

Info-antibio N° 51 : Décembre 2014

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques.

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

Cette lettre présente de manière synthétique des actualités ou mises au point concernant les antibiotiques. Elle est accessible gratuitement en inscrivant son mail [ICI](#). Les liens internet sont actifs et amènent à des documents accessibles sans restriction.

Infections intra abdominales (IAA) et traitement antibiotique

[Recommandations Formalisées d'Experts: SFAR 2014 \(copie sur infectiologie.com\)](#)

Cette actualisation de la conférence de consensus sur les péritonites communautaires de 2000 **concerne les péritonites communautaires et associées aux soins (IAS) nécessitant une prise en charge chirurgicale. Elle ne couvre pas les infections biliaires ou sigmoïdiennes.** Cet Info-antibio ne présente que les aspects liés au traitement anti-infectieux de l'adulte. Le texte comporte également des éléments concernant l'enfant, et la prise en charge chirurgicale, radiologique et diagnostique.

Infections communautaires

Antibiothérapie probabiliste : 2 schémas sont recommandés

Amoxicilline/acide clavulanique + gentamicine

Céfotaxime ou ceftriaxone + imidazolés.

En cas d'allergie avérée aux bêta-lactamines : lévofloxacine + gentamicine + métronidazole (si impossible : tygécycline)

En cas de sepsis grave ou choc septique, préférer une association piperacilline/tazobactam + gentamicine

(Clindamycine, cefoxitine ou cefotétan ne sont plus recommandés en raison d'un taux de résistance élevé de *Bacteroides*)

(Il ne faut pas couvrir les *E. coli* résistants aux C3G hors situation épidémique locorégionale ou séjour récent en zone de forte prévalence de BMR. Et donc, il ne faut pas utiliser de carbapénèmes en première intention)

La couverture des entérocoques n'est pas nécessaire dans les péritonites sans signes de gravité hors populations ciblées.

Infections associées aux soins :

Antibiothérapie probabiliste : piperacilline tazobactam (+ amikacine si signes de gravité)

Si sepsis grave : 2 FdR de BMR justifient un carbapénème en probabiliste (hors ertapénème) +/- amikacine

Si choc septique : 1 seul FdR de BMR justifie un carbapénème en probabiliste (hors ertapénème) + amikacine

Facteurs de risque de BMR : ① TT dans les 3 mois par C3G ou FQ ② Isolement BLSE ou PARC dans les 3 mois ③

Hospitalisation à l'étranger dans les 12 mois ④ Vie en EHPAD/SLD ET sonde à demeure ou gastrostomie. ⑤ Echec de TT par C3G, FQ ou TZP. ⑥ Récidive précoce (< 15 jours) d'une infection traitée par TZP pendant au moins 3 jours).

En cas d'allergie avérée aux bêta-lactamines : (ciprofloxacine ou aztréonam) + amikacine + métronidazole + vancomycine (si impossible : tigécycline + ciprofloxacine).

Prise en compte des CG+ résistants

Entérocoques résistants à l'amoxicilline : si portage connu, ou FdR (pathologie hépatobiliaire, transplanté hépatique, ATB en cours) : à couvrir en cas de sepsis grave/choc septique, de préférence par de la vancomycine (à défaut: tygécycline)

ERG connu, à ne couvrir que si sepsis grave/choc septique

SARM : pas de recommandation de couverture, mais un portage est associé à un risque d'ISO au même germe.

Infections fongiques :

Pas d'antifongique pour les IIA communautaires hors signes de gravité (sepsis grave ou choc septique).

Un antifongique est recommandé (pour les péritonites communautaires ou associées aux soins) avec au moins 3 des éléments suivants : défaillance hémodynamique, sexe féminin, chirurgie sus mésocolique ou ATB depuis plus de 48h.

Un antifongique est recommandé si une levure est observée à l'examen direct (ou culture) du liquide péritonéal.

Le choix se fait plutôt vers une echinocandine si FdR souche de *Candida non albicans* ou sepsis grave/choc septique.

Principes valables pour les infections communautaires ou associées aux soins :

Le spectre doit couvrir les anaérobies, quel que soit le résultat des prélèvements

Une désescalade antibiotique et antifongique est recommandée au retour des résultats microbiologiques

Durées de traitements :

Une antibiothérapie courte (24h seulement) est recommandée pour les ulcères opérés dans les 24h suivant le diagnostic, les plaies abdominales pénétrantes et les perforations iatrogènes sous mésocoliques (reco inchangée du consensus 2000)

IAA communautaires localisées : 2 à 3 jours

IAA communautaires généralisées : 5 à 7 j

IAA associées aux soins : 5 à 15j (ndlr : en l'absence de détails, on imagine que cela dépend de l'évolution)

Médecine et
maladies infectieuses



Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Sociétés savantes : consensus et conférences d'experts : [infectiologie.com](#)

[ANSM](#) : AMM des antibiotiques, surveillance des effets indésirables. [Site sur les antibiotiques](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS - SPILF](#). Page [ATB du site CCLIN-ARLIN](#)

Sites régionaux d'information sur les antibiotiques : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)

Un service du journal *Médecine et Maladies Infectieuses* & de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S. Alfandari.