

## Sphère digestive

### ○ Infection à Clostridioïdes difficile

Diarrhée avec exposition récente (<3 mois) aux antibiotiques : recherche de toxines de Clostridioïdes difficile -> Si positif :

→ Fidaxomicine 200mg x 2/j<sup>(1)</sup> ou Vancomycine 125mg x 4/j PO<sup>(1)</sup>

(DTT=10j).

(1) Disponibles uniquement en pharmacie hospitalière sur prescription hospitalière (téléconsultation ou télé-expertise)

- 1<sup>er</sup> épisode : TT standard : fidaxomicine ou vancomycine
- Si tt standard non disponible et pas de signes de gravité : métronidazole
- Si récidive : avis infectieux

Mesures d'hygiène (<https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2020/09/Cas-ICD.pdf>)



### ○ Cholécystite et angiocholite

Imagerie (Echo et/ou Scanner) et avis chirurgical

A défaut, traitement d'attente :

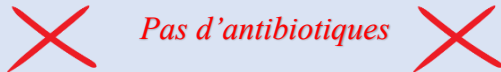
**Ceftriaxone 1g/J IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3/J PO** ou IV

### ○ Sigmoïdite (diverticulite sigmoïdienne) [(DTT=7j)]

Scanner abdomino-pelvien injecté (indiqué à chaque épisode en l'absence de CI)

Traitement ambulatoire si qSOFA < 1, absence d'immunodépression

**Amoxicilline/ac clav 1g/8h + gentamicine (7 mg/kg, 1 dose) OU C3G + metronidazole IV (cf doses ci-dessus)**



**PAS d'antibiotiques** dans les situations suivantes, donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48h :

- Bronchite aiguë ; Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif ; Rhinopharyngite
- Furoncle simple ; Morsure/griffure mineure
- Diarrhée simple sans fièvre « gastro-entérite »
- Plaie ou escarre sans signes d'infection évident
- Bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)

## Fièvre isolée ?

Ne pas traiter à l'aveugle (prélever; chercher une porte d'entrée).

**Sauf si:**

Syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie)

**ET**

Signes de mauvaise tolérance (hypotension ou choc, polypnée et/ou hypoxie, oligurie ou insuffisance rénale, encéphalopathie)

**OU**

patient neutropénique (< 500 PNN)

## Sepsis ?

Quick SOFA : 2 items parmi : TAS ≤100, FR ≥22, confusion récente **OU choc septique** : Prélever ECBU + 2 paires d'hémocultures si possible

⇒ **En l'absence de point d'appel clinique** : Ceftriaxone 2g IV + Gentamicine 7mg/kg IV

Appel SAMU pour transfert (selon directives anticipées)

## Antibiotiques et personne âgée



- Fonction rénale altérée** : adapter les posologies (site GPR)
- Polymédication** : risque d'interactions majoré
- Effets secondaires majorés** : diarrhées, infection à *C. difficile*, candidose buccale, confusion (!) fluoroquinolones)
- Limiter la pression de sélection** : respecter les indications, privilégier molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations
- Ceftriaxone SC** : **Hors AMM**, mais potentiellement indispensable au regard bénéfices/risques pour le patient (cf. site ANSM)

**En cas d'impossibilité d'avaler les comprimés ou les gélules, les alternatives par voie orale sont :**

Site [omedit-normandie.fr](http://omedit-normandie.fr)

Alternatives galéniques, thérapeutiques (ne pas écraser)
Amoxicilline 500 mg (cp dispersible, solution buvable)
Amoxicilline/ac.clavulanique 500/62.5 mg (sachet)
Azithromycine 250 et 600 mg (cp dispersible, poudre pour suspension buvable)
Cefixime 200 mg (solution buvable)
Ciprofloxacine (suspension buvable)
Fidaxomicine 200 mg (suspension buvable ou Vancomycine)
Métronidazole 500 mg (suspension buvable)
Nitrofurantoïne 100 mg (solution buvable)
Sulfaméthoxazole/triméthoprim 400/80 et 800/160 mg (solution buvable)
Ecrasement possible et à consommer sans délai
Pivmécillinam cp à 200 mg
Pristinamycine cp à 250 et 500 mg
Lévofloxacine cp à 500 mg
Ne pas écraser, ouvrir et à consommer sans délai
Clindamycine gélules à 75, 150 et 300 mg

## Allergie aux pénicillines

90% des « allergies » à la pénicilline n'en sont pas  
Rares allergies croisées (péni / céphalosporines (3%))



- Allergie type I** (dans les heures suivant la prise) : urticaire généralisé, angio-oedème, dyspnée, hypotension, choc.
- Allergie cutanée retardée** : après 3-4j de traitement, éruption morbilliforme disparaissant à l'arrêt du traitement.
- Manifestations sévères retardées** : syndromes de Lyell, Stevens Johnson et les DRESS sont des contre-indications formelles aux pénicillines
- Allergie > 10 ans, manifestation uniquement cutanée non grave** -> **Pénicilline autorisée**

**Autres cas : avis allergologique et infectiologique pour la thérapeutique**

## Fluoroquinolones

Ne doivent pas être utilisées en probalibiste en cas de prise antérieure dans les 6 derniers mois.. A efficacité équivalente, privilégier les alternatives de moindre risque de toxicité



# ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD



**Recommandations destinées aux prescripteurs,**

Rédigée à partir des recommandations de l'ANSM, de la SPILF et de l'HAS.  
Inspirée des plaquettes du CRATb ARA et EMH ARA.

## Sources d'informations :

Site CPIas et CRATb Occitanie : [www.cpias-occitanie.fr](http://www.cpias-occitanie.fr)

Site OMEDIT : <https://omedit-mip.jimdofree.com/>

Site HAS : <https://www.has-sante.fr/>

Site base de données publique des médicaments (RCP) : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>

Site ANSM : <https://ansm.sante.fr>

Application Antibioclio® (guide antibiothérapie en ambulatoire)

Site SPILF : [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)

Site GPR (adaptation thérapeutique à la fonction rénale) : [www.sitegpr.com](http://www.sitegpr.com)

Site abxbmi (calcul du dosage des antibiotiques en situation d'obésité) : <https://abxbmi.com/>

Site ADF : <https://adf.asso.fr/guide-antibio/index.html#page=1>

Site CPIas ARA : <https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/>

## Nom EMA :

## Coordonnées :



## Sphère Urinaire



### \*Cystite à risque de complication (dont cystite ♂)

- Cystite = signes fonctionnels urinaires, sans fièvre
- **L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection**
- **Pas de BU, ECBU systématique** avant toute antibiothérapie
- Autant que possible ne traiter qu'après documentation microbiologique = pas de traitement probabiliste

Si symptômes bruyants, **traitement probabiliste** possible

1. **Nitrofurantoïne 100mg x 3/j**
2. **Fosfomycine-trométamol 3g en une prise unique**

Puis adapter selon antibiogramme : (privilégier l'ordre si dessous)

1. Amoxicilline 1g x 3/j (**DDT=7j**)
2. Pivmecillinam 400mg x 2/j (**DDT=7j**)
3. Nitrofurantoïne 100mg x 3/j (**DDT=7j**)
4. Fosfomycine-trométamol 3g à **J1-J3-J5 (= 3 prises)**
5. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (**DDT=5j**)



### \*Pyélonéphrite aigüe sans signes de gravité

Avant résultats de l'ECBU :

- **Ceftriaxone 1g/J en IV/IM/SC**

Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j

Selon antibiogramme :

1. Amoxicilline 1g x 3/j (**DDT=10j**)
2. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (**DDT=10j**)
3. Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (**DDT=10j**)

Si allergie Type I à l'amoxicilline :

Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DDT=10j) OU Lévofloxacine 500mg/j (**DDT=7j si quinolones ou bêta-lactamines injectable**)

➔ Une imagerie est recommandée dans les 24h dans les pyélonéphrites à risque de complication (à fortiori également si sévère)

### \*Prostatite aigüe sans signes de gravité.

Avant résultats de l'ECBU : **Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC**

Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j

Selon antibiogramme : (selon poly médication, fonction rénale..)

- Amoxicilline 1g X 3 (**DDT=14j**)
- Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (**DDT=14j**)
- Ofloxacine 200mgx2/j, ou Lévofloxacine 500mg x1/j, Ciprofloxacine 500mg x2/j (**DDT=14j**)

**Ne pas utiliser Nitrofurantoïne, Céfixime, Amoxicilline-ac. clavulanique car mauvaise diffusion prostatique**

### \*Infection urinaire avec signes de gravité

Avant résultats de l'ECBU :

- **Ceftriaxone 2g/j IV + Dose unique de Gentamycine 5mg/kg OU Amikacine 20 mg/kg en IV**

Si antécédent de BLSE < 6 mois : choix selon antibiogramme antérieur (TAZOCILLINE 4g/6h + Amikacine 20 mg/kg si souche sensible, à défaut **Avis infectiologue**)

Si choc septique / geste urologique ou traitement oral impossible : **Avis infectiologue**

➔ Penser à changer la sonde à 48h d'antibiothérapie efficace

## Sphère cutanée



### • Pied diabétique

**Atteinte ostéo-articulaire sans signe de gravité** : Pas d'ATB en urgence = **avis infectiologue et prélèvements nécessaires**

**Grade 1** : plaie sans signe d'infection : pas d'antibiotique

**Grade 2** : plaie infectée. Au moins 2 signes parmi : **chaleur, érythème <2 cm péri-lésionnelle, tuméfaction, douleur, écoulement purulent** :

- Plaie récente

- **Clindamycine 600mg x3/j (DDT=7j)**
- **OU Cefalexine 1g x3/j (DDT=7j)**
- **OU Pristinamycine 1g x3/j (DDT=7j)** [à privilégier si infection récente (ou portage connu) à SARM]

- Plaie chronique (cf grade 3))

**Grade 3\*** : **Plaie infectée avec extension en surface > 2 cm péri lésionnelle**

- **Amoxicilline/ac clav 1g x3/j IV/PO (DDT=7j)**

Si allergie non grave : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3 (**DDT=7j**)

\*si infection récente (ou portage connu) à SARM, **avis infectiologue**

**Grade 4** : toute plaie infectée avec fièvre ou signe de gravité = **avis infectiologue**

### • Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (Erysipèle)

- Porte d'entrée intertrigo : **Amoxicilline 1g x 3/j (DDT=7j)**

- Porte d'entrée plaie cutanée ou allergie Type 1 : **Pristinamycine 1g x 3/j OU Clindamycine 600mg x3/j (DDT=7j)**

### • Furoncle compliqué

- **Pristinamycine 1g x2-3/j OU Clindamycine 600mgx3/j (DDT=5j)**

### • Conjonctivite

**Le plus souvent virale** (contexte épidémique) :

- PAS d'antibiotiques, rinçage sérum physiologique + collyre antiseptique
- Si échec à 48h (prélèvement)

Puis : collyre Tobramycine 1 gte x 3/j puis adaptation à l'antibiogramme (**DDT=7j**)

## Sphère respiratoire



Les infections respiratoires en EHPAD sont **souvent virales**

⇒ utilité des TROD

⇒ Intérêt préventif de la vaccination (grippe, pneumocoque, COVID)

### \* Pneumopathie aigüe

**DDT = 5j** si évolution favorable à J5, sinon DTT = 7j

Critères d'évolution favorable à J5 : T ≤ 37,8 °c et au moins 3 signes de stabilité clinique parmi : TAS ≥ 90 mmhg, FR ≤ 24/min, FC ≤ 100/min, SpO2 ≥ 90%

La toux n'est pas un critère de non-amélioration

**Pneumopathie aigue hors contexte d'inhalation**

- Simple :

**Amoxicilline/acide clavulanique 1g x3/j**

(Si pneumocoque fortement suspecté : Amoxicilline 1g x3/j)

Si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

- Avec signes de gravité ou en cas d'échec à 48h :

**Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Azithromycine 500mg J1 puis 250mg de J2 à J5**

**Pneumopathie d'inhalation sans signes de gravité** :

**Amoxicilline/acide clavulanique 1g x3/j**

**OU Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC**

### \* Exacerbation de BPCO (DDT= 5J)

**Stade II (VEMS 50 à 80%)** : Absence de dyspnée (en l'absence d'EFR)

⇒ Pas d'ATB

**Stade III (VEMS 30 à 50%)** : Dyspnée d'effort

**Amoxicilline 1g x 3/j (DDT=5j)**

Si allergie Type I : Pristinamycine 1g x3 /J (DDT=5J)

**Stade IV (VEMS <30%)** : Dyspnée au moindre effort ou de repos

⇒ **Amoxicilline/ac clav 1g x3/j (DDT=5j)**

Si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

Si colonisation connue à Pseudomonas aeruginosa = **avis infectiologue ou pneumologue référent**

Abréviations :

- CI : Contre indication
- DTT : durée totale de traitement
- BLSE : Béta lactamase à spectre élargi
- TROD : Test rapide d'orientation diagnostique