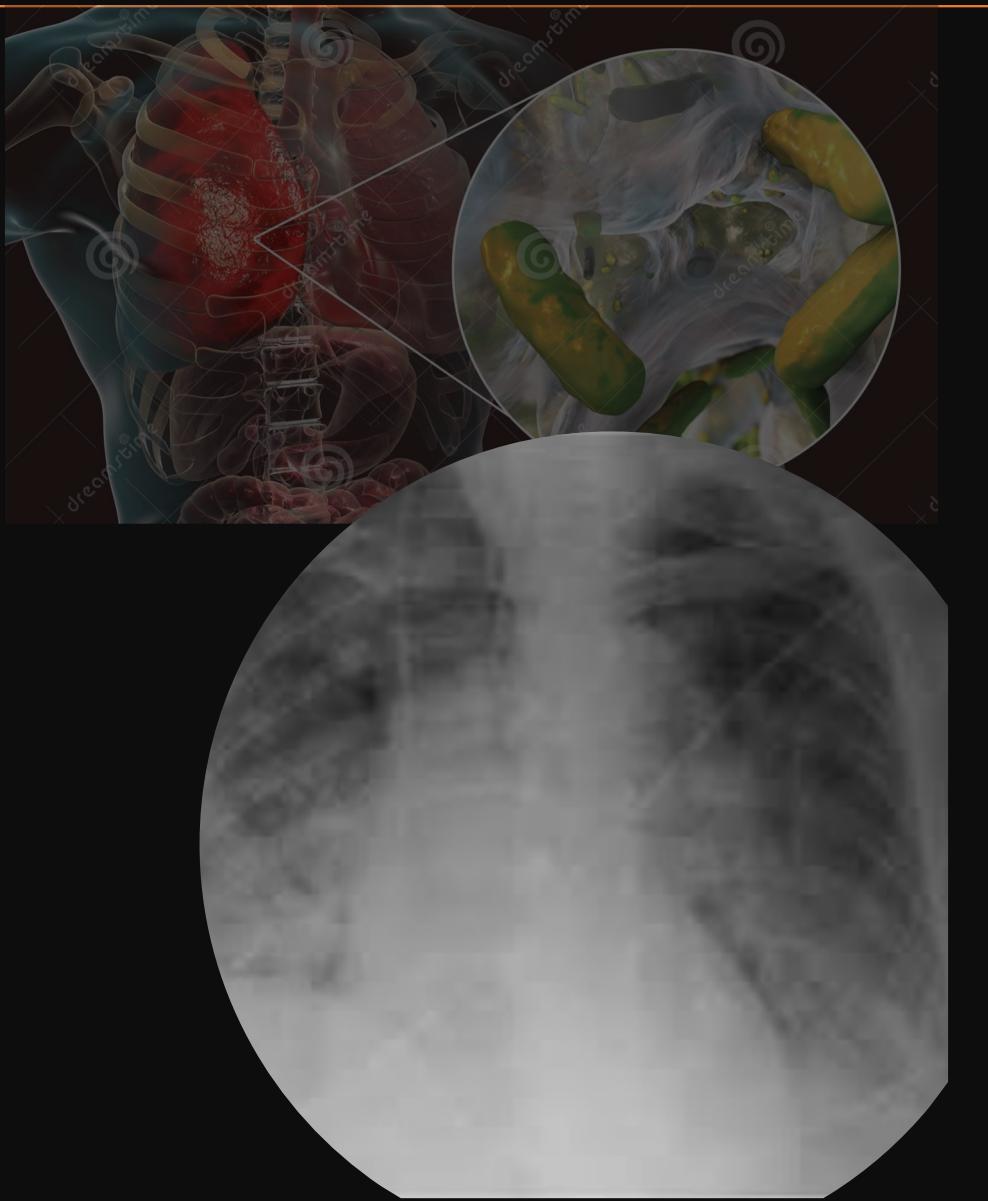


Quand Initier une bithérapie aux urgences ?

Bon Usage des Antibiotiques – CHU de Lille

Pr Emmanuel FAURE

Jeudi 13 Novembrer 2025



Pourquoi des bithérapies (aux urgences)

Infections particulières nécessitant bi-multi-thérapie

Synergie/cidie

Endocardite à *Enterococcus faecalis*

Méningite à *Listeria monocytogenes*

IOA sur matériel à *Staphylococcus aureus*

Spectre

Polymicrobienne : IGH

Prévenir Résistance

Infection sévère à *Stenotrophomonas*

Infections sévères – Critères de Gravité
Etat Septique – Atteinte d'organe – Immunosuppression

Spectre +/- synergie

Choc septique sur PNA

PNA Obstructive

Neutropénie fébrile

Elargir le Spectre pour Gagner le pari microbiologique

1. Tenir compte des colonisations à BMR/BHRe
2. Tenir compte des toutes les portes d'entrée possibles

Echec monothérapie documentée

Bactéricidie et synergie

Malgré

- Documentée
- Non chirurgicale
- Molécule ok
- Posologie ok

PLAN

I. Infections particulières nécessitant bithérapie

- I. Infection particulière 2>1
- II. Polymicrobienne

II. Les infections sévères

- I. Choc septique et atteinte d'organe sévère
- II. Neutropénie

III. Mise en pratique immédiate

PLAN

I. Infections particulières nécessitant bithérapie

- I. Infection particulière 2>1
- II. Polymicrobienne

II. Les infections sévères

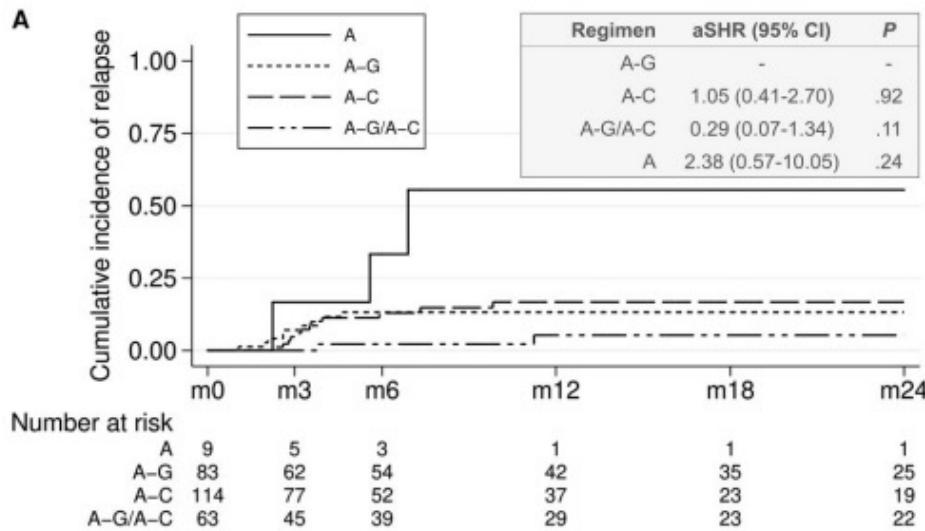
- I. Choc septique et atteinte d'organe sévère
- II. Neutropénie

III. Mise en pratique immédiate

I. Infections particulières nécessitant bithérapie

Bithérapie car Synergie

Endocardite à *Enterococcus faecalis*



Infections à *Listeria monocytogenes*

Forme non invasive : gastroentérite

Forme Invasive (rare) :

- Bactériémie : 55% - mortalité : 50%
- Méningite 30% - mortalité 30%

	Adjusted OR (95% CI)	p
and n >90%	.00-1.05	0.12

Smoking

Alcohol abuse

Acquisition

Community-acquired

Healthcare-related

Hospital-acquired

	OR (95% CI)	p
Combination therapy with gentamicin	38.9% (89/229)	37.5% (12/32)
Intensive care unit admission	11.4% (26/229)	16.4% (10/61)
P-creatinine ($\mu\text{mol/L}$)	94 (69–138) (n = 190)	105 (78–143) (n = 50)
P-C-reactive protein (mg/L)	79 (37–161) (n = 202)	114 (56–192) (n = 52)
B-white blood cells (10^9 cells/L)	10.2 (6.7–14.5) (n = 204)	12.9 (8.4–17.8) (n = 52)
Combination therapy with gentamicin	38.9% (89/229)	37.5% (12/32)
Inadequate empiric antibiotic therapy	50.7% (116/229)	75.4% (46/61)
Days to adequate antibiotic therapy	0 (0–3) (n = 205)	2 (0–3) (n = 42)

I. Infections particulières nécessitant bithérapie

Bi-multithérapie : Polymicrobienne ? Infection génitale Haute

✓ Polymicrobienne

IST

- C. trachomatis (CT), N. gonorrhoeae (NG)

Bactéries aéro-anaérobies flore vaginale

- streptocoques, staphylocoques, entérocoques
- Entérobactéries et autres BGN

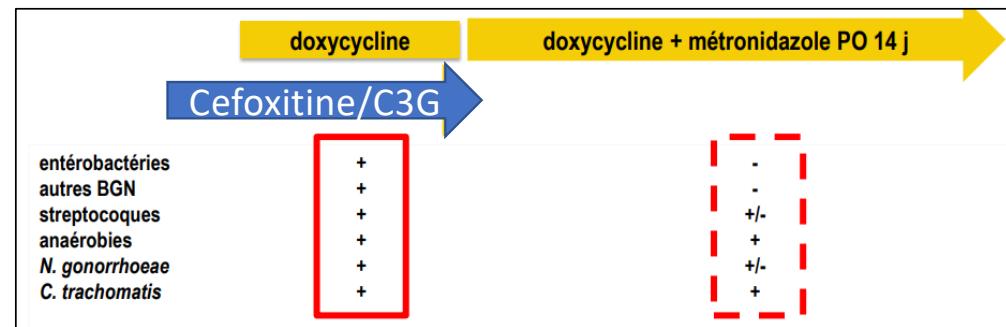
Anaérobies stricts flore vaginale

- Bacteroides spp, Prevotella spp,

✓ Rôle pathogène anaérobie ?

✓ Epidémiologie/résistance inconnue

✓ Variabilité des agents infectieux



IGH non compliquée

	Antibiotiques	Posologie	Voie	Durée
Externe 1ère intention	Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
Externe alternatives	Oflaxacine	200 mg x 2/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/-Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Lévofloxacine	500 mg x 1/j	PO	10 j
	Métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/-Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	Moxifloxacine	400 mg x 1/j	PO	10 j
	+/- Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois

PLAN

I. Infections particulières nécessitant bithérapie

- I. Infection particulière 2>1
- II. Polymicrobienne

II. Les infections sévères

- I. Choc septique et atteinte d'organe sévère
- II. Neutropénie

III. Mise en pratique immédiate

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Probabiliste : Comment gagner le pari microbiologique

Le traitement probabiliste = pari sur micro-organisme(s) et leur sensibilité(s) aux ATB

Avec plusieurs variables

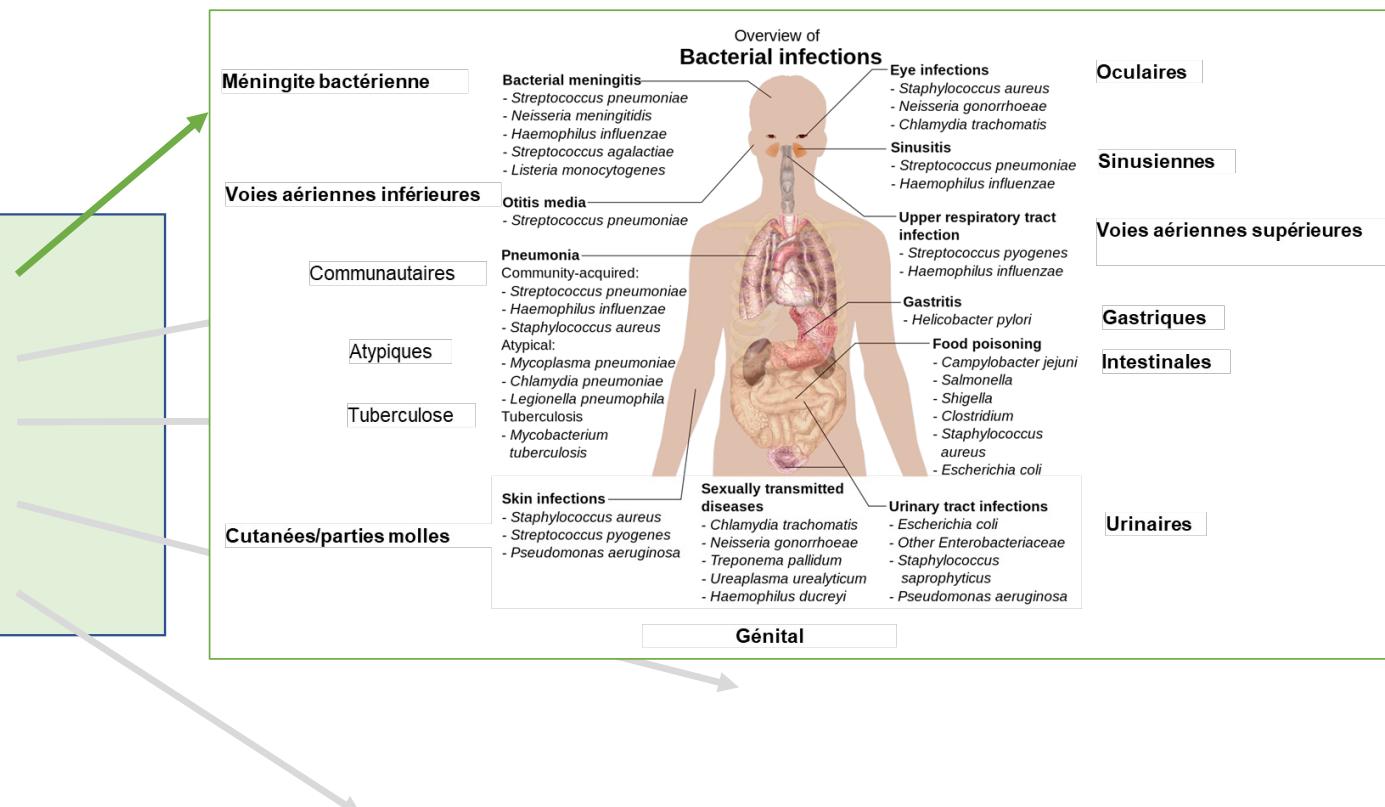
1. écologie du **foyer**, du site infecté
2. écologie locale **communautaire** ou **nosocomiale**
3. **Notion de colonisation à BMR/BHRe**
4. sensibilités connues des **bactéries** aux antibiotiques
5. la concentration **d'antibiotiques** atteinte dans le foyer

1. Données microbiologiques Infections
2. Données Nationales et locales
3. Antécédents du patient
4. Données microbiologiques PDynamique
5. Données microbiologiques PCinétique

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Probabiliste : Comment gagner le pari microbiologique

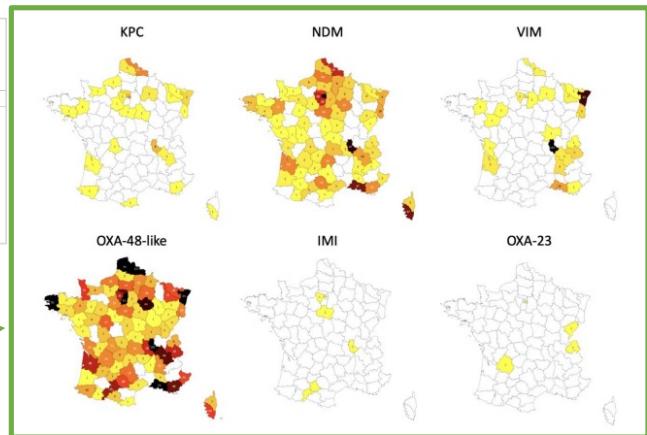
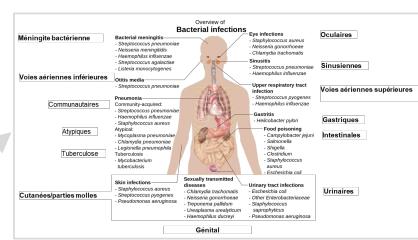
1. Données microbiologique Infection
2. Données Nationales et locales
3. Antécédents du patients
4. Données microbiologiques PDynamique
5. Données microbiologiques PCinétique



II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Probabiliste : Comment gagner le pari microbiologique

1. Données microbiologique Infection
2. Données Nationales et locales
3. Antécédents du patient
4. Données microbiologiques PDynamique
5. Données microbiologiques PCinétique



https://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr/ressources/pages/CNR_bilan_2022.pdf

BACTERIOLOGIE CONVENTIONNELLE

NATURE DU PRELEVEMENT :

ANAL : DEPISTAGE D'ENTEROBACTERIE PRODUCTRICE DE CARBAPENEMASE



Détection d'EPC par technique moléculaire

BD MAX® Check-Points CPO (BECTON DICKINSON)
 Seuil de détection du gène *kpc* : 1604-2848 UFC/tube BD MAX
 Seuil de détection du gène *vim* : 127-416 UFC/tube BD MAX
 Seuil de détection du gène *imp* : 115-226 UFC/tube BD MAX
 Seuil de détection du gène *oxa48* : 183-722 UFC/tube BD MAX
 Seuil de détection du gène *ndm* : 3594-3819 UFC/tube BD MAX

Détection du gène <i>kpc</i>	négative	(BHI)
Détection des gènes <i>vim</i> et/ou <i>imp</i>	négative	(BHI)
Détection du gène <i>oxa48</i>	positive	(BHI)
Détection du gène <i>ndm</i>	négative	(BHI)
Interprétation :	Présence d'ADN de carbapénémase détecté, (La détection d'ADN ne presage pas de la présence de bactéries viables).	(BHI)

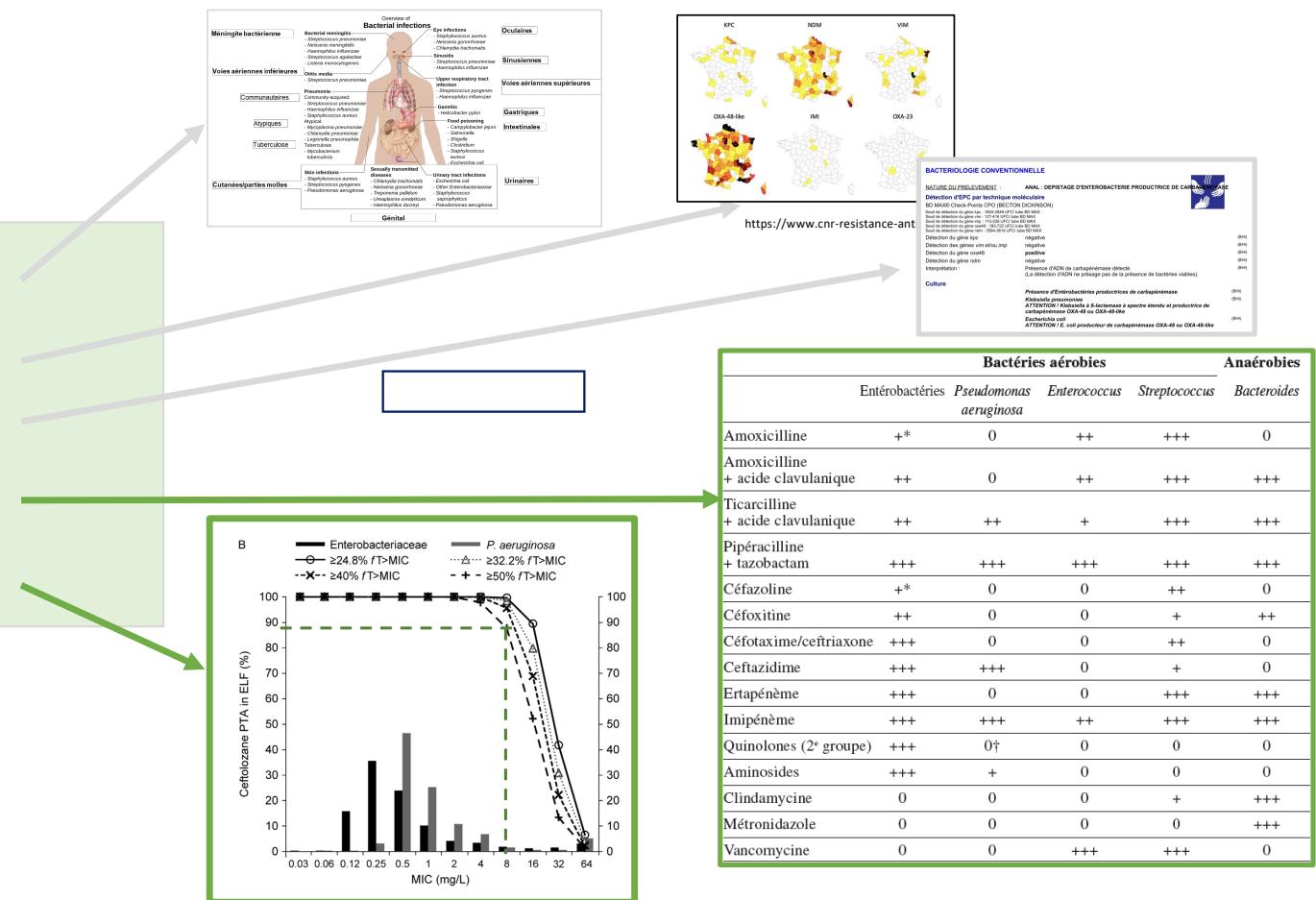
Culture

Présence d'*Entérobactéries productrices de carbapénémase*
Klebsiella pneumoniae
ATTENTION ! Klebsiella à β-lactamase à spectre étendu et productrice de carbapénémase OXA-48 ou OXA-48-like
Escherichia coli
ATTENTION ! E. coli producteur de carbapénémase OXA-48 ou OXA-48-like

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

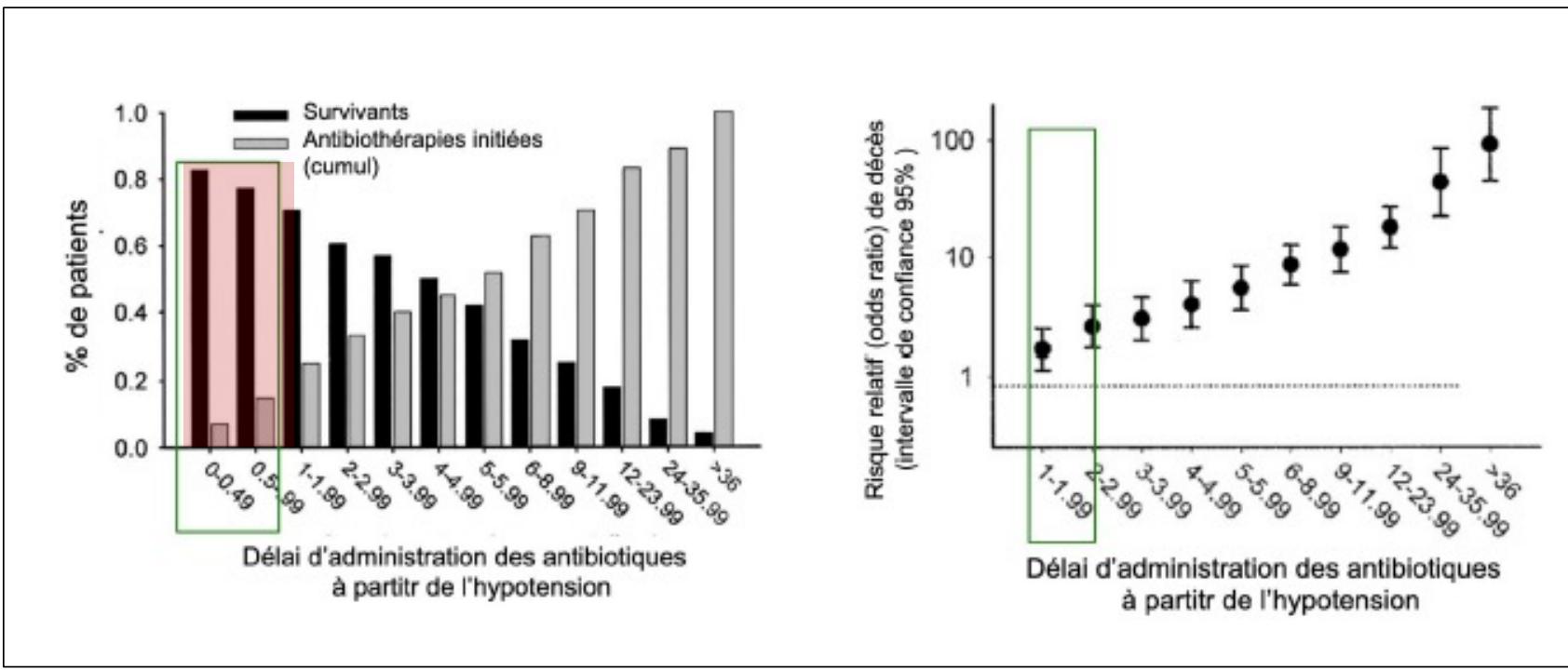
Probabiliste : Comment gagner le pari microbiologique

1. Données microbiologique Infection
2. Données Nationales et locales
3. Antécédents du patients
4. Données microbiologiques PDynamique
5. Données microbiologiques PCinétique



II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Probabiliste : Est-ce grave de perdre le pari microbiologique

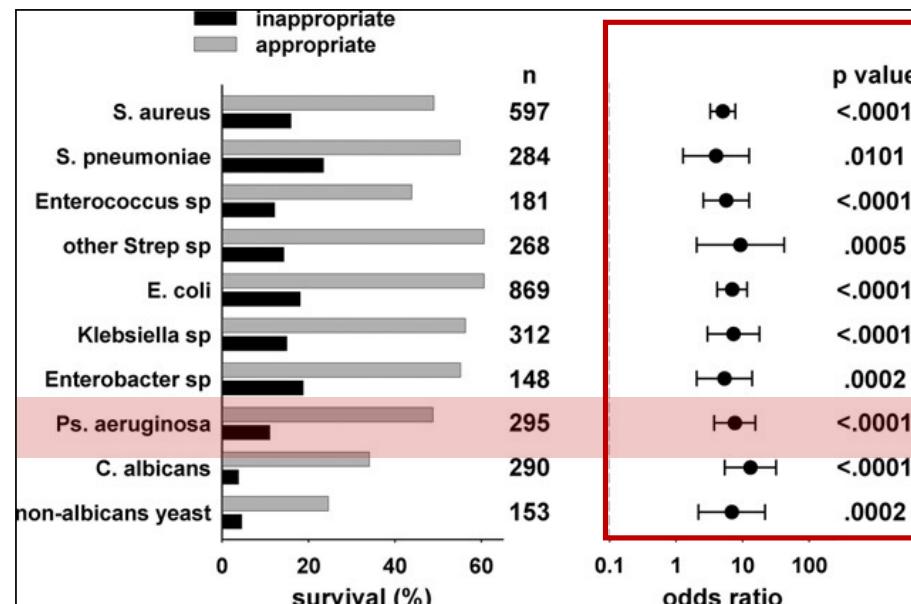
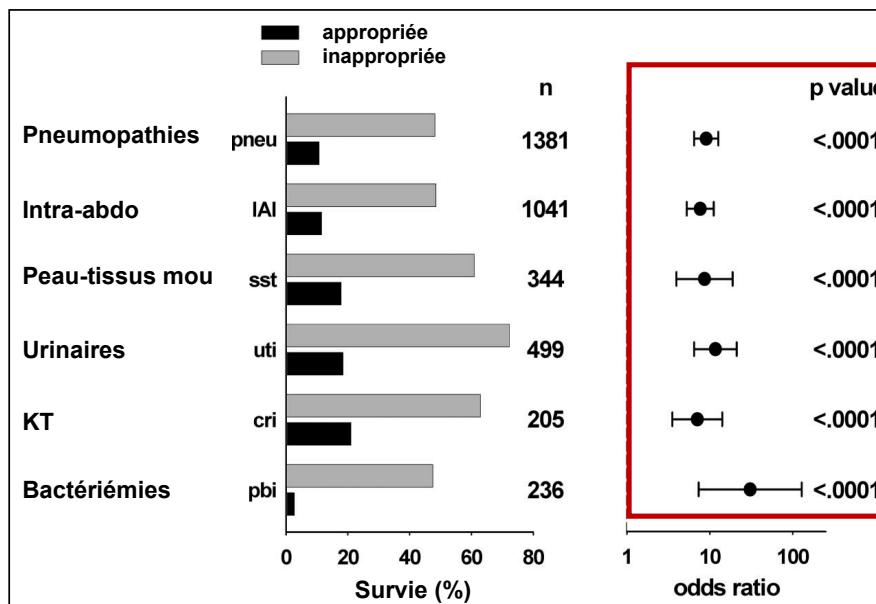


**Choc septique et initiation ATBthérapie = urgence le plus vite possible ... Dans l'heure
Je prélève et je traite**

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Probabiliste : Est ce grave de perdre le pari microbiologique ?

- choc septique
- cohorte retrospective Nord-américaine (n= 5715)



Kumar A et al, Chest. 2009 Nov;136(5):1237-1248

Choc septique : Inadéquation peu importe type infection = mortalité

Choc septique : Inadéquation et Tout micro-organisme = mortalité (*P. aeruginosa* OR x10)

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère Probabiliste : Est ce grave de perdre le pari microbiologique ?

Adéquation vs inadéquation de l'antibiothérapie probabiliste initiale dans les infections sévères

- ✓ Choc septique
- ✓ 2008-2012
- ✓ N=254 patients

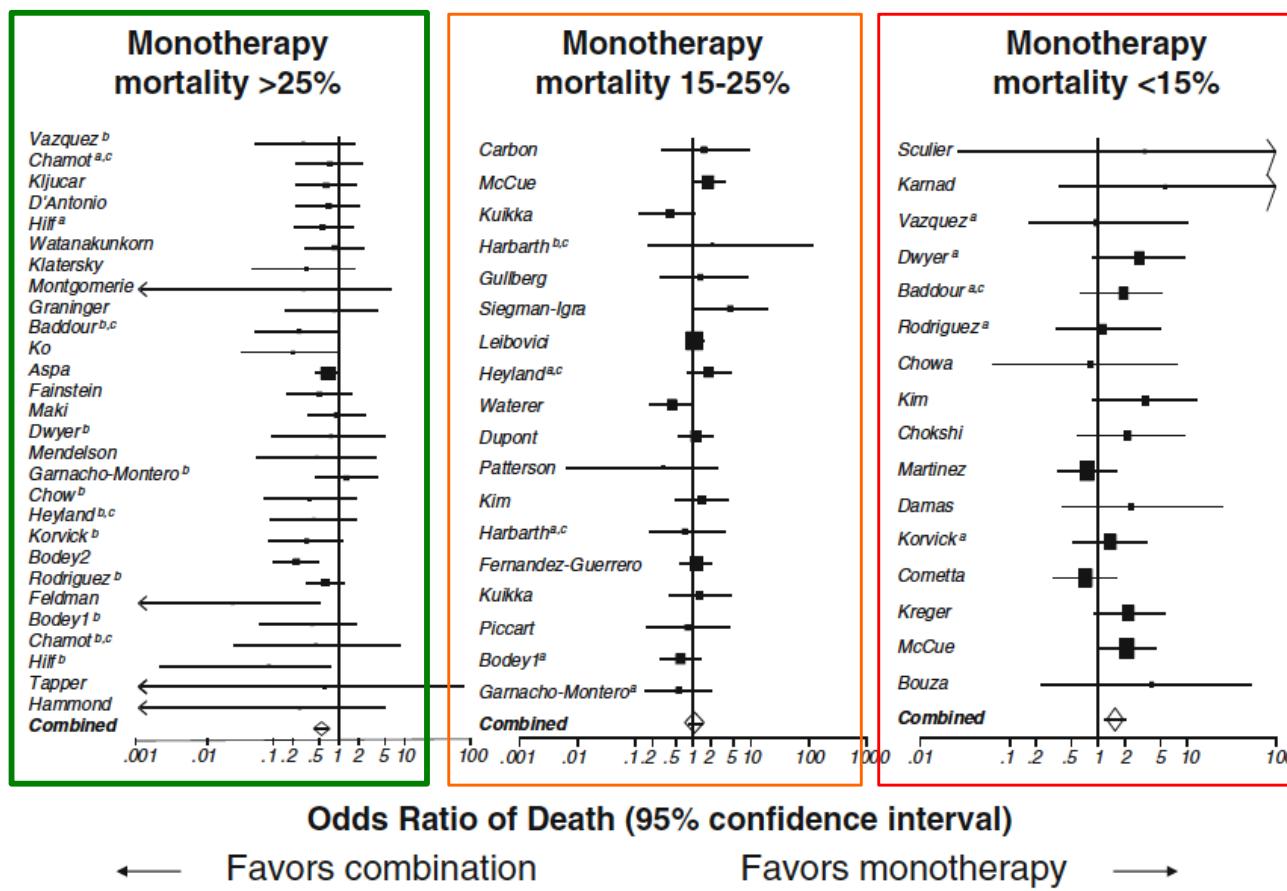
**Choc septique : peu importe le micro-organisme
ATB inadaptée = Surmortalité
Je démarre une ATBthérapie adaptée dans l'heure**

Species	Adjusted Mortality in Inappropriate Antibiotics Group	Adjusted Mortality in Appropriate Antibiotics Group	NNT (95% CI)
<i>Candida</i>	57.4	29.0	3.5 (2.9–4.3)
MDR-all	47.5	29.4	5.5 (4.4–6.9)
MDR-Gram-negative bacteria only	51.4	26.1	4.0 (2.6–6.2)
Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>	45.7	26.5	5.0 (4.1–6.2)
Methicillin-sensitive <i>S. aureus</i>	41.2	21.5	5.0 (3.8–6.9)
Vancomycin-resistant enterococci	45.6	33.3	8.1 (5.5–12.2)
Vancomycin-sensitive enterococci	47.6	20.6	4.0 (3.2–5.2)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	72.9	33.1	2.5 (2.1–3.1)
<i>Enterobacter</i> species	36.9	18.4	5.0 (3.6–7.4)
<i>Acinetobacter</i> species ^a	54.6	26.0	3.0 (2.2–4.2)
<i>Klebsiella</i> species	37.2	17.3	5.0 (3.9–6.6)
<i>Escherichia coli</i>	44.0	21.2	4.0 (3.3–4.9)
Anaerobes ^b	26.2	19.9	16.0 (8.4–28.8)

Vazquez-Guillame Crit Care Med 2014

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Probabiliste : Est ce grave de perdre le pari microbiologique ?



**Dans les infections non sévères
Pas de bénéfice
de bithérapies/combinaisons**

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

OUI C'est grave de perdre le pari microbiologique

Dans les infections sévères, **c'est grave** je dois gagner le pari microbiologique en initiant une **ATBthérapie adaptée**

« Comment je gagne à (presque) tous les coups ? »

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère
OUI C'est grave de perdre le pari microbiologique

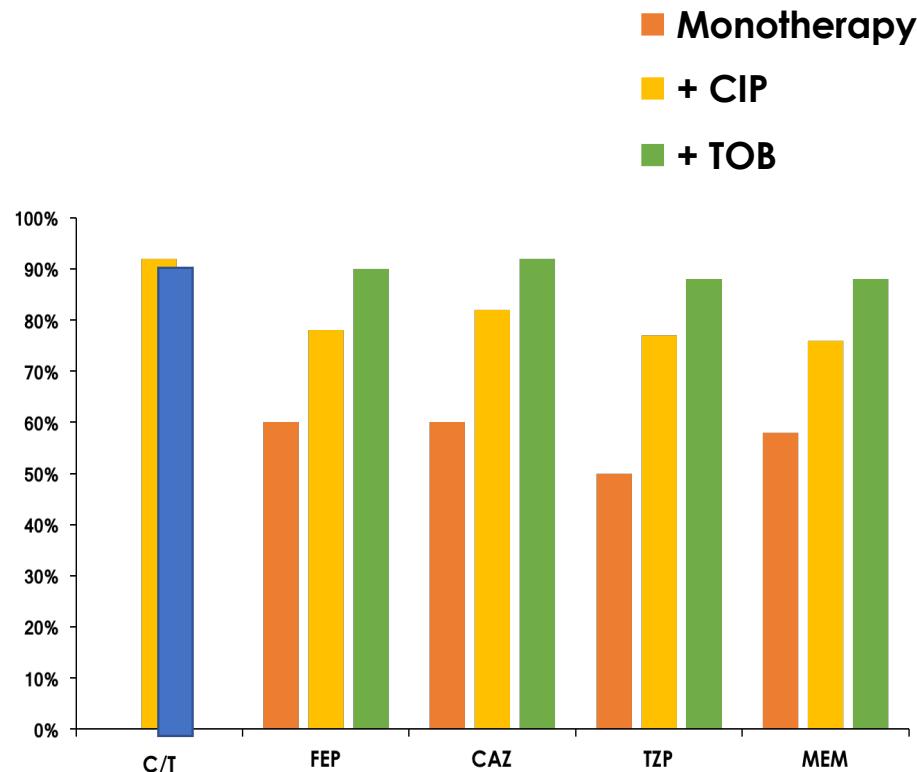
Dans les infections sévères, c'est grave
« Comment je gagne à (presque) tous les coups ? »

*Prier sans
Perdre = Tricher*



II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Tricher (Bithérapie) : élargir le spectre pour gagner le pari microbiologique



1. Etat septique grave (choc septique, Neutropénie fébrile, etc.)

ET

2. Risque de perdre mon pari microbiologique

- infection polymicrobienne
- BMR/BHRe
- Sans point d'appel
- Points d'appel multiples

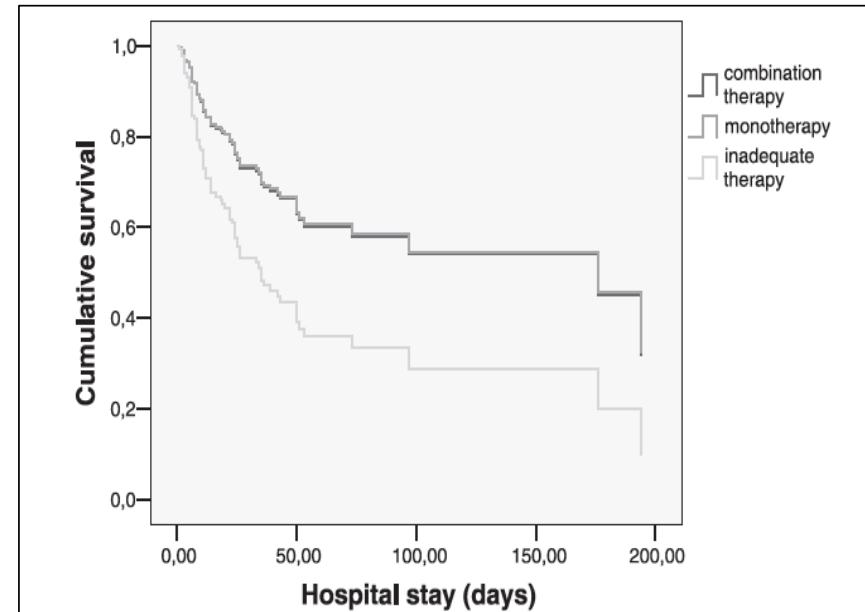
II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Tricher (Bithérapie) : élargir le spectre mais nécessite pas 2 ATB efficace

- ✓ 183 épisodes de PAVM + Choc septique
- ✓ *P. aeruginosa*

Tt final	Survivants n=106	Décédés n=77
APACHE II	18.7	19.8
Choc septique	38 (35.8)	52 (67.5)
Monothérapie	22 (19.9)	12 (15.6)
Association	84 (81.1)	60 (84.4)

- ✓ Bithérapie ou monothérapie
- ✓ Adaptée ou Non adaptée

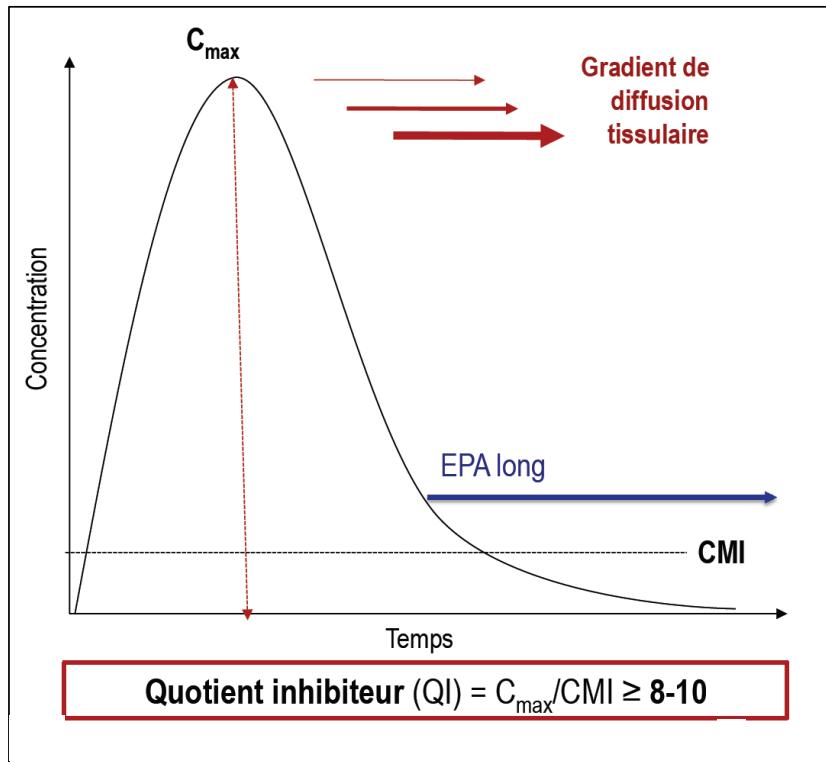


	aHR	95% CI	p
Effective empirical therapy			.02
Combined therapy	1		
Monotherapy	0.90	0.50–1.63	.73
Inappropriate therapy	1.85	1.07–3.10	.02

Choc septique : 1 ATB adapté = 2 ATB adaptés
Bithérapie = être sur d'avoir raison au départ
Mais pas bénéfice de 2 ATB adaptés

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Comment je triche : Les « Amis »nosides : argumentaire PK/PD

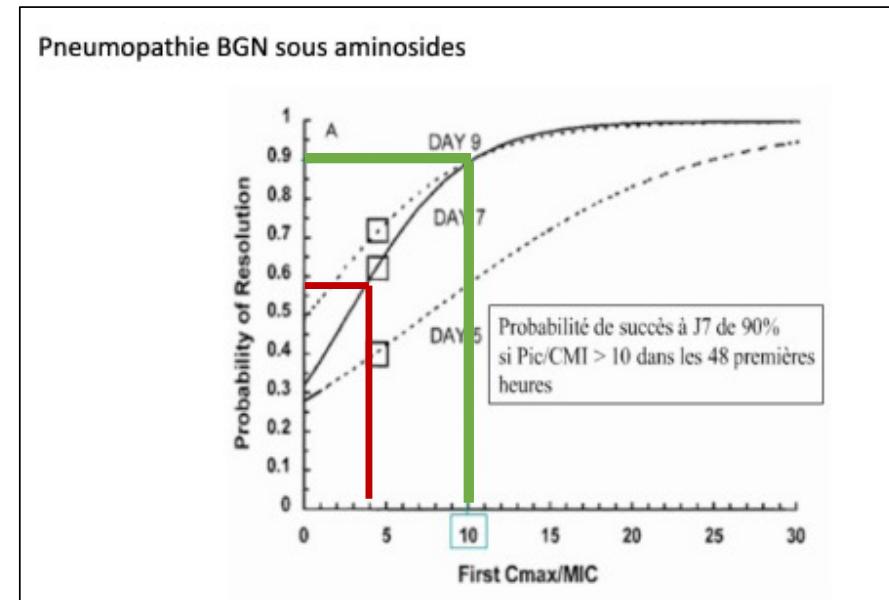
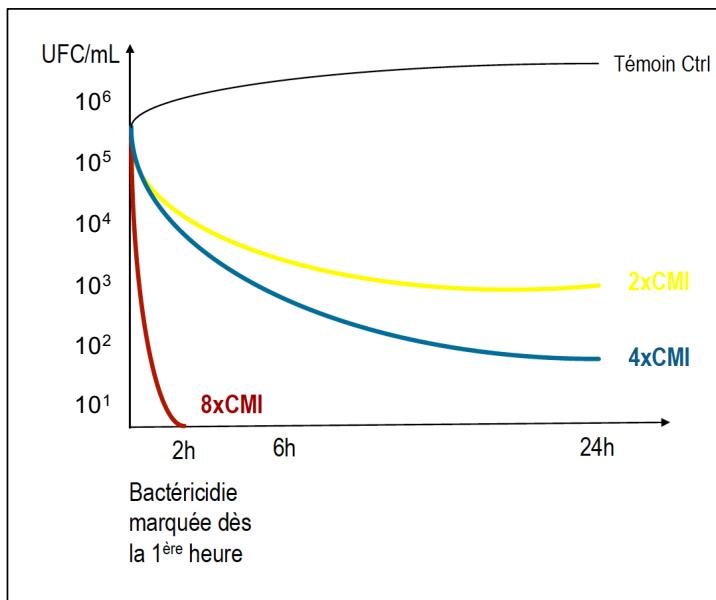


- **Concentration dépendant**
 - $C_{max} / CMI > 10 =$ Dosage du Pic (C_{max})
- **Une seule injection**
 - Sur 30 minutes (1/2 vie faible)
- **Effet post-antibiotique (EPA)**

Modifié de Ader, les aminosides

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Comment je triche : Les « Amis »nosides : argumentaire PK/PD



Cmax/CMI élevé =
• Bactéricidie **rapide**
• Bactéricidie **efficace**

↑ Cmax/CMI élevé =
↑ **SUCCES THERAPEUTIQUE**

PREMIERE DOSE = JAMAIS D'ADAPTATION

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

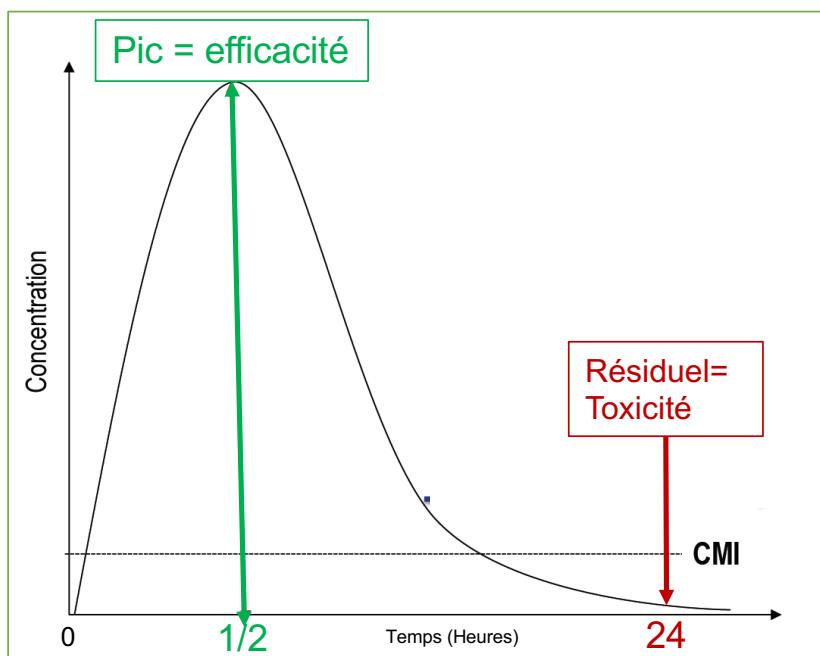
Comment je triche : Les « Amis »nosides : argumentaire PK/PD

Diffusion élevée	Rein Réseau lymphatique Oreille interne
Diffusion moyenne	Prostate Os
Diffusion faible	Sécrétions bronchiques Bile SNC – LCR < 10 % Tissus mous

- **Biodisponibilité orale = nulle**
- **Diffusion tissulaire : Faible volume de distribution**
 - Reste dans le sang = « lave hémoculture »
 - Concentration au niveau du rein et oreille interne
- **Liaison protéine plasmatique = faible**
 - Dialysable ++
 - Seul ATB à faire au moins 1 heure avant la dialyse
- **Hydrophile = pas diffusion graisse**
 - Calcul du poids patient sur masse maigre (poids idéal)
- **Pas même voie veineuse que Béta-lactamines**
 - Formation d'un précipité

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Comment je triche : Les « Amis »nosides : argumentaire PK/PD



≤ 1 jour

Aucun dosage

Pas de risque rénal si dose unique sans réinjection (PAS ADAPTATION)

≤ 3 jours

Aucun dosage sauf DFG<
30 mL/min = Résiduel

Tobramycine et Gentamicine = 6 à 10 mg/Kg

Amikacine = 25 à 30 mg/Kg/J

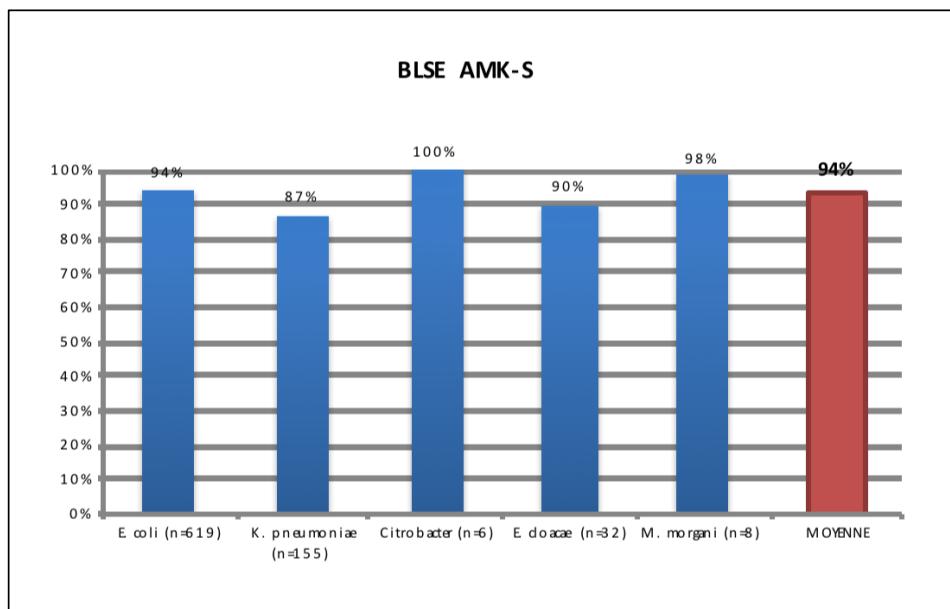
En Equivalent de poids idéal théorique

une dose dans du NaCl 0,9% sur 30 minutes

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère

Comment je triche : Les « Amis »nosides : argumentaire PK/PD

GRAM- : Entérobactéries BLSE : AMIKACINE



Infection intra-abdo, urinaire, PAVM etc.

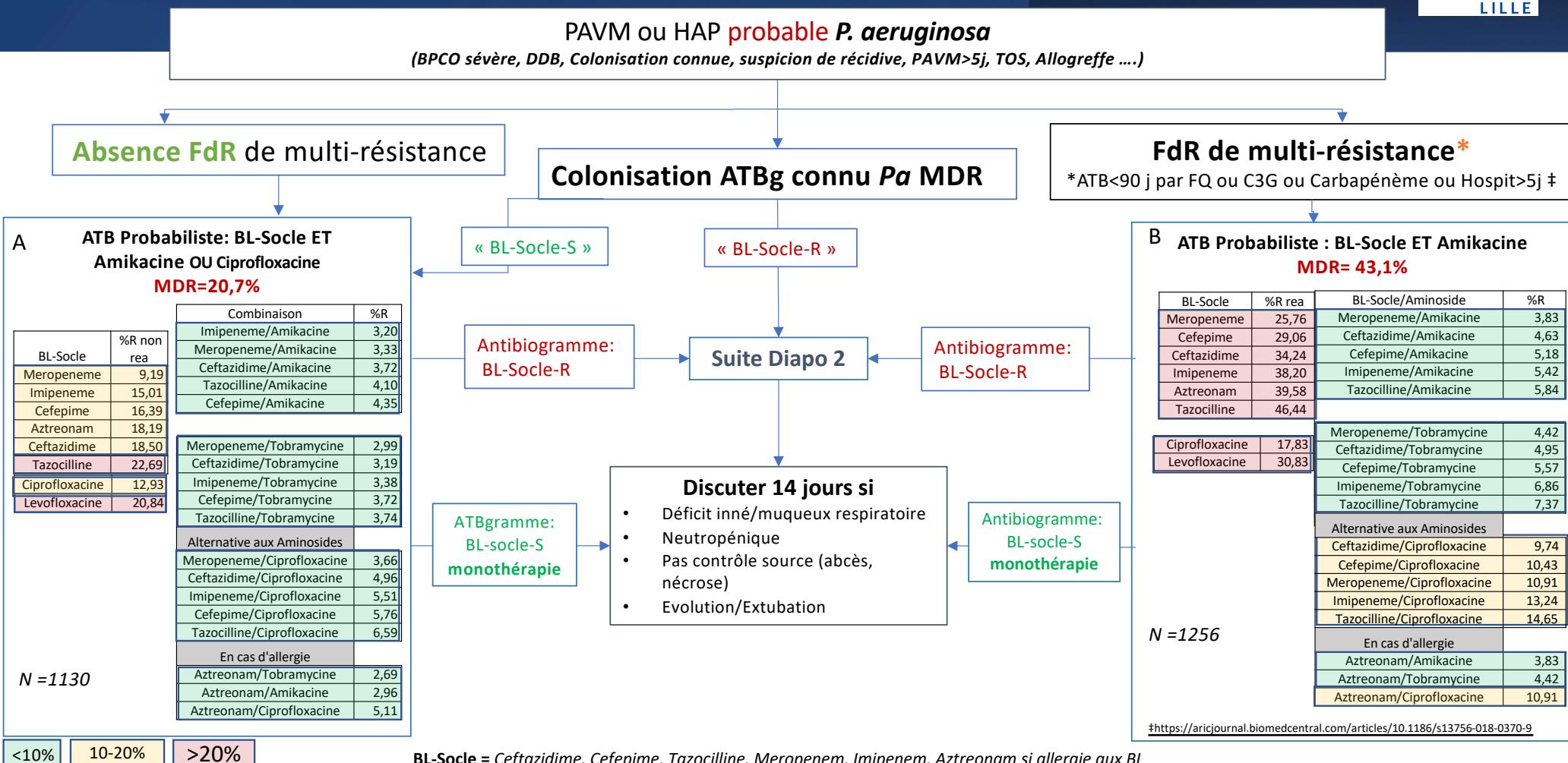
GRAM+ : S. aureus : GENTAMICINE

Acquisition Résistance *Staphylococcus aureus*

Phénotypes	Enzyme	Kanamycine Amikacine Isépamicine	Tobramycine Dibekacine	Gentamicine Netilmicine
sauvage	-	S	S	S
K	APH 3'-III	R	S	S
KT	ANT-4'-4''	R	R	S
KTG	APH2''-AAC 6'	R	R	R

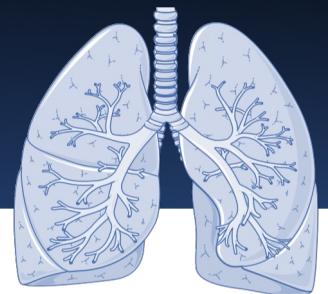
Infection peaux et parties molles, KT, etc.

Exemple d'utilisation des données locales et intérêt AMIKACINE IV dans la prise en charge des infections à *P. aeruginosa* en réanimation au CHU de Lille



BL-Socle = Ceftazidime, Cefepime, Tazocilline, Meropenem, Imipenem, Aztreonam si allergie aux BL

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère Bithérapie/combinaisons Dans la pneumonie aiguë communautaire



Ambulatoire ou Hospitalisation

Réanimation

Toujours viser : Pneumocoque +++

H. influenzae, Moraxella spp, S. aureus,

H. influenzae, Moraxella spp, S. aureus, L

Jeune pas comorbidité

Amoxicilline PO/IV

Agé ou comorbidité

Amox+Ac Clavulanique PO/IV

Suspicion Intracellulaire

Macrolides PO (Azithromycine)

5 jours

C3G IV
+
Macrolides
Ou
FQ

II. Choc septique et atteinte d'organe sévère Bithérapie/combinaisons dans les infections sévères

1. Etat septique grave (choc septique, Neutropénie fébrile, etc.)

ET

2. Risque de perdre mon pari microbiologique

- infection polymicrobienne
 - BMR/BHRe
 - Sans point d'appel
 - Points d'appel multiples

• Combinaisons d'intérêt

- ✓ Béta-lactamines + Aminosides (urines, abdomen)
- ✓ Béta-lactamines + (Lipo)Glycopeptides + Aminosides (cutané, ILC, matériel implanté)
- ✓ Forte posologie / Perfusion continue
- ✓ Pas adaptation rénale dans les 48 premières heures du choc septique

• Aminosides :

- ✓ Association de choix
- ✓ Pas de risque rénal si 1 dose unique
- ✓ Pas adaptation rénale
- ✓ Dose mg/Kg poids idéal théorique
- ✓ **E. BLSE et P. aeruginosa = AMIKACINE**

II. Neutropénie fébrile

Neutropénie fébrile : apprécier la gravité

Mise au point

Prise en charge d'une neutropénie fébrile post-chimiothérapie

Management of febrile neutropenia

Xavier Jannet^{a,*}, Jean-Édouard Terrade^a, Manuel Méndez-Bailón^b,
María Belén Alonso-Ortiz^c, Emmanuel Andrés^a, Noel Lorenzo-Villalba^a



LLC / MM / SMD / chimio
Cancer solide

Allogreffe / LA / DIP

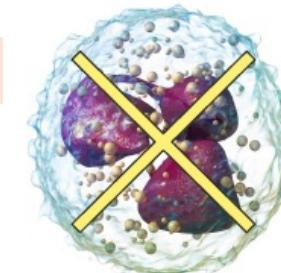


Neutropénie à faible risque

- Non profonde
- Durée prévisible < 7 jours
- Sans signe de gravité
- Sans intolérance digestive

Neutropénie à haut risque

- Neutropénie profonde (< 100 PNN)
- Durée prévisible > 7j
- Signe de gravité
- Comorbidités lourdes



On vise :

- Entérobactéries et streptocoque ++
- SAMS +
- si KT : SAMS et SNC

On vise :

- les mêmes
- + le pyo
- + les EBLSE

Ambulatoire

Surveillance initiale 4h au SAU

Bithérapie per os

- Amox / Ac clavulanique 1g x 3/j
- Ciflox 750 mg x2/j

Rq : uniquement si pas de FQ dans les 3M

Hospitalisation

Isolement protecteur

Thérapie IV

- **βlactamine anti-pyo** (céfèpime / tazo)
- **Carbapénème** si risque BMR / gravité
- +/- aminoside
- +/- glycopeptide

Tableau 2

Score MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer risk index).

Item	Valeur
Neutropénie fébrile sans ou avec peu de symptômes	5
Absence d'hypotension artérielle (pression artérielle systolique \geq 90 mmHg)	
Absence de maladie pulmonaire chronique obstructive	4
Tumeur solide ou hémopathie sans antécédent d'infection fongique	
Absence de déshydratation nécessitant une perfusion	3
Neutropénie fébrile avec symptômes modérés	3
Patient ambulatoire	3
Âge < 60 ans	2

MASCC > 21 = ambulatoire

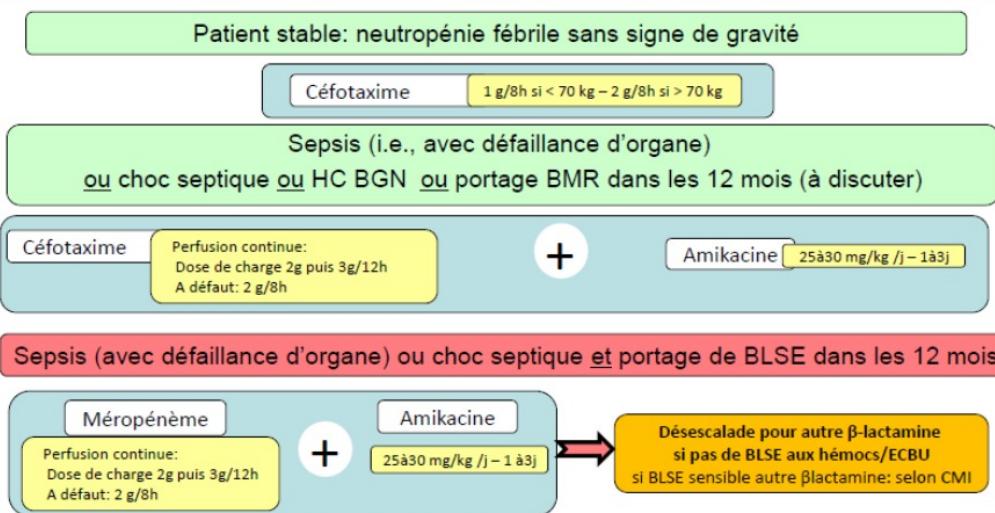
II. Neutropénie fébrile

Neutropénie fébrile : apprécier la gravité



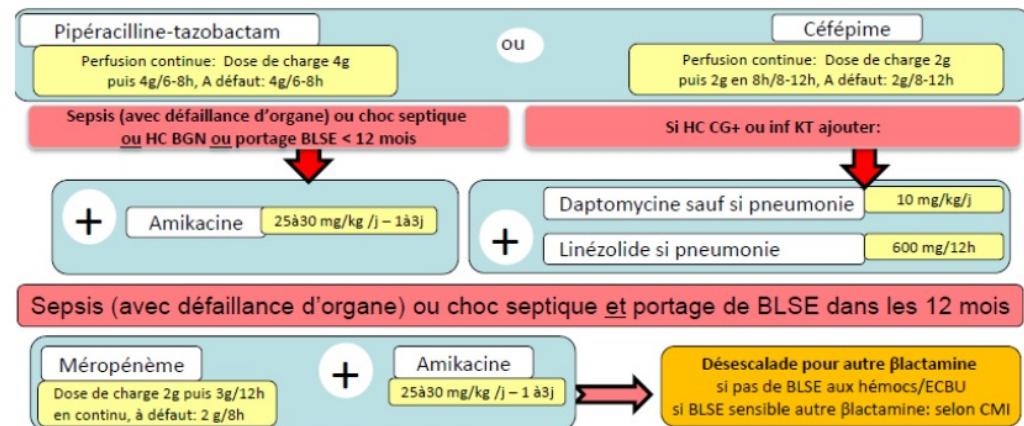
Neutropénie : risque faible et patient « communautaire »

- 1. Neutropénies courtes (lymphomes, MM – hors autogreffe) ou 1^{ère} semaine de neutropénie chez un patient sans C3G et/ou sans hospitalisation dans les 3 mois.**



Neutropénie : risque élevé et patient « nosocomial »

- 2. Echec 1^{ère} ligne ou ≥ 8 jours de neutropénie ou ≥ 8 jours d'hospitalisation ou C3G dans les 3 mois**



Protocole adapté si patient porteur NDM

PLAN

I. Infections particulières nécessitant bithérapie

- I. Infection particulière 2>1
- II. Polymicrobienne

II. Les infections sévères

- I. Choc septique et atteinte d'organe sévère
- II. Neutropénie

III. Mise en pratique immédiate

Cas clinique 1

Grégoire 32 ans, hémodialysé chronique en référence tardive.

- Pas de FAV
- KT-HD depuis 3 mois
- **SAU à J10** pour fièvre 39°C, frissons.
- TA 80/50, Fc 140 bpm, SaO₂ 95% en AA
- Pas colonisation connue BMR/BHRe



En dehors de l'ablation du KT-HD quelle antibiothérapie ?

- A. Tazocilline + Daptomycine + Amikacine
- B. Cefepime + Vancomycine + Amikacine
- C. Daptomycine + Amikacine
- D. Meropeneme + Daptomycine + Amikacine
- E. Ceftriaxone + Linezolide

Cas clinique 1

Grégoire 32 ans, hémodialysé chronique en référence tardive.

- Pas de FAV
- KT-HD depuis 3 mois
- **SAU à J10** pour fièvre 39°C, frissons.
- TA 80/50, Fc 140 bpm, SaO₂ 95% en AA
- Pas colonisation connue BMR/BHRe



En dehors de l'ablation du KT-HD quelle antibiothérapie ?

- A. Tazocilline + Daptomycine + Amikacine
- B. Cefepime + Vancomycine + Amikacine
- C. Daptomycine + Amikacine
- D. Meropeneme + Daptomycine + Amikacine
- E. Ceftriaxone + Linezolide

Cas clinique 2

Martine 67 ans, LAM, neutropénie post chimiothérapie.

- Hypertendue et traitée prophylaxie pas posaconazole oral
- Traitée par Augmentin pour Pneumonie il y a 1 mois
- **PNN < 500 / mm³ et Depuis 10 jours**
- fièvre à 38,5°C à 2 reprises ce jour
- Pas porte d'entrée
- TA 100/60, Fc 96 bpm, SaO₂ 99% en AA
- PAC propre. Hémocultures différentielles faites x 2
- PCR Grippe / COVID / VRS : négatives
- PNN : 200 / mm³ et CRP 80 mg/L
- Pas BMR ou BHRe connue

Quel prise en charge proposez vous ?

- A. Ambulatoire + AUGMENTIN et CIFLOX
- B. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV
- C. Hospitalisation + CEFEPIME IV
- D. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV + DAPTOMYCINE IV
- E. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV + DAPTOMYCINE IV + AMKACINE IV

Cas clinique 2

Martine 67 ans, LAM, neutropénie post chimiothérapie.

- Hypertendue et traitée prophylaxie pas posaconazole oral
- Traitée par Augmentin pour Pneumonie il y a 1 mois
- **PNN < 500 / mm³ et Depuis 10 jours**
- fièvre à 38,5°C à 2 reprises ce jour
- Pas porte d'entrée
- TA 100/60, Fc 96 bpm, SaO₂ 99% en AA
- PAC propre. Hémocultures différentielles faites x 2
- PCR Grippe / COVID / VRS : négatives
- PNN : 200 / mm³ et CRP 80 mg/L
- Pas BMR ou BHRe connue

Quel prise en charge proposez vous ?

- A. Ambulatoire + AUGMENTIN et CIFLOX
- B. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV
- C. Hospitalisation + CEFEPIME IV
- D. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV + DAPTOMYCINE IV
- E. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV + DAPTOMYCINE IV + AMKACINE IV

Cas clinique 2bis

Martine 67 ans, LAM, neutropénie post chimiothérapie.

- Hypertendue et traitée prophylaxie pas posaconazole oral
- Traitée par Augmentin pour Pneumonie il y a 1 mois
- **PNN < 500 / mm³ et Depuis 10 jours**
- fièvre à 38,5°C à 2 reprises ce jour
- Pas porte d'entrée
- **TA 80/60 mmHg, Fc 126 bpm, SaO₂ 94% en AA**
- PAC propre. Hémocultures différentielles faites x 2
- PCR Grippe / COVID / VRS : négatives
- PNN : 200 / mm³ et CRP 80 mg/L
- Pas BMR ou BHRe connue

Quel prise en charge proposez vous ?

- A. Ambulatoire + AUGMENTIN et CIFLOX
- B. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV
- C. Hospitalisation + MEROPENEM + DAPTOMYCINE + AMIKACINE IV
- D. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV + AMIKACINE IV
- E. Hospitalisation + CEFEPIME IV + DAPTOMYCINE IV + AMKACINE IV

Cas clinique 2bis

Martine 67 ans, LAM, neutropénie post chimiothérapie.

- Hypertendue et traitée prophylaxie pas posaconazole oral
- Traitée par Augmentin pour Pneumonie il y a 1 mois
- **PNN < 500 / mm³ et Depuis 10 jours**
- fièvre à 38,5°C à 2 reprises ce jour
- Pas porte d'entrée
- **TA 80/60 mmHg, Fc 126 bpm, SaO₂ 94% en AA**
- PAC propre. Hémocultures différentielles faites x 2
- PCR Grippe / COVID / VRS : négatives
- PNN : 200 / mm³ et CRP 80 mg/L
- Pas BMR ou BHRe connue

Quel prise en charge proposez vous ?

- A. Ambulatoire + AUGMENTIN et CIFLOX
- B. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV
- C. Hospitalisation + MEROPENEM + DAPTOMYCINE + AMIKACINE IV
- D. Hospitalisation + TAZOCILLINE IV + AMIKACINE IV
- E. Hospitalisation + CEFEPIME IV + DAPTOMYCINE IV + AMKACINE IV

Merci

