



<b>Commission des anti-infectieux</b>		Procédure n° : <b>CAI AB 0002</b>
<u>Rédaction</u> : A. THERBY <u>Fonction</u> : Présidente de la Commission des anti-infectieux  <u>Signature</u> :	<u>Approbation</u> : A. GREDER BELAN, C. COURTIN, M. AMARA <u>Fonction</u> : infectiologue, pharmacien et microbiologiste référents <u>Signatures</u> :	<u>Version</u> : <b>27</b> <u>Mise à jour</u> : 15/03/2021 <u>Date de création</u> : 1995 <u>Prochaine mise à jour prévue</u> : 2023  <u>Liste de diffusion</u> : internes, médecins, externes, CLIN, COMEDIMS, SPRI, Pharmacie.  Quaris, Intranet
<b>LIVRET ANTIBIOTIQUE : Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte</b>		

## 1) Pneumopathie (PNP) communautaire

Prélever immédiatement quatre flacons d'hémoculture en une seule ponction.

### Adulte sain sans signe de gravité

- Amoxicilline (Clamoxyl®) per os (PO) 1g x 3/j
- Si échec d'une β-lactamine (durée de traitement 3 jours, observance et posologie correctes), discuter hospitalisation et antibiotique actif sur les germes intracellulaires (Mycoplasme,...) : Spiramycine (Rovamycine®) PO 3 MUI x 2/j
- Si allergie aux β-lactamines : Lévofloxacine (Tavanic®) PO (500mg/j)

### Adulte avec une ou plusieurs comorbidités

Ceftriaxone (Rocephine®) 1 g/j IV ou Augmentin® 1g x 3/j PO (non hospitalisé ou non perfusé)

### PNP d'inhalation

Augmentin® 1g x 3/j IV

### PNP avec signes de gravité

Discuter systématiquement la prise en charge en réanimation. La première injection IV de Ceftriaxone (Rocéphine®) doit être réalisée dans la 1<sup>ère</sup> heure suivant le diagnostic, après le prélèvement de l'hémoculture.

### PNP compliquée (nosocomiale, abcès) : avis spécialiste.

**Durée** : PNP communautaire (dont Mycoplasme), hors réanimation :

- Amélioration clinique lors de la réévaluation à J3 : 5 jours
- En l'absence d'amélioration à J3 : 7 jours

PNP inhalation : 7 jours

Légionellose non grave : 14 jours (5 jours si Azithromycine)

Coqueluche : 3 jours si Azithromycine, 7 jours si Clarithromycine

### Autres infections respiratoires

**Exacerbation BPCO** : 5 jours / **Exacerbation DDB/mucoviscidose** : 14 jours

**Pleurésie para pneumonique** non compliquée (ponctionnée ou non) : idem durée PNP

**Pleurésie purulente** : 15 jours après la dernière évacuation pleurale si évolution favorable



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

## 2) Sinusite maxillaire non compliquée

- Amoxicilline 2-3g/j pendant 5 jours
- Si allergie aux  $\beta$ -lactamines : Pristinamycine® 1gr x 2/j pendant 4 jours.

Si sinusite compliquée ou autre localisation : avis ORL

### Autres infections ORL

**Angine aiguë** à Streptocoque : Amoxicilline 6 jours

- Si allergie non grave à la pénicilline (rash) : Cefpodoxime 5 jours ou Cefuroxime 4 jours
- Si allergie grave (urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique) : Clarithromycine 5 jours ou Azithromycine 3 jours

**Otite moyenne aiguë purulente** : 5 jours

## 3) Infection urinaire

### Cystite aiguë

- Cystite simple : Fosfomycine (Monuril®) 3g dose unique ou Pivmécillinam (Selexid®) 400mgx2/j pendant 3 jours
- Cystite à risque de complications ou associées aux soins : si possible, différer l'antibiotique et adapter à antibiogramme +++

Si SF urinaires importants : Nitrofurantoïne (Furadantine®) 100mg x3/j pendant 7 jours (**pas de traitement prolongé**, autorisé femme enceinte).

- Infection urinaire masculine « cystitis-like » : 7 jours

### Pyélonéphrite ou prostatite aiguë

Après les prélèvements (ECBU, hémocultures)

- Si hospitalisation : Ceftriaxone (Rocéphine®) 1g/j IV

En association avec Amikacine seulement si critères de gravité (choc septique, quick SOFA\*  $\geq 2$  ou geste urologique urgent)

\* Quick SOFA : PAs  $\leq 100$ mmHg, FR  $\geq 22$ , confusion

- Si traitement ambulatoire ou prostatite : Ofloxacine (Oflocet®) 200mg x 2/j PO (si germe sensible à l'acide nalidixique). **Pas de fluoroquinolones chez femme enceinte ni Oroken®.**
- Si prostatite après biopsie de prostate : hospitalisation et Ceftriaxone (Rocéphine®) 1g/j (+/- aminoside si critères de sévérité).

**Durée** : Pyélonéphrite simple : 7 jours si ttt par C3G ou FQ  
10 jours pour les autres ATB

Pyélonéphrite grave et/ou à risque de complications et/ou associée aux soins : 10 jours

Prostatite : 14 jours si ttt par C3G, FQ ou Bactrim®

### Colique néphrétique fébrile

Idem + avis urologique



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

#### 4) Infection peau et tissus mous

##### Erysipèle

- Amoxicilline (Clamoxyl®) 2g x 3/j IV (100mg/kg/j)
- Si traitement ambulatoire (formes peu sévères) : Amoxicilline (Clamoxyl®) 1 à 1,5g x 3/j PO (50 mg/kg/j)
- Si allergie aux  $\beta$ -lactamines : Clindamycine (Dalacine®) IV ou PO 600mg x3/j (x4/j si poids >100kg) ou Pristinamycine (Pyostacine®) 1g x 3/j PO
- Si suspicion surinfection à staphylocoque doré : avis référent pour envisager Amoxicilline - acide clavulanique (Augmentin®).

**Durée :** 7 jours

##### Cellulite, fasciite, gangrène gazeuse

Avis Réanimation immédiat, qui préviendra le chirurgien concerné si besoin. Hémodcultures.

##### Staphylococcie maligne de la face

Avis réanimation immédiat, qui préviendra l'ORL si besoin (porte d'entrée et traitement de la cause). Hémodcultures.

- Cloxacilline (Orbéline) 2g x 6/j IV + Gentamicine 6mg/kg/j IV en une fois

##### Abcès, phlegmons, panaris, furoncle, impetigo simple

En dehors du choc septique, pas d'antibiotique avant collection et/ou prélèvements profonds et avis chirurgical +++

##### Morsures

TOUTE MORSURE PROFONDE DOIT ETRE EVALUEE PAR LE CHIRURGIEN +++

**A) Soins locaux** +++ (lavage puis décontamination), ablation d'un éventuel corps étranger, parage chirurgical de la zone lésée si besoin. **Si signes inflammatoires : avis chirurgical.**

**B) Si plaie superficielle** accessible à un lavage et à une décontamination satisfaisante, non inflammatoire, <24H : antibiothérapie non systématique.

##### **C) Dans les autres cas (plus sévères que B) :**

###### Morsure humaine :

- Amoxicilline - acide clavulanique (Augmentin®) 1g x 3/j PO
- Si allergie : Pristinamycine (Pyostacine®) 1g x 3/j PO

###### Morsure chien ou chat :

- Amoxicilline - acide clavulanique (Augmentin®) 1g x 3/j PO
- Si allergie : Doxycycline 100 mg x 2/j PO
- Avis chirurgical au moindre doute

**Durée :** 5 jours



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

**D) Vérifier VAT**

**E) Prévention de la rage :** le patient doit prendre contact avec un centre antirabique dans les 24 à 48 heures.

**5) Infection ostéoarticulaire (dont pied diabétique)**

*(voir protocoles de la Commission des Anti Infectieux (CAI))*

Pas d'antibiotique avant avis chirurgical et prélèvements profonds, sauf choc septique.

**6) Méningite communautaire de l'adulte**

*Recommandations de la SPILF 2018 (cf lien ci-dessous)*

*Suspicion de méningite bactérienne ou méningococcie chez l'adulte*

**Prévenir Réa pour toute méningite bactérienne**

**Prévenir la Microbiologie si :**

- Antibiotiques reçus avant la PL (au CHV ou à domicile)
- Suspicion méningocoque (purpura...)

**Si purpura ou splénectomie :** Céfotaxime (Claforan®) 3g IVD immédiatement et hémoculture. Prévenir réanimation.

**Si un scanner cérébral est demandé** devant des convulsions et/ou signes neurologiques focaux :

Il faut **réaliser avant le départ au TDM** : une hémoculture, la 1<sup>ère</sup> injection de Dexaméthasone® 10 mg IV et la 1<sup>ère</sup> injection de Céfotaxime (Claforan®) 3g IVD.

La PL sera faite immédiatement après le TDM si pas d'effet de masse.

**Après ponction lombaire et hémoculture (+ glycémie capillaire)**

Si liquide trouble ou germe à l'examen direct : corticothérapie IV par Dexaméthasone® 10 mg x 4/j pdt 4j, faire la 1<sup>ère</sup> injection **avant ou avec** la 1<sup>ère</sup> dose d'antibiotique (possible jusqu'à 12h après).

**1. Présence de germe à l'examen direct**

- *Cocci à Gram positif (Pneumocoque probable) :*  
Céfotaxime (Claforan®) 300 mg/kg/j IV 15mn en 6x/j (max 20 gr/j)
- *Cocci à Gram négatif (Méningocoque probable) :*  
Céfotaxime (Claforan®) 200 mg/kg/j IV 15mn en 6x/j
- *Bacille à Gram positif (Listeria monocytogenes probable) :*  
Amoxicilline (Clamoxyl®) 200 mg/kg/j en 6x/j + Gentamicine 5mg/kg/j en 1 perfusion de 30mn.  
Si allergie aux β-lactamines : Cotrimoxazole (Bactrim®) IV 2 ampoules x 4/j
- *Bacille à Gram négatif (Haemophilus influenzae probable) :*  
Céfotaxime (Claforan®) 200 mg/kg/j en 6x/j



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

2. Pas de germe à l'examen direct

**Si liquide trouble (prédominance PNN) :** Céfotaxime (Claforan®) 300mg/kg/j en 6 perfusions  
Un antigène soluble pneumocoque peut être fait selon le contexte et avis microbiologique.

**Si liquide clair :**

- *Suspicion méningoencéphalite herpétique :*

LCR le plus souvent lymphocytaire, normoglycorachie. Prévenir réanimateur  
Aciclovir (Zovirax®) IV 10mg/kg toutes les 8 heures

- *Suspicion Listeria :*

LCR avec formule souvent panachée et hypoglycorachie  
Amoxicilline (Clamoxyl®) 200 mg/kg/j en 6x/j + Gentamicine 5mg/kg/j en 1 perfusion de  
30mn + Céfotaxime (Claforan®) 300 mg/kg/j IV 15mn en 6x/j

- *Suspicion de méningite tuberculeuse :*

LCR typiquement lymphocytaire mais parfois initialement à polynucléaires,  
hypoglycorachie classique pouvant manquer, protéinorachie souvent élevée (> 2g/l).  
Prescrire recherche BK.  
Quadrithérapie antituberculeuse.

- *Suspicion méningite bactérienne décapitée :*

Traitement antibiotique précédant l'hospitalisation, prédominance de PNN et d'une  
hypoglycorachie à la PL  
Céfotaxime (Claforan®) 300 mg/kg/j IV 15mn en 6x/j (max 20 gr/j)

- *Suspicion de méningite virale :*

LCR lymphocytaire plutôt qu'à polynucléaires, sauf en tout début d'évolution,  
normoglycorachie.  
Au moindre doute, avis réanimateur ou infectiologue pour discuter Amoxicilline  
(Clamoxyl®) + Aciclovir (Zovirax®)

**Pour les patients allergiques aux βlactamines dans le cas des méningites, demander avis des réanimateurs ou infectiologues.**

**Durée :** Méningocoque : 5 jours  
Pneumocoque et Streptocoque B : 10 jours  
*Haemophilus* : 7 jours  
Listeria : 21 jours (Gentamicine 5 jours)  
BGN (hors *Haemophilus*) : 21 jours

Si méningite virale et traitement antibiotique probabiliste débuté aux urgences, arrêt des antibiotiques à 48h (résultat de culture négatif).

**Prophylaxie des infections à méningocoque**

Déclaration obligatoire à l'ARS.

Prophylaxie uniquement pour les sujets ayant été en contact étroit avec les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté dans les dix jours précédents.

**Voir tableau de la circulaire DGS du 24/10/2014 ou protocole de la Commission des Anti Infectieux (CAI) : [Prophylaxie autour d'un cas d'infection invasive à méningocoque.](#)**

Si doute, contacter un infectiologue ou un médecin du travail.



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

Traitement :

- Ciprofloxacine (Ciflox®) 500mg PO dose unique

**Ou**

- Rifampicine (Rimactan® gélule, Rifadine® sirop) PO

Adulte : 600 mg x 2/j pendant 48h (OK femme enceinte)

Enfant > 1mois : 10mg/kg x 2 /j (max 600mgx2/j)

Enfant < 1mois : 5mg/kg x 2 /j

Précautions : lentilles de contact, prévenir de la coloration des urines, interaction avec les contraceptifs oraux

Si contre-indication (maladie hépatique sévère, porphyrie, allergie) : Ceftriaxone (Rocéphine®) 250 mg dose unique IM/IV (ou 125mg enfant)

## 7) Infection communautaire du liquide d'ascite

*Voir protocole de la Commission des Anti Infectieux (CAI) :*

*[Antibiothérapie des infections digestives de l'adulte \(hors péritonites\)](#)*

Ponction d'ascite exploratrice systématique aux Urgences +++

Perfusion d'albumine (1,5g/kg à J1 répétée à 1g/kg à J3)

Ascite infectée (PNN >250/ mm<sup>3</sup>) : Ceftriaxone (Rocéphine®) 1g /j IV

Si allergie aux aux β-lactamines : Lévofloxacine (Tavanic®) 500mg /j IV

Si PNN > 75/ mm<sup>3</sup> et signes de gravité (encéphalopathie, ictère, fièvre, choc) : après 1 hémoculture et ECBU, discuter antibiothérapie avec hépatogastroentérologue ou réanimateur.

Si présence de germes dans l'ascite et PNN < 75/ mm<sup>3</sup> : refaire ponction car possible présence transitoire de bactérie.

**Durée** : 5 jours (après ré évaluation à 48h avec baisse d'au moins 50% des pnn dans liquide ascite)

## 8) Colite infectieuse

### Diarrhée aigue glairo sanglante (et diarrhée du voyageur)

- En l'absence de signes de gravité (fièvre, syndrome dysentérique) :  
Ofloxacine (Oflocet®) 200mg dose unique (ou azithromycine 1g dose unique)
- En cas de fièvre ou de syndrome dysentérique :  
Ofloxacine (Oflocet®) 200mgx2 /j PO pendant 3jours

### Colite à Clostridium difficile

Demander une recherche de toxine sur selles liquides. Isolement contact.

*Voir protocole de la Commission des Anti Infectieux (CAI) :*

*[Infections à Clostridium difficile](#)*



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

## 9) Bactériémies primitives non compliquées, sans porte d'entrée retrouvée

Hors bactériémie sur cathéter veineux central (*voir protocole de la Commission des Anti Infectieux (CAI)*)

**Définition bactériémie primitive non compliquée** : évolution favorable à 72h de traitement, avec retour à l'apyrexie et négativation des hémocultures, en l'absence de foyer infectieux identifié, de localisations secondaires, d'endocardite ou de thrombophlébite.

### Durée :

Staphylocoque aureus et *Staph. lugdunensis* : 14 jours

Streptocoque, entérocoque : 7 jours

Bacilles Gram négatif (entérobactéries et *pseudomonas*): 7 jours

## 10) Episode fébrile chez un patient granulopénique (poly. neutrophiles < 0,5x10<sup>9</sup>/L)

*Voir protocole de la Commission des Anti Infectieux (CAI) :*

*Antibiothérapie chez l'adulte avec neutropénie fébrile prolongée*

Prélèvements microbiologiques : hémocultures et si foyer accessible.

Le traitement doit débiter **au plus tard dans les 4H** suivant l'apparition de la fièvre :

- **Pipéracilline tazobactam (Tazocilline®)** 4 g x 4/j IV

- Association à un aminoside seulement si choc septique

- S'il existe une forte orientation vers une infection staphylococcique (inflammation du cathéter, lésions cutanées) : ajouter Vancomycine (15mg/kg en dose de charge puis 40mg/kg/j IVSE).

Prévoir dosage taux circulant à H24.

- Si la situation clinique est grave d'emblée (choc), le traitement antibiotique peut être instauré après une seule hémoculture. Avis réanimateur.

- Si allergie : Aztréonam (Azactam®) 2g x 3 IV + Vancomycine

## 11) Paludisme

*Voir protocole de la Commission des Anti Infectieux (CAI) :*

Tout tableau évocateur (fièvre parfois absente et/ou myalgies et/ou troubles digestifs et/ou syndrome "grippal") au retour d'un pays d'endémie palustre est un paludisme et impose de prescrire une recherche de plasmodium.

### 1) Accès grave

**Avis au moindre doute et hospitalisation en Réanimation**

-Présence de trophozoïtes de *Plasmodium falciparum* sur le frottis + au moins un critère de gravité: défaillance neurologique, hémodynamique ou pulmonaire, hémorragie, ictère, acidose



## LIVRET ANTIBIOTIQUE : Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte

métabolique, hyperlactatémie, insuffisance rénale, hypoglycémie profonde, parasitémie > 4%, anémie profonde

-Le traitement repose sur l'**Artésunate IV** (ATU, disponible en réanimation), sinon Quinimax® IV (dose de charge puis perfusion continue) et la réanimation symptomatique.

### 2) Accès simple (en France $\geq 80\%$ *P. falciparum*)

**Le traitement est tout aussi urgent.** Dans le doute (frottis négatif mais contexte évocateur), un prélèvement de contrôle est envisageable, prévenir le laboratoire.

#### Traitement ambulatoire possible si :

- absence d'échec d'un 1<sup>er</sup> traitement
- absence de signe de gravité
- absence de trouble digestif
- absence de comorbidités / immunodépression
- absence de grossesse
- parasitémie < 2%
- plaquettes > 50 000/mm<sup>3</sup>, hémoglobine >10g/dl, créatinine <150 micromol/l
- bonne compréhension du traitement
- possibilité de suivi à J3 J7 J28 (patient joignable), proximité d'un hôpital
- conditions socio familiales favorables

Dans les autres cas (femme enceinte, personnes âgées, vomissements itératifs, demande du patient, patient vivant seul ...) : hospitalisation

#### Traitement curatif *P. falciparum* :

- Première intention = **Eurartesim®**. Si pds <75kg : 3 cp en 1 prise. Si pds >75kg : 4cp en 1 prise. A prendre 3 jours de suite, à heure fixe, à jeun (au moins 3h avant ou après repas).

Faire ECG : contre-indiqué si QT long, arythmie ou médicaments allongeant le QT (cf Vidal).

Effets II° : allongement QT, vertiges, céphalées, troubles digestifs

- Deuxième intention = Malarone® (poids > 40kg) : 4cp/j en une prise PO au cours d'un repas pendant 3 jours consécutifs. Effets II° : troubles digestifs.

- Troisième intention = Quinine (Quinimax®): 24mg/kg/j en 3 prises PO pendant 7 jours (dose max = 2.5g). Effets II° : vertiges, nausées, acouphènes, surdité.

Le traitement curatif est dit radical : pas de reprise de la chimioprophylaxie.

Suivi clinique et biologique (NFS + frottis/GE) à J3, J7 et J28 indispensable (infectiologue).

#### Traitement curatif *P. vivax*, *P. ovale* et *P. malariae* :

- Première intention = **Eurartesim®**, en particulier en cas d'infection mixte ou de paludisme à *P. vivax* survenant au retour d'une zone de résistance à la chloroquine.

Si pds <75kg : 3 cp en 1 prise. Si pds >75kg : 4cp en 1 prise.

A prendre 3 jours de suite, à heure fixe, à jeun (au moins 3h avant ou après repas).

Faire ECG : contre-indiqué si QT long, arythmie ou médicaments allongeant le QT (cf Vidal).

Effets II° : allongement QT, vertiges, céphalées, troubles digestifs

- Deuxième intention = Chloroquine (Nivaquine®) 100mg cp

10mg/kg à J1 et J2, 5mg/kg à J3 (soit 25mg/kg en dose totale sur 3 jrs)



**LIVRET ANTIBIOTIQUE :  
Antibiothérapie aux Urgences chez l'adulte**

**3) Cas particuliers**

- **Femme enceinte** : hospitalisation obligatoire, traitements compatibles : Eurartésim aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres, Malarone, Quinine (Quinimax®) y compris au 1<sup>er</sup> trimestre
- **Vomissements répétés** : la quinine IV est le seul traitement possible (prise en charge initiale en réanimation conseillée).

*Les durées d'antibiotiques les plus courtes sont à privilégier.*

**Toute antibiothérapie est à valider avec un senior et à réévaluer à J3 et J7.**

**RENSEIGNEMENTS PRATIQUES**

- **Microbiologie** (bactériologie, virologie, parasitologie)

\* Le jour poste 7030

\* De Garde poste 8807 (à partir de 18h30 du Lundi au Samedi et de 16h30 le Dimanche et jours fériés)

- **Infectiologue référent** : fax 9179

**COMMISSION DES ANTI-INFECTIEUX**

M AMARA, J P BEDOS, L BERTON, A BORNAND, F BRUNEEL, C COLIN, L DALLE, A GREDER BELAN, V HENTGEN, J LAMBERT, B MANEGLIER, S MESSAOS SANANES, C COURTIN, C NEULIER, L PARNET, H POIRIER, P POUPY, A THERBY

Mai 2021 version N°27 ☺