



Relais oral et durées courtes : quand la pédiatrie s'inspire de l'adulte

Et inversement....

Pre Elise LAUNAY, CHU de Nantes, Nantes Université



Déclaration d'intérêt de 2014 à 2025

- Intérêts financiers : 0
- Liens durables ou permanents : 0
- Interventions ponctuelles : GSK, Pfizer, MSD
- Intérêts indirects : 0



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : Launay Elise
- **Titre: Relais oral et durées courtes : quand la pédiatrie s'inspire de l'adulte**

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
 - L'année en infectiologie pédiatrique. Performances médicales 2025, 2020, 2021, 2022
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
 - ESPID (online) Pfizer 2024
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

☐ OUI ☒ NON

☒ OUI ☐ NON

☒ OUI ☐ NON

☐ OUI ☒ NON

Les enjeux du traitement court

- ❖ Limiter l'antibio-résistance : santé publique
- ❖ Améliorer l'observance et la qualité de vie: santé individuelle (et familiale...)
- ❖ Mais attention aux pièges !
 - Le traitement court ne justifie pas une antibiothérapie non indiquée
 - Les faux traitements courts des antibiotiques à très longue demi-vie (azithromycine...)

Les enjeux du relai oral

- ❖ Améliorer la qualité de vie/retour à domicile
- ❖ Pallier aux difficultés et risques des voies veineuses/IM
- ❖ Diminuer l'impact carbone

- ❖ Mais attention aux pièges
 - Relai PO alors que la poursuite du traitement est non indiquée
 - Ne doit pas remplacer la possibilité d'un traitement oral d'emblée

Sur quoi repose la durée de l'antibiothérapie ?

- ❖ Objectif de l'antibiothérapie : éradication bactérienne ou résolution des symptômes
- ❖ La vitesse de diminution de l'inoculum dépend
 - Du type infection: matériel, biofilm
 - De la bactérie : croissance rapide vs lente
 - Des caractéristiques de l'antibiotique
 - ET de l'hôte et de son système immunitaire
- ❖ Modèles dynamiques d'interactions hôte/bactérie
 - Effet variable de la durée et de la concentration des ATB sur résolution des symptômes et sélection de résistance

Craig CID 1998
Geli Plos One 2012

Que nous disait la littérature «adulte» en 1943 ?

The Journal of the American Medical Association

Published Under the Auspices of the Board of Trustees

VOL. 122, No. 18

CHICAGO, ILLINOIS
Copyright 1943 by American Medical Association

AUGUST 28, 1943

PENICILLIN IN THE TREATMENT OF INFECTIONS

A REPORT OF 500 CASES

While the dosage schedule requires additional investigation, it seems clear that the average patient requiring intravenous or intramuscular injections for serious staphylococcic infections requires a total of between 500,000 and 1,000,000 Oxford units, and the best results have been observed when treatment is continued for at least ten days to two weeks. At least 10,000 units should be given every two to three hours at the beginning of treatment, either by continuous intravenous injection or by interrupted intravenous or intramuscular injections.

Patients with pneumococcic pneumonia frequently recover following the use of 100,000 units given over a period of three days. This is especially important in sulfonamide resistant pneumococcic infections. It may be necessary to give between 60,000 and 90,000 Oxford units daily for four to seven days to get a maximum effect.

Toujours d'actualités !

The Journal of the American Medical Association

Published Under the Auspices of the Board of Trustees

VOL. 122, No. 18

CHICAGO, ILLINOIS
Copyright 1943 by American Medical Association

AUGUST 28, 1943

PENICILLIN IN THE TREATMENT

III – SPILF 2020 recommendations:

While the dosage schedule requires titration, it seems clear that the average intravenous or intramuscular injection of staphylococcal infections requires a 500,000 and 1,000,000 Oxford units. Results have been observed when continued for at least ten days to two 10,000 units should be given every 4 hours at the beginning of treatment, either intravenous injection or by interrupted intramuscular injections.

CAP outside of intensive care:

- With clinical improvement during reassessment at D + 3 (aprexia, improved vital signs¹): 5 days
- Without improvement at D3: 7 days maximum

IV – pediatric peculiarities

Treatment duration is 5 days [19]

Toujours d'actualités !

The Journal of the American Medical Association

Published Under the Auspices of the Board of Trustees

VOL. 122, No. 18

CHICAGO, ILLINOIS
Copyright 1943 by American Medical Association

AUGUST 28, 1943

I

2. Recommendations 2025

While the dosage schedule require tigation, it seems clear that the averag ing intravenous or intramuscular inj staphylococcic infections requires a 500,000 and 1,000,000 Oxford un results have been observed when tinued for at least ten days to two 10,000 units should be given every t at the beginning of treatment, eith intravenous injection or by interrupt intramuscular injections.

- Au cours des PAC non graves (ambulatoires) et modérément graves (hospitalisation hors soins critiques), et en cas d'obtention de l'ensemble des critères de stabilité clinique à J3, un traitement antibiotique de trois jours au total est recommandé (**Grade A-1**)¹ ;
- Si la stabilité clinique n'est obtenue qu'entre trois et cinq jours de traitement, un traitement antibiotique de cinq jours au total est recommandé (**Grade B-1**) ;

[apy-

Mais dans l'intervalle...

4.3.3.4. *Durée de traitement* enfants

AFSSAPS 2005

Les durées de traitement reposent sur les avis d'experts et les résultats d'efficacité des derniers essais thérapeutiques. A l'heure actuelle, dans une pneumonie à pneumocoque un traitement par bêta-lactamine est prescrit pour une durée de 10 jours. Dans une pneumonie à bactéries atypiques, un traitement par macrolide est donné pendant au moins 14 jours.

6.4.3. *Durée du traitement* adultes

Il n'y a pas de données publiées permettant d'établir une durée précise de traitement. Dans les dossiers d'autorisation de mise sur le marché des médicaments, les durées des traitements évalués varient de 7 à 14 jours, avec une majorité à 10 jours. Quelques études, évaluant en traitement court la télithromycine, la lévofloxacine et l'azithromycine (qui n'est pas indiquée (AMM) en France pour les pneumonies) ont montré une équivalence entre un traitement de 5 jours et un traitement de 10 jours [187, 199, 200].

Cependant, ces résultats ne sont pas extrapolables à d'autres molécules. Par ailleurs certains biais rendent les résultats d'interprétation difficile [201]. Aussi, actuellement une durée de traitement de 7 à 14 jours (10 jours en moyenne) reste la durée recommandée en traitement probabiliste des pneumonies sans signe de gravité.

The Maxwell Finland Lecture: For the Duration— Rational Antibiotic Administration in an Era of Antimicrobial Resistance and *Clostridium difficile*

Louis B. Rice

Medical Service, Louis Stokes Cleveland Veterans Affairs Medical Center, and Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio

Antimicrobial resistance is frequently associated with clinical use of antibiotics. This close association suggests that efforts to manage our use of these potent agents can have an impact on the prevalence of resistance. Unfortunately, one size does not fit all when considering the response of bacterial pathogens to antimicrobial exposure. Measures that may prevent resistance in some species (such as using multiple antibiotics to treat tuberculosis) may exacerbate the problem of resistance in others (such as *Pseudomonas aeruginosa* or *Acinetobacter baumannii*). The simplest approach is to use fewer antibiotics and thereby apply less selective pressure to the prevalent flora. Among available strategies to reduce use, reductions in length of antimicrobial regimens are the safest and are likely to be the most palatable to practicing clinicians. Studies are urgently needed to define minimal lengths of therapy to ensure that efforts at reduced use are safe and effective.

Les données « adultes » sur la PAC

Méta-analyse publiée en 2023 dans BMJ, open
Étude de la relation « dose-effet »

Table 1 Characteristics of included studies

Study	Age, mean (SD), years	Female, %	PSI IV+V, %	Setting	Duration, day, median	Antibiotics	No. of participants	No. of clinical improvement on day 15
Siegel <i>et al</i> ¹³ 1999	61.1 (15.1)	NA	NA	Inpatient	7	CXM	25	21
Léophonte <i>et al</i> ³⁶	64.0 (18.7)	25	NA	Inpatient	10	CRO	27	20
					10		125	93
					10		119	85
Tellier <i>et al</i> ¹⁴	45.8 (18–87*)	42	7	Both	5	TEL	193	154
					7		195	157
El Moussaoui <i>et al</i> ³⁹	57.2† (23.9†)	40	12	Inpatient	3	AMX	57	50
					8		64	56
File <i>et al</i> ¹⁵	45.4 (16.8)	42	3	Outpatient	5	GMI	256	240
					7		256	234
Strålin <i>et al</i> ⁴²	NA (NA)	NA	NA	Inpatient	5	β-lactam	103	79
					10		104	81
Uranga <i>et al</i> ²⁷	65.4 (18.3)	37	39	Inpatient	5	Various	162	90
					10		150	71
Aliberti <i>et al</i> ⁴⁰	60.6† (24.8†)	40	24	Inpatient	6	Various	125	111
					8		135	125
Dinh <i>et al</i> ⁴¹ 2021	73.2† (21.0†)	41	39	Inpatient	3	β-lactam+placebo	152	117
					8	β-lactam+AMC	151	102

*Range.
†Calculated using median and IQR.
AMC, amoxicillin-clavulanic acid; AMX, amoxicillin; CRO, ceftriaxone; CXM, cefuroxime; GMI, gemifloxacin; PSI, Pneumonia Severity Index; SAE, serious adverse events; TEL, telithromycin.

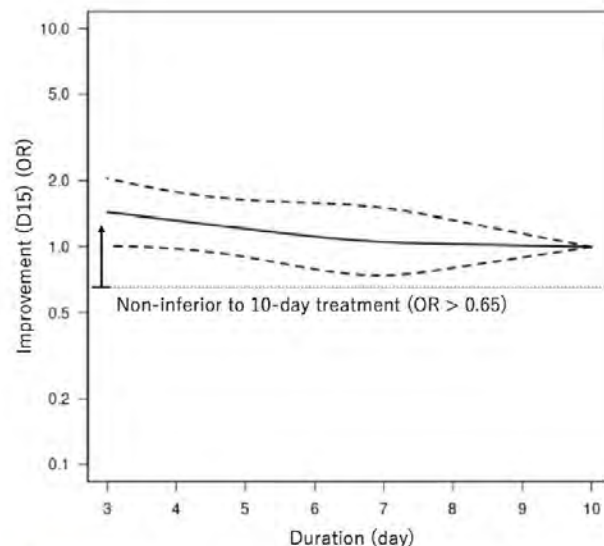


Figure 2 Duration-effect relationship of antibiotics for community-acquired pneumonia in adults. Clinical improvement on day 15. D15, day 15. The dotted lines represent 95% CIs. The thin horizontal dotted line represents the non-inferiority margin, corresponding with 10% absolute risk difference given the control event rate of 68% (OR 0.65). ORs greater than the non-inferiority threshold signifies that the treatment is non-inferior to the 10-day treatment.

La littérature pédiatrique

- ❖ Revue systématique avec méta-analyse publiée dans CID en 2023: Essais randomisés, 1541 enfants de plus de 6 mois avec une PAC dans un pays à hauts revenus et traités en ambulatoire

La littérature pédiatrique

❖ Revue systématique avec méta-analyse publiée dans CID en 2023: Essais

Pays	Année	Définition PAC	inclusion	exclusion	comparaison
Israel	2015	Condensation radio	6 mois à 5 ans, sd fébrile, condensation pulmonaire, leuco > 15 000, ambulatoire	Comorbidité, allergie, ATB dans les 14j,> 2 pneumonies, désaturation, nécessité tx IV	Amoxicilline 80 mg/kg/j 5 versus 10 jours (3 prises)
Canada	2021	fièvre, polypnée, condensation radio, dg des urgences	6 mois à 10 ans avec PAC ambulatoire	Empyème ou nécrotique, comorbidités, tx ATB antérieur (7j), allergie, ATCD CAP ou abcès pulmonaire	Amoxicilline 80-90 mg/kg/j 5 jours versus 10 jours (3 prises)
UK	2021	Toux, fièvre, signes de lutte ou signes auscultatoires focaux	Plus de 6 mois (jusqu'à 24kg), diagnostic clinique de PAC	PAC compliquées, comorbidité, ATB antérieures, allergie, sibilants bilatéraux sans foyer	Amoxicilline 35-50mg/kg/j ou 70-90 mg/kg/k 3 versus 7 jours (2 prises)
USA	2022	Diagnostic clinique fait par le médecin avant l'inclusion	6 à 71 mois, non compliquée, tx par amox ou amox-ac clavulanique ou cefdinir, amélioration clinique à J5	Persistance fièvre, polypnée ou toux importante à J5	Amoxicilline ou amox-ac clavulanique 80 à 100 mg/kg/j ou cefdinir 2 à 16 mg/kg/j 5 versus 10j (2 prises)

La littérature pédiatrique

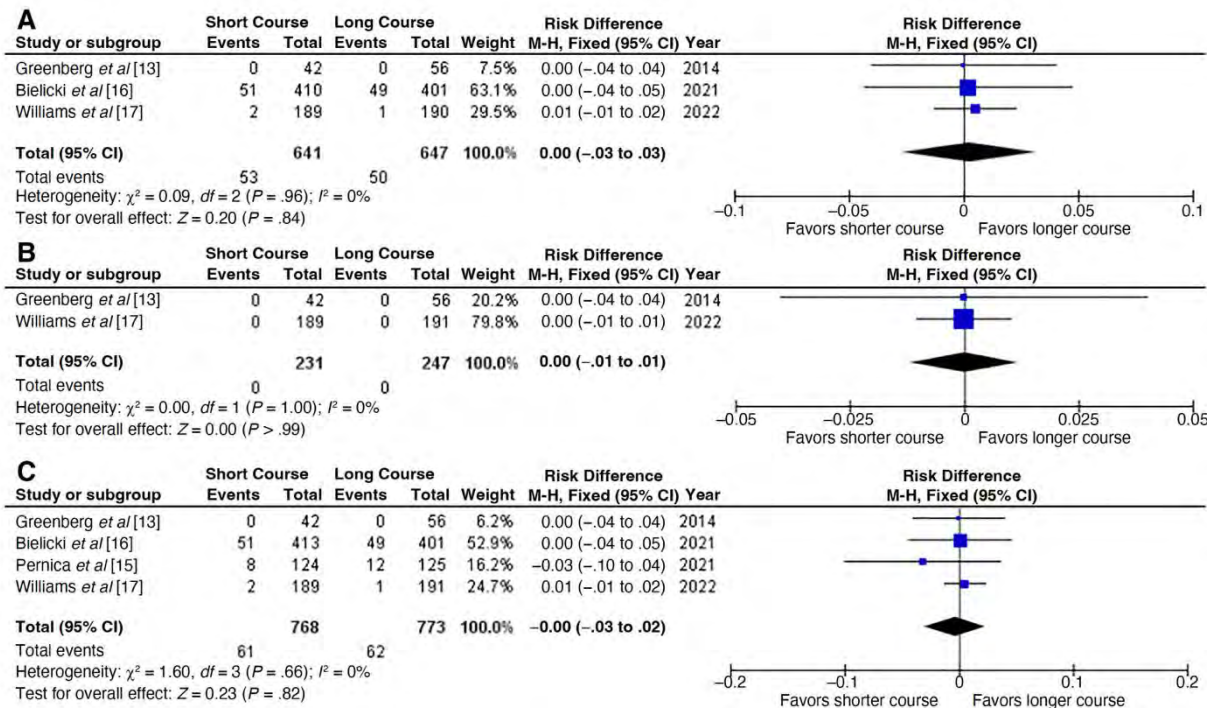


Figure 1. Need for antibiotic retreatment (A), need for hospitalization (B), and treatment failure (C) (includes need for antibiotic retreatment of need for hospitalization) within 1 month after randomization [13, 15–17]. Abbreviations: CI, confidence interval; df , degrees of freedom; I^2 , inconsistency index; M-H, Mantel-Haenszel test.

Mais la pédiatrie s'était intéressée au raccourcissement des durées de traitement avant...

❖ Angine

- Poids de l'histoire : pénicilline 10 jours (éradication bactérienne, risque RAA), toujours en vigueur dans Red Book
- 1996 : 6 jours amoxicilline versus 10 jours pénicilline : pas de différence d'éradication, ni rechute

❖ OMA

- Plusieurs essais randomisés chez l'enfant < 2 ans 10 jours versus 5 jours (amox/ac clav) : pas de non infériorité voire plus d'échec avec traitements courts (environ 10-15% d'échec en plus)
- Mais
 - Depuis vaccination antipneumococcique large
 - VRS = principal agent des OMA
 - Distinction 1^{er} épisode versus chronique, otorrhée (biofilm), collectivité (portage)
 - Balance bénéfique /risque

Mais la pédiatrie s'était intéressée au raccourcissement des durées de traitement avant...

❖ Infections ostéo-articulaires

- Travaux de Peltola et al
 - Diminution de la durée totale : 10j pour une arthrite, 20 j semaines pour une ostéomyélite
 - Relai PO précoce (J2-J4)
 - Y compris si bactériémique
- Traitement PO d'emblée ? (étude POOMA, résultats à venir !)

Et pour les infections sévères ?

	Mc Mullan 2016- enfants	Gauzit 2021-Adulte/enf
Bactériémie pneumocoque	7 à 10 jours (0-1 si occulte)	E: 5 jours si occulte
Bactériémie S. aureus	SASM 7-10 jours/SARM 14j	14 jours
Bactériémie liée au cathéter	≥ 7 jours, 3-7 si SCN (néonate, KT retiré)	KT retiré: 0-3j si SCN, 14 j SA, strepto, entero, BGN: 7j KT en place : lock et IV 10 jours
Bactériémie BGN	10 jours	7 jours si non compliqué
Endocardite	4 à 6 semaines (2 si <i>S. viridans</i> S)	idem

Etudes pédiatriques sur les bactériémies = observationnelles, rétrospectives

Etudes adultes : RCT pour SA non compliqué (arrêté) et compliqué (en cours), BGN

Intérêt des biomarqueurs pour guider la durée ?

- ❖ Données en réanimation adulte : méta-analyse avec 26 RCT, > 9000 patients
 - Réduction de la durée des antibiotiques de près de 2 jours: (MD – 1,79, IC95% -2,65; – 0,92) mais plus haut risque de récurrence OR 1,36 [1,10-1,68]
- ❖ Dans d'autres contextes avec programmes d'antimicrobial stewardship bien développés : pas d'effet ...

Intérêt de la PCT pour guider la durée du traitement dans le late onset sepsis ?

❖ Essai ProABIS :

- Population: RCT incluant les nouveau-nés > 24SA, à plus de J4 de vie, recevant des ATB depuis plus de 48h (exclusion méningite, foyer profond, choc septique)
- Intervention : PCT toutes les 48h (H24 si PCT initiale ≤ 0.5), arrêt dès que PCT < 0.5
- Comparaison : soins courants (sans PCT)
- Outcome : durée antibiothérapie (supériorité), mortalité à J28 (non infériorité 3%)

- ❖ Environ 40% < 28 SA, 80% < 32 SA, signes respi (45%), apnée/brady (60%), 65% bactériémie (54% SCN)

Outcomes	No	Procalcitonin-guided group	No	Usual care group	Unadjusted difference (95% CI)	Adjusted difference (95% CI)
Intention-to-treat analysis						
Median (IQR) duration of antibiotic treatment (days)	248	8.0 (5.0-12.0)	256	10.0 (8.0-13.0)	-2.0 (-3.8 to -1.0)*	-2.0 (-3.2 to -0.9)*
Mortality at day 28	248	6 (2.4)	256	10 (3.9)	-1.5 (-5.0 to 1.8)†	-1.5 (-4.7 to 1.8)†
Per protocol analysis						
Median (IQR) duration of antibiotic treatment (days)	215	7.0 (5.0-12.0)	248	10.0 (8.0-13.0)	-3.0 (-4.0 to -1.0)*	-3.0 (-3.5 to -1.0)*
Mortality at day 28	215	5 (2.3)	248	10 (4.0)	-1.7 (-5.3 to 1.8)†	-1.7 (-5.0 to 1.6)†

Data are number (%) unless otherwise stated.
 *P<0.001.
 †Units for difference are % (95% CI).
 CI, confidence interval; IQR, interquartile range.

Relai PO : rationnel

❖ Les bonnes conditions

- Prise orale possible /absorption correcte: tolérance digestive,interactions alimentaires, galénique, palatabilité
- Biodisponibilité



Relai PO : rationnel

❖ Les bonnes conditions

- Prise orale possible /absorption correcte: tolérance digestive,interactions alimentaires, galénique, palatabilité
- Biodisponibilité

Table 1

Antimicrobials with high or very high oral bioavailability [4,29–36]

Antimicrobial	Oral bioavailability (%)
Linezolid	~100%
Levofloxacin	~100%
Tedizolid	92%
Cefalexin	90–100%
Clindamycin	75–90%
Fluconazole	>90%
Moxifloxacin	86%
Metronidazole	80 to >95%
Amoxicillin	74–92%
Ciprofloxacin	65–85%
Sulfamethoxazole-trimethoprim	70 to >95%
Doxycycline and tetracycline	>90% with food

Relai PO

❖ Les conditions

- Prise orale possible /absorption correcte: tolérance digestive, interactions alimentaires, galénique, palatabilité
- Biodisponibilité
- Pénétration tissulaire : dépend de l'antibiotique et de sa biodisponibilité par de sa forme IV ou PO
- Stabilité clinique

❖ Les avantages

- Diminuer la morbidité des voies veineuses centrales
- Diminuer la durée d'hospitalisation
- Améliorer le confort

McMullan 2016

	Minimum intravenous antibiotic duration (level of evidence*)	Criteria for switch to oral antibiotic	Minimum total antibiotic duration (level of evidence*)	Comments
Bacteraemia and endocarditis				
Meningococcal bacteraemia	4–5 days (C-III)	No oral switch	4–5 days (C-III)	Duration applicable for uncomplicated bacteraemia
Pneumococcal bacteraemia	Occult afebrile at 24 h: 0 days (B-I); occult febrile at 24 h: 1 day (C-IV); non-occult/septic: 7–10 days (D-IV)	Oral only; afebrile, rapid improvement; no oral switch	7–10 days; 7–10 days; 7–10 days	Occult: usually febrile, but not septic and no major focus. If ongoing fever repeat blood culture, consider other focal investigations (eg, lumbar puncture, chest imaging [C-IV]); Non-occult: if associated pneumonia, initial intravenous until improvement then total 7–10 days (C-IV)
<i>Staphylococcus aureus</i> bacteraemia	7–14 days (D-IV)	No oral switch	MSSA: 7–14 days (D-IV), MRSA: 14 days (D-IV), longer if persistent positive cultures or complications (D-expert opinion)	If associated with endocarditis, refer to endocarditis guideline, if associated with osteomyelitis or septic arthritis, intravenous duration can be shortened to 4–7 days if condition is improving quickly and is uncomplicated, with remainder oral (C-III)
Gram-negative bacteraemia	10 days (C-III)	No oral switch	10 days (C-III) specific bacteria: pseudomonas in HSCT: 14 days (D-IV) non-typhoidal salmonellae: 7 days (D-IV)	If multiresistant, duration is from first negative culture; if associated with UTI, intravenous duration may be shortened to 5–7 days if uncomplicated and improving quickly (D-IV), with remainder oral (D-expert opinion)
CVC-associated bacteraemia	7 days (B-III) CoNS in neonates, line removed, cultures cleared: 3–7 days (C-IV)	No oral switch	Additional duration dependent on the bacteria cultured (refer to relevant guideline)	CVC removal if blood cultures positive after 72 h of appropriate antibiotics (B-III); no bacteria absolutely necessitate CVC removal, but <i>Pseudomonas aeruginosa</i> and <i>Staphylococcus aureus</i> have been harder to clear in some studies
Bacterial endocarditis	4–6 weeks depending on organism and antibiotic choice (C-III), except sensitive viridans streptococci	No oral switch	Viridans streptococci (D-IV) MIC ≤ 0.12 mg/L: 2 weeks or 4 weeks MIC > 0.12 –2 mg/L: 4–6 weeks MIC > 4 mg/L: 4–6 weeks <i>S aureus</i> (D-IV) MSSA uncomplicated: 4 weeks MSSA complicated or MRSA: 6 weeks	For MIC ≤ 0.12 mg/L, 2 weeks if benzylpenicillin (or ceftriaxone) + gentamicin, 4 weeks if benzylpenicillin (or ceftriaxone) alone

Oral Versus Intravenous Antibiotic Therapy
for *Staphylococcus aureus* Bacteremia or
Endocarditis: A Systematic Review and Meta-Analysis
of Randomized, Controlled Trials

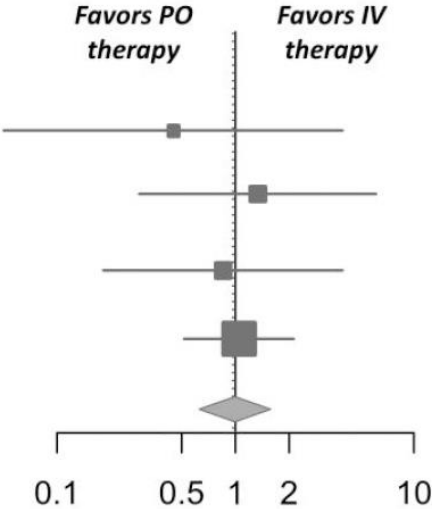
CID 2024

Auteur	Année	Design	Critères d'inclusion (Cohorte)	Traitements comparés (Bras Oral vs Bras IV)
Heldman	1996	Randomisé, multicentrique, en ouvert	Endocardite staphylococcique du cœur droit	Oral : Ciprofloxacine + rifampicine IV : Oxacilline ou vancomycine + gentamicine (les 5 premiers jours)
Schrenzel	2004	Randomisé, multicentrique, en ouvert	Infection staphylococcique (bactériémie liée au cathéter, infection ostéo-articulaire, bactériémie primaire, abcès profond, infection des voies respiratoires inférieures, infection urinaire compliquée)	Oral : Fléroxacine + rifampicine (initié immédiatement ou après ≤24h du traitement IV) IV : Flucloxacilline ou vancomycine
Iversen	2019	Randomisé, multicentrique, en ouvert, de non- infériorité	Endocardite à Gram positif du cœur gauche	Oral : Agents oraux selon la sensibilité à la pénicilline et méthicilline (initiés après traitement IV de ≥10j ou ≥7j après chirurgie valvulaire) IV : Bithérapie sélectionnée selon les recommandations de l'European Society of Cardiology
Kaasch	2024	Randomisé, multicentrique, en ouvert, de non- infériorité	Bactériémie non compliquée à <i>Staphylococcus aureus</i>	Oral : Agents oraux selon la sensibilité (initiés après 5- 7j de traitement IV) : triméthoprim /sulfaméthoxazole, ou clindamycine IV : Flucloxacilline, ou céfazoline ou vancomycine , ou daptomycine

Oral Versus Intravenous Antibiotic Therapy for *Staphylococcus aureus* Bacteremia or Endocarditis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials

Ahmad Mourad,^{1,2,9} Nnamdi Nwafo,³ Lesley Skalla,⁴ Thomas L. Holland,^{1,2} and Timothy C. Jenkins^{5,6}

Treatment Failure			
Study	PO therapy	IV therapy	RR (95% CI)
Heldman et al 1996	1/19 (5%)	3/25 (12%)	0.44 (.05–3.89)
Schrenzel et al 2004	5/30 (17%)	2/16 (13%)	1.33 (.29–6.12)
Iverson et al 2019	3/47 (6%)	3/40 (8%)	0.85 (.18–3.98)
Kaasch et al 2024	14/108 (13%)	13/105 (12%)	1.05 (.52–2.12)
Random effects model			0.99 (.63–1.57)
Heterogeneity: $I^2 = 0\%$, $\tau^2 = 0$, $P = .86$			



Endocardite

❖ **Etude POET** (Iversen): RCT 199 IV, 201 IV puis PO

- Adulte >18 ans
- Patient stable avec bonne réponse clinique au traitement initial
- ATB IV depuis au moins 10 jours (7 si chir valvulaire)
- Pas d'abcès ni d'anomalie valvulaire nécessitant une chirurgie

=> **outcome composite** (décès, chirurgie non programmée, embols, nouvelle Hc positive, jusqu'à 6 mois après arrêt ATB) **12,1% IV versus 9% IV/PO => RD 3,1% [-3,4;9,6]**

❖ **Etude ENDO-ORAL** : étude observationnelle rétrospective, incluant également des patients au-delà des critères de relai de POET (233 IV, 100 IV/PO)

=> HR (échec) 0,55 [0,26-1,17]

=> Pas de différence dans le sous groupe ne répondant pas aux critères POET (HR 0,69 [0,28–1,72])

Bactériémie à BGN

❖ RCT multicentrique ouvert pragmatique

- Patient avec une hémoculture positive à entérobactérie
- Sensible beta lactamines, FQ ou cotrimoxazole
- Ayant reçu 3 à 5 jours IV
- Stable hémodynamiquement et apyrétique $\geq 48h$, foyer contrôlé
- Exclusion : endocardite, infection SNC, grossesse
- Outcome composite (échec) : décès, rechute, ajout d'un ATB, rehospitalisation pour infection dans les 90 jours

24 (28.2%) dans le groupe IV versus 22 (24.7%) dans le groupe IV/PO soit une DR de -3.7% (-16.6% to 9.3%)

Conclusion : Vers un nouveau standard



Infections Courantes

Traitements courts et relais précoces : une culture pédiatrique déjà ancrée.



Infections Sévères

Bactériémies & Endocardites : s'inspirer des modèles adultes pour franchir le cap.



Durée Personnalisée

Prendre en compte les preuves scientifiques pour les intégrer à la clinique et le contexte de vie de l'enfant = EBM !



Impact Global

Répondre à l'émergence des résistances et réduire notre empreinte carbone.



et la région Île-de-France

Palais des Congrès



Journées Nationales d'infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Merci de votre attention !

Table I. Treatment of acute otitis media with short vs longer courses of antibacterial agents: summary of relevant randomized clinical trials

No. of patients	Age range	Antibacterial	Comparison	Results	Comments	Reference
297	6mo–7y	Penicillin V (phenoxymethylpenicillin)	Twice daily for 5d vs twice daily for 10d	No difference	Less efficacy in children younger than 2 years of age	25
151	1mo–12y	Cefaclor	Twice daily for 5d vs twice daily for 10d	No difference	Short treatment less effective in patients with ruptured tympanic membrane	26
320	3mo–12y	Cefuroxime	Twice daily for 5d vs twice daily for 10d	No difference	Mean age: 3.5 years	27
375	3mo–12y	Amoxicillin/clavulanate	Twice daily for 5d vs twice daily for 10d	Higher success rate in the 10d group for children <2y	Less efficacy in children younger than 2 years of age	28
385	4–30mo	Amoxicillin/clavulanate	Twice daily for 5d vs twice daily for 10d	Higher success rate in the 10d group	Less efficacy of shortened treatment in younger children and children in a daycare center	29
450	4–30mo	Cefpodoxime proxetil	Twice daily for 5d vs twice daily for 10d	Higher success rate in the 10d group	Less efficacy of shortened treatment in younger children and children in a daycare center	30
109	3–36mo	Ceftriaxone	1d vs 3d intramuscular ceftriaxone	Higher success rate in the 3d group	Less efficacy of shortened treatment for acute otitis media caused by penicillin resistant pneumococcal strains	31

d = days; **mo** = months; **y** = years.

Table 2. Distribution of the Four Components of the Primary Composite Outcome.*

Component	Intravenous Treatment (N = 199)	Oral Treatment (N = 201)	Difference	Hazard Ratio (95% CI)
	<i>number (percent)</i>		<i>percentage points (95% CI)</i>	
All-cause mortality	13 (6.5)	7 (3.5)	3.0 (−1.4 to 7.7)	0.53 (0.21 to 1.32)
Unplanned cardiac surgery	6 (3.0)	6 (3.0)	0 (−3.3 to 3.4)	0.99 (0.32 to 3.07)
Embolic event	3 (1.5)	3 (1.5)	0 (−2.4 to 2.4)	0.97 (0.20 to 4.82)
Relapse of the positive blood culture†	5 (2.5)	5 (2.5)	0 (−3.1 to 3.1)	0.97 (0.28 to 3.33)

* Six patients, three in each group, had two outcomes.

† For details about relapse of the positive blood culture, see the Supplementary Appendix.