

Info-antibio N° 63: Janvier 2016

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#)..

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...

Recommandations 2016 de l'IDSA sur les candidoses invasives : [PDF](#) - [HTML](#)

(Les antifongiques sont des antibiotiques comme les autres)

Cette actualisation des recommandations de l'IDSA de 2009, n'a pas encore été validée par le groupe référentiel de la SPILF. **Son application en France reste à évaluer.** Le texte comporte un résumé exécutif de 8 pages et 140 recommandations, gradées par niveau de preuve, 31 pages d'argumentaire et 560 références. Cet Info-antibio n'en présente qu'une sélection.

Candidémies chez le patient non neutropénique

Une candine (caspo, mica ou anidulafungine) est généralement recommandée en traitement initial.
Le fluconazole est une alternative chez les patients non sévères et à faible risque de souche fluco-R.
Une formulation lipidique d'amphotéricine B est une alternative en cas d'intolérance ou de résistance aux autres AF.
Une désescalade candine ou AmB-L => fluconazole est recommandée chez les patients stables, à souche S, et hémocultures négativées. Pour *C. glabrata*, elle est possible si S, mais à fortes doses pour fluco ou voriconazole.
Les cathéters centraux doivent être enlevés (si possible, et s'ils sont la source suspectée).
Un examen ophtalmo doit être fait dans la semaine, ainsi que des hémocultures jusqu'à négativation.
Hors complication, le traitement est de 2 semaines après négativation des hémocultures.

Candidémies chez le patient neutropénique

Une candine est généralement recommandée en traitement initial.
Une formulation lipidique d'amphotéricine B est une alternative mais avec plus de toxicité.
Le fluconazole est une alternative chez les patients non sévères et n'ayant pas été exposé aux azolés.
Une désescalade vers le fluconazole peut être faite chez les patients stables, à souche S, et hémocultures négativées.
Le voriconazole peut être utilisé s'il y a alors besoin d'une couverture contre les moisissures.
Pour *C. krusei*, une candine, de l'AmB-L ou du voriconazole est recommandé.
Le traitement est de 2 semaines après négativation des hémocultures, hors complication et si sortie de neutropénie.
L'examen OPH doit être réalisé, MAIS, dans la semaine suivant la sortie de neutropénie.
L'ablation des cathéters centraux doit être évaluée au cas par cas compte tenu de la fréquente source digestive.

Candidoses chroniques disséminées (hépatospléniques)

Un traitement par AmB-L ou candine pendant plusieurs semaines est recommandé, relayé par du fluconazole PO chez les patients sans facteur de risque de souche résistante.
La durée totale de traitement est de plusieurs mois. Le traitement ne doit pas empêcher la poursuite du calendrier de chimiothérapie/greffe. Une corticothérapie initiale peut être employée sur les formes inflammatoires.

Traitement probabiliste des candidoses invasives en réanimation

Il est à considérer dans des sous populations de patients (le groupe ne se prononce pas sur le choix de marqueur ou de score permettant de cibler les patients). Il doit alors être débuté sans délai en cas de choc septique.
Le choix de molécules est le même que pour les candidémies.
En cas d'efficacité clinique il est proposé de le poursuivre 2 semaine mais de l'arrêter en l'absence de réponse à 4-5 jours si absence de diagnostic de candidose, ou si un test ayant une forte VPN est négatif.

Prophylaxie des candidoses invasives en réanimation

Ne se conçoit que dans les populations de patients ayant un taux élevé (>5%) de candidose invasive.
Fluconazole, candines, ou toilette quotidienne à la chlorhexidine peuvent être alors employés.

Infections intra vasculaires

Endocardite: AmB-L +/- 5FC ou candines (double dose) en TT initial, avec relais possible vers le flu/vori/poza-conazole.
Durée de traitement longue (min 6 sem si remplacement valvulaire sans abcès) voire à vie (matériel non changeable).
Pacemaker: ablation recommandée, puis TT de 4 (poche) à 6 semaines (électrodes). A vie si matériel persistant.
Thrombophlébite suppurée: ablation KT et incision drainage si possible. Durée TT selon résolution thrombus.

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.