21e Journée des Référents en Antibiothérapie (des établissements de sant

21ème JOURNÉE DES RÉFÉRENTS EN ANTIBIOTHÉRAPIE (JRA)
18 juin 2026 – PARIS

Quand il n'y en a plus, il y en a encore …

M.ROUYER

GHSIF SANTEPOLE MELUN

INFECTIODPC
Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC)
spécialisé en infectiologie
21 rue Beaurepaire, 75010 Paris
Référencement ANDPC N°1468

Groupe hospitalier Sud Île-de-France

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française SPILF

Une femme de 66 ans est retrouvée au sol à domicile

- **ATCD :** Diabète (metformine), HTA (lecarnidipine)
- Né au Benin, pas de voyage depuis 20 ans
- **HDM :** Stase au sol de 11h, pas de TC, amnésie des faits. confusion
- **Ex Clinique :** T 39,3°C; G15; Hémiplégie Gauche; pas de morsure de langue, genou gauche douloureux.

- NFS : PNN 11,49 G/L
- CRP 463, CPK 1419, creat 84

- **SCANNER C-TAP IV** :

Discrète hyperdensité spontanée sous sylvienne droite compatible avec une lésion hémorragique.

PL :



Déficit focal fébrile + LCS trouble



Attitude thérapeutique immédiate ?

- ❑C3G + Amox + Aciclovir
- ❑C3G + Amox + Aciclovir + DXM
- ❑C3G + Amox + DXM
- ❑C3G + Amox
- ❑C3G + DXM

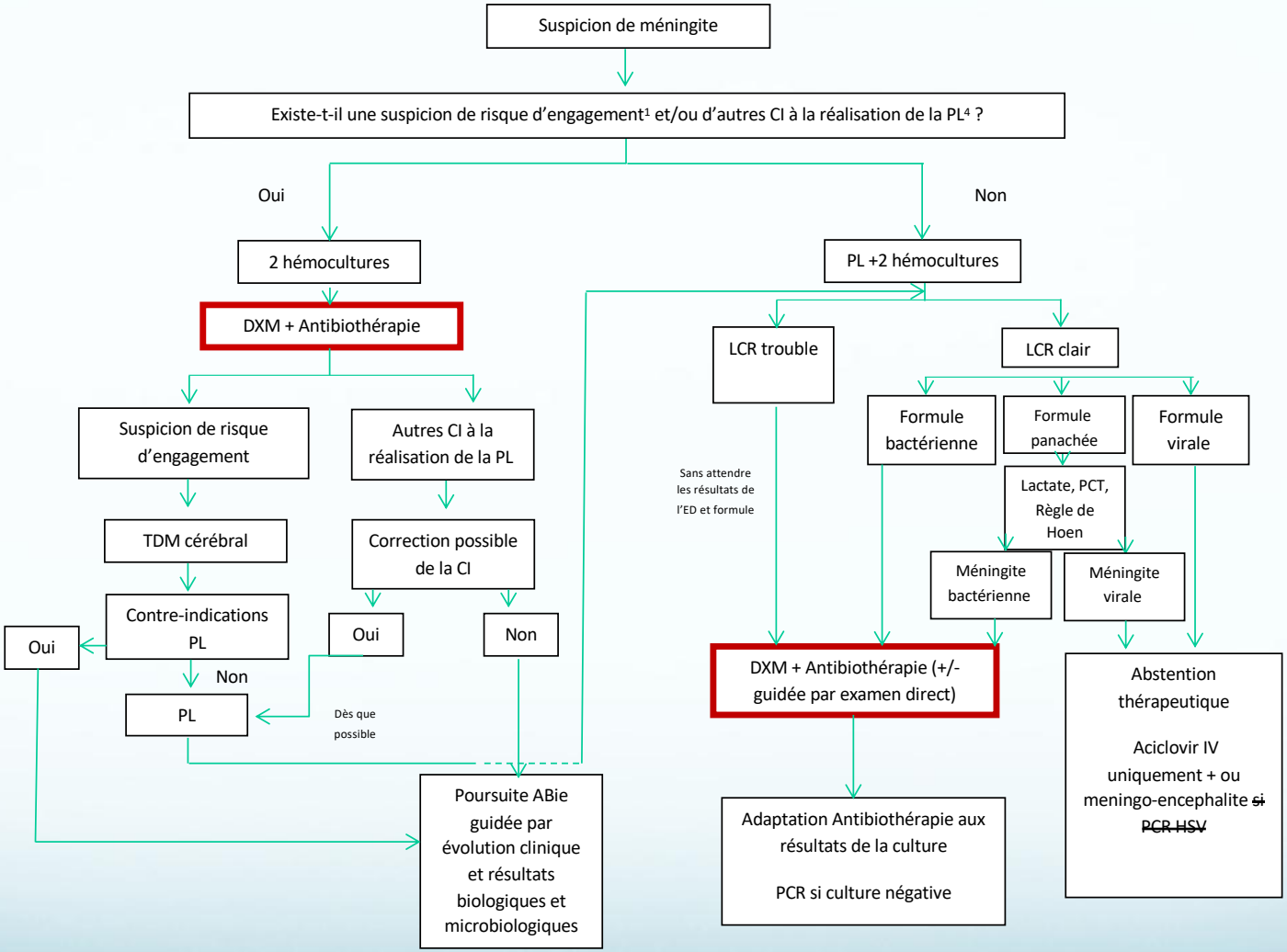
Déficit focal fébrile + LCS trouble



Attitude thérapeutique immédiate ?

- ❑C3G + Amox + Aciclovir
- ❑C3G + Amox + Aciclovir + DXM
- ❑C3G + Amox + DXM
- ❑C3G + Amox
- ❑C3G + DXM

La patiente reçois C3G + Amox + Aciclovir par l'urgentiste
Puis transfert immédiat en Réa



1/ Présence de signes cliniques focaux (déficit neurologique focal (sauf les atteintes de nerfs crâniens en dehors du III), crises épileptiques focales récentes, symptômes neurologiques centraux présents depuis plus de 4 jours ; 2/**présence de symptômes et signes d'engagement cérébral : troubles de la vigilance et un ou plus des éléments suivants** (anomalies pupillaires (mydriase fixée uni ou bilatérale), dysautonomie (hypertension artérielle et bradycardie, anomalies du rythme ventilatoire), crises toniques postérieures, aréactivité aux stimulations, réactions de décortication ou de décérébration ; 3/ **crises épileptiques non contrôlées.**

4/ Autres CI à la PL : anomalie connue de l'hémostase, traitement anticoagulant à dose efficace, Suspicion de trouble majeur de l'hémostase (saignement majeur), instabilité hémodynamique

Méningites : Indication de la corticothérapie

- La dexaméthasone doit être injectée de façon concomitante à la 1ère injection d'antibiotique si :
  - examen direct positif évoquant un :
    - pneumocoque quel que soit l'âge
    - méningocoque chez l'adulte
    - *Haemophilus influenzae* chez l'enfant et le nourrisson
  - examen direct négatif mais aspect trouble du LCS ou autres données permettant de retenir le diagnostic de méningite bactérienne chez l'adulte et chez le nourrisson de 3 à 12 mois
  - Contre-indication à la PL
- La dose initiale chez l'adulte est de 10 mg (chez l'enfant de 0,15 mg/kg) et cette dose est répétée toutes les 6 h pendant 4 j
- En cas d'oubli, la dexaméthasone peut être administrée jusqu'à 12 h après la première dose d'antibiotique
- La dexaméthasone n'est pas recommandée chez l'immunodéprimé et en cas de listériose

Encéphalites : Conduite initiale (premières 48 h)

- **Traitements anti-infectieux (1)**

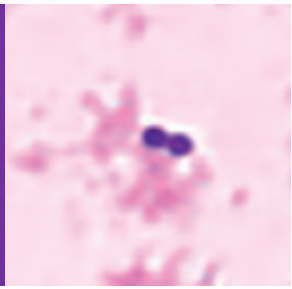
✓ A débuter en urgence

✓ Absence d'orientation étiologique (clinique ou biologique),
  - Acyclovir : 10 mg/kg IV toutes les 8 heures **et**
  - Amoxicilline : 200 mg/kg/jour en au moins 4 perfusions, ou en administration continue
  - Réévaluation systématique à 48h.

✓ Si LCS trouble : appliquer les recommandations sur la prise en charge des méningites bactériennes communautaires

✓ Si examen microscopique du LCS positif : débuter un traitement étiologique.

Confusion+ déficit focale+ Lésion hémorragique sous sylvienne
Méningite aigue avec PL: Cocci GRAM +

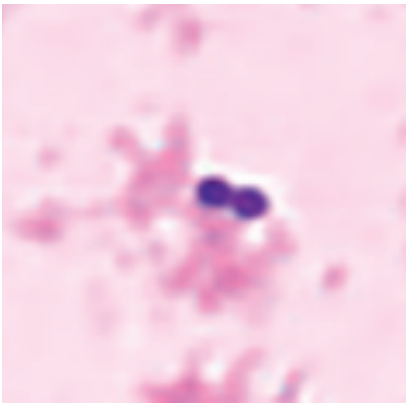


Attitude thérapeutique ?

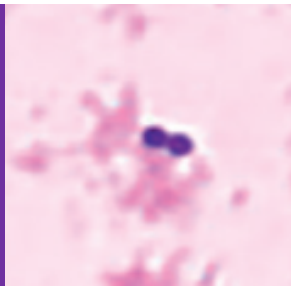
- ❑C3G + DXM
- ❑AMOX + DXM
- ❑C3G + AMOX + DXM
- ❑AMOX + GENTA
- ❑VANCO + RIFAM + DXM

PL:

- Leuco : 500/mm3 dont 91% PNN, hematies 3000/mm3
- Prot 4,67g/l, gly 5,2 mmol/l, lact 7,3 mmol/l
- Score de HOEN >0,9



confusion+ déficit focale+ Lésion hémorragique sous sylvienne
Meningite aigue avec PL: Cocci GRAM +

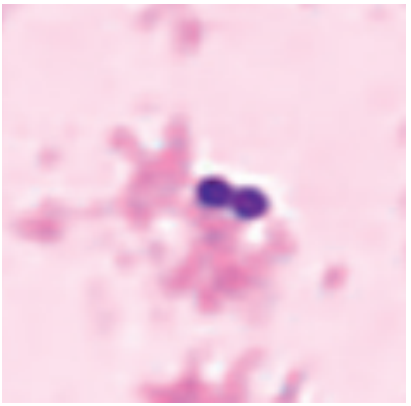


Attitude thérapeutique ?

- ❑C3G + DXM
- ❑AMOX + DXM
- ❑C3G + AMOX + DXM
- ❑AMOX + GENTA
- ❑VANCO + RIFAM + DXM

PL:

- Leuco : 500/mm3 dont 91% PNN, hematies 3000/mm3
- Prot 4,67g/l, gly 5,2 mmol/l, lact 7,3 mmol/l
- Score de HOEN >0,9



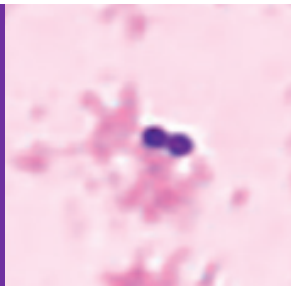
CEFOTAXIME 18g en continue (300mg/kg/j) + DXM

Méningites : Antibiothérapie en fonction du direct

Examen Direct LCS positif	Antibiotique	Dose/jour*	Modalités administration IV
CG + (pneumocoque)	Céfotaxime ou Ceftriaxone	300 mg/kg 100 mg/kg	4 perfusions ou continue** 1 ou 2 perfusions
CG - (méningocoque) BG - (*H. influenzae*)	Céfotaxime ou Ceftriaxone	200 mg/kg 75 mg/kg	4 perfusions ou continue** 1 ou 2 perfusions
BG + (*Listeria*)	Amoxicilline + Gentamicine	200 mg/kg 5*** mg/kg	4 perfusions ou continue 1 perfusion
BG - (*E. coli*)	Céfotaxime ou Ceftriaxone	200mg/kg 75 mg/kg	4 perfusions ou continue** 1 ou 2 perfusions

* dose maximale enfant : céfotaxime = 12 g/j ; ceftriaxone = 4 g/j
** si perfusion continue, dose de charge de 50 mg/kg sur 1h
*** 5-8 mg/kg chez l'enfant

Méningite à pneumocoque + hématome intracérébrale
Peni R Amox S



Attitude thérapeutique ? **Hémocultures : CG+ diplo en 12 h**

- ❑CEFOTAXIME 300mg/kg
- ❑CEFOTAXIME 200 mg/kg/j
- ❑AMOXICILLINE 200mg/kg
- ❑VANCOMYCINE + RIFAMPICINE

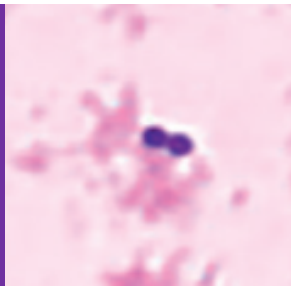
Antibiogramme

1. **Streptococcus pneumoniae (Assez nombreux)**

La Rifampicine ne peut être administrée qu'en association ave

	1
PENICILLINES	
Pénicilline (cmi mg/l)	**R**
Pénicilline (méningite)	**R**
Amoxicilline (cmi mg/l)	S
Amoxicilline oral	S
Amoxicilline IV	S
Amoxicilline IV (méningite)	S
MACROLIDES	
Erythromycine	S
LINCOSAMIDES	
Clindamycine	S
STREPTOGRAMINES	
Pristinamycine	S
GLYCOPEPTIDES	
Vancomycine	S
Teicoplanine	S
RIFAMPICINE	
Rifampicine	S
TETRACYCLINES	
Tétracycline	S
Doxycycline	S
Minocycline	S
SULFAMIDES-TRIMETHOPRIME	
Triméthoprime + sulfaméthoxazole	S

Méningite à pneumocoque + hématome intracérébrale
Peni R Amox S



Attitude thérapeutique ? **Hémocultures : CG+ diplo en 12 h**

- ❑CEFOTAXIME 300mg/kg
- ❑CEFOTAXIME 200 mg/kg/j
- ❑AMOXICILLINE 200mg/kg
- ❑VANCOMYCINE + RIFAMPICINE

Céfotaxime 18g (300mg/kg/j)

Antibiogramme

1. **Streptococcus pneumoniae (Assez nombreux)**

La Rifampicine ne peut être administrée qu'en association ave

	1
PENICILLINES	
Pénicilline (cmi mg/l)	**R**
Pénicilline (méningite)	**R**
Amoxicilline (cmi mg/l)	S
Amoxicilline oral	S
Amoxicilline IV	S
Amoxicilline IV (méningite)	S
MACROLIDES	
Erythromycine	S
LINCOSAMIDES	
Clindamycine	S
STREPTOGRAMINES	
Pristinamycine	S
GLYCOPEPTIDES	
Vancomycine	S
Teicoplanine	S
RIFAMPICINE	
Rifampicine	S
TETRACYCLINES	
Tétracycline	S
Doxycycline	S
Minocycline	S
SULFAMIDES-TRIMETHOPRIME	
Triméthoprime + sulfaméthoxazole	S

Méningites : Antibiothérapie pour le Pneumocoque

Bactérie/sensibilité	Traitement antibiotique
Streptococcus pneumoniae	
CMI C3G ≤ 0,5 mg/L	
Si CMI amoxicilline ≤ 0,5 mg/l	Amoxicilline 200 mg/kg/j OU Maintien C3G en diminuant la dose à : - céfotaxime 200 mg/kg/j - ceftriaxone 75 mg/kg/j
Si CMI amoxicilline > 0,5 mg/l	Céfotaxime 200 mg/kg/j OU Ceftriaxone 75 mg/kg/j
CMI C3G > 0,5 mg/L	
	Céfotaxime 300 mg/kg/j OU Ceftriaxone 100 mg/kg/j

Evolution J4

- Polyarthrite fébrile genoux gauche, épaule gauche, cheville gauche.
- DFG 135 ml/min
- ETT : Valve aortique tricuspide : présence d'une image hypo-isoéchogène mobile, attachée au feuillet non coronaire ou au feuillet coronaire gauche (13 × 10 mm), très évocatrice d'une végétation, responsable d'une fuite minime sans sténose significative.
- IRM cérébrale IV : lésions ischémiques sylvienne et de la corne occipitale droite

Endocardite sur valve native aortique avec méningite et des emboles cérébraux a Pneumocoque, CMI AMOX et C3G a 0,5

Attitude thérapeutique ?

- ❑AMOXICILLINE
- ❑C3G
- ❑C3G + VANCOMYCINE
- ❑C3G + DAPTOMYCINE
- ❑C3g + FOSFOMYCINE
- ❑C3G + RIFAMPICINE

PENICILLINES		
Pénicilline (cmi mg/l)	**R**	2
Amoxicilline oral	S	
CEPHALOSPORINES		
Céfotaxime (cmi mg/l)	S	0.500

Antibiogramme

1. **Streptococcus pneumoniae (Assez nombreux)**

La Rifampicine ne peut être administrée qu'en association ave

	1
PENICILLINES	
Pénicilline (cmi mg/l)	**R**
Pénicilline (méningite)	**R**
Amoxicilline (cmi mg/l)	S
Amoxicilline oral	S
Amoxicilline IV	S
Amoxicilline IV (méningite)	S
MACROLIDES	
Erythromycine	S
LINCOSAMIDES	
Clindamycine	S
STREPTOGRAMINES	
Pristinamycine	S
GLYCOPEPTIDES	
Vancomycine	S
Teicoplanine	S
RIFAMPICINE	
Rifampicine	S
TETRACYCLINES	
Tétracycline	S
Doxycycline	S
Minocycline	S
SULFAMIDES-TRIMETHOPRIME	
Triméthoprime + sulfaméthoxazole	S

Endocardite sur valve native aortique avec méningite et des emboles cérébraux a Pneumocoque, CMI AMOX et C3G a 0,5

Attitude thérapeutique ?

- ❑AMOXICILLINE
- ❑C3G
- ❑C3G + VANCOMYCINE
- ❑C3G + DAPTOMYCINE
- ❑C3g + FOSFOMYCINE
- ❑C3G + RIFAMPICINE

Céfotaxime 18g (300mg/kg/j) + Fosfomycine 12g/j

PENICILLINES		
Pénicilline (cmi mg/l)	**R**	2
Amoxicilline oral	S	
CEPHALOSPORINES		
Céfotaxime (cmi mg/l)	S	0.500

Antibiogramme

1. **Streptococcus pneumoniae (Assez nombreux)**

La Rifampicine ne peut être administrée qu'en association ave

	1
PENICILLINES	
Pénicilline (cmi mg/l)	**R**
Pénicilline (méningite)	**R**
Amoxicilline (cmi mg/l)	S
Amoxicilline oral	S
Amoxicilline IV	S
Amoxicilline IV (méningite)	S
MACROLIDES	
Erythromycine	S
LINCOSAMIDES	
Clindamycine	S
STREPTOGRAMINES	
Pristinamycine	S
GLYCOPEPTIDES	
Vancomycine	S
Teicoplanine	S
RIFAMPICINE	
Rifampicine	S
TETRACYCLINES	
Tétracycline	S
Doxycycline	S
Minocycline	S
SULFAMIDES-TRIMETHOPRIME	
Triméthoprime + sulfaméthoxazole	S

Synergies : Beta lactamines et Fosfomycine

- Synergie In Vitro sur le SARM [1]
- Efficace in VIVO sur les méningites a SARM [2]
- Synergie préservé sur les végétations de pneumocoque In Vitro [3]

[1] J Infect Chemother; 2003 Dec;9(4):304-9. doi: 10.1007/s10156-003-0266-2.Enhancement of antimicrobial effects of various antibiotics against methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) by combination with fosfomycin

[2] Infection; 1985:13 Suppl 1:S123-8. doi: 10.1007/BF01644232.Cefotaxime in combination with other antibiotics for the treatment of severe methicillin-resistant staphylococcal infections

[3] Antimicrob Agents Chemother ; 1996 Sep;40(9):2062-66. doi: 10.1128/AAC.40.9.2062.In vivo activity and pharmacodynamics of amoxicillin in combination with fosfomycin in fibrin clots infected with highly penicillin-resistant Streptococcus pneumoniae

HYPERCLAIRANCE

Table 4. Probability of target attainment (PTA) for efficacy (100% $fT_{>MIC}$) and toxicity (trough >100 mg/L) for various ceftriaxone dosing regimens across four renal function categories on day 3 of treatment.

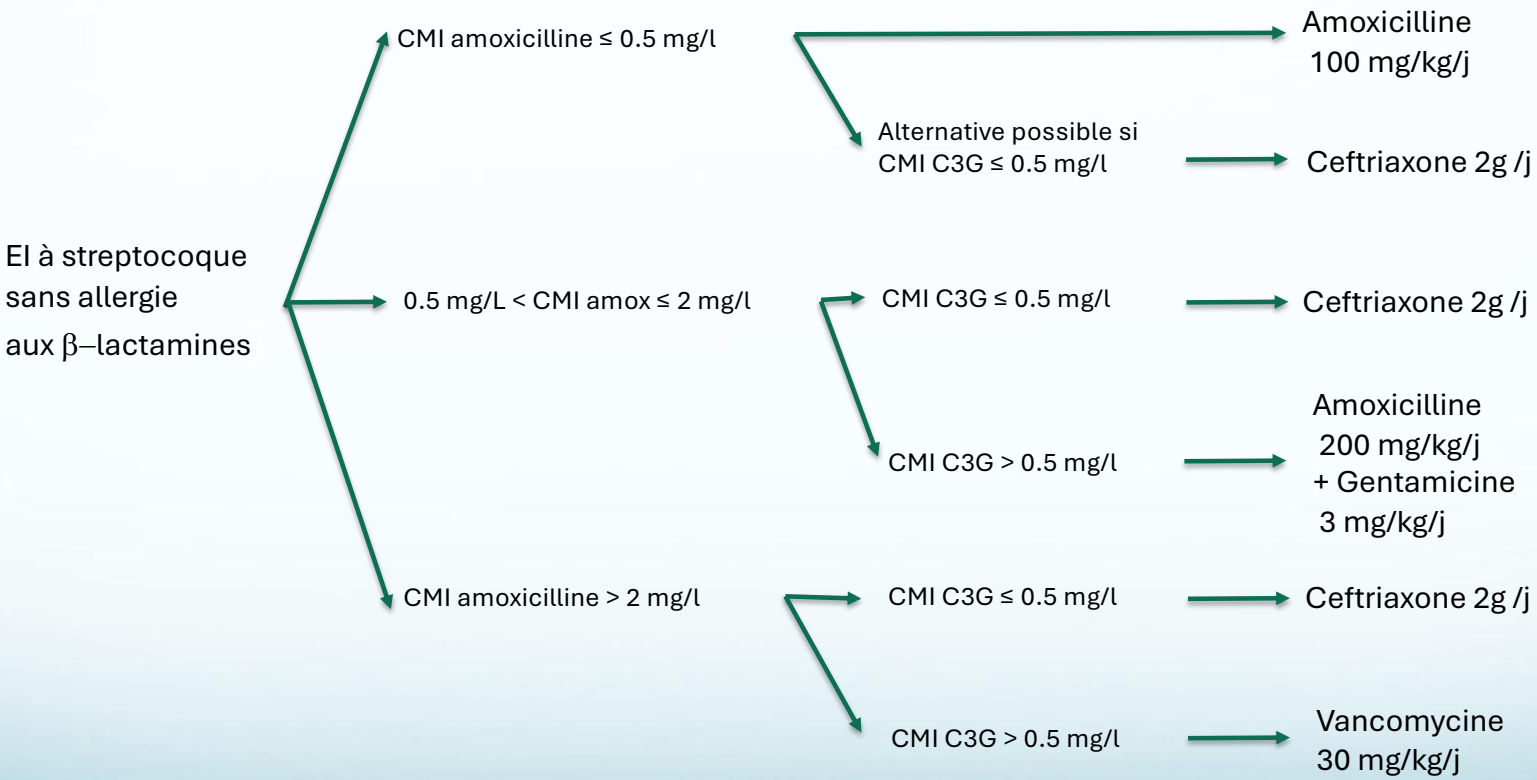
Dosing regimen	eGFR (mL/min/ 1.73m²)	MIC (mg/L)									Tox.
		0.125	0.25	0.5	1	2	4	8	16	32	
1 g q8h II	30	100	100	100	100	100	100	98.9	91.7	50.4	80.9
	60	100	100	100	100	99.8	97.2	86.4	51.4	8	43.5
	90	100	99.9	99.8	99.4	97	86.9	61.9	24.1	1.4	24.1
	130	99.8	99.7	99.4	97.5	91.3	74	40.3	9.6	0.1	12.9
2 g q8h II	30	100	100	100	100	100	100	100	98.9	91.7	96.4
	60	100	100	100	100	100	99.8	97.2	86.4	51.4	76.3
	90	100	100	99.9	99.8	99.4	97	86.9	61.9	24.1	52.4
	130	100	99.8	99.7	99.4	97.5	91.3	74	40.3	9.6	35.3
1 g q12h II	30	100	100	100	100	99.9	98.8	93.4	64.8	11.6	54.3
	60	100	100	100	99.2	95	84.7	56.8	16.1	0.5	16.8
	90	99.7	99.4	97.6	94.5	83.6	61.4	29.6	4	0	8.1
	130	98.7	97.3	94	85.5	67.6	40	12.3	0.6	0	3.4
2 g q12h II	30	100	100	100	100	100	99.9	98.8	93.4	64.8	84.7
	60	100	100	100	100	99.2	95	84.7	56.8	16.1	46.8
	90	99.8	99.7	99.4	97.6	94.5	83.6	61.4	29.6	4	27.3
	130	99.4	98.7	97.3	94	85.5	67.6	40	12.3	0.6	14.2
1 g q24h II	30	100	99.5	99	97.3	92.8	78.1	43.3	7.5	0	10.9
	60	97	94.7	87.9	77.9	57.4	30.4	6.2	0.2	0	1.3
	90	89.6	82.5	72	56.1	34.5	11.5	1.2	0	0	0.1
	130	78.3	68.1	53.5	34.3	15.5	2.9	0.1	0	0	0
2 g q24h II	30	100	100	99.5	99	97.3	92.8	78.1	43.3	7.5	37.4
	60	98.4	97	94.7	87.9	77.9	57.4	30.4	6.2	0.2	8.2
	90	94.6	89.6	82.5	72	56.1	34.5	11.5	1.2	0	2.6
	130	86	78.3	68.1	53.5	34.3	15.5	2.9	0.1	0	1
1 g II followed by 2g q24h CI	30	100	100	100	100	100	100	100	94.2	36.1	79.8
	60	100	100	100	100	100	100	98.2	60.8	4.6	47.3
	90	100	100	100	100	100	100	89.1	28.3	0.8	31.2
	130	100	100	100	100	100	99.4	71.5	12.1	0	18.6

Int Journal of Anrimicrobial Agents 2026 august doi: 10.1016/j.ijantimicag.2026,107817.Population Pharmacokinetics of total and free ceftriaxone in critically ill and non critically ill hospitalised adult patients. E.Setiawan and al.

Antibiothérapie EI à streptocoque

- Les choix thérapeutiques sont basés sur les résultats des **CMI de l'amoxicilline et des C3G**
- La durée de l'antibiothérapie est de 4 semaines pour les EI sur valve native et de 6 semaines sur les EI sur valve prothétique
- La durée de gentamicine si indiquée est de 15j

Antibiothérapie EI à streptocoque



Synthèse réalisée par la SPILF

Méningites : Antibiothérapie pour le Pneumocoque

Bactérie/sensibilité	Traitement antibiotique
Streptococcus pneumoniae	
CMI C3G ≤ 0,5 mg/L	
Si CMI amoxicilline ≤ 0,5 mg/l	Amoxicilline 200 mg/kg/j OU Maintien C3G en diminuant la dose à : - céfotaxime 200 mg/kg/j - ceftriaxone 75 mg/kg/j
Si CMI amoxicilline > 0,5 mg/l	Céfotaxime 200 mg/kg/j OU Ceftriaxone 75 mg/kg/j
CMI C3G > 0,5 mg/L	
	Céfotaxime 300 mg/kg/j OU Ceftriaxone 100 mg/kg/j

Evolution J7

- C3G+Fosfo ->157 de natrémie avec Glasgow 10
- Ponction de cheville et Arthrolavage du genou -> sero hématique, direct et culture négative.
- Relais par C3G + Cotrimoxazole IV

Evolution J14

- Fébrile a 39,4°C ; veinites a répétition,
- Hyperalgique sous tramadol, morphine

- PLQT 100G/L, Crp 215, DFG 132
- Nouvelle ponction articulaire direct négative
- ETT et imagerie stable

- 63 kilos

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Le timing du relais PO ?

- ❑ Après 48h de traitement IV
- ❑ Après 10 j de traitement IV
- ❑ Après 4 semaines de traitement IV
- ❑ Dès la prise per os possible
- ❑ Quand la voie IV devient mal toléré
- ❑ Jamais de relais per os

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Le timing du relais PO ?

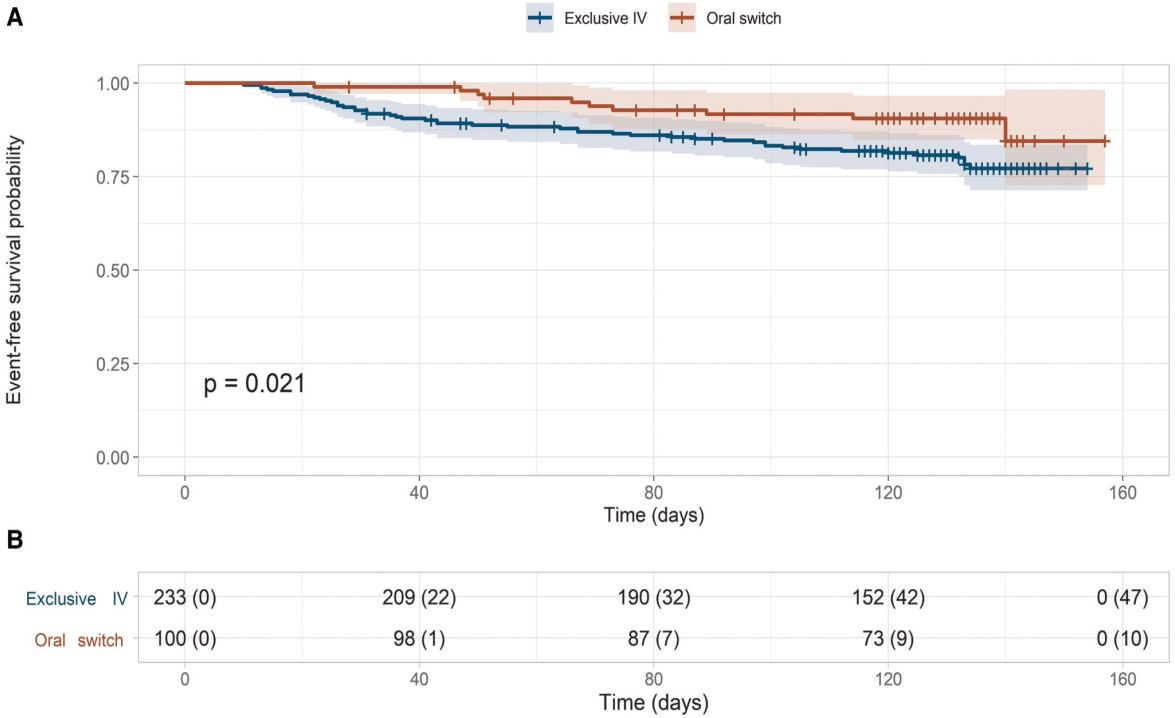
- ❑Après 48h de traitement IV
- ❑Après 10 j de traitement IV
- ❑Après 4 semaines de traitement IV
- ❑Dès la prise per os possible
- ❑Quand la voie IV devient mal toléré
- ❑Jamais de relais per os

Relais per os

- ✓ **Après 10 j de traitement IV**
- ✓ **voie IV mal toléré**

ENDO-ORAL STUDY

	Total (N = 333)	IV Treatment (n = 233)	Oral Switch (n = 100)	
Eligibility in the POET trial[c]				
Eligible	184 (55.3)	132 (56.7)	52 (52.0)	.43
Not eligible	149 (44.7)	101 (43.3)	48 (48.0)	



CPO = death, recurrence with the same bacteria, or secondary introduction of suppressive antibiotic therapy.

POET-eligible participants (three events, 5.8%) vs POET-ineligible participants (seven events, 14.6%), no significant difference in treatment-failure-free survival (log-rank test, *P* = .16).

In the same subpopulation, early switch had a significantly higher proportion of treatment failure (five events, 27.8%) vs standard timing of oral switch (five events, 6.1%, *P* = .006).

Clin Infect Dis, Volume 82, Issue 3, 15 March 2026, Pages e462–e470, https://doi.org/10.1093/cid/ciaf452

Antibiothérapie des EI : relai per os

- **Relai oral chez patient stable :**
  - Après au moins 10j d'antibiothérapie par voie IV
  - Après au moins 7j après une chirurgie valvulaire
- **EI à streptocoques :**
  - Apyrexie depuis au moins 2 jours
  - CRP < 25% de la valeur maximale ou < 20 mg/l
  - Leucocytes < 15000/mm3
  - ETO récente sans critère d'indication de chirurgie (notamment abcès)
  - Aucun facteur de risque de sous dosage (IMC <40kg/m2 et pas de malabsorption digestive)

Endocardite + méningite + emboles cérébraux et arthrites, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Quel per os ?

- ❑AMOXICILLINE 1,5gx3/J
- ❑AMOXICILLINE 1,5gx3/J + RIFAMPICINE 600mg/J ou AMOXICILLINE 1gx4/J + RIFAMPICINE 600mgx2/J

- ❑LINEZOLIDE 600mgx2/J + RIFAMPICINE 600mgx2/J
- ❑LINEZOLIDE 600mgx2/J + MOXIFLOXACINE 400mg/J
- ❑MOXIFLOXACINE 400mgx2/J + CLINDAMYCINE 600mgx3/J

- ❑Pas de relais per os, pic line
- ❑Pas de relais per os, SC

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Quel per os ?

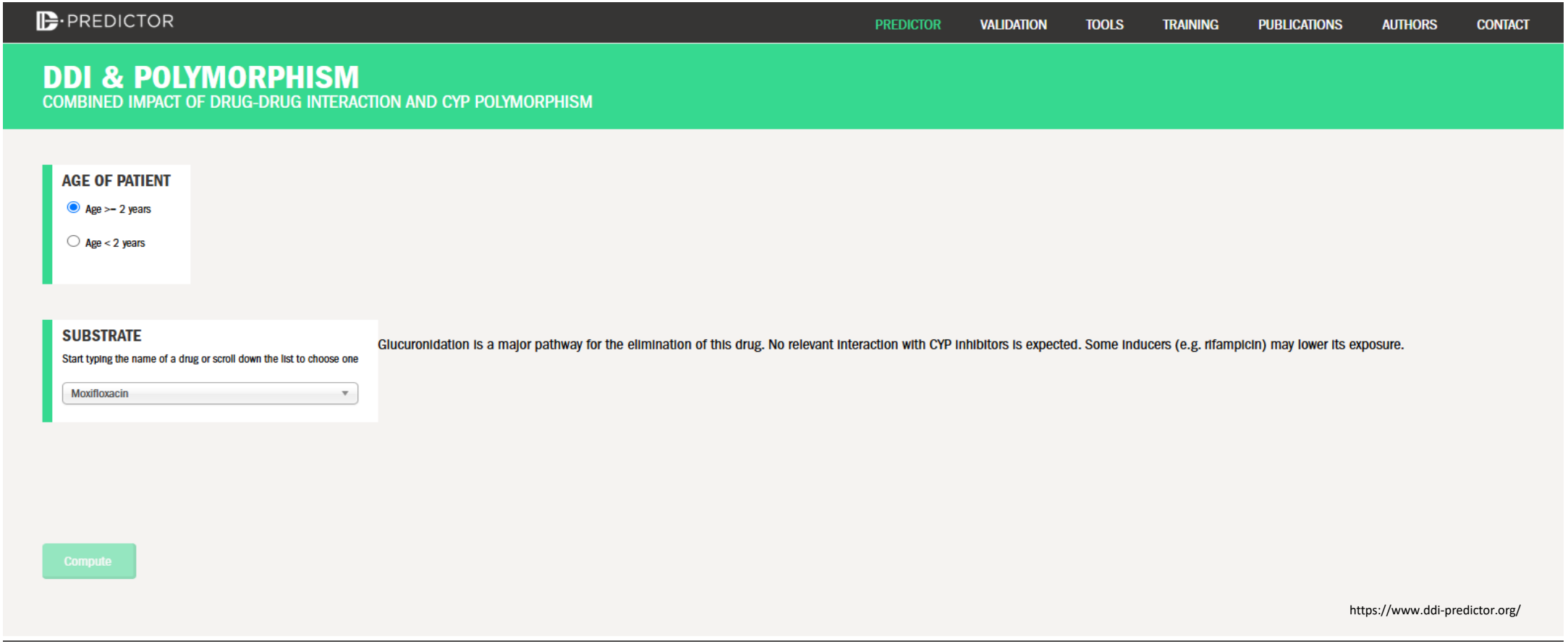
- AMOXICILLINE 1,5gx3/J
- AMOXICILLINE 1,5gx3/J + RIFAMPICINE 600mg/J ou AMOXICILLINE 1gx4/J + RIFAMPICINE 600mgx2/J
- AMOXICILLINE 1,5gx3/J + MOXIFLOXACINE 400mg/J

- LINEZOLIDE 600mgx2/J + RIFAMPICINE 600mgx2/J
- LINEZOLIDE 600mgx2/J + MOXIFLOXACINE 400mg/J
- MOXIFLOXACINE 400mgx2/J + CLINDAMYCINE 600mgx3/J

- Pas de relais per os, pic line
- Pas de relais per os, SC

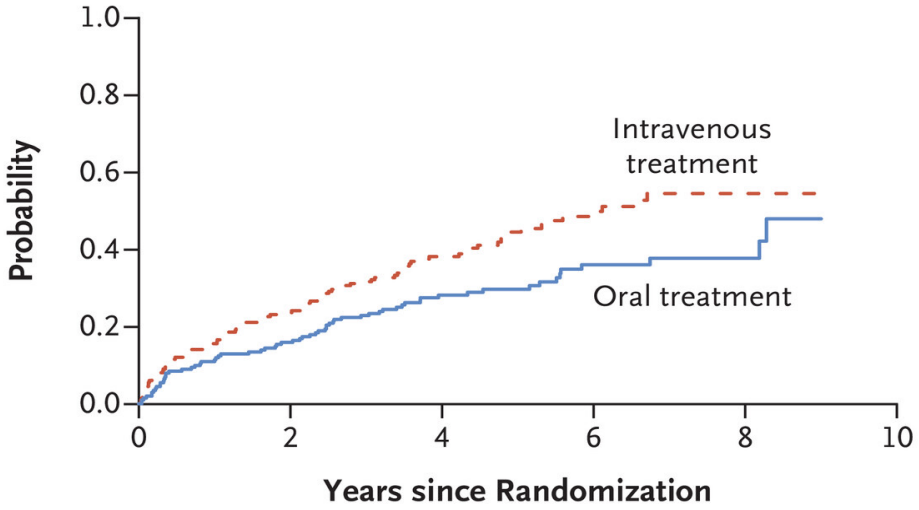
Relais per os
RIFAMPICINE 600 mg X3/J + COTRIMOXAZOLE 800mgx4/J PO.

OPTIMISATION PER OS



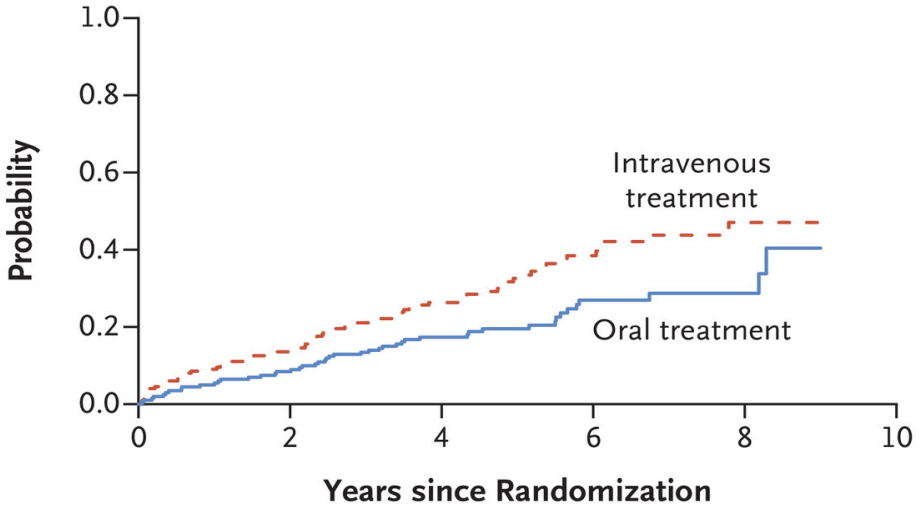
POET et POET a 5 ans

A Composite Primary Outcome



No. at Risk					
Intravenous treatment	199	152	90	41	11
Oral treatment	201	169	103	53	16

B Death from Any Cause



No. at Risk					
Intravenous treatment	199	172	109	52	14
Oral treatment	201	184	123	60	17

CPO = all-cause mortality, unplanned cardiac surgery, embolic events, or relapse of bacteremia with the primary pathogen, from randomization until 6 months after antibiotic treatment was completed.

Median follow-up of 5.4 years (IQ 4.0 to 6.9),
CPO = HR 0.65; (95%CI, 0.47 to 0.90).Mainly by lower death from any cause (HR 0.61; 95% CI, 0.42 to 0.88)

Five-Year Outcomes of the Partial Oral Treatment of Endocarditis (POET) Trial
Published February 9, 2022, *N Engl J Med* 2022;386:601-602
DOI: 10.1056/NEJMc2114046

Antibiothérapie des EI : relai per os

	Relai oral de 1ère ligne	Relai oral en alternative
Streptococcus spp.	Amoxicilline + rifampicine ou Amoxicilline + moxifloxacine	*Attente des résultats de l'essai RODEO* Amoxicilline
Enterococcus faecalis	Amoxicilline + moxifloxacine	*Attente des résultats de l'essai RODEO* Amoxicilline
Staphylococcus spp.	Rifampicine + lévofloxacine	*Attente des résultats de l'essai RODEO* Cotrimoxazole
BGN	Ciprofloxacine	

Avis d'expert en cas d'allergie avec contre indication aux pénicillines

Synthèse réalisée par la SPILF

Antibiothérapie des EI : relai per os

Antibiotique oral	Dosage si patient ≤ 70kg	Dosage si patient > 70kg
Amoxicilline	1.5g x 3 /jour	2g x 3 / jour
Rifampicine	600mg 1 fois /jour	900mg 1 fois/ jour
Moxifloxacine	400mg 1 fois / jour	400mg 1 fois/jour
Lévofloxacine	500mg 1 fois /jour	750mg 1 fois/ jour
Cotrimoxazole	320/1600 mg x 3 /jour	320/1600 mg x 3 / jour
Ciprofloxacine	750 mg x 2 / jour	750 mg x 2/jour

POET

Strepto CMI Peni < 1	Strepto CMI Peni ≥ 1
Amox 1gx4/j + Rifampicine 600mgx2 /jour	Clindamycine 600mgx2/j + Moxifloxacine 400mg/jour
Amox 1gx4/j + Moxifloxacine 400mg/jour	Rifampicine 600mgx2/j + Moxifloxacine 400mg/jour
Linezolide 600mgx2/j + Rifampicine 600mgx2/jour	Linezolide 600mgx2/j + Rifampicine 600mgx2/jour
Linezolide 600mgx2/j + Moxifloxacine 400mg/jour	

Partial Oral versus Intraveinous Antibiotic Treatment odf Endocarditis
Published August 28, 2018, *N Engl J Med*
DOI: 10.1056/NEJMoa1808312

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Echec relais per os ?

- ❑ Poursuite RIFAMPICINE + COTRIMOXAZOLE PO
- ❑ SWITCH pour RIFAMPICINE + MOXIFLOXACINE PO
- ❑ SWITCH pour C3G + DAPTOMYCINE IV
- ❑ SWITCH pour C3G + VANCOMYCINE IV
- ❑ SWITCH pour C3G + FOSFOMYCINE IV

Evolution j 17

- Persistance de la fièvre, articulations tjr inflammatoire, conscience stable, CRP 200
- Hémocs, TDM C-TAP IV, trod grippaux : négatifs
- C.diff : negatif
- ETT stable

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Echec relais per os ?

- ❑ Poursuite RIFAMPICINE + COTRIMOXAZOLE PO
- ❑ SWITCH pour RIFAMPICINE + MOXIFLOXACINE PO
- ❑ SWITCH pour C3G + DAPTOMYCINE IV
- ❑ SWITCH pour C3G + VANCOMYCINE IV
- ❑ SWITCH pour C3G + FOSFOMYCINE IV

Evolution j 17

- Persistance de la fièvre, articulations tjr inflammatoire, conscience stable, CRP 200
- Hémocs, TDM C-TAP IV, trod grippaux : négatifs
- C.diff : negatif
- ETT stable

SWITCH pour C3G + FOSFOMYCINE IV.

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Echec switch IV ?

- ❑Reprise COTRIMOXAZOLE +RIFAMPICINE PO
- ❑Switch RIFAMPICINE +MOXIFLOXACINE PO
- ❑Poursuite C3G + FOSFOMYCINE IV
- ❑Switch C3G + DAPTOMYCINE IV
- ❑Switch SC

Evolution J21

Pas d'amélioration après switch IV.

Echec possible du switch IV

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, Hyperclairante, abords veineux difficile

Attitude thérapeutique : Echec switch IV ?

- ❑Reprise COTRIMOXAZOLE +RIFAMPICINE PO
- ❑Switch RIFAMPICINE +MOXIFLOXACINE PO
- ❑Poursuite C3G + FOSFOMYCINE IV
- ❑Switch C3G + DAPTOMYCINE IV
- ❑Switch SC

Evolution J21

Pas d'amélioration après switch IV.

Echec possible du switch IV

Reprise COTRIMOXAZOLE + RIFAMPICINE PO

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, traité par bithérapie Per os .

Evolution J28

Apyrétique, amélioration clinique

Crp 30mg/l.

ETT : Doute sur augmentation de taille de végétation

Attitude thérapeutique

- ❑Transfert a ENDOCARDITE CENTER Référent Mondor pour Réévaluation
- ❑Eto avec relecture des images : taille stable
- ❑Pas d'indication chir devant l'évolution favorable clinico biologique

Endocardite + méningite + emboles à Pneumocoque, en échec de traitement IV, traité par bithérapie Per os

Evolution J42

Apyrétique, amélioration clinique, crp 30mg/l.

Transfert lit fauteuil.

Récupération partielle de son hémiplégie

Transfert en SSR

CONCLUSION

Importance d'une prise en charge multi disciplinaire (microbiologiste, pharmacien, infectiologue, urgentistes, réanimateur, infirmier)

Importance du diagnostique précis et complet

Importance de l'optimisation PK/PD

Penser au relais per os

Remerciements

- La SPILF
- Le comité des JRA
- SOS endocardite de MONDOR
- L’équipe de Melun