

# Info-antibio N° 55 : Mai 2015

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.

## Mise au point sur les Fluoroquinolones

[Télécharger la MAP](#) – le [diaporama synthétique](#)

Cette mise au point (MAP) de la SPILF, précise les modalités de bon usage des fluoroquinolones chez l'adulte. Les fluoroquinolones sont très prescrites, en ville comme à l'hôpital. Or, outre leurs effets indésirables, elles participent à l'augmentation des bactéries multirésistantes (SARM, BLSE) et à l'émergence de *C. difficile*. Il faut donc éviter de prescrire une FQ dans les situations où d'autres antibiotiques peuvent être utilisés.

Les fluoroquinolones :

- Sont bactéricides avec une activité principalement concentration dépendante
- Ont une biodisponibilité équivalente par voie orale ou IV (sauf ciprofloxacine : 70%)
- Diffusent largement dans les tissus (dont l'os, la prostate, le rein...) et les macrophages

**Leur potentiel de sélection de résistance impose certaines limites :**

- Pas de prescription en probabiliste pour les patients ayant reçu une quinolone dans les 6 mois (quelle que soit l'indication)
- Utilisation à fortes doses, et en association sur certaines espèces (*P. aeruginosa*, *S. aureus*).
- En raison de résistances par paliers, éviter de prescrire une FQ s'il y a une résistance de 1<sup>er</sup> niveau. Si c'est indispensable, il faut de fortes doses et y associer une autre molécule.
- Choisir la FQ la plus active sur la bactérie isolée ou présumée et celle ayant la meilleure PK au site de l'infection

**Indications en première intention en traitement probabiliste**

- Pyélonéphrites aiguës simples (donc de la femme) : ofloxacine ou ciprofloxacine ou lévofloxacine ([Cf info-antibio N°45](#))
- Neutropénie fébrile à faible risque (<7), sans signe de gravité, sans FQ dans les 6 mois) pouvant être traitées en ambulatoire : ciprofloxacine ou lévofloxacine, en association impérative avec l'amoxicilline-acide clavulanique
- PAC sévères d' USC ou réanimation
- Sinusites autres que maxillaires
- Diarrhée fébrile aiguë (si indication ATB) et hors suspicion *C. difficile* : ofloxacine ou ciprofloxacine
- Fièvre typhoïde : ofloxacine ou ciprofloxacine, sauf acquisition en Asie du fait d'une forte prévalence de résistance
- Salpingite/endométrite : ofloxacine ou ciprofloxacine (alternative aux cyclines). En association avec un ATB actif sur le gonocoque
- Charbon : ciprofloxacine
- Antibioprophylaxie : prévention infection liquide d'ascite, neutropénie profondes/prolongées (discuté), certaines interventions OPH, biopsie de prostate

**Indication en premier choix sur antibiogramme montrant une souche sensible**

- Infection ostéo-articulaire : ofloxacine ou ciprofloxacine ou lévofloxacine
- IU masculine : ofloxacine ou ciprofloxacine ou lévofloxacine (en probabiliste, une C3G est préférable)
- Pyélonéphrites aiguës à risque de complication et PNA graves
- Fièvre typhoïde toutes origines : ofloxacine ou ciprofloxacine
- Tuberculose multi résistante : moxifloxacine

**Indication en 2ème intention, si l'ATB de 1er choix ne peut être utilisé**

- Allergie vraie aux  $\beta$ -lactamines : infections pulmonaires, abdominales (dont ascite infectée), biliaires, méningées, BPCO grave...
- Pneumonie associée aux soins : si FDR BMR (ciprofloxacine) et aminoside non utilisable. Associé à  $\beta$ -lactamine large spectre.
- Traitement probabiliste des cystites aiguës à risque de complication (ofloxacine-ciprofloxacine)
- Tuberculose si effets secondaires graves du traitement classique (moxifloxacine).
- Prophylaxie des infections invasives à méningocoque si Cl/résistance rifampicine (autre choix : ceftriaxone)

**Modalités d'administration**

- PO : risque d'inactivation en cas de prise simultanée (laitages) ou rapprochée (fer, zinc, sucralfate, didanosine, pansements digestifs)
- IV : en 30mn pour ciprofloxacine 200, lévofloxacine 250 et ofloxacine, en 60mn pour cipro 400, lévofloxacine 500 et moxifloxacine
- Insuffisance rénale : ajustements posologies à partir de 60 ml/mn de ClCr.
- Insuffisance hépatique : pas d'ajustement sauf ofloxacine (pas très logique si on n'ajuste pas la lévofloxacine) et moxifloxacine

**Effets secondaires et précautions d'emploi (outre la sélection de résistances)**

- Risque d'allongement du QT : élevé pour la moxifloxacine, surtout IV. Faible pour les autres (sauf surdosage)
- Tendinopathie : effet de classe. Risque plus élevé si sujet âgé, corticoïdes, patient greffé
- Toxicité hépatique (surtout moxifloxacine). troubles cognitifs (sujets âgés). photosensibilisation

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.