

21^e

Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques Best of 2025 - 2026

Philippe Lesprit

Centre Régional en Antibiothérapie
Service des Maladies Infectieuses
CHU Grenoble Alpes

Jean-Pierre Bru

Infectiologie
Centre Hospitalier Annecy Genevois

Jacques Gaillat
Olivier Leroy



<https://info-atbvac.com>

21e

Journée des Référents en Antibiothérapie (des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

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

Intervenant : Lesprit Philippe

Titre : Bon usage des antibiotiques Best of 2025-2026

- | | | |
|---|------------------------------|---|
|  Consultant ou membre d'un conseil scientifique | ☐ OUI | ☒ NON |
|  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents | ☐ OUI | ☒ NON |
|  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations | ☐ OUI | ☒ NON |
|  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique | ☐ OUI | ☒ NON |

21e

Journée des Référents en Antibiothérapie (des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

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

Intervenant : BRU Jean Pierre

Titre : Bon usage des antibiotiques Best of 2025-2026

- | | | |
|---|------------------------------|---|
|  Consultant ou membre d'un conseil scientifique | ☐ OUI | ☒ NON |
|  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents | ☐ OUI | ☒ NON |
|  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations | ☐ OUI | ☒ NON |
|  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique | ☐ OUI | ☒ NON |



Adjunctive Fosfomycin for the Treatment of *Staphylococcus aureus* Bacteremia: A Pooled Post Hoc Analysis of Individual Participant Data From 2 Randomized Trials

Objectif

Evaluer l'efficacité et la tolérance de l'ajout de la fosfomycine dans le traitement des bactériémies à *S. aureus*

Méthode

➔ Analyse *post hoc* de 2 études randomisées comparant mono- et bithérapie antibiotique avec fosfomycine (BACSARM : daptomycine ± fosfomycine; SAFO : cloxacilline ± fosfomycine)

➔ Patients adultes hospitalisés, bactériémie à SARM (BACSARM) ou SAMS (SAFO)
BACSARM : fosfomycine 2g/6h en perfusions de 30 min, pendant toute la durée de traitement
SAFO : fosfomycine 3g/6h en perfusions de 4h pendant 7 jours

➔ Critère d'évaluation à 8 semaines : survie + absence de rechute + évolution favorable

Adjunctive Fosfomycin for the Treatment of Staphylococcus aureus Bacteremia: A Pooled Post Hoc Analysis of Individual Participant Data From 2 Randomized Trials

Résultats

369 patients inclus : bactériémies compliquées 25,4%; endocardites 8,9%

Critère	Bithérapie fosfomycine (n=178)	Monothérapie (n=191)	RR (IC 95%)
Succès global, n (%)	129/178 (72,5%)	125/191 (65,5%)	1,10 (0,97; 1,26)*
SAFO	89/104 (85,6%)	91/110 (82,7%)	1,04 (0,92–1,16)
BACSARM	40/74 (54,1%)	34/81 (42%)	1,17 (0,88–1,63)
Bactériémie persistante, n (%)			
J3	6/178 (3,6%)	33/191 (18%)	0,19 (0,07–0,41)
J7	2/178 (1,2%)	9/191 (5,1%)	0,22 (0,03–0,84)
Mortalité J60, n (%)	25/178 (14%)	33/191 (17,3%)	0,81 (0,50–1,27)
Arrêt pour effets indésirables	24/178 (13,5%)**	13/191 (6,8%)	1,97 (1,04– 3,92)

*RR ajusté = 1,04 (1,02-1,06); ** principalement EI digestifs, cardiaques, hépatiques, hypokaliémie

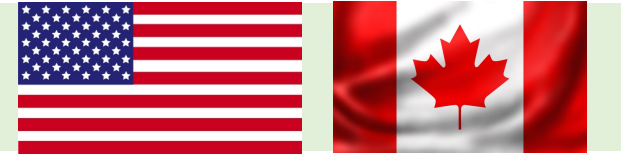
Adjunctive Fosfomycin for the Treatment of Staphylococcus aureus Bacteremia: A Pooled Post Hoc Analysis of Individual Participant Data From 2 Randomized Trials

Conclusions

La bithérapie avec la fosfomycine s'associe à une négativation plus rapide des hémocultures mais n'a pas d'impact clinique significatif sur l'évolution de l'infection
Le risque de toxicité est plus élevé

Interprétation / commentaires

- Endocardites sur prothèses valvulaires non incluses, peu de bactériémies compliquées et d'endocardite
- Source de l'infection : cathéter 1/3 des patients
- Modalités d'administration et durée de la fosfomycine différentes
- Meilleure tolérance du schéma SAFO ?
- Etudes complémentaires nécessaires chez les patients les plus à risque de complications



Dalbavancin for Treatment of *Staphylococcus aureus* Bacteremia The DOTS Randomized Clinical Trial

Objectif

Evaluer l'intérêt de la dalbavancine dans le traitement des bactériémies à *S. aureus*, comparée au traitement standard

Méthode

→ Essai randomisé en ouvert, de supériorité; bactériémie compliquée et contrôlée (antibiothérapie efficace 3-10 jours)

- Groupe dalbavancine : 1500 mg J1 et J8
- Groupe contrôle : monothérapie pénicilline M ou céfazoline ou vancomycine ou daptomycine, 4-8 semaines

→ Critère de jugement :

- classement de résultat souhaitable à J70 («desirability of outcome ranking : DOOR »)
- prenant en compte : succès clinique, complications infectieuses, effets indésirables, mortalité, qualité de vie

Dalbavancin for Treatment of Staphylococcus aureus Bacteremia The DOTS Randomized Clinical Trial

Résultats

- 200 patients, SARM 33%, principales sources : peau/tissus mous (35%), IOA sans matériel (34,5%), thrombophlébite septique (12%)
- Durées antibiothérapie avant randomisation: 8 (D) et 7 (C) jours
- Probabilité DOOR supérieure : 47,7% (IC95% 39,8-55,7) -> supériorité non démontrée de la dalbavancine

Critère	Dalbavancine (n=100)	Contrôle (n=100)
Succès clinique	73(73%)	72 (72%)
Efficacité microbiologique	84/85 (98,8%)	79/82 (96,3%)
Arrêt pour effets indésirables	3* (3%)	12** (12%)
Mortalité	4 (4%)	4 (4%)
Durée d'hospitalisation après inclusion	3 (2-7)	4 (2-8)

*dont une infection de voie veineuse centrale ; ** dont 2 infections de voie veineuse centrale et 3 thromboses de cathéter

Dalbavancin for Treatment of *Staphylococcus aureus* Bacteremia The DOTS Randomized Clinical Trial

Conclusion

Chez des patients ayant une bactériémie à *S. aureus* contrôlée, le traitement de relais par la dalbavancine n'est pas supérieur au traitement antibiotique conventionnel

Interprétation / commentaires

- Non-infériorité démontrée de la dalbavancine sur le succès clinique
- Patients sélectionnés : absence d'endocardite du cœur gauche, d'infection de matériel prothétique laissé en place
- Mortalité faible dans les 2 groupes
- Réduction des complications des abords veineux et de la durée de séjour
- Coût global de la prise en charge ?



Direct Oral Challenge for Penicillin Allergy: The International Network of Antibiotic Allergy Nations (iNAAN) Study

Objectif

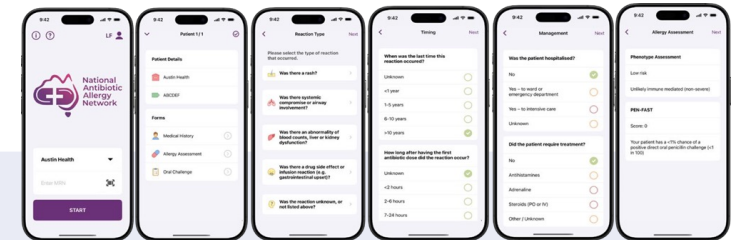
Evaluer une stratégie de délabellisation de l'allergie à la pénicilline chez des patients à (très) faible risque

Méthode

Etude prospective multicentrique, 40 hôpitaux, 8 pays

Patients adultes hospitalisés, identifiés à très faible- ou faible risque, équipes multidisciplinaires sans allergologues. Application smartphone
Délabellisation directe ou après test de provocation orale (TPO)

Critère d'évaluation : % de patients délabellisés



Direct Oral Challenge for Penicillin Allergy: The International Network of Antibiotic Allergy Nations (iNAAN) Study

Résultats

- 5121 patients identifiés : 2415 délabellisés (47,2%)
- Sans TPO : 913 patients (17,8%)
- TPO réalisés chez 1573 patients (30,7%) : 1502 délabellisés (29,3%)
- TPO positifs chez 71 patients (4,5%) : 6 avec EI grave
- Prescriptions d'antibiotiques dans les 90 jours suivants : plus de pénicillines et moins d'antibiothérapies de 2^{ème} ligne chez les patients délabellisés

Antibiotique prescrit	RR	IC95%
Pénicillines	13,25	7,82-22,46
Céphalosporines 3 ^{ème} -4 ^{ème} -5 ^{ème} génération	0,70	0,51-0,96
Antibiotiques de réserve*	0,78	0,63-0,96

*C3G, C4G, C5G, fluoroquinolones, glycopeptides, lincosamides, pipéracilline-tazobactam, carbapénèmes

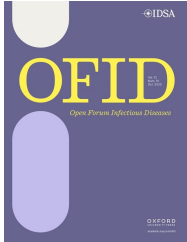
Direct Oral Challenge for Penicillin Allergy: The International Network of Antibiotic Allergy Nations (iNAAN) Study

Conclusions

La stratégie évaluée permet de délabelliser un pourcentage conséquent de patients étiquetés allergiques et de favoriser le recours ultérieur à des antibiothérapies à spectre plus étroit

Interprétation / commentaires

- Cohorte importante de patients
- Valide en situation réelle les recommandations de l'ESCMID
- Intérêt de l'application smartphone
- Programme BUA : audits/feedback



Stavropoulou E. et al
Open Forum Infect Dis 2025
<https://doi.org/10.1093/ofid/ofaf628>



Infective Endocarditis and Antimicrobial Timing: A Case for Delay?

Objectif

Comparer deux délais d'administration de l'antibiothérapie probabiliste chez les patients suspects d'endocardite infectieuse

Méthode

- ➔ Etude rétrospective multicentrique, 3 hôpitaux, patients adultes
- ➔ Antibiothérapie immédiate après hémocultures vs différée sur documentation
- ➔ Non inclusion : sepsis, admission en USI, chirurgie pour insuffisance cardiaque
- ➔ Critères d'évaluation : mortalité à J30, score composite pour endocardites confirmées (mortalité, embolie, IOA)



Infective Endocarditis and Antimicrobial Timing: A Case for Delay?

Résultats

1230 épisodes/1152 patients. Antibiothérapie immédiate 55%. Endocardite confirmée 45%

○ Pas de différence clinique entre les 2 groupes :

	Différée (n=555)	Immédiate (n=675)	P
Mortalité J30	26/555 (5%)	33/675 (5%)	0,894
Critère composite J30*	65/270 (24%)	92/327 (28%)	0,304
Événement embolique	57/270 (21%)	77/327 (24%)	0,492
Infection ostéoarticulaire	5/270 (2%)	6/327 (2%)	1,000

* Parmi les 597 cas d'endocardite confirmée

○ Groupe « antibiothérapie différée » :

↑ antibiothérapie à spectre étroit (86% vs 77%; p=0,03)

↓ durée antibiothérapie à spectre large ($1,9 \pm 4,2$ j vs $3,2 \pm 7,1$ j ; p=0,001)



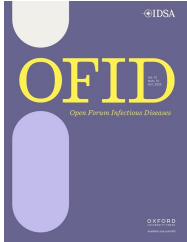
Infective Endocarditis and Antimicrobial Timing: A Case for Delay?

Conclusions

Chez les patients suspects d'endocardite et cliniquement stables, la stratégie d'antibiothérapie différée jusqu'au résultat des hémocultures n'est pas associée à une évolution clinique défavorable

Interprétation / commentaires

- Limites méthodologiques mais cohorte importante
- Positionnement SPILF/AEPEI <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2024.105011>
- Antibiothérapie probabiliste : situations limitées bien définies
- Impact BUA à évaluer (sujets âgés, toxicité)



Gouraud C. et al
Open Forum Infect Dis 2026
<https://doi.org/10.1093/ofid/ofag271>

Safety of fluoroquinolones and cotrimoxazole in urinary tract infections in older males

Objectif

Evaluer la tolérance des deux antibiothérapies de 1^{ère} ligne des IU masculines chez les sujets âgés

Méthode

- ➡ Etude rétrospective multicentrique, 8 hôpitaux, hommes > 75 ans
- ➡ Traités par cotrimoxazole ou fluoroquinolone
- ➡ Critère principal d'évaluation : survenue d'un effet indésirable sous traitement
- ➡ Critère secondaire : % d'arrêt thérapeutique pour effet indésirable



Safety of fluoroquinolones and cotrimoxazole in urinary tract infections in older males

Résultats

- 228 patients, âge médian 85 ans, traités pour prostatite ou pyélonéphrite (97,6%)
- Plus d'1/3 d'entre eux a présenté un effet indésirable (37,7%; délai médian 5 jours)
- 6,1% d'arrêt pour toxicité
- Analyse multivariée : risque de toxicité x 2 avec le cotrimoxazole (OR 2,10; IC95% 1,18-3,74)

	Groupe FQ (n=131)	Groupe cotrimoxazole (n=97)	P
Effets indésirables	39 (29,7%)	47 (48,5%)	0,006
Insuffisance rénale	9 (7,2%)	27 (29,4%)	<0,001
Métaboliques	10 (7,6%)	18 (18,6%)	0,023
Neurologiques	6 (4,6%)	5 (5,2%)	>0,99
Arrêt pour toxicité	3 (2,3%)	11 (11,3%)	0,009



Safety of fluoroquinolones and cotrimoxazole in urinary tract infections in older males

Conclusions

Chez les hommes âgés > 75 ans, le traitement des infections urinaires par les FQ est associé à une moindre survenue d'effets indésirables et d'arrêts thérapeutiques

Interprétation / commentaires

- Résultats déjà observés dans des cohortes de patients plus jeunes
- Limites méthodologiques : imputabilité ? sous notification ? biais de sélection ?
- Pas d'évaluation des EI rares et/ou retardés
- Intérêt d'évaluer d'autres alternatives (fosfomycine, β -lactamines)

21^e

Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques Best of 2025 - 2026

Abcès du foie : durée de traitement
Bactériémies à SASM : céfazoline vs cloxacilline
EI à Staphylocoque MR : Dapto vs vanco
Céfépime 4g / j
Ceftriaxone dose standard : 1 ou 2 g ?
Voriconazole dans les urines

Short versus long-course antibiotic therapy for pyogenic liver abscess: an emulated target trial

Objectif

Comparer l'efficacité de traitements longs vs courts dans le traitement des abcès du foie hospitalisés

Méthode

→ Étude rétrospective monocentrique de cohorte

Incluant tous les malades hospitalisés pour abcès pyogène du foie entre 2010 et 2022.

Étaient exclus les abcès amibiens, parasitaires et fongiques.

→ La méthode d'analyse « target emulation trial » (application des principes d'un essai randomisé à une étude observationnelle)

→ Définitions : traitement (TTT) court <30j, long > 30j.

→ Critère de jugement : nombre de survies sans rechute à J90 (critère composite associant rechute de l'abcès et mortalité à J90).

Short versus long-course antibiotic therapy for pyogenic liver abscess an emulated target trial

Résultats

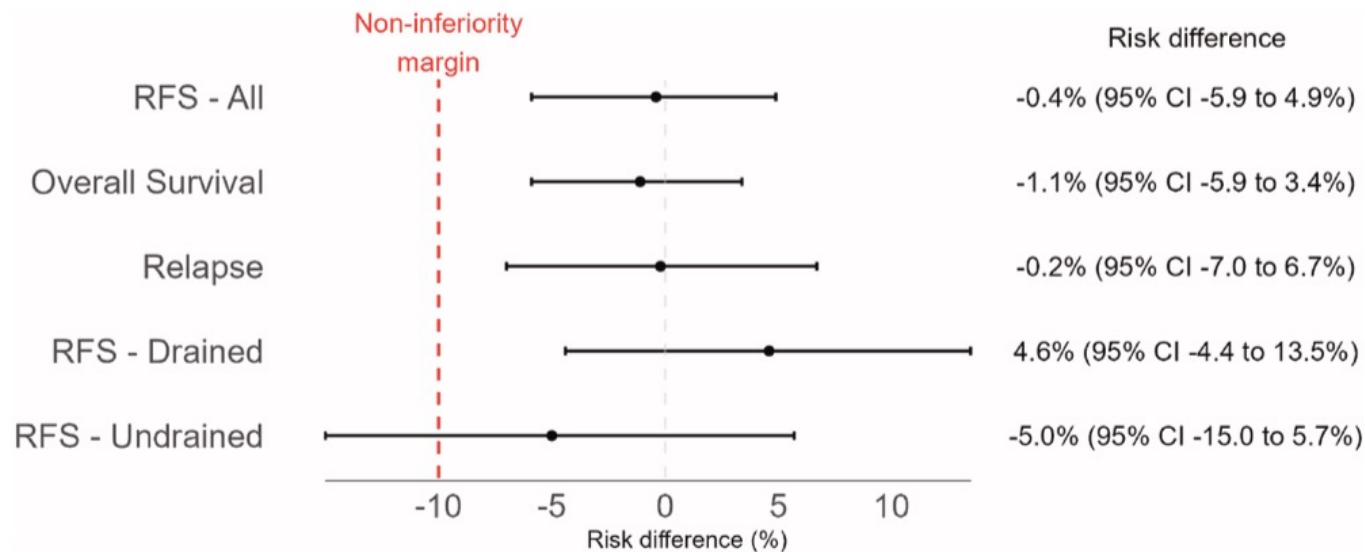
- 429 malades inclus

	TTT court n = 259	TTT long n = 170
Durées moyennes ATB	21j	42j
Drainage	101 (39%)	111 (65%)
Volume abcès	4cm	7cm

Short versus long-course antibiotic therapy for pyogenic liver abscess an emulated target trial

Résultats

- Critère principal de jugement (nombre de survies sans rechute à J90, (RFS Relapse Free Survival)
 - population totale : non infériorité des TTT courts atteinte
 - population drainée : non infériorité des TTT courts atteinte
 - population non drainée non infériorité des TTT courts non atteinte
- Survie et rechutes, non infériorité atteinte des TTT courts



Short versus long-course antibiotic therapy for pyogenic liver abscess an emulated target trial

Conclusions

Une durée d'antibiothérapie < 30 jours atteint les critères de non-infériorité sur le nombre de survie sans rechute à J90, comparé à des traitements plus longs.

Non-infériorité démontrée chez les malades drainés, mais pas chez les malades non drainés.

Interprétation / commentaires

La durée d'antibiothérapie a été de 21J en moyenne dans le bras TTT courts

Méthodologie de simulation d'un essai randomisé à partir de données observées. Son dessin propose un cadre qui semble aider à réduire les biais habituels d'une étude observationnelle (cf BMJ 2022; <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071108>).

21^e

Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques

Best of 2025 - 2026

Bactériémies à SASM : céfazoline vs cloxacilline

Cloxacillin versus cefazolin for meticillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteraemia (CloCeBa): a prospective, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised clinical trial

Objectif

Comparer l'efficacité et la sécurité de la céfazoline avec celles de la cloxacilline dans le traitement des bactériémies à SASM

Méthode

➡ Essai contrôlé randomisé ouvert multicentrique (21 hôpitaux français) en non infériorité.
Bactériémie à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM).

➡ Malades exclus : infection sur matériel étranger intra vasculaire (prothèse vasculaire ou valvulaire, dispositif électronique cardiaque implantable), ou suspicion d'atteinte du SNC.

➡ céfazoline IV (25-50 mg/kg/8h) et cloxacilline IV (25-50 mg/kg/4-6h).

➡ Succès thérapeutique : critère composite associant hémoculture – à J3 sans rechute, succès clinique et survie à J90.

Résultats

292 malades inclus (146 dans chaque bras)

Caractéristiques équilibrées des populations : comorbidités 70%, immunodépression 30%, prise en charge en USI 3%.

Infections/porte d'entrée associées : inconnu 30%, infection cathéter 36,5%, infection peau tissus mous 20%, IOA 23%, EI 3%

Antibiotiques associés au traitement testé : 27% dans le bras céfazoline, 34% dans celui de la cloxacilline.

Cloxacillin versus cefazolin for meticillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteraemia (CloCeBa): a prospective, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised clinical trial

Résultats

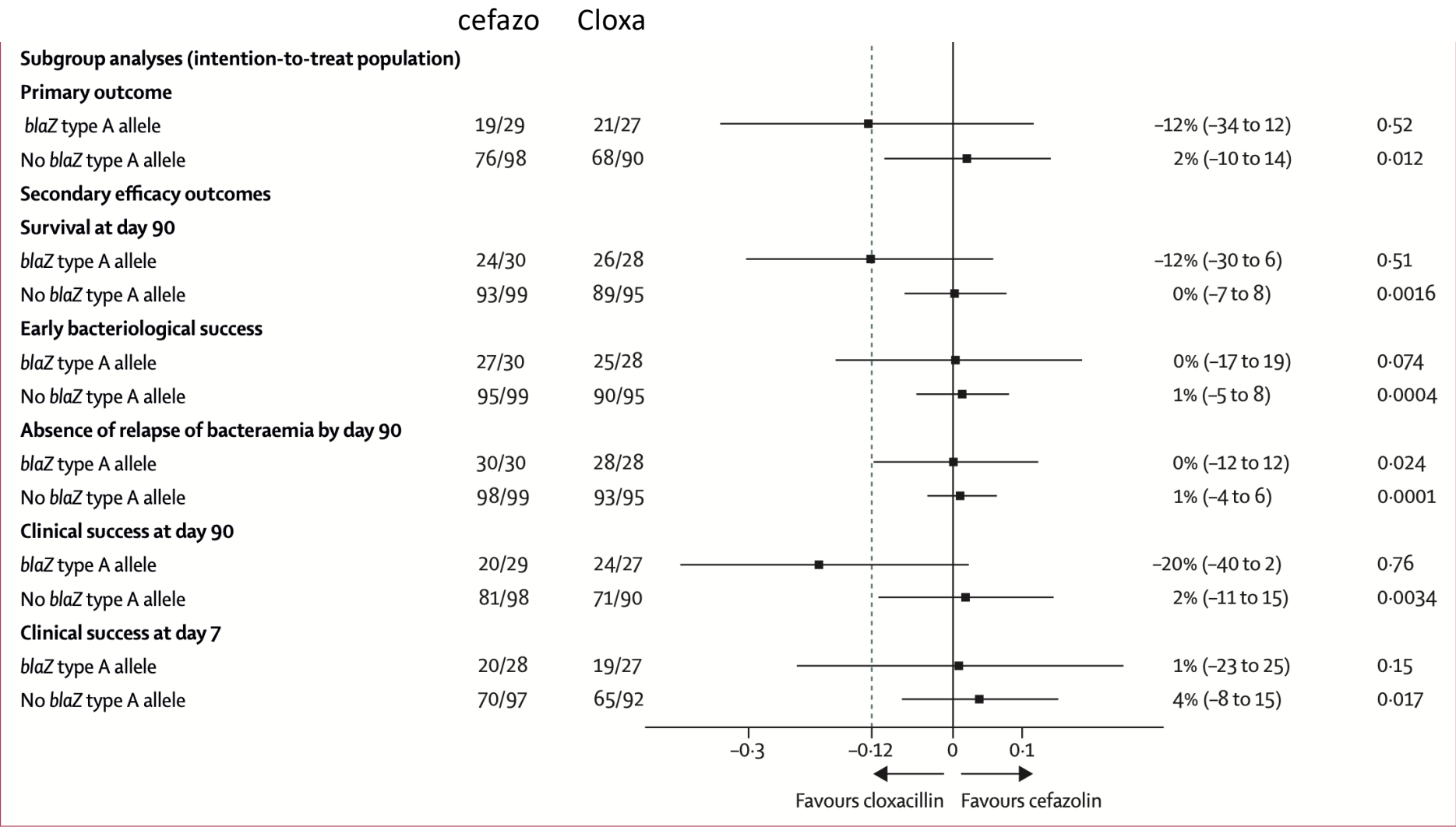
- Succès clinique : pas de différence entre céfazoline et cloxacilline sur le critère principal et les critères secondaires

	Cefazolin (n=146)	Cloxacillin (n=146)	Treatment difference (95% CI)	p value
Survival at day 90	134/146 (92%)	134/146 (92%)	0% (-7 to 7)	0.0005
Microbiological success at day 3 (or day 5 in participants with endocarditis)	136/146 (93%)	135/146 (92%)	1% (-6 to 7)	0.0002
Absence of relapse of bacteraemia at day 90	145/146 (99%)	144/146 (99%)	1% (-3 to 4)	<0.0001
Clinical success at day 90	116/144 (81%)	111/139 (80%)	1% (-9 to 10)	0.0041
Clinical success at day 7	105/142 (74%)	98/140 (70%)	4% (-6 to 14)	0.0013
Data are n/N (%), unless otherwise indicated. p values refer to the test for non-inferiority of cefazolin over cloxacillin.				
Table 3: Primary and secondary endpoints in the intention-to-treat population				

Cloxacillin versus cefazolin for meticillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteraemia (CloCeBa): a prospective, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised clinical trial

Souches blaZ type A

associé à augmentation de CMI à la céfazo effet inoculum



Cloxacillin versus cefazolin for meticillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteraemia (CloCeBa): a prospective, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised clinical trial

Résultats

Tolérance

	Cefazolin (n=146)	Cloxacillin (n=146)	Treatment difference (95% CI)	p value
Any serious adverse event over the study course	51/146 (35%)	64/146 (44%)	-9% (-20 to 2)	0.12
Any serious adverse event by day 7	14/146 (10%)	30/146 (20%)	-11% (-19 to -3)	0.0090
Any serious adverse event by end of study treatment	22/146 (15%)	40/146 (27%)	-12% (-22 to -3)	0.010
Any serious adverse event by end of antimicrobial therapy	32/146 (22%)	48/146 (33%)	-11% (-21 to -1)	0.036
Premature discontinuation of study treatment due to an adverse event	5/146 (3%)	13/146 (9%)	-5% (-12 to 1)	0.052
<i>Clostridioides difficile</i> infection	3/146 (2%)	3/146 (2%)	0 (-4 to 4)	>0.99
Acute kidney injury by day 7	1/134 (1%)	15/128 (12%)	-11% (-18 to -6)	0.0002
Acute kidney injury by end of study treatment	4/111 (4%)	17/99 (17%)	-13% (-23 to -6)	0.0008
Data are n/N (%), unless otherwise indicated. p values refer to the test of superiority. Some participants had more than a single serious adverse event.				
Table 4: Severe adverse events and safety outcomes in the intention-to-treat population				

Conclusions

Les auteurs concluent que la céfazoline constitue une alternative à la cloxacilline dans le traitement des bactériémies à SASM, avec une efficacité non inférieure et potentiellement une meilleure tolérance

Interprétation / commentaires

- 1/3 environ des bactériémies étaient associées à des localisations focales profondes nécessitant une prise en charge antibiotique différente.
- Les résultats de cette étude sont donc applicables sans restriction aux bactériémies “isolée/non compliquées” qui représentaient 2/3 des malades.
- Ils sont probablement également applicables aux situations difficiles à traiter (EI IOA...) mais celles-ci étaient faiblement représentées dans ce travail, de même que les malades graves.

21^e

Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques

Best of 2025 - 2026

El à Staphylocoque MR : Dapto vs vanco



Effectiveness and safety of daptomycin versus vancomycin in methicillin-resistant *Staphylococci* left-side infective endocarditis. Results from a nationwide prospective multicenter cohort.

Objectif

comparer l'efficacité et la tolérance des schémas à base de daptomycine versus vancomycine dans l'EI du cœur gauche à staphylocoques méti-R.

Méthode

- ➔ Cohorte prospective multicentrique (registre GAMES, 44 hôpitaux espagnols) 2008 – 2023.
- ➔ Inclusion : EI gauches certaines à *Staphylococcus* méti-R traitées par daptomycine ou vancomycine comme traitement principal (initié dans les 5 premiers jours et maintenu sur ≥ 50 % de la durée prévue).
- ➔ Doses de daptomycine : définies comme hautes (HD ≥ 8 mg/kg/j), ou standard.

Résultats

617 malades inclus : 125 SARM (20,3 %) et 492 staphylocoques à coagulase négative (79,7 %).

60% infections de prothèses valvulaires.

Groupe daptomycine : 421 (68,2 %) ; 79,8 % recevaient une forte dose, 69,6 % une association à un second antibiotique (principalement rifampicine).

Groupe vancomycine : 196 (31,8 %)

55,1 % des patients avaient un dosage résiduel mesuré dans les 5 premiers jours, et parmi eux 20,4 % se situaient dans la cible (15–20 mg/L).

75 % recevaient une association à un second antibiotique (principalement rifampicine).

Effectiveness and safety of daptomycin versus vancomycin in methicillin-resistant Staphylococci left-side infective endocarditis. Results from a nationwide prospective multicenter cohort.

Résultats

- Efficacité cohorte entière : comparable entre les 2 antibiotiques

Critère	Daptomycine (n=421)	Vancomycine (n=196)	Mesure ajustée
Mortalité hospitalière	37,1 %	36,7 %	aOR 0,79 (0,48–1,28)
Mortalité à 1 an	45,1 %	45,2 %	aHR 0,77 (0,57–1,05)
Mortalité liée à l'EI	37,4 %	37,9 %	p = 0,883

Résultats

- Efficacité selon les doses de daptomycine :
 - Dapto HD+association (n=234) vs autres schémas daptomycine (n=187) :
 - mortalité hospitalière plus faible (aOR 0,55 ; IC 0,31–0,98)
 - mortalité à 1 an plus faible (aHR 0,70 ; IC 0,49–0,99), sans augmentation des effets indésirables (14,5 % vs 14,4 % ; p=1,000).
 - Dapto HD+association vs vancomycine :
 - mortalité à 1 an plus faible (aHR 0,55 ; IC 0,31–0,98),
 - mortalité hospitalière : différence non significative (aOR 0,66 ; IC 0,38–1,09).
- Sous-groupe SARM : daptomycine pas de différence et pas de moindre mortalité (hospitalière OR 0,59 [0,21–1,61] ; 1 an HR 0,92 [0,53–1,62]),

Effectiveness and safety of daptomycin versus vancomycin in methicillin-resistant Staphylococci left-side infective endocarditis. Results from a nationwide prospective multicenter cohort.

Résultats

Tolérance

Critère	Daptomycine (n=421)	Vancomycine (n=196)	Mesure ajustée
Effets indésirables	14,5 %	26,0 %	p = 0,001
IRA médicamenteuse	8,5 %	16,3 %	p = 0,004
Arrêt pour effet indés.	5,7 %	9,2 %	p = 0,059

Conclusions

Les auteurs concluent que dans cette cohorte de vraie vie des EI à SRM :

- Daptomycine efficacité comparable à celle de la vancomycine avec moins d'effets indésirables.
- Les hautes doses de daptomycine ($\geq 8\text{mg/kg/j}$), en association avec un autre antibiotique, était associée à de meilleurs résultats

Interprétation / commentaires

Recommandations SPILF 2026 pour le traitement des EI à staphylocoque métiR :
Daptomycine 10-12mg/kg/j (en association avec gentamicine puis rifampicine si prothèse valvulaire)

Hautes doses de daptomycine, en association avec un autre antibiotique. Il n'est pas possible de distinguer si le bénéfice est dû aux doses élevées ou à l'association à la rifampicine (principalement).

21^e

Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques

Best of 2025 - 2026

Céfépime 4g / j



Société Française
de Microbiologie



EUCAST
EUROPEAN COMMITTEE
ON ANTIMICROBIAL
SUSCEPTIBILITY TESTING
European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

Comité de l'antibiogramme
de la
Société Française de
Microbiologie

Recommandations 2025
V.1.1 Juillet

ANNEXE 9

**Posologie standard et forte posologie :
propositions du groupe de travail SPILF, SFPT & CA-SFM**

Céphalosporines	Posologie standard	Forte posologie	Situations particulières & commentaires
Céfépime (hors infection à <i>Pseudomonas</i> spp. ou à <i>Acinetobacter</i> spp.)	Administration discontinue en perfusions courtes : 1 g toutes les 8 h en perfusions de 30 min	Administration discontinue en perfusions courtes : 2 g toutes les 8 h en perfusions de 30 min	Dans les situations pour lesquelles la souche est catégorisée « SFP », la marge thérapeutique est faible et nécessite un suivi thérapeutique pharmacologique. <i>Staphylococcus</i> spp. : forte posologie uniquement, et à réserver aux contextes d'infections multi-microbiennes.
		Administration discontinue en perfusions prolongées : 2 g toutes les 8 h en perfusions de 4 h	
		Administration continue : 4 g/jour après dose de charge de 2 g en perfusion de 30 min	
Céfépime (infection à <i>Pseudomonas</i> spp. ou à <i>Acinetobacter</i> spp.)	Non applicable	Administration discontinue en perfusions courtes : 2 g toutes les 6 h en perfusions de 30 min	<i>Pseudomonas</i> spp. et <i>Acinetobacter</i> spp. : forte posologie uniquement. La marge thérapeutique est faible et nécessite un suivi thérapeutique pharmacologique.
		Administration discontinue en perfusions prolongées : 2 g toutes les 8 h en perfusions de 4 h	
		Administration continue : 6 g/jour après dose de charge de 2 g en perfusion de 30 min	



Real-world validation of a reduced-dose continuous infusion cefepime regimen: pharmacodynamic target attainment, efficacy and neurotoxicity

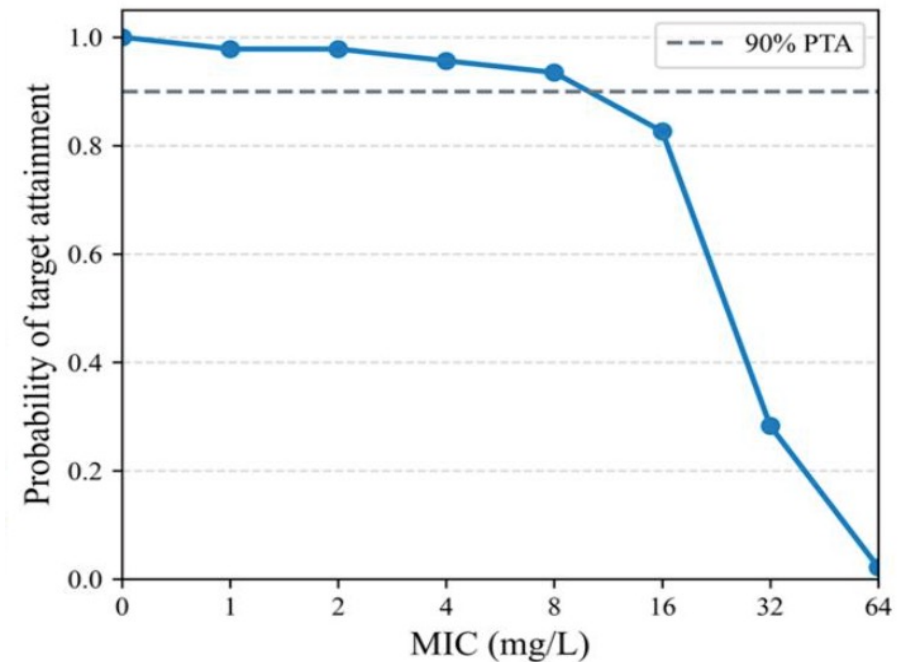
Etude PKPD rétrospective

46 malades

céfépime 4g/j admin continue (2g/12h) après dose de charge de 2g

Infections à enterobacterales (*Enterobacter*, *Citrobacter Morganella*) ou BGN non fermentants.

Cible PD	Enterobacterales R = CMI > 4mg/L	P. aeruginosa R = CMI > 8mg/L
100%ft > CMI	97% (IC95% 85.5-99.5%)	93.5% (IC95% 82.1-98.5%)
100%ft > 4xCMI	82.5% (IC95% 69.3-90.9%)	28.3% (IC95% 15.6-40.3%)



21^e

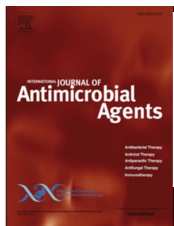
Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques

Best of 2025 - 2026

Ceftriaxone dose standard : 1 ou 2 g ?



Setiawan E et al
International Journal of Antimicrobial Agents 67 (2026) 107817
[10.1016/j.ijantimicag.2026.107817](https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2026.107817)



Population Pharmacokinetics of Total and Free Ceftriaxone in Critically Ill and Non-Critically Ill Hospitalised Adult Patients

Objectif

Comparer l'efficacité et la sécurité de la céfazoline avec celles de la cloxacilline dans le traitement des bactériémies à SASM

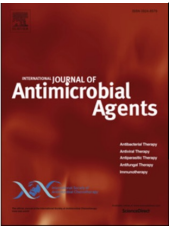
Méthode

➡ Malades traités par ceftriaxone pour pneumonie ou infection urinaire et hospitalisés (en USI ou non)

➡ Prélèvements (J1 & J3) pour dosages 5, 20, 120, 240 mn après injection, et immédiatement avant injection suivante.

➡ Dosages (HPLC) des concentrations totales et fraction libre.

➡ Cible PD : 100% t Fc L > CMI des enterobacterales (CC 1mg/L).

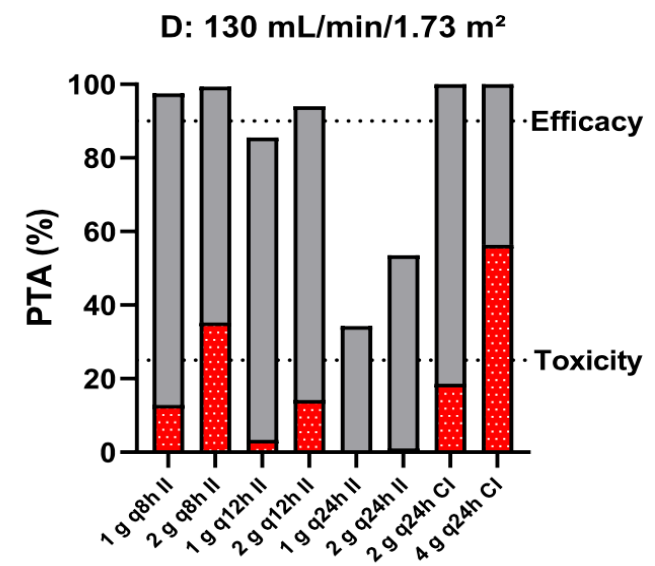
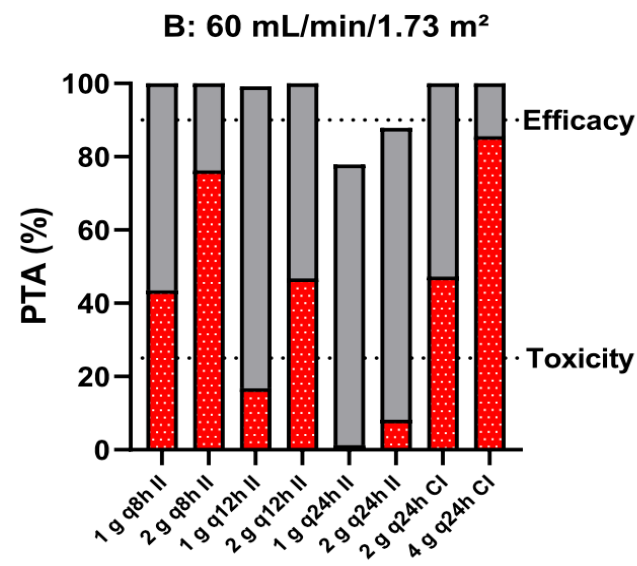
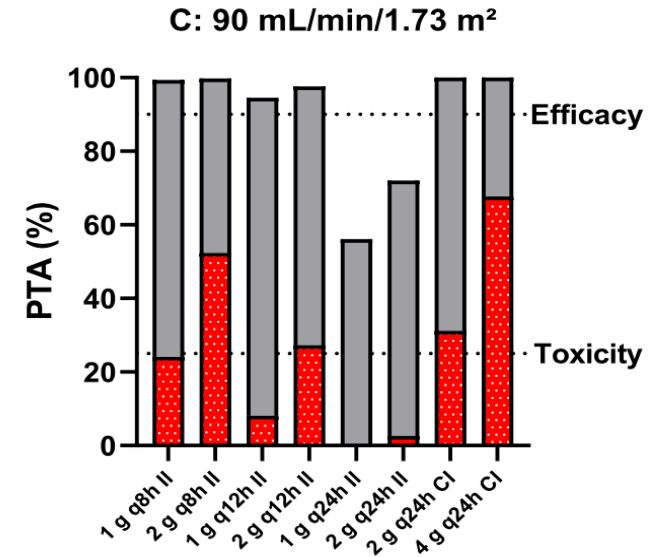
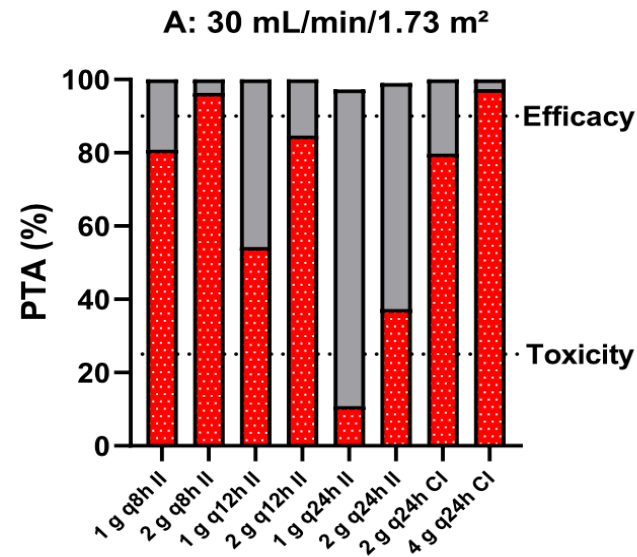


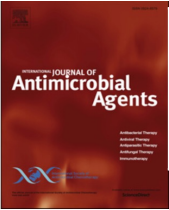
Résultats

53 malades inclus
(22 en USI)

479 dosages
effectués.

PTA:
100% t Fc L > CMI
enterobacterales
(CC 1mg/L).





Setiawan E et al

International Journal of Antimicrobial Agents 67 (2026) 107817

[10.1016/j.ijantimicag.2026.107817](https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2026.107817)

Conclusions

Les auteurs concluent qu'une stratégie simple 1g/24h si $\text{ClCr} < 60\text{mL/mn}$ et 1g/12h si $\text{ClCr} > 60\text{mL/mn}$ assure la meilleure balance efficacité - tolérance

Interprétation / commentaires

Posologies standards recommandées pour la ceftriaxone (2025) :

- groupe de travail SPILF/SFPT/SFM "1 à 2 g toutes les 24h en perf de 30mn ou en IV direct".
- EUCAST/ESCMID 2g/24h

infections à enterobacterales classées "S" dans une situation clinique où l'on souhaite atteindre la cible PKPD de 100% $\text{ft}>\text{CMI}$ (1mg/L) :

- 1g perf 30mn ou IVD/24 n'est pertinent que pour des $\text{ClCr} < 60\text{mL/mn}$
- 2g perf 30mn ou IVD x1/24h apporte peu en termes de PD. Le pic est augmenté, mais la durée de la (C) $> \text{CMI}$ ne l'est pas beaucoup
- 1g perf 30mn ou IVD/12h permet d'atteindre la cible PD pour une fonction rénale normale.
- Au-delà d'une ClCr de 130mL/mn il devient nécessaire de maintenir un intervalle entre les administrations $\leq 12\text{h}$ (voire faire de l'administration continue) et d'augmenter les doses.

21^e

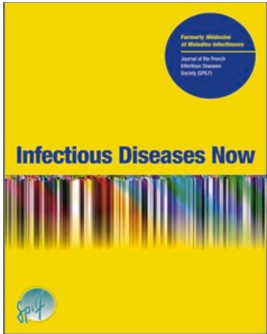
Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques

Best of 2025 - 2026

Voriconazole dans les urines



Korvin K et al

Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 81, 5, May 2026

<https://doi.org/10.1093/jac/dkag138>

Voriconazole as an alternative oral treatment in fluconazole-resistant urinary candidiasis

Étude prospective monocentrique adultes traités par voriconazole quelle qu'en soit la raison.

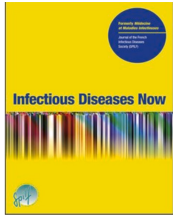
Les concentrations (C) mesurées dans le plasma (résiduelles) et dans les urines (collectées sur 12h entre 2 administrations).

Chromatographie liquide référencée

35 malades inclus

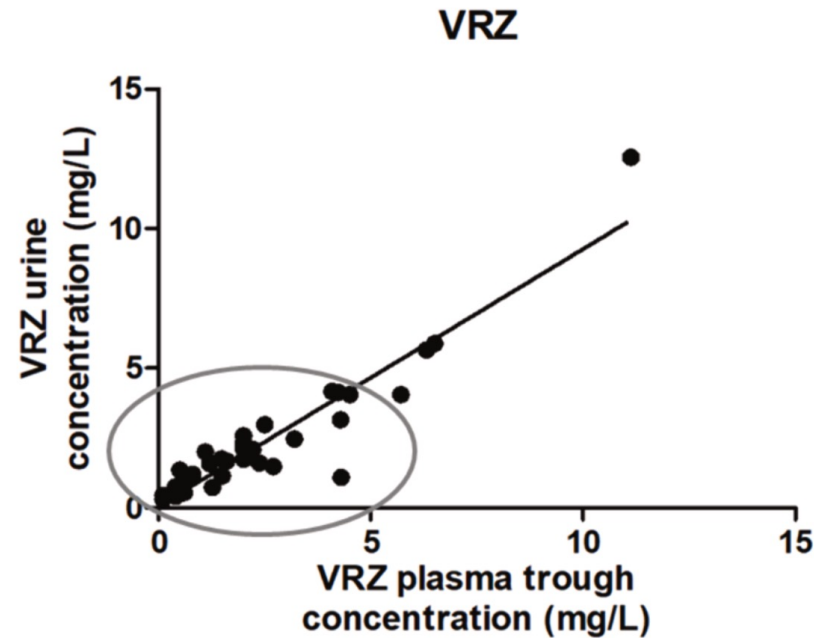
Doses moyennes de VRZ administré : 3.6 mg/kg/12h

Concentrations urinaires moyennes 1.7mg/L (0.3-12.6mg/L)



Voriconazole as an alternative oral treatment in fluconazole-resistant urinary candidiasis

Corrélation linéaire
entre (C) plasmatiques
résiduelles
et (C) urinaires



Les auteurs concluent que la diffusion urinaire permet d'obtenir des concentrations urinaires supérieures aux CMI des candidas des malades traités (CC EUCAST 0.06-025 mg/L)

Le monitoring des concentrations plasmatiques permettrait d'optimiser les concentrations urinaires.

21^e

Journée des Référents en Antibiothérapie
(des établissements de santé)

18 juin 2026 – PARIS

Bon usage des antibiotiques Best of 2025 - 2026

Merci de votre attention

Jean-Pierre Bru
Jacques Gaillat
Olivier Leroy
Philippe Lesprit



<https://info-atbvac.com>