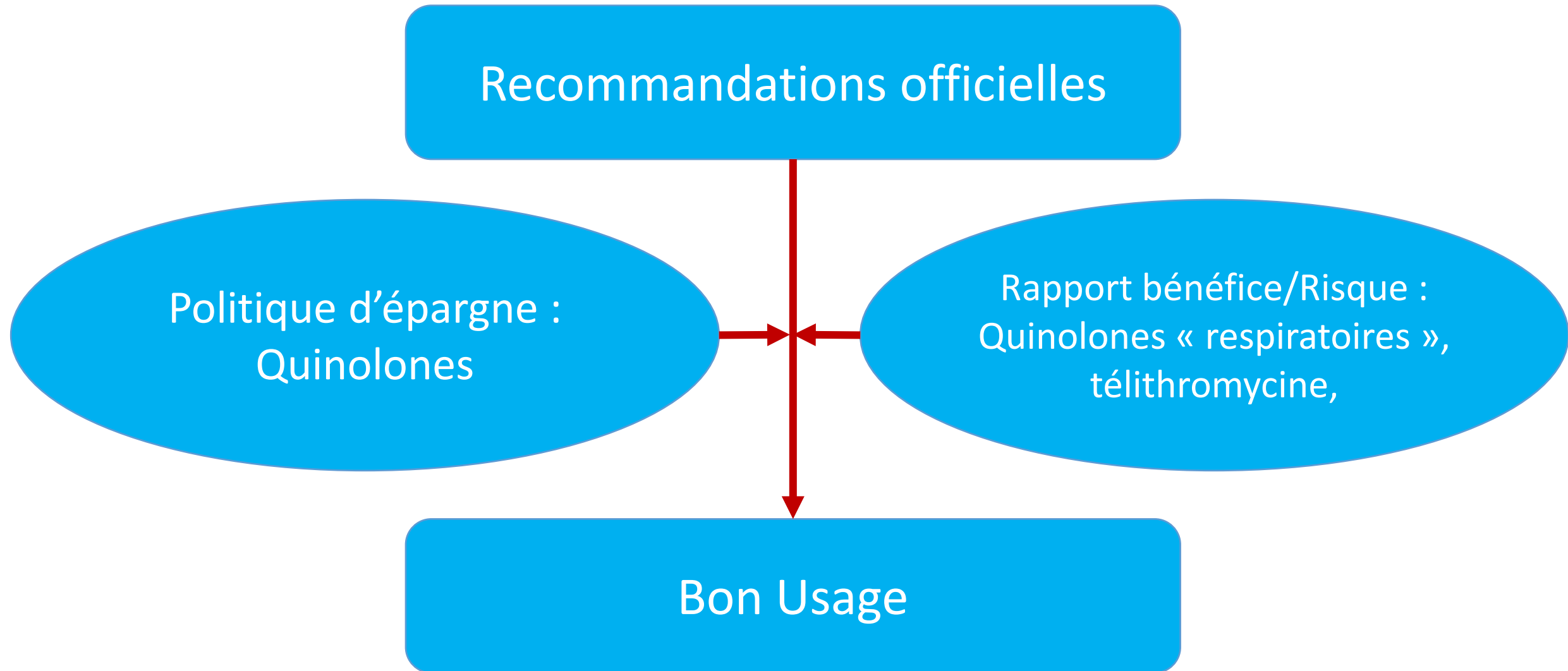


DESC VRB Take Home Messages

Antibiothérapie Probabiliste des Infections des VRB



PAC : Bases de l'Antibiothérapie Probabiliste

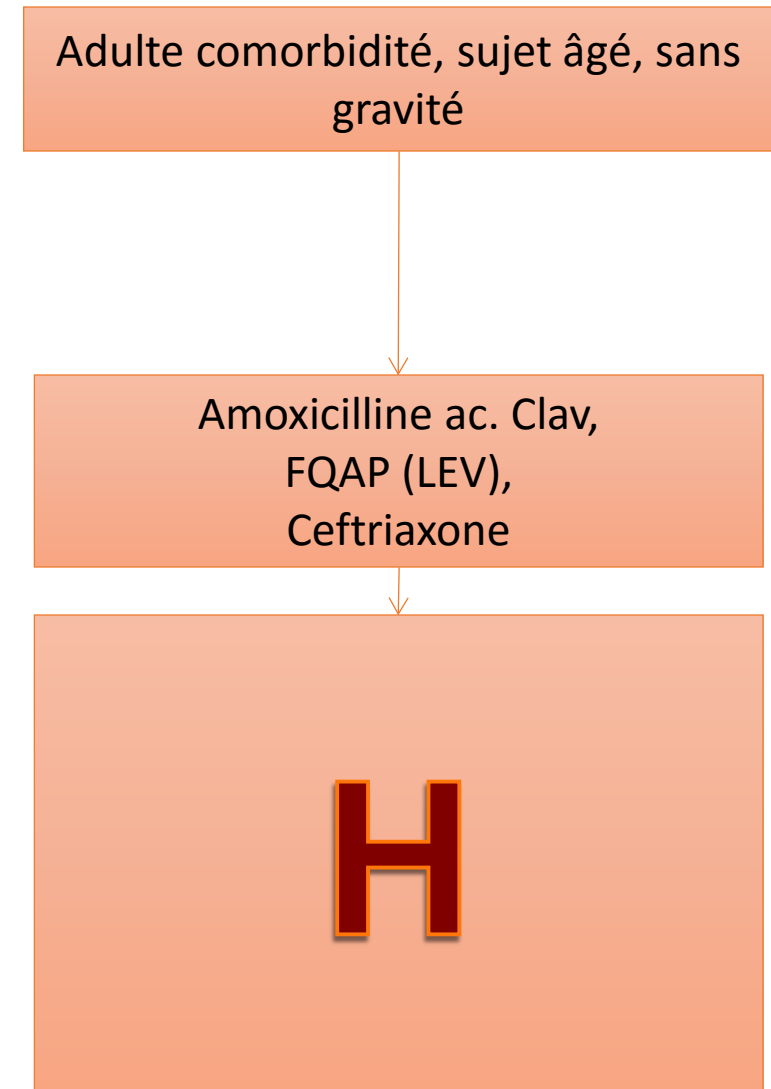
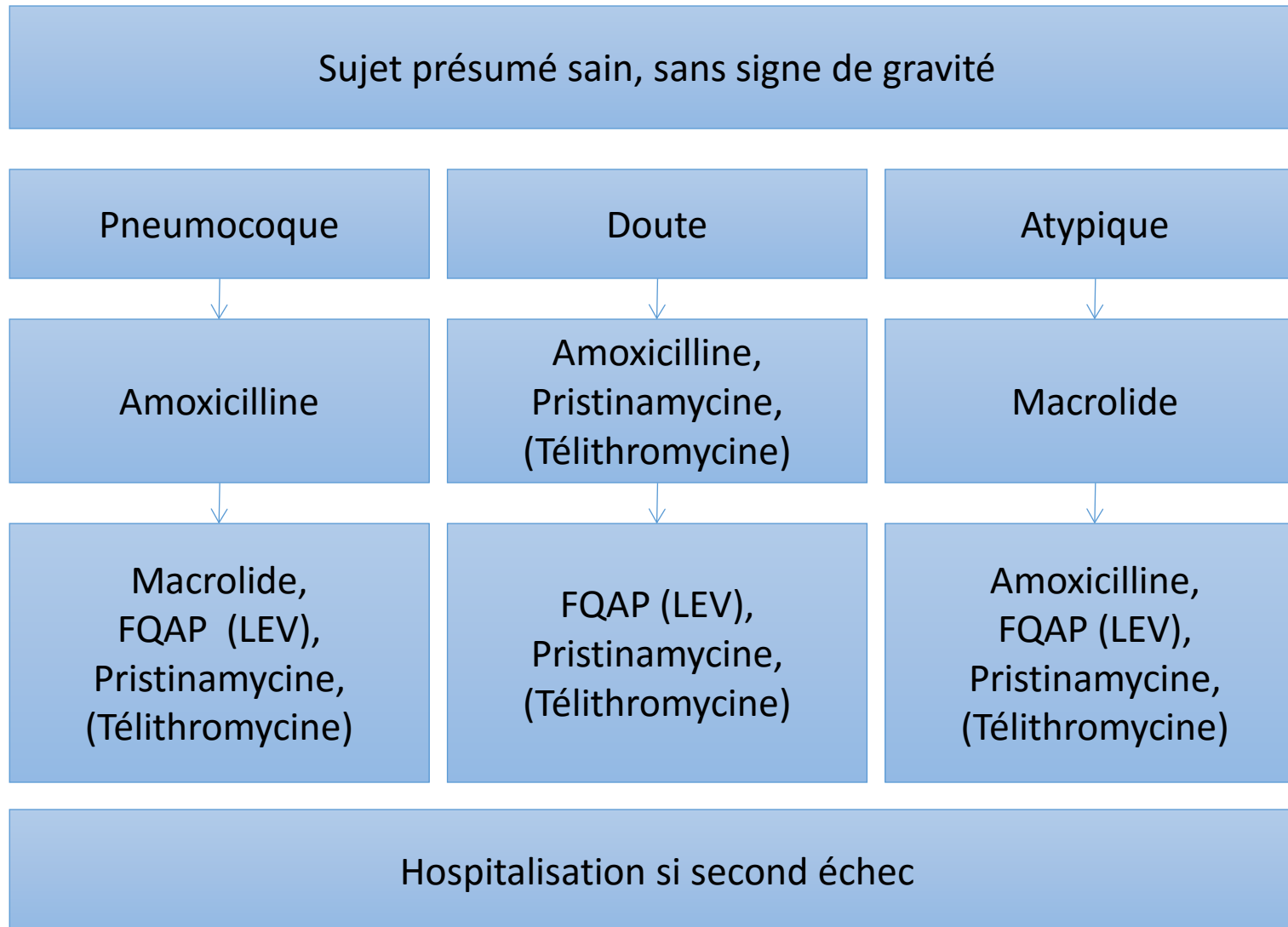
Situation
générale

S. pneumoniae +++
Atypiques et intracellulaires
S. pneumoniae et *L. pneumophila*

Contexte
Grippal :
Pandémie,
Epidémie

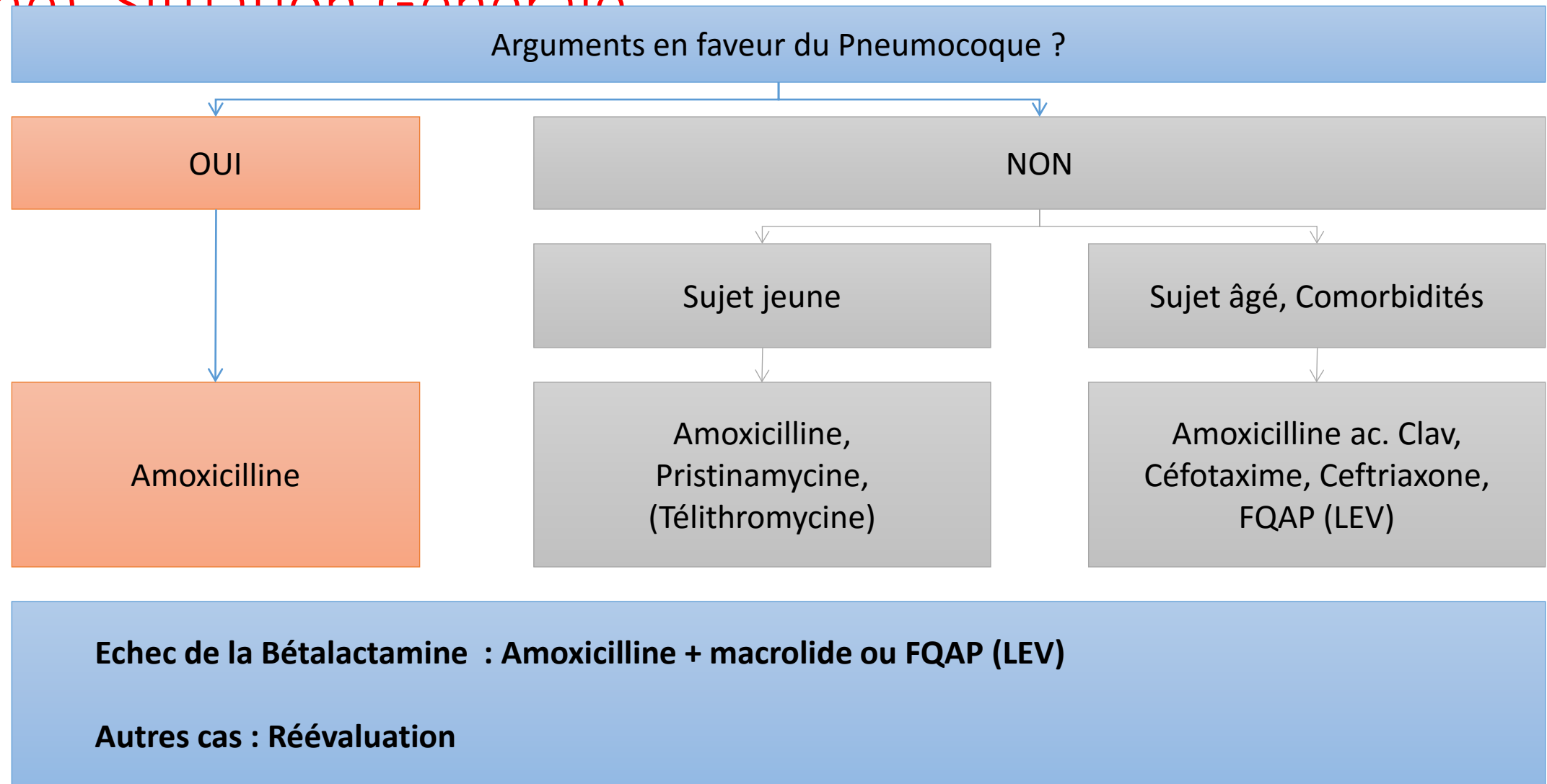
S. pneumoniae +++
S. aureus, *H. influenzae*,
Streptococcus pyogenes A
Atypiques et intracellulaires : pas de rôle
SARM PVL + si PAC **gravissime**
(pneumonie nécrosante, choc)

ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité

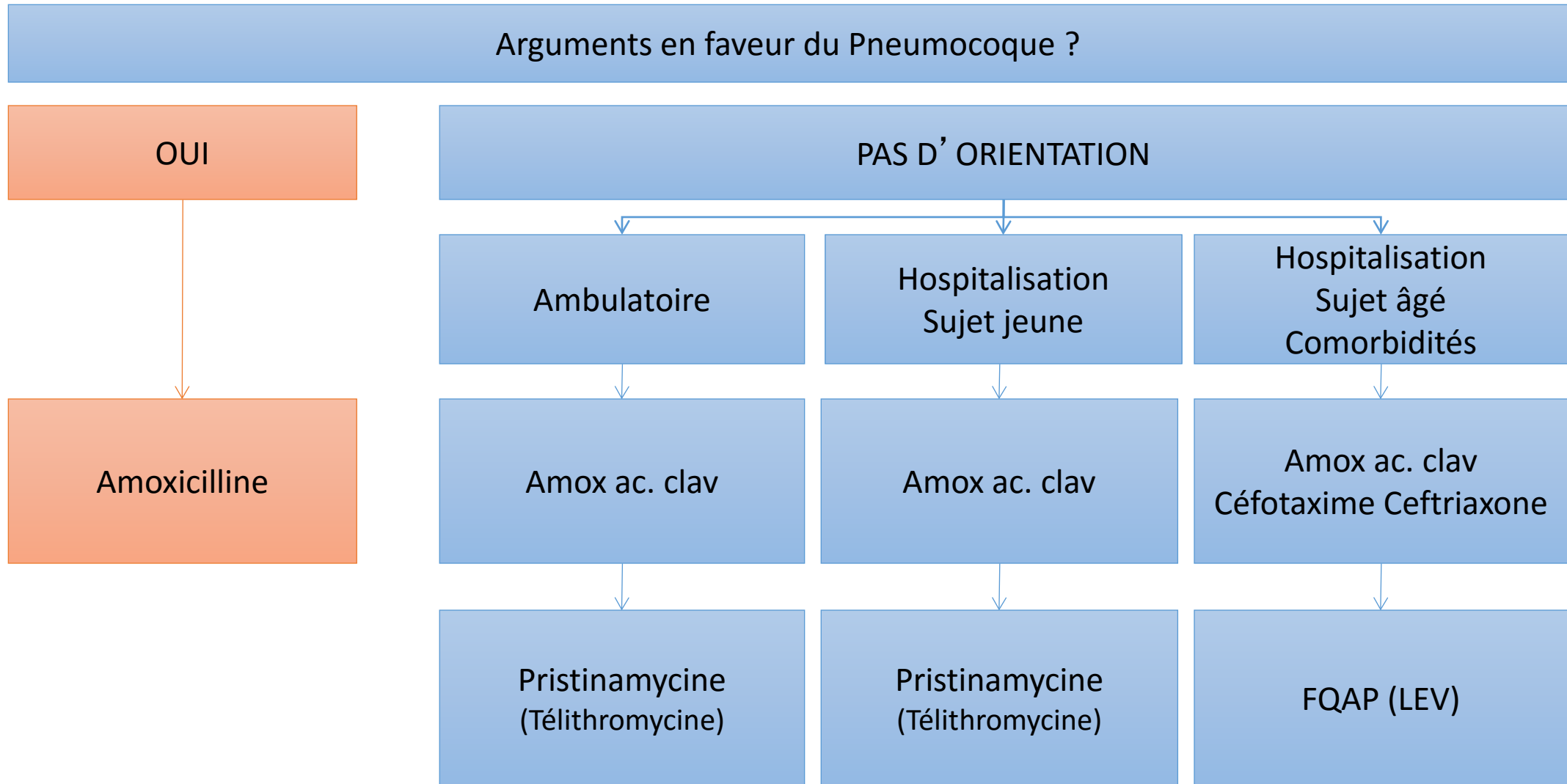


EC
HE
C

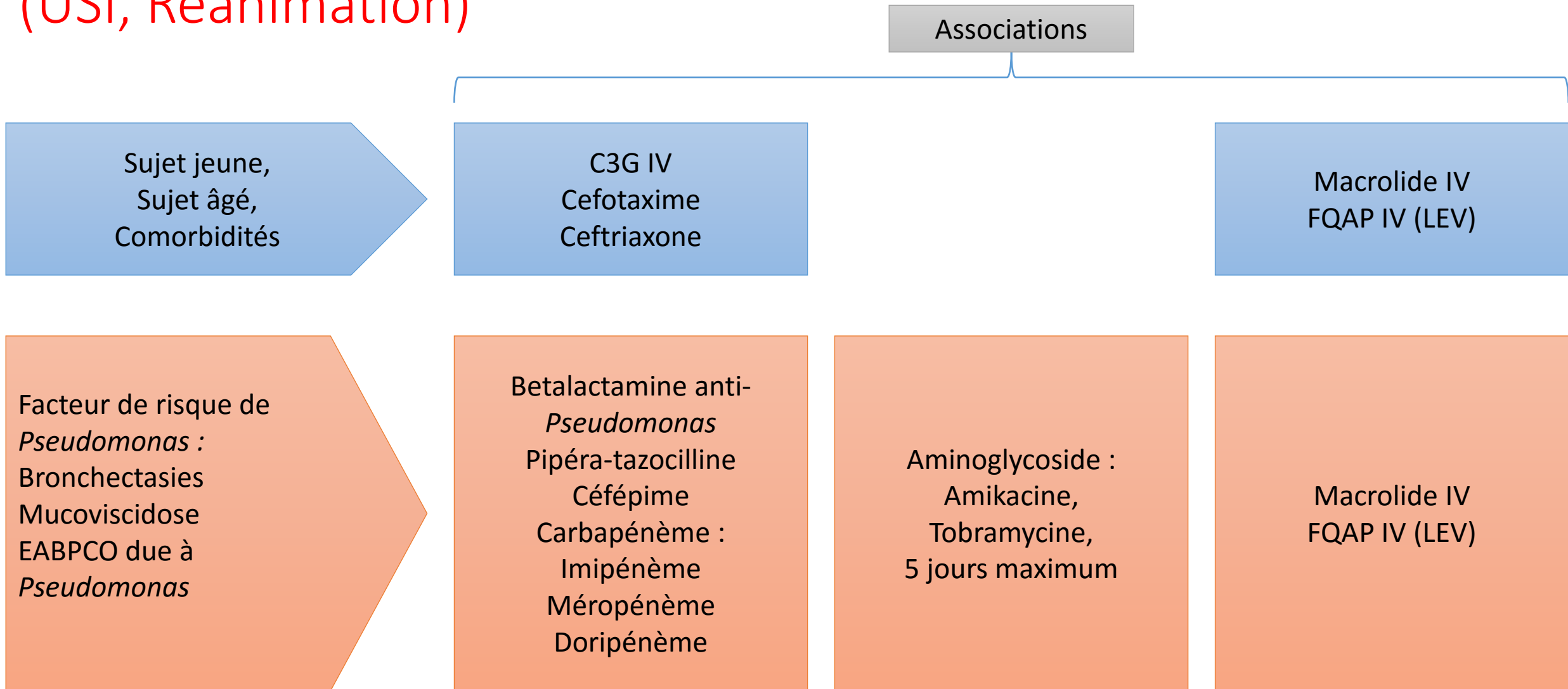
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine) Situation Générale



ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.



ABT Probabiliste des PAC Graves (USI, Réanimation)



ABT Probabiliste des PAC de Réanimation, Contexte Post Grippal

Cas général

C3G IV céfotaxime
± macrolide

Ou

FQAP (LEV)

Pneumonie gravissime
Pneumonie nécrosante
Forte présomption de SARM PVL+

C3G* (céfotaxime)
+ glycopeptide
et
clindamycine ou rifampicine

ou

C3G* (céfotaxime)
+ linézolide

Désescalade +++

Exacerbation de BPCO : Indication et Choix de l'Antibiotique

Pas de dyspnée

VEMS > 50%

PAS d' ABT

Dyspnée
d' effort

VEMS ≤ 50%

ABT **si** purulence
verdâtre

Amoxicilline,
Cefuroxime axétil,
Cefpodoxyme proxétil*,
Céfotiam hététil*,
Macrolide,
Pristinamycine,
(Télithromycine)

Dyspnée
moindre effort
ou de repos

VEMS < 30%

ABT systématique

Amoxicilline ac. Clav,
C3G injectable,
céfotaxime, ceftriaxone
FQAP (LEV)

Antibiothérapie des Légionelloses

Gravité légère à modérée :

Patients ambulatoires,
Patients hospitalisés aux urgences,
Patients hospitalisés en médecine



Monothérapie par macrolide¹ :

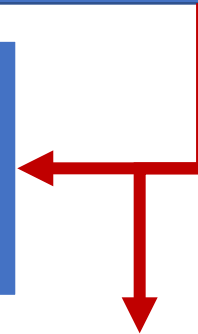
Azithromycine (hors AMM)
Clarithromycine, roxithromycine, josamycine,
spiramycine, érythromycine

Gravité élevée:

Patients hospitalisés USI/REA,
Patients immunodéprimés

Soit monothérapie par FQ :

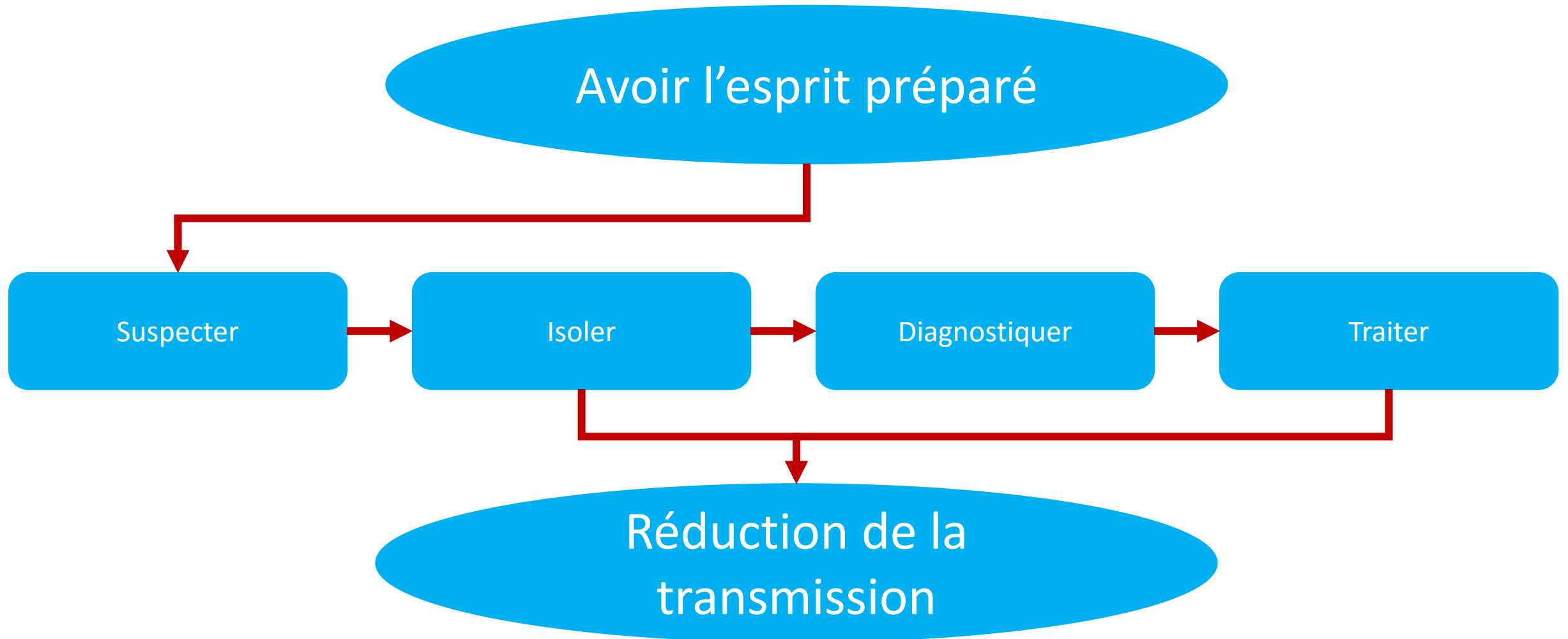
Lévofoxacine, ofloxacine,
ciprofloxacine



2 ABT au sein des 3 familles suivantes :

- Macrolides disponibles par voie IV : spiramycine, érythromycine (en cas d'indisponibilité de la spiramycine);
- Fluoroquinolones : lévofoxacine, ofloxacine, ciprofloxacine ;
- Rifampicine

Pathologies Respiratoires émergentes





Haut Conseil de la santé publique

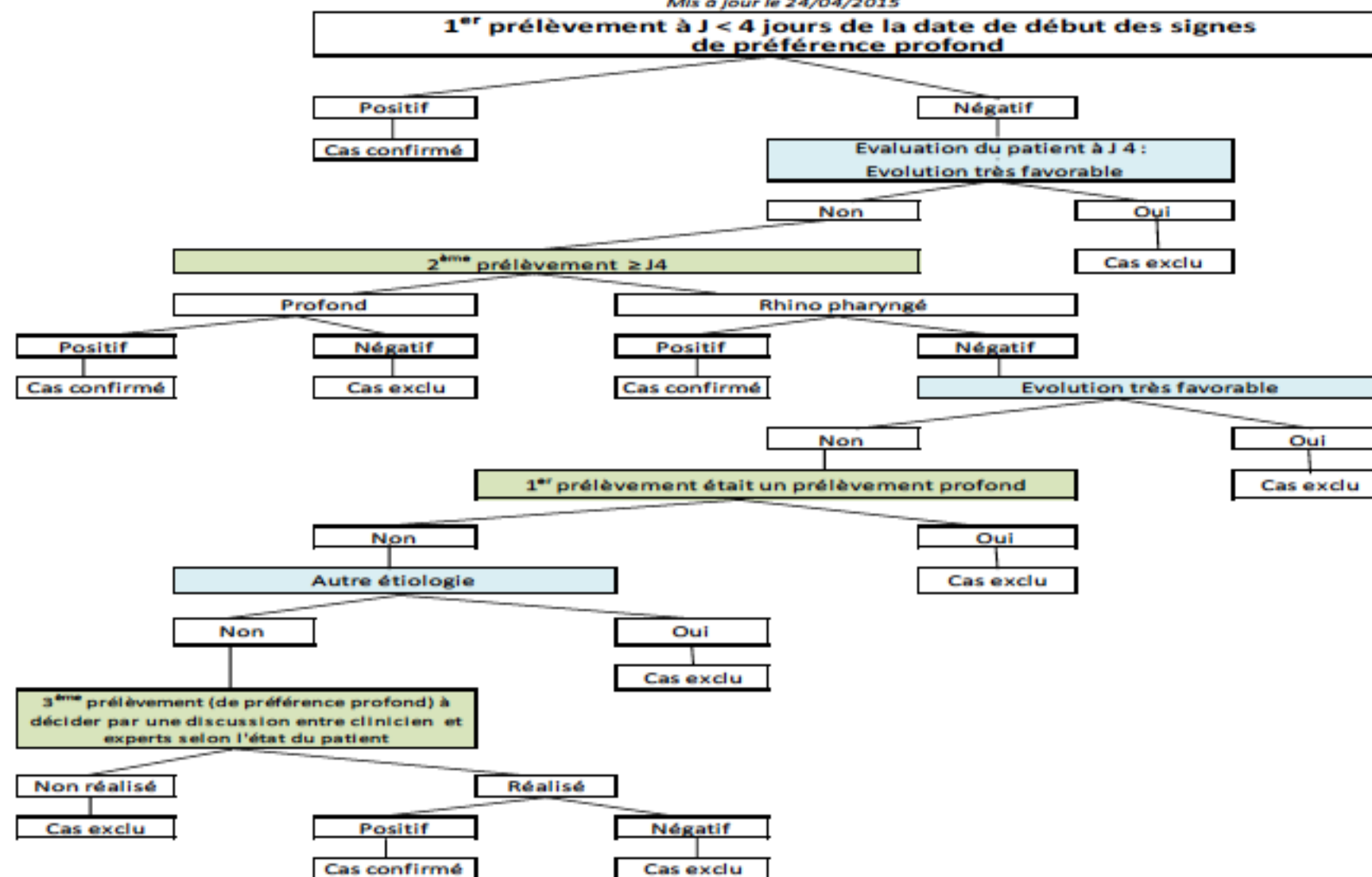
AVIS

**relatif à la définition et au classement des cas possibles et confirmés
d'infection à MERS-CoV ainsi qu'aux précautions à mettre en œuvre
lors de la prise en charge de ces patients**

Actualisation du 24 avril 2015

Cas possible MERS-CoV : Algorithme des prélèvements microbiologiques (1/2)

Mis à jour le 24/04/2015



Grippe et Inhibiteurs de la Neuraminidase : Curatif

OSELTAMIVIR CURATIF : SYNTHESE

↘ Sévérité symptômes

↘ Réponse inflammatoire

↘ Durée maladie

↘ Portage nasal

↘ Complications
bactériennes



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'utilisation des antiviraux chez les patients en extra-hospitalier
pour le traitement en curatif et le traitement en post-exposition
en période de circulation des virus de la grippe saisonnière

9 novembre 2012

Grippe : Traitement Curatif par INA

Recommandé

Personnes à risque de complications*

Personnes avec grippe grave d'emblée ou aggravation

Personnes nécessitant une hospitalisation pour grippe

Non recommandé

Personnes symptomatiques sans facteurs de risque*

* les rendant éligibles à la vaccination

Grippe : INA & Prévention

Pré-emptif

Dose curative

Personnes encore asymptomatiques
mais jugées à risque très élevé de
complications grippales

En contact étroit avec un cas confirmé ou
cliniquement typique de grippe

Post Exposition

Personnes à risque de complications >
1 an, femmes enceintes, ciblées par la
vaccination

Contact étroit < 48 h cas confirmé ou
typique de grippe

En collectivités de personnes à risque

Agents étiologiques: en 2005

A. VAP précoces

- < 5-7j

Potential Pathogen

Streptococcus pneumoniae[†]
Haemophilus influenzae
Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*
Antibiotic-sensitive enteric gram-negative bacilli
Escherichia coli
Klebsiella pneumoniae
Enterobacter species
Proteus species
Serratia marcescens

▶ VAP tardives

- > 5-7j

Potential Pathogen

Streptococcus pneumoniae[†]
Haemophilus influenzae
Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*
Antibiotic-sensitive enteric gram-negative bacilli
Escherichia coli
Klebsiella pneumoniae
Enterobacter species
Proteus species
Serratia marcescens

MDR pathogens

Pseudomonas aeruginosa
Klebsiella pneumoniae (ESBL⁺)[†]
Acinetobacter species[†]
Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)
Legionella pneumophila[†]

Antibiothérapie curative

No MDR risk factors

Monotherapy with any of the following agents (normal renal function) :

- Ampicillin/Sulbactam : 1.5 to 3 g intravenously every 6 hours
- Ceftriaxone : 1-2 g intravenously every 24 hours
- Ertapenem : 1 g intravenously every 24 hours
- Levofloxacin : 750 mg intravenously every 24 hours
- Moxifloxacin : 400 mg intravenously every 24 hours

Antibiothérapie curative

MDR risk factors present

Combination therapy with:

Any **one** of the following (normal renal function)

- Cefepime : 1-2 g intravenously every 8 to 12 hours
- Ceftazidime sodium : 2 g intravenously every 8 hours
- Imipenem/cilastatin : 500 mg intravenously every 6 hours; or 1000 mg intravenously every 8 hours
- Meropenem : 1 g intravenously every 8 hours
- Piperacillin/Tazobactam : 4.5 g intravenously every 6 hours

Plus **any one** of the following -

- Ciprofloxacin : 400 mg intravenously every 8-12 hours
- Levofloxacin : 750 mg intravenously every 24 hours
- Amikacin : 20 mg/kg intravenously every 24 hours
- Gentamicin : 7 mg/kg intravenously every 24 hours
- Tobramycin : 7 mg/kg intravenously every 24 hours