNEUMONIE DE L'ADULTE	7
PNEUMONIE DE L'ENFANT	7
BRONCHITE AIGUË	8
EXACERBATION BPCO	8
COQUELUCHE	8
SINUSITE	9
OMA	10
ANGINE À STREPTO A	10
INFECTIONS CUTANÉES	11

## URÉTRITE / CERVICITE

<b>Genocoque</b> <i>Traitement concomitant Chlamydia</i>	<b>Ceftriaxone 500mg en 1 injection</b>	<b>1 jour</b>
	Si allergie : Gentamicine 240mg IM dose unique Azithromycine 2g en 1 prise Ciprofloxacine 500mg en 1 prise	
<b>Chlamydia trachomatis</b>	<b>Doxycycline 100mg x2/j</b>	<b>7 jours</b>
	Azithromycine 1g en 1 prise	1 jour
<b>Mycoplasma genitalium</b> <i>Ne traiter que si symptomatique</i>	Azithromycine 500mg en 1 prise à J1, puis 250mg/j	4 jours
	Moxifloxacine 400mg/j	10 jours
<b>Trichomonas vaginalis</b>	Métronidazole 2g en 1 prise	<b>1 jour</b>

## COLONISATION URINAIRE

Règle générale	Pas d'antibiothérapie	
<b>Colonisation gravidique</b> <i>Traitement systématique, différé</i>	<b>Amoxicilline 1g x3/j</b>	7 jours
	Pivmécillinam 400mg x2/j	
	<b>Fosfomycine 3g en 1 prise</b>	1 jour
	Triméthoprim <sup>(1)</sup> 300mg x1/j Nitrofurantoïne 100mg x3/j Cotrimoxazole <sup>(1)</sup> 800mg/160mg x2/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Céfixime 200mg x2/j	7 jours
<b>Geste urologique</b>	<b>Antibiothérapie (avis urologique)</b>	

## INFECTION URINAIRE MASCULINE

<b>Éviter fluoroquinolone en probabiliste si prescrite dans les 6 derniers mois</b> <i>Traitement différé si possible</i>	Probabiliste	<b>Ciprofloxacine 500mg x2/j</b> <b>Lévofloxacine 500mg x1/j</b> Ceftriaxone 1g x1/j	
	Adaptée	<b>Ciprofloxacine 500mg x2/j</b> <b>Lévofloxacine 500mg x1/j</b> Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Ceftriaxone 1g x1/j	<b>7 jours<sup>(2)</sup></b> si paucisymptomatique <b>14 jours<sup>(2)</sup></b> si symptomatologie bruyante 21 jours <sup>(2)</sup> si uropathie

## CYSTITE AIGUË GRAVIDIQUE

<b>Probabiliste</b> <i>Traiter sans attendre l'ECBU</i>	<b>Fosfomycine 3g en 1 prise</b>	<b>1 jour</b>
	Pivmécillinam 400mg x2/j	7 jours
<b>Relai, si échec du traitement probabiliste</b>	Amoxicilline 1g x3/j Triméthoprim <sup>(1)</sup> 300mg x1/j Nitrofurantoïne 100mg x3/j Cotrimoxazole <sup>(1)</sup> 800mg/160mg x2/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Céfixime 200mg x2/j ou Ciprofloxacine 500mg x2/j	7 jours

## CYSTITE (HORS GROSSESSE)

<b>Cystite de la petite fille<sup>(3)</sup></b>	Probabiliste	<b>Amoxicilline-acide clav</b>	
	Adaptée	<b>Amoxicilline-acide clav</b> Cotrimoxazole Céfixime	<b>5 jours</b>
<b>Cystite aiguë simple</b>	Probabiliste	<b>Fosfomycine 3g en 1 prise</b>	<b>1 jour</b>
		Pivmécillinam 400mg x2/j	<b>3 jours</b>
<b>Cystite aiguë à risque de complication</b> <i>Traitement différé si possible</i>	Probabiliste	<b>Nitrofurantoïne 100mg x3/j</b> Fosfomycine 3g en 1 prise	
		<b>Amoxicilline 1g x3/j</b> Pivmécillinam 400mg x2/j Nitrofurantoïne 100mg x3/j	<b>7 jours<sup>(2)</sup></b>
	Adaptée	Fosfomycine 3g en 1 prise	J1-J3-J5
		Triméthoprim <sup>(1)</sup> 300mg x1/j	5 jours <sup>(2)</sup>
<b>Cystite sur sonde vésicale</b> <i>Traitement différé si possible. Ablation sonde 24h après début du traitement</i>		<i>Idem</i> cystite aiguë à risque de complication	- Cf ci-dessus - Possible 3 jours <sup>(4)</sup>
<b>Cystites récidivantes (&gt; 1 / mois)</b>		Triméthoprim <sup>(1)</sup> 150mg x1/j	
		Fosfomycine 3g en 1 prise	par semaine

(1) Déconseillé les 2 premiers mois de grossesse (2) La durée totale de traitement comprend l'antibiothérapie probabiliste si celle-ci était efficace sur le germe retrouvé (3) Cf page 10 pour posologies (4) Si femme < 75 ans et évolution favorable rapide

## PYÉLONÉPHRITE

<b>Pyélonéphrite aiguë (PNA) simple</b>  <i>Éviter fluoroquinolone en probalibiste si prescrite dans les 6 derniers mois</i>	<b>Probabiliste</b>  Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j Si CI : Aminocide	
	<b>Relais après obtention antibiogramme</b>  Amoxicilline 1g x3/j Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	10 jours <sup>(2)</sup>
	Ciprofloxacine 500mg x2/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	7 jours <sup>(2)</sup>
	Cotrimoxazole 800mg/160mg x2/j Céfixime <sup>(5)</sup> 200mg x2/j Aminocide	10 jours <sup>(2)</sup>  5 jours <sup>(2)</sup>
<b>Pyélonéphrite aiguë à risque de complication</b>	Idem PNA simple	10 jours
<b>Pyélonéphrite aiguë gravidique</b>	<b>Hospitalisation</b> <i>Avis gynécologique</i> <b>ATB probabiliste :</b> Ceftriaxone 1g x1/j si allergie : Aztréonam ou ciprofloxacine ou lévofloxacine puis relais idem PNA simple	10 jours

(2) La durée totale de traitement comprend l'antibiothérapie probabiliste si celle-ci était efficace sur le germe retrouvé

(5) Utilisable uniquement après traitement initial par fluoroquinolone ou C3G ou Cotrimoxazole

### Infection urinaire à EBLSE

- Même molécule, même posologie et même durée qu'une infection «classique»
- Avis spé en cas d'impasse thérapeutique
- Un antécédent d'infection ou de colonisation urinaire à EBLSE n'est pas à prendre en compte pour l'antibiothérapie probabiliste SAUF en cas de signes de gravité : avis spé

## PNEUMONIE

<b>Adulte ≤ 65 ans</b> 0 ou 1 facteur de risque de mortalité  Insuffisance cardiaque congestive, maladie cérébrovasculaire, insuffisance rénale chronique, BPCO, immunodépression, vie en institution, hospitalisation dans l'année...	<b>Suspicion pneumocoque :</b> Amoxicilline 1g x3/j Si allergie pénicilline : Pristinamycine 1g x3/j Lévofloxacine 500mg x2/j	<b>7 jours</b> 5 jours si évolution rapidement favorable
	<b>Suspicion atypique : Macrolide</b>  <b>Doute étiologique :</b> Amoxicilline 1g x3/j Pristinamycine 1g x3/j	
	<b>Post grippale :</b> Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Si allergie pénicilline : Pristinamycine 1g x3/j	<b>7 jours</b> 5 jours si évolution rapidement favorable
	<b>Légionellose</b> Macrolide	<b>14 jours</b> 5 jours si azithromycine
<b>Adulte ≤ 65 ans</b> ≥ 2 facteurs de risque de mortalité	<b>Hospitalisation (ATB idem ci-dessus)</b>	
<b>Adulte &gt; 65 ans</b> 0 facteur de risque de mortalité (hors âge)	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Si allergie pénicilline : Ceftriaxone IM/SC 1g x1/j sauf CI Bactamides Lévofloxacine 500mg x2/j	<b>7 jours</b> 5 jours si évolution favorable
	<b>Post grippale : Hospitalisation (ATB ci-dessus)</b>	
	<b>Légionellose</b> Macrolide	<b>14 jours</b> 5 jours si azithromycine
<b>Adulte &gt; 65 ans</b> ≥ 1 facteur de risque de mortalité	<b>Hospitalisation (ATB idem ci-dessus)</b>	
<b>Enfant<sup>(3)</sup></b>	<b>Suspicion pneumocoque :</b> Amoxicilline Si allergie pénicilline : Ceftriaxone	<b>5 jours</b>
	Pristinamycine (≥ 6 ans)	<b>10 jours</b>
	<b>Suspicion atypique (≥3 ans) :</b> Clarithromycine Pristinamycine (≥ 6 ans)	<b>10 jours</b>
	Josamycine	<b>14 jours</b>

(3) Cf page 10 pour posologies

## BRONCHITE AIGUË

Adulte jeune sain	Pas d'antibiothérapie
-------------------	-----------------------

## EXACERBATION BPCO

Sans dyspnée ou dyspnée d'effort <sup>(6)</sup> mais crachats non purulents	Pas d'antibiothérapie	
Dyspnée d'effort <sup>(6)</sup> et purulence franche des crachats	Amoxicilline 1g x3/j Macrolide Pristinamycine 1g x3/j	5 jours
Dyspnée de repos <sup>(6)</sup> et purulence franche des crachats	Amoxicilline-acide clav 1g x3/j Lévofloxacine 500mg x1/j Ceftriaxone 1g x1/j	

(6) Le degré de dyspnée est apprécié en dehors de l'exacerbation (correspondance clinique du VEMS)

## COQUELUCHE

Toute population	Azithromycine 500mg x1/j	5 jours
	Clarithromycine 500mg x2/j	7 jours
	Rovamycine Josamycine	14 jours

Cf page 10 pour posologies enfant



## SINUSITE

Sinusite maxillaire de l'adulte	Amoxicilline 1g x3/j	5 jours
	<i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Céfuroxime-axétile 250mg x2/j Cefpodoxime-proxétile 200mg x2/j	
	<i>Si CI bêta-lactamine :</i> Pristinamycine 1g x3/j	4 jours
	Lévofloxacine 500mg x1/j	5 jours
<i>Étiologie virale prédominante</i>	<b>Origine dentaire</b> Amoxicilline-acide clav 1g x3/j	7 jours
	<b>Amoxicilline</b> <i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétile	10 jours
<i>Si CI bêta-lactamine :</i> Cotrimoxazole (< 6 ans) Pristinamycine (≥ 6 ans)		
<b>Origine dentaire</b> Amoxicilline-acide clav		
Sinusite maxillaire de l'enfant <sup>(3)</sup>	<b>Amoxicilline-acide clav 1g x3/j</b> <i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétile 200mg x2/j	7 jours
<i>Étiologie virale prédominante</i>	<i>Si CI bêta-lactamine :</i> Lévofloxacine 500mg x1/j	
Sinusite frontale de l'adulte	<b>Amoxicilline-acide clav</b> <i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétile	10 jours
Sinusite frontale de l'enfant <sup>(3)</sup>	<b>Amoxicilline-acide clav</b> <i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétile	10 jours

(3) Cf page 10 pour posologies

## OMA

<b>Adulte ou enfant &gt; 2 ans</b>  <i>symptomatique non récidivante non perforée</i>	<b>Amoxicilline 1g x2 à 3/j</b> <i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétel <b>200mg x2/j</b> <i>Si Cl béta-lactamine :</i> Cotrimoxazole <b>800mg/160mg x2/j</b> Pristinamycine (adulte) <b>1g x2/j</b>	<b>5 jours</b>
<b>Enfant ≤ 2 ans<sup>(3)</sup></b>  <i>ou OMA récidivantes ou OMA perforée</i>	<b>Amoxicilline</b> <i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétel <i>Si Cl béta-lactamine :</i> Cotrimoxazole	<b>10 jours</b>
<b>Échec traitement par amoxicilline</b>	Amoxicilline-acide clav <b>1g x2 à 3/j</b>	inchangé

## ANGINE À STREPTO A

<b>Adulte ou enfant &gt; 3 ans avec TDR +<sup>(3)</sup></b>	<b>Amoxicilline 1g x2/j</b>	<b>6 jours</b>
	<i>Si allergie bénigne pénicilline :</i> Cefpodoxime-proxétel <b>100mg x2/j</b>	5 jours
	<i>Si Cl béta-lactamine :</i> Azithromycine <b>500mg x1/j</b>	3 jours

**(3) Posologies pédiatriques : Amoxicilline :** Pneumonie : 80-100 mg/kg/j en 3 prises - OMA : 80-90 mg/kg/j en 2 ou 3 prises - Angine : 50mg/kg/j en 2 prises (max 3g/j)  
**Cefpodoxime-proxétel :** 1 dose-poids x2/j - **Azithromycine :** 20mg/kg/j x1/j (max 500 mg/j) - **Clarithromycine, Josamycine :** 1 dose-poids x2/j (max 500mg/j) - **Pristinamycine :** 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises (≥ 6 ans) - **Cotrimoxazole :** SMX 30mg/kg/j + TMP 6mg/kg/j en 2 prises - **Amoxicilline-acide clav :** 1 dose-poids x 3/j - **Ceftriaxone :** 50 mg/kg/j en 1 injection **Céfixime :** 8 mg/kg/j en 2 prises

**(7) Posologies dans les infections cutanées : Amoxicilline :** 50mg/kg/j en 3 prises (max 6g/j) - **Pristinamycine (≥ 6 ans) :** 50mg/kg/j en 2 ou 3 prises (max 4g/j) - **Clindamycine :** 600mg x3/j (voire 4/j si poids > 100 kgs) - **Amoxicilline (50mg/kg/j - max 6g/j) + acide clavulanique (max 375mg/j)** en 3 prises

## INFECTIONS CUTANÉES<sup>(7)</sup>

<b>Dermo hypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)</b>	<b>Amoxicilline</b> <i>Si allergie pénicilline :</i> Pristinamycine Clindamycine	<b>7 jours</b> Régression des signes cutanés en 2 à 3 semaines. <b>Ne pas prolonger l'antibiothérapie si évolution favorable des signes généraux</b>
<b>Fasciite nécrosante</b>	<b>Hospitalisation (Appel 15) – Avis spécialisé</b>	
<b>Plaie par morsure DHBNN sur morsure</b>	<b>Amoxicilline + acide clav</b> <i>Si allergie pénicilline :</i> Doxycycline	<b>5 jours (7 jours si DHBNN) (jusqu'à 10 jours selon évolution)</b>
<b>Abcès<sup>(8)</sup></b>	<b>Incision - drainage</b> <b>Amoxicilline + acide clav</b> Pristinamycine Clindamycine	<b>5 jours</b>
<b>Impétigo</b>	<b>Peu étendu</b>	<b>Nettoyage eau + savon</b> <b>ATB local :</b> mupirocine 2-3/j
	<b>Étendu ≥ 2 % du corps et/ou ≥ 6 lésions</b>	<b>Nettoyage eau + savon + ATB per os</b> adulte : Pristinamycine enfant : Amoxicilline + acide clav
<b>Furoncle</b>	<b>Simple</b>	Soins locaux
	<b>Compliqué (multiplication des lésions, DHBNN péri-lésionnelle, abcédation, fièvre)</b>	<b>Soins locaux + ATB per os</b> adulte : Clindamycine ou Pristinamycine enfant : avis spécialisé
	<b>Furonculose = répétition furoncles sur plusieurs mois</b>	Poussée : ATB per os Clindamycine ou Pristinamycine

**(8)** Le bénéfice de l'antibiothérapie est peu important et concerne la diminution de la douleur, la diminution des échecs et probablement une diminution des récurrences. A discuter au cas par cas.

## RÉDACTEURS

Dr Marie Chauveau (infectiologue, CHU Nantes)

Dr Hélène Cormier (infectiologue, CHU Angers)

Dr Willy Boutfol (médecin généraliste)

Dr Elodie Imboula (médecin généraliste)

## SOURCES

SPILF / GPIP : Anti-infectious treatment duration : the SPILF and GPIP French guidelines and recommendations, 2021

SPILF : Proposal for shorter antibiotic therapies, janvier 2017

SPILF : Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte : Actualisation 2017

SFP : Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie, juin 2016

SFD : Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles, février 2016

SFMU : Plaies aiguës en structure d'urgence — Référentiel de bonnes pratiques, 2017

SPILF / SFD / HAS : Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes, février 2019



Hôpital Saint Jacques

85 rue Saint Jacques - 44093 NANTES CEDEX 01

02 40 84 64 34 (les mercredis au 02.76.64.39.79)