



Propositions pour des antibiothérapies plus courtes

Synthèse du travail du Groupe Recommandations de la
SPILF – 2016

E. Bonnet, B. Castan, R. Cohen, S. Diamantis, R. Gauzit,
B. Guery, P. Lesprit, L. Maulin, Y. Péan, E. Péju, L. Piroth, JP.
Stahl, E. Varon, F. Vuotto, C. Wintenberger

Pourquoi s'intéresser à la durée des traitements anti-infectieux ?

- **Réduction durée de traitements anti-infectieux**
 - Réduction de la consommation des anti-infectieux
 - Réduction effets indésirables
 - Réduction coûts
 - Liés au traitement lui-même
 - Liés aux modalités d'administration, surveillance
 - Liés à prolongation durée d'hospitalisation



Tous ensemble,
sauvons
les antibiotiques

Les durées de prescription devront être les plus courtes possibles, comme le rappelle la HAS dans la fiche mémo « Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours ». **Le groupe de travail recommande d'inscrire une durée unique de prescription, en supprimant la borne haute dans les fourchettes de prescription.** Ainsi, les recommandations ne présenteraient plus une durée de traitement comprise entre 7 et 10 jours, mais uniquement de 7 jours.

Rapporteurs : Dr Jean CARLET et Pierre LE COZ

Juin 2015

Quelles durées proposer ?

- « Bilan de l'existant »
 - *Quelle est la plus courte durée d'ATB que l'on peut proposer dans la plupart des pathologies infectieuses*
 - Situations générales,
 - Hors PEC spécifiques et cas complexes
 - Sur quels arguments
 - Revue de la littérature

Méthodologie

- **Début travail automne 2014**
 - Finalisation document avril 2016
- **Travail de bibliographie du Groupe Reco SPILF**
 - Par binôme pour chaque groupe de pathologies
 - Sources :
 - **Recommandations existantes,**
 - Argumentaires de ces recommandations
 - **Essais randomisés** réalisés depuis
 - Même si la durée n'est pas le critère de jugement principal
 - Relecture par 1 autre binôme
 - Relecture finale du groupe recommandation

Méthodologie

- Document final (MMI) : pour chaque groupe d'infections
 - Résumé des durées de traitement proposées
 - Argumentaire rapide (texte)
 - Détail des études dans les tableaux

Méthodologie

- Document final (MMI) : pour chaque groupe d'infections
 - Résumé des durées de traitement proposées
 - Argumentaire rapide (texte)
 - Détail des études dans les tableaux

Infections respiratoires hautes

- **5 jours :**
 - OMA de l'enfant à partir de l'âge de 2 ans, non récidivantes, sans otorrhée
 - Sinusite maxillaire de l'adulte
- **6 jours :**
 - Angine à SGA (*Amoxicilline*)
- **10 jours :**
 - OMA de l'enfant de moins de 2 ans, ou récidivantes, ou avec otorrhée
 - Sinusite maxillaire de l'enfant
 - Sinusite frontale

Infections respiratoires basses

- **5 jours :**
 - exacerbations de BPCO
 - pneumonies communautaire de l'enfant
- **7 jours :**
 - pneumonies communautaires (adultes).
- *Une évolution clinique et/ou biologique favorable pourrait permettre de réduire la durée de traitement (3-5 jours), cependant les données de la littérature restent encore pauvres sur cet aspect. Des études sont en cours.*

Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux

- **5 jours** :
 - BLC à SCN, après retrait du cathéter
- **7 jours** :
 - BLC à streptocoques, entérocoques et BGN, après retrait du cathéter
- **10 jours** (+ *verrou local d'antibiotiques*) :
 - BLC si cathéter laissé en place, SAUF *S. aureus*
- **14 jours** :
 - BLC à *S. aureus*, après retrait du cathéter
- **21 jours** :
 - Thrombose suppurée

- si localisation secondaire ou EI, la durée peut être modifiée
- fungémies exclues

Bactériémies « primaires »

En l'absence d'endocardite infectieuse et de localisation secondaire

•5 jours :

- SCN*, streptocoques oraux*

•7 jours :

- entérobactéries, entérocoques

•10 jours :

- BGN non fermentants

•14 jours :

- *S. aureus* et *S. lugdunensis*

**En dehors d'une contamination*

Endocardites infectieuses

Infections PM et DAI

- **1 semaine :**
 - Bactériémie sur PM ou DAI non compliquée, sauf *S. aureus*, après ablation du dispositif
- **2 semaines :**
 - bactériémie sur PM ou DAI non compliquée à *S. aureus* après ablation du dispositif
 - EI à streptocoque sensible à la pénicilline, si association bêtalactamine et aminoside
- **4 semaines :**
 - EI sur valve native non compliquée à pyogène
- **6 semaines :**
 - EI sur valve prothétique
 - bactériémie sur PM ou DAI non explantable

NB : si localisation secondaire, la durée peut être modifiée

Méningites

- **5 jours :**
 - méningite à *N. meningitidis*
- **7 jours :**
 - méningite à *H. influenzae*
 - méningite à *S. pneumoniae**
- **14 jours :**
 - méningite à *S. agalactiae*
- **21 jours :**
 - méningite à *L. monocytogenes*
 - méningite à BGN hors *H. influenzae*

* si évolution clinique rapidement favorable

Infection intra-abdominales

- **≤ 24 heures :**
 - Perforation digestive opérée,
 - Appendicite opérée non perforée,
 - Cholécystite opérée dans les 24 heures, non compliquée
- **3 jours :**
 - Péritonite communautaire localisée opérée ou drainée*
 - Angiocholite drainée
 - Diarrhée aiguë nécessitant une antibiothérapie
- **4 jours :**
 - Péritonite communautaire généralisée opérée ou drainée*
- **5 jours :**
 - Infection de liquide d'ascite, communautaire
 - Fièvre typhoïde (*Azithromycine*)
- **8 jours :**
 - Péritonites postopératoires si le traitement antibiotique probabiliste est actif sur les germes isolés en peropératoire
- **10 jours :**
 - Infection à *Clostridium difficile* toxigène

* contrôle de la source de l'infection

Infections urinaires

- **1 jour (dose unique) :**
 - cystite aiguë simple (*fosfomycine trometamol*)
- **3 jours :**
 - cystite aiguë sur sonde urinaire
- **5 jours**
 - cystite aiguë simple
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (*cotrimoxazole ou fluoroquinolones*)
- **7 jours**
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (*antibiotique autre que cotrimoxazole ou fluoroquinolones*)
 - pyélonéphrite aiguë (*fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable*)
- **10 jours :**
 - pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou associée aux soins et/ou *antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable*.
- **14 jours :**
 - infection urinaire masculine (*cotrimoxazole ou fluoroquinolone*) communautaire ou associée aux soins

Infections génitales

- **Dose unique :**
 - Urétrite et cervicite (*ceftriaxone 500 mg en IM + azithromycine 1 g per os*)
- **10 jours :**
 - Infections génitales hautes non compliquées (alternative : *ceftriaxone 500 mg IM dose unique + azithromycine per os 1g 2 prises à 7 jours d'intervalle*)
- **14 jours :**
 - Infections génitales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens, pelvi-péritonite)

Infections ostéoarticulaires

- 6 semaines

- Infections sur matériel prothétique ostéoarticulaire (*la prise en charge des cas complexes est à discuter avec le centre de référence des infections ostéo-articulaires complexes*)
- Spondylodiscite (hors matériel d'ostéosynthèse)
- Ostéoarthrite sur pied diabétique sans prise en charge chirurgicale

NB : pour l'arthrite septique après lavage chirurgical, les durées recommandées dépassent les durées usuellement prescrites.

Infections peau et tissus mous

- **3 jours** : Infections cutanées superficielles (*quand une antibiothérapie est indiquée*)
- **5 jours** : Traitement préemptif en cas de morsure par un animal
- **7 jours** : Dermo-hypodermes bactériennes, *incluant l'érysipèle, les infections de plaie et les abcès cutanés étendus (surface de la lésion > 75 cm²).*

Agranulocytose fébrile

- **3 jours : *Si* absence de documentation clinique et microbiologique**
 - *Et* absence de signes de gravité
 - *Et* patient stable
 - *Et* apyrexie depuis 48 heures
 - *Et* surveillance de 48h en milieu hospitalier si persistance de l'agranulocytose (reprise immédiate de l'antibiothérapie si reprise de la fièvre)
- **7 jours : *Si* documentation microbiologique***
 - *Et* apyrexie de plus de 4 jours
 - *Et* éradication microbiologique
 - *Et* résolution des signes cliniques d'infection

* *Durée à adapter au pathogène isolé et au foyer éventuel*

Discussion

- **Peu d'études spécifiques sur durée de traitement**
 - Rares études randomisées
 - Des études en cours
 - Pneumopathies communautaires, 3 vs 7 jours
 - IU masculines, 7 vs 14 jours
- **Peu de données sur l'impact écologique...**

Conclusion

- Réduire la durée des ATB prescrits = **1 outil pour réduire la consommation**
- **Peu de données spécifiques dans la littérature**
- **Ce travail**
 - Un « bilan de l'existant » et des arguments bibliographiques
 - Des idées d'études prioritaires
 - Sinusites, infections ORL
 - Infections abdominales ou gynécologiques non opérées
 - Arthrite septique

MERCI

E. Bonnet, B. Castan, R. Cohen, S. Diamantis, R. Gauzit, B. Guery, P. Lesprit, L. Maulin, Y. Péan, E. Péju, L. Piroth, JP. Stahl, E. Varon, F. Vuotto