

Info-antibio N°107: Novembre 2025 v1 : 10/11/25

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur www.infectiologie.com et 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

Durées d'antibiothérapies des infections courantes, non compliquées, en évolution favorable:

Recommandations SPILF/GPIP : sources (recommandations, [diaporamas du groupe recommandations](#)) : dans chaque sous chapitre

Vérifiez à chaque utilisation que ces recommandations n'ont pas été actualisées [en cliquant ICI](#)

Infections respiratoires

Pneumonie aigue communautaire (même si pleurésie para-pneumonique) :

- Si amélioration clinique à J3 : **3J**
- Si amélioration clinique entre J3 et J5 : **5J**
- Si autre cas ou PAC hospitalisée en réanimation : **7J**
- Si légionellose : **14J** (sauf azithromycine : **5J**)

Pneumonie d'inhalation : **5J** si stable à J5, **7J** sinon

Coqueluche / Mycoplasme, selon macrolide : **3J** (azithro), **7J** (clarithro)

Autres infections respiratoires basses

Pneumonie associée aux soins ou PAVM (sauf immuno-, empyème, abcès) : **7J**

Pleurésie purulente, après dernier drainage : **14J**

Exacerbations de BPCO (si GOLD III ou IV) : **5J**

Infections ORL

Otite moyenne aiguë : **5J** (sauf enfant ≤ 2 ans : **10J**)

Angine à SGA : amox **6J** / allergies : cefpodoxime **5J** ou clarithro **5J**

Sinusite : 1^{er} choix amox **7J** / **C2-C3G** PO, FQ (hors maxillaire) **5J** / pristinamycine **4J** - Enfant **10J**

Infections cervicales

Adénite : **7J** (enfant : **10J**)

Abscès péri-amygdalien, péripharyngé ou rétropharyngé : **7J** si drainé, **10J** sinon (**14J** enfant non drainé)

Adénite aiguë suppurée grave, cellulite, médiastinite nécrosante descendante : **14J** post-chirurgie

Pied diabétique

Ostéite sans amputation : **6 sem**

Ostéite de tranche de section d'amputation : **3 sem**

Amputation complète sans inf peau/tissus mous : **5J** post op

Amputation complète avec inf peau/tissus mous : **7J** post op (**14J** si pas d'amélioration significative à J7)

Arthrites septiques, spondylodiscites et bursites

Arthrite : **6 sem** (*S. aureus*, entérobactérie), **4 sem** (strepto), **7J** (gonocoque)

Arthrite de la main, post inoculation, récente (< 4 sem) : **14J** post lavage chir

Spondylodiscite sans matériel ou avec matériel lavé/changé : **6 sem**

Spondylodiscite sur matériel non lavé/changé : **avis expert**

Bursites : **14J** (en moyenne)

Infections urinaires (femme et homme)

Cystite aiguë simple (femme) : fosfomycine trométamol **1 seule dose**, pivmécillinam ou nitrofurantoïne **3J**

Cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins ou cystite de l'homme : fosfomycine trométamol **J1-J3-J5**, cotrimoxazole **5J**, autre molécule **7J**

Pyélonéphrite aiguë (grave ou non) quel que soit le genre
Simple : fluoroquinolone ou β-lactamine inj **7J** (**5J** si aminoside seul)
A à risque de complication : **10J** si évolution rapidement favorable, **14J** sinon
Autre molécule / associée aux soins : **10J**

Prostatite : **14J**

Epididymite/orchite aiguë : **10J**

Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises

Vaginose bactérienne : **7J**

Urétrite et cervicite : ceftriaxone **dose unique** + doxycycline **7J** (2^e int: azithro 1g)

Syphilis précoce : benzathine benzyl pénicilline : **1 seule dose** (allergie: doxy **14J**)

Infection génitale haute non compliquée : ceftriaxone **dose unique** + doxycycline + métronidazole **10J**

Infection génitale haute compliquée : ceftriaxone jusqu'à amélioration (**max 7J**) + doxycycline + métronidazole **14J**

Neutropénie fébrile

Sans documentation microbiologique ni orientation clinique

Si hospitalisation : **3J minimum**. Arrêt si absence de signes de gravité ET patient stable ET apyrexie depuis 48h ET surveillance hospitalière de 24-48h (si la neutropénie persiste)

Si ambulatoire : Arrêt quand PNN > 500/mm³

Infection documentée (biologie ou foyer clinique)

7J minimum. Arrêt si apyrexie > 4J ET éradication microbiologique ET résolution des signes cliniques d'infection (adapter selon site/pathogène)

Un service du journal [Médecine et Maladies Infectieuses Formation](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr A. Chouaïd et Dr CA. Hobson.

Infections de la peau et des tissus mous

Furoncle simple, impétigo simple : pas d'antibiotique

Plaie souillée, abcès cutané drainé, furoncle compliqué, morsure animale : **5J**

Furonculose, impétigo grave, dermohypodermite bactérienne non nécrosante: **7J**

Méningites et abcès cérébral

Méningite à *N. meningitidis* : **5J** si évolution favorable à 48h

Méningite à *S. pneumoniae* : **10J** si évolution favorable à 48h

Méningite à *Listeria* : **21J**

Méningites de l'enfant : *strepto B* **14J** / *Haemophilus* **7J** / *E.coli* **21J**

Abscès cérébral drainé ou non : **6 sem** (**4 sem** si excision chirurgicale)

Bactériémies liées aux cathéters veineux

Après ablation du KT et 1^{ère} hémoculture négative

Staph coag neg (+ apyrexie et pas de matériel endovasculaire) : **3J**

Streptocoques, entérocoques et BGN (y compris *Pseudomonas*) : **7J**

RETRAIT KT SYSTEMATIQUE : *S. aureus*, *S. lugdunensis*, *Candida sp.* : **14J**

Si thrombophlébite septique : **21J**

Si tentative de conservation du KT Verrou + antibiothérapie systémique : **10J**

Bactériémies primaires non compliquées

BGN (entérobactéries, non fermentants), streptocoques, entérocoques : **7J**

S. aureus et *S. lugdunensis* : **14J**

Endocardites

Streptocoques : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **6 sem**

Entérocoques : Valve native/ prothétique : **6 sem**

S. aureus : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **4-6 sem**

BGN : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **6 sem**

Infections de dispositif électronique cardiaque implantable

Infection précoce superficielle : **7J**

Infection du boîtier sans bactériémie : **7J** après ablation de tout le matériel

Infection de sonde : **14J** après ablation de tout le matériel

Infection de sonde et ablation de matériel impossible : **avis expert**

Infections de matériel endovasculaire – Après reprise chirurgicale

Ablation des implants infectés

Non remplacés : **2 sem**

Remplacés par autogreffe veineuse : **4 sem**

Remplacés par matériel inerte : **6 sem**

Rétention des implants infectés : **12 sem** +/- ATB suppressive (avis expert)

Infections digestives

Diarrhée

Aiguë du voyageur : Azithromycine 1g **DU** (ou **CG3 IV 3J**)

Pédiatrie : *Shigella/Campylobacter* **3J**; *Yersinia* **5J**, salmonelle **3 ou 5J selon** (et si) traitement

Fièvre typhoïde simple : **7J** (fluoroquinolones) OU **5J** (azithromycine)

Infection à *C. difficile* : **10J**

Infection de liquide d'ascite : **5J**

Appendicite non opérée : **7J** (alors qu'opérée + non perforée : ≤ 24h)

Péritonites :

Perforation digestive opérée dans les 24h : < **1J** (ATB prophylaxie chirurgicale)

Péritonite localisée : **3J**

Péritonite généralisée : **4J**

Péritonite postopératoire/nosocomiale : **8J**

Cholécystite :

Drainage endoscopique/opérée : 3J

Drainage percutané, non drainé/opéré : **7J**

Angiocholite drainée : **3J** post drainage

Diverticulite :

Non compliquée : pas d'antibiotique, traitement symptomatique

Compiquée/abcès : **3J** si drainé / **7J** sinon

Abscès hépatique : **3 semaines** si drainé, ≥ **28J** sinon

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques : Recommandations: [infectiologie.com](#) - [ANSM](#) - [HAS](#) - [Ministère de la Santé](#). CRATB (Centre Régionaux en Antibiothérapie) : [Auvergne Rhône Alpes](#) – [Bretagne](#) – [Corse](#) - [Grand Est](#) - [Hauts de France](#) - [Ile de France](#) - [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Provence Alpes Côte d'Azur](#)

