

Info-antibio N°97: Avril 2023

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur infectiologie.com. Abonnement gratuit [à partir de ce lien](#)

Traitement des arthrites bactériennes

Recommandations SPILF/GPIP 2023 : Inf Dis Now 2023 <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2023.104694>

Ce texte complète, sur les choix antibiotiques, celui de 2020 rédigé par la [Société Française de Rhumatologie, la SOFCOT et la SPILF](#).

Principes du traitement antibiotique :

- prélèvements bactériologiques réalisés avant antibiothérapie (ou après une fenêtre 14 jours), sauf urgence clinique.
- ATB probabiliste à adapter aux résultats bactériologiques (dont biologie moléculaire), et à la tolérance des ATB
- monothérapie habituellement suffisante et durée de traitement la plus courte possible
- suivi de la tolérance et de l'efficacité de l'antibiothérapie
- molécules à diffusion ostéo-articulaire et à posologie et rythme d'administration optimisés selon la CMI et les critères PK/PD.
- relais oral rapide si évolution favorable et négativation des hémocultures. Les durées s'entendent « hors complications »
- avis en infectiologie pour les cas complexes (bactérie, CMI, terrain, mauvaise évolution, récurrence, multirésistance...).

Recherche d'endocardite :

- Systématique si arthrite à *S.aureus*, streptocoque ou entérocoque, même si hémocultures négatives.
- Si souffle et hémocultures +, valvulopathie à risque, polyarthrite bactérienne ou hémocultures persistantes sous traitement.

Quand et comment débiter une antibiothérapie probabiliste ?

- sepsis (quick SOFA ≥ 2) ou choc septique: Sans orientation : céfazoline*, cloxacilline ou oxacilline + AMK 24-48h. Si + : selon Gram/culture.
- examen direct positif et/ou culture du liquide articulaire et/ou hémoculture positive (hors contamination) : selon Gram/culture
- liquide articulaire purulent (à examen direct négatif ou indisponible) + anamnèse compatible avec arthrite septique + avis référent antibiotique : céfazoline*, cloxacilline ou oxacilline, +/-élargissement du spectre selon anamnèse.
- *Si allergie bêta-lactamines : daptomycine (à défaut vancomycine ou téicoplanine).
- main et poignet : amox/ clav en post op. Allergie : doxycycline, cotrimoxazole, lévofloxacine. 2 semaines si pas d'ostéolyse, sinon 4.
- arthrites pelviennes : ceftriaxone/céfotaxime + clindamycine. Si 2nd : pipéracilline/tazobactam + (clindamycine ou linézolide ou tédizolide).
- Enfant > 3 mois : Céfazoline (si choc/rash : +clindamycine+/-vancomycine). Alternative: cotrimoxazole (6mois-4ans), vancomycine (>4ans).
- Enfant < 3 mois : céfotaxime + 48h gentamicine. Alternative : avis spécialisé. Durée IV 3j si >4mois.

Arthrites septiques documentées :

S. aureus. 6 semaines **Méti-S** : Traitement initial : céfazoline ou cloxacilline ou oxacilline. Si allergie bêta-lactamines : daptomycine, à défaut vancomycine ou téicoplanine. **Méti-R**. Traitement initial : daptomycine, à défaut vancomycine ou téicoplanine. Sur avis spécialisé : dalbavancine, ceftaroline, ceftobiprole. **Relais PO SASM ou SARM** : selon antibiogramme. Clindamycine préférée si pas de résistance aux macrolides. Alternatives : doxycycline, linézolide, tédizolide, cotrimoxazole. Pas de lévofloxacine ou de rifampicine en monothérapie.

Streptococcus spp. 4 semaines

Traitement initial : amoxicilline. Allergie non grave à l'amox : céfazoline ou ceftriaxone ou céfotaxime. Allergie grave : daptomycine. Streptocoque résistant à pénicilline : Si C3G-S : céfotaxime ou ceftriaxone, si C3G-R : daptomycine.

Relais PO : amoxicilline. Si résistance ou allergie, clindamycine (si macrolides S), sinon linézolide ou tédizolide.

Entérocoques. 4 semaines

Amox IV puis PO. Si résistance ou allergie : vancomycine ou téicoplanine puis relais linézolide ou tédizolide. Si ERG : avis infectiologie.

Cutibacterium acnes. 4 semaines

Traitement initial : amoxicilline IV, Si allergie ET sensible: clindamycine IV. Relais oral : amoxicilline. Si allergie ET sensible: clindamycine ou doxycycline. Linézolide ou tédizolide si intolérance/résistance aux précédents.

Entérobactéries. 6 semaines

Traitement initial IV: céfotaxime ou ceftriaxone sauf groupe III ou IV : céfépime. Allergie : aztréonam. BLSE: méropénème ou imipénème. EPC : avis infectiologie, voire CRI/OAC. Relais lévofloxacine PO. Si R : avis infectiologie.

Pseudomonas aeruginosa. 6 semaines

1er choix ceftazidime ou céfépime. A défaut pipé/tazo, méropénème ou imipénème. Relais si S ciprofloxacine. Autres : avis infectiologie

Neisseria (gonorrhoeae ou meningitidis). 7 jours. Céfotaxime ou ceftriaxone. Alternative amox (meningo), cipro ou lévo (gono).

Campylobacter sp. 6 semaines. Amox/clav. Allergie imipénème. Relais selon S lévofloxacine, doxycycline

Haemophilus sp. 6 semaines. céfotaxime ou ceftriaxone. Allergie ou relais : ciprofloxacine ou lévofloxacine

Aeromonas sp. 6 semaines. Ceftriaxone ou céfépime. Allergie ou relais : ciprofloxacine ou lévofloxacine

Pasteurella. 6 semaines sauf main/poignet. amox/clav. Relais selon sensibilité: idem, amoxicilline, doxycycline, amox/clav

Brucella. 6 semaines: doxycycline+rifampicine. Alternative possible : cotrimoxazole, (gentamicine mais max 2 semaines).

Listeria. 4 semaines Amox IV + genta 5j. Relais amox. Alternative: cotrimoxazole..

Ureaplasma et Mycoplasma. 12 semaines: doxycycline. Ajout lévofloxacine si mauvaise évolution..

Coxiell. 18 mois doxycycline (pas de démonstration de l'intérêt de l'ajout d'hydroxychloroquine).

Erysipelothrix. 4 semaines amoxicilline. Alternative ou relais : lévofloxacine ou clindamycine.

Francisella. 4 semaines ciprofloxacine PO. Alternative doxycycline. Avis CRI/OAC.

Anaérobies à Gram négatif. 6 semaines. 1^{er} choix, métronidazole. Alternative si S : amox/clav ou clindamycine.

Chez l'enfant, choix dépendant du pathogène et de l'âge : se référer au texte complet. Durée 2 semaines.