



Les germes

Streptocoque.....	p 85
Pneumocoque.....	p 87
Staphylocoque.....	p 89
Entérocoque.....	p 91
Pyocyanique.....	p 93
<i>Acinetobacter</i>	p 94
<i>Escherichia coli</i>	p 95
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	p 95
Entérobactérie BLSE.....	p 95
<i>Helicobacter pylori</i>	p 97
<i>Candida</i>	p 99
<i>Aspergillus</i>	p 101
Prophylaxie des infections fongiques invasives.....	p 101
Bacille de Koch.....	p 103

STREPTOCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Absence d'allergie à la pénicilline		Allergie à la pénicilline***		
	1 ^{er} choix	Alternative	1 ^{er} choix	Alternative	
ANGINE à STREPTOCOQUE	Amoxicilline 1 g x 2 g/j	Céfuroxime PO 250 mg x 2/j Cefpodoxime PO 200 mg x 2/j Céfotiam PO 200 mg x 2/j	Azithromycine PO Clarithromycine PO Josamycine PO Pristinamycine	500 mg/j x 1/j 500 mg/j x 2/j 1g x 2/j 1g x 2/j	6 j 4 j 5 j 5 j 3 j 5 j 5 j 8 j
ERYSIPIÈLE	Pénicilline G 3-5 MU/6h en continu	Amoxicilline 30-50 mg/kg/j IV, PO	Pristinamycine 1 g x 3/j, PO		10-15 j
CELLULITE STREPTOCOCCIQUE	Pénicilline G IV 3-5 MU/6h en continu	Amoxicilline IV 2 g x 3/j	Vancomycine IV 1 g x 2/j		15 j
MÉNINGITE à STREPTOCOQUE A, B, C ou G	Amoxicilline IV 4 g x 3/j		Céfotaxime IV 3 g x 4/j ou Ceftriaxone IV 2 g x 2/j	Vancomycine 3-4 g/j en continu + Rifampicine IV 600 mg x 2/j ou Fosfomycine IV 4 g x 3/j	15-20 j
OSTEOMYÉLITE STREPTOCOCCIQUE	Amoxicilline IV 4 g x 3/j + Aminoside *	Pénicilline G, IV 3-5 MU/6h + Aminoside *	Vancomycine IV 1 g x 2/j ± Aminoside *	Pristinamycine 1 g x 3/j + Rifampicine 1200 mg/j, PO ++	60 j au moins
BACTÉRIÉMIE # à STREPTOCOQUE A, B, C ou G	Amoxicilline IV 2 g x 3/j + Aminoside *	Pénicilline G, IV 3-5 MU/6h ± Aminoside *	Vancomycine IV 1 g x 2/j ± Aminoside *		10 j

: pour les endocardites, cf précisions complémentaires pages 39 - 43.

* : pendant les premiers jours de traitement (Cf : TRAITEMENTS p. 169).

++ : proposition de relais oral après un traitement intraveineux initial.

** après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme.

*** voir tableau allergie aux pénicillines et céphalosporines page 81.

PNEUMOCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Pneumo sensible (CMI < 0,1 mg/l)		Pneumo de moindre sensibilité (CMI > 0,1 mg/l)		
	1 ^{er} choix	Alternative	1 ^{er} choix	Alternative	
OTITE Pneumocoque Haemophilus	Amoxicilline + Ac. clavulanique 1 g x 3/j (amoxi)		Céfuroxime-axétil*	250 mg x 2/j	5 j après âge de 2 ans 8 j avant âge de 2 ans 1 jour[#] 3 jours^Ø
			Cefpodoxime-proxétil	250 mg x 2/j	
			Ceftriaxone IM	1 g x 1/j	
PNEUMONIE	Amoxicilline PO ou IV 1 g x 3/j	Ceftriaxone IM ou IV 50 mg/kg/j enfant 1 g/j adulte ou Céfotaxime IV 50 mg/kg/j	Amoxicilline IV 1 g x 3/j	Céfotaxime IV 50 mg/kg/j ou Ceftriaxone IM ou IV 50 mg/kg/j enfant 1 g/j adulte ou Vancomycine IV 50 mg/kg/j	10 j
MÉNINGITE	Céfotaxime IV 200 - 300 mg/kg/j ou Ceftriaxone IV 70-100 mg/kg/j enfant 2 g x 2/j adulte	Amoxicilline IV 200 mg/kg/j	Ceftriaxone IV 70-100 mg/kg/j enfant 2 g x 2/j adulte ou Céfotaxime IV 2-300 mg/kg/j	Vancomycine IV 50 mg/kg/j en continu + Rifampicine IV (20 mg/kg/j)	15 j

* : activité in vitro plus faible sur les PSDP

: 1 jour si difficultés de prise orale

Ø : 3 jours en cas d'échec d'un traitement antibiotique antérieur

STAPHYLOCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Staph. Méti-S		Staph. Méti-R		
	1 ^{er} choix	Alternative	1 ^{er} choix	Alternative	
BACTERIÉMIE NON COMPLIQUÉE (+ retrait du cathéter)	Cloxacilline IV 200 mg/kg/j + Gentamicine IV 5 mg/kg/j	Cloxacilline IV + Fosfomycine 200 mg/kg/j ----- Ofloxacine IV ou PO 200 mg x 2/j + Rifampicine 20 mg/kg/j voie IV puis relais PO dès que possible	Vancomycine IV 40 mg/kg/j + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Vancomycine IV + Gentamicine IV ----- Vancomycine IV + Ac. Fusidique 1,5 g/j ----- Vancomycine IV + Fosfomycine IV 200 mg/kg/j	2-3 sem.
ENDOCARDITE	Cloxacilline IV 200 mg/kg/j + Gentamicine IV 1,5 mg/kg/12h pdt 5 jours	Idem	Vancomycine IV + Rifampicine IV + Gentamicine IV 1,5 mg/kg/12h pt 5j	Vancomycine IV + Ac. Fusidique V ou + Fosfomycine IV	4-6 sem.
MÉDIASITINITE	Cloxacilline IV 200 mg/kg/j + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Ofloxacine IV ou PO + Rifampicine IV	Vancomycine IV + Rifampicine IV + Gentamicine IV	Vancomycine IV + Ac. Fusidique IV ou Vancomycine IV + Pristinamycine PO	2 mois
OSTÉO-ARTHRITE	Ofloxacine IV/PO 400 mg/j + Rifampicine IV, PO 20 mg/kg/j	Pristinamycine PO 3 g/j + Rifampicine PO 20 mg/kg/j ----- Cloxacilline IV 200 mg/kg/j + Gentamicine IV 5 mg/kg/j 5j puis Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Vancomycine IV 40 mg/kg/j + Ac. Fusidique IV 1,5 g/j	Pristinamycine PO 3 g/j + Rifampicine IV, PO 20 mg/kg/j Pristinamycine PO 3 g/j + Ac. Fusidique IV, PO 1,5 g/j	> 2 mois
MÉNINGITE	Céfotaxime IV 200 mg/kg/j + Fosfomycine IV 200 mg/kg/j	Ofloxacine IV + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Vancomycine IV en perfusion continue 30 mg/kg/j + Rifampicine IV 20 mg/kg/j	Vancomycine IV perfusion continue 30 ou 40 mg/kg/j Gentamicine IV 3-8 mg/kg/j (± Vancomycine IR**) ----- Céfotaxime IV + Fosfomycine IV si souche fosfomycine sensible	3 sem.

ENTÉROCOQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT				DURÉE
	Absence d'allergie à la pénicilline		Allergie à la pénicilline		
	1 ^{er} choix	Alternative	1 ^{er} choix	Alternative	
CYSTITE NON COMPLIQUÉE *	Amoxicilline PO 3 g/j	Cotrimoxazole FORTE PO 3 cp	Cotrimoxazole FORTE 3 cp	Glycopeptide **	7-10 j
PYLONÉPHRITE OU PROSTATITE	Amoxicilline IV 4-6 g/j + Aminoside ∞#	Glycopeptide ** + Aminoside ∞#	Glycopeptide ** + Aminoside ∞#	Cotrimoxazole + Aminoside	15-20 j
BACTÉRIÉMIE en l'absence d'endocardite	Amoxicilline IV 4-6 g/j + Aminoside #	Glycopeptide ** + Aminoside #	Glycopeptide ** + Aminoside #		21 j (5 jours d'association)
ENDOCARDITE °	Amoxicilline + Aminoside #	Glycopeptide ** + Aminoside #	Glycopeptide ** + Aminoside #		45 j (15 jours d'association)

* Les bactériuries asymptomatiques ne doivent pas faire l'objet d'un traitement antibiotique sauf chez la femme enceinte.

Dans tous les cas, l'augmentation de la diurèse par l'augmentation des apports liquidiens est indiquée, permettant parfois de se substituer à l'antibiothérapie.

** Vancomycine ou Tétracycline

∞ En cas de signes de gravité

Choix de l'aminoside en fonction du niveau de résistance ; association inutile si haut niveau de résistance (Cf TRAITEMENTS p. 169)

° Pour des précisions complémentaires consulter les informations sur l'endocardite à entérocoque (Cf SITUATIONS CLINIQUES p. 39)

PYOCYANIQUE

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT			DURÉE
	1 ^{er} choix	Alternative	En cas d'allergie	
BACTERIÉMIE PNEUMOPATHIE ENDOCARDITE	Ceftazidime IV 2g x 3/j pendant 48h puis 3g/j + Ciprofloxacine 400 mg/j IV ou 500 mg x 2/j PO	Piperacilline- tazobactam IV 4 g x 3/j + Aminoside IV****	Aztréonam IV 1 g x 3/j* + Aminoside IV**** ou Ciprofloxacine 400 mg/j IV ou 500 mg x 2/j PO + Aminoside IV****	15 j**
MÉNINGITE	Ticarilline IV 250 mg/kg/j + Aminoside IV****	Ceftazidime ou Ciprofloxacine IV + Aminoside IV****	Ciprofloxacine IV * ou Imipénème IV + Aminoside IV**** et/ou Fosfomycine IV	21 j**
OSTÉO-ARTHRITE	Ciprofloxacine 400 mg x2/j IV ou 500 mg x 2/j PO + Aminoside IV****	Ticarilline IV + Aminoside IV****	Ceftazidime IV * ou Aztréonam IV 1 g x 3/j ou Imipénème IV + Aminoside IV ****	> 6 sem.**

* Selon Antibiogramme Cf TRAITEMENTS p. 151

** Durée seulement indicative

*** Préférentiellement amikacine

ACINETOBACTER

TRAITEMENT

1 ^{er} choix	Alternative
Pipéracilline IV 4g x 3/j + Aminoside	C3G active** ou Piper. + Tazobactam IV 4 g x 3/j ou Ticarcilline + Ac. clavulanique IV 5 g x 3/j + Aminoside

** Ceftazidime (3 g/j) ou céfépime (1 à 2 g/j) ; Cf TRAITEMENTS p. 167

ESCHERICHIA COLI

TRAITEMENT

Ampi-S		Ampi-R		DURÉE
1 ^{er} choix	Alternative	1 ^{er} choix	Alternative	
Amoxicilline ± Aminoside	Quinolone ± Aminoside	Céfotaxime ou Ceftriaxone + Aminoside	Quinolone ou Aztréonam + Aminoside	

STENOTROPHOMONAS MALTOPHILA

Ticarcilline +
Ac. clavulanique IV
5 g x 3/j

ENTEROBACTERIE BLSE

Ertapenem IV
1 g x 1/j

HELICOBACTER PYLORI

(selon recommandations AFSSAPS, septembre 2005)

SYNDROMES OU SITUATIONS	PRINCIPAUX GERMES CIBLES	ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1 ^e INTENTION		ALTERNATIVE		DURÉE
		Spécialités	Posologie	Spécialités	Posologie	
		Clarithromycine PO	500 mg x 2/j 15 kg < Enfants < 40 kg : 7,5 mg/kg x 2/j	Si CI Bactamines : Clarithromycine PO	500 mg x 2/j 15 kg < Enfants < 40 kg : 7,5 mg/kg x 2/j	Ulcère duodénal non compliqué : 7-14 j Ulcère duodénal compliqué ou gastrite, gastrite nodulaire de l'enfant : Trithérapie de 7-14 jours puis IPP* seul pendant 3-7 semaines
		+		+		
		Amoxicilline PO	1g x 2/j 15 kg < Enfants < 40 kg : 25 mg/kg x 2/j	Métronidazole PO ou Tinidazole PO	500 mg x 2/j 15 kg < Enfants < 40 kg : 10 mg/kg x 2/j	
		+ IPP*		IPP*		
				Si CI Clarithromycine : Amoxicilline PO	1g x 2/j 15 kg < Enfants < 40 kg : 25 mg/kg x 2/j	
				+		
				Métronidazole PO ou Tinidazole PO	500 mg x 2/j 15 kg < Enfants < 40 kg : 10 mg/kg x 2/j	
				+		
				IPP*		

* Inhibiteur de la Pompe à Protons

Adulte :

Oméprazole : 20 mg x 2/j

Lanzoprazole : 30 mg x 2/j

Pantoprazole : 40 mg x 2/j

Esomeprazole : 20 mg x 2/j

Rabéprazole : 20 mg x 2/j

Enfant de 15 à 30 kg :

Oméprazole : 10 mg x 2/j

CANDIDA

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT INITIAL	ADAPTATION SECONDAIRE MESURES ASSOCIÉES
CANDIDEMIE présumée Patient NON NEUTROPENIQUE	- Patient non grave : Fluconazole ¹ - Patient grave et/ou exposition antérieure aux azolés : Caspofungine ²	- Adaptation du traitement après identification du Candida et de son antifongogramme - Désescalade pour Fluconazole ¹ si : . évolution favorable . <i>Candida</i> sensible - Durée : 2 semaines après négativation des hémocultures - Changement des VVC dans les 24 heures - FO dans la semaine
CANDIDEMIE présumée ou avérée Patient NEUTROPENIQUE	- Caspofungine ² (ou Ampho B liposomale ³) - A discuter si pas d'exposition aux azolés si patient non grave : Fluconazole ¹	- Pas de désescalade sauf : si <i>C. parapsilosis</i> , préférer le Fluconazole ¹ - Traitement 2 semaines après négativation des hémocultures ET sortie d'aplasie - Retrait VVC si possible et FO dans la semaine
Candida et ENDOPHTALMIE	- Formes graves : bithérapie : Ampho B liposomale ³ + Flucytosine ⁴ - Formes peu graves : Fluconazole ¹	Traitement de 4-6 semaines +/- geste chirurgical (selon évolution de l'examen ophtalmologique)
ENDOCARDITE à Candida (valve native ou non) Infection de PACEMAKER	Ampho B liposomale ³ +/- Flucytosine ⁴ ou Caspofungine 50 à 150 mg/j +/- Flucytosine ⁴	- Désescalade par Fluconazole ¹ : . si <i>Candida</i> sensible . si hémocultures stérilisées - Chirurgie si possible : . remplacement valvulaire . ablation du matériel - Durée : 6 sem après chirurgie - !! A vie si pas de chirurgie
Candida et urines	Candidurie asymptomatique Cystite : Fluconazole 3 mg/kg Pyélonéphrite : Fluconazole 3-6 mg/kg	pas de traitement 2 semaines 2 semaines - Si candidémie associée : cf candidémie
Candida et poumon	Pas de traitement (colonisation +++)	
Atteinte muqueuse	Vulvo-vaginite : topique ou Fluconazole PO 150 mg Oropharyngée : • peu sévère : solution buvable (mycostatine) • plus sévères : Fluconazole PO 100 à 200 mg/j (Œsophagienne : Fluconazole 200 à 400 mg/j)	1 fois 7 à 14 jours - Voie orale si possible- 14 à 21 jours
Autres situations : Méningites, atteinte du SNC, os, articulation, thrombo-phlébites ...	PRENDRE UN AVIS SPECIALISE	

¹ Fluconazole IV : 12 mg/kg à J1 puis 6 mg/kg² Caspofungine IV : 70 mg à J1 puis 50 mg³ Ampho B liposomale IV : 3-5 mg/kg par jour⁴ Flucytosine IV : 25 mg/kg : en 4 injections/j

ASPERGILLUS

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT INITIAL	REMARQUES
<p>ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE CONFIRMÉE OU FORTEMENT SUSPECTÉE</p> <p>= API</p> <p>Aspergillose trachéo-bronchique</p> <p>Aspergillose invasive des sinus</p>	<p>Voriconazole IV</p> <p>- IV : 6 mg/kg/12h à J1 puis 4 mg/kg/12h</p> <p>- Ou PO : 200 mg/12h</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement initial IV, surtout si forme grave - Relais PO possible - Pas de place pour les bithérapies - API réfractaires : relais par un autre antifongique (Casposungine, Ampho B liposomale, Posaconazole...); bithérapie à discuter - Durée : <ul style="list-style-type: none"> . 6 à 12 semaines selon évolution . Résolution de la neutropénie - Chirurgie à discuter selon les localisations des lésions (vaisseaux, péricarde...)
<p>ABPA</p> <p>(aspergillose broncho-pulmonaire allergique)</p>	<p>Itraconazole PO : 200-400 mg/j</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En association avec une corticothérapie systémique - Avis pneumologique
<p>Atteinte du SNC</p>	<p>Idem API</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de corticothérapie systématique - Pas d'injection intrathécale d'antifongique

PROPHYLAXIE DES INFECTIONS FONGIQUES

INVASIVES

<p>Posaconazole PO 200 mg/8h</p>	<p>Pour qui ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Induction de LAM - Allogreffe de moelle osseuse avec GVH
----------------------------------	---

<p>Fluconazole PO 400 mg/j</p>	<p>Conditionnement des patients allogreffés</p>
--------------------------------	---

BACILLE DE KOCH

SITUATIONS INFECTIEUSES	TRAITEMENT***		
	Spécialités	Posologie	Durée
PRIMO- INFECTION ASYMPTOMATIQUE	Isoniazide + Rifampicine	5 mg/kg/j 10 mg/kg/j	3 mois
TUBERCULOSE PULMONAIRE SYMPTOMATIQUE	Isoniazide* + Rifampicine* + Pyrazinamide* ± Ethambutol	5 mg/kg/j 10 mg/kg/j 30 mg/kg/j 15 mg/kg/j	2 mois de tri ou quadrithérapie puis 4 mois Isoniazide + Rifampicine**
TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE méningée ostéoarticulaire ganglionnaire	Isoniazide* + Rifampicine* + Pyrazinamide* ± Ethambutol	5 mg/kg/j 10 mg/kg/j 30 mg/kg/j 15 mg/kg/j	2 mois de tri ou quadrithérapie puis au moins 10 mois Isoniazide + Rifampicine** (4 mois au moins Isoniazide + Rifampicine ** DANS LA FORME GANGLIONNAIRE)

*: 1 cp RIFATER® = 50 mg ISONIAZIDE +
120 mg RIFAMPICINE +
300 mg PYRAZINAMIDE

** : 1 cp RIFINAH® = 150 mg ISONIAZIDE +
300 mg RIFAMPICINE

*** en une prise le matin à jeun