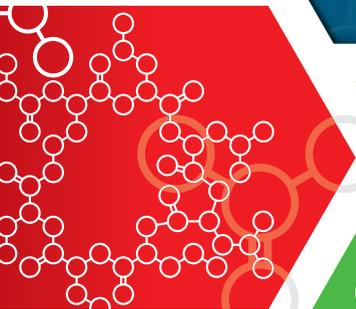


Guide **A**W**a**Re (**A**ccès, **À** surveiller, **R**éserve) de l'OMS sur les antibiotiques

Annexe en ligne : infographies



Organisation
mondiale de la Santé

Guide AWaRe (Accès, À surveiller, Réserve) de l'OMS sur les antibiotiques

Annexe en ligne : infographies



**Organisation
mondiale de la Santé**

WHO/MHP/HPS/EML/2022.02

Guide AWaRe (Accès, À surveiller, Réserve) de l'OMS sur les antibiotiques. Annexe en ligne : infographies
[The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Web Annex. Infographics]

© Organisation mondiale de la Santé 2023

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Guide AWaRe (Accès, À surveiller, Réserve) de l'OMS sur les antibiotiques. Annexe en ligne : infographies. [The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Web Annex. Infographics]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (WHO/MHP/HPS/EML/2022.02). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale=attribute=fr&>

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page par Interligar - Branding & Design

Contenu

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	1
Bronchite	3
Otite moyenne aiguë.....	5
Pharyngite.....	8
Sinusite aiguë.....	12
Infections buccales et dentaires	16
Lymphadénite bactérienne aiguë localisée.....	22
Conjonctivite	26
Endophtalmie.....	29
Kératite.....	31
Cellulite périorbitaire.....	33
Trachome.....	36
Pneumonie d'origine communautaire	38
Exacerbation de la maladie pulmonaire obstructive chronique	42
Diarrhée infectieuse aiguë / gastro-entérite	44
Fièvre entérique.....	48
Impétigo / Érysipèle / Cellulite.....	50
Infections liées aux brûlures.....	53
Infections liées aux plaies et aux morsures.....	56
Infection urogénitale à Chlamydia.....	60
Infection gonococcique	62
Syphilis	65
Trichomonase.....	67
Infection des voies urinaires basses.....	68
ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER	73
Septicémie et choc septique	75
Septicémie chez les enfants.....	79
Septicémie chez les nouveau-nés.....	82
Méningite bactérienne.....	85
Pneumonie d'origine communautaire	89
Pneumonie nosocomiale.....	93
Cholécystite aiguë et cholangite	97
Abcès hépatique pyogène	102

Appendicite aiguë	107
Diverticulite aiguë	112
Infection à <i>Clostridioides difficile</i> (ICD)	114
Infection des voies urinaires supérieures	117
Ostéomyélite bactérienne aiguë	121
Arthrite septique	125
Fasciite nécrosante	129
Pyomyosite	133
Neutropénie fébrile	136
Prophylaxie chirurgicale	140
ANTIBIOTIQUES DE RÉSERVE	145
Céfidérol	147
Ceftazidime+avibactam	148
Fosfomycine	149
Linézolide	150
Méropénème+vaborbactam	151
Plazomicine	152
Polymyxine B et colistine (polymyxine E)	153



SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Bronchite

? Définition

Inflammation spontanément résolutive de la trachée et des bronches, caractérisée par une toux persistante +/- fièvre ($\geq 38,0\text{ }^{\circ}\text{C}$), habituellement due à une infection virale

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Survenue soudaine (<2 semaines) d'une toux durant >5 jours +/- expectoration et essoufflement (la couleur de l'expectoration n'est pas indicatrice d'une infection bactérienne) +/- fièvre ($\geq 38,0\text{ }^{\circ}\text{C}$)
- Maladie habituellement bénigne ; la toux persiste généralement 10 à 20 jours (peut durer plus longtemps)

Important : Les symptômes peuvent ressembler aux symptômes de la pneumonie, ce qui peut conduire à un traitement inadapté par antibiotiques. Pour éviter cela, il convient d'effectuer un examen minutieux du patient

• **Bronchite :** tableau clinique moins grave, évolution habituellement spontanée (mais la toux peut durer plusieurs semaines)

• **Pneumonie (voir l'infographie « Pneumonie d'origine communautaire ») :** tableau clinique plus grave avec essoufflement et symptômes généraux d'infection (p. ex. augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire)

🔬 Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires. Envisager un dépistage du virus de la grippe ou du SARS-CoV-2 (p. ex. pendant la saison grippale ou en cas de flambées épidémiques, selon le risque épidémiologique/la situation/les protocoles locaux)

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Virus respiratoires :

- Rhinovirus
- Virus de la grippe (A et B)
- Virus parainfluenza
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Metapneumovirus
- Adénovirus
- Autres virus respiratoires

Rx Traitement

🚫 Pas de traitement antibiotique

- Traitement symptomatique
- Recours éventuel à des bronchodilatateurs (en cas de respiration sifflante) ou à des agents mucolytiques ou antitussifs, selon les pratiques locales et les préférences du patient

Les patients doivent être informés que :

- La grande majorité des cas sont d'origine virale et se résolvent spontanément
- La toux peut persister plusieurs semaines

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Ibuprofène 200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

Paracétamol (acétaminophène) 500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour)
• **Atteinte hépatique/cirrhose :** max. 2 g/jour

Rx Antibiothérapie

Une antibiothérapie **n'est pas recommandée et devrait être évitée**, car aucun avantage clinique significatif n'a été démontré et il existe un risque d'effets indésirables

Bronchite

? **Définition**

Inflammation spontanément résolutive de la trachée et des bronches, caractérisée par une toux persistante +/- fièvre ($\geq 38,0^\circ\text{C}$), habituellement due à une infection virale

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Survenue soudaine d'une toux qui dure >5 jours, habituellement accompagnée d'un écoulement nasal et d'une légère fièvre, sans signes cliniques de pneumonie
- Maladie habituellement bénigne ; la toux persiste généralement 1 à 3 semaines

Important : Les symptômes peuvent ressembler aux symptômes de la pneumonie, ce qui peut conduire à un traitement inadapté par antibiotiques. Pour éviter cela, il convient d'effectuer un examen minutieux du patient.

- **Bronchite :** tableau clinique moins grave, évolution habituellement spontanée (mais la toux peut durer plusieurs semaines)
- **Pneumonie (voir l'infographie « Pneumonie d'origine communautaire ») :** tableau clinique plus grave avec essoufflement et symptômes généraux d'infection (p. ex. augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire)

🔬 Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires. Envisager un dépistage du virus de la grippe ou du SARS-CoV-2 (p. ex. pendant la saison grippale ou en cas de flambées épidémiques, selon le risque épidémiologique/la situation/les protocoles locaux)

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Virus respiratoires :

- Rhinovirus
- Virus de la grippe (A et B)
- Virus parainfluenza
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Metapneumovirus
- Adénovirus
- Autres virus respiratoires

📄 Traitement

🚫 Pas de traitement antibiotique

- Traitement symptomatique
- Recours éventuel à des bronchodilatateurs (en cas de respiration sifflante) ou à des agents mucolytiques ou antitussifs, selon les pratiques locales et les préférences du patient

Les patients/les parents doivent être informés que :

- La grande majorité des cas sont d'origine virale et se résolvent spontanément
- La toux peut persister plusieurs semaines

📄 Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

🔴 Ibuprofène (ne pas utiliser si âge <3 mois)

- **Antidouleur/antipyrétique :** 5-10 mg/kg q6-8h
- **Posologie orale en fonction du poids :**

6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

----- **OU** -----

🔴 Paracétamol (acétaminophène)

- **Antidouleur/antipyrétique :** 10-15 mg/kg q6h
- **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	60 mg q6h
6-<10 kg	100 mg q6h
10-<15 kg	150 mg q6h
15-<20 kg	200 mg q6h
20-<30 kg	300 mg q6h
≥30 kg	500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour ou 2 g/jour si atteinte hépatique/cirrhose)

📄 Antibiothérapie

Une antibiothérapie **n'est pas recommandée et devrait être évitée**, car aucun avantage clinique significatif n'a été démontré et il existe un risque d'effets indésirables

Otite moyenne aiguë

🔍 Définition

Infection de l'oreille moyenne qui affecte rarement les adultes. Souvent une complication d'une infection virale des voies respiratoires supérieures

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Survenue soudaine d'une otalgie (unilatérale ou bilatérale), fièvre ($\geq 38,0^\circ\text{C}$), +/- écoulement auriculaire

🔍 Analyses microbiologiques

- Pas nécessaires sauf en cas de complication présumée
- Les cultures de pus s'écoulant des tympans perforés ne doivent pas être utilisées pour orienter le traitement

🔍 Autres analyses de laboratoire

Pas nécessaires sauf en cas de complication présumée

📷 Imagerie

Pas nécessaire sauf en cas de complication présumée (p. ex. mastoïdite, abcès cérébral)

👁️ Otoscopie

Si disponible, nécessaire pour poser un diagnostic définitif:

Membrane du tympan bombée, inflammée, congestionnée (peut être opaque/présenter une mobilité réduite)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Virus respiratoires (dans la plupart des cas) :

- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Rhinovirus
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Virus de la grippe (A et B)
- Autres virus respiratoires

Bactéries (dans de rares cas, des surinfections bactériennes peuvent survenir) :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A)

👐 Prévention

Recouplement avec la prévention des infections des voies respiratoires supérieures ; hygiène des mains ; la vaccination contre *S. pneumoniae*, le virus de la grippe et le SARS-CoV-2 peut s'avérer utile

💊 Traitement

📋 Considérations cliniques

Important : dans la plupart des cas bénins, seul un traitement symptomatique est nécessaire, **sans antibiothérapie**

- Demander aux patients de surveiller les symptômes et de signaler si les symptômes empirent/sont toujours présents après quelques jours

Envisager un traitement antibiotique dans les cas suivants :

- Symptômes graves (p. ex. mauvais état général, otalgie malgré les analgésiques, fièvre $\geq 39,0^\circ\text{C}$)

💊 Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Ibuprofène 200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

Paracétamol (acétaminophène) 500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour)
 • **Atteinte hépatique/cirrhose** : max. 2 g/jour

⌚ Durée de l'antibiothérapie

5 jours

💊 Antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

Amoxicilline 500 mg q8h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

Otite moyenne aiguë

Page 1 de 2

 **Définition**

Infection de l'oreille moyenne qui affecte surtout les enfants de moins de 5 ans, souvent une complication d'une infection virale des voies respiratoires supérieures

 **Agents pathogènes les plus fréquents**

Virus respiratoires :

- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Rhinovirus
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Virus de la grippe (A et B)
- Autres virus respiratoires

Bactéries (dans de rares cas, des surinfections bactériennes peuvent survenir) :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A)

 **Prévention**

Recoupement avec la prévention des infections des voies respiratoires supérieures ; hygiène des mains ; la vaccination contre *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et le virus de la grippe peut s'avérer utile

 **Diagnostic**

 **Tableau clinique**

Survenue soudaine d'une otalgie (unilatérale ou bilatérale), fièvre (38,0 °C) +/- écoulement auriculaire

 **Analyses microbiologiques**

- Pas nécessaires sauf en cas de complication présumée
- Les cultures de pus s'écoulant des tympans perforés ne doivent pas être utilisées pour orienter le traitement

 **Autres analyses de laboratoire**

Pas nécessaires sauf en cas de complication présumée

 **Imagerie**

Pas nécessaire sauf en cas de complication présumée (p. ex. mastoïdite, abcès cérébral)

 **Otoscopie**

Si disponible, nécessaire pour poser un diagnostic définitif :
 Membrane du tympan bombée, inflammée, congestionnée (peut être opaque/présenter une mobilité réduite)

Otite moyenne aiguë

Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

Important : dans la plupart des cas bénins, seul un traitement symptomatique est nécessaire, sans antibiothérapie, notamment pour les enfants d'un âge >2 ans

- Demander aux personnes ayant la charge de l'enfant de surveiller les symptômes et de signaler si les symptômes empirent/sont toujours présents après quelques jours

Envisager un traitement antibiotique dans les cas suivants :

- Symptômes graves (p. ex. mauvais état général, otalgie malgré les analgésiques, fièvre $\geq 39,0$ °C)
- Enfants immunodéprimés
- Otite moyenne aiguë bilatérale chez des enfants d'un âge <2 ans

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Ibuprofène (ne pas utiliser si âge <3 mois)
• Antidouleur/antipyrétique : 5-10 mg/kg q6-8h
• Posologie orale en fonction du poids :

6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥ 30 kg	200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

Paracétamol (acétaminophène)
• Antidouleur/antipyrétique : 10-15 mg/kg q6h
• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	60 mg q6h
6-<10 kg	100 mg q6h
10-<15 kg	150 mg q6h
15-<20 kg	200 mg q6h
20-<30 kg	300 mg q6h
≥ 30 kg	500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour ou 2 g/jour si atteinte hépatique/cirrhose)

⌚ Durée de l'antibiothérapie

5 jours

Rx Antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

ACCÈS Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour **VOIE ORALE**
• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg q12h
6-<10 kg	375 mg q12h
10-<15 kg	500 mg q12h
15-<20 kg	750 mg q12h
≥ 20 kg	500 mg q8h ou 1 g q12h

Deuxième intention

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline **VOIE ORALE**
• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥ 20 kg	mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

Pharyngite

Page 1 de 2

?

 Définition

Inflammation du pharynx caractérisée par un mal de gorge et une douleur à la déglutition

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Virus (>80 % des cas) :

- Virus respiratoires (dans la plupart des cas)
- Virus d'Epstein-Barr (rarement)

Bactéries :

- Streptocoque du groupe A (5-10 % chez l'adulte)
- Streptocoques (groupe C et groupe G)

Autres causes infectieuses :

- Infection à VIH aiguë et autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonorrhée)
- Toxoplasmose aiguë
- Diphtérie

Causes non infectieuses (rares) :

- Pollution
- Allergènes
- Tabagisme

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Mal de gorge et douleur à la déglutition

• **Virale** : symptômes souvent identiques à ceux d'une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) virale avec toux, céphalées et myalgies

• **Bactérienne** : tableau clinique plus grave, fièvre ($\geq 38,0$ °C), ganglions lymphatiques cervicaux douloureux et exsudats pharyngés (voir « Score clinique de Centor »)

🧪 Analyses microbiologiques

Faible probabilité d'une infection à streptocoque du groupe A (SGA) (score de Centor : 0-2) :

- Les tests ne sont habituellement pas nécessaires

Probabilité plus élevée d'une infection à SGA (score de Centor : 3-4) :

- Un test antigénique rapide ou la mise en culture d'un échantillon prélevé dans la gorge peuvent être envisagés, notamment dans les pays où le rhumatisme articulaire aigu (RAA) et la cardiopathie rhumatismale sont fréquents
- Ne réaliser les tests que si une antibiothérapie est envisagée en cas de test positif

🧪 Autres analyses de laboratoire

Des analyses sanguines ne sont habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée

Pharyngite

Page 2 de 2

Score clinique de Centor

- Ce score clinique peut aider à déterminer l'origine (bactérienne ou virale) de l'infection et si une antibiothérapie est nécessaire
- Cependant, même avec un score de 4, la probabilité d'une infection à SGA n'est que de 50 %, et ce score n'a été validé que dans les pays à revenu élevé

Signes et symptômes (1 point chacun)

- Fièvre >38,0 °C
- Absence de toux
- Lymphadénite cervicale antérieure douloureuse
- Exsudats amygdaliens

Score 0-2

- Pharyngite à SGA peu probable
- **Traitement symptomatique uniquement**

Score 3-4 - Si le risque de RAA est faible (p. ex. dans les pays où la prévalence du RAA est faible)

- **Il est possible de ne pas initier une antibiothérapie** même si une pharyngite à SGA est probable

Score 3-4 - Si le risque de RAA est élevé (p. ex. dans les pays où la prévalence du RAA est **modérée/forte**)

- Une antibiothérapie est recommandée

Rx Traitement

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Ibuprofène 200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

Paracétamol (acétaminophène) 500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour)

- **Atteinte hépatique/cirrhose** : max. 2 g/jour

Durée de l'antibiothérapie

Selon la prévalence locale ou les antécédents de rhumatisme articulaire aigu :

- Risque faible de RAA : **5 jours**
- Risque élevé de RAA : **10 jours**

Remarque : en cas d'utilisation de clarithromycine ou de céfalexine, la durée du traitement est toujours de 5 jours

Rx Antibiothérapie

La seule indication claire pour l'antibiothérapie est de diminuer la probabilité individuelle de survenue d'un rhumatisme articulaire aigu dans les zones d'endémie (cependant, au-delà de l'âge de 21 ans, le risque de RAA est moindre)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

Amoxicilline 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

Phénoxyméthylpénicilline (de potassium) 500 mg (800 000 UI) q6h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

Clarithromycine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

Le SGA est toujours sensible à la pénicilline. Cependant, une résistance aux macrolides est fréquente dans certaines communautés

Pharyngite

Page 1 de 2

 **Définition**

Inflammation du pharynx caractérisée par un mal de gorge et une douleur à la déglutition

 **Agents pathogènes les plus fréquents**

Virus (>80 % des cas) :

- Virus respiratoires (dans la plupart des cas)
- Virus d'Epstein-Barr

Bactéries :

- Streptocoque du groupe A (20-30 % chez l'enfant)
- Streptocoques (groupe C et groupe G)

Autres causes infectieuses :

- Toxoplasmose aiguë
- Diphtérie

Causes non infectieuses (rares) :

- Pollution
- Allergènes
- Tabagisme

 **Diagnostic**

 **Tableau clinique**

Mal de gorge et douleur à la déglutition

- **Virale** : symptômes souvent identiques à ceux d'une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) virale avec toux, céphalées et myalgies
- **Bactérienne** : tableau clinique plus grave, fièvre ($\geq 38,0$ °C), ganglions lymphatiques cervicaux douloureux et exsudats pharyngés

 **Analyses microbiologiques**

Probabilité plus faible d'une infection à streptocoque du groupe A (SGA) (score de Centor : 0-2) :

- Les tests ne sont habituellement pas nécessaires

Probabilité plus élevée d'une infection à SGA (score de Centor : 3-4) :

- Un test antigénique rapide ou la mise en culture d'un échantillon prélevé dans la gorge peuvent être envisagés, notamment dans les pays où le rhumatisme articulaire aigu (RAA) et la cardiopathie rhumatismale sont fréquents
- Un test antigénique rapide négatif peut être confirmé par la mise en culture d'un échantillon prélevé dans la gorge, si disponible

 **Autres analyses de laboratoire**

Des analyses sanguines ne sont habituellement pas nécessaires

 **Imagerie**

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée

Pharyngite

Page 2 de 2

Score clinique de Centor

- Ce score clinique peut aider à déterminer l'origine (bactérienne ou virale) de l'infection et si une antibiothérapie est nécessaire
- Cependant, même avec un score de 4, la probabilité d'une infection à SGA n'est que de 50 %, et ce score n'a été validé que dans les pays à revenu élevé

Signes et symptômes (1 point chacun)

- Fièvre >38,0 °C
- Absence de toux
- Lymphadénite cervicale antérieure douloureuse
- Exsudats amygdaliens

Score 0-2

- Pharyngite à SGA peu probable
- **Traitement symptomatique uniquement**

Score 3-4 - Si le risque de RAA est faible (p. ex. dans les pays où la prévalence du RAA est faible)

- **Il est possible de ne pas initier une antibiothérapie** même si une pharyngite à SGA est probable

Score 3-4 - Si le risque de RAA est élevé (p. ex. dans les pays où la prévalence du RAA est modérée/forte)

- Une antibiothérapie est recommandée

Rx Traitement

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

- Ibuprofène (ne pas utiliser si âge <3 mois)
- **Antidouleur/antipyrétique** : 5-10 mg/kg q6-8h
- **Posologie orale en fonction du poids** :

6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

- Paracétamol (acétaminophène)
- **Antidouleur/antipyrétique** : 10-15 mg/kg q6h
- **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	60 mg q6h
6-<10 kg	100 mg q6h
10-<15 kg	150 mg q6h
15-<20 kg	200 mg q6h
20-<30 kg	300 mg q6h
≥30 kg	500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour ou 2 g/jour si atteinte hépatique/cirrhose)



Durée de l'antibiothérapie

Selon la prévalence locale ou les antécédents de rhumatisme articulaire aigu :

- Risque faible de RAA : **5 jours**
- Risque élevé de RAA : **10 jours**

Remarque : en cas d'utilisation de clarithromycine ou de céfalexine, la durée du traitement est toujours de 5 jours

Rx Antibiothérapie

La seule indication claire pour l'antibiothérapie est de diminuer la probabilité individuelle de survenue d'un rhumatisme articulaire aigu dans les zones d'endémie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire.

Première intention

- Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour **VOIE ORALE**
 - **Posologie orale en fonction du poids** :
- | | |
|-----------|------------------------|
| 3-<6 kg | 250 mg q12h |
| 6-<10 kg | 375 mg q12h |
| 10-<15 kg | 500 mg q12h |
| 15-<20 kg | 750 mg q12h |
| ≥20 kg | 500 mg q8h ou 1 g q12h |

OU

- Phénoxyméthylpénicilline (de potassium) : 10-15 mg/kg/dose (16 000-24 000 UI/kg/dose) q6-8h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

- Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**
 - **Posologie orale en fonction du poids** :
- | | |
|-----------|-------------|
| 3-<6 kg | 125 mg q12h |
| 6-<10 kg | 250 mg q12h |
| 10-<15 kg | 375 mg q12h |
| 15-<20 kg | 500 mg q12h |
| 20-<30 kg | 625 mg q12h |
| ≥30 kg | 500 mg q8h |

OU

- Clarithromycine 7,5 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

Le SGA est toujours sensible à la pénicilline. Cependant, une résistance aux macrolides est fréquente dans certaines communautés

Sinusite aiguë

Page 1 de 2

 **Définition**

Inflammation symptomatique des sinus paranasaux et de la cavité nasale

 **Agents pathogènes les plus fréquents**

Virus respiratoires :

- Virus de la grippe (A et B)
- Rhinovirus
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Autres virus respiratoires

Bactéries (rarement) :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*

 **Diagnostic**

 **Tableau clinique**

- Le diagnostic est clinique ; les symptômes des sinusites bactériennes et virales sont très semblables
- Les symptômes durent habituellement 10 à 14 jours et se résolvent spontanément
- Les principaux symptômes sont un écoulement nasal, une obstruction ou une congestion nasale, une algie dentaire ou faciale unilatérale, une tuméfaction faciale ou une sensation de pression sur le visage et, parfois, une toux
- Le siège de la douleur dépend des sinus qui sont atteints
- Sinusite bactérienne aiguë présumée dans les cas suivants :
 - signes/symptômes qui persistent au moins 10 jours sans amélioration
 - OU
 - aggravation notable des symptômes après une première phase bénigne

 **Analyses microbiologiques**

Habituellement pas nécessaires

 **Autres analyses de laboratoire**

Habituellement pas nécessaires

 **Imagerie**

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée ou de doute diagnostique

Sinusite aiguë

Page 2 de 2

Rx Traitement

Pas de traitement antibiotique

- Le traitement est destiné à soulager les symptômes. **Mais, dans la plupart des cas, les antibiotiques n'ont qu'un effet minime sur la durée des symptômes**
- Le traitement symptomatique inclut des antipyrétiques et des analgésiques, une irrigation nasale avec une solution saline et un traitement topique intranasal par glucocorticoïdes ou décongestionnants
- La plupart des recommandations indiquent de traiter selon la gravité de la maladie (durée et intensité des symptômes)

Tableau clinique bénin à modéré (durée <10 jours et en voie d'amélioration) :

- Surveillance simple avec soulagement des symptômes, **sans antibiothérapie**

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

 Ibuprofène 200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

 Paracétamol (acétaminophène) 500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour)
 • **Atteinte hépatique/cirrhose** : max. 2 g/jour

Considérations cliniques

Envisager un traitement antibiotique dans les cas suivants :

- Apparition brusque des symptômes
 - Fièvre $\geq 39,0$ °C et écoulement nasal purulent ou algie faciale pendant au moins 3 à 4 jours consécutifs
- Patients plus susceptibles de présenter des complications p. ex. ceux ayant des comorbidités chroniques sous-jacentes (décision au cas par cas)
- Signes/symptômes « alarmants » indicateurs d'une infection avec complications, comme des signes systémiques, une fièvre $\geq 39,0$ °C, une rougeur et un œdème périorbitaires, des céphalées intenses ou une altération de l'état mental

Durée de l'antibiothérapie

5 jours

Rx Antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Amoxicilline 1 g q8h **VOIE ORALE**

ACCÈS

OU

 Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

ACCÈS

Sinusite aiguë

Page 1 de 2

 **Définition**

Inflammation symptomatique des sinus paranasaux et de la cavité nasale. Beaucoup moins courant que chez l'adulte car les sinus ne sont pas complètement formés

 **Agents pathogènes les plus fréquents**

Virus respiratoires :

- Virus de la grippe (A et B)
- Rhinovirus
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Autres virus respiratoires

Bactéries (rarement) :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*

 **Diagnostic**

 **Tableau clinique**

- Le diagnostic est clinique ; les symptômes des sinusites bactériennes et virales sont très semblables
- Les symptômes durent habituellement 10 à 14 jours et se résolvent spontanément
- Les principaux symptômes sont un écoulement nasal, une obstruction ou une congestion nasale, une algie dentaire ou faciale unilatérale, une tuméfaction faciale ou une sensation de pression sur le visage et, parfois, une toux
- Le siège de la douleur dépend des sinus qui sont atteints
- Sinusite bactérienne aiguë présumée dans les cas suivants :
 - signes/symptômes qui persistent au moins 10 jours sans amélioration
 - OU
 - aggravation notable des symptômes après une première phase bénigne

 **Analyses microbiologiques**

Habituellement pas nécessaires

 **Autres analyses de laboratoire**

Habituellement pas nécessaires

 **Imagerie**

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée ou de doute diagnostique

Sinusite aiguë

Page 2 de 2

Rx Traitement

Pas de traitement antibiotique

- Le traitement est destiné à soulager les symptômes. **Mais, dans la plupart des cas, les antibiotiques n'ont qu'un effet minime sur la durée des symptômes**
- Le traitement symptomatique inclut des antipyrétiques et des analgésiques, une irrigation nasale avec une solution saline et un traitement topique intranasal par glucocorticoïdes ou décongestionnants
- La plupart des recommandations indiquent de traiter selon la gravité de la maladie (durée et intensité des symptômes)

Tableau clinique bénin à modéré (durée <10 jours et en voie d'amélioration) :

- Surveillance simple avec soulagement des symptômes, **sans antibiothérapie**

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

 Ibuprofène (ne pas utiliser si âge <3 mois)

- **Antidouleur/antipyrétique** : 5-10 mg/kg q6-8h
- **Posologie orale en fonction du poids** :

6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

 Paracétamol (acétaminophène)

- **Antidouleur/antipyrétique** : 10-15 mg/kg q6h
- **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	60 mg q6h
6-<10 kg	100 mg q6h
10-<15 kg	150 mg q6h
15-<20 kg	200 mg q6h
20-<30 kg	300 mg q6h
≥30 kg	500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour ou 2 g/jour si atteinte hépatique/cirrhose)

Considérations cliniques

Envisager un traitement antibiotique dans les cas suivants :

- Apparition brusque des symptômes
 - Fièvre $\geq 39,0$ °C et écoulement nasal purulent ou algie faciale pendant au moins 3 à 4 jours consécutifs
- Patients plus susceptibles de présenter des complications p. ex. ceux ayant des comorbidités chroniques sous-jacentes (décision au cas par cas)
- Signes/symptômes « alarmants » indicateurs d'une infection avec complications, comme des signes systémiques, une fièvre $\geq 39,0$ °C, une rougeur et un œdème périorbitaires, des céphalées intenses ou une altération de l'état mental

Durée de l'antibiothérapie

5 jours

Rx Antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

ACCÈS Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour **VOIE ORALE**

- **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	250 mg q12h
6-<10 kg	375 mg q12h
10-<15 kg	500 mg q12h
15-<20 kg	750 mg q12h
≥20 kg	500 mg q8h ou 1 g q12h

OU

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline **VOIE ORALE**

- **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

Infections buccales et dentaires

Page 1 de 3



Définitions des troubles qui pourraient nécessiter une antibiothérapie

- **Abcès** : accumulation localisée de pus, causée par une infection bactérienne dans la dent, la gencive ou l'os alvéolaire supportant la dent. Il existe deux catégories d'abcès :
 - **Abcès apical (le plus courant)** : infection au niveau de l'apex de la racine dentaire, dont l'origine se situe dans la pulpe dentaire et qui résulte le plus souvent de caries dentaires non traitées
 - **Abcès parodontal** : accumulation de pus entre la racine et l'os alvéolaire, qui résulte souvent de maladies graves des gencives
- **Péricoronarite** : inflammation de la gencive qui recouvre une dent partiellement sortie, souvent une dent de sagesse inférieure, et qui peut être associée à une infection
- **Maladie parodontale nécrosante** : infection gingivale grave, caractérisée par une nécrose et des ulcérations, due à une infection bactérienne. Auparavant connu sous le nom de gingivite ulcéronecrotique
- **Noma** : infection gangréneuse foudroyante qui détruit les tissus mous et les os de la bouche et du visage à mesure de son évolution. L'infection commence comme une maladie parodontale (auparavant connue sous le nom de gingivite ulcéronecrotique), rare chez l'adulte



Terminologie dentaire, définitions

- **Os alvéolaire** : partie des os maxillaires et mandibulaires qui entoure la dent et lui sert de support
- **Pulpe dentaire** : ensemble de vaisseaux sanguins et de nerfs dans la partie interne de la dent
- **Gencive** : tissu mou qui recouvre l'os alvéolaire
- **Plaque dentaire** : biofilm de microbes, principalement des bactéries, qui se forme sur les surfaces intrabuccales et qui contribue à la survenue de maladies de la cavité buccale comme les caries ou une maladie parodontale

Seules les infections dentaires qui pourraient généralement nécessiter une antibiothérapie sont mentionnées

Les chirurgies dentaires courantes dépassent le cadre de ces recommandations



Agents pathogènes les plus fréquents

Important : la plupart des infections dentaires sont dues à des conditions qui favorisent la croissance des agents pathogènes dans la bouche, notamment une consommation importante de sucre (p. ex. sucrose) et un manque de salive (sécheresse buccale)

Bactéries associées aux caries :

- Bactéries acidogènes telles que :
 - *Streptococcus* spp. (p. ex. *S. mutans*)
 - *Lactobacillus* spp.
 - *Actinomyces* spp.

Bactéries associées à une maladie parodontale :

- Principalement des anaérobies telles que :
 - *Capnocytophaga* spp.
 - *Prevotella* spp.
 - *Aggregatibacter* spp.
 - *Porphyromonas* spp.



Prévention

- Minimiser la consommation de sucre
- Empêcher l'accumulation de la plaque dentaire avec un détartrage régulier et une bonne hygiène buccale. Le fluorure est important, car il renforce l'émail des dents et le rend plus résistant aux caries
- Arrêt du tabac



Infections buccales et dentaires

Page 2 de 3



Diagnostic



Tableau clinique

Abcès dentaire :

- Douleur dentaire aiguë, persistante et localisée qui peut irradier vers l'oreille, la mâchoire et le cou
- Une sensibilité dentaire (p. ex. à la mastication) et une tuméfaction de la joue au-dessus de la dent touchée sont souvent présentes
- En l'absence de traitement, l'infection peut se propager, avec des signes de cellulite autour des yeux ou de la gorge, une fièvre ($\geq 38,0$ °C), une tachycardie et une lymphadénopathie

Péricoronarite :

- Inflammation et tuméfaction du capuchon gingival qui recouvre une dent partiellement sortie
- En général, les antibiotiques ne sont pas nécessaires. Cependant, si une infection est présente, elle doit être étroitement surveillée, car elle peut se propager rapidement et entraîner des difficultés à ouvrir la bouche, à déglutir ou à respirer
- Une cellulite du cou (p. ex. angine de Ludwig) peut être présente ; il s'agit d'une urgence médicale

Maladie parodontale nécrosante :

- Douleur intense accompagnée d'une inflammation et d'une ulcération gingivales, de saignements fréquents des gencives, d'une nécrose des papilles interdentaires, d'une haleine fétide et d'un mauvais goût dans la bouche
- Elle peut également être accompagnée de symptômes généraux, comme une fièvre $\geq 38,0$ °C, une sensation de malaise et une lymphadénopathie

Noma :

- Maladie parodontale nécrosante qui évolue rapidement pour entraîner une destruction des tissus mous et des os de la bouche, puis une perforation des tissus durs et de la peau du visage
- Une détection précoce permet d'en enrayer rapidement la progression, grâce à un respect des règles d'hygiène buccale de base, à un régime alimentaire enrichi en protéines et en nutriments, et à des antibiotiques



Imagerie

Dans le cadre du bilan diagnostique, des radiographies dentaires devraient être réalisées, si possible, pour permettre de différencier les causes de douleur dentaire



Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves nécessitant une hospitalisation : envisager une hémoculture et/ou la mise en culture d'un prélèvement de pus



Autres analyses de laboratoire

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves nécessitant une hospitalisation : numération leucocytaire, dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine



Tests et examens sur le lieu des soins pour aider au diagnostic

Des tests diagnostics sur le lieu des soins peuvent être effectués pour identifier la source de la douleur/de l'infection dentaire et décider du traitement approprié, par exemple :

• Tapotement de la dent pour évaluer la réponse à la percussion :

- Une sensibilité indique que la douleur est originaire de l'os de soutien et pourrait être due à un abcès

• Sondage parodontal

- Peut mettre en évidence un abcès parodontal si du pus exsude d'une collection de plus de 3 mm, ou bien une maladie ulcéronécrotique en cas de sensibilité extrême du tissu gingival et de formation d'une pseudomembrane grise

• Réponse à une stimulation par le froid :

- L'absence de réponse au froid peut indiquer une pulpe non vivante/nécrotique

Infections buccales et dentaires

Page 3 de 3

Rx Traitement

Considérations cliniques

Important :

- La plupart des infections et des douleurs dentaires peuvent être traitées sans antibiothérapie, en éliminant la cause de l'infection et en drainant le site infecté au moyen d'une chirurgie dentaire (p. ex. extraction dentaire)
- Les antibiotiques n'empêchent pas la survenue de complications graves et ne peuvent pas remplacer un traitement chirurgical local
- Les antibiotiques ne doivent pas être utilisés afin de « réduire l'inflammation » avant une chirurgie dentaire, ou pour soigner une douleur dentaire. Les antibiotiques ne doivent pas être utilisés en prévention des infections du site opératoire, dans la plupart des chirurgies dentaires.

• L'utilisation régulière de bains de bouche contenant un antiseptique (p. ex. chlorhexidine) n'est pas nécessaire pour traiter les infections dentaires ; des bains de bouche à l'eau salée sont généralement suffisants

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire, mais elle peut être envisagée (toujours en complément des chirurgies dentaires) dans les cas suivants :

- Patients ayant des infections graves et qui se propagent, avec des symptômes généraux (p. ex. œdème facial, incapacité à ouvrir la bouche, fièvre $\geq 38,0$ °C, tachycardie)
- Patients fortement immunodéprimés et patients atteints d'un diabète non contrôlé (risque plus élevé de complications)



Durée de l'antibiothérapie

Si la source d'infection est bien contrôlée : **3 jours**

Si la source d'infection **n'est pas** bien contrôlée : **5 jours**

Remarque : les patients doivent être réévalués avant la fin du traitement pour vérifier la résolution de l'infection

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Ibuprofène 200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU

Paracétamol (acétaminophène) 500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour)

• **Atteinte hépatique/cirrhose** : max. 2 g/jour

Rx Antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Pour le traitement des infections des tissus mous dentaires (p. ex. périoronarite ou maladie parodontale nécrosante), le métronidazole est une option

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Amoxicilline 500 mg q8h **VOIE ORALE**

ACCÈS

OU

Phénoxyéthylpénicilline (de potassium) 500 mg (800 000 UI) q6h **VOIE ORALE**

ACCÈS

Infections buccales et dentaires

Page 1 de 3



Définitions des troubles qui pourraient nécessiter une antibiothérapie

• **Abcès** : accumulation localisée de pus, causée par une infection bactérienne dans la dent, la gencive ou l'os alvéolaire supportant la dent. Il existe deux catégories d'abcès :

- **Abcès apical (le plus courant)** : infection au niveau de l'apex de la racine dentaire, dont l'origine se situe dans la pulpe dentaire et qui résulte le plus souvent de caries dentaires non traitées
- **Abcès parodontal** : accumulation de pus entre la racine et l'os alvéolaire, qui résulte souvent de maladies graves des gencives

• **Péricoronarite** : inflammation de la gencive qui recouvre une dent partiellement sortie, souvent une dent de sagesse inférieure, et qui peut être associée à une infection

• **Maladie parodontale nécrosante** : infection gingivale grave, caractérisée par une nécrose et des ulcérations, due à une infection bactérienne. Auparavant connu sous le nom de gingivite ulcéronecrotique

• **Noma** : infection gangréneuse foudroyante qui détruit les tissus mous et les os de la bouche et du visage à mesure de son évolution. L'infection commence comme une maladie parodontale (auparavant connue sous le nom de gingivite ulcéronecrotique), touchant principalement les enfants atteints de malnutrition vivant dans une extrême pauvreté et dont le système immunitaire est affaibli



Terminologie dentaire, définitions

• **Os alvéolaire** : partie des os maxillaires et mandibulaires qui entoure la dent et lui sert de support

• **Pulpe dentaire** : ensemble de vaisseaux sanguins et de nerfs dans la partie interne de la dent

• **Gencive** : tissu mou qui recouvre l'os alvéolaire

• **Plaque dentaire** : biofilm de microbes, principalement des bactéries, qui se forme sur les surfaces intrabuccales et qui contribue à la survenue de maladies de la cavité buccale comme les caries ou une maladie parodontale

Seules les infections dentaires qui pourraient généralement nécessiter une antibiothérapie sont mentionnées

Les chirurgies dentaires courantes dépassent le cadre de ces recommandations



Agents pathogènes les plus fréquents

Important : la plupart des infections dentaires sont dues à des conditions qui favorisent la croissance des agents pathogènes dans la bouche, notamment une consommation importante de sucre (p. ex. sucrose) et un manque de salive (sécheresse buccale)

Bactéries associées aux caries :

- Bactéries acidogènes telles que :
 - *Streptococcus* spp. (p. ex. *S. mutans*)
 - *Lactobacillus* spp.
 - *Actinomyces* spp.

Bactéries associées à une maladie parodontale :

- Principalement des anaérobies telles que :
 - *Capnocytophaga* spp.
 - *Prevotella* spp.
 - *Aggregatibacter* spp.
 - *Porphyromonas* spp.



Prévention

- Minimiser la consommation de sucre
- Empêcher l'accumulation de la plaque dentaire avec un brossage régulier et une bonne hygiène buccale. Le fluorure est important, car il renforce l'émail des dents et le rend plus résistant aux caries
- Promouvoir l'arrêt du tabac

Infections buccales et dentaires

Page 2 de 3



Diagnostic



Tableau clinique

Abcès dentaire :

- Douleur dentaire aiguë, persistante et localisée qui peut irradier vers l'oreille, la mâchoire et le cou
- Une sensibilité dentaire (p. ex. à la mastication) et une tuméfaction de la joue au-dessus de la dent touchée sont souvent présentes
- En l'absence de traitement, l'infection peut se propager, avec des signes de cellulite autour des yeux ou de la gorge, une fièvre ($\geq 38,0$ °C), une tachycardie et une lymphadénopathie

Péricoronarite :

- Inflammation et tuméfaction du capuchon gingival qui recouvre une dent partiellement sortie
- En général, les antibiotiques ne sont pas nécessaires. Cependant, si une infection est présente, elle doit être étroitement surveillée, car elle peut se propager rapidement et entraîner des difficultés à ouvrir la bouche, à déglutir ou à respirer
- Une cellulite du cou (p. ex. angine de Ludwig) peut être présente ; il s'agit d'une urgence médicale

Maladie parodontale nécrosante :

- Se caractérise par une douleur intense accompagnée d'une inflammation et d'une ulcération gingivales, de saignements fréquents des gencives, d'une nécrose des papilles interdentaires, d'une haleine fétide et d'un mauvais goût dans la bouche
- Elle peut également être accompagnée de symptômes généraux, comme une fièvre $\geq 38,0$ °C, une sensation de malaise et une lymphadénopathie

Noma :

- Maladie parodontale nécrosante qui évolue rapidement pour entraîner une destruction des tissus mous et des os de la bouche, puis une perforation des tissus durs et de la peau du visage
- Une détection précoce permet d'en enrayer rapidement la progression, grâce à un respect des règles d'hygiène buccale de base, à un régime alimentaire enrichi en protéines et en nutriments, et à des antibiotiques



Imagerie

Dans le cadre du bilan diagnostique, des radiographies dentaires devraient être réalisées, si possible, pour permettre de différencier les causes de douleur dentaire



Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves nécessitant une hospitalisation : envisager une hémoculture et/ou la mise en culture d'un prélèvement de pus



Autres analyses de laboratoire

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves nécessitant une hospitalisation : numération leucocytaire, dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine



Tests et examens sur le lieu des soins pour aider au diagnostic

Des tests diagnostics sur le lieu des soins peuvent être effectués pour identifier la source de la douleur/de l'infection dentaire et décider du traitement approprié, par exemple :

• Tapotement de la dent pour évaluer la réponse à la percussion :

- Une sensibilité indique que la douleur est originaire de l'os de soutien et pourrait être due à un abcès

• Sondage parodontal

- Peut mettre en évidence un abcès parodontal si du pus exsude d'une collection de plus de 3 mm, ou bien une maladie ulcéronécrotique en cas de sensibilité extrême du tissu gingival et de formation d'une pseudomembrane grise

• Réponse à une stimulation par le froid :

- L'absence de réponse au froid peut indiquer une pulpe non vivante/nécrotique

Infections buccales et dentaires

Page 3 de 3

Rx Traitement

☑ Considérations cliniques

Important :

- La plupart des infections et des douleurs dentaires peuvent être traitées sans antibiothérapie, en éliminant la cause de l'infection et en drainant le site infecté au moyen d'une chirurgie dentaire (p. ex. extraction dentaire)
- Les antibiotiques n'empêchent pas la survenue de complications graves et ne peuvent pas remplacer un traitement chirurgical local
- Les antibiotiques ne doivent pas être utilisés afin de « réduire l'inflammation » avant une chirurgie dentaire, ou pour soigner une douleur dentaire. Les antibiotiques ne doivent pas être utilisés en prévention des infections du site opératoire, dans la plupart des chirurgies dentaires.

• L'utilisation régulière de bains de bouche contenant un antiseptique (p. ex. chlorhexidine) n'est pas nécessaire pour traiter les infections dentaires ; des bains de bouche à l'eau salée sont généralement suffisants

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire, mais elle peut être envisagée (toujours en complément des chirurgies dentaires) dans les cas suivants :

- Patients ayant des infections graves et qui se propagent, avec des symptômes généraux (p. ex. œdème facial, incapacité à ouvrir la bouche, fièvre $\geq 38,0$ °C, tachycardie)
- Patients fortement immunodéprimés et patients atteints d'un diabète non contrôlé (risque plus élevé de complications)



Durée de l'antibiothérapie

Si la source d'infection est bien contrôlée : **3 jours**

Si la source d'infection **n'est pas** bien contrôlée : **5 jours**

Remarque : les patients doivent être réévalués avant la fin du traitement pour vérifier la résolution de l'infection

Rx Traitement symptomatique

Les médicaments sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes



Ibuprofène (ne pas utiliser si âge <3 mois)

• **Antidouleur/antipyrétique** : 5-10 mg/kg q6-8h

• **Posologie orale en fonction du poids :**

6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥ 30 kg	200-400 mg q6-8h (max. 2,4 g/jour)

OU



Paracétamol (acétaminophène)

• **Antidouleur/antipyrétique** : 10-15 mg/kg q6h

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	60 mg q6h
6-<10 kg	100 mg q6h
10-<15 kg	150 mg q6h
15-<20 kg	200 mg q6h
20-<30 kg	300 mg q6h
≥ 30 kg	500 mg-1 g q4-6h (max. 4 g/jour ou 2 g/jour si atteinte hépatique/cirrhose)

Rx Antibiothérapie

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Pour le traitement des infections des tissus mous dentaires (p. ex. périoronarite ou maladie parodontale nécrosante), le métronidazole est une option

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire



ACCÈS

Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour **VOIE ORALE**

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	250 mg q12h
6-<10 kg	375 mg q12h
10-<15 kg	500 mg q12h
15-<20 kg	750 mg q12h
≥ 20 kg	500 mg q8h ou 1 g q12h

OU



ACCÈS

Phénoxyéthylpénicilline (de potassium) :

10-15 mg/kg/dose (16 000-24 000 UI/kg/dose)
q6-8h **VOIE ORALE**

Lymphadénite bactérienne aiguë localisée

Page 1 de 2

La prise en charge des infections graves ou généralisées, ou celles d'origine virale, fongique ou parasitaire, n'est pas abordée dans ce guide

? Définition

Une lymphadénite est une inflammation et une hypertrophie aiguë (>1-2 cm) d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques

La classification dépend des éléments suivants :

- Nombre de régions ganglionnaires lymphatiques touchées :
 - *Affection localisée* (la plupart des cas) : 1 région ganglionnaire lymphatique touchée
 - *Affection généralisée* : >1 région ganglionnaire lymphatique touchée
- Emplacement du ganglion lymphatique touché (p. ex. cervical, axillaire)
- Profondeur du ganglion lymphatique (superficiel ou profond)

Agents pathogènes les plus fréquents

Virus (la plupart des cas) :

- Virus d'Epstein-Barr, cytomégalovirus (les deux virus peuvent provoquer une mononucléose infectieuse)
- Virus respiratoires

Bactéries (plus rarement) :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A)

À envisager dans des cas précis (selon l'anamnèse et l'examen physique) :

- Infections sexuellement transmissibles (p. ex. VIH)
- Zoonoses (p. ex. brucellose, tularémie, bartonellose — cette dernière survenant souvent après une morsure ou une griffure de chat)
- Infections mycobactériennes (y compris non tuberculeuses)

Diagnostic

Tableau clinique

- Survenue soudaine d'une douleur, d'une rougeur et d'une inflammation d'un ganglion lymphatique hypertrophié palpable (>1-2 cm), avec ou sans fièvre ($\geq 38,0$ °C), et d'autres signes/symptômes systémiques & de cellulite
- Une cause bactérienne est plus probable en cas d'atteinte unilatérale, d'un gonflement fluctuant et d'un écoulement purulent du ganglion lymphatique

Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires. Envisager un dépistage du VIH et de la tuberculose en cas de suspicion

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires, mais peuvent être envisagées dans des cas précis

Biopsie

À envisager en cas d'atteinte tumorale présumée

Imagerie

- Habituellement pas nécessaire
- Une échographie peut être envisagée pour confirmer l'atteinte des ganglions lymphatiques, pour quantifier l'hypertrophie et pour détecter la présence d'un abcès ; l'échographie n'est pas un moyen fiable pour exclure des tumeurs (il convient d'effectuer une biopsie)

Lymphadénite bactérienne aiguë localisée

Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

Important :

- La grande majorité des cas d'hypertrophie des ganglions lymphatiques sont dus à des infections virales. Les antibiotiques **ne sont pas nécessaires**
- Une surveillance simple et un suivi du patient est suffisant (sauf en cas d'atteinte tumorale présumée)

Si les symptômes sont compatibles avec une infection bactérienne, un traitement empirique contre *S. aureus* et *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A) doit être envisagé

Durée de l'antibiothérapie

5 jours

Rx Antibiothérapie

Remarque : l'anamnèse est essentielle pour pouvoir adapter le traitement si nécessaire

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire



Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE** OU 1 g + 200 mg q8h **IV**

OU



Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU



Cloxacilline 500 mg q6h **VOIE ORALE** OU 2 g q6h **IV**

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline+acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. Eu égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Pour une administration par voie orale, la dicloxacilline et la fluclxacilline sont les beta-lactamines à privilégier, car elles font preuve d'une meilleure biodisponibilité par voie orale

Lymphadénite bactérienne aiguë localisée

Page 1 de 2

La prise en charge des infections graves ou généralisées, ou celles d'origine virale, fongique ou parasitaire, n'est pas abordée dans ce guide

? Définition

- Une lymphadénite est une inflammation et une hypertrophie (>1-2 cm) d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques
- On parle également souvent de lymphadénopathie

La classification dépend des éléments suivants :

- Nombre de régions ganglionnaires lymphatiques touchées :
 - *Affection localisée* (la plupart des cas) : 1 région ganglionnaire lymphatique touchée
 - *Affection généralisée* : >1 région ganglionnaire lymphatique touchée
- Emplacement du ganglion lymphatique touché (p. ex. cervical, axillaire)
- Profondeur du ganglion lymphatique (superficiel ou profond)

Agents pathogènes les plus fréquents

Virus (la plupart des cas) :

- Virus d'Epstein-Barr (peut provoquer une mononucléose infectieuse)
- Cytomégalovirus (peut provoquer une mononucléose infectieuse)
- Virus respiratoires

Bactéries (plus rarement) :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A)

À envisager dans des cas précis (selon l'anamnèse et l'examen physique) :

- Infections sexuellement transmissibles (p. ex. VIH)
- Zoonoses (p. ex. brucellose, tularémie, bartonellose — cette dernière survenant souvent après une morsure ou une griffure de chat)
- Infections mycobactériennes (y compris non tuberculeuses)

Diagnostic

Tableau clinique

- Survenue soudaine d'une douleur, d'une rougeur et d'une inflammation d'un ganglion lymphatique hypertrophié palpable (>1-2 cm), avec ou sans fièvre ($\geq 38,0$ °C), et d'autres signes/symptômes systémiques & de cellulite
- Une cause bactérienne est plus probable en cas d'atteinte unilatérale, d'un gonflement fluctuant et d'un écoulement purulent du ganglion lymphatique

Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires. Envisager un dépistage du VIH et de la tuberculose en cas de suspicion

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires, mais peuvent être envisagées dans des cas précis

Biopsie

À envisager en cas d'atteinte tumorale présumée

Imagerie

- Habituellement pas nécessaire
- Une échographie peut être envisagée pour confirmer l'atteinte des ganglions lymphatiques, pour quantifier l'hypertrophie et pour détecter la présence d'un abcès ; l'échographie n'est pas un moyen fiable pour exclure des tumeurs (il convient d'effectuer une biopsie)

Lymphadénite bactérienne aiguë localisée

Page 2 de 2

Rx Traitement

☑️ Considérations cliniques

Important :

- La grande majorité des cas d'hypertrophie des ganglions lymphatiques sont dus à des infections virales. Les antibiotiques **ne sont pas nécessaires**
- L'observation du patient, accompagnée d'un suivi, est pertinente (sauf en cas de tumeur maligne présumée)

Si les symptômes sont compatibles avec une infection bactérienne, un traitement empirique contre *S. aureus* et *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A) doit être envisagé

🕒 Durée de l'antibiothérapie

5 jours

Rx Antibiothérapie

Remarque : l'anamnèse est essentielle pour pouvoir adapter le traitement si nécessaire

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire


Amoxicilline + acide clavulanique
IV :

• 1re semaine de vie : 50 mg/kg d'amox/dose q12h

• >1re semaine de vie : 50 mg/kg d'amox/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg/kg/jour d'amoxicilline

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU

Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h VOIE ORALE
ACCÈS
• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	125 mg q12h
6-<10 kg	250 mg q12h
10-<15 kg	375 mg q12h
15-<20 kg	500 mg q12h
20-<30 kg	625 mg q12h
≥30 kg	500 mg q8h

OU

Cloxacilline IV

• Nouveau-nés : 25-50 mg/kg/dose q12h

• Enfants : 25 mg/kg/dose q6h

• VOIE ORALE : 15 mg/kg/dose q6h

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	62.5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline+acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. En égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Pour une administration par voie orale, la dicloxacilline et la flucloxacilline sont les beta-lactamines à privilégier, car elles font preuve d'une meilleure biodisponibilité par voie orale

Conjonctivite

Infection oculaire bactérienne

? **Définition**

Infection de la conjonctive (muqueuse qui tapisse la face postérieure des paupières et la face antérieure de la sclère — la partie blanche de l'œil)

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- **La plupart des cas sont bénins et se résolvent spontanément**
- Habituellement, l'œil est rouge et larmoyant, démange, et les patients ont la sensation d'avoir du « sable dans l'œil »
- La vision est normale et aucune douleur n'est présente (en cas de douleur, envisager une atteinte de la cornée)
- Un écoulement purulent épais peut être présent en cas d'infection bactérienne

Conjonctivite bactérienne aiguë :

- Infection grave avec baisse de la vision, écoulement purulent, œdème palpébral, douleur à la palpation et adénoopathie préauriculaire
- Envisager une orientation en urgence vers un ophtalmologiste en raison du risque d'évolution rapide vers une perforation de la cornée

🔬 Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires, sauf en cas d'infection présumée à *Neisseria gonorrhoeae* ou à *Chlamydia trachomatis*

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

- La majorité des cas sont d'origine virale
- Les cas d'origine bactérienne sont moins fréquents que les cas d'origine virale
- Envisager *Chlamydia trachomatis* (sérotypes D à K) et *Neisseria gonorrhoeae* dans le contexte des infections sexuellement transmissibles (IST) ; voir « IST — infection génito-urinaire à *Chlamydia* et gonococcie »
- La conjonctivite bactérienne aiguë est principalement causée par *Neisseria gonorrhoeae*

Important : des causes non infectieuses (le plus souvent, allergiques) doivent toujours être envisagées

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- La plupart des cas guérissent sans traitement en 7 à 10 jours
- Une antibiothérapie peut être envisagée en cas de conjonctivite bactérienne présumée ou de conjonctivite dans le contexte d'une infection sexuellement transmissible

🕒 Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie, veuillez consulter la rubrique consacrée au traitement

Rx Conjonctivite bactérienne

🟢 ACCÈS Gentamicine à 0,3 % **COLLYRE**
1 goutte dans l'œil touché q6h
Durée du traitement : 5 jours

----- **OU** -----

🟡 À SURVEILLER Ofloxacine à 0,3 % **COLLYRE**
1 goutte dans l'œil touché q6h
Durée du traitement : 5 jours

----- **OU** -----

🟢 ACCÈS Tétracycline à 1 % **POMMADE OPHTHALMIQUE**
1 cm dans l'œil touché q6h
Durée du traitement : 5 jours

Rx Conjonctivite gonococcique

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

🟡 À SURVEILLER Ceftriaxone 250 mg **IM**
Durée du traitement : dose unique

----- **EN ASSOCIATION AVEC** -----

🟡 À SURVEILLER Azithromycine 1 g **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

Conjonctivite

Infection oculaire bactérienne • Page 1 de 2

?

 Définition

Infection de la conjonctive (muqueuse qui tapisse la face postérieure des paupières et la face antérieure de la sclère — la partie blanche de l'œil)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

- La majorité des cas sont d'origine virale
- Les cas d'origine bactérienne peuvent être plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte (même s'ils sont moins fréquents que les cas d'origine virale)
- Envisager *Chlamydia trachomatis* (sérotypes D à K) et *Neisseria gonorrhoeae* chez le nouveau-né après un accouchement par voie basse en cas d'infection maternelle

Important : des causes non infectieuses (le plus souvent, allergiques) doivent toujours être envisagées

🔬 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

• **La plupart des cas sont bénins et se résolvent spontanément**

- Habituellement, l'œil est rouge et larmoyant, démange, et les patients ont la sensation d'avoir du « sable dans l'œil »
- La vision est normale et aucune douleur n'est présente (en cas de douleur, envisager une atteinte de la cornée)
- Un écoulement purulent épais peut être présent en cas d'infection bactérienne

Conjonctivite bactérienne aiguë :

- Infection grave avec baisse de la vision, écoulement purulent, œdème palpébral, douleur à la palpation et adénopathie préauriculaire
- Envisager une orientation en urgence vers un ophtalmologiste en raison du risque d'évolution rapide vers une perforation de la cornée

🔬 Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires, sauf en cas d'infection présumée à *Neisseria gonorrhoeae* ou à *Chlamydia trachomatis*

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Conjonctivite

Infection oculaire bactérienne - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- La plupart des cas guérissent sans traitement en 7 à 10 jours
- Une antibiothérapie peut être envisagée en cas de conjonctivite bactérienne présumée

Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie, veuillez consulter la rubrique consacrée au traitement

Rx Conjonctivite bactérienne

 Gentamicine à 0,3 % **COLLYRE**
• 1 goutte dans l'œil touché q6h
Durée du traitement : 5 jours

OU

 Ofloxacin à 0,3 % **COLLYRE**
• 1 goutte dans l'œil touché q6h
Durée du traitement : 5 jours

OU

 Tétracycline à 1 % **POMMADE OPHTALMIQUE**
• 1 cm dans l'œil touché q6h
Durée du traitement : 5 jours

Rx Ophtalmie néonatale gonococcique

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Ceftriaxone 50 mg/kg **IM**
A SURVEILLER **Durée du traitement : dose unique**

Ne pas administrer de ceftriaxone aux nouveau-nés qui reçoivent des solutés intraveineux contenant du calcium et éviter l'administration aux nourrissons atteints d'hyperbilirubinémie

Rx Ophtalmie néonatale à *Chlamydia*

Un traitement topique seul n'est pas efficace

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Azithromycine 20 mg/kg q24h **VOIE ORALE**
A SURVEILLER **Durée du traitement : 3 jours**

Rx Prévention de l'ophtalmie néonatale gonococcique ou à *Chlamydia*

 Érythromycine à 0,5 % **POMMADE OPHTALMIQUE**
A SURVEILLER • A appliquer sur les deux yeux rapidement après la naissance

OU

 Tétracycline à 1 % **POMMADE OPHTALMIQUE**
ACCÈS • A appliquer sur les deux yeux rapidement après la naissance

Endophtalmie

Infection oculaire bactérienne

? Définition

- Infection des liquides intraoculaires (vitré et humeur aqueuse) et de la rétine
- La plupart des cas surviennent après un traumatisme oculaire pénétrant, une chirurgie oculaire ou à la suite d'une kératite
- De rares cas sont secondaires à une bactériémie ou à une fongémie dont le foyer infectieux est situé à distance (p. ex. endocardite, abcès hépatique)

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Habituellement, œil rouge et douloureux, vision trouble et photophobie
- Dans les cas où les agents pathogènes qui ont infecté l'œil circulent dans le sang depuis d'autres foyers infectieux, des signes et des symptômes de bactériémie/de fongémie peuvent être présents, même si généralement les premiers symptômes sont oculaires

🔬 Analyses microbiologiques

- Envisager une analyse microscopique et une mise en culture d'un échantillon d'humeur aqueuse ou de vitré prélevé par ponction
- Envisager des hémocultures en cas de foyer infectieux situé à distance présumé (c.-à-d. endophtalmie endogène)

🧪 Autres analyses de laboratoire

Envisager des analyses pour détecter des dysfonctionnements d'organes

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Exogènes (la plupart des cas) :

- **Bactéries :**
 - Principalement staphylocoque coagulase négatif, moins fréquemment *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus* spp.
 - *Klebsiella* spp. (plus courant en Asie)
 - *Bacillus cereus* (surtout en cas de traumatisme pénétrant)

• **Champignons :**

- *Fusarium* spp.
- *Aspergillus* spp.

Endogènes (rares) :

- **Bactéries :**
 - Principalement staphylocoque coagulase négatif, moins fréquemment *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus* spp.
 - *Klebsiella* spp. (plus courant en Asie)
 - *Bacillus cereus* (surtout en cas de traumatisme pénétrant)

• **Champignons :**

- Principalement *Candida albicans*

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- L'endophtalmie est une urgence ophtalmologique, car elle peut entraîner une cécité
- Une antibiothérapie par voie générale (en association avec des antibiotiques intravitréens) doit être envisagée, étant donné la gravité de cette infection, notamment lorsqu'une orientation rapide vers un ophtalmologiste n'est pas possible

La pierre angulaire du traitement est l'injection intravitréenne d'antibiotiques. Deux approches sont couramment utilisées pour l'administration intravitréenne d'antibiotiques :

1. « Prélèvement et injection » : un échantillon du vitré est d'abord prélevé (par ponction vitrée) pour une mise en culture, puis des antibiotiques sont injectés dans le vitré
2. Vitrectomie (c.-à-d. ablation chirurgicale totale ou partielle de l'inflammation du vitré, afin de contrôler la source de l'infection) et injection de l'antibiotique dans le vitré au cours de l'intervention

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Voie intravitréenne : **dose unique**

- S'il n'y a aucune amélioration clinique après 48 heures, il est possible de répéter l'injection

Voie générale : en fonction de la source de bactériémie sous-jacente

Rx Endophtalmie bactérienne

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

🔴 A SURVEILLER Vancomycine 1 mg **INJECTION**
INTRAVITRÉENNE

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

🔴 A SURVEILLER Ceftazidime 2,25 mg **INJECTION**
INTRAVITRÉENNE

EN CAS D'INFECTION ENDOGÈNE,
AJOUTER

🔴 A SURVEILLER Ceftriaxone 2 g q24h **IV**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

🔴 A SURVEILLER Vancomycine 15-20 mg/kg q12h **IV**

Endophtalmie

Infection oculaire bactérienne

?

 Définition

- Infection des liquides intraoculaires (vitré et humeur aqueuse) et de la rétine
- La plupart des cas surviennent après un traumatisme oculaire pénétrant, une chirurgie oculaire ou à la suite d'une kératite
- De rares cas sont secondaires à une bactériémie ou à une fongémie dont le foyer infectieux est situé à distance (p. ex. endocardite, abcès hépatique)

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Habituellement, œil rouge et douloureux, vision trouble et photophobie
- Dans les cas où les agents pathogènes qui ont infecté l'œil circulent dans le sang depuis d'autres foyers infectieux, des signes et des symptômes de bactériémie/de fongémie peuvent être présents, même si généralement les premiers symptômes sont oculaires

🔬 Analyses microbiologiques

- Envisager une analyse microscopique et une mise en culture d'un échantillon d'humeur aqueuse ou de vitré prélevé par ponction
- Envisager des hémocultures en cas de foyer infectieux situé à distance présumé (c.-à-d. endophtalmie endogène)

🧪 Autres analyses de laboratoire

Envisager des analyses pour détecter des dysfonctionnements d'organes

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Exogènes (la plupart des cas) :

- **Bactéries :**
 - Principalement staphylocoque coagulase négatif, moins fréquemment *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus* spp.
 - *Klebsiella* spp. (plus courant en Asie)
 - *Bacillus cereus* (surtout en cas de traumatisme pénétrant)
- **Champignons :**
 - *Fusarium* spp.
 - *Aspergillus* spp.

Endogènes (rares) :

- **Bactéries :**
 - Principalement staphylocoque coagulase négatif, moins fréquemment *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus* spp.
 - *Klebsiella* spp. (plus courant en Asie)
 - *Bacillus cereus* (surtout en cas de traumatisme pénétrant)
- **Champignons :**
 - Principalement *Candida albicans*

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- L'endophtalmie est une urgence ophtalmologique, car elle peut entraîner une cécité
- Une antibiothérapie par voie générale (en association avec des antibiotiques intravitréens) doit être envisagée, étant donné la gravité de cette infection, notamment lorsqu'une orientation rapide vers un ophtalmologiste n'est pas possible

La pierre angulaire du traitement est l'injection intravitréenne d'antibiotiques. Deux approches sont couramment utilisées pour l'administration intravitréenne d'antibiotiques :

1. « Prélèvement et injection » : un échantillon du vitré est d'abord prélevé (par ponction vitréenne) pour une mise en culture, puis des antibiotiques sont injectés dans le vitré
2. Vitrectomie (c.-à-d. ablation chirurgicale totale ou partielle de l'inflammation du vitré, afin de contrôler la source de l'infection) et injection de l'antibiotique dans le vitré au cours de l'intervention

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Voie intravitréenne : **dose unique**

- S'il n'y a aucune amélioration clinique après 48 heures, il est possible de répéter l'injection

Voie générale : en fonction de la source de bactériémie sous-jacente

Rx Endophtalmie bactérienne

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Vancomycine 1 mg **INJECTION**
À SURVEILLER **INTRAVITRÉENNE**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Ceftazidime 2,25 mg **INJECTION**
À SURVEILLER **INTRAVITRÉENNE**

EN CAS D'INFECTION ENDOGÈNE,
AJOUTER

 Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV**
À SURVEILLER

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Vancomycine **IV**
À SURVEILLER

- Nouveau-nés : 15 mg/kg/dose q12h
- Enfants : 15 mg/kg/dose q8h

Kératite

Infection oculaire bactérienne

? Définition

Infection de la cornée (c.-à-d. partie antérieure et transparente du globe oculaire)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Pays à revenu élevé :

- Les bactéries et les virus sont les causes les plus fréquentes

Pays à revenu faible ou intermédiaire :

- Les champignons sont la cause prédominante (notamment dans les régions rurales où un traumatisme oculaire par des plantes est un facteur de risque courant)

Bactéries :

- *Pseudomonas* spp. (surtout chez les personnes qui portent des lentilles de contact)
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus pneumoniae*

Champignons :

- Principalement *Fusarium* spp.
- *Aspergillus* spp.

Virus :

- Réactivation du virus herpès simplex (notamment chez les patients immunodéprimés)

Parasites :

- *Acanthamoeba* (lentilles de contact)

🔬 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Habituellement douleur oculaire, baisse de la vision, larmoiement et œdème cornéen avec la sensation d'avoir « quelque chose dans l'œil » et des difficultés à garder l'œil ouvert +/- écoulement

🔬 Analyses microbiologiques

- Envisager une analyse microscopique et une mise en culture d'un échantillon de cornée (p. ex. grattages ou biopsie de la cornée)
- Envisager des tests d'amplification des acides nucléiques à la recherche du virus herpès simplex pour les patients immunodéprimés

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire ; un examen ophtalmologique par un spécialiste peut être envisagé

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- La kératite infectieuse est une urgence ophtalmologique, car elle peut entraîner une cécité avec un mauvais pronostic de restauration de la vision
- Les patients atteints de kératite doivent arrêter de porter des lentilles de contact jusqu'à la résorption de l'infection
- Envisager d'administrer un collyre cycloplégique (cyclopentolate à 1 % ou atropine à 1 %) pour réduire la photophobie et la formation d'adhérences pupillaires au cristallin

⌚ Durée de l'antibiothérapie

2 semaines
La durée est souvent personnalisée en fonction de l'amélioration clinique

Rx Kératite bactérienne

- **À SURVEILLER** Ofloxacine à 0,3 % **COLLYRE**
- 1 goutte dans l'œil touché q1h pendant 48 heures, puis q4h jusqu'à la guérison

Les gouttes sont préférées aux pommades, car elles pénètrent mieux la cornée

Kératite

Infection oculaire bactérienne

 **Définition**

Infection de la cornée (c.-à-d. partie antérieure et transparente du globe oculaire)

 **Agents pathogènes les plus fréquents**

Pays à revenu élevé :

- Les bactéries et les virus sont les causes les plus fréquentes

Pays à revenu faible ou intermédiaire :

- Les champignons sont la cause prédominante (notamment dans les régions rurales où un traumatisme oculaire par des plantes est un facteur de risque courant)

Bactéries :

- *Pseudomonas* spp. (surtout chez les personnes qui portent des lentilles de contact)
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus pneumoniae*

Champignons :

- Principalement *Fusarium* spp.
- *Aspergillus* spp.

Virus :

- Réactivation du virus herpès simplex (notamment chez les patients immunodéprimés)

 **Diagnostic**

 **Tableau clinique**

- Habituellement douleur oculaire, baisse de la vision, larmoiement et œdème cornéen avec la sensation d'avoir « quelque chose dans l'œil » et des difficultés à garder l'œil ouvert +/- écoulement
- La kératite est rare chez l'enfant

 **Analyses microbiologiques**

- Envisager une analyse microscopique et une mise en culture d'un échantillon de cornée (p. ex. grattages ou biopsie de la cornée)
- Envisager des tests d'amplification des acides nucléiques à la recherche du virus herpès simplex pour les patients immunodéprimés

 **Autres analyses de laboratoire**

Habituellement pas nécessaires

 **Imagerie**

Habituellement pas nécessaire ; un examen ophtalmologique par un spécialiste peut être envisagé

Rx Traitement

 **Considérations cliniques**

- La kératite infectieuse est une urgence ophtalmologique, car elle peut entraîner une cécité avec un mauvais pronostic de restauration de la vision
- Envisager d'administrer un collyre cycloplégique (cyclopentolate à 1 % ou atropine à 1 %) pour réduire la photophobie et la formation d'adhérences pupillaires au cristallin

 **Durée de l'antibiothérapie**

2 semaines
La durée est souvent personnalisée en fonction de l'amélioration clinique

Rx Kératite bactérienne

 **Ofloxacine à 0,3 % COLLYRE**

À SURVEILLER • 1 goutte dans l'œil touché q1h pendant 48 heures, puis q4h jusqu'à la guérison

Les gouttes sont préférées aux pommades, car elles pénètrent mieux la cornée

Cellulite périorbitaire

Infection oculaire bactérienne

? Définition

Infection des tissus sous-cutanés palpébraux en avant du septum orbitaire (le globe oculaire et les tissus osseux orbitaires ne sont pas touchés)

Important : la plupart des cas résultent d'infections adjacentes (p. ex. infection de la paupière, du canal lacrymal ou des sinus périorbitaires, infections dentaires), de piqûres, de morsures ou d'un traumatisme de la paupière

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Habituellement, signes unilatéraux d'inflammation autour de l'œil atteint (p. ex. paupière rouge, tuméfiée, chaude et douloureuse), avec une motilité oculaire intacte et non douloureuse, avec ou sans fièvre ($\geq 38,0^\circ\text{C}$)
- La vision est normale

Important :

- Il s'agit habituellement d'un trouble bénin, rare chez l'adulte ; les complications sont rares
- Il est important de la distinguer de la cellulite orbitaire (associée généralement à une motilité oculaire restreinte, à une exophtalmie et à une perte de la vision)

🔬 Analyses microbiologiques

- Habituellement pas nécessaires
- Les cultures sont difficiles à obtenir et les hémocultures, si réalisées, sont généralement négatives

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Envisager une tomодensitométrie des orbites et des sinus pour évaluer l'atteinte orbitaire et d'éventuelles complications (p. ex. un abcès)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- Suspicion de bactéries anaérobies en cas d'antécédents de morsure animale ou humaine ou en présence d'une nécrose

Virus :

- Envisager un virus (p. ex. virus herpès simplex ou virus varicelle-zona) en présence d'une éruption cutanée vésiculaire

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

La plupart des cas peuvent être traités en ambulatoire avec des antibiotiques par voie orale, notamment pour les adultes qui ne montrent aucun signe d'infection grave

🕒 Durée de l'antibiothérapie

10-14 jours (selon la gravité du cas)

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE** OU 1 g + 200 mg q8h **IV**

OU

 Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Cloxacilline 500 mg q6h **VOIE ORALE** OU 2 g q6h **IV**

La cloxacilline a un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline+acide clavulanique ou que la céfalexine, et présente une couverture limitée des bactéries à Gram négatif provenant des voies respiratoires supérieures et qui pourraient être responsables d'une cellulite périorbitaire. Pour cette raison, si une telle infection est présumée, l'association amoxicilline+acide clavulanique, ou la céfalexine, sont les options à privilégier

Cellulite périorbitaire

Infection oculaire bactérienne • Page 1 de 2

? **Définition**

Infection des tissus sous-cutanés palpébraux en avant du septum orbitaire (le globe oculaire et les tissus osseux orbitaires ne sont pas touchés)

Important : la plupart des cas résultent d'infections adjacentes (p. ex. infection de la paupière, du canal lacrymal ou des sinus périorbitaires) ou de piqûres, de morsures ou d'un traumatisme de la paupière

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- Suspicion de bactéries anaérobies en cas d'antécédents de morsure animale ou humaine ou en présence d'une nécrose

Virus :

- Envisager un virus (p. ex. virus herpès simplex ou virus varicelle-zona) en présence d'une éruption cutanée vésiculaire

Diagnostic

Tableau clinique

- Habituellement, signes unilatéraux d'inflammation autour de l'œil atteint (p. ex. paupière rouge, tuméfiée, chaude et douloureuse), avec une motilité oculaire intacte et non douloureuse, avec ou sans fièvre ($\geq 38,0$ °C)
- La vision est normale

Important :

- Il s'agit habituellement d'un trouble bénin ; les complications sont rares
- Il est important de la distinguer de la cellulite orbitaire (associée généralement à une motilité oculaire restreinte, à une exophtalmie et à une perte de la vision)

Analyses microbiologiques

- Habituellement pas nécessaires
- Les cultures sont difficiles à obtenir et les hémocultures, si réalisées, sont généralement négatives

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

Imagerie

Envisager une tomодensitométrie des orbites et des sinus pour évaluer l'atteinte orbitaire et d'éventuelles complications (p. ex. un abcès)

Cellulite périorbitaire

Infection oculaire bactérienne - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

La plupart des cas peuvent être traités en ambulatoire avec des antibiotiques par voie orale, notamment pour les enfants d'un âge >1 an qui ne montrent aucun signe d'infection grave

Durée de l'antibiothérapie

10-14 jours (selon la gravité du cas)

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire



Amoxicilline + acide clavulanique

IV :

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg d'amox/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg d'amox/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg/kg/jour d'amoxicilline

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU



Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

ACCÈS

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	125 mg q12h
6-<10 kg	250 mg q12h
10-<15 kg	375 mg q12h
15-<20 kg	500 mg q12h
20-<30 kg	625 mg q12h
≥30 kg	500 mg q8h

OU



Cloxacilline

ACCÈS

IV

- Nouveau-nés : 25-50 mg/kg/dose q12h
- Enfants : 25 mg/kg/dose q6h

VOIE ORALE : 15 mg/kg/dose q6h

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	62.5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

La cloxacilline a un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline+acide clavulanique ou que la céfalexine, et présente une couverture limitée des bactéries à Gram négatif provenant des voies respiratoires supérieures et qui pourraient être responsables d'une cellulite périorbitaire. Pour cette raison, si une telle infection est présumée, l'association amoxicilline+acide clavulanique, ou la céfalexine, sont les options à privilégier

Trachome

?

 Définition

Maladie oculaire causée par des sérotypes particuliers (A, B et C) de la bactérie *Chlamydia trachomatis* (les autres sérotypes provoquent des troubles génito-urinaires, voir « Infections sexuellement transmissibles — Infection génito-urinaire à *Chlamydia* »)

🦠 Agent pathogène

- *Chlamydia trachomatis* est une bactérie à Gram négatif intracellulaire obligatoire
- Les sérotypes A, B, Ba et C sont ceux associés au trachome

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Aigu :

- Habituellement, signes et symptômes de conjonctivite avec rougeur oculaire, gêne oculaire, écoulement mucopurulent et photophobie
- Rare chez l'adulte

Avancé :

- Cicatrices conjonctivales, signes de conjonctivite chronique et déviation des cils vers le globe oculaire
- S'observe surtout chez l'adulte en raison des infections à répétition

L'OMS a publié une échelle d'évaluation du trachome qui peut être utilisée sur le terrain pour évaluer l'étendue de la maladie lors de l'examen du patient (référence en anglais : Solomon AW et al. The simplified trachoma grading system, amended. Bull World Health Organ. 2020;98(10):698-705)

🔬 Analyses microbiologiques

- Habituellement pas nécessaires
- Envisager l'analyse d'un prélèvement conjonctival (mise en culture ou test d'amplification des acides nucléiques pour rechercher *Chlamydia trachomatis*) dans un sous-groupe choisi de personnes, afin de décider si l'antibiothérapie doit être poursuivie à l'échelle de la population

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- Une antibiothérapie est souvent fournie dans le cadre de programmes d'administration massive d'antibiotiques dans les zones d'endémie, afin de diminuer le réservoir de population de *Chlamydia trachomatis*
- En cas de lésion cornéenne due au retournement des cils, une chirurgie est nécessaire pour corriger la rotation des paupières et prévenir une cécité
- Des infections répétées sur plusieurs années peuvent entraîner des lésions permanentes de la cornée et une cécité

Important : renforcer l'éducation sur les mesures d'hygiène personnelle et communautaire

- L'infection se propage par les mains, par contact direct avec des personnes ou des objets contaminés
- Les mouches peuvent contribuer à la propagation, en transférant des sécrétions oculaires/nasales contaminées à des personnes non infectées
- Les facteurs de risque comprennent le fait de vivre dans des conditions de surpeuplement et de mauvaises assainissement ; la plupart des transmissions sont intrafamiliales

🕒 Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question pour connaître la durée du traitement

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

🟡 **A SURVEILLER** Azithromycine 20 mg/kg (max. 1 g) **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

Administrée une fois par an pendant 3 ans dans le cadre de programmes d'administration massive d'antibiotiques

👉 Traitement topique

🟡 **A SURVEILLER** Azithromycine à 1,5 % **COLLYRE**
• 1 goutte dans chaque œil q12h
Durée du traitement : 3 jours

OU

🟢 **ACCÈS** Tétracycline à 1 % **POMMADE OPHTHALMIQUE**
• 1 cm dans chaque œil q12h
Durée du traitement : 6 semaines

Un traitement topique est utilisé là où l'azithromycine par voie orale n'est pas facilement disponible. L'azithromycine par voie topique est parfois aussi efficace que l'azithromycine par voie orale

Trachome

?

 Définition

Maladie oculaire causée par les sérotypes particuliers (A, B et C) de la bactérie *Chlamydia trachomatis*

🦠 Agent pathogène

- *Chlamydia trachomatis* est une bactérie à Gram négatif intracellulaire obligatoire
- Les sérotypes A, B, Ba et C sont ceux associés au trachome

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

⚡ Aigu :

- Habituellement, signes et symptômes de conjonctivite avec rougeur oculaire, gêne oculaire, écoulement mucopurulent et photophobie
- Plus fréquente chez les enfants vivant dans des zones d'endémie

⚡ Avancé :

- Cicatrices conjonctivales, signes de conjonctivite chronique et déviation des cils vers le globe oculaire
- S'observe surtout chez l'adulte en raison des infections à répétition

L'OMS a publié une échelle d'évaluation du trachome qui peut être utilisée sur le terrain pour évaluer l'étendue de la maladie lors de l'examen du patient (référence en anglais : Solomon AW et al. The simplified trachoma grading system, amended. Bull World Health Organ. 2020;98(10):698-705)

🔬 Analyses microbiologiques

- Habituellement pas nécessaires
- Envisager l'analyse d'un prélèvement conjonctival (mise en culture ou test d'amplification des acides nucléiques pour rechercher *Chlamydia trachomatis*) dans un sous-groupe choisi de personnes, afin de décider si l'antibiothérapie doit être poursuivie à l'échelle de la population

🧪 Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- Une antibiothérapie est souvent fournie dans le cadre de programmes d'administration massive d'antibiotiques dans les zones d'endémie, afin de diminuer le réservoir de population de *Chlamydia trachomatis*
- En cas de lésion cornéenne due au retournement des cils, une chirurgie est nécessaire pour corriger la rotation des paupières et prévenir une cécité
- Des infections répétées sur plusieurs années peuvent entraîner des lésions permanentes de la cornée et une cécité

Important : renforcer l'éducation sur les mesures d'hygiène personnelle et communautaire

- L'infection se propage par les mains, par contact direct avec des personnes ou des objets contaminés
- Les mouches peuvent contribuer à la propagation, en transférant des sécrétions oculaires/nasales contaminées à des personnes non infectées
- Les facteurs de risque comprennent le fait de vivre dans des conditions de surpeuplement et de mauvais assainissement ; la plupart des transmissions sont intrafamiliales

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question pour connaître la durée du traitement

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Azithromycine 20 mg/kg (max. 500 mg) **VOIE ORALE**
À SURVEILLER
Durée du traitement : dose unique

Administrée une fois par an pendant 3 ans dans le cadre de programmes d'administration massive d'antibiotiques

🔪 Traitement topique

 Azithromycine à 1,5 % **COLLYRE**
À SURVEILLER
 • 1 goutte dans chaque œil q12h
Durée du traitement : 3 jours

OU

 Tétracycline à 1 % **POMMADE OPHTHALMIQUE**
ACCÈS
 • 1 cm dans chaque œil q12h
Durée du traitement : 6 semaines

Un traitement topique est utilisé là où l'azithromycine par voie orale n'est pas facilement disponible. L'azithromycine par voie topique est parfois aussi efficace que l'azithromycine par voie orale

Pneumonie d'origine communautaire

Page 1 de 2

?

 Définition

Maladie aiguë touchant les poumons. La symptomatologie habituelle comprend une toux, une production de crachats, une respiration rapide, des difficultés respiratoires, avec apparition ou aggravation d'un infiltrat pulmonaire à la radiographie thoracique

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries « typiques » :

- *Streptococcus pneumoniae* (la plupart des cas)
- *Haemophilus influenzae* (maladies pulmonaires chroniques, tabagisme)
- *Moraxella catarrhalis* (maladies pulmonaires chroniques, tabagisme)
- *Staphylococcus aureus* (souvent associé à influenza)
- *Enterobacterales* (affections comorbides graves, p. ex. maladies pulmonaires chroniques, démente, accident vasculaire cérébral)

Bactéries « atypiques » :

- *Mycoplasma pneumoniae* (plus courant chez le jeune adulte)
- *Chlamydia pneumoniae* et *psittaci* (plus courant chez le jeune adulte)
- *Legionella* spp. (maladies pulmonaires chroniques ou autres troubles sous-jacents, voyages, exposition à des bains à remous)
- *Coxiella burnetii* (zones rurales, exposition à des animaux d'élevage)

Virus respiratoires :

- Virus de la grippe (A et B)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Metapneumovirus
- Virus parainfluenza
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Adénovirus
- Rhinovirus
- Autres virus respiratoires

Agents pathogènes à considérer dans des contextes particuliers :

- *Burkholderia pseudomallei* (Asie du Sud-Est, Australie)
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Pneumocystis jirovecii* (personnes vivant avec le VIH ou qui présentent d'autres états d'immunodépression)

🔍 Recherche d'une tuberculose (TB)

- Rechercher éventuellement une TB dans les contextes d'endémie, notamment pour les patients à haut risque (p. ex. VIH)
- Un test moléculaire rapide réalisé sur un crachat est le test diagnostique initial à privilégier pour poser le diagnostic de TB pulmonaire et pour détecter une résistance à la rifampicine
- Envisager un test antigénique rapide pour rechercher le lipaarabinomannane dans les urines chez les patients vivant avec le VIH et fortement immunodéprimés qui présentent des symptômes de tuberculose

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Toux récente (<2 semaines) ou aggravation d'une toux avec fièvre ($\geq 38,0$ °C), expectoration, dyspnée, tachypnée, baisse de la saturation en oxygène, râles bronchiques à l'auscultation, douleur/gêne thoracique sans autre explication possible
- Les symptômes non pulmonaires (c.-à-d. confusion, désorientation) peuvent prédominer chez les personnes âgées et les patients immunodéprimés, et la fièvre peut ne pas être présente

🔍 Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves (pour orienter le traitement antimicrobien) : hémocultures, recherche d'antigènes de *L. pneumophila* et de *S. pneumoniae* dans les urines

Cas particuliers (selon l'épidémiologie et les facteurs de risque) : test moléculaire rapide des crachats pour *M. tuberculosis*, prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage pour les virus influenza et le SARS-CoV-2, dépistage du VIH là où la prévalence du VIH est élevée et en cas de pneumonie grave ou à répétition

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie : urée sérique (voir l'encadré sur le score CURB-65), pH sanguin, gaz du sang, numération leucocytaire

Pour différencier une infection virale d'une infection bactérienne (en tenant compte de la probabilité avant test) : dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Remarque : en fonction de la disponibilité des tests et de la gravité clinique (p. ex. gaz du sang uniquement pour les cas graves)

📷 Imagerie

- Une radiographie thoracique n'est pas nécessaire pour les cas bénins
- L'infiltrat n'est pas toujours visible (p. ex. déshydratation) et des troubles non infectieux peuvent passer pour des infiltrats (p. ex. œdème, embolie pulmonaire)
- L'aspect radiologique ne permet pas de prédire avec certitude l'agent pathogène responsable



Pneumonie d'origine communautaire

Page 2 de 2



Score de gravité CURB-65

Signes et symptômes (1 point chacun)

- Confusion (nouvelle)
- Urée >19 mg/dL (ou >7 mmol/L)*
- Fréquence Respiratoire >30/min
- PA (BP) systolique <90 mm Hg (<12 kPa) ou PA (BP) diastolique ≤60 mm Hg (<8 kPa)
- Âge ≥ 65 ans

Score 0-1

• Envisager un traitement ambulatoire

Score 2

- Envisager un traitement ambulatoire
- **Envisager d'ajouter de la clarithromycine à une bêta-lactamine pour couvrir les agents pathogènes atypiques**
- Effectuer des analyses microbiologiques

Score ≥3

- Hospitalisation (envisager l'USI)
- **Envisager d'ajouter de la clarithromycine**
- Effectuer des analyses microbiologiques

D'autres critères, comme la présence d'affections comorbides graves ou l'incapacité à suivre le traitement par voie orale, doivent être pris en compte. Le score CURB-65 n'a pas été suffisamment validé dans les milieux à revenu faible

**Il est également possible d'utiliser le score CRB-65, dont le calcul ne fait appel à aucune valeur de laboratoire. Son interprétation est identique à celle du score CURB-65*

Rx Cas bénins à modérés

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

ACCÈS Amoxicilline 1 g q8h **VOIE ORALE**

OU

ACCÈS Phénoxyéthylpénicilline (de potassium) 500 mg (800 000 UI) q6h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

ACCÈS Amoxicilline+ acide clavulanique 875 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

ACCÈS Doxycycline 100 mg q12h **VOIE ORALE**



Traitement



Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours**

En cas de maladie grave, envisager un traitement plus long et rechercher des complications, comme un empyème, si le patient n'est pas stable sur le plan clinique au cinquième jour



Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

À SURVEILLER Céfotaxime 2 g q8h **IV/IM**

OU

À SURVEILLER Ceftriaxone 2 g q24h **IV** (1 g q24h **IM***)

**L'injection intramusculaire d'un plus grand volume serait douloureuse*

Si CURB-65 ≥2,
ENVISAGER D'AJOUTER

À SURVEILLER Clarithromycine 500 mg q12h **VOIE ORALE** (ou **IV**)

La biodisponibilité de la clarithromycine par voie orale est excellente

La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Deuxième intention

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h **IV**

- Une dose quotidienne plus élevée peut être envisagée : 1 g + 200 mg q6h

Si CURB-65 ≥2,
ENVISAGER D'AJOUTER

À SURVEILLER Clarithromycine 500 mg q12h **VOIE ORALE** (ou **IV**)

La biodisponibilité de la clarithromycine par voie orale est excellente

La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Pneumonie d'origine communautaire

Page 1 de 2

Définition

Maladie aiguë touchant les poumons. La symptomatologie habituelle comprend une toux, une respiration rapide et des difficultés respiratoires, avec apparition ou aggravation d'un infiltrat pulmonaire à la radiographie thoracique

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries « typiques » :

- ***Streptococcus pneumoniae*** (principale cause de pneumonie d'origine communautaire après la 1^{re} semaine de vie)
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Staphylococcus aureus*
- *Enterobacterales*

Agents pathogènes « atypiques » (plus fréquents pour les enfants d'un âge >5 ans que pour les enfants plus jeunes) :

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*

Virus respiratoires :

- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Virus de la grippe (A et B)
- Metapneumovirus
- Virus parainfluenza
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Adénovirus
- Rhinovirus
- Autres virus respiratoires

Recherche d'une tuberculose (TB)

- Rechercher éventuellement une TB dans les contextes d'endémie, notamment pour les patients à haut risque (p. ex. VIH)
- Un test moléculaire rapide réalisé sur un crachat est le test diagnostique initial à privilégier pour poser le diagnostic de TB pulmonaire et pour détecter une résistance à la rifampicine

Diagnostic

Tableau clinique

- Toux récente (<2 semaines) ou aggravation d'une toux avec fièvre ($\geq 38,0$ °C), dyspnée, tachypnée, baisse de la saturation en oxygène, râles bronchiques, cyanose, geignement expiratoire, battement des ailes du nez, pâleur
- Le diagnostic de pneumonie est posé sur la base : d'une respiration rapide pour l'âge ou d'un tirage respiratoire
 - Rechercher une hypoxie à l'aide d'un oxymètre si cet appareil est disponible
- Les enfants qui se présentent avec le nez qui coule et une toux, sans signe d'infection grave, ne sont généralement pas atteints de pneumonie et ne doivent pas recevoir d'antibiotique, uniquement des conseils pour les soins à domicile

Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves (pour orienter le traitement antimicrobien) : hémocultures

Un dépistage de la COVID-19 et de la grippe peut être envisagé en cas d'indication clinique et de disponibilité de ces tests

Autres analyses de laboratoire

Il n'existe aucun test pour différencier les pneumonies communautaires d'origine virale de celles d'origine bactérienne

Envisager : numération et formule sanguine, et dosage de la protéine C-réactive

Remarque : en fonction de la disponibilité des tests et de la gravité clinique (p. ex. gaz du sang uniquement pour les cas graves)

Imagerie

- Radiographie thoracique pas nécessaire pour les cas bénins
- Rechercher une consolidation lobaire ou un épanchement pleural
- L'aspect radiologique ne permet pas de prédire avec certitude l'agent pathogène responsable

Pneumonie d'origine communautaire

Page 2 de 2

Évaluation de la gravité et considérations cliniques

 Les enfants atteints de **pneumonie** :

- Doivent être traités à domicile avec de l'amoxicilline par voie orale et recevoir des conseils pour les soins à domicile
- Le diagnostic de pneumonie se pose lorsqu'un des éléments suivants est identifié :

1. Respiration rapide (fréquence respiratoire >50 respirations/minute pour les enfants âgés de 2 à 11 mois ; >40 respirations/min pour les enfants âgés de 1 à 5 ans)
2. Tirage respiratoire

 Les enfants atteints de **pneumonie grave** (ou ceux atteints de pneumonie et qui ne tolèrent pas les antibiotiques par voie orale) :

• Doivent être hospitalisés et recevoir une antibiothérapie par voie intraveineuse

- Une pneumonie grave se caractérise par des signes de pneumonie :

- Respiration rapide (+/- tirage respiratoire)

PLUS

- Un signe général de danger :

- Incapacité à téter ou à boire
- Convulsions
- Léthargie ou baisse du niveau de conscience



Durée de l'antibiothérapie

3 jours : dans les régions où la prévalence du VIH est faible et en l'absence de tirage respiratoire

5 jours : dans les régions où la prévalence du VIH est forte et en présence de tirage respiratoire

En cas de maladie grave, envisager un traitement plus long et rechercher des complications, comme un empyème, si le patient n'est pas stable sur le plan clinique au jour 5



Cas bénins à modérés

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale


 Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour **VOIE ORALE**
• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg q12h
6-<10 kg	375 mg q12h
10-<15 kg	500 mg q12h
15-<20 kg	750 mg q12h
≥20 kg	500 mg q8h ou 1 g q12h

Rx Traitement

Rx Cas graves

 Voir la rubrique « Évaluation de la gravité et considérations cliniques » pour savoir comment diagnostiquer les cas graves
 Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention


 Amoxicilline 50 mg/kg/dose **IV/IM**
 • ≤1re semaine de vie : q12h
 • >1re semaine de vie : q8h

OU

 Ampicilline 50 mg/kg/dose **IV/IM**
 • ≤1re semaine de vie : q12h
 • >1re semaine de vie : q8h

OU

 Benzylpénicilline 30 mg/kg/dose
 (50 000 UI/kg/dose) q8h **IV**

EN ASSOCIATION AVEC


 Gentamicine **IV/IM**
 • Nouveau-nés : 5 mg/kg/dose q24h
 • Enfants : 7,5 mg/kg/dose q24h

 SI SÉROPOSITIF POUR LE VIH ET ÂGE <1 AN
 Pour traiter une éventuelle pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*, **AJOUTER**

 Sulfaméthoxazole + triméthoprime 40 mg/kg
 SMX + 8 mg/kg TMP q8h **IV/VOIE ORALE**
 pendant 3 semaines

Deuxième intention

 Si **PAS de réponse clinique au traitement de première intention au bout de 48-72 heures**

 Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h **IV/IM**
OU

 Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV/IM**

Exacerbation de la maladie pulmonaire obstructive chronique

Page 1 de 2

Définition

Aggravation aiguë des symptômes respiratoires d'un patient au-delà des variations quotidiennes normales, qui nécessite de prodiguer des traitements supplémentaires aux patients atteints d'une bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) sous-jacente. La BPCO fait référence à un groupe de maladies, comme l'emphysème et la bronchite chronique, qui obstruent le passage de l'air et entraînent des troubles respiratoires

Agents pathogènes les plus fréquents

Virus respiratoires (dans la plupart des cas) :

- Virus de la grippe (A et B)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Virus parainfluenza
- Rhinovirus
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Autres virus respiratoires

Bactéries (plus rarement) :

- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pneumoniae*
- Bactéries à Gram négatif, y compris *Pseudomonas aeruginosa* (y compris les souches multirésistantes)

Prévention

Recommander l'arrêt du tabac, une diminution de la pollution de l'air intérieur, l'utilisation de bêta-2-agonistes inhalés à longue durée d'action (+/- anticholinergiques) et une vaccination (p. ex. contre les virus de la grippe, *S. pneumoniae* et le SARS-CoV-2)

Diagnostic

Tableau clinique

Aggravation récente et durable d'une dyspnée et d'une toux avec augmentation des expectorations par rapport à la normale pour un patient atteint de BPCO

Important : les symptômes peuvent ressembler à ceux de la pneumonie (une pneumonie est plus probable en cas de tachycardie, de tachypnée au repos et de râles bronchiques qui persistent après une quinte de toux)

Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires, mais peuvent être envisagées dans les cas graves ; les voies respiratoires des personnes atteintes de BPCO peuvent être colonisées par des bactéries (p. ex. *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *P. aeruginosa*, *S. maltophilia*) et une culture positive peut être le signe d'une colonisation plutôt que d'une infection aiguë

Autres analyses de laboratoire

Envisager un dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine, une numération et formule sanguine, la mesure du pH sanguin et le dosage des gaz du sang

Imagerie

Envisager une radiographie thoracique pour les patients devant être hospitalisés afin d'exclure d'autres diagnostics, et pour les patients ambulatoires en cas de pneumonie présumée

Exacerbation de la maladie pulmonaire obstructive chronique

Page 2 de 2

R_x Traitement

Pas de traitement antibiotique

- La prise en charge des exacerbations de la BPCO n'est pas détaillée dans ce guide. Veuillez consulter les recommandations spécifiques
- Oxygénothérapie et bêta-2-agonistes inhalés à courte durée d'action (+/- anticholinergiques)
- Une corticothérapie par voie générale est généralement recommandée (elle améliore le fonctionnement des poumons et accélère le rétablissement)

Considérations cliniques

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire

- Leur utilisation peut être envisagée pour les patients atteints de dyspnée et qui présentent une augmentation des expectorations purulentes
- En cas d'exacerbations fréquentes, tenir compte du risque d'infection due à des agents pathogènes multirésistants et de la colonisation antérieure des voies respiratoires

Durée de l'antibiothérapie

5 jours

R_x Cas bénins à modérés

Dans la grande majorité des cas, une antibiothérapie n'est pas nécessaire (voir « Considérations cliniques » pour savoir quand un traitement antibiotique peut être envisagé)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Amoxicilline 500 mg q8h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

 Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Doxycycline 100 mg q12h **VOIE ORALE**

R_x Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

Diarrhée infectieuse aiguë / gastro-entérite

Page 1 de 2

L'infection à Clostridioides difficile ou la fièvre entérique dépassent le cadre de ces recommandations (voir les fiches correspondantes)

? Définition

Nouvelle (<14 jours) apparition d'une diarrhée (≥3 selles molles/liquides en 24 heures ou plus que la normale pour la personne en question).

La diarrhée peut être très liquide ou sanglante (dysenterie)

Important : des causes non infectieuses sont également possibles et il faut les envisager (p. ex. événements indésirables liés aux médicaments, y compris les antibiotiques, maladies intestinales et endocriniennes)

Agents pathogènes les plus fréquents

La majorité des cas sont d'origine virale

Toujours tenir compte des facteurs de risque suivants, car ils peuvent influencer les agents pathogènes responsables les plus fréquents :

- Voyage récent
- Consommation récente d'aliments potentiellement dangereux
- Antibiothérapie récente (risque d'infection à *C. difficile*)
- Immunodépression
- Malnutrition grave

Diarrhée hydrique :

- La cause la plus probable est virale (surtout norovirus et rotavirus)
- Envisager un choléra dans les contextes d'endémie ou d'épidémies

Diarrhée sanglante (dysenterie) :

- La cause la plus probable est bactérienne, surtout :
 - *Shigella* spp.
 - *Campylobacter* spp.
- Infection diarrhéique à *Salmonella* non typhique
- *Escherichia coli* entérotoxigène

Envisager la présence de parasites en cas de non-résolution des symptômes :

- Les parasites entraînent généralement une diarrhée persistante (qui dure 14-29 jours) ou chronique (qui dure >30 jours) plutôt qu'une diarrhée aiguë
 - *Entamoeba histolytica*
 - *Giardia intestinalis*
- Autres protozoaires et très rarement *Schistosoma* (espèces intestinales)

Prévention

- Accès à l'eau potable, utilisation d'installations d'assainissement améliorées, lavage des mains au savon, bonne hygiène alimentaire, éducation sanitaire sur la façon dont se propagent ces infections
- Vaccination contre le choléra dans les zones d'endémie et durant les épidémies

Diagnostic

Tableau clinique

- Diarrhée, nausée, vomissements, ballonnements, douleur et crampes abdominales ; la fièvre peut être absente
- La plupart des cas se résolvent spontanément en quelques jours
- Les patients peuvent présenter différents degrés de déshydratation et une grave malnutrition (aussi bien un facteur de risque qu'une conséquence de la diarrhée)

Important :

- Évaluer rapidement le degré de déshydratation (notamment chez la personne âgée)
- Signes de déshydratation grave (au moins deux signes doivent être présents) :
 - Léthargie ou perte de conscience
 - Yeux enfoncés
 - Incapacité à boire
 - Le pli cutané après pincement de la peau disparaît très lentement (≥2 secondes)

Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires

Envisager des analyses dans les cas suivants :

- Diarrhée sanglante
- Patients immunodéprimés (pour exclure des infections parasitaires)
- Prise récente d'antibiotiques (pour exclure *C. difficile*)
- Suspicion d'épidémie de choléra

Analyses à envisager :

- Coproculture
- Examen microscopique des selles (pour les parasites)
- Recherche des antigènes de *Vibrio cholerae* (p. ex. en cas d'épidémie)
- Dépistage de *C. difficile* (en cas d'antibiothérapie récente)

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires, mais peuvent être envisagées dans les cas graves (p. ex. mesure des électrolytes)

Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Diarrhée infectieuse aiguë / gastro-entérite

Page 2 de 2

Rx Traitement

Pas de traitement antibiotique

Important : la réhydratation et la supplémentation en électrolytes représentent le traitement principal d'une diarrhée infectieuse aiguë

La perte de liquides peut être compensée par une consommation suffisante de liquides

Les anti-diarrhéiques et les antiémétiques ne sont généralement pas nécessaires (ils n'empêchent pas la déshydratation et n'améliorent pas l'état nutritionnel)

Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question pour connaître la durée du traitement

Rx Antibiothérapie pour le choléra

Traitement antibiotique uniquement dans les cas suivants :

- Patients hospitalisés fortement déshydratés OU
- Indépendamment du degré de déshydratation :
 - Diarrhée massive ou échec du premier essai de réhydratation sur 4 heures OU
 - État de santé particulier (p. ex. grossesse) OU
 - Affections comorbides (p. ex. malnutrition aiguë grave, VIH)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Azithromycine 1 g **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

L'azithromycine est à privilégier en raison d'une diminution de la susceptibilité du choléra à la tétracycline et aux fluoroquinolones

OU

 Doxycycline 300 mg dose unique **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 3 jours
 • Si la dose unique n'est pas tolérée : 100 mg q12h

Deuxième intention

 Ciprofloxacine 1 g **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

Considérations cliniques

- **Les antibiotiques ne sont habituellement pas nécessaires**, y compris dans les cas de grave déshydratation
- Envisager une antibiothérapie SEULEMENT dans les cas suivants :
 - Diarrhée sanglante aiguë et abondante
 - Patients gravement immunodéprimés

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

En cas de non-résolution des symptômes après 24-48 heures de traitement, envisager d'administrer du métronidazole pour traiter *Entamoeba histolytica* et *Giardia intestinalis*

Première intention

 Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 3 jours

Deuxième intention

 Azithromycine **VOIE ORALE**
 • Jour 1 : 500 mg q24h
 • Jours 2-4 : 250 mg q24h
Durée du traitement : 4 jours

L'azithromycine est à privilégier dans les cas de forte prévalence d'une résistance à la ciprofloxacine parmi les bactéries fréquemment associées à des cas aigus de diarrhée infectieuse (p. ex. *Salmonella* spp., *Shigella* spp.)

OU

 Céfixime 400 mg q24h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 3 jours

OU

 Sulfaméthoxazole + triméthoprime 800 mg + 160 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 5 jours

N'utiliser que si les données locales suggèrent une susceptibilité

Pour les patients qui suivent un traitement prophylactique par sulfaméthoxazole/triméthoprime, traiter par un autre antibiotique sauf si la susceptibilité est confirmée

OU

 Ceftriaxone 1 g q24h **IV/IM**
Durée du traitement : 3 jours

Diarrhée infectieuse aiguë / gastro-entérite

Page 1 de 2

? Définition

Nouvelle (<14 jours) apparition d'une diarrhée (≥3 selles molles/liquides en 24 heures ou plus que la normale pour la personne en question).
La diarrhée peut être très liquide ou sanglante (dysenterie)

Important : des causes non infectieuses sont également possibles et il faut les envisager (p. ex. événements indésirables liés aux médicaments, y compris les antibiotiques, maladies intestinales et endocriniennes)

Agents pathogènes les plus fréquents

La majorité des cas sont d'origine virale

Toujours tenir compte des facteurs de risque suivants, car ils peuvent influencer les agents pathogènes responsables les plus fréquents :

- Voyage récent
- Consommation récente d'aliments potentiellement dangereux
- Immunodépression
- Malnutrition grave

Diarrhée hydrique :

• La cause la plus probable est virale, notamment :

- Rotavirus
- Norovirus
- Adénovirus

• Envisager un choléra dans les contextes d'endémie ou d'épidémies

Diarrhée sanglante (dysenterie) :

• La cause la plus probable est bactérienne, surtout :

- *Shigella* spp.
- *Campylobacter* spp.
- Infection diarrhéique à *Salmonella* non typhique
- *Escherichia coli* entérotoxigène

Envisager la présence de parasites en cas de non-résolution des symptômes :

• Les parasites entraînent généralement une diarrhée persistante (qui dure 14-29 jours) ou chronique (qui dure >30 jours) plutôt qu'une diarrhée aiguë

- *Entamoeba histolytica*
- *Giardia intestinalis*
- Autres protozoaires et très rarement *Schistosoma* (espèces intestinales)

Prévention

- Accès à l'eau potable, utilisation d'installations d'assainissement améliorées, lavage des mains au savon, bonne hygiène alimentaire, éducation sanitaire sur la façon dont se propagent ces infections
- Allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de vie
- Vaccination contre le rotavirus et le choléra (dans les zones d'endémie et pendant les épidémies)

La fièvre entérique dépasse le cadre de ces recommandations (voir la fiche correspondante)

Diagnostic

Tableau clinique

- Diarrhée, nausée, vomissements, ballonnements, douleur et crampes abdominales ; la fièvre peut être absente
- La plupart des cas se résolvent spontanément en quelques jours
- Les patients peuvent présenter différents degrés de déshydratation et une grave malnutrition (aussi bien un facteur de risque qu'une conséquence de la diarrhée)

Important :

- Évaluer rapidement le degré de déshydratation
- Signes de déshydratation grave (au moins deux signes doivent être présents) :
 - Léthargie ou perte de conscience
 - Yeux enfoncés
 - Incapacité à boire
 - Le pli cutané après pincement de la peau disparaît très lentement (≥2 secondes)

Analyses microbiologiques

Habituellement pas nécessaires

Envisager des analyses dans les cas suivants :

- Diarrhée sanglante
- Patients immunodéprimés (pour exclure des infections parasitaires)
- Suspicion d'épidémie de choléra

Analyses à envisager :

- Coproculture
- Examen microscopique des selles (pour les parasites)

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires, mais peuvent être envisagées dans les cas graves (p. ex. mesure des électrolytes)

Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Diarrhée infectieuse aiguë / gastro-entérite

Page 2 de 2

Rx Traitement

Pas de traitement antibiotique

Important : la réhydratation et la supplémentation en électrolytes représentent le traitement principal d'une diarrhée infectieuse aiguë

- Une solution de réhydratation orale (SRO) à osmolarité réduite est recommandée
- En plus de la SRO, la prise de comprimés de zinc (10-20 mg/jour) pendant 10-14 jours peut raccourcir la durée et la gravité des symptômes

Les anti-diarrhéiques et les antiémétiques ne sont généralement pas nécessaires (ils n'empêchent pas la déshydratation et n'améliorent pas l'état nutritionnel)

Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question pour connaître la durée du traitement

Rx Antibiothérapie pour le choléra

Traitement antibiotique uniquement dans les cas suivants :

- Patients hospitalisés fortement déshydratés OU
- Indépendamment du degré de déshydratation :
 - Diarrhée massive ou échec du premier essai de réhydratation sur 4 heures OU
 - Affections comorbides (p. ex. malnutrition aiguë grave, VIH)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Azithromycine 20 mg/kg **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

L'azithromycine est à privilégier en raison d'une diminution de la susceptibilité du choléra à la tétracycline et aux fluoroquinolones

Deuxième intention

 Ciprofloxacine 15 mg/kg **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

OU

 Doxycycline **VOIE ORALE**
 • <45 kg (<12 ans) : 2-4 mg/kg
 • >45 kg (>12 ans) : 300 mg
Durée du traitement : dose unique

Considérations cliniques

- **Les antibiotiques ne sont habituellement pas nécessaires**, y compris dans les cas de fièvre ou de grave déshydratation
- Envisager une antibiothérapie SEULEMENT dans les cas suivants :
 - Diarrhée sanglante et abondante
 - Patients gravement immunodéprimés

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

En cas de non-résolution des symptômes après 24-48 heures de traitement, envisager d'administrer du métronidazole pour traiter *Entamoeba histolytica* et *Giardia intestinalis*

Première intention

 Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**
Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥30 kg	500 mg q12h

Durée du traitement : 3 jours

Deuxième intention

 Azithromycine 10 mg/kg/dose q24h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 4 jours

Pour les enfants atteints de diarrhée sanglante/dysenterie SEULEMENT l'azithromycine est à privilégier en cas de résistance présumée à la ciprofloxacine

OU

 Céfixime 10 mg/kg/dose q24h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 5 jours

OU

 Sulfaméthoxazole + triméthoprim 20 mg/kg + 4 mg/kg q12h **VOIE ORALE**
Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	100 mg+20 mg q12h
6-<10 kg	200 mg+40 mg q12h
10-<30 kg	400 mg+80 mg q12h
≥30 kg	800 mg+160 mg q12h

Durée du traitement : 5 jours

N'utiliser que si les données locales suggèrent une susceptibilité
 Pour les patients qui suivent un traitement prophylactique par sulfaméthoxazole/triméthoprim, traiter par un autre antibiotique sauf si la susceptibilité est confirmée

OU

 Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV/IM**
Durée du traitement : 3 jours

Fièvre entérique

?

 Définition

- Maladie grave généralisée qui se caractérise par une fièvre et des douleurs abdominales, habituellement due à une infection à *Salmonella enterica*
- Se contracte par ingestion d'eau/d'aliments contaminés

Gravité :

- **Bénigne** : patient pas gravement malade ; aucun signe de perforation intestinale de péritonite, de sepsis ou de choc septique
- **Grave** : patient gravement malade ; présomption/confirmation de perforation intestinale, de péritonite, de sepsis ou de choc septique

🦠 Agent pathogène

La fièvre entérique (fièvre typhoïde et paratyphoïde) est causée par les sérotypes Typhi ou Paratyphi A, B ou C de *Salmonella enterica*

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- **Il peut être difficile de faire la distinction entre une fièvre entérique et d'autres maladies fébriles**
- Les symptômes comprennent une fièvre prolongée ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ pendant > 3 jours) +/- céphalées, perte d'appétit et nausées ; des symptômes gastrointestinaux sont également parfois présents (une diarrhée s'observe plus fréquemment chez les personnes vivant avec le VIH)
- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une contracture des muscles abdominaux ; la péritonite survient après une hémorragie et une perforation intestinales
- Une encéphalopathie peut également survenir dans les cas graves

🔬 Analyses microbiologiques

- **Cas bénins** : habituellement pas nécessaires
- **Cas graves** : hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- La culture d'un prélèvement de moelle osseuse est le test de référence, mais elle n'est pas toujours faisable
- **Remarque** : le sérodiagnostic de Widal n'est pas une méthode fiable de diagnostic d'une maladie aiguë (un résultat positif pourrait être dû à une infection antérieure)

🧪 Autres analyses de laboratoire

- **Cas bénins** : habituellement pas nécessaires
- **Cas graves** : numération et formule sanguine, dosage de la créatinine, des électrolytes, du glucose, de la protéine C-réactive/de la procalcitonine

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire

👤 Prévention

Accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates, éducation sanitaire, hygiène adéquate des personnes manipulant les aliments, et vaccination contre la typhoïde

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- L'antibiothérapie doit être démarrée dès que le diagnostic est présumé ; tout retard sera associé à un risque plus élevé de complications et de forme grave de la maladie
- **Le traitement empirique doit être choisi en fonction des éléments suivants** :
 - Gravité du tableau clinique
 - Prévalence locale d'une résistance aux fluoroquinolones des sérotypes Typhi ou Paratyphi de *Salmonella enterica*
- La fièvre diminue généralement lentement après 3-5 jours de traitement
- En cas de traitement IV initial, il est conseillé de passer à une antibiothérapie par voie orale après amélioration clinique, lorsque le patient n'est plus fébrile et est capable de tolérer un traitement par voie orale

⏳ Durée de l'antibiothérapie

Cas bénins : **7 jours***
 Cas graves : **10 jours***
 *S'il y a une amélioration clinique et si le patient n'est plus fébrile depuis 48 heures

Rx Faible risque de résistance aux fluoroquinolones

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Cas bénins et graves

🔴 À SURVEILLER Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

Rx Risque élevé de résistance aux fluoroquinolones

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Cas bénins

🔴 À SURVEILLER Azithromycine 1 g dose unique au jour 1, puis 500 mg q24h **VOIE ORALE**

Cas graves

🔴 À SURVEILLER Ceftriaxone 2 g q24h **IV**

Fièvre entérique

?

 Définition

- Maladie grave généralisée qui se caractérise par une fièvre et des douleurs abdominales, habituellement due à une infection de *Salmonella enterica*
- Se contracte par ingestion d'eau/d'aliments contaminés

Gravité :

- *Bénigne* : patient pas gravement malade ; aucun signe de perforation intestinale de péritonite, de sepsis ou de choc septique
- *Grave* : patient gravement malade ; présomption/confirmation de perforation intestinale, de péritonite, de sepsis ou de choc septique

🦠 Agent pathogène

La fièvre entérique (fièvre typhoïde et paratyphoïde) est causée par les sérotypes Typhi ou Paratyphi A, B ou C de *Salmonella enterica*

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

• Il peut être difficile de faire la distinction entre une fièvre entérique et d'autres maladies fébriles

- Les symptômes comprennent une fièvre prolongée ($\geq 38,0$ °C pendant >3 jours) +/- céphalées, perte d'appétit et nausées ; des symptômes gastrointestinaux peuvent également être présents
- Une diarrhée est fréquente
- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une défense abdominale ; la péritonite survient après une hémorragie et une perforation intestinales
- Une encéphalopathie peut également survenir dans les cas graves

🔬 Analyses microbiologiques

- *Cas bénins* : habituellement pas nécessaires
- *Cas graves* : hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Remarque : le sérodiagnostic de Widal n'est pas une méthode fiable de diagnostic d'une maladie aiguë (un résultat positif pourrait être dû à une infection antérieure)

📊 Autres analyses de laboratoire

- *Cas bénins* : habituellement pas nécessaires
- *Cas graves* : numération et formule sanguine, dosage de la créatinine, des électrolytes, du glucose, de la protéine C-réactive

📷 Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire

👉 Prévention

Accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates, éducation sanitaire, hygiène adéquate des personnes manipulant les aliments, et vaccination contre la typhoïde

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- L'antibiothérapie doit être démarrée dès que le diagnostic est préssumé ; tout retard sera associé à un risque plus élevé de complications et de forme grave de la maladie
- **Le traitement empirique doit être choisi en fonction des éléments suivants :**
 - Gravité du tableau clinique
 - Prévalence locale d'une résistance aux fluoroquinolones des sérotypes Typhi ou Paratyphi de *Salmonella enterica*
- La fièvre diminue généralement lentement après 3-5 jours de traitement
- En cas de traitement IV initial, il est conseillé de passer à une antibiothérapie par voie orale après amélioration clinique, lorsque le patient n'est plus fébrile et est capable de tolérer un traitement par voie orale

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Cas bénins : **7 jours***

Cas graves : **10 jours***

*S'il y a une amélioration clinique et si le patient n'est plus fébrile depuis 48 heures

Rx Faible risque de résistance aux fluoroquinolones

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Cas bénins et graves

🔴 À SURVEILLER Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥ 30 kg	500 mg q12h

Rx Risque élevé de résistance aux fluoroquinolones

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Cas bénins

🔴 À SURVEILLER Azithromycine 20 mg/kg/dose q24h **VOIE ORALE**

Cas graves

🔴 À SURVEILLER Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV**

Impétigo / Érysipèle / Cellulite

Infection de la peau et des tissus mous

? Définition

Infections cutanées bactériennes superficielles, ne touchant pas les couches tissulaires plus profondes

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Impétigo : survenue soudaine de lésions cutanées superficielles, habituellement sans symptômes généraux

- Majorité des cas : papules qui évoluent en vésicules et en pustules qui se rompent et forment des croûtes (**impétigo non bulleux**)
- Minorité des cas : vésicules qui évoluent en bulles plus grosses (**impétigo bulleux**)

Érysipèle : survenue soudaine d'une lésion cutanée rouge et douloureuse, indurée, à bords bien délimités, touchant généralement le visage ou les jambes

- Des bulles peuvent être présentes ou se former dans les premiers jours
- Une fièvre ($\geq 38,0$ °C) et d'autres signes d'infection généralisée peuvent être présents

Cellulite : survenue soudaine d'une lésion cutanée, la région affectée étant rouge, oedémateuse et indurée, chaude et douloureuse ou sensible

- Régions les plus couramment touchées : jambes et visage
- Une fièvre ($\geq 38,0$ °C) et d'autres signes d'infection généralisée peuvent être présents
- Une rougeur seule n'indique pas nécessairement une infection
- Il est souvent difficile de faire la distinction entre une cellulite et un érysipèle**

🔍 Analyses microbiologiques

Pas nécessaires dans la majorité des cas bénins
 • Les cultures tissulaires sont à éviter, notamment en l'absence de lésions cutanées

🔍 Autres analyses de laboratoire

Pas nécessaires dans la majorité des cas bénins

📷 Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire pour les cas bénins

- Une échographie peut être envisagée face à une suspicion d'abcès ou d'atteinte des tissus sous-dermiques

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries (la plupart des cas) :

- Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A) – notamment en cas d'érysipèle
- Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

Autres bactéries (plus rarement, p. ex. chez les patients immunodéprimés ou diabétiques, en cas de lésions cutanées traumatiques) :

- Enterobacteriales*
- Pseudomonas* spp.
- Bactéries anaérobies

Les infections suivantes dépassent le cadre de ces recommandations : infections cutanées causées par des agents pathogènes viraux, fongiques ou parasitaires ; infections du pied diabétique ; fasciite nécrosante ; pyomyosite ; infections graves avec sepsis ; infections du site opératoire

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- Les antibiotiques choisis pour un traitement empirique** doivent faire preuve d'une bonne efficacité aussi bien contre *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A) que contre le SASM
- Traitement empirique contre le SARM d'origine communautaire** : à envisager dans des cas précis, en fonction des facteurs de risque individuels, des antécédents de colonisation et de la prévalence locale
- Infections bénignes** : un traitement par voie orale est adéquat
- Antibiotiques par voie intraveineuse** : pourraient être nécessaires si l'infection se propage rapidement et ne répond pas aux antibiotiques par voie orale

⏰ Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours**
 Un traitement plus long pourrait être nécessaire en l'absence d'amélioration clinique ou en présence d'un problème de santé sous-jacent

🔪 Traitement topique

Impétigo non bulleux localisé : dans la mesure du possible, un traitement topique est préféré à un antibiotique par voie orale. Par exemple, traitement sur 5 jours avec une pommade à la mupirocine à 2 %

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

ACCÈS Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

ACCÈS Cloxacilline 500 mg q6h **VOIE ORALE**

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline + acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. En égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible (sauf en cas de plaies par morsures)

Si la cloxacilline n'est pas disponible, il est possible d'utiliser de la dicloxacilline ou de la fluclxacilline

Impétigo / Érysipèle / Cellulite

Infection de la peau et des tissus mous • Page 1 de 2

Les infections suivantes dépassent le cadre de ces recommandations : infections cutanées causées par des agents pathogènes viraux, fongiques ou parasitaires ; fasciite nécrosante ; pyomyosite ; infections graves avec sepsis ; infections du site opératoire

? Définition

Infections cutanées bactériennes superficielles, ne touchant pas les couches tissulaires plus profondes

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries (la plupart des cas) :

- *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A) – notamment en cas d'érysipèle
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

Diagnostic

Tableau clinique

Impétigo : survenue soudaine de lésions cutanées superficielles, habituellement sans symptômes généraux

- Majorité des cas : papules qui évoluent en vésicules et en pustules qui se rompent et forment des croûtes (**impétigo non bulleux**)
- Minorité des cas : vésicules qui évoluent en bulles plus grosses (**impétigo bulleux**)

Érysipèle : survenue soudaine d'une lésion cutanée rouge et douloureuse, indurée, à bords bien délimités, touchant généralement le visage ou les jambes

- Des bulles peuvent être présentes ou se former dans les premiers jours
- Une fièvre ($\geq 38,0$ °C) et d'autres signes d'infection généralisée peuvent être présents

Cellulite : survenue soudaine d'une lésion cutanée, la région affectée étant rouge, oedémateuse et indurée, chaude et douloureuse ou sensible

- Régions les plus couramment touchées : jambes et visage
- Une fièvre ($\geq 38,0$ °C) et d'autres signes d'infection généralisée peuvent être présents
- Une rougeur seule n'indique pas nécessairement une infection
- **Il est souvent difficile de faire la distinction entre une cellulite et un érysipèle**

Analyses microbiologiques

Pas nécessaires dans la majorité des cas bénins

- Les cultures tissulaires sont à éviter, notamment en l'absence de lésions cutanées

Autres analyses de laboratoire

Pas nécessaires dans la majorité des cas bénins

Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire pour les cas bénins

- Une échographie peut être envisagée face à une suspicion d'abcès ou d'atteinte des tissus sous-dermiques

Impétigo / Érysipèle / Cellulite

Infection de la peau et des tissus mous • Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- **Les antibiotiques choisis pour un traitement empirique** doivent faire preuve d'une bonne efficacité aussi bien contre le streptocoque du groupe A que contre le SASM
- **Traitement empirique contre le SARM d'origine communautaire** : à envisager dans des cas précis, en fonction des facteurs de risque individuels, des antécédents de colonisation et de la prévalence locale
- **Infections bénignes** : un traitement par voie orale est adéquat
- **Antibiotiques par voie intraveineuse** : pourraient être nécessaires si l'infection se propage rapidement et ne répond pas aux antibiotiques par voie orale

Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours**
Un traitement plus long pourrait être nécessaire en l'absence d'amélioration clinique ou en présence d'un problème de santé sous-jacent

Traitement topique

Impétigo non bulleux localisé : dans la mesure du possible, un traitement topique est préféré à un antibiotique par voie orale.
Par exemple, traitement sur 5 jours avec une pommade à la mupirocine à 2 %

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline **VOIE ORALE**

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU

 ACCÈS Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	125 mg q12h
6-<10 kg	250 mg q12h
10-<15 kg	375 mg q12h
15-<20 kg	500 mg q12h
20-<30 kg	625 mg q12h
≥30 kg	500 mg q8h

OU

 ACCÈS Cloxacilline 15 mg/kg/dose q6h **VOIE ORALE**

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	62.5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline + acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. Eu égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible (sauf en cas de plaies par morsures)

Si la cloxacilline n'est pas disponible, il est possible d'utiliser de la dicloxacilline ou de la flucloxacilline

Infections liées aux brûlures

?

 Définition

Lésion cutanée ou d'autres tissus principalement due à la chaleur ou à une exposition au rayonnement, à la radioactivité ou à l'électricité, à une friction ou à un contact avec des produits chimiques. Il est possible de classer les brûlures selon la cause et la profondeur de la brûlure

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Le diagnostic d'une infection des plaies repose sur l'examen clinique

- Il convient de surveiller les brûlures à la recherche de signes d'infection comme une augmentation de la douleur, une rougeur ou une tuméfaction de la région entourant la plaie
- Une rougeur seule n'indique pas nécessairement une infection
- Les signes d'infection invasive (p. ex. changement de couleur de la plaie, signes de sepsis) doivent être étroitement surveillés

🔬 Analyses microbiologiques

- Un dépistage systématique (y compris de cultures à partir d'un échantillon de plaie) n'est pas nécessaire pour les cas bénins sans signe d'infection généralisée
- Pour les cas bénins, l'identification des agents pathogènes n'apportera aucun effet bénéfique au patient et influencera rarement la prise en charge
- Pour les cas graves et si un sepsis est présumé, consulter la fiche correspondante

🏢 Autres analyses de laboratoire

- Un dépistage systématique n'est pas nécessaire pour les cas bénins sans signe d'infection généralisée
- En raison de la réponse inflammatoire associée à la brûlure, les biomarqueurs d'une infection ont une valeur diagnostique limitée pour les infections bactériennes

📷 Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Les infections sont généralement polymicrobiennes. Une colonisation nosocomiale par des microorganismes multirésistants représente un problème majeur pour les patients victimes de brûlures, en raison de leur hospitalisation souvent prolongée et de leur exposition fréquente à des antibiotiques

Rapidement après la blessure :

- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Staphylococcus* spp. autres que *S. aureus*
- *Enterobacterales**

Au cours de l'hospitalisation :

- *Pseudomonas aeruginosa**
- *Acinetobacter baumannii**
- Champignons (p. ex. *Candida* spp.)

*Y compris les souches multirésistantes

Les infections graves dépassent le cadre de ces recommandations

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- Respect méticuleux des procédures de lutte contre les infections pour prévenir la transmission d'organismes multirésistants
- Irrigation et débridement du tissu nécrotique pour prévenir une infection de la plaie
- Nettoyage et passage quotidiens adéquats de la plaie
- Seules les plaies infectées doivent être traitées
- Envisager une couverture contre le SARM en fonction de la prévalence locale et des facteurs de risque individuels

⏳ Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours (cas bénins)** (potentiellement plus longtemps en cas d'infections graves généralisées)

👤 Antibioprophylaxie

Éviter l'utilisation systématique d'antibiotiques pour prévenir les infections (aucune preuve tangible d'un effet bénéfique et risque accru de colonisation par une bactérie résistante)

🔪 Traitement topique

Envisager une utilisation locale d'antiseptiques selon les protocoles locaux

Rx Antibiothérapie

Seules les plaies infectées doivent être traitées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

ACCÈS Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

ACCÈS Cloxacilline 500 mg q6h **VOIE ORALE**

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline + acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. Eu égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible.

Si la cloxacilline n'est pas disponible, il est possible d'utiliser de la dicloxacilline ou de la flucloxacilline

Infections liées aux brûlures

Page 1 de 2

Les infections graves dépassent le cadre de ces recommandations

Définition

- Lésion cutanée ou d'autres tissus principalement due à la chaleur ou à une exposition au rayonnement, à la radioactivité ou à l'électricité, à une friction ou à un contact avec des produits chimiques
- Il est possible de classer les brûlures selon la cause et la profondeur de la brûlure

Agents pathogènes les plus fréquents

Les infections sont généralement polymicrobiennes. Une colonisation nosocomiale par des microorganismes multirésistants représente un problème majeur pour les patients victimes de brûlures, en raison de leur hospitalisation souvent prolongée et de leur exposition fréquente à des antibiotiques

Rapidement après la blessure :

- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Staphylococcus* spp. autres que *S. aureus*
- *Enterobacterales**

Au cours de l'hospitalisation :

- *Pseudomonas aeruginosa**
- *Acinetobacter baumannii**
- Champignons (p. ex. *Candida* spp.)

*Y compris les souches multirésistantes

Diagnostic

Tableau clinique

- Le diagnostic d'une infection des plaies repose sur l'examen clinique
- Il convient de surveiller les brûlures à la recherche de signes d'infection comme une augmentation de la douleur, une rougeur ou une tuméfaction de la région entourant la plaie
 - Une rougeur seule n'indique pas nécessairement une infection
 - Les signes d'infection invasive (p. ex. changement de couleur de la plaie, signes de sepsis) doivent être étroitement surveillés

Analyses microbiologiques

- Un dépistage systématique (y compris de cultures à partir d'un échantillon de plaie) n'est pas nécessaire pour les cas bénins sans signe d'infection généralisée
- Pour les cas bénins, l'identification des agents pathogènes n'apportera aucun effet bénéfique au patient et influencera rarement la prise en charge
- Pour les cas graves et si un sepsis est présumé, consulter la fiche correspondante

Autres analyses de laboratoire

- Un dépistage systématique n'est pas nécessaire pour les cas bénins sans signe d'infection généralisée
- En raison de la réponse inflammatoire associée à la brûlure, les biomarqueurs d'une infection ont une valeur diagnostique limitée pour les infections bactériennes

Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire

Infections liées aux brûlures

Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

- Respect méticuleux des procédures de lutte contre les infections pour prévenir la transmission d'organismes multirésistants
- Irrigation et débridement du tissu nécrotique pour prévenir une infection de la plaie
- Nettoyage et pansage quotidiens adéquats de la plaie
- Seules les plaies infectées doivent être traitées
- Envisager une couverture contre le SARM en fonction de la prévalence locale et des facteurs de risque individuels

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours (cas bénins)**
(potentiellement plus longtemps en cas d'infections graves généralisées)

🚫 Antibio prophylaxie

Éviter l'utilisation systématique d'antibiotiques pour prévenir les infections (aucune preuve tangible d'un effet bénéfique et risque accru de colonisation par une bactérie résistante)

🖋️ Traitement topique

Envisager une utilisation locale d'antiseptiques selon les protocoles locaux

Rx Antibiothérapie

Seules les plaies infectées doivent être traitées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU

 Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	125 mg q12h
6-<10 kg	250 mg q12h
10-<15 kg	375 mg q12h
15-<20 kg	500 mg q12h
20-<30 kg	625 mg q12h
≥30 kg	500 mg q8h

OU

 Cloxacilline 15 mg/kg/dose q6h **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	62.5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline + acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. Eu égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible.

Si la cloxacilline n'est pas disponible, il est possible d'utiliser de la dicloxacilline ou de la fluclouxacilline

Infections liées aux plaies et aux morsures

Page 1 de 2

Les infections graves, les plaies chirurgicales et la prise en charge des piqûres et des morsures d'arthropodes et d'animaux venimeux dépassent le cadre de ces recommandations

?

 Définition

Toute lésion traumatique de la peau caractérisée par un traumatisme et une exposition des couches cutanées plus profondes

Diagnostic

Tableau clinique

Une infection pourrait ou non être présente au moment de l'examen clinique

- *Infections superficielles* : symptômes de cellulite (rougeur, œdème, chaleur, lymphangite, douleur autour de la plaie)
- *Infection invasive de la plaie* : changement de couleur de la plaie, signes de sepsis (la plaie doit être étroitement surveillée)

Analyses de laboratoire

Un dépistage systématique n'est pas nécessaire pour les cas bénins sans signe d'infection généralisée

Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire

- Peut être envisagée dans des cas précis selon l'étendue et la profondeur de la lésion

Agents pathogènes les plus fréquents

Généralement, l'infection est polymicrobienne (mélange du microbiote cutané humain, du microbiote buccal animal, et d'organismes environnementaux)

Plaies

La plupart des cas :

- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

Plus rarement :

- Bactéries anaérobies
- Enterobacterales
- *Enterococcus* spp.
- *Clostridium tetani* (polluant des sols)

Morsures

Homme :

- Bactéries anaérobies
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus*

Chien :

- Bactéries anaérobies
- *Capnocytophaga canimorsus*
- *Pasteurella multocida*
- *Staphylococcus aureus*

Reptile :

- Bactéries anaérobies
- Enterobacterales
- *Pseudomonas aeruginosa*

Chat :

- Bactéries anaérobies
- *Pasteurella multocida*
- *Staphylococcus aureus*

Singe :

- Bactéries anaérobies
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus*

Rongeur :

- *Pasteurella multocida*

Infections liées aux plaies et aux morsures

Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

- **Rapidement après la blessure** : laver et rincer minutieusement la plaie (~15 minutes) ; la nettoyer avec du savon ou un détergent, l'irriguer abondamment à l'eau, puis la débrider et l'immobiliser
- **Risque de tétanos et de rage** : évaluer rapidement la nécessité d'une prophylaxie postexposition adéquate
- **Signes/symptômes d'infection** : un traitement empirique doit inclure des antibiotiques faisant preuve d'une bonne activité contre la plupart des agents pathogènes les plus fréquents (*Staphylococcus* spp. et *Streptococcus* spp. et bactéries anaérobies)
- **Morsures animales/humaines** : un traitement empirique contre les bactéries aussi bien aérobies qu'anaérobies est nécessaire ; un traitement empirique contre le SARM d'origine communautaire n'est habituellement pas nécessaire

Recommandations de l'OMS

- Rage : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272372>
- Tétanos : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254583>

🕒 Durée de l'antibiothérapie

 Traiter pendant **5 jours**

☞ Antibio prophylaxie

- En l'absence de signes généraux d'infection, éviter d'avoir recours à une antibiothérapie pour prévenir les infections chez des patients par ailleurs en bonne santé
- Il n'existe aucune donnée probante qui établit clairement que les antibiotiques peuvent prévenir une infection
- Envisager dans des cas précis (p. ex. patients fortement immunodéprimés) ou en cas d'atteinte de régions à haut risque (visage, mains, près des articulations)
- Durée : 3 jours

Rx Plaies par morsures

Seules les plaies infectées doivent être traitées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

L'association amoxicilline + acide clavulanique représente l'option thérapeutique à privilégier pour les infections des plaies par morsures en raison de son activité contre les bactéries anaérobies

Rx Plaies non liées à des morsures

Seules les plaies infectées doivent être traitées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Cloxacilline 500 mg q6h **VOIE ORALE**

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline + acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. Ainsi, eu égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible (sauf en cas de plaies par morsures)

Si la cloxacilline n'est pas disponible, il est possible d'utiliser de la dicloxacilline ou de la fluclxacilline

Infections liées aux plaies et aux morsures

Page 1 de 2

Les infections graves, les plaies chirurgicales et la prise en charge des piqûres et des morsures d'arthropodes et d'animaux venimeux dépassent le cadre de ces recommandations

?

Définition

Toute lésion traumatique de la peau caractérisée par un traumatisme et une exposition des couches cutanées plus profondes

Diagnostic

Tableau clinique

Une infection pourrait ou non être présente au moment de l'examen clinique

- *Infections superficielles* : symptômes de cellulite (rougeur, œdème, chaleur, lymphangite, douleur autour de la plaie)
- *Infection invasive de la plaie* : changement de couleur de la plaie, signes de sepsis (la plaie doit être étroitement surveillée)

Analyses de laboratoire

Un dépistage systématique n'est pas nécessaire pour les cas bénins sans signe d'infection généralisée

Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire

- Peut être envisagée dans des cas précis selon l'étendue et la profondeur de la lésion

Agents pathogènes les plus fréquents

Généralement, l'infection est polymicrobienne (mélange du microbiote cutané humain, du microbiote buccal animal, et d'organismes environnementaux)

Plaies

La plupart des cas :

- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

Plus rarement :

- Bactéries anaérobies
- Enterobacterales
- *Enterococcus* spp.
- *Clostridium tetani* (polluant des sols)

Morsures

Homme :

- Bactéries anaérobies
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus*

Chien :

- Bactéries anaérobies
- *Capnocytophaga canimorsus*
- *Pasteurella multocida*
- *Staphylococcus aureus*

Reptile :

- Bactéries anaérobies
- Enterobacterales
- *Pseudomonas aeruginosa*

Chat :

- Bactéries anaérobies
- *Pasteurella multocida*
- *Staphylococcus aureus*

Singe :

- Bactéries anaérobies
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus*

Rongeur :

- *Pasteurella multocida*

Infections liées aux plaies et aux morsures

Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- **Rapidement après la blessure** : laver et rincer minutieusement la plaie (~15 minutes) ; la nettoyer avec du savon ou un détergent, l'irriguer abondamment à l'eau, puis la débrider et l'immobiliser
- **Risque de tétanos et de rage** : évaluer rapidement la nécessité d'une prophylaxie postexposition adéquate
- **Signes/symptômes d'infection** : un traitement empirique doit inclure des antibiotiques faisant preuve d'une bonne activité contre la plupart des agents pathogènes les plus fréquents (*Staphylococcus* spp. et *Streptococcus* spp. et bactéries anaérobies)
- **Morsures animales/humaines** : un traitement empirique contre les bactéries aussi bien aérobies qu'anaérobies est nécessaire ; un traitement empirique contre le SARM d'origine communautaire n'est habituellement pas nécessaire

Recommandations de l'OMS

- Rage : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272372>
- Tétanos : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254583>

Antibioprophylaxie

- En l'absence de signes généraux d'infection, éviter d'avoir recours à une antibiothérapie pour prévenir les infections chez des patients par ailleurs en bonne santé
- Il n'existe aucune donnée probante qui établit clairement que les antibiotiques peuvent prévenir une infection
- Envisager dans des cas précis (p. ex. patients fortement immunodéprimés) ou en cas d'atteinte de régions à haut risque (visage, mains, près des articulations)
- Durée : 3 jours

Rx Plaies par morsures

Seules les plaies infectées doivent être traitées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

	Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline VOIE ORALE
	• Posologie orale en fonction du poids :
3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline
La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution
L'association amoxicilline + acide clavulanique représente l'option thérapeutique à privilégier pour les infections des plaies par morsures en raison de son activité contre les bactéries anaérobies

Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours**

Rx Plaies non liées à des morsures

Seules les plaies infectées doivent être traitées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

	Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline VOIE ORALE
	• Posologie orale en fonction du poids :
3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU

	Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h VOIE ORALE
	• Posologie orale en fonction du poids :
3-<6 kg	125 mg q12h
6-<10 kg	250 mg q12h
10-<15 kg	375 mg q12h
15-<20 kg	500 mg q12h
20-<30 kg	625 mg q12h
≥30 kg	500 mg q8h

OU

	Cloxacilline 15 mg/kg/dose q6h VOIE ORALE
	• Posologie orale en fonction du poids :
3-<6 kg	62,5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

La cloxacilline et la céfalexine ont un spectre d'activité antibactérienne plus étroit que l'association amoxicilline + acide clavulanique, et font preuve d'une bonne efficacité pour traiter les infections bénignes de la peau et des tissus mous. Ainsi, eu égard à l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ces deux médicaments seraient à privilégier autant que possible (sauf en cas de plaies par morsures)

Si la cloxacilline n'est pas disponible, il est possible d'utiliser de la dicloxacilline ou de la flucloxacilline

Infection urogénitale à Chlamydia

Infection sexuellement transmissible - Page 1 de 2

Globalement, ces recommandations concernent les adultes et les jeunes de plus de 12 ans. Chez les enfants, il conviendra de demander l'avis d'un spécialiste dans la mesure du possible. Il convient d'envisager qu'une IST chez l'enfant pourrait être le signe d'abus sexuels sur l'enfant

Pour les infections oculaires à Chlamydia (trachome), voir la fiche correspondante

? Définition

Infection sexuellement transmissible (IST) causée par certaines souches de la bactérie *Chlamydia trachomatis*

Agent pathogène

Chlamydia trachomatis est une bactérie à Gram négatif intracellulaire; les souches associées à une infection génito-urinaire sont surtout les biovars de l'appareil génital (sérotypes D à K) et rarement le biovar de la lymphogranulomatose vénérienne (sérotypes L1, L2, L3)

Prévention

Mesures importantes de prévention :

- Éducation sexuelle
- Promotion d'une utilisation systématique de préservatifs
- Conseil avant et après le test
- Conseil sur la réduction des risques et la sexualité sans risque
- Interventions ciblant les groupes à haut risque

Important :

- Les partenaires sexuels devraient être informés de l'existence de la maladie et recevoir un traitement
- La déclaration de cette infection auprès des autorités sanitaires est encouragée conformément aux réglementations locales

Diagnostic

Tableau clinique

- La plupart des personnes demeurent asymptomatiques, bien qu'elles puissent encore transmettre l'infection
- Si des symptômes apparaissent, ils se confondent avec ceux d'une gonococcie (une co-infection est possible et fréquente)

Symptômes les plus courants :

- *Chez l'homme* : urétrite aiguë avec un écoulement urétral « clair » et une dysurie
- *Chez la femme* : écoulement vaginal, dyspareunie (douleur pendant les rapports sexuels) et dysurie
- *De plus, pour les deux sexes* :
 - Symptômes de proctite aiguë avec douleur, prurit, écoulement anal et rectorragie
- Symptômes de lymphogranulomatose vénérienne (hommes>femmes) :
 - Lésion ulcéreuse ou papule généralement située sur les organes génitaux ou le rectum, et lymphadénopathie inguinale ou fémorale (habituellement unilatérale)
 - Souvent, la lésion reste inaperçue chez la femme ou lorsqu'elle est située dans le rectum

Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

Analyses microbiologiques

• Voir les recommandations de l'OMS intitulées « Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections » <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>

• **Important** : tous les patients qui présentent une infection génito-urinaire à *Chlamydia* présumée doivent également être dépistés pour une gonococcie (car les symptômes peuvent se ressembler) et d'autres IST (p. ex. VIH/syphilis)

Test de référence :

- Test d'amplification des acides nucléiques (un test est disponible aussi bien pour *Chlamydia* que pour *Neisseria gonorrhoeae*)
- Échantillons possibles : échantillon urinaire (sensibilité et spécificité moins bonnes chez la femme), urétral, vulvo-vaginal, endocervical ou ano-rectal prélevé par écouvillonnage
- Effectuer un sérotypage de la *Chlamydia* sur les échantillons ano-rectaux, pour dépister une lymphogranulomatose vénérienne, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Autres analyses à envisager :

- Microscopie (coloration de Gram)
 - Pour un patient symptomatique, peut être utilisée pour exclure *Neisseria gonorrhoeae* (ce qui suggère donc supposer une urétrite non gonococcique)
 - Souvent, des leucocytes sont présents, mais ne sont pas spécifiques d'une infection génito-urinaire à *Chlamydia*
- Cultures : si les symptômes persistent malgré un traitement adéquat (mais sont rarement réalisées)
- *Remarque* : les urines ne sont pas les meilleurs échantillons pour la microscopie et les cultures

Infection urogénitale à Chlamydia

Infection sexuellement transmissible • Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

Le traitement est conforme aux directives de l'OMS de 2016 pour les infections génito-urinaires à *Chlamydia* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246165>) et aux directives de l'OMS de 2021 pour le traitement des infections sexuellement transmissibles symptomatiques (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523>). Cependant, seules les options figurant dans la Liste modèle des médicaments essentiels de 2021 sont mentionnées dans ces recommandations

Un traitement est toujours indiqué une fois l'infection diagnostiquée, même pour les personnes asymptomatiques, car elles peuvent transmettre l'infection

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question

Rx Lymphogranulomatose vénérienne

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Doxycycline 100 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 21 jours

Rx Infection génito-urinaire sans complications

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Doxycycline 100 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 7 jours

OU

 Azithromycine 1 g **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

Selon des données récentes, la doxycycline serait plus efficace que l'azithromycine, et pourrait donc être le choix de première intention si l'observance thérapeutique n'est pas un problème (la doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes)

Rx Infection ano-rectale

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Doxycycline 100 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 7 jours

Rx Infection chez la femme enceinte

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Azithromycine 1 g **VOIE ORALE**
Durée du traitement : dose unique

Infection gonococcique

Infection sexuellement transmissible - Page 1 de 3

Globalement, ces recommandations concernent les adultes et les jeunes de plus de 12 ans. Chez les enfants, il conviendra de demander l'avis d'un spécialiste dans la mesure du possible. Il convient d'envisager qu'une IST chez l'enfant pourrait être le signe d'abus sexuels sur l'enfant

? Définition

Infection sexuellement transmissible (IST) causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*

Agent pathogène

- *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie à Gram négatif qui peut facilement devenir résistante aux antibiotiques, ce qui entraîne des infections qui sont difficiles à traiter. Il s'agit d'un problème mondial de santé publique qui ne cesse de prendre de l'importance
- Les données sur la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* sont disponibles par l'intermédiaire de GLASS (Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage, mis en place par l'OMS) et de GASP (programme de l'OMS de surveillance de la résistance aux antimicrobiens – Gonococcal AMR Surveillance Program) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/who-gonococcal-amr-surveillance-programme-who-gasp>

Diagnostic

Tableau clinique

- Certains personnes demeurent asymptomatiques (femmes>hommes), bien qu'elles puissent encore transmettre l'infection
- Si des symptômes apparaissent, ils se confondent avec ceux d'une infection à *Chlamydia* (une co-infection est possible et fréquente)

Symptômes les plus courants (surviennent habituellement quelques jours après l'infection) :

- *Chez l'homme* : urétrite aiguë avec un écoulement muco-purulent abondant et une dysurie, +/- inconfort testiculaire
- *Chez la femme* : écoulement vaginal muco-purulent et dysurie +/- vaginite avec douleur et inflammation vaginales et douleur abdominale basse. Un exsudat cervical, une ectopie cervicale, et une friabilité cervicale et un col utérin qui saigne facilement au toucher peuvent également être présents
- *De plus, pour les deux sexes* :
 - Symptômes de proctite aiguë avec douleur, prurit, écoulement anal et rectorragie
 - Une pharyngite et une conjonctivite sont d'autres tableaux cliniques possibles
 - Dans de rares cas, l'infection peut se propager, ce qui entraîne généralement une infection localisée d'une ou de plusieurs articulations
- *Chez la femme enceinte* :
 - L'infection peut être transmise à l'enfant durant l'accouchement par voie basse
- *Chez le nouveau-né* :
 - Une infection oculaire aiguë et une pharyngite peuvent survenir quelques jours après la naissance
 - Une infection disséminée associée à une arthrite septique (qui touche habituellement plusieurs articulations) est également possible

Analyses microbiologiques

- Voir les recommandations de l'OMS intitulées « Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections » <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>
- Important : tous les patients qui présentent une gonococcie présumée doivent également être dépistés pour une infection génito-urinaire (car les symptômes peuvent se ressembler) et d'autres IST (p. exp. VIH/syphilis)

Test de référence :

- Test d'amplification des acides nucléiques (un test est disponible aussi bien pour *N. gonorrhoeae* que pour *Chlamydia*)
 - Échantillons possibles : échantillon urinaire (sensibilité et spécificité moins bonnes chez la femme), urétral, vulvo-vaginal, endocervical ou ano-rectal prélevé par écouvillonnage

Autres analyses à envisager :

- Cultures + test de sensibilité aux antimicrobiens : si les symptômes persistent malgré un traitement adéquat et pour rechercher une éventuelle résistance à *Neisseria gonorrhoeae*
- Microscopie (coloration de Gram)
 - Échantillons possibles : échantillon urétral, endocervical ou conjonctival prélevé par écouvillonnage
- Hémocultures : en cas d'infection disséminée présumée

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Infection gonococcique

Infection sexuellement transmissible - Page 2 de 3



Prévention

Mesures importantes de prévention :

- Éducation sexuelle
- Promotion d'une utilisation systématique de préservatifs
- Conseil avant et après le test
- Conseil sur la réduction des risques et la sexualité sans risque
- Interventions ciblant les groupes à haut risque

Important :

- Les partenaires sexuels devraient être informés de l'existence de la maladie et recevoir un traitement
- La déclaration de cette infection auprès des autorités sanitaires est encouragée conformément aux réglementations locales

Rx Traitement (section 1 sur 2)



Recommandations thérapeutiques

Le traitement est conforme aux directives de l'OMS de 2016 pour le traitement d'une gonococcie (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246114>) et aux directives de l'OMS de 2021 pour le traitement des infections sexuellement transmissibles symptomatiques (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/34252>). Cependant, seules les options figurant dans la Liste modèle des médicaments essentiels de 2021 sont mentionnées.

• L'OMS est en train de revoir les recommandations actuelles relatives aux traitements et aux posologies. Veuillez consulter régulièrement le site Web de l'OMS pour accéder aux éventuelles mises à jour.



Considérations cliniques

- Un traitement est toujours indiqué une fois l'infection diagnostiquée, même pour les personnes asymptomatiques, car elles peuvent transmettre l'infection.
- Les données sur la résistance locale doivent orienter le traitement. Si ces données ne sont pas disponibles, une bithérapie est à privilégier.
- En cas de non-résolution des symptômes en cinq jours environ, il faut envisager une infection résistante ou un autre diagnostic.



Durée de l'antibiothérapie

Dose unique


Infections génitales et ano-rectales

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale.

Bithérapie

Première intention

 Ceftriaxone 250 mg IM

À SURVEILLER

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Azithromycine 1 g VOIE ORALE

À SURVEILLER

Deuxième intention

 Céfixime 400 mg VOIE ORALE

À SURVEILLER

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Azithromycine 1 g VOIE ORALE

À SURVEILLER

Monothérapie

Utiliser la monothérapie uniquement si les données sur la résistance locale confirment une sensibilité à l'antibiotique. Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire.

 Céfixime 400 mg VOIE ORALE

À SURVEILLER

----- OU -----

 Ceftriaxone 250 mg IM

À SURVEILLER

Une dose unique de 500 mg ou de 1 g de ceftriaxone IM est recommandée dans certaines lignes directrices internationales.

----- OU -----

 Spectinomycine 2 g IM

ACCÈS

Infection gonococcique

Infection sexuellement transmissible - Page 3 de 3

Rx Traitement (section 2 sur 2)

Durée de l'antibiothérapie

Dose unique

Rx Nouveau traitement après un échec thérapeutique

Envisager un échec thérapeutique si les symptômes persistent après 5 jours d'un traitement adéquat

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Céfixime 800 mg **VOIE ORALE**

A SURVEILLER

OU

 Ceftriaxone 500 mg **IM**

A SURVEILLER

OU

 Gentamicine 240 mg **IM**

ACCÈS

OU

 Spectinomycine 2 g **IM**

ACCÈS

Ne pas utiliser la spectinomycine en cas d'infections oropharyngées

EN ASSOCIATION AVEC

 Azithromycine 2 g **VOIE ORALE**

A SURVEILLER

Rx Infections oropharyngées

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Bithérapie

Première intention

 Ceftriaxone 250 mg **IM**

A SURVEILLER

EN ASSOCIATION AVEC

 Azithromycine 1 g **VOIE ORALE**

A SURVEILLER

Deuxième intention

 Céfixime 400 mg **VOIE ORALE**

A SURVEILLER

EN ASSOCIATION AVEC

 Azithromycine 1 g **VOIE ORALE**

A SURVEILLER

Monothérapie

Utiliser la monothérapie uniquement si les données sur la résistance locale confirment une sensibilité à l'antibiotique

 Ceftriaxone 250 mg **IM**

A SURVEILLER

Une dose unique de 500 mg ou de 1 g de ceftriaxone IM est recommandée dans certaines recommandations internationales

Syphilis

Infection sexuellement transmissible - Page 1 de 2

Globalement, ces recommandations concernent les adultes et les jeunes de plus de 12 ans. Chez les enfants, il conviendra de demander l'avis d'un spécialiste dans la mesure du possible. Il convient d'envisager qu'une IST chez l'enfant pourrait être le signe d'abus sexuels sur l'enfant



Agent pathogène

Le *Treponema pallidum* sous-espèce pallidum est une bactérie du phylum des spirochètes

- Croissance lente, difficile à cultiver *in vitro*, mince



Définition

- Infection sexuellement transmissible (IST) causée par la bactérie *Treponema pallidum*, sous-espèce pallidum
- L'infection peut être transmise de la mère au fœtus, car l'agent pathogène traverse la barrière placentaire

La classification dépend des éléments suivants :

- Temps écoulé depuis l'infection
 - *Précoce* : ≤ 2 ans (comprend les infections primaires et secondaires ainsi que les infections latentes précoces)
 - *Tardive* : > 2 ans (comprend les infections latentes tardives et les infections tertiaires)
- Tableau clinique (voir ci-dessous)



Diagnostic



Tableau clinique

Syphilis précoce :

- *Infection primaire* : lésion ulcérateuse souvent asymptomatique, localisée, non douloureuse et indurée (chancres ; habituellement sur les organes génitaux, la bouche ou le rectum) +/- lymphadénopathie
- *Infection secondaire* :
 - Lésions cutanéomuqueuses situées sur le torse et les extrémités, y compris lésions palmaires et plantaires
 - L'éruption cutanée est fréquemment maculopapuleuse et non prurigineuse
 - Les lésions peuvent toucher les membranes muqueuses de la bouche ou le périnée
 - Une fièvre ($\geq 38,0$ °C), une lymphadénopathie généralisée et une sensation de malaise sont généralement présentes
 - Une méningite, une hépatite et une atteinte oculaire peuvent être présentes

Syphilis tardive :

- *Infection tertiaire* : peut toucher divers organes
 - Système cardiovasculaire : généralement, aortite
 - Peau/tissus mous/os : lésions nodulaires (gommès)
 - Système nerveux central : souvent démence progressive, symptômes psychiatriques, problèmes de coordination motrice



Autres analyses de laboratoire

Syphilis primaire : habituellement pas nécessaires

Syphilis secondaire ou tertiaire : pourraient s'avérer nécessaires, selon le tableau clinique



Analyses microbiologiques

- Voir les recommandations de l'OMS intitulées « Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections » <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>
- **Important** : tous les patients qui présentent une syphilis présumée doivent également être dépistés pour d'autres IST (p. ex. VIH, gonococcie)

Méthodes de détection directes :

- Peuvent détecter l'agent pathogène dans des échantillons de lésions cutanées ou tissulaires

Tests sérologiques :

- *Tests tréponémiques* : détectent les anticorps antitréponémiques ; ils restent souvent positifs après une infection, en dépit d'un traitement efficace
 - Types de test : **FTA-ABS, TPPA, TPHA**
- *Tests non tréponémiques* : détectent les anticorps qui réagissent avec les lipides libérés en réponse aux lésions cellulaires dues à l'infection ; ces tests deviennent habituellement négatifs en cas de traitement efficace
 - Types de test : **VDRL, RPR**
- Tous les tests sont initialement négatifs en cas d'infection primaire
- **Des résultats positifs aux deux types de tests (tréponémiques et non tréponémiques) sont nécessaires pour confirmer le diagnostic**
- Pour faciliter l'accès aux tests et un traitement le même jour, il est recommandé d'effectuer un test rapide tréponémique qui, si positif, sera suivi d'un test non tréponémique. Il est également possible de commencer par un test non tréponémique et d'en confirmer le résultat positif à l'aide d'un test tréponémique



Imagerie

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée associée à une syphilis tardive

Syphilis

Infection sexuellement transmissible - Page 2 de 2



Prévention

Mesures importantes de prévention :

- Éducation sexuelle
- Promotion d'une utilisation systématique de préservatifs
- Conseil avant et après le test
- Conseil sur la réduction des risques et la sexualité sans risque
- Interventions ciblant les groupes à haut risque
- Accès des femmes enceintes à des soins prénatals précoces et adéquats pour prévenir la syphilis congénitale

Important :

- Les partenaires sexuels devraient être informés de l'existence de la maladie et recevoir un traitement
- La déclaration de cette infection auprès des autorités sanitaires est encouragée conformément aux réglementations locales

Rx Traitement



Considérations cliniques

Le traitement est conforme aux directives de l'OMS de 2016 pour le traitement des infections à *Treponema pallidum* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249572>) et aux directives de l'OMS de 2021 pour le traitement des infections sexuellement transmissibles symptomatiques (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523>). Cependant, seules les options figurant dans la Liste modèle des médicaments essentiels de 2021 sont mentionnées ci-dessous

- Un traitement est toujours indiqué une fois l'infection diagnostiquée, même pour les personnes asymptomatiques, car elles peuvent transmettre l'infection
- En cas de syphilis précoce (primaire/secondaire), les partenaires doivent également être traités s'ils ont été exposés dans les 90 jours précédant le diagnostic
- Évaluer la réponse sérologique en répétant le test non tréponémique afin de détecter une diminution du titre ; une réduction par quatre du titre confirme une réponse adéquate (répéter à 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement)



Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé et du stade de l'infection, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question



Neurosyphilis

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Benzathine benzylpenicillin 2,4 millions UI (1,2-2,4 g) q4 h IV
Durée du traitement : 14 jours

OU

 Procaine benzylpenicillin 1,2 million UI (1,2 g) q24h IM
Durée du traitement : 14 jours

EN ASSOCIATION AVEC

 Probenécide 500 mg q6h VOIE ORALE
Durée du traitement : 14 jours



Syphilis précoce

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Benzathine benzylpenicillin 2,4 millions UI (= 1,8 g) IM
Durée du traitement : dose unique

Deuxième intention

 Procaine benzylpenicillin 1,2 million UI (1,2 g) q24h IM
Durée du traitement : 10-14 jours



Syphilis et grossesse

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Benzathine benzylpenicillin 2,4 millions UI (= 1,8 g) IM
Durée du traitement :
• Syphilis précoce : dose unique
• Syphilis tardive ou de stade inconnu : une dose par semaine pendant 3 semaines consécutives (3 administrations en tout ; l'intervalle entre les doses ne doit pas dépasser 14 jours)



Syphilis tardive ou de stade inconnu

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Benzathine benzylpenicillin 2,4 millions UI (= 1,8 g) IM
Durée du traitement : une dose par semaine pendant 3 semaines consécutives (3 administrations en tout ; l'intervalle entre les doses ne doit pas dépasser 14 jours)

Deuxième intention

 Procaine benzylpenicillin 1,2 million UI (1,2 g) q24h IM
Durée du traitement : 20 jours

Trichomonase

Infection sexuellement transmissible

Globalement, ces recommandations concernent les adultes et les jeunes de plus de 12 ans. Chez les enfants, il conviendra de demander l'avis d'un spécialiste dans la mesure du possible. Il convient d'envisager qu'une IST chez l'enfant pourrait être le signe d'abus sexuels sur l'enfant

Définition

Infection sexuellement transmissible (IST) causée par *Trichomonas vaginalis*

Diagnostic

Tableau clinique

• La plupart des personnes ont des symptômes bénins ou demeurent asymptomatiques, bien qu'elles puissent encore transmettre l'infection

Infection symptomatique :

- *Chez la femme* : survenue soudaine d'une inflammation vaginale, d'un écoulement vaginal (mousseux et malodorant), d'une dysurie et de douleurs pelviennes
- *Chez l'homme* : écoulement urétral, dysurie et inconfort ou douleur testiculaire ; dans de rares cas, une épididymite et une prostatite peuvent être présentes

Analyses microbiologiques

• Voir les recommandations de l'OMS intitulées « Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections » <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>

• **Important** : tous les patients qui présentent une trichomonase présumée doivent également être dépistés pour d'autres IST (p. ex. VIH, syphilis, gonococcie)

Analyses à envisager :

- Examen microscopique d'une préparation à l'état frais (simple et peu coûteux, mais la lecture doit avoir lieu dans les 10 minutes qui suivent le recueil de l'échantillon)
- Tests d'amplification des acides nucléiques pour rechercher la présence de *T. vaginalis* (très bonne sensibilité ; tests à privilégier s'ils sont disponibles)
- Cultures (bonne sensibilité, mais nécessitent une longue incubation)
- Échantillons possibles : échantillon urétral, endocervical ou vaginal prélevé par écouvillonnage

Autres analyses de laboratoire

Habituellement pas nécessaires

Imagerie

Habituellement pas nécessaire

Agent pathogène

Trichomonas vaginalis est un protozoaire flagellé anaérobie

Prévention

Mesures importantes de prévention :

- Éducation sexuelle
- Promotion d'une utilisation systématique de préservatifs
- Conseil avant et après le test
- Conseil sur la réduction des risques et la sexualité sans risque
- Interventions ciblant les groupes à haut risque

Important :

- Les partenaires sexuels devraient être informés de l'existence de la maladie et recevoir un traitement
- La déclaration de cette infection auprès des autorités sanitaires est encouragée conformément aux réglementations locales

Rx Traitement

Considérations cliniques

Le traitement est conforme aux directives de l'OMS de 2021 pour le traitement des infections sexuellement transmissibles symptomatiques (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523>)

Un traitement est toujours indiqué une fois l'infection diagnostiquée, même pour les personnes asymptomatiques, car elles peuvent transmettre l'infection

Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question

- Les données probantes sont en faveur de meilleurs taux de guérison avec un traitement sur 7 jours (à envisager si l'observance thérapeutique n'est pas un problème)

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Métronidazole 2 g VOIE ORALE
Durée du traitement : dose unique

OU

Métronidazole 400 ou 500 mg q12h VOIE ORALE
Durée du traitement : 7 jours

Infection des voies urinaires basses

Infection des voies urinaires • Page 1 de 2

? Définition

- Infection des voies urinaires inférieures (p. ex. de la vessie [cystite])
- Chez les personnes qui présentent des anomalies structurelles des voies urinaires ou qui sont immunodéprimées, ou les femmes enceintes, les infections des voies urinaires sont généralement considérées comme plus susceptibles d'entraîner des complications (infection des voies urinaire compliquée)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

• Plus fréquemment :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli* y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE)

• Plus rarement :

- Staphylocoque coagulase négatif : *S. saprophyticus* (surtout chez la femme jeune)
- *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B)
- *Enterococcus* spp.
- *Pseudomonas aeruginosa* ou *Acinetobacter baumannii* (y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE, notamment en cas d'antibiothérapie récente)

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Dysurie aiguë (<1 semaine), augmentation de l'impériosité et de la fréquence des mictions, douleur ou gêne abdominale basse et, parfois, hématurie macroscopique

- Chez la femme, il convient d'exclure en priorité des symptômes d'origine vaginale (irritation ou écoulement vaginal)
- Chez la personne âgée présentant des symptômes urinaires préexistants, les symptômes d'infection les plus fiables sont des changements urinaires drastiques par rapport à la normale

🔍 Analyses microbiologiques

Patients symptomatiques :

- Culture d'urine (ECBU) s'il existe un risque d'infection compliquée ou récurrente des voies urinaires (pour confirmer le diagnostic et adapter le traitement empirique)

Important :

- Chez un patient asymptomatique, un résultat de culture d'urine positif indique une colonisation bactérienne. Par conséquent, un traitement n'est pas nécessaire, sauf pour les femmes enceintes ou les patients qui font l'objet d'interventions urologiques pouvant causer des saignements
- L'absence de leucocytes dans les urines présente une bonne valeur prédictive négative, mais la valeur prédictive positive d'une leucocyturie n'est pas optimale

🧪 Autres analyses de laboratoire

Patients symptomatiques :

- Analyse d'urine (bandelettes urinaires ou examen microscopique) pour détecter une bactériurie ou des signes indirects d'infection (test positif pour l'estérase leucocytaire et les nitrites)
- Des analyses sanguines ne sont habituellement pas nécessaires

📷 Imagerie

Habituellement pas nécessaire, sauf pour rechercher l'éventuelle existence d'anomalies sous-jacentes des voies urinaires

Infection des voies urinaires basses

Infection des voies urinaires • Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

Une antibiothérapie est recommandée en cas de tableau clinique compatible ET de test positif (analyse urinaire positive pour les leucocytes/l'estérase leucocytaire ou résultat de culture d'urine positif)

- Si les analyses ne peuvent pas être réalisées, traiter selon le tableau clinique
- Une amélioration clinique devrait être évidente dans les 48-72 heures
- Les antibiotiques raccourcissent la durée des symptômes de 1 à 2 jours

Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question

Remarque : en général, envisager des traitements plus longs pour les femmes enceintes (habituellement, 5 jours) et les hommes (habituellement, 7 jours)

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 3-5 jours

L'association est active contre certains isolats produisant des BLSE

OU

 Nitrofurantoïne **VOIE ORALE**
 • 100 mg q12h (préparation à libération modifiée)
 • 50 mg q6h (préparation à libération immédiate)
Durée du traitement : 5 jours

La nitrofurantoïne est l'option thérapeutique à privilégier pour les infections aiguës des voies urinaires inférieures. Elle est active contre la plupart des isolats produisant des BLSE

OU

 Sulfaméthoxazole + triméthoprime 800 mg + 160 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 3 jours

La résistance est forte dans de nombreux contextes et l'association n'est PAS active contre la plupart des isolats produisant des BLSE

OU

 Triméthoprime 200 mg q12h **VOIE ORALE**
Durée du traitement : 3 jours

La résistance est forte dans de nombreux contextes et le médicament n'est PAS actif contre la plupart des isolats produisant des BLSE

Infection des voies urinaires basses

Infection des voies urinaires • Page 1 de 2

Définition

- Infection des voies urinaires inférieures (p. ex. de la vessie [cystite])
- Chez les enfants qui présentent des anomalies structurelles des voies urinaires (p. ex. reflux vésico-urétéral ou autres anomalies congénitales) ou qui sont immunodéprimés, les infections des voies urinaires sont généralement considérées comme plus susceptibles d'entraîner des complications (infection des voies urinaires compliquée)

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

• Plus fréquemment :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli* y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE)

• Plus rarement :

- *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B)
- *Enterococcus* spp.
- *Pseudomonas aeruginosa* ou *Acinetobacter baumannii* (y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE, notamment en cas d'antibiothérapie récente)

Diagnostic

Tableau clinique

- Dysurie aiguë (<1 semaine), augmentation de l'impériosité et de la fréquence des mictions, énurésie diurne/nocturne, douleur ou gêne abdominale basse et, parfois, hématurie
- Généralement, pas de signes/symptômes généraux (p. ex. fièvre)
- Chez la fille, il convient d'exclure en priorité des symptômes d'origine vaginale (irritation ou écoulement vaginal)

Analyses microbiologiques

Patients symptomatiques :

- Culture d'urine (ECBU) (systématiquement pour les enfants) pour confirmer le diagnostic et adapter le traitement empirique

Important :

- Chez un patient asymptomatique, un résultat de culture d'urine positif indique une colonisation bactérienne. Par conséquent, un traitement n'est pas nécessaire, sauf pour les patients qui font l'objet d'interventions urologiques pouvant causer des saignements
- L'absence de leucocytes dans les urines présente une bonne valeur prédictive négative, mais la valeur prédictive positive d'une leucocyturie n'est pas optimale

Autres analyses de laboratoire

Patients symptomatiques :

- Analyse d'urine (bandelettes urinaires ou examen microscopique) pour détecter une bactériurie ou des signes indirects d'infection (test positif pour l'estérase leucocytaire et les nitrites)
- Des analyses sanguines ne sont habituellement pas nécessaires

Imagerie

Habituellement pas nécessaire, sauf pour rechercher l'éventuelle existence d'anomalies sous-jacentes des voies urinaires

Infection des voies urinaires basses

Infection des voies urinaires • Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

Une antibiothérapie est recommandée en cas de tableau clinique compatible ET de test positif (analyse urinaire positive pour les leucocytes/l'estérase leucocytaire ou résultat de culture d'urine positif)

- Si les analyses ne peuvent pas être réalisées, traiter selon le tableau clinique
- Une amélioration clinique devrait être évidente dans les 48-72 heures
- Les antibiotiques raccourcissent la durée des symptômes de 1 à 2 jours

Durée de l'antibiothérapie

Étant donné que la durée du traitement varie en fonction de l'antibiotique utilisé, veuillez consulter la rubrique consacrée à l'antibiotique en question

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg/kg/jour pour l'amoxicilline **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Durée du traitement : 3-5 jours

Amox = amoxicilline

L'association est active contre certains isolats produisant des BLSE
La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU

ACCÈS Nitrofurantoïne 2 mg/kg/dose q12h OU 1 mg/kg/dose q6h (préparation à libération immédiate) **VOIE ORALE**

Durée du traitement : 5 jours

La nitrofurantoïne est l'option thérapeutique à privilégier pour les infections aiguës des voies urinaires inférieures. Elle est active contre la plupart des isolats produisant des BLSE

OU

ACCÈS Sulfaméthoxazole + triméthoprim 20 mg/kg + 4 mg/kg q12h **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	100 mg + 20 mg q12h
6-<10 kg	200 mg + 40 mg q12h
10-<30 kg	400 mg + 80 mg q12h
≥30 kg	800 mg + 160 mg q12h

Durée du traitement : 3 jours

La résistance est forte dans de nombreux contextes et l'association n'est PAS active contre la plupart des isolats produisant des BLSE

OU

ACCÈS Triméthoprim 4 mg/kg q12h **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	20 mg q12h
6-<10 kg	40 mg q12h
10-<30 kg	80 mg q12h
≥30 kg	200 mg q12h

Durée du traitement : 3 jours

La résistance est forte dans de nombreux contextes et le médicament n'est PAS actif contre la plupart des isolats produisant des BLSE



ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Septicémie et choc septique

Page 1 de 4

?

Définition

Sepsis (Sepsis 3) :

• Dysfonctionnement des organes qui engage le pronostic vital, dû à une dérégulation de la réponse de l'hôte à une infection

Choc septique :

- Type de sepsis dont les anomalies circulatoires, cellulaires ou métaboliques sous-jacentes augmentent considérablement le risque de décès à court terme
- L'hypotension est persistante et des vasopresseurs sont nécessaires pour maintenir la pression artérielle moyenne \geq à 65 mmHg (8,7 kPa). Le taux sérique de lactate des patients est $>$ 2 mmol/L ($>$ 18 mg/dL) en l'absence d'hypovolémie

Important : une bactériémie ne fait pas partie de la définition du sepsis. Même si de nombreux patients atteints de sepsis présentent une bactériémie, la plupart des patients qui ont une bactériémie ne répondent pas aux critères de sepsis

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

- N'importe quel type d'infection de n'importe quel organe peut évoluer en sepsis. Les bactéries, les virus, les champignons et les protozoaires peuvent tous provoquer un sepsis (mais ces recommandations ne concernent que le sepsis d'origine bactérienne)
- Envisager des agents pathogènes autres que les bactéries selon l'épidémiologie locale (p. ex. paludisme, fièvres hémorragiques virales, grippe, COVID-19)

Dans la communauté (par ordre alphabétique) :

- Enterobacterales
 - *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et d'autres bactéries
 - *Salmonella* non typhiques responsables d'infections invasives (patients âgés et patients vivant avec le VIH)
 - *Salmonella* Typhi et Paratyphi (provoquant une fièvre entérique)
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *S. pyogenes* (streptocoque du groupe A)
- *S. pneumoniae* (y compris les souches non sensibles à la pénicilline)

Autres agents à envisager :

- *Burkholderia pseudomallei* (agent pathogène provoquant une mélioirose, dont la présence est endémique en Asie du Sud-Est et en Australie)
- *Neisseria meningitidis*

À l'hôpital (par ordre alphabétique) :

- *Acinetobacter baumannii**
- Enterobacterales* (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et d'autres bactéries)
- *Pseudomonas aeruginosa**
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

*Y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE et des carbapénémases

Sepsis maternel :

- Envisager *Listeria monocytogenes* et *Streptococcus agalactiae*, cependant les voies urinaires représentent la principale source d'infection

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- L'identification de la source d'infection et le traitement précoces sont essentiels et ont une incidence sur le taux de mortalité
- Les symptômes sont très variables et la plupart ne sont pas spécifiques
- Les symptômes sont souvent une fièvre (\geq 38,0 °C) ou une hypothermie ($<$ 36,0 °C), une tachycardie, une détresse respiratoire, une altération aiguë de l'état mental et une hypotension. Une oligurie est parfois présente

Important :

- L'identification fiable des patients atteints de sepsis est difficile, et il n'existe aucun test de référence unique en la matière
- Il est essentiel d'adopter et d'utiliser les définitions mondialement acceptées afin d'éviter un surdiagnostic et un surtraitement
- Bien qu'il soit important de traiter rapidement un sepsis et un choc septique avec des antibiotiques, il faut garder à l'esprit que seule une très faible proportion de patients présentant une infection sont atteints de sepsis

🧪 Analyses microbiologiques

- Selon le site primaire présumé de l'infection, mais doivent toujours comprendre des hémocultures (idéalement, effectuées en double)
- Dans l'idéal, les tests doivent être effectués avant de démarrer une antibiothérapie

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour mettre en évidence une infection bactérienne :

- Numération leucocytaire, dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine
- Lors de l'examen initial du patient, des taux des marqueurs de l'inflammation situés dans la normale ne permettent pas d'exclure un sepsis si la probabilité de survenue d'un sepsis était déjà élevée avant le dosage

Pour mettre en évidence un dysfonctionnement d'organes :

- **Bilirubine, pH sanguin et gaz du sang**, azote uréique sanguin (nécessaire pour le calcul du score CURB-65 en cas de pneumonie présumée), numération et formule sanguine avec numération **plaquettaire, créatinine**, électrolytes, glucose, lactate dans le sang total
- *Les tests en gras sont nécessaires pour le calcul du score SOFA*

📷 Imagerie

Selon le site primaire présumé de l'infection

👉 Prévention

- La prévention des infections inclut les vaccinations, une alimentation adéquate et un accès à l'eau potable et à des installations sanitaires
- La prévention de l'évolution d'une infection en sepsis repose sur un diagnostic opportun et un traitement adéquat de l'infection sous-jacente

Septicémie et choc septique

Page 2 de 4

☑️☑️ Scores d'évaluation de dysfonctionnements d'organes

☑️☑️ SOFA (score d'évaluation séquentielle des défaillances d'organes)

Paramètre	Score				
	0	1	2	3	4
PaO ₂ /FIO ₂ , mmHg (kPa)	≥400 (53,3)	300-399 (40,0-53,2)	200-299 (26,7-39,9)	100-199 (13,3-26,6)	<100 (13,3)
Pa _{o₂} mmHg (kPa) et doses de catécholamine nécessaires (µg/kg/min pendant ≥1 h)	Pa _{o₂} ≥70 (9,3)	Pa _{o₂} <70 (9,3)	Dopamine <5 OU dobutamine toute dose	Dopamine 5,1-15 OU adrénaline (épinéphrine)/ noradrénaline ≤0,1	Dopamine >15 OU adrénaline/ noradrénaline >0,1
Plaquettes (x 10 ³ /µL, x 10 ⁹ /L)	≥150	100-149	50-99	20-49	<20
Bilirubine mg/dl (µmol/L)	<1,2 (20)	1,2-1,9 (20-32)	2,0-5,9 (33-101)	6,0-11,9 (102-204)	>12,0 (204)
Échelle de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Créatinine mg/dL (µmol/L)	<1,2 (110)	1,2-1,9 (110-170)	2,0-3,4 (171-299)	3,5-4,9 (300-440)	>5,0 (440)
Diurèse (mL/jour)				<500	<200

Définitions : FIO₂ : fraction d'oxygène inspirée ; PA : pression artérielle ; PaO₂ : pression partielle d'oxygène artériel

☑️☑️ SOFA rapide (qSOFA)

Paramètre	Valeur
Fréquence respiratoire	≥22 respirations/min
Altération de l'état mental	Échelle de coma de Glasgow <15
Pression artérielle systolique	≤100 mmHg

☑️☑️ Interprétation

Un changement soudain ≥2 points du score par rapport au score initial indique un dysfonctionnement d'organes dû à l'infection

Ces scores n'ont pas été suffisamment validés dans les milieux à revenu faible et intermédiaire

Septicémie et choc septique

Page 3 de 4

Rx Traitement (section 1 sur 2)

Considérations cliniques

- La prise en charge doit comprendre le traitement de l'infection sous-jacente, le contrôle de la source et le recours à des interventions chirurgicales salvatrices (non traitées ici)
- Dans de nombreux cas, une intervention chirurgicale est nécessaire pour contrôler la source de l'infection, avec une antibiothérapie auxiliaire
- En cas de sepsis présumé, démarrer les antibiotiques IV dès que possible, sans attendre les résultats des tests
- Pour choisir le meilleur traitement empirique, tenir compte du site d'infection et des agents pathogènes les plus fréquents, de la prévalence locale de la résistance aux antibiotiques, des affections comorbides et du risque de présence d'organismes multirésistants
- Si les agents pathogènes et les sensibilités sont connus, revoir les antibiotiques et adapter le traitement

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique en optant pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

Durée de l'antibiothérapie

- Varie selon la maladie sous-jacente, le degré d'immunodépression et la réponse clinique
- Sepsis clinique d'origine inconnue : **7 jours**
- Méningite : **10 jours** (peut différer en cas d'épidémie et selon les agents pathogènes)
- Infection des voies respiratoires inférieures : **5 jours**

Rx Sepsis clinique d'origine inconnue

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Céfotaxime 2 g q8h IV

Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

Amikacine 15 mg/kg q24h IV

Gentamicine 5 mg/kg q24h IV

L'amikacine (et, dans une moindre mesure, la gentamicine) conserve une activité contre les souches produisant des BLSE et peut être envisagée pour éviter le recours aux carbapénèmes

Pour chaque infection, les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Rx Méningite

Consulter également la fiche sur la méningite bactérienne
Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Envisager les options de deuxième intention uniquement lorsque celles de première intention ne sont pas disponibles

Première intention

Céfotaxime 2 g q6h IV

Ceftriaxone 2 g q12h IV

Deuxième intention

Amoxicilline 2 g q4h IV

Ampicilline 2 g q4h IV

Benzylpenicillin 4 millions UI (2,4 g) q4h IV

Chloramphénicol 1 g q6h IV

Utiliser le chloramphénicol uniquement lorsqu'aucune autre option n'est disponible

Rx Infection des voies respiratoires inférieures

Consulter également la fiche sur la pneumonie d'origine communautaire

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Céfotaxime 2 g q8h IV

Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

Clarithromycine 500 mg q12h IV

Septicémie et choc septique

Page 4 de 4

Rx Traitement (section 2 sur 2)

Durée de l'antibiothérapie

- Varie selon la maladie sous-jacente, le degré d'immunodépression et la réponse clinique
- Fièvre entérique : **10 jours**
- Infection intra-abdominale et infection de la peau et des tissus mous : **habituellement 7 jours** en fonction du type d'infection, du contrôle adéquat de la source d'infection et du rétablissement clinique
- Infection des voies urinaires : **7 jours**

Rx Fièvre entérique

Consulter également la fiche sur la fièvre entérique

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

Certains pays peuvent devoir faire face à une augmentation de la résistance à la ceftriaxone

Rx Infection intra-abdominale

Consulter également les fiches sur l'appendicite, la cholécystite et l'angiocholite, la diverticulite et l'abcès hépatique

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h IV

OU

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

Les options de première intention n'agissent pas efficacement contre la plupart des isolats produisant des BLSE ; envisager le méropénem

Deuxième intention

 Méropénem 2 g q8h IV

Pour chaque infection, les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes

Rx Infection de la peau et des tissus mous

Consulter également la fiche sur la fasciite nécrosante

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h IV

En cas de fasciite nécrosante présumée, la ceftriaxone et le métronidazole doivent être utilisés **UNIQUEMENT** après exclusion de *Streptococcus pyogenes*

OU

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Clindamycine 900 mg q8h IV

Option à privilégier face à un cas présumé ou probable de fasciite nécrosante

EN CAS DE SUSPICION DE SARM, AJOUTER

 Vancomycine 15-20 mg/kg q12h IV

Rx Infection des voies urinaires

Consulter également la fiche sur les infections des voies urinaires supérieures

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Amikacine 15 mg/kg q24h IV

L'amikacine conserve une activité contre les souches produisant des BLSE et peut être envisagée pour éviter le recours aux carbapénèmes

Septicémie chez les enfants

Page 1 de 3

Ces recommandations concernent les enfants dont l'âge est compris entre 1 mois et 12 ans. Pour les enfants âgés de 0 à 1 mois, voir la fiche sur le sepsis néonatal

?

Définition

- Selon la Conférence internationale de consensus sur le sepsis pédiatrique (International Pediatric Sepsis Consensus Conference) : infection présumée ou avérée causée par un agent pathogène, ou syndrome clinique associé à une forte probabilité d'infection ET syndrome de réponse inflammatoire généralisée
- Pour les enfants d'un âge <5 ans, il est possible de considérer le cas comme étant une « infection bactérienne potentiellement grave » lorsqu'au moins un des signes suivants est présent :
 - Incapacité à s'alimenter depuis la naissance ou nourrisson qui a arrêté de bien s'alimenter (confirmés par observation)
 - Convulsions
 - Respiration rapide (≥ 60 respirations par minute)
 - Tirage respiratoire marqué
 - Fièvre ($\geq 38,0$ °C)
 - Hypothermie ($< 35,5$ °C)

Important : une bactériémie ne fait pas partie de la définition du sepsis. Même si de nombreux patients atteints de sepsis présentent une bactériémie, la plupart des patients qui ont une bactériémie ne répondent pas aux critères de sepsis

👉

Prévention

Mesures de prévention :

- Vaccinations
- Alimentation adéquate
- Environnements sains (p. ex. accès à l'eau potable et à des installations sanitaires)

La prévention de l'évolution d'une infection en sepsis repose sur les éléments suivants :

- Diagnostic opportun
- Traitement adéquat de l'infection sous-jacente

🔍

Diagnostic

🔍

Tableau clinique

- Généralement, les signes et les symptômes ne sont pas spécifiques
- Fièvre ($\geq 38,0$ °C), détresse respiratoire, tachycardie, altération aiguë de l'état mental, hypotension, vomissements

🔬

Analyses microbiologiques

- Les tests diagnostiques dépendront de la source d'infection présumée
- Dans l'idéal, les tests doivent être effectués avant de démarrer une antibiothérapie. Les tests ne doivent pas retarder de manière excessive la mise en route d'une antibiothérapie
- En cas de sepsis présumé, les tests incluent habituellement une analyse de sang et d'urine, et une culture d'un échantillon de LCR

🧪

Autres analyses de laboratoire

Pour mettre en évidence une infection bactérienne :

- Numération leucocytaire
- Dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Pour mettre en évidence un dysfonctionnement d'organes :

- Numération et formule sanguine avec numération plaquettaire
- **Bilirubine**
- **pH sanguin et gaz du sang**
- Azote uréique sanguin
- **Créatinine**
- Électrolytes
- Glucose
- Lactate dans le sang total

Les tests en gras sont nécessaires pour le calcul du score pSOFA (SOFA pédiatrique)

📷

Imagerie

Selon le site primaire présumé de l'infection

Septicémie chez les enfants

Page 2 de 3

Score pédiatrique d'évaluation séquentielle des défaillances d'organes (pSOFA)

Paramètre	Âge	Score				
		0	1	2	3	4
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	Tout âge	≥400 (53,3)	300-399 (40,0-53,2)	200-299 (26,7-39,9)	100-199 (13,3-26,6) avec assistance respiratoire	<100 (13,3) avec assistance respiratoire
Plaquettes (x 10 ³ /µL, x 10 ⁹ /L)	Tout âge	≥150	100-149	50-99	20-49	<20
Bilirubine mg/dL (µmol/L)	Tout âge	<1,2 (20)	1,2-1,9 (20-32)	2,0-5,9 (33-101)	6,0-11,9 (102-204)	>12,0 (204)
Échelle de coma de Glasgow	Tout âge	15	13-14	10-12	6-9	<6
PA _{mesure} mmHg (kPa) et doses de catécholamine nécessaires (µg/kg/min pendant ≥1 h)	<1 mois	≥46 (6,1)	<46(6,1)	Dopamine <5 OU dobutamine toute dose	Dopamine 5,1-15 OU adrénaline (épinéphrine)/ noradrénaline ≤0,1	Dopamine >15 OU adrénaline/ noradrénaline >0,1
	1-11 mois	≥55 (7,3)	<55(7,3)			
	1-2 ans	≥60 (8,0)	<60(8,0)			
	2-5 ans	≥62 (8,2)	<62(8,2)			
	6-11 ans	≥65 (8,6)	<65(8,6)			
Créatinine mg/dL (µmol/L)	<1 mois	<0,8 (71)	0,8-0,9 (71-80)	1,0-1,1 (88-97)	1,2-1,5 (110-133)	≥1,6 (141)
	1-11 mois	<0,3 (26)	0,3-0,4 (26-35)	0,5-0,7 (44-62)	0,8-1,1 (71-97)	≥1,2 (110)
	1-2 ans	<0,4 (35)	0,4-0,5 (35-44)	0,6-1,0 (53-88)	1,1-1,4 (97-124)	≥1,5 (133)
	2-5 ans	<0,6 (53)	0,6-0,8 (53-71)	0,9-1,5 (79-133)	1,6-2,2 (141-195)	≥2,3 (203)
	6-11 ans	<0,7 (62)	0,7-1,0 (62-88)	1,1-1,7 (97-150)	1,8-2,5 (159-221)	≥2,6 (230)
	12-18 ans	<1,0 (88)	1,0-1,6 (88-141)	1,7-2,8 (150-247)	2,9-4,1 (256-362)	≥4,2 (371)

Définitions : FiO₂ : fraction d'oxygène inspirée ; PA : pression artérielle ; PaO₂ : pression partielle d'oxygène artériel

Bactéries les plus souvent retrouvées dans les hémocultures d'enfants atteints de sepsis

	Milieux à revenu faible et intermédiaire	Milieux à revenu élevé
Contracté dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> Bacilles à Gram négatif (surtout <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp.)* <i>Salmonella</i> Typhi et Paratyphi <i>Salmonella</i> non typhiques responsables d'infections invasives** <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Neisseria meningitidis</i> <i>Haemophilus influenzae</i> type B 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Neisseria meningitidis</i> Bacilles à Gram négatif (surtout <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp.)*
Contracté à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <i>Klebsiella</i> spp.* <i>Escherichia coli</i>* <i>Staphylococcus aureus</i> (y compris SARM) Autres bactéries à Gram négatif <i>Enterococcus</i> spp. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Klebsiella</i> spp.* <i>Escherichia coli</i>* <i>Staphylococcus aureus</i> (y compris SARM) Autres bactéries à Gram négatif <i>Enterococcus</i> spp.

*Y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE et des carbapénémases
 **Surtout en Afrique subsaharienne, <5 ans avec épisode récent de paludisme, d'anémie, de malnutrition ou d'infection à VIH

Septicémie chez les enfants

Page 3 de 3

Rx Traitement

Considérations cliniques

- En cas de sepsis présumé, démarrer les antibiotiques par IV dès que possible, sans attendre les résultats des tests
- Choisir le traitement en tenant compte du site d'infection et des agents pathogènes les plus fréquents, de la prévalence locale de la résistance aux antibiotiques, des affections comorbides et du risque d'infection par des organismes multirésistants. Si les sensibilités et les agents pathogènes sont connus, revoir et adapter l'antibiothérapie

Durée de l'antibiothérapie

- **7 jours**
 - **14 jours** en cas de méningite
- La durée de l'antibiothérapie peut varier en fonction du trouble sous-jacent responsable du sepsis

Pas de possibilité d'orientation vers un hôpital

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Amoxicilline 50 mg/kg/dose **VOIE ORALE**

- 0-2 mois : q12h
- >2 mois : q8h

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Gentamicine 7,5 mg/kg/dose q24h **IM**

Rx Possibilité d'orientation vers un hôpital

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Ampicilline 50 mg/kg/dose q8h **IV**

----- OU -----

 Benzylpenicillin 30 mg/kg/dose (50 000 UI/kg/dose) q8h **IV**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Gentamicine 7,5 mg/kg/dose q24h **IV**

Deuxième intention

 Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h **IV**

À SURVEILLER

----- OU -----

 Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV**

À SURVEILLER

----- OU -----

 Cloxacilline 25 mg/kg/dose q6h **IV**

La cloxacilline est une option de deuxième intention qui peut s'avérer utile en cas d'infection présumée à *S. aureus* (dans les communautés où la prévalence de SARM est élevée, envisager plutôt de la vancomycine). Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Amikacine 15 mg/kg/dose q24h **IV**

L'amikacine serait surtout utilisée pour traiter des infections causées par des bactéries à Gram négatif et en cas de résistance présumée aux antibiotiques

Dans les milieux où la prévalence de la résistance est élevée, notamment en cas de suspicion d'infections liées aux soins de santé, il faut également envisager d'utiliser un antibiotique à large spectre efficace contre les bactéries à Gram négatif (p. ex. piperacilline + tazobactam)

Septicémie chez les nouveau-nés

Page 1 de 3

Ces recommandations concernent les nourrissons âgés de moins de 1 mois

?

Définition

Trouble général grave d'origine infectieuse (habituellement bactérienne) associé à un ensemble de signes cliniques et de résultats d'analyses, qui se manifeste au cours du premier mois de vie

Système de classification couramment utilisé :

- Selon le moment de l'apparition des signes cliniques :
 - *Sepsis précoce* : apparaît ≤ 3 jours après la naissance. L'infection est souvent transmise verticalement ou contractée en période périnatale
 - *Sepsis tardif* : apparaît > 3 jours après la naissance. L'infection est souvent nosocomiale
- Selon l'endroit où le sepsis a été contracté :
 - *Contracté dans la communauté*
 - *Contracté à l'hôpital*

Autre définition :

- On considère qu'un jeune nourrisson est atteint d'une « infection bactérienne potentiellement grave » lorsqu'au moins un des signes suivants est présent :
 - Incapacité à s'alimenter depuis la naissance ou nourrisson qui a arrêté de bien s'alimenter (confirmés par observation)
 - Convulsions
 - Respiration rapide (≥ 60 respirations par minute)
 - Tirage respiratoire marqué
 - Fièvre ($\geq 38,0$ °C)
 - Hypothermie ($< 35,5$ °C)

Important : une bactériémie ne fait pas partie de la définition du sepsis. Même si de nombreux patients atteints de sepsis présentent une bactériémie, la plupart des patients qui ont une bactériémie ne répondent pas aux critères de sepsis

👤

Prévention

Mesures de prévention :

- Vaccinations
- Alimentation adéquate
- Environnements sains (p. ex. accès à l'eau potable et à des installations sanitaires)

La prévention de l'évolution d'une infection en sepsis repose sur les éléments suivants :

- Diagnostic opportun
- Traitement adéquat de l'infection sous-jacente

🔍

Diagnostic

🔍

Tableau clinique

- Généralement, les signes et les symptômes ne sont pas spécifiques
- Hypothermie ($< 35,5$ °C) ou fièvre ($\geq 38,0$ °C), tirage respiratoire marqué, tachycardie, difficultés pour s'alimenter, diminution des mouvements spontanés, hypotension, vomissements
- Plus rarement, irritabilité, diarrhée, distension abdominale, convulsions

🔬

Analyses microbiologiques

- Les tests diagnostiques dépendront de la source d'infection présumée
- Dans l'idéal, les tests doivent être effectués avant de démarrer une antibiothérapie. Les tests ne doivent pas retarder de manière excessive la mise en route d'une antibiothérapie
- En cas de sepsis présumé chez les jeunes nourrissons, les tests incluent habituellement une analyse de sang et d'urine, et une mise en culture d'un échantillon de liquide céphalorachidien (LCR)

🧪

Autres analyses de laboratoire

Pour mettre en évidence une infection bactérienne :

- Numération leucocytaire
- Dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Pour mettre en évidence un dysfonctionnement d'organes :

- Numération et formule sanguine avec numération plaquettaire
- Bilirubine
- pH sanguin et gaz du sang
- Azote uréique sanguin
- Créatinine
- Électrolytes
- Glucose
- Lactate dans le sang total

📷

Imagerie

Selon le site primaire présumé de l'infection

Septicémie chez les nouveau-nés

Page 2 de 3



Agents pathogènes les plus souvent retrouvés dans les hémocultures de nourrissons atteints de sepsis

- N'importe quel type d'infection de n'importe quel organe peut évoluer en sepsis. Le sepsis est le plus souvent d'origine bactérienne
- Les infections contractées à l'hôpital sont plus susceptibles d'être dues à des organismes multirésistants
- Il faut toujours envisager un sepsis lié au paludisme et aux fièvres hémorragiques virales dans les zones d'endémie
- Envisager un sepsis lié aux virus respiratoires

	Milieux à revenu faible et intermédiaire	Milieux à revenu élevé
Contracté dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Escherichia coli</i>* • <i>Staphylococcus aureus</i> (y compris SARM) • <i>Klebsiella</i> spp.* Plus rarement <ul style="list-style-type: none"> • <i>Acinetobacter</i> spp.* • <i>Streptococcus agalactiae</i> • <i>Streptococcus pyogenes</i> • <i>Streptococcus pneumoniae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Escherichia coli</i>* • <i>Staphylococcus aureus</i> (y compris SARM) • <i>Streptococcus agalactiae</i>
Contracté à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Klebsiella</i> spp.* • <i>Escherichia coli</i>* • <i>Acinetobacter</i> spp.* • <i>Staphylococcus aureus</i> (y compris SARM) • Autres bactéries à Gram négatif* • <i>Enterococcus</i> spp. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Escherichia coli</i>* • <i>Klebsiella</i> spp.* • <i>Staphylococcus aureus</i> (y compris SARM) • Autres bactéries à Gram négatif* • <i>Enterococcus</i> spp.

*Y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE et des carbapénémases

Septicémie chez les nouveau-nés

Page 3 de 3

Rx Traitement

Considérations cliniques

- En cas de sepsis présumé, démarrer les antibiotiques IV dès que possible, sans attendre les résultats des tests
- Choisir le traitement en tenant compte du site d'infection et des agents pathogènes les plus fréquents, de la prévalence locale de la résistance aux antibiotiques, des affections comorbides et du risque d'infection par des organismes multirésistants. Si les sensibilités et les agents pathogènes sont connus, revoir et adapter l'antibiothérapie

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

Durée de l'antibiothérapie

- **7 jours**
- **14 jours** en cas de méningite

La durée de l'antibiothérapie peut varier en fonction du trouble sous-jacent responsable du sepsis

Antibioprophylaxie

- Envisager d'administrer de l'ampicilline ET de la gentamicine pendant 2 jours en présence de facteurs de risque d'infection importants :
 - Rupture des membranes >18 heures avant l'accouchement
 - Fièvre maternelle $\geq 38,0$ °C avant l'accouchement ou durant le travail
 - Liquide amniotique malodorant ou purulent

Rx Pas de possibilité d'orientation vers un hôpital

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Amoxicilline 50 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Gentamicine 5 mg/kg/dose q24h **IM**

Rx Possibilité d'orientation vers un hôpital

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Ampicilline 50 mg/kg/dose **IV**
 • $\leq 1^{\text{e}}$ semaine de vie : q12h
 • $> 1^{\text{e}}$ semaine de vie : q8h

----- OU -----

 Benzylpenicilline 30 mg/kg/dose (50 000 UI/kg/dose) q8h **IV**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Gentamicine 5 mg/kg/dose q24h **IV**

Deuxième intention

 Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h **IV**

----- OU -----

 Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV**

----- OU -----

 Cloxacilline 25-50 mg/kg/dose q12h **IV**

La cloxacilline est une option de deuxième intention qui peut s'avérer utile en cas d'infection présumée à *S. aureus* (dans les communautés où la prévalence de SARM est élevée, envisager plutôt de la vancomycine). Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Amikacine 15 mg/kg/dose q24h **IV**

L'amikacine serait surtout utilisée pour traiter des infections causées par des bactéries à Gram négatif et en cas de résistance présumée aux antibiotiques

Dans les milieux où la prévalence de la résistance est élevée, notamment en cas de suspicion d'infections liées aux soins de santé, il faut également envisager d'utiliser un antibiotique à large spectre efficace contre les bactéries à Gram négatif (p. ex. piperacilline + tazobactam)

Méningite bactérienne

Page 1 de 2

?

Définition

- Inflammation aiguë des méninges, les membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière
- L'origine peut être infectieuse ou non infectieuse (p. ex. associée à des maladies auto-immunes)

Agents pathogènes les plus fréquents

Patients non immunodéprimés :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria meningitidis*

Patients immunodéprimés ou >50 ans :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria meningitidis*
- *Listeria monocytogenes* (à envisager également chez la femme enceinte)

À envisager dans des cas précis :

- Infections virales (notamment entérovirus, virus herpétiques et arbovirus)
- *Mycobacterium tuberculosis* (surtout dans les zones d'endémie ou pour les patients vivant avec le VIH)
- Méningite à cryptocoques et toxoplasme cérébrale pour les patients gravement immunodéprimés (VIH)
- Neuropaludisme (pour les patients vivant ou se rendant dans des zones d'endémie)
- *Staphylococcus aureus* ou bactéries à Gram négatif, y compris les souches multirésistantes, après une intervention neurochirurgicale ou (pour les bactéries à Gram négatif) dans le contexte d'un syndrome d'hyperinfection dû à *Strongyloides*

Prévention

- Vaccination contre les méningocoques, les pneumocoques et *Haemophilus influenzae* de type B
- Antibiotrophylaxie postexposition par ciprofloxacine ou ceftriaxone pour les sujets en contact prolongé (seulement dans le cas d'une méningite à méningocoques)
- https://www.who.int/health-topics/meningitis#tab=tab_3

Diagnostic

Tableau clinique

- Survenue soudaine (<48 h) des symptômes suivants :
 - Fièvre ($\geq 38,0$ °C), avec ou sans
 - Céphalées ou confusion, avec ou sans
 - Raideur de la nuque
- Seulement la moitié des patients présenteront les trois signes et symptômes, mais 95 % des patients présentent habituellement au moins deux d'entre eux. L'absence des trois symptômes réduit considérablement la probabilité de méningite
- Un purpura peut être présent (notamment en cas d'infection à méningocoques)

Analyses microbiologiques

Idéalement, avant le début de l'antibiothérapie :

- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de liquide céphalorachidien (LCR)
- Recherche des antigènes de *Cryptococcus* spp. dans le LCR et le sang (patients vivant avec le VIH)
- Hémolectures
- **Remarque : si une ponction lombaire n'est pas réalisable dans l'immédiat, démarrer l'antibiotique après les hémocultures. Les analyses ne doivent pas retarder l'administration d'antibiotiques**

Autres analyses de laboratoire

- Analyse du liquide céphalorachidien (LCR) (numération et formule leucocytaire, protéinorachie et glycorachie)
- Numération et formule sanguine
- Glycémie
- Dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine
- Taux sérique de lactate
- **Signes du LCR en faveur d'une étiologie bactérienne :**
 - Pression accrue à la ponction (pression normale : 80-200 mm H₂O ou 8-20 cm H₂O)
 - LCR trouble
 - Nombre élevé de leucocytes (souvent plusieurs centaines à plusieurs milliers de leucocytes/mm³ ou $>0,1$ à $>1 \times 10^9/L$)
 - Fort % de neutrophiles (>80 %)
 - Protéinorachie élevée (>45 mg/dL ou $>0,45$ g/L)
 - Glycorachie basse (<40 mg/dL ou $<2,2$ mmol/L)
 - Rapport glycorachie/glycémie $\leq 0,4$

Imagerie

Envisager une tomodesitométrie de la tête avant la ponction lombaire en cas de signes neurologiques focaux, de baisse du niveau de conscience, de coma, d'antécédents de trouble du système nerveux central, ou de convulsions récentes (<1 semaine)

Méningite bactérienne

Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

Important :

- En raison de la gravité de cette infection, tous les cas présumés de méningite doivent être traités le plus tôt possible comme une méningite bactérienne jusqu'à ce qu'une origine bactérienne soit exclue ou qu'une cause virale soit clairement identifiée
- La ceftriaxone ou le céfotaxime ne sont pas efficaces contre *Listeria*. En cas d'infection à *Listeria* présumée, l'ampicilline doit être utilisée

• Un traitement empirique repose sur les éléments suivants :

- Âge du patient
- Statut immunitaire du patient
- Prévalence locale d'isolats de *S. pneumoniae* résistants aux céphalosporines de troisième génération (rare, mais possible notamment pour les patients ayant eu une exposition prolongée ou répétée à des bêta-lactamines au cours des trois derniers mois)
- Si un agent pathogène est isolé et que sa sensibilité est connue, revoir et adapter l'antibiothérapie en conséquence

Recours à une corticothérapie

Dexaméthasone 0,15 mg/kg q6h

- Recommandée **uniquement dans les milieux à revenu élevé** (pas de données probantes en faveur d'un effet bénéfique dans les autres milieux)
- À administrer avec la première dose d'antibiotique pour atténuer la réponse inflammatoire et réduire le risque de complications neurologiques et de décès
- Poursuivre uniquement si la présence de *S. pneumoniae* est confirmée

Durée de l'antibiothérapie

- Agent pathogène inconnu : **10 jours**
 Méningite à pneumocoques confirmée : **10-14 jours**
 Méningite à méningocoques confirmée : **5-7 jours**
 Méningite à *Listeria* confirmée : **21 jours**

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Envisager les options de deuxième intention uniquement lorsque celles de première intention ne sont pas disponibles

Première intention

Céfotaxime 2 g q6h IV

À SURVEILLER

OU

Ceftriaxone 2 g q12h IV

À SURVEILLER

Ajouter de l'ampicilline (ou de l'amoxicilline IV) à la ceftriaxone/au céfotaxime si des facteurs de risque d'infection à *Listeria monocytogenes* sont présents (p. ex. patients d'un âge ≥ 50 ans, grossesse)

Deuxième intention

Amoxicilline 2 g q4h IV

ACCÈS

OU

Ampicilline 2 g q4h IV

ACCÈS

OU

Benzylpenicillin 4 millions UI (2,4 g) q4h IV

ACCÈS

OU

Chloramphénicol 1 g q6h IV

ACCÈS

Utiliser le chloramphénicol uniquement lorsqu'aucune autre option n'est disponible, en raison de sa toxicité



Méningite bactérienne

Page 1 de 2



Définition

- Inflammation aiguë des méninges, les membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière
- L'origine peut être infectieuse ou non infectieuse (p. ex. associée à des maladies auto-immunes)



Agents pathogènes les plus fréquents

Nouveau-nés (0-1 mois) :

- *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B)
- *Escherichia coli*
- *Listeria monocytogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*

Enfants/adolescents :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria meningitidis*
- *Haemophilus influenzae* de type B
- *Salmonella* non typhiques responsables d'infections invasives (VIH, drépanocytose)
- *Salmonella* Typhi (rare)

À envisager dans des cas précis :

- Infections virales (notamment entérovirus, virus herpétiques et arbovirus) et causes non infectieuses
- *Mycobacterium tuberculosis* (surtout dans les zones d'endémie ou pour les patients vivant avec le VIH)
- Méningite à cryptocoques et toxoplasme cérébrale pour les patients gravement immunodéprimés
- Neuropaludisme (pour les patients vivant ou se rendant dans des zones d'endémie)
- *Staphylococcus aureus* ou bactéries à Gram négatif, y compris les souches multirésistantes, après une intervention neurochirurgicale



Prévention

- Vaccination contre les méningocoques, les pneumocoques et *Haemophilus influenzae* de type B
- Antibioprophylaxie postexposition par ciprofloxacine ou ceftriaxone pour les personnes en contact prolongé (seulement dans le cas d'une méningite à méningocoques)
- https://www.who.int/health-topics/meningitis#tab=tab_3



Diagnostic



Tableau clinique

Nouveau-nés :

• Généralement, les symptômes ne sont pas spécifiques. Il s'agit souvent d'une association de fièvre, de difficultés pour s'alimenter, de léthargie, de somnolence, de vomissements, d'irritabilité, de convulsions ou d'un gonflement des fontanelles

- Une raideur de la nuque est très rare

Enfants plus âgés :

- Survenue soudaine (<48 h) des symptômes suivants :
 - Fièvre ($\geq 38,0^\circ\text{C}$), avec ou sans
 - Céphalées ou confusion, avec ou sans
 - Raideur de la nuque
- Un purpura peut être présent (notamment en cas d'infection à méningocoques)



Analyses microbiologiques

Idéalement, avant le début de l'antibiothérapie :

- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de liquide céphalorachidien (LCR)
- Recherche des antigènes de *Cryptococcus* spp. dans le LCR et le sang (patients vivant avec le VIH)
- Hémolectures

• **Remarque : les analyses ne doivent pas retarder l'administration d'antibiotiques**



Autres analyses de laboratoire

- Analyse du liquide céphalorachidien (LCR) (numération et formule leucocytaire, protéinorachie et glycorachie)

Signes du LCR en faveur d'une étiologie bactérienne :

- Pression accrue à la ponction (pression normale : 80-200 mm H₂O ou 8-20 cm H₂O)
- LCR trouble
- Nombre élevé de leucocytes (souvent plusieurs centaines à plusieurs milliers de leucocytes/mm³)
- Fort % de neutrophiles (>80 %)
- Protéinorachie élevée (>45 mg/dL ou >0,45 g/L)
- Rapport glycorachie/glycémie $\leq 0,4$



Imagerie

Envisager une tomodensitométrie de la tête avant la ponction lombaire en cas de signes neurologiques focaux, de baisse du niveau de conscience, de coma, d'antécédents de trouble du système nerveux central, ou de convulsions récentes (<1 semaine)

Méningite bactérienne

Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

Important : en raison de la gravité de cette infection, tous les cas présumés de méningite doivent être traités le plus tôt possible comme une méningite bactérienne jusqu'à ce qu'une origine bactérienne soit exclue ou qu'une cause virale soit clairement identifiée

- **Un traitement empirique repose sur les éléments suivants** :
 - Âge du patient
 - Statut immunitaire du patient
 - Prévalence locale d'isolats de *S. pneumoniae* résistants aux céphalosporines de troisième génération (rare, mais possible notamment pour les patients ayant eu une exposition prolongée ou répétée à des bêta-lactamines au cours des trois derniers mois)
- Si un agent pathogène est isolé et que sa sensibilité est connue, revoir et adapter l'antibiothérapie en conséquence

Rx Nouveau-nés (<1 mois)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Ampicilline IV
 • 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
 • >1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

EN ASSOCIATION AVEC

 Gentamicine IV
 • 1^{er} semaine de vie : 5 mg/kg q24h
 • >1^{er} semaine de vie : 7,5 mg/kg q24h

OU

 Céfotaxime IV
 • 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
 • >1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q6h

OU

 Ceftriaxone 100 mg/kg q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Gentamicine IV
 • 1^{er} semaine de vie : 5 mg/kg q24h
 • >1^{er} semaine de vie : 7,5 mg/kg q24h

Deuxième intention

 Méropénem 40 mg/kg/dose q8h IV

Envisager uniquement en cas d'infections présumées causées par des bactéries à Gram négatif

Recours à une corticothérapie

 Dexaméthasone 0,15 mg/kg q6h

- Recommandée **uniquement dans les milieux à revenu élevé** (pas de données probantes en faveur d'un effet bénéfique dans les autres milieux)
- À administrer avec la première dose d'antibiotique pour atténuer la réponse inflammatoire et réduire le risque de complications neurologiques et de décès
- Poursuivre uniquement si la présence de *S. pneumoniae* est confirmée
- Les stéroïdes ne sont pas recommandés en cas de méningite néonatale

Durée de l'antibiothérapie

Agent pathogène inconnu : **10 jours** pour les enfants plus âgés et **3 semaines** pour les nouveau-nés

Méningite à pneumocoques confirmée : **10-14 jours**

Méningite à méningocoques confirmée : **5-7 jours**

Méningite à *Listeria* confirmée : **21 jours**

Rx Enfants

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Envisager les options de deuxième intention uniquement lorsque celles de première intention ne sont pas disponibles

Première intention

 Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV

OU

 Ceftriaxone 100 mg/kg q24h IV

Deuxième intention

 Amoxicilline 50 mg/kg/dose q8h IV

OU

 Ampicilline 50 mg/kg/dose q8h IV

OU

 Benzylpenicillin 60 mg (100 000 UI)/kg/dose q6h IV

OU

 Chloramphénicol 25 mg/kg/dose q6h IV

Utiliser le chloramphénicol uniquement lorsqu'aucune autre option n'est disponible, en raison de sa toxicité

Pneumonie d'origine communautaire

Page 1 de 2

?

Définition

Maladie aiguë touchant les poumons. La symptomatologie habituelle comprend une toux, une production de crachats, une respiration rapide, des difficultés respiratoires, avec apparition ou aggravation d'un infiltrat pulmonaire à la radiographie thoracique

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries « typiques » :

- *Streptococcus pneumoniae* (la plupart des cas)
- *Haemophilus influenzae* (maladies pulmonaires chroniques, tabagisme)
- *Moraxella catarrhalis* (maladies pulmonaires chroniques, tabagisme)
- *Staphylococcus aureus* (souvent associé à influenza)
- *Enterobacterales* (affections comorbides graves, p. ex. maladies pulmonaires chroniques, démence, accident vasculaire cérébral)

Bactéries « atypiques » :

- *Mycoplasma pneumoniae* (plus courant chez le jeune adulte)
- *Chlamydia pneumoniae* et *psittaci* (plus courant chez le jeune adulte)
- *Legionella* spp. (maladies pulmonaires chroniques ou autres troubles sous-jacents, voyages, exposition à des bains à remous)
- *Coxiella burnetii* (zones rurales, exposition à des animaux d'élevage)

Virus respiratoires :

- Virus de la grippe (A et B)
- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Metapneumovirus
- Virus parainfluenza
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Adénovirus
- Rhinovirus
- Autres virus respiratoires

Agents pathogènes à considérer dans des contextes particuliers :

- *Burkholderia pseudomallei* (Asie du Sud-Est, Australie)
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Pneumocystis jirovecii* (personnes vivant avec le VIH ou qui présentent d'autres états d'immunodépression)

Recherche d'une tuberculose (TB)

- Rechercher éventuellement une TB dans les contextes d'endémie, notamment pour les patients à haut risque (p. ex. VIH)
- Un test moléculaire rapide réalisé sur un crachat est le test diagnostique initial à privilégier pour poser le diagnostic de TB pulmonaire et pour détecter une résistance à la rifampicine
- Envisager un test antigénique rapide pour rechercher le lipaarabinomannane dans les urines chez les patients vivant avec le VIH et fortement immunodéprimés qui présentent des symptômes de tuberculose

Diagnostic

Tableau clinique

- Toux récente (<2 semaines) ou aggravation d'une toux avec fièvre ($\geq 38,0$ °C), expectoration, dyspnée, tachypnée, baisse de la saturation en oxygène, râles bronchiques à l'auscultation, douleur/gêne thoracique sans autre explication possible
- Les symptômes non pulmonaires (c.-à-d. confusion, désorientation) peuvent prédominer chez les personnes âgées et les patients immunodéprimés, et la fièvre peut ne pas être présente

Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves (pour orienter le traitement antimicrobien) : hémocultures, recherche d'antigènes de *L. pneumophila* et de *S. pneumoniae* dans les urines

Cas particuliers (selon l'épidémiologie et les facteurs de risque) : test moléculaire rapide des crachats pour *M. tuberculosis*, prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage pour les virus influenza et le SARS-CoV-2, dépistage du VIH là où la prévalence du VIH est élevée et en cas de pneumonie grave ou à répétition

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie : urée sérique (voir l'encadré sur le score CURB-65), pH sanguin, gaz du sang, numération leucocytaire

Pour différencier une infection virale d'une infection bactérienne (en tenant compte de la probabilité avant test) : dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Remarque : en fonction de la disponibilité des tests et de la gravité clinique (p. ex. gaz du sang uniquement pour les cas graves)

Imagerie

- Une radiographie thoracique n'est pas nécessaire pour les cas bénins
- L'infiltrat n'est pas toujours visible (p. ex. déshydratation) et des troubles non infectieux peuvent passer pour des infiltrats (p. ex. œdème, embolie pulmonaire)
- L'aspect radiologique ne permet pas de prédire avec certitude l'agent pathogène responsable

Pneumonie d'origine communautaire

Page 2 de 2

Score de gravité CURB-65

Signes et symptômes (1 point chacun)

- Confusion (nouvelle)
- Urée >19 mg/dL (ou >7 mmol/L)*
- Fréquence Respiratoire >30/min
- PA (BP) systolique <90 mm Hg (<12 kPa) ou PA (BP) diastolique ≤60 mm Hg (<8 kPa)
- Âge ≥ 65 ans

Score 0-1

- Envisager un traitement ambulatoire

Score 2

- Envisager un traitement ambulatoire
- **Envisager d'ajouter de la clarithromycine à une bêta-lactamine pour couvrir les agents pathogènes atypiques**
- Effectuer des analyses microbiologiques

Score ≥3

- Hospitalisation (envisager l'USI)
- **Envisager d'ajouter de la clarithromycine**
- Effectuer des analyses microbiologiques

D'autres critères, comme la présence d'affections comorbides graves ou l'incapacité à suivre le traitement par voie orale, doivent être pris en compte. Le score CURB-65 n'a pas été suffisamment validé dans les milieux à revenu faible

**Il est également possible d'utiliser le score CRB-65, dont le calcul ne fait appel à aucune valeur de laboratoire. Son interprétation est identique à celle du score CURB-65*

Rx Cas bénins à modérés

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

ACCÈS Amoxicilline 1 g q8h **VOIE ORALE**

----- OU -----

ACCÈS Phénoxyéthylpénicilline (de potassium) 500 mg (800 000 UI) q6h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 875 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

----- OU -----

ACCÈS Doxycycline 100 mg q12h **VOIE ORALE**

Rx Traitement

Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant **5 jours**

En cas de maladie grave, envisager un traitement plus long et rechercher des complications, comme un empyème, si le patient n'est pas stable sur le plan clinique au cinquième jour

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

A SURVEILLER Céfotaxime 2 g q8h **IV/IM**

----- OU -----

A SURVEILLER Ceftriaxone 2 g q24h **IV** (1 g q24h **IM***)

**L'injection intramusculaire d'un plus grand volume serait douloureuse*

Si CURB-65 ≥2, ENVISAGER D'AJOUTER

A SURVEILLER Clarithromycine 500 mg q12h **VOIE ORALE** (ou **IV**)

La biodisponibilité de la clarithromycine par voie orale est excellente

La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastro-intestinal

Deuxième intention

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h **IV**

- Une dose quotidienne plus élevée peut être envisagée : 1 g + 200 mg q6h

Si CURB-65 ≥2, ENVISAGER D'AJOUTER

A SURVEILLER Clarithromycine 500 mg q12h **VOIE ORALE** (ou **IV**)

La biodisponibilité de la clarithromycine par voie orale est excellente

La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastro-intestinal

Pneumonie d'origine communautaire

Page 1 de 2

Définition

Maladie aiguë touchant les poumons. La symptomatologie habituelle comprend une toux, une respiration rapide et des difficultés respiratoires, avec apparition ou aggravation d'un infiltrat pulmonaire à la radiographie thoracique

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries « typiques » :

- ***Streptococcus pneumoniae*** (principale cause de pneumonie d'origine communautaire après la 1^{re} semaine de vie)
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Staphylococcus aureus*
- *Enterobacterales*

Agents pathogènes « atypiques » (plus fréquents pour les enfants d'un âge >5 ans que pour les enfants plus jeunes) :

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydomphila pneumoniae*

Virus respiratoires :

- Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Virus de la grippe (A et B)
- Metapneumovirus
- Virus parainfluenza
- Coronavirus (y compris le SARS-CoV-2)
- Adénovirus
- Rhinovirus
- Autres virus respiratoires

Recherche d'une tuberculose (TB)

- Rechercher éventuellement une TB dans les contextes d'endémie, notamment pour les patients à haut risque (p. ex. VIH)
- Un test moléculaire rapide réalisé sur un crachat est le test diagnostique initial à privilégier pour poser le diagnostic de TB pulmonaire et pour détecter une résistance à la rifampicine

Diagnostic

Tableau clinique

- Toux récente (<2 semaines) ou aggravation d'une toux avec fièvre ($\geq 38,0$ °C), dyspnée, tachypnée, baisse de la saturation en oxygène, râles bronchiques, cyanose, geignement expiratoire, battement des ailes du nez, pâleur
- Le diagnostic de pneumonie est posé sur la base : d'une respiration rapide pour l'âge ou d'un tirage respiratoire
 - Rechercher une hypoxie à l'aide d'un oxymètre si cet appareil est disponible
- Les enfants qui se présentent avec le nez qui coule et une toux, sans signe d'infection grave, ne sont généralement pas atteints de pneumonie et ne doivent pas recevoir d'antibiotique, uniquement des conseils pour les soins à domicile

Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves (pour orienter le traitement antimicrobien) : hémocultures

Un dépistage de la COVID-19 et de la grippe peut être envisagé en cas d'indication clinique et de disponibilité de ces tests

Autres analyses de laboratoire

Il n'existe aucun test pour différencier les pneumonies communautaires d'origine virale de celles d'origine bactérienne

Envisager : numération et formule sanguine, et dosage de la protéine C-réactive

Remarque : en fonction de la disponibilité des tests et de la gravité clinique (p. ex. gaz du sang uniquement pour les cas graves)

Imagerie

- Radiographie thoracique pas nécessaire pour les cas bénins
- Rechercher une consolidation lobaire ou un épanchement pleural
- L'aspect radiologique ne permet pas de prédire avec certitude l'agent pathogène responsable

Pneumonie d'origine communautaire

Page 2 de 2

Évaluation de la gravité et considérations cliniques

Les enfants atteints de **pneumonie** :

- Doivent être traités à domicile avec de l'amoxicilline par voie orale et recevoir des conseils pour les soins à domicile

- Le diagnostic de pneumonie se pose lorsqu'un des éléments suivants est identifié :

1. Respiration rapide (fréquence respiratoire >50 respirations/minute pour les enfants âgés de 2 à 11 mois ; >40 respirations/min pour les enfants âgés de 1 à 5 ans)
2. Tirage respiratoire

Les enfants atteints de **pneumonie grave** (ou ceux atteints de pneumonie et qui ne tolèrent pas les antibiotiques par voie orale) :

- **Doivent être hospitalisés et recevoir une antibiothérapie par voie intraveineuse**

- Une pneumonie grave se caractérise par des signes de pneumonie :

- Respiration rapide (+/- tirage respiratoire)

PLUS

- Un signe général de danger :

- Incapacité à téter ou à boire

- Convulsions

- Léthargie ou baisse du niveau de conscience



Durée de l'antibiothérapie

3 jours : dans les régions où la prévalence du VIH est faible et en l'absence de tirage respiratoire

5 jours : dans les régions où la prévalence du VIH est forte et en présence de tirage respiratoire

En cas de maladie grave, envisager un traitement plus long et rechercher des complications, comme un empyème, si le patient n'est pas stable sur le plan clinique au jour 5



Cas bénins à modérés

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale



Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour **VOIE ORALE**

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	250 mg q12h
6-<10 kg	375 mg q12h
10-<15 kg	500 mg q12h
15-<20 kg	750 mg q12h
≥20 kg	500 mg q8h ou 1 g q12h

Rx Traitement

Rx Cas graves

Voir la rubrique « Évaluation de la gravité et considérations cliniques » pour savoir comment diagnostiquer les cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention



Amoxicilline 50 mg/kg/dose **IV/IM**

- ≤1re semaine de vie : q12h

- >1re semaine de vie : q8h

OU



Ampicilline 50 mg/kg/dose **IV/IM**

- ≤1re semaine de vie : q12h

- >1re semaine de vie : q8h

OU



Benzylpénicilline 30 mg/kg/dose
(50 000 UI/kg/dose) q8h **IV**

EN ASSOCIATION AVEC



Gentamicine **IV/IM**

- Nouveau-nés : 5 mg/kg/dose q24h

- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q24h

SI SÉROPOSITIF POUR LE VIH ET ÂGE <1 AN

Pour traiter une éventuelle pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*, **AJOUTER**



Sulfaméthoxazole + triméthoprime 40 mg/kg
SMX + 8 mg/kg TMP q8h **IV/VOIE ORALE**
pendant 3 semaines

Deuxième intention

Si **PAS de réponse clinique au traitement de première intention au bout de 48-72 heures**



Céftaxime 50 mg/kg/dose q8h **IV/IM**

OU



Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h **IV/IM**

Pneumonie nosocomiale

Page 1 de 2

? Définition

Pneumonie nosocomiale (PN) : maladie aiguë touchant les poumons, due à des agents pathogènes présents dans le milieu hospitalier, et qui se manifeste au moins 48 heures après l'admission

Pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) : maladie aiguë touchant les poumons, due à des agents pathogènes présents dans le milieu hospitalier, et qui se manifeste au moins 48 heures après l'admission alors que le patient est sous ventilation

Important : la valeur seuil de 48 heures est choisie à des fins pratiques et de surveillance

Agents pathogènes les plus fréquents

- La PN peut être causée par les mêmes agents pathogènes que ceux responsables des pneumonies communautaires, ou bien être due à des agents pathogènes multirésistants
- La majorité des données sur l'étiologie microbiologique de la PN proviennent de patients sous ventilation hospitalisés en soins intensifs

Bactéries les plus souvent associées à une PN :

- Bactéries à Gram négatif, y compris *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* et Enterobacterales comme *Klebsiella pneumoniae* (y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- Bactéries anaérobies (surtout associées à l'aspiration d'un grand volume de sécrétions)
- *Legionella pneumophila*

Virus respiratoires :

- Virus de la grippe (A et B)
- Autres virus respiratoires (y compris le SARS-CoV-2)

Facteurs de risque d'infection par des agents pathogènes multirésistants :

- Antécédents d'antibiothérapie
- Hospitalisation prolongée (notamment en USI)
- Antécédents de colonisation par des agents pathogènes multirésistants
- Forte prévalence locale d'agents pathogènes résistants (p. ex. parmi *S. aureus* et les bactéries à Gram négatif, y compris *P. aeruginosa*)

Diagnostic

Tableau clinique

Patients qui ne sont pas sous ventilation : apparition ou aggravation d'une toux +/- production de crachats, respiration rapide, difficultés respiratoires, baisse de la saturation en oxygène, râles bronchiques à l'auscultation ou douleur/gêne thoracique sans autre explication possible ; une fièvre $\geq 38,0$ °C est généralement présente (peut être absente, notamment chez la personne âgée)

Patients sous ventilation : augmentation des sécrétions respiratoires, baisse de la saturation en oxygène et apparition d'un infiltrat pulmonaire à la radiographie thoracique

Remarque : le tableau clinique est non spécifique et d'autres maladies (comme l'embolie pulmonaire) peuvent ressembler à une PN. La PN et la PAVM peuvent évoluer en sepsis

Analyses microbiologiques

Tous les cas :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons respiratoires (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Recherche des antigènes urinaires de *L. pneumophila* et *S. pneumoniae*

Cas particuliers (selon l'épidémiologie et les facteurs de risque) : prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage pour les virus influenza et le SARS-CoV-2

Important : un résultat positif de culture d'échantillons respiratoires peut être le signe d'une colonisation plutôt que d'une infection aiguë

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie : pH sanguin et gaz du sang, numération leucocytaire

Pour différencier une infection virale d'une infection bactérienne (en tenant compte de la probabilité avant test) : dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Remarque : en fonction de la disponibilité des tests et de la gravité clinique (p. ex. dosage des gaz du sang uniquement pour les cas graves)

• En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Imagerie

Une radiographie thoracique est nécessaire, car d'autres troubles présentent des caractéristiques cliniques similaires et une antibiothérapie pourrait être évitée si la radiographie ne montre pas de signes de pneumonie bactérienne

Important :

- Les radiographies thoraciques peuvent être difficiles à interpréter et il est parfois compliqué de corréler les observations avec le tableau clinique. De nombreux autres troubles peuvent passer pour des infiltrats infectieux (notamment chez la personne âgée)
- L'aspect radiologique ne permet pas de prédire avec certitude l'agent pathogène responsable

Pneumonie nosocomiale

Page 2 de 2



Prévention

Principes clés :

- Vaccination contre les agents pathogènes fréquemment responsables d'une pneumonie
- Bonne hygiène des mains
- Maintien de la mobilité
- Maintien d'une bonne hygiène orale et des soins dentaires
- Maintien de la nutrition à l'hôpital
- Élévation de la tête du lit pour réduire le risque d'aspiration des sécrétions respiratoires dans les poumons
- Éviter une intubation ou en réduire la durée autant que possible

L'ensemble des soins propres à l'USI comprend généralement

les points suivants :

- Sédation minimale
- Évaluation régulière pour savoir s'il est possible de retirer la sonde endotrachéale ; les patients doivent être extubés dès qu'il est possible de le faire sans risque
- Décontamination oro-pharyngée sélective (DOS) ou décontamination digestive sélective (DDS) pour réduire la charge bactérienne des voies digestives supérieures (avec la DOS) ou inférieures (avec la DDS) grâce à l'administration d'antibiotiques non absorbables
- La DOS/DDS peut aider à réduire l'incidence de la PAVM, mais le risque de sélection de bactéries résistantes est préoccupant



Traitement



Considérations cliniques

Important :

- Envisager d'arrêter le traitement si une PN a été exclue ou s'il est possible de poser un autre diagnostic
- Si le patient n'est pas gravement malade, envisager un traitement ciblé en fonction des résultats des analyses microbiologiques

Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants :

- Gravité des symptômes (des systèmes de cotation existent, mais ne sont pas abordés ici), en tenant compte de la prévalence locale des agents pathogènes résistants et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Pour les patients atteints de PAVM, envisager spécifiquement :

- Le besoin d'une double couverture contre les bactéries du genre *Pseudomonas* (risque d'infection causée par des isolats résistants à l'antibiotique utilisé en monothérapie)

Important :

- Simplifier le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- Le passage à un traitement par voie orale dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale



Durée de l'antibiothérapie

7 jours ; réévaluer le diagnostic et envisager un traitement plus long si le patient n'est pas stable sur le plan clinique au jour 7



PN (non acquise sous ventilation)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire



Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h IV OU 875 mg + 125 mg q8h VOIE ORALE

À envisager en cas de risque faible d'infection par des souches multirésistantes (p. ex. brève hospitalisation avant la survenue des symptômes et pas d'antécédents d'antibiothérapie)

OU



Céfotaxime 2 g q8h IV/IM

OU



Ceftriaxone 2 g q24h IV (1 g q24h*) IM

*L'injection intramusculaire d'un plus grand volume serait douloureuse

OU



Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

L'association pipéracilline + tazobactam fournit une couverture contre les bactéries du genre *Pseudomonas*, contrairement aux autres options (risque plus élevé d'infection à *P. aeruginosa* pour les patients qui ont récemment suivi une antibiothérapie, qui présentent des antécédents de colonisation respiratoire et qui sont atteints d'une maladie pulmonaire sous-jacente)

Pneumonie nosocomiale

Page 1 de 2

?

Définition

Pneumonie nosocomiale (PN) : maladie aiguë touchant les poumons, due à des agents pathogènes présents dans le milieu hospitalier, et qui se manifeste au moins 48 heures après l'admission

Pneumonie acquise sous ventilation mécanique (PAVM) : maladie aiguë touchant les poumons, due à des agents pathogènes présents dans le milieu hospitalier, et qui se manifeste au moins 48 heures après l'admission alors que le patient est sous ventilation

Important : la valeur seuil de 48 heures est choisie à des fins pratiques et de surveillance

Agents pathogènes les plus fréquents

- La PN peut être causée par les mêmes agents pathogènes que ceux responsables des pneumonies communautaires, ou bien être due à des agents pathogènes multirésistants
- La majorité des données sur l'étiologie microbiologique de la PN proviennent de patients sous ventilation hospitalisés en soins intensifs

Bactéries les plus souvent associées à une PN :

- Bactéries à Gram négatif, y compris *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* et Enterobacterales comme *Klebsiella pneumoniae* (y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- Bactéries anaérobies (surtout associées à l'aspiration d'un grand volume de sécrétions)
- *Legionella pneumophila*

Virus respiratoires :

- Virus de la grippe (A et B)
- Autres virus respiratoires (y compris le SARS-CoV-2)

Facteurs de risque d'infection par des agents pathogènes multirésistants :

- Antécédents d'antibiothérapie
- Hospitalisation prolongée (notamment en USI)
- Antécédents de colonisation par des agents pathogènes multirésistants
- Forte prévalence locale d'agents pathogènes résistants (p. ex. parmi *S. aureus* et les bactéries à Gram négatif, y compris *P. aeruginosa*)

Diagnostic

Tableau clinique

Patients qui ne sont pas sous ventilation : apparition ou aggravation d'une toux +/- production de crachats, respiration rapide, difficultés respiratoires, baisse de la saturation en oxygène, râles bronchiques à l'auscultation ou douleur/gêne thoracique sans autre explication possible ; une fièvre $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ est généralement présente (peut être absente)

Patients sous ventilation : augmentation des sécrétions respiratoires, baisse de la saturation en oxygène et apparition d'un infiltrat pulmonaire à la radiographie thoracique

Remarque : le tableau clinique est non spécifique et d'autres maladies (comme l'embolie pulmonaire) peuvent ressembler à une PN. La PN et la PAVM peuvent évoluer en sepsis

Analyses microbiologiques

Tous les cas :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons respiratoires (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)

Cas particuliers (selon l'épidémiologie et les facteurs de risque) : prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage pour les virus influenza et le SARS-CoV-2

Important : un résultat positif de culture d'échantillons respiratoires peut être le signe d'une colonisation plutôt que d'une infection aiguë

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie : pH sanguin et gaz du sang, numération leucocytaire

Pour différencier une infection virale d'une infection bactérienne (en tenant compte de la probabilité avant test) : dosage de la protéine C-réactive

Remarque : en fonction de la disponibilité des tests et de la gravité clinique (p. ex. dosage des gaz du sang uniquement pour les cas graves)

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Imagerie

Une radiographie thoracique est nécessaire, car d'autres troubles présentent des caractéristiques cliniques similaires et une antibiothérapie pourrait être évitée si la radiographie ne montre pas de signes de pneumonie bactérienne

Important :

- Les radiographies thoraciques peuvent être difficiles à interpréter et il est parfois compliqué de corréler les observations avec le tableau clinique. De nombreux autres troubles peuvent passer pour des infiltrats infectieux
- L'aspect radiologique ne permet pas de prédire avec certitude l'agent pathogène responsable

Pneumonie nosocomiale

Page 2 de 2

 **Prévention**

Principes clés :

- Vaccination contre les agents pathogènes fréquemment responsables d'une pneumonie
- Bonne hygiène des mains
- Maintien de la mobilité
- Maintien d'une bonne hygiène orale et des soins dentaires
- Maintien de la nutrition à l'hôpital
- Élévation de la tête du lit pour réduire le risque d'aspiration des sécrétions respiratoires dans les poumons
- Éviter une intubation ou en réduire la durée autant que possible

L'ensemble des soins propres à l'USI comprend généralement les points suivants :

- Sédation minimale
- Évaluation régulière pour savoir s'il est possible de retirer la sonde endotrachéale ; les patients doivent être extubés dès qu'il est possible de le faire sans risque

 **Traitement**

 **Considérations cliniques**

Important :

- Envisager d'arrêter le traitement si une PN a été exclue ou s'il est possible de poser un autre diagnostic
- Si le patient n'est pas gravement malade, envisager un traitement ciblé en fonction des résultats des analyses microbiologiques

Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants :

- Gravité des symptômes (des systèmes de cotation existent, mais ne sont pas traités ici), en tenant compte de la prévalence locale des agents pathogènes résistants et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Pour les patients atteints de PAVM, envisager spécifiquement :

- Le besoin d'une double couverture contre les bactéries du genre *Pseudomonas* (risque d'infection causée par des isolats résistants à l'antibiotique utilisé en monothérapie)

Important :

- Simplifier le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- Le passage à un traitement par voie orale dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

 **PN (non acquise sous ventilation)**

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 **Amoxicilline + acide clavulanique**

IV :

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

À envisager en cas de risque faible d'infection par des souches multirésistantes (p. ex. brève hospitalisation avant la survenue des symptômes et pas d'antécédents d'antibiothérapie)

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

----- **OU** -----

 **Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV/IM**

----- **OU** -----

 **Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV/IM**

----- **OU** -----

 **Pipéracilline + tazobactam 100 mg de pipéracilline/kg/dose q8h IV**

*L'association pipéracilline + tazobactam fournit une couverture contre les bactéries du genre *Pseudomonas*, contrairement aux autres options (risque plus élevé d'infection à *P. aeruginosa* pour les patients qui ont récemment suivi une antibiothérapie, qui présentent des antécédents de colonisation respiratoire et qui sont atteints d'une maladie pulmonaire sous-jacente)*

Cholécystite aiguë et cholangite

Infection intra-abdominale - Page 1 de 2

?

Définition

Cholécystite aiguë : inflammation aiguë de la vésicule biliaire

- Une obstruction prolongée du canal cystique par un calcul de la vésicule biliaire en est la cause la plus fréquente

Angiocholite aiguë : inflammation aiguë des canaux biliaires

- Une obstruction du conduit cholédoque par un calcul de la vésicule biliaire ou une obstruction par des tumeurs en sont les causes les plus fréquentes

Classification selon la complexité :

- *Sans complications* : la cavité péritonéale n'est pas touchée et aucun abcès n'est présent
- *Avec complications* : la cavité péritonéale est touchée ou un abcès est présent

Classification selon la gravité :

- *Cas bénin* : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- *Cas grave* : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

Agents pathogènes les plus fréquents

Les infections sont souvent polymicrobiennes

Bactéries :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli*) et d'autres bactéries à Gram négatif (y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus* spp. (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus* spp.
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides* spp.)

Champignons (envisager en cas d'antibiothérapie récente) :

- Principalement *Candida albicans*

Diagnostic

Tableau clinique

Cholécystite aiguë :

- Douleur abdominale aiguë, notamment au niveau du quadrant supérieur droit, accompagnée de nausées et de vomissements ; la fièvre ($\geq 38,0$ °C) peut être absente

Angiocholite aiguë :

- Douleur abdominale avec fièvre ($\geq 38,0$ °C) et ictère +/- nausées et vomissements

Important :

- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une contracture des muscles abdominaux
- Une hypotension et des signes d'hypoperfusion des organes (p. ex. oligurie) peuvent être des signes de sepsis ou de choc septique qui nécessitent un traitement en urgence

Analyses microbiologiques

Cas bénins sans complications :

- Habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de liquide abdominal et de bile (s'ils peuvent être prélevés) pour adapter l'antibiothérapie empirique

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Pour évaluer la fonction hépatique : ASAT, bilirubine et phosphatase alcaline

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Imagerie

- Échographie abdominale pour confirmer le diagnostic
- Envisager une tomodensitométrie abdominale en cas de complications présumées ou lorsque le diagnostic est incertain

Cholécystite aiguë et cholangite

Infection intra-abdominale - Page 2 de 2

Rx Traitement

Durée de l'antibiothérapie

Cholécystite aiguë :

- **Cas sans complications** : il est possible d'arrêter l'antibiothérapie après ablation de la vésicule biliaire
- **Cas avec complications** : 5 jours est une durée adéquate pour la plupart des cas lorsque le rétablissement clinique et le contrôle de la source sont corrects

Angiocholite aiguë :

- **Tous les cas** : démarrer une antibiothérapie jusqu'à ce que le drainage biliaire ait eu lieu et continuer le traitement pour une durée totale de 5 jours une fois la source adéquatement contrôlée

Considérations cliniques

- Une cholécystectomie (en cas de cholécystite aiguë) et un drainage biliaire (en cas d'angiocholite aiguë) restent les deux principales approches pour éliminer la source d'infection
- Pour ces deux maladies, une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants : gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment des isolats d'Enterobacteriales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important pour les deux maladies :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- Le passage à un traitement par voie orale dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- Si les signes et les symptômes persistent, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h IV OU 875 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

Deuxième intention

 Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

La biodisponibilité de la ciprofloxacine et du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

OU

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

Deuxième intention

 Méropénem 1 g q8h IV

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacteriales produisant des BLSE

Cholécystite aiguë et cholangite

Infection intra-abdominale - Page 1 de 3

?

Définition

Cholécystite aiguë : inflammation aiguë de la vésicule biliaire

- Une obstruction prolongée du canal cystique par un calcul de la vésicule biliaire en est la cause la plus fréquente

Angiocholite aiguë : inflammation aiguë des canaux biliaires

- Une obstruction du conduit cholédoque par un calcul de la vésicule biliaire ou une obstruction par des tumeurs en sont les causes les plus fréquentes

Classification selon la complexité :

- *Sans complications* : la cavité péritonéale n'est pas touchée et aucun abcès n'est présent
- *Avec complications* : la cavité péritonéale est touchée ou un abcès est présent

Classification selon la gravité :

- *Cas bénin* : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- *Cas grave* : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

Agents pathogènes les plus fréquents

Les infections sont souvent polymicrobiennes

Bactéries :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli*) et d'autres bactéries à Gram négatif (y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus* spp. (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus* spp.
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides* spp.)

Champignons (envisager en cas d'antibiothérapie récente) :

- Principalement *Candida albicans*

Diagnostic

Tableau clinique

Cholécystite aiguë :

- Douleur abdominale aiguë, notamment au niveau du quadrant supérieur droit, accompagnée de nausées et de vomissements

Angiocholite aiguë :

- Douleur abdominale avec fièvre et ictère +/- nausées et vomissements

Important :

- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une contracture des muscles abdominaux
- Une hypotension et des signes d'hypoperfusion des organes (p. ex. oligurie) peuvent être des signes de sepsis ou de choc septique qui nécessitent un traitement en urgence

Analyses microbiologiques

Cas bénins sans complications :

- Habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de liquide abdominal et de bile (s'ils peuvent être prélevés) pour adapter l'antibiothérapie empirique

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Pour évaluer la fonction hépatique : ASAT, bilirubine et phosphatase alcaline

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Imagerie

- Échographie abdominale pour confirmer le diagnostic
- Envisager une tomodensitométrie abdominale en cas de complications présumées ou lorsque le diagnostic est incertain

Cholécystite aiguë et cholangite

Infection intra-abdominale - Page 2 de 3

Rx Traitement (section 1 sur 2)

Considérations cliniques

• Une **cholécystectomie (en cas de cholécystite aiguë) et un drainage biliaire (en cas d'angiocholite aiguë) restent les deux principales approches pour éliminer la source d'infection**

• Pour ces deux maladies, une **antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants** : gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment des isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important pour les deux maladies :

• **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide

• **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

• **Si les signes et les symptômes persistent**, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

⌚ Duré de l'antibiothérapie

Cholécystite aiguë :

• **Cas sans complications** : il est possible d'arrêter l'antibiothérapie après ablation de la vésicule biliaire

• **Cas avec complications : 5 jours** est une durée adéquate pour la plupart des cas lorsque le rétablissement clinique et le contrôle de la source sont corrects

Angiocholite aiguë :

• **Tous les cas** : démarrer une antibiothérapie jusqu'à ce que le drainage biliaire ait eu lieu et continuer le traitement pour une durée totale de **5 jours** une fois la source adéquatement contrôlée

Rx Cas bénins

Voir les recommandations thérapeutiques page suivante

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention



Ampicilline IV

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
- > 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

----- EN ASSOCIATION AVEC -----



Gentamicine IV

- Nouveau-nés : 5 mg/kg q24h
- Enfants : 7,5 mg/kg q24h

----- EN ASSOCIATION AVEC -----



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

----- OU -----



Pipéracilline + tazobactam 100 mg de pipéracilline/kg/dose q8h IV

Deuxième intention



Méropénem 20 mg/kg/dose q8h IV

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacterales produisant des BLSE

Cholécystite aiguë et cholangite

Infection intra-abdominale - Page 3 de 3

Rx Traitement (section 2 sur 2)

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention



Amoxicilline + acide clavulanique

IV :

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU



Ampicilline IV

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

EN ASSOCIATION AVEC



Gentamicine IV

- Nouveau-nés : 5 mg/kg q24h
- Enfants : 7,5 mg/kg q24h

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

OU



Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV

OU



Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

Deuxième intention



Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h

IV/VOIE ORALE

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥30 kg	500 mg q12h

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

La biodisponibilité de la ciprofloxacine et du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Abcès hépatique pyogène

Infection intra-abdominale - Page 1 de 2

? Définition

Accumulation de pus dans le foie

Classification selon la gravité :

- **Cas bénin** : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- **Cas grave** : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Fèvre ($\geq 38,0$ °C) et douleur abdominale (principalement au niveau du quadrant supérieur droit) +/- vomissements, nausées, anorexie, sensation de malaise et ictere

🔬 Analyses microbiologiques

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de pus (si l'abcès peut être drainé) pour adapter l'antibiothérapie empirique
- Dépistage de *Entamoeba histolytica* :
 - Tests antigéniques ou d'amplification des acides nucléiques à partir d'aspirats de l'abcès
 - Sérologie (même si, dans les zones d'endémie, la sérologie peut rester positive pendant des mois/des années après la résolution de l'infection)

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Pour évaluer la fonction hépatique : ASAT, bilirubine et phosphatase alcaline

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

📷 Imagerie

- Échographie abdominale pour confirmer le diagnostic
- Envisager une tomodensitométrie abdominale, notamment en cas de complications présumées ou lorsque le diagnostic est incertain

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Les infections sont souvent polymicrobiennes

Bactéries :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* spp.), y compris les souches multirésistantes
- *Burkholderia pseudomallei* (surtout en Asie du Sud-Est et en Australie du Nord)
- *Staphylococcus* spp.
- *Streptococcus* spp. (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus* spp.
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides* spp.)

Champignons :

- Principalement *Candida albicans* (qui n'est pas une cause d'abcès « à germes pyogènes », mais à envisager pour les patients immunodéprimés ou en cas d'antibiothérapie récente)

Parasites (à envisager dans les zones d'endémie) :

- *Entamoeba histolytica* (qui n'est pas une cause d'abcès « à germes pyogènes », mais à envisager comme diagnostic différentiel)

📄 Rx Traitement (section 1 sur 2)

📄 Considérations cliniques

- **Le drainage de l'abcès reste la principale approche pour éliminer la source d'infection** (notamment pour les abcès volumineux >5 cm qui présentent un risque élevé de rupture)
- Le drainage est également important pour pouvoir caractériser l'agent pathogène responsable et son profil de résistance

• **Cas bénin** : une antibiothérapie ciblée est à privilégier (risque d'infection à Enterobacterales produisant des BLSE ou des carbapénémases)

• **Cas grave** : administrer un traitement empirique en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE ou des carbapénémases) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

• **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide

• **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

• **Si les signes et les symptômes persistent**, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

Abcès hépatique pyogène

Infection intra-abdominale - Page 2 de 2

Rx Traitement (section 2 sur 2)

Durée de l'antibiothérapie

- Habituellement longue (au moins 4 semaines), en fonction du contrôle adéquat de la source avec des procédures de drainage
- Traitement plus long (mois) en cas d'infection à *Burkholderia pseudomallei*
- Un suivi par imagerie peut aider à définir la durée de l'antibiothérapie

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h IV OU 875 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

Deuxième intention

 Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

La biodisponibilité de la ciprofloxacine et du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

OU

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

Deuxième intention

 Méropénem 1 g q8h IV

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacterales produisant des BLSE

Rx Abcès amibien

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Métronidazole 750 mg q8h **VOIE ORALE**

SUIVI PAR

 Paromomycine 25-35 mg/kg répartis en 3 prises **VOIE ORALE**

Abcès hépatique pyogène

Infection intra-abdominale - Page 1 de 3

?

 Définition

Accumulation de pus dans le foie

Classification selon la gravité :

- *Cas bénin* : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- *Cas grave* : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

Fièvre ($\geq 38,0$ °C) et douleur abdominale (principalement au niveau du quadrant supérieur droit) +/- vomissements, nausées, anorexie, sensation de malaise et ictere

🔬 Analyses microbiologiques

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de pus (si l'abcès peut être drainé) pour adapter l'antibiothérapie empirique
- Dépistage de *Entamoeba histolytica* :
 - Tests antigéniques ou d'amplification des acides nucléiques à partir d'aspirats de l'abcès
 - Sérologie (même si, dans les zones d'endémie, la sérologie peut rester positive pendant des mois/des années après la résolution de l'infection)

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Pour évaluer la fonction hépatique : ASAT, bilirubine et phosphatase alcaline

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

📷 Imagerie

- Échographie abdominale pour confirmer le diagnostic
- Envisager une tomodensitométrie abdominale, notamment en cas de complications présumées ou lorsque le diagnostic est incertain

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Les infections sont souvent polymicrobiennes

Bactéries :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*), y compris les souches multirésistantes
- *Burkholderia pseudomallei* (surtout en Asie du Sud-Est et en Australie du Nord)
- *Staphylococcus spp.*
- *Streptococcus spp.* (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus spp.*
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides spp.*)

Champignons :

- Principalement *Candida albicans* (qui n'est pas une cause d'abcès « à germes pyogènes », mais à envisager pour les patients immunodéprimés ou en cas d'antibiothérapie récente)

Parasites (à envisager dans les zones d'endémie) :

- *Entamoeba histolytica* (qui n'est pas une cause d'abcès « à germes pyogènes », mais à envisager comme diagnostic différentiel)

📌 Rx Traitement (section 1 sur 3)

📋 Considérations cliniques

- **Le drainage de l'abcès reste la principale approche pour éliminer la source d'infection** (notamment pour les abcès volumineux >5 cm qui présentent un risque élevé de rupture)
- Le drainage est également important pour pouvoir caractériser l'agent pathogène responsable et son profil de résistance
- **Cas bénin** : une antibiothérapie ciblée est à privilégier (risque d'infection à Enterobacterales produisant des BLSE ou des carbapénémases)
- **Cas grave** : administrer un traitement empirique en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE ou des carbapénémases) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- **Si les signes et les symptômes persistent**, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

Abcès hépatique pyogène

Infection intra-abdominale - Page 2 de 3

Rx Traitement (section 2 sur 3)

Durée de l'antibiothérapie

- Habituellement longue (au moins 4 semaines), en fonction du contrôle adéquat de la source avec des procédures de drainage
- Traitement plus long (mois) en cas d'infection à *Burkholderia pseudomallei*
- Un suivi par imagerie peut aider à définir la durée de l'antibiothérapie

Rx Abcès amibien

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Métronidazole 10-15 mg/kg/dose q8h **VOIE ORALE**

Rx Cas bénins

Voir les recommandations thérapeutiques page suivante

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Ampicilline IV

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
- > 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

EN ASSOCIATION AVEC

 Gentamicine IV

- Nouveau-nés : 5 mg/kg q24h
- Enfants : 7,5 mg/kg q24h

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h
- **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

OU

 Pipéracilline + tazobactam 100 mg de pipéracilline/kg/dose q8h IV

Deuxième intention

 Méropénem 20 mg/kg/dose q8h IV

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacterales produisant des BLSE

Abcès hépatique pyogène

Infection intra-abdominale - Page 3 de 3

Rx Traitement (section 3 sur 3)

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention



Amoxicilline + acide clavulanique

IV :

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amax = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU



Ampicilline IV

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

EN ASSOCIATION AVEC



Gentamicine IV

- Nouveau-nés : 5 mg/kg q24h
- Enfants : 7,5 mg/kg q24h

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

OU



Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV

OU



Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

Deuxième intention



Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h

IV/VOIE ORALE

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥30 kg	500 mg q12h

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

La biodisponibilité de la ciprofloxacine et du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Appendicite aiguë

Infection intra-abdominale - Page 1 de 2

?

Définition

Inflammation aiguë de l'appendice, parfois suivie d'une ischémie et d'une perforation

Classification selon la complexité :

- **Sans complications** (>70 % des cas) : la cavité péritonéale n'est pas touchée et aucun abcès n'est présent
- **Avec complications** : la cavité péritonéale est touchée ou un abcès est présent

Classification selon la gravité :

- **Cas bénin** : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- **Cas grave** : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli* y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus* spp. (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus* spp.
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides* spp.)

Champignons (envisager en cas d'antibiothérapie récente) :

- Principalement *Candida albicans*

Parasites (à envisager dans les zones d'endémie) :

- *Enterobius vermicularis* (oxyure) peut causer une obstruction de l'appendice

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Douleur abdominale aiguë (habituellement au niveau du quadrant inférieur droit ou irradiant depuis la région périombilicale vers le quadrant inférieur droit), accompagnée de nausées et de vomissements ; la fièvre ($\geq 38,0$ °C) peut être absente

Important :

- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une contracture des muscles abdominaux
- Une hypotension et des signes d'hypoperfusion des organes (p. ex. oligurie) peuvent être des signes de sepsis ou de choc septique qui nécessitent un traitement en urgence

📷 Imagerie

- Échographie abdominale pour confirmer le diagnostic
- Envisager une tomodensitométrie abdominale en cas de complications présumées ou lorsque le diagnostic est incertain

🦠 Analyses microbiologiques

Cas bénins sans complications :

- Habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Une analyse microscopique et la mise en culture d'échantillons de pus (prélevés pendant l'intervention chirurgicale) ne sont pas recommandées de façon systématique, mais peuvent être envisagées dans des cas précis pour adapter l'antibiothérapie empirique

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour mettre en évidence une autre cause de douleur abdominale :

- Analyse d'urine (bandelettes urinaires ou examen microscopique) pour exclure une infection des voies urinaires
- Test de grossesse chez la femme : pour exclure une grossesse extra-utérine

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Appendicite aiguë

Infection intra-abdominale - Page 2 de 2

Rx Traitement

Durée de l'antibiothérapie

Antibiothérapie en complément d'une intervention chirurgicale

- **Cas sans complications** : il est possible d'arrêter l'antibiothérapie après ablation de l'appendice
- **Cas avec complications** : il est possible de continuer l'antibiothérapie pour une durée totale de **5 jours** à condition que les symptômes aient disparu et que la source d'infection ait été éliminée chirurgicalement

Antibiothérapie seule : 7 jours

- À envisager dans des cas précis si un suivi clinique étroit est possible et en tenant compte des préférences du patient (éviter les risques associés à une opération chirurgicale par rapport au risque plus élevé de récurrences et de devoir recourir ultérieurement à une opération – environ 30 à 40 % sur 5 ans)

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h IV OU 875 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

Deuxième intention

 Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

La biodisponibilité du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Considérations cliniques

- **L'appendicectomie reste la principale approche pour éliminer la source d'infection**
- **Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants**: gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- **Si les signes et les symptômes persistent**, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h **IV/VOIE ORALE**

OU

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

Deuxième intention

 Méropénem 1 g q8h IV

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacterales produisant des BLSE

Appendicite aiguë

Infection intra-abdominale - Page 1 de 3

?

Définition

Inflammation aiguë de l'appendice, parfois suivie d'une ischémie et d'une perforation

Classification selon la complexité :

- **Sans complications** (>70 % des cas) : la cavité péritonéale n'est pas touchée et aucun abcès n'est présent
- **Avec complications** : la cavité péritonéale est touchée ou un abcès est présent

Classification selon la gravité :

- **Cas bénin** : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- **Cas grave** : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli* y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus* spp. (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus* spp.
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides* spp.)

Champignons (envisager en cas d'antibiothérapie récente) :

- Principalement *Candida albicans*

Parasites (à envisager dans les zones d'endémie) :

- *Enterobius vermicularis* (oxyure) peut causer une obstruction de l'appendice

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Douleur abdominale aiguë (habituellement au niveau du quadrant inférieur droit ou irradiant depuis la région périombilicale vers le quadrant inférieur droit), accompagnée de nausées et de vomissements ; la fièvre ($\geq 38,0$ °C) peut être absente

Important :

- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une contracture des muscles abdominaux
- Une hypotension et des signes d'hypoperfusion des organes (p. ex. oligurie) peuvent être des signes de sepsis ou de choc septique qui nécessitent un traitement en urgence

📷 Imagerie

- Une échographie abdominale, si disponible, peut être utile pour confirmer le diagnostic
- Envisager une tomodensitométrie abdominale en cas de complications présumées ou lorsque le diagnostic est incertain

🦠 Analyses microbiologiques

Cas bénins sans complications :

- Habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Une analyse microscopique et la mise en culture d'échantillons de pus (prélevés pendant l'intervention chirurgicale) ne sont pas recommandées de façon systématique, mais peuvent être envisagées dans des cas précis pour adapter l'antibiothérapie empirique

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour mettre en évidence une autre cause de douleur abdominale :

- Analyse d'urine (bandelettes urinaires ou examen microscopique) pour exclure une infection des voies urinaires
- Envisager un test de grossesse, s'il y a lieu, pour exclure une grossesse extra-utérine

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Appendicite aigüé

Infection intra-abdominale - Page 2 de 3

Rx Traitement (section 1 sur 2)

Considérations cliniques

- **L'appendicectomie reste la principale approche pour éliminer la source d'infection**
- L'OMS ne recommande pas une antibiothérapie seule pour les enfants
- **Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants** : gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- **Si les signes et les symptômes persistent**, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

⌚ Durée de l'antibiothérapie

- **Cas sans complications** : il est possible d'arrêter l'antibiothérapie une fois l'intervention chirurgicale réalisée, si l'enfant se porte bien
- **Cas avec complications** : il est possible de continuer l'antibiothérapie pour une durée totale de **5 jours** à condition que les symptômes aient disparu et que la source d'infection ait été éliminée chirurgicalement

Rx Cas bénins

Voir les recommandations thérapeutiques page suivante

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

- ACCÈS** Ampicilline IV
- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
 - > 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

- ACCÈS** Gentamicine IV
- Nouveau-nés : 5 mg/kg q24h
 - Enfants : 7,5 mg/kg q24h

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

- ACCÈS** Métronidazole IV/VOIE ORALE
- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
 - Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h
 - **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

----- OU -----

- À SURVEILLER** Pipéracilline + tazobactam 100 mg de pipéracilline/kg/dose q8h IV

Deuxième intention

- À SURVEILLER** Méropénem 20 mg/kg/dose q8h IV

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacterales produisant des BLSE

Appendicite aiguë

Infection intra-abdominale - Page 3 de 3

Rx Traitement (section 2 sur 2)

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention



Amoxicilline + acide clavulanique

IV :

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU



Ampicilline IV

- 1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 50 mg/kg/dose q8h

EN ASSOCIATION AVEC



Gentamicine IV

- Nouveau-nés : 5 mg/kg q24h
- Enfants : 7,5 mg/kg q24h

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

OU



Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV

OU



Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

Deuxième intention



Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h

IV/VOIE ORALE

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥30 kg	500 mg q12h

EN ASSOCIATION AVEC



Métronidazole IV/VOIE ORALE

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

La biodisponibilité de la ciprofloxacine et du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Diverticulite aiguë

Infection intra-abdominale - Page 1 de 2

?

 Définition

Inflammation aiguë des diverticules (protrusions en forme de sac de la paroi colique) qui peut entraîner une douleur abdominale exquise

Classification selon la complexité :

- **Sans complications** : la cavité péritonéale n'est pas touchée et aucun abcès n'est présent
- **Avec complications** : la cavité péritonéale est touchée ou un abcès est présent

Classification selon la gravité :

- **Cas bénin** : patient pas gravement malade ; aucun signe de sepsis ou de choc septique
- **Cas grave** : patient gravement malade ; signes de sepsis ou de choc septique

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Douleur abdominale aiguë au niveau du quadrant abdominal inférieur droit ou gauche, accompagnée de frissons, de nausées et de vomissements ; la fièvre ($\geq 38,0$ °C) peut être absente
- La diverticulite touchant le côté gauche est plus courante en Europe et en Amérique du Nord, tandis que la diverticulite touchant le côté droit est plus fréquente en Asie

Important :

- Envisager une péritonite en cas de douleur aiguë, de sensibilité diffuse et de rebond lors de la décompression brutale de l'abdomen, et d'une contracture des muscles abdominaux
- Une hypotension et des signes d'hypoperfusion des organes (p. ex. oligurie) peuvent être des signes de sepsis ou de choc septique qui nécessitent un traitement en urgence

🔬 Analyses microbiologiques

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de pus (si l'abcès peut être drainé) pour adapter l'antibiothérapie empirique

🧪 Autres analyses de laboratoire

- **Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne** : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine
- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

📷 Imagerie

Échographie ou tomodensitométrie abdominales (selon la disponibilité des examens) pour confirmer le diagnostic

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

- Enterobactérales (surtout *Escherichia coli*, y compris les souches multirésistantes)
- *Streptococcus* spp. (p. ex. du groupe *S. anginosus*)
- *Enterococcus* spp.
- Bactéries anaérobies (surtout *Bacteroides* spp.)

Champignons (envisager en cas d'antibiothérapie récente) :

- Principalement *Candida albicans*

Parasites (à envisager dans les zones d'endémie) :

- *Enterobius vermicularis* (oxyure)

Rx Traitement (section 1 sur 2)

📋 Considérations cliniques

- **Cas sans complications chez des patients immunodéprimés** : les antibiotiques **ne** sont pas nécessaires en l'absence de signes généraux d'infection ; en cas de non-résolution spontanée en 2-3 jours, envisager de recourir à une antibiothérapie
- **Cas sans complications chez des patients gravement immunodéprimés** : traiter par des antibiotiques uniquement (si un suivi étroit est possible)
- **Cas avec complications** : traiter par des antibiotiques et un contrôle chirurgical de la source (p. ex. drainage des abcès volumineux >5 cm ou résection du côlon)

Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants : gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- **Si les signes et les symptômes persistent**, il est conseillé de procéder à une imagerie abdominale ou d'envisager une autre source d'infection extra-abdominale

Diverticulite aiguë

Infection intra-abdominale - Page 2 de 2

Rx Traitement (section 2 sur 2)

Durée de l'antibiothérapie

- Dans la grande majorité des cas bénins, une antibiothérapie n'est pas nécessaire
- **Antibiothérapie seule : 4 jours** (si le rétablissement clinique est bon et que les symptômes ont disparu)
- **Antibiothérapie et intervention chirurgicale pour contrôler la source** : arrêter **4 jours** après que la source a été adéquatement (chirurgicalement) contrôlée, sinon continuer jusqu'à ce que le patient soit stable sur le plan clinique et non fébrile

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Céfotaxime 2 g q8h IV
A SURVEILLER

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV
A SURVEILLER

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h IV/VOIE ORALE
ACCÈS

OU

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV
A SURVEILLER

Deuxième intention

 Méropénem 1 g q8h IV
A SURVEILLER

Le méropénem est à envisager uniquement pour les cas avec complications s'il existe un risque élevé d'infection par des Enterobacterales produisant des BLSE

Rx Cas bénins

Dans la grande majorité des cas bénins, une antibiothérapie n'est pas nécessaire

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 875 mg + 125 mg q8h VOIE ORALE
ACCÈS

OU

 Céfotaxime 2 g q8h IV
A SURVEILLER

OU

 Ceftriaxone 2 g q24h IV
A SURVEILLER

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h IV/VOIE ORALE
ACCÈS

Deuxième intention

 Ciprofloxacine 500 mg q12h VOIE ORALE
A SURVEILLER

EN ASSOCIATION AVEC

 Métronidazole 500 mg q8h IV/VOIE ORALE
ACCÈS

La biodisponibilité du métronidazole par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastrointestinal

Infection à *Clostridioides difficile* (ICD)

Infection intra-abdominale

?

 Définition

Infection du côlon causée par la bactérie *C. difficile*, qui touche principalement les patients actuellement ou récemment traités par antibiothérapie et qui sont régulièrement exposés aux milieux de soins de santé

🔍

 Diagnostic

🔍

 Tableau clinique

Habituellement, diarrhée (≥3 selles molles/liquides en 24 heures ou plus que la normale pour la personne en question) sans autre cause plausible, +/- douleur abdominale, crampes et fièvre

Cas graves (p. ex. colite pseudomembraneuse) :

- Douleur abdominale aiguë, forte fièvre, dysfonctionnement d'organes
- Les signes d'un mégacôlon toxique sont un abdomen chirurgical ou un sepsis (la diarrhée est souvent absente)

🔬

 Analyses microbiologiques

- Envisager de tester les patients symptomatiques lorsqu'il n'existe aucune autre explication plausible à la diarrhée, notamment en cas d'antibiothérapie récente ou actuelle
- À l'heure actuelle, aucun test ne permet à lui seul de diagnostiquer une infection à *C. difficile* de façon fiable et la meilleure approche à adopter reste controversée

Deux approches sont couramment utilisées :

1. Commencer par un test très sensible pour détecter *C. difficile*. Puis, en cas de résultat positif, faire un test pour confirmer la production de toxines
 - Si la recherche de toxines est négative : envisager une colonisation par *C. difficile*
2. Effectuer deux tests simultanément, l'un pour détecter la présence de *C. difficile* et l'autre pour détecter la production de toxines
 - Des résultats concordants peuvent confirmer de manière fiable la présence (les deux tests sont positifs) ou l'absence (les deux tests sont négatifs) d'une infection
 - Si les résultats divergent et que le patient est symptomatique, le traitement doit reposer sur la probabilité pré-test d'une infection à *C. difficile*

Important : en cas d'infection confirmée à *C. difficile*, ne pas répéter le dépistage au cours du même épisode infectieux et ne pas tester pour confirmer la résolution de l'infection à la fin du traitement

🧪

 Autres analyses de laboratoire

Cas bénins : habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Numération leucocytaire
- Dosage de la créatinine et des électrolytes

📷

 Imagerie

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée. Dans ce cas, envisager une tomodensitométrie abdominale

🦠

 Agent pathogène

C. difficile

- Bactérie à Gram positif produisant des spores, largement présente dans l'environnement, qui s'acquiert par ingestion des spores
- L'infection peut être causée par des souches produisant des toxines lorsqu'une inflammation et une atteinte de la muqueuse du côlon sont présentes

NAP1/027

- Souche de *C. difficile* toxigène particulièrement virulente, responsable de flambées épidémiques au cours des dernières années, particulièrement en Amérique du Nord

Rx

 Traitement

📋

 Considérations cliniques

- **Arrêter tous les antibiotiques le plus tôt possible, sauf ceux traitant l'infection à *C. difficile*, et adopter les mesures de lutte anti-infectieuse pour prévenir la transmission**
- Toujours recommander une réhydratation pour les patients diarrhéiques. Les anti-diarrhéiques ne sont généralement pas nécessaires
- Il est possible que la diarrhée se résorbe progressivement en quelques jours. Cependant, en cas de détérioration clinique d'un patient recevant un traitement adapté, une escalade du traitement et une orientation chirurgicale doivent être rapidement mises en œuvre

⌚

 Durée de l'antibiothérapie

10 jours

Rx

 Antibiothérapie

Fait référence à un premier épisode, pas aux récurrences (dans les 8 semaines qui suivent l'épisode précédent)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Métronidazole 500 mg q8h **VOIE ORALE**

Deuxième intention

 Vancomycine 125 mg q6h **VOIE ORALE**

Dans les cas graves : la vancomycine par voie orale est à privilégier. La dose de vancomycine peut être augmentée à 500 mg q6h et peut être administrée en association avec du métronidazole IV

Infection à *Clostridioides difficile* (ICD)

Infection intra-abdominale - Page 1 de 2

?

Définition

Infection du côlon causée par la bactérie *C. difficile*, qui touche principalement les patients actuellement ou récemment traités par antibiothérapie et qui sont régulièrement exposés aux milieux de soins de santé

Agent pathogène

C. difficile

- Bactérie à Gram positif produisant des spores, largement présente dans l'environnement, qui s'acquiert par ingestion des spores
- L'infection peut être causée par des souches toxigènes lorsqu'une inflammation et une atteinte de la muqueuse du côlon sont présentes

NAP1/027

- Souche de *C. difficile* toxigène particulièrement virulente, responsable de flambées épidémiques au cours des dernières années, particulièrement en Amérique du Nord

Diagnostic

Tableau clinique

Habituellement, diarrhée (≥ 3 selles molles/liquides en 24 heures ou plus que la normale pour la personne en question) sans autre cause plausible, +/- douleur abdominale, crampes et fièvre

Cas graves (p. ex. colite pseudomembraneuse) :

- Douleur abdominale aiguë, forte fièvre, dysfonctionnement d'organes
- Les signes d'un mégacôlon toxique sont un abdomen chirurgical ou un sepsis (la diarrhée est souvent absente)

Une maladie clinique est rare chez les jeunes enfants (notamment d'un âge <2 ans), qui sont souvent des porteurs sains

Autres analyses de laboratoire

Cas bénins :

- Habituellement pas nécessaires

Cas graves :

- Numération leucocytaire
- Dosage de la créatinine et des électrolytes

Imagerie

Habituellement pas nécessaire sauf en cas de complication présumée. Dans ce cas, envisager une tomodensitométrie abdominale

Analyses microbiologiques

• Envisager de tester les patients symptomatiques lorsqu'il n'existe aucune autre explication plausible à la diarrhée, notamment en cas d'antibiothérapie récente ou actuelle

• Un dépistage à un âge <1 an n'est pas recommandé, en raison de la forte prévalence de la colonisation dans ce groupe d'âge

• À l'heure actuelle, aucun test ne permet à lui seul de diagnostiquer une infection à *C. difficile* de façon fiable et la meilleure approche à adopter reste controversée

Deux approches sont couramment utilisées :

1. Commencer par un test très sensible pour détecter *C. difficile*. Puis, en cas de résultat positif, faire un test pour confirmer la production de toxines

- Si la recherche de toxines est négative : envisager une colonisation par *C. difficile*

2. Effectuer deux tests simultanément, l'un pour détecter la présence de *C. difficile* et l'autre pour détecter la production de toxines

- Des résultats concordants peuvent confirmer de manière fiable la présence (les deux tests sont positifs) ou l'absence (les deux tests sont négatifs) d'une infection

- Si les résultats divergent et que le patient est symptomatique, le traitement doit reposer sur la probabilité pré-test d'une infection à *C. difficile*

- Si les résultats divergent et que le patient est symptomatique, le traitement doit reposer sur la probabilité pré-test d'une infection à *C. difficile*

Important : en cas d'infection confirmée à *C. difficile*, ne pas répéter le dépistage au cours du même épisode infectieux et ne pas tester pour confirmer la résolution de l'infection à la fin du traitement

Infection à *Clostridioides difficile* (ICD)

Infection intra-abdominale - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

• **Arrêter tous les antibiotiques le plus tôt possible, sauf ceux traitant l'infection à *C. difficile*, et adopter les mesures de lutte anti-infectieuse pour prévenir la transmission**

• Toujours recommander une réhydratation pour les patients diarrhéiques. Les anti-diarrhéiques ne sont généralement pas nécessaires.

• Il est possible que la diarrhée se résorbe progressivement en quelques jours. Cependant, en cas de détérioration clinique d'un patient recevant un traitement adapté, une escalade du traitement et une orientation chirurgicale doivent être rapidement mises en œuvre

Durée de l'antibiothérapie

10 jours

Rx Antibiothérapie

Fait référence à un premier épisode, pas aux récurrences (dans les 8 semaines qui suivent l'épisode précédent)

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention



Métronidazole **VOIE ORALE**

• Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h

• Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

Deuxième intention



Vancomycine 5-10 mg/kg/dose q6h **VOIE ORALE**

Dans les cas graves : la vancomycine par voie orale est préférable au métronidazole

Infection des voies urinaires supérieures

Infection des voies urinaires • Page 1 de 2

Ce chapitre met l'accent sur la pyélonéphrite communautaire pour les patients non porteurs de cathéter

?

Définition

Infection des reins (pyélonéphrite) au cours de laquelle les microorganismes remontent dans les voies urinaires depuis l'urètre, la vessie ou les uretères, ou atteignent les reins par la circulation sanguine

Classification selon la complexité :

- **Non compliquée** : infection des voies urinaires chez des personnes qui ne présentent pas de facteurs de risque d'infection compliquée
- **Compliquée** : chez les personnes qui présentent des anomalies structurales des voies urinaires (p. ex. calculs rénaux, anomalies anatomiques) ou qui sont immunodéprimées, ou chez les femmes enceintes, une infection des voies urinaires est généralement considérée comme compliquée (ou susceptible de le devenir). Les infections urinaires qui touchent un patient porteur d'un cathéter urinaire ou d'une endoprothèse urétrale sont également considérées comme compliquées (mais ne sont pas abordées ici)

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :

• Plus fréquemment :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli*, y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSSE et des carbapénémases)

• Plus rarement :

- *Enterococcus* spp.
- *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B)
- *Staphylococcus aureus* (rare en cas d'infection des voies urinaires non compliquée, touche surtout les patients porteurs de sondes urinaires [cathéters], peut être associé à une bactériémie)
- *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* (y compris les souches multirésistantes, notamment pour les patients ayant récemment suivi une antibiothérapie ou qui portent un dispositif dans les voies urinaires ; rare en cas d'infection des voies urinaires non compliquée)

Diagnostic

Tableau clinique

- Douleur du flanc, sensibilité de l'angle costo-vertébral, nausées et vomissements, fièvre et signes d'infection généralisée +/- symptômes de cystite
- La gravité varie, allant d'une maladie bénigne (la plupart des cas) qui peut être traitée avec des médicaments par voie orale (absence de nausées/de vomissements, fièvre modérée) à une maladie grave qui nécessite un traitement intraveineux et une admission à l'hôpital

Autres analyses de laboratoire

Dans tous les cas (en cas d'infection des voies urinaires supérieures présumée d'après le tableau clinique) :

- Analyse d'urine (bandelettes urinaires ou examen microscopique) pour détecter une bactériurie ou des signes indirects d'infection (test positif pour l'estérase leucocytaire et les nitrites)

De plus, dans les cas graves :

- Numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine
- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Analyses microbiologiques

Dans tous les cas (en cas d'infection des voies urinaires supérieures présumée d'après le tableau clinique) :

- Culture d'urine : idéalement, avant le début de l'antibiothérapie
- Le test est considéré comme positif lorsque le nombre de bactéries dépasse une certaine valeur seuil minimale qui peut varier d'un laboratoire à un autre
- Une culture d'urine positive n'est pas toujours le signe d'une infection des voies urinaires ou de la nécessité de recourir à une antibiothérapie (et les urines peuvent également être contaminées au moment du prélèvement)

De plus, dans les cas graves :

- Hémocultures : idéalement, avant le début de l'antibiothérapie

Imagerie

Le recours systématique à une imagerie n'est pas nécessaire, mais une imagerie peut être envisagée en cas d'obstruction du flux urinaire ou d'abcès présumé

Infection des voies urinaires supérieures

Infection des voies urinaires • Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- Les patients atteints d'une infection des voies urinaires supérieures sont généralement symptomatiques
- Les patients dont le test urinaire est positif, mais qui ne présentent pas de symptômes d'infection des voies urinaires **n'ont** habituellement **pas besoin de traitement** (il existe des exceptions, comme les femmes enceintes ou en cas de chirurgie urologique invasive prévue, auxquels cas une antibiothérapie pourrait être indiquée)
- **Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants** : gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- Une amélioration clinique est habituellement observée dans les 48 à 72 heures après le début du traitement. **Si les signes et les symptômes persistent**, envisager et rechercher une éventuelle complication (p. ex. abcès) et revoir les résultats de la culture d'urine pour vérifier que l'agent pathogène est sensible à l'antibiotique utilisé

⌚ Durée de l'antibiothérapie

7 jours

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Céfotaxime 1 g q8h **IV/IM**

OU

 Ceftriaxone 1 g q24h **IV/IM**

ET/OU

 Amikacine 15 mg/kg q24h **IV**

ET/OU

 Gentamicine 5 mg/kg q24h **IV**

Envisager l'amikacine ou la gentamicine lorsque la prévalence d'isolats produisant des BLSE est élevée

Pour les patients gravement malades, l'amikacine ou la gentamicine peuvent être administrées en association avec du céfotaxime ou de la ceftriaxone

Infection des voies urinaires supérieures

Infection des voies urinaires • Page 1 de 2

?

Définition

Infection des reins (pyélonéphrite) au cours de laquelle les microorganismes remontent dans les voies urinaires depuis l'urètre, la vessie ou les uretères, ou atteignent les reins par la circulation sanguine

Classification selon la complexité :

- **Non compliquée** : infection des voies urinaires chez des enfants qui ne présentent pas de facteurs de risque d'infection compliquée
- **Compliquée** : plus fréquente chez les filles, les nourrissons et les enfants qui présentent des anomalies structurelles des voies urinaires (p. ex. reflux vésico-urétéral ou autres anomalies congénitales)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries :
• Plus fréquemment :

- Enterobacterales (surtout *Escherichia coli*, y compris les souches multirésistantes telles que celles qui produisent des BLSE et des carbapénémases)

• Plus rarement :

- *Enterococcus* spp.
- Autres bactéries à Gram négatif (p. ex. *Klebsiella* spp.)
- *Staphylococcus aureus* (rare en cas d'infection des voies urinaires non compliquée, touche surtout les patients porteurs de sondes urinaires (cathéters))
- Streptocoque du groupe B (*Streptococcus agalactiae*)

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Une fièvre est le symptôme le plus courant, avec une irritabilité, des vomissements et une diarrhée
- Pour les enfants plus âgés (p. ex. de plus de 2 ans), les symptômes les plus courants sont une douleur abdominale, une impériosité mictionnelle, une augmentation de la fréquence des mictions et une dysurie, ainsi qu'une douleur ou une sensibilité du flanc, et une augmentation de l'énurésie nocturne
- La gravité varie, allant d'une maladie bénigne (la plupart des cas) qui peut être traitée avec des médicaments par voie orale (absence de nausées/de vomissements, fièvre modérée) à une maladie grave qui nécessite un traitement intraveineux et une admission à l'hôpital

🧪 Autres analyses de laboratoire

Dans tous les cas (en cas d'infection des voies urinaires supérieures présumée d'après le tableau clinique) :

- Analyse d'urine (bandelettes urinaires ou examen microscopique) pour détecter une bactériurie ou des signes indirects d'infection (test positif pour l'estérase leucocytaire et les nitrites)

De plus, dans les cas graves :

- Numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine
- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

🧪 Analyses microbiologiques

Dans tous les cas (en cas d'infection des voies urinaires supérieures présumée d'après le tableau clinique) :

- Culture d'urine : idéalement, avant le début de l'antibiothérapie
 - Le test est considéré comme positif lorsque le nombre de bactéries dépasse une certaine valeur seuil minimale qui peut varier d'un laboratoire à un autre
 - Une culture d'urine positive n'est pas toujours le signe d'une infection des voies urinaires ou de la nécessité de recourir à une antibiothérapie (et les urines peuvent également être contaminées au moment du prélèvement)

De plus, dans les cas graves :

- Hémocultures : idéalement, avant le début de l'antibiothérapie

📷 Imagerie

Si disponible, une échographie peut s'avérer utile

Infection des voies urinaires supérieures

Infection des voies urinaires • Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- **Pour les cas bénins chez les jeunes enfants**, il est souvent difficile de faire clairement la distinction entre une infection des voies urinaires supérieures et une infection des voies urinaires inférieures. Pour cette raison, les traitements par voie orale recommandés en cas d'infection des voies urinaires inférieures peuvent être utilisés en première intention (si un traitement par IV n'est pas nécessaire) ou après un traitement par IV (voir la fiche sur les infections des voies urinaires inférieures pour les options d'antibiothérapie)
- **Une antibiothérapie empirique doit être guidée par les éléments suivants** : gravité des symptômes, en tenant compte de la prévalence locale de la résistance (notamment d'isolats d'Enterobacterales produisant des BLSE) et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- Une amélioration clinique est habituellement observée dans les 48 à 72 heures après le début du traitement. **Si les signes et les symptômes persistent**, envisager et rechercher une éventuelle complication (p. ex. abcès) et revoir les résultats de la culture d'urine pour vérifier que l'agent pathogène est sensible à l'antibiotique utilisé

Rx Cas bénins

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h
A SURVEILLER **IV/VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥30 kg	500 mg q12h

Durée de l'antibiothérapie

7 jours

Rx Cas graves

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV/IM

A SURVEILLER

OU

Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV/IM

A SURVEILLER

ET/OU

Amikacine 15 mg/kg q24h IV

ACCÈS

ET/OU

Gentamicine IV
 • Nouveau-nés : 5 mg/kg/dose q24h
 • Enfants : 7,5 mg/kg/dose q24h

ACCÈS

Envisager l'amikacine ou la gentamicine lorsque la prévalence d'isolats produisant des BLSE est élevée
 Pour les patients gravement malades, l'amikacine ou la gentamicine peuvent être administrées en association avec du céfotaxime ou de la ceftriaxone

La biodisponibilité de la ciprofloxacine par voie orale est excellente. La voie intraveineuse doit être réservée aux patients atteints d'un dysfonctionnement gastro-intestinal

Ostéomyélite bactérienne aiguë

Infection ostéoarticulaire • Page 1 de 2

La description détaillée des infections des prothèses articulaires dépasse le cadre de ces recommandations

?

Définition

Infection des os caractérisée par l'inflammation et la destruction des os

La classification dépend des éléments suivants :

- **Mécanisme de propagation dans l'organisme** : par dissémination hémotogène (moins fréquente chez l'adulte), propagation locale ou inoculation directe
- **Durée des symptômes** : maladie aiguë (quelques jours à quelques semaines) ou chronique (quelques mois à quelques années, avec présence de fragments osseux nécrotiques)

Conséquences de la classification pour la prise en charge :

- Différences entre les agents pathogènes :
 - Propagation locale : les agents pathogènes responsables varient davantage
 - Dissémination hémotogène : plus courante avec certains agents pathogènes (p. ex. *S. aureus*)
- Nécessité de recourir à une intervention chirurgicale (p. ex. le tissu osseux nécrotique, souvent présent en cas d'infection chronique, doit être excisé pour que l'antibiothérapie soit efficace)



Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries (la plupart des cas) :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Staphylococcus* spp. autre que *S. aureus*
- *Streptococcus* spp. (surtout chez les patients atteints de dysfonctionnement splénique (*S. pneumoniae*))

De plus, pour les patients gravement immunodéprimés :

- *Candida* spp.
- *Cryptococcus* spp.
- *Histoplasma* spp.
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Pseudomonas aeruginosa*

À envisager dans des cas précis :

- *Acinetobacter baumannii* (fractures ouvertes)
- *Bartonella* spp. (antécédents de plaies par morsures de chat)
- *Brucella* spp. (exposition à des animaux infectés ou ingestion d'aliments contaminés, surtout des produits laitiers)
- Enterobactérales et bactéries anaérobies (escarres, infections du pied diabétique, fractures ouvertes)
- *Salmonella* spp. non typhiques responsables d'infections invasives (drépanocytose)



Diagnostic



Tableau clinique

- Survenue progressive d'une douleur localisée, la zone touchée étant rouge, oedémateuse et chaude, +/- fièvre et d'autres signes d'infection généralisée
- En cas d'atteinte de la colonne vertébrale, des hanches et du bassin, le principal symptôme est généralement une douleur
- Envisager ce trouble en cas de fracture osseuse qui ne se consolide pas
- L'ostéomyélite peut survenir avec ou sans arthrite septique
- Ostéomyélite tuberculeuse : à envisager lorsque la maladie est chronique (patient moins malade, signes locaux moins marqués), quand du pus s'écoule de l'os infecté à la surface de la peau ou si le patient présente d'autres symptômes de tuberculose



Autres analyses de laboratoire

Pour différencier une infection bactérienne d'une infection virale réactive :

- Numération leucocytaire

Pour détecter l'inflammation :

- Dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine
- Taux de sédimentation érythrocytaire (pourrait être complémentaire au dosage de la protéine C-réactive, notamment lors du suivi)

Pour exclure d'autres maladies osseuses :

- Dosage du calcium, du phosphate et de la phosphatase alcaline
- Les résultats de ces tests sont habituellement normaux en cas d'ostéomyélite, mais anormaux dans le cas d'autres maladies osseuses



Analyses microbiologiques

Idéalement, toutes les analyses microbiologiques doivent être effectuées avant le début de l'antibiothérapie

- Hémocultures
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons osseux prélevés par biopsie
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons profonds de tissu/d'os prélevés au cours du débridement afin d'adapter l'antibiothérapie empirique

Il est **important** de déterminer l'agent pathogène responsable de la maladie afin de cibler l'antibiothérapie de façon adéquate, car le nombre d'agents pathogènes possibles est élevé et la résistance aux antibiotiques (p. ex. en cas de SARM) est fréquente

- Les échantillons doivent également être testés à la recherche d'agents pathogènes précis (p. ex. mycobactéries, champignons, *Brucella* spp.) en fonction des caractéristiques cliniques/épidémiologiques



Imagerie

- Radiographie de l'os touché
 - Une radiographie normale à l'admission ne permet pas d'éliminer une ostéomyélite aiguë, mais peut aider à exclure d'autres diagnostics
- Si disponibles, une tomodensitométrie ou une IRM peuvent être envisagées
 - L'IRM présente une sensibilité et une spécificité élevées pour la détection des modifications osseuses (notamment à un stade précoce)

Ostéomyélite bactérienne aiguë

Infection ostéoarticulaire - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- Dans la grande majorité des cas, une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire
- Dans certains cas, il est possible d'envisager un débridement de l'os pour réduire le risque de complications
- Infections des prothèses articulaires : l'approche chirurgicale dépend de l'emplacement de la prothèse, des caractéristiques du patient et des pratiques locales

Antibiothérapie :

- La voie intraveineuse est à privilégier, au moins pendant la première semaine de traitement
- Une **antibiothérapie ciblée**, fondée sur les résultats des analyses microbiologiques, est toujours à privilégier (en raison du grand nombre d'agents pathogènes responsables possibles et de la forte prévalence de la résistance)
- Si un **traitement empirique** est nécessaire, tenir compte des agents pathogènes les plus fréquents, y compris de la prévalence locale du SARM et des facteurs de risque individuels pour la présence de SARM
- Adapter le traitement une fois que les résultats des analyses microbiologiques sont disponibles

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- Le **passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale



Durée de l'antibiothérapie

4 à 6 semaines

- En fonction des éléments suivants :
- Présence/absence de tissu osseux nécrotique ou de corps étrangers
 - Agent pathogène responsable et son profil de résistance
 - Capacité de l'antibiotique à pénétrer les tissus osseux
 - L'imagerie n'est habituellement pas utile pour déterminer la durée du traitement

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

Cloxacilline 2 g q6h IV

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Une dose plus élevée (p. ex. 12 g/jour) peut être envisagée compte tenu des problèmes de pénétration dans le tissu osseux

Deuxième intention

Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h IV

OU

Céfazoline 2 g q8h IV

OU

Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

Ceftriaxone 2 g q24h IV

La ceftriaxone ou le céfotaxime sont les options à privilégier en cas de présence présumée de *Salmonella* non typhique responsable d'infections invasives ou d'infection présumée à Enterobacterales

OU

Clindamycine 600 mg q8h IV/VOIE ORALE

Option acceptable pour le SARM d'origine communautaire si le SARM y est sensible ou dans les contextes où le SARM reste fortement sensible à la clindamycine, sinon envisager la vancomycine

Ostéomyélite bactérienne aiguë

Infection ostéoarticulaire • Page 1 de 2

?

Définition

Infection des os caractérisée par l'inflammation et la destruction des os

La classification dépend des éléments suivants :

- **Mécanisme de propagation dans l'organisme** : par dissémination hémotogène (moins fréquente chez l'adulte), propagation locale ou inoculation directe
- **Durée des symptômes** : maladie aiguë (quelques jours à quelques semaines) ou chronique (quelques mois à quelques années, avec présence de fragments osseux nécrotiques)

Conséquences de la classification pour la prise en charge :

- Différences entre les agents pathogènes :
 - Propagation locale : les agents pathogènes responsables varient davantage
 - Dissémination hémotogène : plus courante avec certains agents pathogènes (p. ex. *S. aureus*)
- Nécessité de recourir à une intervention chirurgicale (p. ex. le tissu osseux nécrotique, souvent présent en cas d'infection chronique, doit être excisé pour que l'antibiothérapie soit efficace)

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries (la plupart des cas) :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Streptococcus* spp. (surtout streptocoque du groupe A)
- *Kingella kingae* (jeunes enfants, habituellement avec un tableau clinique plus bénin)
- *Haemophilus influenzae* de type B (jeunes enfants non vaccinés contre le Hib)
- *Salmonella* spp. non typiques responsables d'infections invasives (enfants atteints de drépanocytose)
- *Acinetobacter baumannii* (fractures ouvertes)

Autres bactéries chez les enfants immunodéprimés :

- Enterobacterales (fractures ouvertes)
- *Pseudomonas aeruginosa*

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Survenue progressive d'une douleur localisée, la zone touchée étant rouge, oedémateuse et chaude, +/- fièvre et d'autres signes d'infection généralisée
- En cas d'atteinte de la colonne vertébrale, des hanches et du bassin, le principal symptôme est généralement une douleur
- Envisager ce trouble en cas de fracture osseuse qui ne se consolide pas
- L'ostéomyélite peut survenir avec ou sans arthrite septique
- Ostéomyélite tuberculeuse : à envisager lorsque la maladie est chronique (patient moins malade, signes locaux moins marqués), quand du pus s'écoule de l'os infecté à la surface de la peau ou si le patient présente d'autres symptômes de tuberculose

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour différencier une infection bactérienne d'une infection virale réactive :

- Numération leucocytaire

Pour détecter l'inflammation :

- Dosage de la protéine C-réactive
- Taux de sédimentation érythrocytaire (pourrait être complémentaire au dosage de la protéine C-réactive, notamment lors du suivi)

🧪 Analyses microbiologiques

Idéalement, toutes les analyses microbiologiques doivent être effectuées avant le début de l'antibiothérapie

- Hémocultures
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons osseux prélevés par biopsie
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons profonds de tissu/d'os prélevés au cours du débridement afin d'adapter l'antibiothérapie empirique

Il est **important** de déterminer l'agent pathogène responsable de la maladie afin de cibler l'antibiothérapie de façon adéquate, car le nombre d'agents pathogènes possibles est élevé et la résistance aux antibiotiques (p. ex. en cas de SARM) est fréquente

- Les échantillons doivent également être testés à la recherche d'agents pathogènes précis (p. ex. mycobactéries, champignons, *Brucella* spp.) en fonction des caractéristiques cliniques/épidémiologiques

📷 Imagerie

- Radiographie de l'os touché
 - Une radiographie normale à l'admission ne permet pas d'éliminer une ostéomyélite aiguë, mais peut aider à exclure d'autres diagnostics
- Si disponibles, une tomodensitométrie ou une IRM peuvent être envisagées
 - L'IRM présente une sensibilité et une spécificité élevées pour la détection des modifications osseuses (notamment à un stade précoce)

Ostéomyélite bactérienne aiguë

Infection ostéoarticulaire - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

Dans la grande majorité des cas, une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire

Antibiothérapie

• La voie intraveineuse est à privilégier, au moins pendant les premiers jours de traitement

• **Chez les enfants, un traitement empirique est courant** et *S. aureus* reste l'agent pathogène le plus courant

• **Chez les nouveau-nés**, *S. aureus* reste également l'agent pathogène le plus courant, mais le traitement empirique doit aussi couvrir les Enterobacterales (très rares chez les enfants plus âgés)

- Pour les Enterobacterales, utiliser les antibiotiques suivants :
 - Céfotaxime ou
 - Ceftriaxone (pas pour les nouveau-nés atteints d'hyperbilirubinémie)

Important :

• **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide

• **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale



Durée de l'antibiothérapie

Environ **3 semaines** pour les enfants atteints d'une infection sans complications

En fonction des éléments suivants :

- Rétablissement clinique
- Agent pathogène responsable et son profil de résistance

L'imagerie n'est habituellement pas utile pour déterminer la durée du traitement

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention



- Cloxacilline IV**
- Nouveau-nés : 25-50 mg/kg/dose q12h
 - Enfants : 25 mg/kg/dose q6h
 - **VOIE ORALE** : 15 mg/kg/dose q6h

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	62,5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Pour une administration par voie orale, la dicloxacilline et la flucloxacilline sont les antibiotiques à privilégier au sein de leur classe, car ils font preuve d'une meilleure biodisponibilité par voie orale

Deuxième intention



- Amoxicilline + acide clavulanique IV :**
- 1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h
 - >1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q8h

VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU



Céfazoline 25 mg/kg/dose q12h IV

OU



Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV

OU



Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV

La ceftriaxone ou le céfotaxime sont les options à privilégier en cas de présence présumée de *Salmonella* non typhiques responsables d'infections invasives ou d'infection présumée à Enterobacterales

OU



- Clindamycine IV**
- Nouveau-nés : 5 mg/kg/dose q8h
 - Enfants : 10 mg/kg/dose q8h

Option acceptable pour le SARM d'origine communautaire si le SARM y est sensible ou dans les contextes où le SARM reste fortement sensible à la clindamycine, sinon envisager la vancomycine

Arthrite septique

Infection ostéoarticulaire • Page 1 de 2

La description détaillée des infections des prothèses articulaires dépasse le cadre de ces recommandations

Définition

Infection d'une ou de plusieurs articulations, habituellement d'origine bactérienne

Arthrite gonococcique :

- Complication rare d'une infection à gonocoques (touche principalement les femmes)
- Caractérisée par une dissémination hémotogène de l'infection

La classification dépend des éléments suivants :

- **Agent pathogène :** gonococcique ou non gonococcique
- **Type d'articulation touchée :** articulation de petite ou de grande taille
- **Mécanisme de propagation dans l'organisme :**
 - Dissémination hémotogène (le plus souvent)
 - Propagation locale ou inoculation directe



Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries (la plupart des cas) :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Staphylococcus* spp. autre que *S. aureus*
- *Streptococcus* spp.

De plus, pour les patients gravement immunodéprimés :

- *Candida* spp.
- *Cryptococcus* spp.
- *Histoplasma* spp.
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Pseudomonas aeruginosa*

À envisager dans des cas précis :

- *Acinetobacter baumannii* (plaies ouvertes avec mise à nu de l'articulation)
- Bactéries anaérobies (blessures pénétrantes)
- *Bartonella* spp. (antécédents de plaies par morsures de chat)
- *Brucella* spp. (exposition à des animaux infectés ou ingestion d'aliments contaminés, surtout des produits laitiers)
- Enterobacterales (escarres, infections du pied diabétique et plaies ouvertes avec mise à nu de l'articulation)
- *Neisseria gonorrhoeae* (en cas de gonococcie)



Diagnostic



Tableau clinique

- Survenue soudaine (habituellement en quelques jours, mais peut prendre jusqu'à 2 semaines) d'une douleur articulaire et d'une diminution de l'amplitude des mouvements, l'articulation touchée étant rouge, oedémateuse et chaude (ce qui est parfois moins évident à observer pour les articulations « profondes »)
- Habituellement, une seule articulation est touchée (souvent, le genou)
- Une infection polyarticulaire est plus fréquente chez les patients qui présentent une polyarthrite rhumatoïde sous-jacente
- D'autres signes d'infection généralisée sont généralement présents
- L'arthrite septique peut survenir avec ou sans ostéomyélite

Arthrite gonococcique :

- Signes et symptômes typiques de l'arthrite septique (touchant généralement les genoux et les chevilles) + manifestations cutanées (éruption, petites papules)
- Souvent, aucun signe/symptôme de cervicite/d'urétrite

Important : non traitée, une arthrite septique peut rapidement entraîner la destruction du cartilage. L'infection doit donc être diagnostiquée et traitée le plus tôt possible



Analyses microbiologiques

Idéalement, toutes les analyses microbiologiques doivent être effectuées avant le début de l'antibiothérapie

- Hémocultures
- Analyse microscopique et mise en culture du liquide synovial
 - Les résultats des cultures sont généralement négatifs en cas d'arthrite gonococcique
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons profonds de tissu prélevés au cours du débridement dans la prothèse articulaire afin d'adapter l'antibiothérapie empirique
- Tests d'amplification des acides nucléiques sur des échantillons génito-urinaires et d'urine à la recherche d'une infection à *Neisseria gonorrhoeae*

Il est **important** de déterminer l'agent pathogène responsable de la maladie afin de cibler l'antibiothérapie de façon adéquate, car le nombre d'agents pathogènes possibles est élevé et la résistance aux antibiotiques (p. ex. en cas de SARM) est fréquente

- Les échantillons doivent également être testés à la recherche d'agents pathogènes précis (p. ex. mycobactéries, champignons, *Brucella* spp., *Neisseria gonorrhoeae*) en fonction des caractéristiques cliniques/épidémiologiques



Autres analyses de laboratoire

Pour différencier une infection bactérienne d'une infection virale réactive :

- Numération leucocytaire

Pour détecter l'inflammation :

- Dosage de la protéine C-réactive
- Taux de sédimentation érythrocytaire (pourrait être complémentaire au dosage de la protéine C-réactive, notamment lors du suivi)

Examen du liquide synovial :

- Numération leucocytaire et analyse microscopique à la recherche de cristaux
- La numération leucocytaire est habituellement >20 000 cellules/ μ L (>20 x 10⁹/L) avec >90 % de neutrophiles



Imagerie

- Échographie de l'articulation touchée pour détecter un épanchement articulaire et un oedème synovial (en raison d'une augmentation de la quantité de liquide intra-articulaire)
- Envisager une IRM si disponible, notamment en cas d'ostéomyélite concomitante présumée (plus sensible/spécifique pour détecter des modifications osseuses)

Arthrite septique

Infection ostéoarticulaire - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- Un **drainage chirurgical du pus et un lavage articulaire doivent être effectués rapidement. Ils sont essentiels à la prise en charge de l'arthrite septique** (une antibiothérapie seule n'est généralement pas suffisante) et peuvent réduire le risque de complications
- Une immobilisation de l'articulation n'est pas nécessaire, sauf pour réduire la douleur
- Infections des prothèses articulaires : l'approche chirurgicale dépend de l'emplacement de la prothèse, des caractéristiques du patient et des pratiques locales

Antibiothérapie :

- La voie intraveineuse est à privilégier, au moins pendant la première semaine de traitement
- Une **antibiothérapie ciblée** en fonction des résultats des analyses microbiologiques est toujours à privilégier (en raison du grand nombre d'agents pathogènes responsables possibles et de la forte prévalence de la résistance)
- **Si un traitement empirique** est nécessaire, tenir compte des agents pathogènes les plus fréquents, y compris de la prévalence locale du SARM ou de *N. gonorrhoeae* et des facteurs de risque individuels pour la présence de ces agents pathogènes
- Adapter le traitement une fois que les résultats des analyses microbiologiques sont disponibles

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- Le **passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale



Durée de l'antibiothérapie

- **4 à 6 semaines**
 - **2 semaines** en cas de gonococci
- En fonction des éléments suivants :
- Présence/absence/extraction de corps étrangers
 - Agent pathogène responsable et son profil de résistance
 - Présence/absence d'une ostéomyélite

Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

Cloxacilline 2 g q6h IV

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Une dose plus élevée (p. ex. 12 g/jour) peut être envisagée compte tenu des problèmes de pénétration dans le tissu osseux

Deuxième intention

Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h IV

OU

Céfazoline 2 g q8h IV

OU

Céfotaxime 2 g q8h IV

OU

Ceftriaxone 2 g q24h IV

La ceftriaxone ou le céfotaxime sont les options à privilégier en cas de présence présumée de *Salmonella* non typhique responsable d'infections invasives ou d'infection présumée à *Enterobacterales*

OU

Clindamycine 600 mg q8h IV/VOIE ORALE

Option acceptable pour le SARM d'origine communautaire si le SARM y est sensible ou dans les contextes où le SARM reste fortement sensible à la clindamycine, sinon envisager la vancomycine

Arthrite septique

Infection ostéoarticulaire • Page 1 de 2

?

Définition

Infection d'une ou de plusieurs articulations, habituellement d'origine bactérienne

La classification dépend des éléments suivants :

- *Type d'articulation touchée* : articulation de petite ou de grande taille
- *Mécanisme de propagation dans l'organisme* :
 - Dissémination hématogène (le plus souvent)
 - Propagation locale ou inoculation directe

Agents pathogènes les plus fréquents

Bactéries (la plupart des cas) :

- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- *Streptococcus* spp. (surtout streptocoque du groupe A)
- *Kingella kingae* (jeunes enfants, habituellement avec un tableau clinique plus bénin)
- *Haemophilus influenzae* de type B (jeunes enfants non vaccinés contre le Hib)
- *Salmonella* spp. non typiques responsables d'infections invasives (enfants atteints de drépanocytose)

Diagnostic

Tableau clinique

- Survenue soudaine (habituellement en quelques jours, mais peut prendre jusqu'à 2 semaines) d'une douleur articulaire et d'une diminution de l'amplitude des mouvements, l'articulation touchée étant rouge, œdémateuse et chaude (ce qui est parfois moins évident à observer pour les articulations « profondes »)
- Habituellement, une seule articulation est touchée (souvent, le genou)
- D'autres signes d'infection généralisée sont généralement présents
- L'arthrite septique peut survenir avec ou sans ostéomyélite

Important : non traitée, une arthrite septique peut rapidement entraîner la destruction du cartilage (notamment chez les jeunes enfants). L'infection doit donc être diagnostiquée et traitée le plus tôt possible

Autres analyses de laboratoire

Pour différencier une infection bactérienne d'une infection virale réactive :

- Numération leucocytaire

Pour détecter l'inflammation :

- Dosage de la protéine C-réactive
- Taux de sédimentation érythrocytaire (pourrait être complémentaire au dosage de la protéine C-réactive, notamment lors du suivi)

Examen du liquide synovial :

- Numération leucocytaire et analyse microscopique à la recherche de cristaux
- La numération leucocytaire est habituellement $>20\ 000$ cellules/ μL ($>20 \times 10^9/\text{L}$) avec $>90\%$ de neutrophiles

Analyses microbiologiques

Idéalement, toutes les analyses microbiologiques doivent être effectuées avant le début de l'antibiothérapie

- Hémocultures
- Analyse microscopique et mise en culture du liquide synovial
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons profonds de tissu prélevés au cours du débridement en cas de prothèse articulaire afin d'adapter l'antibiothérapie empirique

Il est important de déterminer l'agent pathogène responsable de la maladie afin de cibler l'antibiothérapie de façon adéquate, car le nombre d'agents pathogènes possibles est élevé et la résistance aux antibiotiques (p. ex. en cas de SARM) est fréquente

- Les échantillons doivent également être testés à la recherche d'agents pathogènes précis (p. ex. mycobactéries, champignons, *Brucella* spp.) en fonction des caractéristiques cliniques/épidémiologiques

Imagerie

- Échographie de l'articulation touchée pour détecter un épanchement articulaire et un œdème synovial (en raison d'une augmentation de la quantité de liquide intra-articulaire)
- Envisager une IRM si disponible, notamment en cas d'ostéomyélite concomitante présumée (plus sensible/spécifique pour détecter des modifications osseuses)

Arthrite septique

Infection ostéoarticulaire - Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- Un drainage chirurgical du pus et un lavage articulaire effectués rapidement peuvent réduire le risque de complications
- Une immobilisation de l'articulation n'est pas nécessaire, sauf pour réduire la douleur
- Infections des prothèses articulaires : l'approche chirurgicale dépend de l'emplacement de la prothèse, des caractéristiques du patient et des pratiques locales

Antibiothérapie :

- La voie intraveineuse est à privilégier, au moins pendant les premiers jours de traitement
- **Chez les enfants, un traitement empirique est courant**
- **Chez les nouveau-nés**, le traitement empirique doit aussi couvrir les Enterobacterales (très rares chez les enfants plus âgés)
 - Pour les Enterobacterales, utiliser les antibiotiques suivants :
 - Céfoxatime ou
 - Ceftriaxone (pas pour les nouveau-nés atteints d'hyperbilirubinémie)

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale
- Un passage précoce à un traitement par voie orale est possible en cas d'infection sans complications

Durée de l'antibiothérapie

Environ **3 semaines**

- En fonction des éléments suivants :
- Présence/absence/extraction de corps étrangers
 - Agent pathogène responsable et son profil de résistance
 - Présence/absence d'une ostéomyélite

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

Première intention

 ACCÈS	Cloxacilline IV
	• Nouveau-nés : 25-50 mg/kg/dose q12h
	• Enfants : 25 mg/kg/dose q6h
	• VOIE ORALE : 15 mg/kg/dose q6h
	• Posologie orale en fonction du poids :
	3-<6 kg 62,5 mg q6h
	6-<10 kg 125 mg q6h
	10-<15 kg 250 mg q6h
	15-<20 kg 375 mg q6h
	≥20 kg 500 mg q6h

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Pour une administration par voie orale, la dicloxacilline et la flucloxacilline sont les antibiotiques à privilégier au sein de leur classe, car ils font preuve d'une meilleure biodisponibilité par voie orale

Deuxième intention

 ACCÈS	Amoxicilline + acide clavulanique IV :
	• 1 ^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h
	• >1 ^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q8h
	• VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour
	• Posologie orale en fonction du poids :
	3-<6 kg 250 mg d'amox/dose q12h
	6-<10 kg 375 mg d'amox/dose q12h
	10-<15 kg 500 mg d'amox/dose q12h
	15-<20 kg 750 mg d'amox/dose q12h
	≥20 kg 500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline
La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU

 À SURVEILLER Céfazoline 25 mg/kg/dose q12h IV

OU

 À SURVEILLER Céfotaxime 50 mg/kg/dose q8h IV

OU

 À SURVEILLER Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV

La ceftriaxone ou le céfotaxime sont les options à privilégier en cas de présence présumée de Salmonella non typhiques responsables d'infections invasives ou d'infection présumée à Enterobacterales

OU

 ACCÈS	Clindamycine IV/VOIE ORALE
	• Nouveau-nés : 5 mg/kg/dose q8h
	• Enfants : 10 mg/kg/dose q8h

Option acceptable pour le SARM d'origine communautaire si le SARM y est sensible ou dans les contextes où le SARM reste fortement sensible à la clindamycine, sinon envisager la vancomycine

Fasciite nécrosante

Infection de la peau et des tissus mous • Page 1 de 2

?

Définition

Infection nécrosante des tissus mous profonds qui touche le fascia musculaire et qui engage le pronostic vital. L'infection est principalement d'origine bactérienne et se caractérise par une nécrose aiguë/fulminante accompagnée d'une destruction tissulaire et de signes généraux de toxicité

La classification dépend des éléments suivants :

- **Agent pathogène :**
 - Type 1/infection polymicrobienne
 - Type 2/infection monomicrobienne
- **Présence ou absence de gaz dans les tissus :**
 - Par exemple, du gaz est fréquemment présent en cas d'infection polymicrobienne
- **Région touchée :**
 - Jambe
 - Tête et cou
 - Périnée (gangrène de Fournier)
- **Risque d'issues défavorables :**
 - Risque élevé ou modéré

Agents pathogènes les plus fréquents

Type 2/infection monomicrobienne :

- **La plupart des cas :**
 - *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A)
 - *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B)
 - *Streptococcus dysgalactiae* (surtout pour les patients âgés et ceux atteints de maladie chronique)
- **Moins fréquemment :**
 - *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- **Expositions environnementales précises :**
 - *Aeromonas hydrophila* (eau douce)
 - *Vibrio vulnificus* (eau de mer)

Type 1/infection polymicrobienne:

- Bactéries anaérobies (p. ex. *Bacteroides* spp., *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus* spp. ou bactéries anaérobies buccales en cas d'atteinte de la tête/du cou)
- Enterobacterales
- *Pseudomonas* spp.
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

Diagnostic

Tableau clinique

- Survenue soudaine d'une douleur localisée disproportionnée par rapport aux résultats de l'examen clinique, accompagnée de l'apparition rapide de signes généraux
- Signes et symptômes d'infections de la peau et des tissus mous (rougeur, chaleur, œdème), habituellement présents en cas de plaie cutanée, mais le principal symptôme est une douleur exquise ; une progression rapide des rougeurs, des ecchymoses et des bulles est également un signe évocateur
- Un diagnostic définitif nécessite une visualisation directe du tissu nécrotique dans le fascia musculaire, par exploration chirurgicale

Gangrène de Fournier :

- Douleur intense accompagnée de signes de nécrose de la région périnéale ; une progression rapide de l'infection vers la paroi abdominale et les muscles fessiers est possible

Analyses microbiologiques

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons profonds de tissu prélevés au cours du débridement afin d'adapter l'antibiothérapie empirique

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Bilan initial en cas de fasciite nécrosante présumée :

- Numération et formule sanguine
- Créatinine
- Électrolytes
- Glucose

Imagerie

- Une échographie peut être utile pour évaluer le degré d'atteinte tissulaire ainsi que la présence de gaz et de liquide le long du fascia musculaire
 - Envisager une tomodensitométrie de la zone touchée
- L'imagerie ne doit pas retarder l'exploration chirurgicale étant donné qu'une intervention chirurgicale est le meilleur moyen de diagnostiquer/traiter cette infection

Fasciite nécrosante

Infection de la peau et des tissus mous • Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

- L'évolution clinique vers une maladie grave est rapide. Les signes de sepsis/de choc septique doivent être étroitement surveillés
- **Il est essentiel de procéder à une ablation chirurgicale du tissu nécrotique le plus tôt possible, par drainage/débridement. Tout retard est associé à une augmentation du taux de mortalité**
- L'antibiothérapie vient en complément d'une intervention chirurgicale pour contrôler la source d'infection
- Des immunoglobulines par voie intraveineuse sont parfois utilisées lorsqu'un choc complique une fasciite nécrosante (et en cas de syndrome de choc toxique présumé), mais ce traitement coûte très cher et ses effets sur le taux de mortalité restent incertains

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

🕒 Durée de l'antibiothérapie

Habituellement **2 à 3 semaines**

- En fonction des éléments suivants :
- Réponse sur le plan clinique
 - Contrôle chirurgical de la source d'infection
 - Evolution des marqueurs de laboratoire de l'infection

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h IV

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Clindamycine 900 mg q8h IV

----- OU -----

Utiliser cette option thérapeutique uniquement après qu'une infection par *Streptococcus pyogenes* a été exclue

 Ceftriaxone 2 g q24h IV

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Métronidazole 500 mg q8h IV

EN CAS DE SUSPICION DE SARM,
ENVISAGER D'AJOUTER

 Vancomycine 15-20 mg/kg q12h IV

Fasciite nécrosante

Infection de la peau et des tissus mous • Page 1 de 2

?

Définition

Infection nécrosante des tissus mous profonds qui touche spécifiquement le fascia musculaire et qui engage le pronostic vital. L'infection est principalement d'origine bactérienne et se caractérise par une nécrose aiguë/fulminante accompagnée d'une destruction tissulaire et de signes généraux de toxicité

La classification dépend des éléments suivants :

- **Agent pathogène :**
 - Type 1/infection polymicrobienne
 - Type 2/infection monomicrobienne
- **Présence ou absence de gaz dans les tissus :**
 - Par exemple, du gaz est fréquemment présent en cas d'infection polymicrobienne
- **Région touchée :**
 - Jambe
 - Tête et cou
 - Périnée (gangrène de Fournier)
- **Risque d'issues défavorables :**
 - Risque élevé ou modéré

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

Type 2/infection monomicrobienne :

- **La plupart des cas :**
 - *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A)
 - *Streptococcus agalactiae* (streptocoque du groupe B)
 - *Streptococcus dysgalactiae* (surtout pour les patients âgés et ceux atteints de maladie chronique)
- **Moins fréquemment :**
 - *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)
- **Expositions environnementales précises :**
 - *Aeromonas hydrophila* (eau douce)
 - *Vibrio vulnificus* (eau de mer)

Type 1/infection polymicrobienne:

- Bactéries anaérobies (p. ex. *Bacteroides* spp., *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus* spp. ou bactéries anaérobies buccales en cas d'atteinte de la tête/du cou)
- Enterobacterales
- *Pseudomonas* spp.
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus aureus* (y compris SARM)

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- **Très rare**, peut survenir comme complication de la varicelle (ou être associée à une immunodépression)
- La plupart des éléments décrits pour les adultes s'appliquent aussi aux enfants, mais certaines spécificités existent :
 - Régions touchées : torse (nouveau-nés et nourrissons) ; extrémités et visage (enfants plus âgés)
 - Signes et symptômes précoces : fièvre $\geq 38,0$ °C, peau rouge ou de couleur anormale, œdème localisé, sensibilité marquée et douleur de la région touchée

🔬 Analyses microbiologiques

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons profonds de tissu prélevés au cours du débridement afin d'adapter l'antibiothérapie empirique

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

- En cas de sepsis présumé, envisager d'autres analyses de laboratoire (voir la fiche sur le sepsis)

Bilan initial en cas de fasciite nécrosante présumée :

- Numération et formule sanguine
- Créatinine
- Électrolytes
- Glucose

📷 Imagerie

L'imagerie ne doit pas retarder l'exploration chirurgicale étant donné qu'une intervention chirurgicale est le meilleur moyen de diagnostiquer/traiter cette infection

- Une échographie peut être utile pour évaluer le degré d'atteinte tissulaire ainsi que la présence de gaz et de liquide le long du fascia musculaire
- Envisager une tomodensitométrie de la zone touchée

Fasciite nécrosante

Infection de la peau et des tissus mous • Page 2 de 2

Rx Traitement

☞ Considérations cliniques

- L'évolution clinique vers une maladie grave est rapide. Les signes de sepsis/de choc septique doivent être étroitement surveillés
- **Il est essentiel de procéder à une ablation chirurgicale du tissu nécrotique le plus tôt possible, par drainage/débridement. Tout retard est associé à une augmentation du taux de mortalité**
- L'antibiothérapie vient en complément d'une intervention chirurgicale pour contrôler la source d'infection
- Des immunoglobulines par voie intraveineuse sont parfois utilisées lorsqu'un choc complique une fasciite nécrosante (et en cas de syndrome de choc toxique présumé), mais ce traitement coûte très cher et ses effets sur le taux de mortalité restent incertains

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

🕒 Durée de l'antibiothérapie

Habituellement **2 à 3 semaines**

- En fonction des éléments suivants :
 - Réponse sur le plan clinique
 - Contrôle chirurgical de la source d'infection
 - Evolution des marqueurs de laboratoire de l'infection

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 **Pipéracilline + tazobactam 100 mg de pipéracilline/kg/dose q8h IV**

À SURVEILLER

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 **Clindamycine IV**

- Nouveau-nés : 5 mg/kg/dose q8h
- Enfants : 10 mg/kg/dose q8h

ACCÈS

----- OU -----

Utiliser cette option thérapeutique uniquement après qu'une infection par *Streptococcus pyogenes* a été exclue

 **Ceftriaxone 80 mg/kg/dose q24h IV**

À SURVEILLER

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 **Métronidazole IV/VOIE ORALE**

- Nouveau-nés : 7,5 mg/kg/dose q12h (dose d'attaque en IV : 15 mg/kg)
- Enfants : 7,5 mg/kg/dose q8h

• **Posologie orale en fonction du poids :**

3-<6 kg	30 mg q8h
6-<10 kg	50 mg q8h
10-<15 kg	100 mg q8h
15-<20 kg	150 mg q8h
20-<30 kg	200 mg q8h
≥30 kg	500 mg q8h

ACCÈS

EN CAS DE SUSPICION DE SARM,
ENVISAGER D'AJOUTER

 **Vancomycine IV**

- Nouveau-nés : 15 mg/kg/dose q12h
- Enfants : 15 mg/kg/dose q8h

À SURVEILLER

Pyomyosite

Infection de la peau et des tissus mous

? Définition

Infection du muscle squelettique causée par une bactérie, habituellement associée à la formation d'abcès

🔍 Diagnostic

🔍 Tableau clinique

- Survenue soudaine d'une douleur musculaire localisée et de crampes, habituellement dans les muscles des membres inférieurs ou des fesses, accompagnée de fièvre ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) +/- œdème et induration de la zone touchée
- D'autres signes d'infection généralisée sont généralement présents (p. ex. tachycardie, hyperleucocytose)
- Des abcès peuvent se former en quelques jours/semaines
- Les signes d'une aggravation clinique (p. ex. signes de sepsis/de choc septique) doivent toujours être étroitement surveillés
- Des complications dues à une bactériémie peuvent survenir (p. ex. embolie septique, arthrite septique, endocardite)

🔬 Analyses microbiologiques

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de pus (si l'abcès peut être drainé) pour adapter l'antibiothérapie empirique

🧪 Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

📷 Imagerie

- Une radiographie initiale est importante pour localiser le site et l'étendue de l'infection ou pour exclure un autre diagnostic
- Une échographie peut être utile pour détecter la présence d'un abcès (et pour en guider le drainage)
 - Si disponibles, envisager également une IRM ou une tomodensitométrie, car ces techniques sont plus sensibles pour détecter un œdème musculaire (c.-à-d. une inflammation) et la présence de pus

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

- *Staphylococcus aureus* (>90 %, y compris SARM*)
- *Certaines souches peuvent produire la leucocidine de Panton-Valentine, une toxine qui peut entraîner une maladie plus grave. Envisager la présence de cette toxine, notamment en cas d'infections cutanées récurrentes (des mesures de décolonisation peuvent être envisagées pour prévenir les récurrences et une transmission)
- *Streptococcus* spp. (surtout *Streptococcus pyogenes*)
- *Escherichia coli* (parfois, notamment pour les patients atteints d'un cancer)

Rx Traitement

📋 Considérations cliniques

- **Le drainage de l'abcès reste la principale approche pour éliminer la source d'infection**
- Le drainage est également important pour le prélèvement d'échantillons pour une mise en culture, et afin d'identifier l'agent pathogène responsable ainsi que son profil de résistance
- **Cas bénins :** une antibiothérapie ciblée est à privilégier une fois que les résultats des cultures sont disponibles
- **Cas graves, ou s'il est impossible d'obtenir un échantillon clinique pour l'examen microbiologique :** administrer un traitement empirique en tenant compte des agents pathogènes les plus fréquents, y compris de la prévalence locale du SARM et des facteurs de risque individuels pour la présence de SARM

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant 2 à 3 semaines :

- 2 semaines pour les patients par ailleurs en bonne santé et si la source d'infection est bien contrôlée
- 3 semaines en cas de maladies sous-jacentes ou si la source d'infection n'est pas bien contrôlée

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire

 Amoxicilline + acide clavulanique 1 g + 200 mg q8h **IV** OU 875 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Céfalexine 500 mg q8h **VOIE ORALE**

OU

 Cloxacilline 2 g q6h **IV** OU 500 mg q6h **VOIE ORALE**

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Pour une administration par voie orale, la dicloxacilline et la flucloxacilline sont les antibiotiques à privilégier au sein de leur classe, car ils font preuve d'une meilleure biodisponibilité par voie orale

Pyomyosite

Infection de la peau et des tissus mous • Page 1 de 2

?

 Définition

Infection du muscle squelettique causée par une bactérie, habituellement associée à la formation d'abcès

Agents pathogènes les plus fréquents

- *Staphylococcus aureus* (>90 %, y compris SARM*)
- *Certains souches peuvent produire la leucocidine de Panton-Valentine, une toxine qui peut entraîner une maladie plus grave. Envisager la présence de cette toxine, notamment en cas d'infections cutanées récurrentes (des mesures de décolonisation peuvent être envisagées pour prévenir les récurrences et une transmission)
- *Streptococcus* spp. (surtout *Streptococcus pyogenes*)
- *Escherichia coli* (parfois, notamment pour les patients atteints d'un cancer)

Diagnostic

Tableau clinique

- Survenue soudaine d'une douleur musculaire localisée et de crampes, habituellement dans les muscles des membres inférieurs ou des fesses, accompagnée de fièvre ($\geq 38,0$ °C) +/- œdème et induration de la zone touchée
- D'autres signes d'infection généralisée sont généralement présents (p. ex. tachycardie, hyperleucocytose)
- Des abcès peuvent se former en quelques jours/semaines
- Les signes d'une aggravation clinique (p. ex. signes de sepsis/de choc septique) doivent toujours être étroitement surveillés
- Des complications dues à une bactériémie peuvent survenir (p. ex. embolie septique, arthrite septique, endocardite)

Analyses microbiologiques

- Hémocultures (idéalement avant le début de l'antibiothérapie)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de pus (si l'abcès peut être drainé) pour adapter l'antibiothérapie empirique

Autres analyses de laboratoire

Pour évaluer la gravité de la maladie et permettre de déceler une infection bactérienne : numération leucocytaire et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine

Imagerie

- Une radiographie initiale est importante pour localiser le site et l'étendue de l'infection ou pour exclure un autre diagnostic
- Une échographie peut être utile pour détecter la présence d'un abcès (et pour en guider le drainage)
 - Si disponibles, envisager également une IRM ou une tomodensitométrie, car ces techniques sont plus sensibles pour détecter un œdème musculaire (c.-à-d. une inflammation) et la présence de pus

Pyomyosite

Infection de la peau et des tissus mous • Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

- **Le drainage de l'abcès reste la principale approche pour éliminer la source d'infection**
- Le drainage est également important pour le prélèvement d'échantillons pour une mise en culture, et afin d'identifier l'agent pathogène responsable ainsi que son profil de résistance
- **Cas bénins** : une antibiothérapie ciblée est à privilégier une fois que les résultats des cultures sont disponibles
- **Cas graves, ou s'il est impossible d'obtenir un échantillon clinique pour l'examen microbiologique** : administrer un traitement empirique en tenant compte des agents pathogènes les plus fréquents, y compris de la prévalence locale du SARM et des facteurs de risque individuels pour la présence de SARM

Important :

- **Simplifier** le traitement empirique pour un antibiotique à spectre d'activité plus étroit, d'après les résultats des cultures ou, si ces résultats ne sont pas disponibles, sur la base d'une amélioration clinique rapide
- **Le passage à un traitement par voie orale** dépend de l'amélioration des symptômes, des signes d'infection et de la capacité du patient à prendre des antibiotiques par voie orale

🕒 Durée de l'antibiothérapie

Traiter pendant 2 à 3 semaines :

- 2 semaines pour les patients par ailleurs en bonne santé et si la source d'infection est bien contrôlée
- 3 semaines en cas de maladies sous-jacentes ou si la source d'infection n'est pas bien contrôlée

Rx Antibiothérapie

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les antibiotiques sont présentés par ordre alphabétique et doivent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes, sauf indication contraire



Amoxicilline + acide clavulanique

IV :

• 1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h

• >1^{er} semaine de vie : 50 mg d'amox/kg/dose q12h

VOIE ORALE : 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

OU



Céfalexine 25 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	125 mg q12h
6-<10 kg	250 mg q12h
10-<15 kg	375 mg q12h
15-<20 kg	500 mg q12h
20-<30 kg	625 mg q12h
≥30 kg	500 mg q8h

OU



Cloxacilline IV

• Nouveau-nés : 25-50 mg/kg/dose q12h

• Enfants : 25 mg/kg/dose q6h

• **VOIE ORALE** : 15 mg/kg/dose q6h

• **Posologie orale en fonction du poids** :

3-<6 kg	62,5 mg q6h
6-<10 kg	125 mg q6h
10-<15 kg	250 mg q6h
15-<20 kg	375 mg q6h
≥20 kg	500 mg q6h

Si la cloxacilline n'est pas disponible, toute autre pénicilline antistaphylococcique par voie IV peut être utilisée. Pour une administration par voie orale, la dicloxacilline et la flucloxacilline sont les antibiotiques à privilégier au sein de leur classe, car ils font preuve d'une meilleure biodisponibilité par voie orale

Neutropénie fébrile

Page 1 de 2

Ces recommandations concernent les infections bactériennes présumées chez des patients atteints de neutropénie (y compris de neutropénie septique), mais ne concernent ni les traitements antiviraux ou antifongiques, ni les antibioprophylaxies pour les patients atteints de neutropénie afebrile, ni les prophylaxies par les facteurs de stimulation des colonies de granulocytes

Définition

- Syndrome grave qui peut toucher les patients atteints de néoplasies sous chimiothérapie myélosuppressive cytotoxique
- Deux éléments sont à considérer :
 - Fièvre : température corporelle $\geq 38,0$ °C
 - Neutropénie : réduction temporaire de la numération absolue de neutrophiles (ANC) < 1000 cellules/ μ L ($< 1,0 \times 10^9/L$)

Gravité :

- Neutropénie grave : ANC < 500 cellules/ μ L ($< 0,5 \times 10^9/L$)
- Neutropénie profonde : ANC < 100 cellules/ μ L ($< 0,1 \times 10^9/L$)

Classification en fonction du risque d'infection grave (nécessitant ou prolongeant une hospitalisation) :

- Risque faible : ≤ 7 jours de neutropénie grave et absence d'affections comorbides (mis à part un cancer) ou de dysfonctionnement rénal ou hépatique
- Risque élevé : > 7 jours de neutropénie grave et présence d'affections comorbides (mis à part un cancer) ou d'un dysfonctionnement rénal ou hépatique

Remarque : il est possible de classer les neutropénies et de mieux orienter le diagnostic différentiel

Classification en fonction de l'identification des agents pathogènes responsables et de la source d'infection :

1. Infection confirmée par analyses microbiologiques (identification de l'agent pathogène responsable)
2. Source d'infection clinique diagnostiquée, mais aucun agent pathogène identifié (p. ex. pharyngite)
3. Fièvre inexplicable (aucun agent pathogène identifié et aucune source d'infection clairement identifiée) (scénario le plus courant)
4. Fièvre non infectieuse (p. ex. due à des médicaments)



Agents pathogènes les plus fréquents

Principalement des bactéries qui colonisent la peau et les intestins du patient, y compris des souches multirésistantes

Bactéries à Gram positif :

- *Staphylococcus* spp. (y compris SARM)
- *Streptococcus* spp.
- *Enterococcus* spp. (y compris les entérocoques résistants à la vancomycine)

Bactéries à Gram négatif :

- Enterobacterales et *Pseudomonas aeruginosa* (y compris les souches qui produisent des BLSSE et des carbapénémases)

Autres agents pathogènes :

- Bactéries anaérobies
- Envisager des champignons (surtout *Candida albicans* et *Aspergillus* spp.) et des virus (p. ex. cytomégalovirus, virus de l'herpès humain 6) si la neutropénie dure plus longtemps



Diagnostic



Tableau clinique

- Le tableau clinique est très variable et dépend de l'infection sous-jacente
- Une fièvre est habituellement présente. Cependant, comme les réponses inflammatoires des patients atteints de neutropénie sont inefficaces, il arrive que ces derniers ne présentent que quelques signes cliniques et ne soient pas fébriles, malgré la présence d'une infection
- L'évolution clinique vers une maladie grave ou un décès peut être très rapide (en quelques heures). Les signes de sepsis/de choc septique doivent toujours être étroitement surveillés



Analyses microbiologiques

Important : les analyses microbiologiques à envisager au cours de l'évaluation initiale dépendent de la source d'infection la plus probable et doivent idéalement être effectuées avant le début de l'antibiothérapie

Dans tous les cas :

- Hémocultures
- Culture d'urine

Dans certains cas, envisager :

- Analyse microscopique et mise en culture des expectorations
- Prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage pour un test d'amplification des acides nucléiques pour les virus influenza et les autres virus respiratoires (y compris le SARS-CoV-2)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de liquide céphalorachidien (LCR)
- Coproculture
- Dépistage de *C. difficile*
- Tests de dépistage des infections fongiques invasives et d'autres étiologies virales (notamment pour les patients à haut risque)



Autres analyses de laboratoire

Important : les analyses à envisager au cours de l'évaluation initiale dépendent de la source d'infection la plus probable

- Numération et formule sanguine, dosage de la bilirubine, de la créatinine et des électrolytes, pH sanguin et gaz du sang, lactate dans le sang total et dosage de la protéine C-réactive ou de la prolactinone



Imagerie

- Envisager une imagerie au cours de l'évaluation initiale afin d'identifier la source d'infection (selon le tableau clinique)
- Envisager d'autres techniques d'imagerie pour élargir le bilan diagnostique ou pour exclure une infection avec complications en l'absence d'amélioration clinique après quelques jours de traitement

Neutropénie fébrile

Page 2 de 2

Rx Traitement

☒ Considérations cliniques

- Le choix de l'antibiothérapie doit tenir compte du site d'infection le plus probable, de la prévalence locale de la résistance et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants (notamment pour les isolats produisant des BLSE et des carbapénémases, et pour le SARM)
- Il est important que l'antibiothérapie soit associée à un contrôle adéquat de la source. Envisager de retirer un cathéter veineux central infecté
- Si la fièvre persiste et qu'aucune amélioration clinique n'est observée dans les 48 à 72 heures, envisager d'autres analyses pour identifier la source ou pour déterminer si une complication locale est apparue (envisager un agent pathogène résistant ou une infection non bactérienne)

Patients atteints de neutropénie grave (<500 cellules/ μ L ou <0,5 x 10⁹/L) qui deviennent fébriles :

- Démarrage rapide de l'antibiothérapie, même lorsque le site d'infection n'a pas été clairement identifié

Patients à faible risque :

- Traitement en ambulatoire avec surveillance et suivi, si un traitement par voie orale est toléré

Patients à haut risque (ou lorsqu'un suivi étroit n'est pas possible) :

- Hospitalisation et traitement IV de première intention
- Il est conseillé de passer du traitement IV à une antibiothérapie par voie orale si une amélioration clinique est observée, et si le patient n'est plus fébrile et est capable de tolérer un traitement par voie orale

Rx Risque faible

Important : une escalade thérapeutique en cas de fièvre persistante dépasse le cadre de ces recommandations

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg + 125 mg q8h **VOIE ORALE**

ENVISAGER D'AJOUTER

A SURVEILLER Ciprofloxacine 500 mg q12h **VOIE ORALE**

⌚ Durée de l'antibiothérapie

Patients à faible risque : **7 jours**

Patients à haut risque : jusqu'à la disparition des signes cliniques d'infection ET l'absence de fièvre depuis au moins 48 heures

- Dépend surtout de la réponse clinique et (si identifiés) du site d'infection et de l'agent pathogène
- Selon les données probantes actuelles, l'arrêt du traitement doit reposer sur l'approche clinique et non sur la numération des neutrophiles

Important : si une association médicamenteuse est utilisée, réévaluer ultérieurement la nécessité de continuer à administrer l'association, en fonction des résultats des analyses microbiologiques et de la réponse clinique

Rx Risque élevé

Important : une escalade thérapeutique en cas de fièvre persistante dépasse le cadre de ces recommandations

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

A SURVEILLER Pipéracilline + tazobactam 4 g + 500 mg q6h **IV**

Deuxième intention

A SURVEILLER Méropénem 1 g q8h **IV**

Le méropénem est à envisager uniquement dans les contextes où la prévalence d'Enterobacterales produisant des BLSE est élevée, ou pour les patients ayant des antécédents de colonisation ou d'infection par des agents pathogènes résistants

ENVISAGER D'AJOUTER À L'UN DES SCHEMAS THERAPEUTIQUES

ACCÈS Amikacine 15 mg/kg q24h **IV**

En cas d'infection présumée par des bactéries à Gram négatif résistantes

----- ET/OU -----

A SURVEILLER Vancomycine 15-20 mg/kg q12h **IV**

En cas de suspicion de SARM

Neutropénie fébrile

Page 1 de 2

Ces recommandations concernent les infections bactériennes présumées chez des patients atteints de neutropénie (y compris de neutropénie septique), mais ne concernent ni les traitements antiviraux ou antifongiques, ni les antibioprophylaxies pour les patients atteints de neutropénie afébrile, ni les prophylaxies par les facteurs de stimulation des colonies de granulocytes

?

Définition

- Infection grave qui peut toucher les patients atteints de néoplasies sous chimiothérapie myélosuppressive cytotoxique
- Deux éléments sont à considérer :
 - Fièvre : température corporelle $\geq 38,0$ °C
 - Neutropénie : réduction temporaire de la numération absolue de neutrophiles (ANC) < 1000 cellules/ μL ($< 1,0 \times 10^9/\text{L}$)

Gravité :

- Neutropénie grave : ANC < 500 cellules/ μL ($< 0,5 \times 10^9/\text{L}$)
- Neutropénie profonde : ANC < 100 cellules/ μL ($< 0,1 \times 10^9/\text{L}$)

Classification en fonction du risque d'infection grave (nécessitant ou prolongeant une hospitalisation) :

• **Risque faible** : ≤ 7 jours de neutropénie grave et absence d'affections comorbides (mis à part un cancer) ou de dysfonctionnement rénal ou hépatique

• **Risque élevé** : > 7 jours de neutropénie grave et présence d'affections comorbides (mis à part un cancer) ou d'un dysfonctionnement rénal ou hépatique

Remarque : il est possible de classer les neutropénies et de mieux orienter le diagnostic différentiel

Classification en fonction de l'identification des agents pathogènes responsables et de la source d'infection :

1. Infection confirmée par analyses microbiologiques (identification de l'agent pathogène responsable)
2. Source d'infection clinique diagnostiquée, mais aucun agent pathogène identifié (p. ex. pharyngite)
3. Fièvre inexplicable (aucun agent pathogène identifié et aucune source d'infection clairement identifiée) (scénario le plus courant)
4. Fièvre non infectieuse (p. ex. due à des médicaments)



Agents pathogènes les plus fréquents

Principalement des bactéries qui colonisent la peau et les intestins du patient, y compris des souches multirésistantes

Bactéries à Gram positif :

- *Staphylococcus* spp. (y compris SARM)
- *Streptococcus* spp.
- *Enterococcus* spp. (y compris les entérocoques résistants à la vancomycine)

Bactéries à Gram négatif :

- Enterobacterales et *Pseudomonas aeruginosa* (y compris les souches qui produisent des BLSÉ et des carbapénémases)

Autres agents pathogènes :

- Bactéries anaérobies
- Envisager des champignons (surtout *Candida albicans* et *Aspergillus* spp.) et des virus (p. ex. cytomégalovirus, virus de l'herpès humain 6) si la neutropénie dure plus longtemps



Diagnostic



Tableau clinique

- Le tableau clinique est très variable et dépend de l'infection sous-jacente
- Une fièvre est habituellement présente, mais les symptômes et les signes sont masqués. Un enfant peut être afébrile et ne présenter que quelques signes malgré l'infection
- L'évolution clinique vers une maladie grave ou un décès peut être très rapide (en quelques heures). Les signes de sepsis/de choc septique doivent toujours être étroitement surveillés



Analyses microbiologiques

Important : les analyses microbiologiques à envisager au cours de l'évaluation initiale dépendent de la source d'infection la plus probable et doivent idéalement être effectuées avant le début de l'antibiothérapie

Dans tous les cas :

- Hémocultures
- Culture d'urine

Dans certains cas, envisager :

- Analyse microscopique et mise en culture des expectorations
- Prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage pour un test d'amplification des acides nucléiques pour les virus influenza et les autres virus respiratoires (y compris le SARS-CoV-2)
- Analyse microscopique et mise en culture d'échantillons de liquide céphalorachidien (LCR)
- Coproculture
- Dépistage de *C. difficile*
- Tests de dépistage des infections fongiques invasives et d'autres étiologies virales (notamment pour les patients à haut risque)



Autres analyses de laboratoire

Important : les analyses à envisager au cours de l'évaluation initiale dépendent de la source d'infection la plus probable

- Numération et formule sanguine, dosage de la bilirubine, de la créatinine et des électrolytes, pH sanguin et gaz du sang, lactate dans le sang total et dosage de la protéine C-réactive ou de la procalcitonine



Imagerie

- Envisager une imagerie au cours de l'évaluation initiale afin d'identifier la source d'infection (selon le tableau clinique)
- Envisager d'autres techniques d'imagerie — tomodensitométrie thoracique et échographie abdominale — pour élargir le bilan diagnostique ou pour exclure une infection avec complications en l'absence d'amélioration clinique après quelques jours de traitement

Neutropénie fébrile

Page 2 de 2

Rx Traitement

Considérations cliniques

- Le choix de l'antibiothérapie doit tenir compte du site d'infection le plus probable, de la prévalence locale de la résistance et des facteurs de risque individuels pour les agents pathogènes résistants (notamment pour les isolats produisant des BLSE et des carbapénémases, et pour le SARM)
- Il est important que l'antibiothérapie soit associée à un contrôle adéquat de la source. Envisager de retirer un cathéter veineux central infecté
- Si la fièvre persiste et qu'aucune amélioration clinique n'est observée dans les 48 à 72 heures, envisager d'autres analyses pour identifier la source ou pour déterminer si une complication locale est apparue (envisager un agent pathogène résistant ou une infection non bactérienne)

Patients atteints de neutropénie grave (<500 cellules/ μ L ou <0,5 x 10^9 /L) qui deviennent fébriles :

- Démarrage rapide de l'antibiothérapie, même lorsque le site d'infection n'a pas été clairement identifié

Patients à faible risque :

- Traitement en ambulatoire avec surveillance et suivi, si un traitement par voie orale est toléré

Patients à haut risque (ou lorsqu'un suivi étroit n'est pas possible) :

- Hospitalisation et traitement IV de première intention
- Il est conseillé de passer du traitement IV à une antibiothérapie par voie orale si une amélioration clinique est observée, et si le patient n'est plus fébrile et est capable de tolérer un traitement par voie orale

Rx Risque faible

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

 Amoxicilline + acide clavulanique 80-90 mg d'amoxicilline/kg/jour **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids :

3-<6 kg	250 mg d'amox/dose q12h
6-<10 kg	375 mg d'amox/dose q12h
10-<15 kg	500 mg d'amox/dose q12h
15-<20 kg	750 mg d'amox/dose q12h
≥20 kg	500 mg d'amox/dose q8h ou 1 g d'amox/dose q12h

Amox = amoxicilline

La solution buvable doit être réfrigérée après reconstitution

ENVISAGER D'AJOUTER

 Ciprofloxacine 15 mg/kg/dose q12h **VOIE ORALE**

• Posologie orale en fonction du poids:

3-<6 kg	50 mg q12h
6-<10 kg	100 mg q12h
10-<15 kg	150 mg q12h
15-<20 kg	200 mg q12h
20-<30 kg	300 mg q12h
≥30 kg	500 mg q12h

Durée de l'antibiothérapie

Patients à faible risque : **7 jours**

Patients à haut risque : jusqu'à la disparition des signes cliniques d'infection ET l'absence de fièvre depuis au moins 48 heures

- Dépend surtout de la réponse clinique et (si identifiés) du site d'infection et de l'agent pathogène
- Selon les données probantes actuelles, l'arrêt du traitement doit reposer sur l'approche clinique et non sur la numération des neutrophiles

Important : si une association médicamenteuse est utilisée, réévaluer ultérieurement la nécessité de continuer à administrer l'association, en fonction des résultats des analyses microbiologiques et de la réponse clinique

Rx Risque élevé

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Pipéracilline + tazobactam 100 mg de pipéracilline/kg/dose q8h **IV**

Deuxième intention

 Méropénem 20 mg/kg/dose q8h **IV**

Le méropénem est à envisager uniquement dans les contextes où la prévalence d'Enterobacterales produisant des BLSE est élevée, ou pour les patients ayant des antécédents de colonisation ou d'infection par des agents pathogènes résistants

ENVISAGER D'AJOUTER À L'UN DES SCHEMAS THERAPEUTIQUES

 Amikacine 15 mg/kg q24h **IV**

En cas d'infection présumée par des bactéries à Gram négatif résistantes

ET/OU

 Vancomycine **IV**

- Nouveau-nés : 15 mg/kg/dose q12h
- Enfants : 15 mg/kg/dose q8h

En cas de suspicion de SARM

Phylaxie chirurgicale

Page 1 de 2

Une antibiophylaxie préalable aux chirurgies dentaires dépasse le cadre de ces recommandations

?

 Définition

Prévention des complications infectieuses par l'administration d'un antibiotique efficace avant une exposition à une contamination au cours d'une chirurgie

Types d'interventions chirurgicales :

- **Propre** : aucune ouverture des voies respiratoires, digestives, génitales ou urinaires au cours de l'intervention
- **Propre-contaminée** : ouverture des voies respiratoires, digestives, génitales ou urinaires au cours de l'intervention, dans des conditions contrôlées et sans contamination inhabituelle
- **Contaminée** : ruptures importantes des techniques d'asepsie ou contamination massive par le contenu du tube digestif

Directives de l'OMS pour la prévention des infections du site opératoire :
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399>

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

En fonction du site anatomique de l'intervention. Souvent, les bactéries responsables font partie du microbiote humain

Rx Antibiophylaxie préopératoire (section 1 sur 2)

📋 Considérations cliniques

- Le choix de l'antibiophylaxie dépend du type d'intervention chirurgicale et du site anatomique concerné
- Patients colonisés par des bactéries à Gram négatif multirésistantes : les données probantes à l'appui d'un élargissement du spectre de l'antibiophylaxie sont insuffisantes. Les décisions sont généralement prises au cas par cas
- Patients colonisés par le SARM qui vont subir une incision cutanée : envisager d'ajouter de la vancomycine au schéma thérapeutique chirurgical systématiquement recommandé

🕒 Durée de l'antibiothérapie

120 minutes ou moins avant le début de l'intervention chirurgicale

Dose unique avant l'opération. Après l'intervention chirurgicale, ne pas continuer à administrer l'antibiotique dans le but de prévenir une infection. Envisager une dose supplémentaire uniquement en cas de procédures plus longues ou de perte de sang importante

Rx Chirurgie intestinale

Inclut l'appendicectomie, la chirurgie de l'intestin grêle et la chirurgie colorectale

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

ACCÈS Céfazoline 2 g dose unique **IV**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

ACCÈS Métronidazole 500 mg dose unique **IV**

Deuxième intention

ACCÈS Amoxicilline + acide clavulanique 2 g + 200 mg dose unique **IV**

Prophylaxie chirurgicale

Page 2 de 2

Rx Antibioprophylaxie préopératoire (section 2 sur 2)

Rx Intervention propre ou propre-contaminée

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 2 g dose unique IV

Deuxième intention

 Céfuroxime 1,5 g dose unique IV

Rx Intervention urologique

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 2 g dose unique IV

Deuxième intention

 Gentamicine 5 mg/kg dose unique IV

Rx Intervention contaminée

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 2 g dose unique IV

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Métronidazole 500 mg dose unique IV

Deuxième intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 2 g + 200 mg dose unique IV

----- OU -----

 Gentamicine 5 mg/kg dose unique IV

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Métronidazole 500 mg dose unique IV

La gentamicine doit être administrée en association avec le métronidazole, car elle ne fournit pas, à elle seule, une couverture suffisante contre les bactéries anaérobies

Phylaxie chirurgicale

Page 1 de 2

Une antibiophylaxie préalable aux chirurgies dentaires dépasse le cadre de ces recommandations

?

 Définition

Prévention des complications infectieuses par l'administration d'un antibiotique efficace avant une exposition à une contamination au cours d'une chirurgie

Types d'interventions chirurgicales :

- **Propre** : aucune ouverture des voies respiratoires, digestives, génitales ou urinaires
- **Propre-contaminée** : ouverture des voies respiratoires, digestives, génitales ou urinaires au cours de l'intervention, dans des conditions contrôlées et sans contamination inhabituelle
- **Contaminée** : ruptures importantes des techniques d'asepsie ou contamination massive par le contenu du tube digestif

Directives de l'OMS pour la prévention des infections du site opératoire :
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399>

🦠 Agents pathogènes les plus fréquents

En fonction du site anatomique de l'intervention. Souvent, les bactéries responsables font partie du microbiote humain

Rx Antibiophylaxie préopératoire (section 1 sur 2)

📋 Considérations cliniques

- Le choix de l'antibiophylaxie dépend du type d'intervention chirurgicale et du site anatomique concerné
- Patients colonisés par des bactéries à Gram négatif multirésistantes : les données probantes à l'appui d'un élargissement du spectre de l'antibiophylaxie sont insuffisantes. Les décisions sont généralement prises au cas par cas
- Patients colonisés par le SARM qui vont subir une incision cutanée : envisager d'ajouter de la vancomycine au schéma thérapeutique chirurgical systématiquement recommandé

🕒 Durée de l'antibiothérapie

120 minutes ou moins avant le début de l'intervention chirurgicale

Dose unique avant l'opération. Après l'intervention chirurgicale, il ne faut pas continuer à administrer l'antibiotique dans le but de prévenir une infection. Envisager une dose supplémentaire uniquement en cas de procédures plus longues ou de perte de sang importante

Rx Chirurgie intestinale

Inclut l'appendicectomie, la chirurgie de l'intestin grêle et la chirurgie colorectale

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 50 mg/kg dose unique **IV**

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Métronidazole 7,5 mg/kg dose unique **IV**

Deuxième intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 50 mg d'amoxicilline/kg dose unique **IV**

Prophylaxie chirurgicale

Page 2 de 2

Rx Antibioprophylaxie préopératoire (section 2 sur 2)

Rx Intervention propre ou propre-contaminée

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 50 mg/kg dose unique IV

Deuxième intention

 Céfuroxime 50 mg/kg dose unique IV

Rx Intervention urologique

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 50 mg/kg dose unique IV

Deuxième intention

 Gentamicine dose unique IV
 • Nouveau-nés : 5 mg/kg
 • Enfants : 7,5 mg/kg

Rx Intervention contaminée

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Première intention

 Céfazoline 50 mg/kg dose unique IV

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Métronidazole 7,5 mg/kg dose unique IV

Deuxième intention

 Amoxicilline + acide clavulanique 50 mg d'amoxicilline/kg dose unique IV

----- OU -----

 Gentamicine dose unique IV
 • Nouveau-nés : 5 mg/kg
 • Enfants : 7,5 mg/kg

----- EN ASSOCIATION AVEC -----

 Métronidazole 7,5 mg/kg dose unique IV

La gentamicine doit être administrée en association avec le métronidazole, car elle ne fournit pas, à elle seule, une couverture suffisante contre les bactéries anaérobies



ANTIBIOTIQUES DE RÉSERVE

Céfidérocol

R_x Pharmacologie

- Céphalosporine sidérophore
- **Mécanisme d'action** : inhibition des enzymes bactériennes responsables de la synthèse de la paroi cellulaire

📄 Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections graves dues à des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes, de type Enterobacterales ou *P. aeruginosa*, avec confirmation en laboratoire (notamment infections dues à des agents pathogènes produisant des métallob- β -lactamases)
 - La prudence est de mise en cas d'infections à *A. baumannii*, en raison d'un taux de mortalité plus élevé comparativement à la meilleure autre option thérapeutique, décrit dans un essai clinique (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33058795/>)

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades (p. ex. atteints de sepsis ou en état de choc septique) :
 - qui n'ont pas répondu aux carbapénèmes, lorsque d'autres causes d'échec thérapeutique ont été exclues et en cas de forte suspicion d'infection due à un agent pathogène résistant aux carbapénèmes (notamment dans les contextes de forte prévalence d'agents pathogènes produisant des métallob- β -lactamases)
 - qui ont été précédemment traités pour des infections causées par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles au céfidérocol
 - chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles au céfidérocol a été confirmée

! Points importants

- L'efficacité a été démontrée dans des essais cliniques pour le traitement empirique des infections des voies urinaires compliquées, PN/PAVM, bactériémie et sepsis chez l'adulte
- Les données sont très limitées pour le traitement d'autres infections et pour une utilisation chez l'enfant

📄 Préparations

- Poudre à diluer pour perfusion intraveineuse : 1 g/flacon

🦠 Spectre d'activité

- **Activité contre** :
 - Bactéries aérobies à Gram négatif, y compris nombre d'Enterobacterales résistants aux carbapénèmes, *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii*
 - Carbapénémases : KPC, OXA-48 et métallob- β -lactamases
 - BLSE et bêta-lactamases AmpC
- **Pas d'activité contre** :
 - Bactéries à Gram positif et anaérobies
- **Émergence d'une résistance au céfidérocol chez des souches de Enterobacterales et chez *A. baumannii* et *P. aeruginosa*** :
 - La proportion d'isolats résistants au céfidérocol est faible, mais les données sont très limitées

⚠️ Toxicité

Bonne tolérance avec des effets indésirables semblables à ceux des autres bêta-lactamines (principalement gastrointestinaux)

📄 Posologie

🕒 Durée de l'antibiothérapie

- La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible
- Habituellement de **7 à 14 jours**

👤 Adultes

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie doit être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

 Céfidoforme 2 g q8h IV

👶 Enfants et nouveau-nés

Aucune donnée disponible pour les enfants et les nouveau-nés

Ceftazidime+avibactam

Rx Pharmacologie

• Association d'une céphalosporine de troisième génération (ceftazidime) et d'un nouvel inhibiteur de bêta-lactamase non bêta-lactamine (avibactam)

• Mécanisme d'action :

- La ceftazidime inhibe les enzymes bactériennes responsables de la synthèse de la paroi cellulaire
- L'avibactam inhibe certaines sérines bêta-lactamases, ce qui permet à la ceftazidime de ne pas être dégradée

📄 Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections graves dues à des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à l'association ceftazidime-avibactam, de type Enterobacterales ou *P. aeruginosa* (pas *A. baumannii*), avec confirmation en laboratoire

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades (p. ex. atteints de sepsis ou en état de choc septique) :
 - qui n'ont pas répondu aux carbapénèmes, lorsque d'autres causes d'échec thérapeutique ont été exclues et en cas de forte suspicion d'infection due à un agent pathogène résistant aux carbapénèmes
 - qui ont été précédemment traités pour des infections causées par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à l'association ceftazidime-avibactam
 - chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à l'association ceftazidime-avibactam a été confirmée

💬 Points importants

- Si l'association ceftazidime-avibactam est utilisée pour traiter une infection intra-abdominale compliquée, elle doit être administrée avec du métronidazole, en raison de son activité imprévisible contre les bactéries anaérobies
- Étant donné que l'association n'est pas active contre les agents pathogènes produisant des métallo-β-lactamases, il est important de connaître l'épidémiologie locale des génotypes les plus prévalents des bactéries aérobies à Gram négatif

📄 Préparations

- Poudre à diluer pour perfusion intraveineuse : 2 g + 500 mg par flacon

⚠️ Toxicité

- Les effets indésirables sont similaires à ceux auparavant signalés pour la ceftazidime seule
- Les plus fréquents sont une diarrhée, des nausées et des vomissements

🔬 Spectre d'activité

• Activité contre :

- Bactéries aérobies à Gram négatif, y compris celles résistantes à la ceftazidime, nombre d'Enterobacterales résistants aux carbapénèmes, et *Pseudomonas aeruginosa*
- Carbapénémases : KPC et OXA-48
- BLSE et bêta-lactamases AmpC

• Activité variable contre :

- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus* spp.
- Bactéries anaérobies

• Pas d'activité contre :

- Bactéries à Gram négatif produisant des métallo-β-lactamases (pas d'activité contre les carbapénémases de type NDM, VIM et IMP sauf si prescription en association avec l'aztrénonam)
- *Enterococcus* spp.
- *Acinetobacter* spp.

• Émergence d'une résistance à l'association ceftazidime-avibactam chez des souches de Enterobacterales et chez *Pseudomonas aeruginosa* :

- La proportion d'isolats résistants à l'association ceftazidime-avibactam est faible (plus grande pour *P. aeruginosa*) et il existe une variabilité géographique

🕒 Posologie

🕒 Durée de l'antibiothérapie

- La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible
- Habituellement de **7 à 14 jours**

👤 Adultes

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie doit être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

 Ceftazidime + avibactam 2,5 g (2 g de ceftazidime + 500 mg d'avibactam) q8h **IV**

👶 Enfants

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie doit être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

 Ceftazidime + avibactam 62,5 mg/kg/dose q8h **IV** (50 mg de ceftazidime/kg/dose + 12,5 mg d'avibactam/kg/dose)
Max. : 2 g de ceftazidime + 500 mg d'avibactam par dose

Fosfomycine

Ces recommandations ne concernent que la présentation par voie IV de la fosfomycine. Les présentations par voie orale ne sont actuellement pas inscrites à la Liste modèle des médicaments essentiels (destinés aux adultes ou destinés aux enfants)

Rx Pharmacologie

- Antibiotique de la famille des acides phosphoniques
- **Mécanisme d'action** : inhibition des enzymes bactériennes responsables de la synthèse de la paroi cellulaire

📄 Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections graves dues à des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à la fosfomycine, de type Enterobacterales ou *Pseudomonas aeruginosa*, avec confirmation en laboratoire
- Thérapie de rattrapage pour des infections par ailleurs non traitables due à SARM ou à des entérocoques résistants à la vancomycine sensibles à la fosfomycine

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades (p. ex. atteints de sepsis ou en état de choc septique) :
 - qui n'ont pas répondu aux carbapénèmes, lorsque d'autres causes d'échec thérapeutique ont été exclues et en cas de forte suspicion d'infection due à un agent pathogène résistant aux carbapénèmes
 - qui ont été précédemment traités pour des infections causées par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à la fosfomycine
 - chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à la fosfomycine a été confirmée

💬 Points importants

- Généralement administrée en association avec d'autres antibiotiques compte tenu des problèmes d'émergence rapide d'une résistance en cas d'utilisation en monothérapie
- Les données provenant d'essais cliniques relatives à l'efficacité et à la sûreté du médicament sont très limitées (chez les enfants comme chez les adultes)

📄 Présentations

- Poudre à diluer pour perfusion intraveineuse : 2 g/flacon ou 4 g/flacon (forme sodique)

🔬 Spectre d'activité

- **Activité contre** :
 - Enterobacterales produisant des BLSE et des bêta-lactamases AmpC
 - Bactéries à Gram positif, y compris SARM, entérocoques résistants à la vancomycine et *S. epidermidis*
- **Activité variable contre** :
 - *Pseudomonas aeruginosa*
 - Bactéries aérobies à Gram négatif, y compris nombre d'Enterobacterales résistants aux carbapénèmes
 - Carbapénémases : KPC, OXA-48 et métallobêta-lactamases
- **Pas d'activité contre** :
 - *Acinetobacter baumannii*
- **Émergence d'une résistance à la fosfomycine chez des souches d'Enterobacterales** :
 - Rare dans le cadre d'une pratique clinique, même si elle peut rapidement apparaître *in vitro*

⚠️ Toxicité

- Tolérance généralement bonne
- Envisager les risques suivants :
 - Surcharge sodique pour les patients présentant une insuffisance cardiaque (en raison de la teneur en sodium de la préparation)
 - Hypokaliémie (les taux de potassium doivent être régulièrement surveillés)

🕒 Posologie

🕒 Durée de l'antibiothérapie

- La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible
- Habituellement de **7 à 14 jours**

👤 Adultes

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie doit être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal



Fosfomycine 6 g q8h IV

- La dose journalière totale peut varier : de 12 à 24 g selon l'indication et la fonction rénale

👶 Enfants

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale



Fosfomycine 200-400 mg/kg/jour, la dose journalière étant répartie en plusieurs prises (1 prise q8h-q12h) IV

Linézolide

R_x Pharmacologie

- Antibiotique synthétique de la famille des oxazolidinones
- **Mécanisme d'action** : inhibition de la synthèse des protéines bactériennes

🔬 Spectre d'activité

- **Activité contre** :
 - Bactéries à Gram positif, y compris SARM, entérocoques résistants à la vancomycine et pneumocoques non sensibles à la pénicilline
 - *Mycobacterium tuberculosis* y compris les souches ultrarésistantes aux médicaments
- **Pas d'activité contre** :
 - Bactéries à Gram négatif
 - Bactéries anaérobies
- **Émergence d'une résistance au linézolide chez SARM ainsi que chez les entérocoques ou *Staphylococcus aureus* résistants à la vancomycine** :
 - Signalée, mais reste faible

📄 Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections dues à SARM dans des situations particulières :
 - Insuffisance rénale grave
 - Hypersensibilité à la vancomycine
 - Nécessité de recourir à un traitement par voie orale lorsque les autres options par voie orale moins onéreuses ne sont pas disponibles ou pas indiquées
- Infections par des agents pathogènes résistants à la vancomycine (entérocoques ou *Staphylococcus aureus*)
- Infections mycobactériennes, y compris infection à *M. tuberculosis* ultrarésistante aux médicaments (option de deuxième intention)

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades atteints d'infection invasive et chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants à la vancomycine (entérocoques ou *Staphylococcus aureus*) a été confirmée

💡 Points importants

La biodisponibilité du linézolide par voie orale est très bonne, ce qui permet d'administrer un traitement par voie orale en première intention plutôt qu'un traitement par voie intraveineuse

📄 Présentations

- Solution pour perfusion intraveineuse : 2 mg/mL dans une poche de 300 mL
- Présentations par voie orale :
 - Comprimé : 400 mg ; 600 mg
 - Comprimé (dispersible) : 150 mg
 - Poudre pour suspension orale : 100 mg/5 mL

⚠️ Toxicité

- Tolérance généralement bonne, les risques augmentent en cas d'utilisation prolongée (>4 semaines)
- Envisager les risques suivants :
 - Myélosuppression (principalement thrombocytopénie)
 - Effectuer une numération et formule sanguine toutes les semaines
 - Neuropathie optique et neuropathie périphérique graves (rares)

📄 Posologie

🕒 Durée de l'antibiothérapie

La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible (augmentation du risque d'effets indésirables en cas d'utilisation >4 semaines)

👤 Adultes

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie n'a pas besoin d'être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

🚫 RÉSERVE Linézolide 600 mg q12h IV/VOIE ORALE

👶 Enfants

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie n'a pas besoin d'être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

🚫 RÉSERVE Linézolide 10 mg/kg/dose q8h IV/VOIE ORALE

👶 Nouveau-nés

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie n'a pas besoin d'être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

🚫 RÉSERVE Linézolide IV/VOIE ORALE

- 1^{er} semaine de vie : 10 mg/kg/dose q12h
- >1^{er} semaine de vie : 10 mg/kg/dose q8h

Méropénème+vaborbactam

R_x Pharmacologie

- Association d'un carbapénème (méropénem) et d'un nouvel inhibiteur de bêta-lactamase non-bêta-lactamine (vaborbactam)
- **Mécanisme d'action :**
 - Le méropénem inhibe les enzymes bactériennes responsables de la synthèse de la paroi cellulaire
 - Le vaborbactam inhibe certaines sérines bêta-lactamases, ce qui permet au méropénem de ne pas être dégradé

Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections graves dues à des Enterobacterales produisant des KPC, y compris les souches bactériennes résistantes à ceftazidime + avibactam, mais sensibles à méropénem + vaborbactam

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades (p. ex. atteints de sepsis ou en état de choc septique) :
 - qui n'ont pas répondu aux carbapénèmes, lorsque d'autres causes d'échec thérapeutique ont été exclues et en cas de forte suspicion d'infection due à un agent pathogène résistant aux carbapénèmes
 - qui ont été précédemment traités pour des infections causées par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à méropénem + vaborbactam
 - chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à méropénem + vaborbactam a été confirmée

! Points importants

- Étant donné que l'association n'est pas active contre les métallobêta-lactamases (classe B selon la classification Ambler) ou les carbapénémases de classe D (comme OXA-48), il est important de connaître l'épidémiologie locale des génotypes les plus prévalents des bactéries aérobies à Gram négatif

Préparations

- Poudre à diluer pour perfusion intraveineuse : 1 g + 1 g par flacon

🔬 Spectre d'activité

- **Activité contre :**
 - Bactéries aérobies à Gram négatif, y compris nombre d'Enterobacterales résistants aux carbapénèmes
 - Carbapénémases KPC
 - BLSE et bêta-lactamases AmpC
 - Bactéries aérobies à Gram positif
 - Bactéries anaérobies
- **Activité variable contre :**
 - *Acinetobacter baumannii*
 - *Pseudomonas aeruginosa*
- **Pas d'activité contre :**
 - Bactéries à Gram négatif produisant des métallobêta-lactamases (NDM, VIM, IMP) ou des carbapénémases de classe D (classification Ambler) (comme OXA-48)
- **Émergence d'une résistance à méropénem + vaborbactam chez des souches de Enterobacterales :**
 - Très rare dans le cadre d'une pratique clinique

⚠️ Toxicité

- Tolérance généralement bonne
- Les effets indésirables sont semblables à ceux du méropénem seul

🕒 Posologie

🕒 Durée de l'antibiothérapie

- La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible
- Habituellement de **7 à 14 jours**

👤 Adultes

La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale. La posologie doit être adaptée en cas de dysfonctionnement rénal

 Méropénem + vaborbactam 4 g (2 g de méropénem + 2 g de vaborbactam) q8h **IV**

👶 Enfants et nouveau-nés

À l'heure actuelle, il n'existe pas d'autorisation de mise sur le marché pour une utilisation chez les enfants ou les nouveau-nés

Plazomicine

R_x Pharmacologie

- Nouvelle aminoglycoside semi-synthétique
- **Mécanisme d'action** : inhibition de la synthèse des protéines bactériennes

📄 Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections graves dues à des Enterobacterales résistants aux carbapénèmes et sensibles à la plazomicine (sauf *P. aeruginosa* ou *A. baumannii*), avec confirmation en laboratoire
- Infections causées par des bactéries à Gram négatif résistantes à d'autres aminoglycosides si seuls les antibiotiques de réserve peuvent être utilisés

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades (p. ex. atteints de sepsis ou en état de choc septique en raison d'infections des voies urinaires, en cas d'utilisation en monothérapie. Pour les autres types d'infections, les aminoglycosides sont généralement utilisés en association avec d'autres antibiotiques) :
- qui n'ont pas répondu aux carbapénèmes, lorsque d'autres causes d'échec thérapeutique ont été exclues et en cas de forte suspicion d'infection due à un agent pathogène résistant aux carbapénèmes
- qui ont été précédemment traités pour des infections causées par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à la plazomicine
- chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles à la plazomicine a été confirmée

💬 Points importants

- Efficacité démontrée dans des essais cliniques uniquement pour les infections des voies urinaires compliquées chez l'adulte
- Les données sont très limitées pour le traitement d'autres infections et pour une utilisation chez l'enfant

💉 Présentation

- Injection intraveineuse : 500 mg/10 mL

🦠 Spectre d'activité

- **Activité contre** :
 - Bactéries aérobies à Gram négatif, y compris nombre d'Enterobacterales résistants aux carbapénèmes
 - Carbapénémases : KPC et OXA-48
 - BLSE et bêta-lactamases AmpC
 - Bactéries produisant des enzymes modifiant les aminoglycosides
- **Activité variable contre** :
 - Souches produisant des métallo-β-lactamases
- **Pas d'activité contre** :
 - *Acinetobacter baumannii*
 - *Pseudomonas aeruginosa*
- **Émergence d'une résistance à la plazomicine chez des souches d'Enterobacterales** :
 - Données très limitées

⚠️ Toxicité

- Les effets indésirables sont semblables à ceux des autres aminoglycosides
- Effets indésirables les plus fréquents :
 - Atteinte rénale (surveiller régulièrement le taux de créatinine)
 - Perte d'audition et toxicité vestibulaire

⌚ Posologie

🕒 Durée de l'antibiothérapie

- La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible
- Habituellement de **7 à 14 jours**

👤 Adultes

Dose unique quotidienne en fonction du poids. La posologie est indiquée pour une fonction rénale normale

🔴 RESERVE Plazomicine 15 mg/kg q24h IV

👶 Enfants et nouveau-nés

Aucune donnée disponible pour les enfants et les nouveau-nés

Polymyxine B et colistine (polymyxine E)

Page 1 de 2

R_x Pharmacologie

- La polymyxine B et la colistine sont des antibiotiques polypeptidiques appartenant à la famille des polymyxines
- La polymyxine B et la colistine possèdent des structures chimiques très similaires, cependant :
 - La polymyxine B est administrée directement en tant qu'antibiotique actif
 - La colistine est administrée en tant que précurseur de médicament inactif (colistiméthate sodique)
- **Mécanisme d'action** : la polymyxine B et la colistine agissent en perturbant la membrane cellulaire des bactéries, ce qui entraîne une lyse cellulaire

🔬 Spectre d'activité

- La polymyxine B et la colistine possèdent le même spectre antibactérien
- **Activité contre** :
 - Bactéries aérobies à Gram négatif (y compris nombre d'isolats multirésistants)
- **Pas d'activité contre** :
 - Bactéries anaérobies
 - Bactéries à Gram positif
 - Coques à Gram négatif (p. ex. *Neisseria* spp.)
- **Émergence d'une résistance aux polymyxines chez des souches de Enterobacterales, et chez *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa*** :
 - La résistance peut être due à des mutations chromosomiques entraînant des modifications de la membrane bactérienne qui empêchent la polymyxine B et la colistine de se fixer à leurs cibles
 - Un mécanisme transférable de résistance dû aux gènes de résistance à la colistine (gènes *mcr*) est également de plus en plus décrit

⚠️ Toxicité

- La polymyxine B et la colistine peuvent être associées à des atteintes rénales (colistine > polymyxine B) et, plus rarement, à une neurotoxicité (p. ex. paresthésie)
- Les effets secondaires sont réversibles dans la plupart des cas et sont associés à la dose cumulée et la durée du traitement

📄 Indications thérapeutiques

✓ Traitement ciblé

- Infections graves dues à des bactéries à Gram négatif résistantes aux carbapénèmes et sensibles aux polymyxines, avec confirmation en laboratoire (y compris infections dues à des souches produisant des carbapénémases et sensibles aux polymyxines)

⊖ Utilisation empirique

- Uniquement pour des cas bien précis de patients gravement malades (p. ex. atteints de sepsis ou en état de choc septique) :
 - qui n'ont pas répondu aux carbapénèmes, lorsque d'autres causes d'échec thérapeutique ont été exclues et en cas de forte suspicion d'infection due à un agent pathogène résistant aux carbapénèmes
 - qui ont été précédemment traités pour des infections causées par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles aux polymyxines
 - chez qui une colonisation par des agents pathogènes résistants aux carbapénèmes et sensibles aux polymyxines a été confirmée

🗨️ Points importants

- Si les deux antibiotiques sont disponibles, la polymyxine B est généralement privilégiée par rapport à la colistine (**important** : sauf en cas d'infections des voies urinaires), en raison de ses meilleures caractéristiques pharmacocinétiques et du risque plus faible d'atteinte rénale
- L'administration se fait souvent sous forme d'association thérapeutique en fonction du type d'infection, même si à l'heure actuelle il n'existe aucune donnée probante tirée d'essais cliniques qui montre la supériorité d'une association thérapeutique par rapport à la colistine en monothérapie pour un succès clinique à court terme — tout au moins pour les infections dues à des souches extrêmement résistante d'*Acinetobacter* spp.

Polymyxine B et colistine (polymyxine E)

Page 2 de 2



Préparations

Polymyxine B :

- Poudre à diluer pour perfusion intraveineuse : 50 mg (500 000 UI) par flacon

Colistine :

- Poudre à diluer pour perfusion intraveineuse : 1 million UI (sous forme de colistiméthate sodique) par flacon (équivalent à 34 mg d'activité de colistine base)



Considérations cliniques

• Il faut être très vigilant pour éviter les erreurs de dosage avec la polymyxine B et la colistine. Les erreurs peuvent être dues au fait que les doses sont spécifiées dans d'autres unités sur les étiquettes

• **Les doses de polymyxine B** peuvent être exprimées ainsi :

- mg
- Unités internationales (UI)

• 1 mg de polymyxine B correspondent à 10 000 UI

• **Les doses de colistine (polymyxine E)** peuvent être exprimées ainsi :

- Unités internationales (UI) de colistiméthate sodique (CMS)
- mg de colistiméthate sodique
- mg d'activité de colistine base (ACB)

• 34 mg d'activité de colistine base correspond à :
- 1 million d'UI de colistiméthate sodique
- 80 mg de colistiméthate sodique

• Un traitement par polymyxines doit absolument commencer par une dose d'attaque (pour obtenir des concentrations plasmatiques plus rapidement efficaces), suivie d'une dose d'entretien après 12 à 24 heures

• Pour la colistine (mais pas pour la polymyxine B), il est nécessaire d'adapter la posologie en cas de dysfonctionnement rénal



Adultes

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Polymyxine B



Polymyxine B IV

- Dose d'attaque : 2,5 mg/kg (25 000 UI/kg)
- Dose d'entretien : 1,5 mg/kg/dose (15 000 UI/kg/dose) q12h

Colistine



Colistine IV

- Dose d'attaque : 300 mg d'ACB (9 millions UI de CMS)
- Dose d'entretien : 150 mg d'ACB (4,5 millions d'UI de CMS) q12h



Posologie



Durée de l'antibiothérapie

- La durée du traitement varie en fonction de l'indication et doit être la plus courte possible
- Habituellement de **7 à 14 jours**



Enfants

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Les données relatives à la posologie chez l'enfant sont limitées. Il est possible que les doses approuvées par les organismes de réglementation ne soient pas optimales pour de nombreux enfants, en raison de la variabilité entre patients

Polymyxine B



Polymyxine B IV

- Dose d'attaque : 2,5 mg/kg (25 000 UI/kg)
- Dose d'entretien :
- Enfants d'un âge <2 ans : 0,75-2,25 mg/kg/dose (7500-22 500 UI/kg/dose) q12h
- Enfants d'un âge ≥2 ans : 1,5 mg/kg/dose (15 000 UI/kg/dose) q12h

Colistine



Colistine IV

- Dose d'attaque : données insuffisantes
- 0,625-1,25 mg/kg/dose d'ACB (18 750-37 500 UI/kg/dose de CMS) q6h
- OU**
- 1,25-2,5 mg/kg/dose d'ACB (37 500-75 000 UI/kg/dose de CMS) q12h



Nouveau-nés

Toutes les posologies sont indiquées pour une fonction rénale normale

Polymyxine B



Polymyxine B IV

- Dose d'attaque : 2,5 mg/kg (25 000 UI/kg)
- Dose d'entretien : 0,75-2,25 mg/kg/dose (7500-22 500 UI/kg/dose) q12h

Colistine



Colistine IV

- Dose d'attaque : données insuffisantes
- 0,625-1,25 mg/kg/dose d'ACB (18 750-37 500 UI/kg/dose de CMS) q6h
- OU**
- 1,25-2,5 mg/kg/dose d'ACB (37 500-75 000 UI/kg/dose de CMS) q12h



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Département Politique et normes pour les produits de santé

Secrétariat de la Liste modèle des médicaments essentiels

Avenue Appia 20

1211 Genève 27

Suisse

Courriel: emlsecretariat@who.int